

Das akute Delir – ein psychiatrischer Notfall

Das Delir ist eine häufige, jedoch oft verkannte Erkrankung. Es stellt eine psychiatrische Notfallsituation dar, die lebensbedrohlich ist und ein schnelles Eingreifen erfordert. Delirien stehen häufig im Zusammenhang mit schweren somatischen Erkrankungen, chirurgischen Eingriffen oder aufwändiger Medikation.

Das Delir stellt eine psychiatrische Komplikation dar, die in somatischen Abteilungen häufig auftritt und dabei sowohl die Angehörigen als auch das medizinische Personal in gleicher Weise verstört. Nur wenige Krankheitsbilder führen in so kurzer Zeit zu schweren Veränderungen von Persönlichkeit und Verhalten, insbesondere in der Variante „erregtes Delir“. Der typischerweise fluktuierende Verlauf macht die Krankheit zusätzlich schwer berechenbar und rätselhaft.

Delirien können zu Hause, im Heim oder im Krankenhaus auftreten. Zum Zeitpunkt einer Krankenhauseinweisung liegt bei etwa jedem 5. Patienten ein Delir vor, im weiteren Verlauf vollstationärer Behandlung wird mit einer Inzidenz von 30 bis 50% der über 70-jährigen Patienten gerechnet. Postoperativ sind unabhängig von der Altersklasse 50% der Patienten delirant, was dem Delir den Namen „Durchgangssyndrom“ eingebracht hat. Auf Intensivstationen haben fast 100% aller Patienten im Laufe des Aufenthaltes ein delirantes Syndrom.

■ KERNSYMPTOM BEWUSSTSEINSSTÖRUNG

Unter einem Delir versteht man im Allgemeinen ein Syndrom mit Bewusstseins-, Aufmerksamkeits- und kognitiven Störungen. Im deutschen Sprachraum werden zusätzlich Halluzinationen, Wahn, gesteigerte Psychomotorik und vegetative Symptomatik gefordert. Erste Berichte über ein solches Syndrom

stammen von Hippokrates. Galen (2. Jh. n. Chr.) unterscheidet bereits zwischen primärem und sekundärem Delir. Karl Bonhoeffer definierte 1912 den „akuten exogenen Reaktionstyp“ und beschrieb damit, dass für ein Delir zwar eine exogene Noxe nötig sei, die daraufhin vom Körper gezeigte Reaktion jedoch noxenunabhängig gleichförmig verlaufe.

Das klinische Kernsymptom des Delirs sind die **Bewusstseinsstörungen**. Zumeist liegt eine herabgesetzte Wachheit oder Benommenheit vor, ausgeprägte Schläfrigkeit bis hin zum Koma tritt seltener auf. Ebenfalls möglich ist jedoch auch eine Bewusstseinsstörung im Sinne eines überwachten Zustandes und einer gesteigerten Irritierbarkeit.

Das zweite Kernsyndrom ist die **Störung der Aufmerksamkeit**. Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, seine Sinne auf ein Ziel zu lenken und aufrechtzuerhalten. Die Aufmerksamkeitsstörung zeigt sich in einer leichten Ablenkbarkeit durch externe Reize. Handlungs- und Denkfäden reißen ab, im Gespräch findet sich ein häufiger Themenwechsel oder Perseverationen. Die Störung kann sich auch in unsinnigen oder stereotypen Handlungen zeigen.

Die **kognitiven Störungen** zeigen sich in einer Behinderung des Gedankengangs, die nicht vollständig durch Bewusstseins- oder Aufmerksamkeitsstörungen erklärbar sind. Die Gedanken laufen ungeordnet, das Denkziel wird nicht erreicht. Die Äußerungen erscheinen umständlich, unorganisiert oder unlogisch. Im Einzelnen sind hier Wortfin-

dungsstörungen, Sprachverständnisstörungen, Agnosie und Apraxie gemeint.

Häufig liegen weitere Störungen wie psychomotorische Erregung, Halluzinationen, illusionäre Verkennungen, Wahnbildung, emotionale Labilität oder Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus vor. Insbesondere die psychomotorische Erregung ist ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen eines Delirs. 60% der Delirien laufen jedoch gegenteilig mit einer gehemmten Psychomotorik ab. Die Patienten sind lethargisch und bewegungsarm, die Kontaktaufnahme ist deutlich erschwert. Dieses „stumme Delir“ wird häufig falsch eingeschätzt und stellt das eigentliche Problem der Delirdiagnostik dar.

Delirien können sich über wenige Stunden entwickeln und über Tage anhalten. Ein wichtiges Charakteristikum für den Verlauf ist die Fluktuation. So kann eine fulminante Symptomatik binnen kurzer Zeit vollkommen zurückgetreten sein, um später erneut mit voller Heftigkeit aufzutreten. Die Vorboten eines Delirs sind unspezifisch und liegen häufig auch bei anderen Erkrankungen vor. So werden im Vorfeld häufig Kopfschmerzen, unruhige Träume, erhöhte Reizbarkeit, Rede- oder Tätigkeitsdrang, Euphorie und Schwerbesinnlichkeit beklagt.

■ HÄUFIGE URSACHE: ANTICHOLINERGE PHARMAKA

Bei den Ursachen eines Delirs sind einerseits die prädisponierenden Faktoren und andererseits die auslösenden

PROCEDERE BEI DELIR

- 1. Vollstationäre Aufnahme, Kontrolle der Vitalparameter, Selbstschutz.
- 2. Ggf. kurzfristige Behandlung der Grunderkrankung (Infektion, Schmerzen, Stoffwechsellage).
- 3. Ggf. Medikamente absetzen/reduzieren, anticholinerge Medikation vermeiden.
- 4. Orientierungsfördernde Maßnahmen, Stärkung des zirkadianen Rhythmus.
- 4. Medikamentöse Delirbehandlung:
 - Clomethiazol 2 Kapseln bis zu zweistündlich (i.v. nur auf Intensivstation)
 - Haloperidol 0,5 bis 5 mg
 - Risperidon 1 bis 4 mg

Noxen zu unterscheiden. An erster Stelle der **Prädispositionen** steht ein hohes Lebensalter und Multimorbidität. Delirentwicklung verweist meistens auf eine zugrundeliegende schwere somatische Erkrankung. Auch bei Demenzerkrankungen kommt es nicht selten zu einem Delir. Weitere wichtige Faktoren sind eine Hör- oder Sehbehinderung, Dehydratation oder Malnutrition sowie Alkohol- oder Benzodiazepingebrauch.

Zu den schwerwiegendsten **auslösenden Faktoren** (Noxen) gehören Hypoxämien im Rahmen einer respiratorischen Insuffizienz oder Pneumonie, chirurgische Eingriffe, Medikation mit anticholinergen Substanzen oder Stoffwechsellagestörungen. Störungen des zirkadianen Rhythmus oder Schlafdeprivation tragen ebenfalls häufig zur Delirentwicklung bei. Infektionen aller Art können Quellen deliranter Syndrome sein. Ebenfalls häufig sind unerkannte Schmerzsyndrome, insbesondere bei Patienten mit eingeschränkten Möglichkeiten der Mitteilung wie bei Apathikern oder Demenzpatienten.

Delirien werden häufig durch die anticholinergen Wirkungen von Atropin, Antihistaminika, Parkinson-Medikamenten, Spasmolytika, Antidepressiva oder Neuroleptika ausgelöst. Zahlreiche weitere Substanzgruppen führen ebenfalls häufig zum Delir wie z. B. Sedativa, Hypnotika, Antazida oder Antihypertensiva.

Bei differentialdiagnostischen Überlegungen sind vor allem psychotische

Zustände bei Schizophrenie oder Manie zu erwägen sowie akute Intoxikationen. Insbesondere bei dementen Patienten im späten Krankheitsverlauf ist zu beachten, dass Unruhezustände mit Aggressivität und Fehlhandlungen gehäuft in den späten Nachmittagsstunden auftreten können („sundowning-Phänomen“) und kein Delir darstellen.

■ REIZDEPRIVATION VERMEIDEN

Die Delirien bedürfen stets der vollstationären Überwachung. Eine Kontrolle der Vitalparameter sowie die Überprüfung bzw. Vermeidung von Medikamenten mit anticholinergen Wirkungen sind obligat. Orientierungsfördernde Maßnahmen wie z. B. häufige Ansprache oder zur Verfügung stellen von Kalender und Uhr, sollten immer durchgeführt werden. Reizdeprivation ist zu vermeiden, die Überprüfung von Hörgeräten und Sehhilfen gehören zur Therapie. Sinnvoll ist eine möglichst hohe Kontinuität in der pflegerischen Betreuung und ein regelmäßiger stationärer Tagesablauf. Die Beleuchtungsverhältnisse sind dem Tag-Nacht-Rhythmus anzupassen, was bedeutet, dass tagsüber eine ausreichende Helligkeit herrschen und andererseits die Nachtruhe ungestört sein sollte.

In der medikamentösen Therapie des Delirs gibt es derzeit drei etablierte Strategien. Dabei sollte die Medikation so niedrig wie möglich dosiert und nach drei Tagen reduziert werden. In

vielen europäischen Staaten, insbesondere in Deutschland wird das in den USA nicht zugelassene Clomethiazol (Distraneurin®) als Therapiestandard eingesetzt. Mit zwei Kapseln Clomethiazol bis zu alle zwei Stunden lassen sich die meisten Delirien beherrschen. Die häufige und lebensgefährliche Nebenwirkung der pulmonalen Hypersekretion mit nachfolgender Ateminsuffizienz tritt fast ausschließlich bei intravenöser Gabe (Intensivstation!) von Clomethiazol auf und ist bei oraler Gabe äußerst selten. Auch im Alter wird die Substanz normalerweise gut vertragen.

Weitere mögliche Therapieoptionen sind Haloperidol 0,5 bis 5 mg tgl. oder Risperidon 1 bis 4 mg pro Tag. Bei schweren Delirien mit Selbst- oder Fremdgefährdung ist eine Intensivüberwachung nötig, ggf. mit einer Schutzfixierung. Im Extremfall kann eine maschinelle Beatmung nach Muskelrelaxation nötig werden.

■ PRÄVENTION VON DELIRIEN

Zur Prävention des Delirs z. B. im Heimbereich empfiehlt sich eine Unterstützung des zirkadianen Rhythmus mit hell beleuchteten Zimmern tagsüber und einer nächtlichen Abdunkelung, sowie einer Senkung des nächtlichen Geräuschpegels. Orientierungsfördernde Maßnahmen wie Wandkalender, Uhren, Namensschilder des Personals oder häufiges Ansprechen der Patienten sind eine aktive Delirprophylaxe. Infektionsquellen wie Blasen-Dauerkatheter oder intravenöse Dauer-erweilkanülen sollten vermieden werden. Untersuchungen haben gezeigt, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal Delire deutlich frühzeitiger erkennt und die Häufigkeit deliranter Syndrome insgesamt reduziert ist.

■ *Dr. med. Richard Mahlberg*
Psychiatrische Universitätsklinik der
Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
richard.malberg@charite.de