

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 1 (1996)

Heft: 2

Artikel: Delirium : eine Übersicht für den Kliniker

Autor: Stiefel, F.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091711>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Delirante Zustände gehören zu den häufigsten psychiatrischen Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen. Dennoch ist das Delirium ein von Klinik und Wissenschaft vernachlässigtes Zustandsbild, dem vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Der folgende Beitrag beinhaltet eine klinisch-orientierte Übersicht zur Entstehung (Aetiologie, Pathogenese), Klinik (Diagnostik, Screening, Differentialdiagnostik), Therapiemöglichkeiten und Prognose deliranter Zustände bei körperlich Kranken.

F. Stiefel*

Delirium: Eine Übersicht für den Kliniker

Delirante Zustände gehören zu den häufigsten psychiatrischen Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen. Es wird geschätzt, dass auf internistischen Abteilungen bis zu 15% der Patienten delirant sind (1), aber bei weitem nicht alle dieser Zustände erkannt und behandelt werden (2). Je nach Art und Stadium der Erkrankung kann die Prävalenz deliranter Zustände noch höher sein (3). In einer, allerdings mit begrenzter Fallzahl durchgeführten Untersuchung bei terminalen Krebskranken wurde in 90% ein deliranter Zustand festgestellt (4). Dass delirante Zustände oft nicht bemerkt werden und auch bis anhin nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt wurden, ist möglicherweise eine Folge der Tatsache, dass diese Patienten hauptsächlich von somatischen Kollegen gesehen werden, deren Hauptinteresse nicht diesen Problemen gilt (5). Gerade für die Palliativmedizin, die sich für Patienten mit hoher Prävalenz deliranter Zustände engagiert, ist die Erforschung und Behandlung deliranter Zustände eine Herausforderung.

Aetiologie und Pathogenese

Eine Vielzahl von Ursachen deliranter Zustände sind bekannt. Zu den häufigsten gehören metabolische Veränderungen (Elektrolytverschiebungen, Organversagen), Infektionen (Pneumonie, Sepsis), medikamentöse Nebenwirkungen (Corticosteroide, Opiate, Psychopharmaka), vaskuläre Geschehen (Hirninfarkt), systemische Erkrankungen mit Hirnbefall (Lupus erythematodes, Krebs) und Entzugszustände (Alkohol, Benzodiazepine). Es können auch verschiedene Ursachen gleichzeitig als Auslöser in Frage kommen, und

nicht immer gelingt es diese innert nützlicher Frist zu identifizieren (6). Eine Reihe von Hypothesen zur Pathogenese deliranter Zustände werden vertreten: reduzierter oxidativer Metabolismus cerebraler Neurone (a), Ungleichgewicht zwischen den Neurotransmittern Acetylcholin und Dopamin (b), strukturelle Hirnveränderungen (c), erhöhte Cortisonspiegel (d) oder Veränderungen der Endorphinspiegel (e). Alle diese Hypothesen können durch klinische Beobachtungen unterstützt werden. So können hypoxische Zustände, anticholinerge Medikamente, Stress, Hirngewebsveränderungen oder starke Schmerzen mit deliranten Zuständen verbunden sein (7-9).

Intraindividuelle und interindividuelle Unterschiede können das unterschiedliche Auftreten deliranter Zustände bei gleichen somatischen Populationen erklären. Als disponierende Faktoren gelten fortgeschrittenes Alter, vorbestehende Hirnschäden und chronische Hirnerkrankungen (wie Demenz) (10).

Klinik

Je nach psychopathologischem Zustandsbild können verschiedene Arten deliranter Zustände beobachtet werden, die sich nach psychopathologischem Zustandsbild unterscheiden (12). Es gibt Patienten, die ruhig und schläfrig (hypoalerte, hypoaktive Zustände) in ihrem Bett liegen, während andere psychomotorisch unruhig und laut schreiend durch den Gang laufen (hyperalerte, hyperaktive Zustände). Es versteht sich von selbst, dass bei der ersten Gruppe die Diagnose vergleichsweise seltener gestellt wird. Wichtige klinische Symptome eines deliranten Zustands sind: Veränderungen im Bewusstseinszustand (verminderte Klarheit in der Wahrnehmung der Umwelt, Bewusstseinsstrübung) und reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber Äusseren Reizen aufrecht zu erhalten, zu fokussieren oder auf etwas Neues zu lenken. Weiter, allerdings auch bei anderen psychiatrischen Zustandsbildern auftretende Symptome sind die verminderte Konzentrationsfähigkeit und Orientierung, intensive affektive Zustände (Wut, Angst), Verhaltensauffälligkeiten (Aggressivität, Apathie), Veränderungen im Schlaf-Rhythmus, halluzinatorische Erlebnisse und verzerrte Wahrnehmungen. Oft erfordert die Stellung der Diagnose eine wiederholte Untersuchung des Patienten, da delirante Zustände von luziden Intervallen abgelöst werden können. Patienten können tagsüber unauffällig wirken, um während der Nacht (fehlende Orientierungsmöglichkeiten) delirant zu werden (sogenanntes Sundown Syndrome) (13).

Neben der wiederholten Überprüfung mentaler Funktionen, der genauen Beobachtung und einer wiederholten Auseinandersetzung mit dem Erleben des

*Dr. med., Chef de Clinique Médecine Psycho-Sociale, CHUV Lausanne

Patienten, können auch Screening-Methoden diagnostisch eingesetzt werden. Diese dienen einem frühzeitigen Erkennen deliranter Zustände und sensibilisieren das betreuende Team auf diese Komplikation medizinischer Erkrankungen zu achten. In einem demnächst veröffentlichten Artikel, in dem verschiedene Screeninginstrumente bewertet werden, vertreten die Autoren (14), dass es wohl keine ideale Methode gibt, und dass es wichtiger ist überhaupt ein Screening – beispielsweise mit dem weit verbreiteten Mini-Mental State Exam (15) – durchzuführen, als nach dem Gold-Standard zu suchen oder etwa eigene Methoden zu entwickeln.

Differentialdiagnostisch muss das Delirium von depressiven, manischen, dementiellen und anderen organisch bedingten psychischen Zuständen abgegrenzt werden. Nicht selten wird eine psychiatrische Konsultation wegen eines depressiven Zustandsbilds angefordert, das sich nach sorgfältiger Untersuchung als Delirium erweist. Delirante Patienten leiden oft unter halluzinatorischen Erlebnissen oder Desorientierung, verkennen Situationen und merken, dass «irgendetwas nicht stimmt»; in der Folge weinen sie, ziehen sich emotional zurück oder verweigern die Kommunikation, was an eine depressive Verstimmung denken lässt. Bei wiederholter Exploration der kognitiven Funktionen kann die Diagnose gestellt werden. Schwieriger ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zu manischen Zuständen. Manische Patienten können gereizt, aggressiv und psychomotorisch unruhig werden. In solchen Fällen kann die psychiatrische Anamnese (grandiose Denkinhalte, Selbstüberschätzung) für die Diagnose hilfreich sein. Im Zweifelsfalle ist ein psychiatrisches Konsilium unabdingbar; dies gilt auch bei Halluzinationen und wahnhaftem Erleben, wo eine Abgrenzung von Störungen des schizophrenen Formenkreises nötig wird. Eine weitere und besonders schwierige Differentialdiagnose ist die Demenz, die mit vielen der obgenannten Symptome des Deliriums einhergehen kann. Das Ausbleiben von Veränderungen im Bewusstseinszustand und die Fremdanamnese (bereits seit längerem bestehende kognitive Einschränkungen) können die Verdachtsdiagnose Demenz bestätigen. Seltener sind Zustände wie organische Halluzinosen (beispielsweise unter Behandlung mit Opiaten) von deliranten Zuständen abzugrenzen.

Therapeutisches Vorgehen

Das therapeutische Vorgehen besteht aus drei Komponenten. Zuerst muss versucht werden, den Grund des Deliriums festzustellen und zu behandeln. Eine kausale Therapie ist auch bei Patienten mit fortgeschrittenem Leiden sinnvoll, allerdings nur wenn die mit Diagnostik

und Therapie verbundenen Belastungen nicht den zu erwartenden Gewinn für den Patienten übertreffen. Falls eine kausale Therapie nicht möglich ist oder nicht sofort erfolgen kann, muss der Patient symptomatisch behandelt werden. Einen deliranten Patienten nicht zu behandeln erscheint angesichts der mit einem Delir verbundenen Ängsten und Verunsicherungen als unethisch. Nicht-medikamentöse Therapien sind hilfreich und bestehen aus Orientierungshilfen für den Patienten. Eine wiederholte verbale oder schriftliche (zeitlich, örtliche und inhaltliche) Orientierung kann dem Patienten helfen. Ebenso ist es hilfreich eine pflegerische Betreuung ohne allzu häufige personelle Wechsel zu gewährleisten. Diese Massnahmen genügen allerdings oft nicht, und müssen durch eine psychopharmakologische Medikation ergänzt werden. Bei somatisch Kranken hat sich eine neuroleptische Behandlung mit dopaminblockenden Mitteln bewährt. Im Vergleich zu anderen psychiatrischen Indikationen kann die Dosierung niedrig beginnen (beispielsweise mit 3mal täglich einem Milligramm Haldol) und dem Zustandsbild angepasst werden.

Die Behandlung eines deliranten Patienten kann für die Angehörigen und die Betreuenden emotional belastend sein. Nicht selten sind solche Zustände mit einer Enthemmung verbunden, die zum verbalen oder motorischen Ausdruck von sexuellen oder aggressiven Strebungen führt. In diesen Situationen ist es wichtig, die Angehörigen über die Art des Zustandes aufzuklären und darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um eine bekannte und reversible Komplikation somatischer Erkrankungen und ihrer Behandlungen handelt. Für die Behandelnden muss darauf hingewiesen werden, dass ein psychotherapeutischer Zugang mit konfliktorientiertem Gespräch nicht hilfreich ist. Auch wenn wichtiges, zum Teil auch Unbewusstes bei Deliranten zum Ausdruck kommt, kann daraus nicht abgeleitet werden, dass eine Gesprächstherapie sinnvoll wird. Ein solches Vorgehen scheint eher zur Verwirrung beizutragen als die Zustände zu mindern. Sinnvoll ist – neben den Orientierungshilfen – die Versicherung an den Patienten, dass er nicht unter einer psychiatrischen Störung im klassischen Sinne leidet, und dass solche Zustände bei körperlich Kranken bekannt und reversibel sind.

Bei Patienten mit aggressivem Verhalten sollte eine medikamentöse Behandlung ohne Zögern und auch gegen deren Willen begonnen werden. Die mit deliranten Zuständen verbundene Aggressivität kann in der Regel nicht mit gutem Zureden gemindert werden. Falls keine Behandlung erfolgt ist eine Eskalation meist vorprogrammiert und erschwert die bereits unerträgliche Situation für alle Beteiligten.

Prognose

Delirante Zustandbilder sind Ausdruck eines ernsthaften körperlichen Prozesses, der behandelt werden sollte. So sind delirante Zustandbilder – beispielsweise bei Krebskranken – prognostisch wichtige Faktoren in bezug auf das Überleben (16), und es gibt Autoren die davon ausgehen, dass ein Delir selbst zum Tode führen kann (17). Umstritten ist auch die Annahme einiger Autoren, dass es irreversible delirante Zustände gibt, die direkt in eine Demenz übergehen können (18); der umgekehrte Fall scheint allerdings häufiger zu sein.

Referenzen

1. Modestin J. Psychiatrische Morbidität bei intern-medizinisch hospitalisierten Patienten. *Schweiz Med Wschr* 1977; 107: 1354-1361
2. Stiefel FC, Kornblith AB, Holland JC. Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period. *CANCER* 1990; 65: 1048-1053
3. Stiefel F, Holland J. Delirium in cancer patients. *Int Psychogeriatrics* 1991; 3: 333-336
4. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1048-1050
5. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals. *CANCER* 1978; 42: 1385-1391
6. Stiefel F, Fainsinger R, and Bruera E. Acute Confusional States in Patients With Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 25-29
7. Coyle N, Breitbart W, Weaver S, Portenoy R. Delirium as a contributing factor of «crescendo» pain. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9(1): 44-47
8. Posner JB. Neurologic complications of systemic cancer. *Dis Mon* 1978; 25: 1-60
9. Breitbart W, Stiefel F, Kornblith AB, Panullo S. Neuropsychiatric disturbance in cancer patients with epidural spinal cord compression receiving high dose corticosteroids: A prospective comparison study. *Psycho-Oncology* 1993; 2: 233-245
10. Lipowski ZJ. *Delirium: Acute Confusional States*. Oxford University Press, New York 1990, pp 111
11. Stiefel F, Bruera E. Psychostimulants for hypoactive-hypoalert delirium? *J Palliat Care* 1991; 7(3): 25-26
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994
13. Evans LK. Sundown syndrome in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 101-108
14. De Stoutz ND, Stiefel F. Reversible Delirium (Acute Confusional States) in Cancer Patients: A Clinical Perspective With Special Emphasis on Etiology, Assessment and Management. *Supp Med* (in press)
15. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198
16. Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 82-86
17. Weddington WW. The mortality of delirium: An underappreciated problem? *Psychosomatics* 1982; 23: 1232-1235
18. Adams F. Neuropsychiatric evaluation and treatment of delirium in cancer patients. *Adv Psychosom Med* 1988; 18: 26-36