

# 1 Nichts Neues unter der Sonne? Geschichte des Begriffs »Delir«

Lutz M. Drach

Verwirrheitszustände bei akuten schweren Erkrankungen sind seit Jahrtausenden immer wieder in der medizinischen Literatur beschrieben und als schlechtes prognostisches Zeichen gewertet worden. Viele immer noch gültige klinische Beobachtungen, pathophysiologische Vorstellungen und Behandlungsprinzipien sind bereits in der Antike formuliert worden.

Schon im »Corpus Hippocraticum«, einer dem *Hippokrates von Kos* (geb. ca. 460 v. Chr.) zugeschriebenen Sammlung antiker medizinischer Traktate verschiedener Autoren, werden die prognostisch ungünstigen Krankheitsbilder »Phrenitis« und »Lethargos« beschrieben. Dabei ist »Phrenitis« durch hohes Fieber und Verwirrtheit (Morb. I 30) und »Lethargos« durch Schläfrigkeit, Zittern, Schwitzen und Inkontinenz (Morb. II 65, Morb. III 5) gekennzeichnet. Es dürfte sich dabei um die ersten Beschreibungen des hyper- und hypoaktiven Delirs handeln.

Der Begriff »Delir« stammt von dem römischen Arzt und Enzyklopädisten *Aulus Cornelius Celsus* (ca. 25 v. Chr. bis 50 n. Chr.). Der Begriff »Delirium« leitet sich von »de lira ire« ab, was »aus der Furche« oder »aus der Spur gehen« bedeutet. Celsus beschrieb Delirien insbesondere im Zusammenhang mit hohem Fieber oder Kopfverletzungen. Im Übrigen war das psychiatrische Klassifikationssystem damals noch recht übersichtlich: die übrigen Entitäten waren »Mania«, »Hysteria« und »Melancholia«.

Der griechische Arzt *Galen von Pergamon* (*Claudius Aelius Galenus*) (129–199 n. Chr.) blieb bis zur Renaissance die führende medizinische Autorität des Abendlandes. Er unterschied Delirien ohne Fieber, die er »Paraphrosyne« nannte und die mit Halluzinationen, Denkstörungen, Verfolgungswahn und Verhaltensstörungen einhergingen, von Fieberdelirien, die er »Phrenitis« nannte und auf eine Vergiftung des Gehirns durch die Toxine des Fiebers zurückführte. Bei letzterer Form des Delirs sah er die Behandlung des Fiebers als wichtigste therapeutische Maßnahme an.

Die arabischen Ärzte des Mittelalters, insbesondere *Avicenna* (980–1037), orientierten sich in ihrer Lehre über die psychischen Störungen, »Quwwat-e-nafsaniya«, an den antiken Autoren und beschrieben ebenfalls das Delirium, neben den übrigen psychischen Störungen Melancholia, Hysteria, Mania und Insomnia (Ghazala et al. 2009).

*Antonio Guainerio* betonte 1481 in seinem Hauptwerk »Opera medica« die Wichtigkeit einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung des deliranten Patienten.

*Giovanni Battista Morgagni* (1682–1771) ersetzte 1761 den antiken Begriff »Phrenitis« durch »Fieberdelir« (delirium febrile).

*Thomas Sutton* (1767–1835) führte 1813 den Begriff »Delirium tremens« für die Form des Delirs ein, »die sich unter dem Aderlass verschlechtert, aber unter

Opium bessert«. Andere Autoren wie *Pierre Francois Olive Rayer* (1793–1867) erkannten schon kurz danach den Zusammenhang zwischen Delirium tremens und der Alkoholabhängigkeit.

Der Delirbegriff der klassischen deutschen Psychiatrie wurde maßgeblich von *Karl Ludwig Bonhoeffer* (1868–1948) geprägt (Neumärker 2001). Nach Vorarbeiten über »die akuten Geisteskrankheiten von Gewohnheitstrinkern« (1901) und die »symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen« (1910) erschien 1917 »Die akuten exogenen Reaktionstypen«. Hierin sieht Bonhoeffer die akuten, körperlich begründeten Psychosen als Epiphänomene einer fassbaren Körperkrankheit. Klinisches Leitsymptom ist eine Bewusstseinstrübung, die aber auch fehlen kann. Es wird eine Reihe von Zustandsbildern beschrieben, die einander auch im Verlauf der Erkrankung abwechseln können. Neben dem Delir sind vor allem Dämmerzustand, Halluzinose und die Amentia (Verwirrtheit) zu nennen. Auch organische katatone, paranoide und paranoid-halluzinatorische Bilder werden erwähnt. Nach dem »Gesetz der Unspezifität« sind die verschiedenartigen Zustände nicht an eine bestimmte Ätiologie gebunden. Eine kleine Zahl psychotischer Zustandsbilder kann somit von einer großen Zahl möglicher körperlicher Ursachen ausgelöst werden. Bonhoeffer nahm dabei an, dass die unterschiedlichen Reaktionstypen konstitutionell verankert seien.

Der von Nicht-Psychiatern häufig missverstandene Begriff »Durchgangssyndrom« geht auf eine Arbeit von *Hans Heinrich Wieck* (1918–1980) aus dem Jahr 1956 zurück. Er beschreibt damit ein eher leichteres Stadium von unspezifischer hirnanorganischer Beeinträchtigung im Kontinuum der »Funktionspsychosen«. Bei Letzteren handelt es sich um »diejenigen körperlich begründeten Psychosen, die sich nach klinischer Erfahrung zurückbilden können« (aber nicht müssen!). Mit zunehmendem Schweregrad sind das: Durchgangssyndrom, Bewusstseinstrübung, Bewusstlosigkeit und Koma.

In einer bahnbrechenden Arbeit aus dem Jahr 1959 beschrieben *George Libman Engel* (1913–1999) und *John Romano* (1911–1994) erstmals den Zusammenhang von gestörter Stoffwechselaktivität, klinischer Symptomatik und den EEG-Veränderungen beim Delir.

Andere medizinische Fächer hatten, wohl auch weil die akuten organisch begründeten Psychosen schon länger nicht mehr im Fokus des Interesses der Psychiatrie stehen, unabhängig von psychiatrischer Expertise entdeckt, dass viele ihrer Patienten delirant sind. Da in Allgemeinkrankenhäusern ein erheblicher Teil der intensivmedizinisch behandelten Patienten betroffen ist, wurde in der anästhesiologischen Literatur seit den 1970er Jahren das »ICU-Syndrom« (»Intensive Care Unit Syndrome«) beschrieben (Holland et al. 1973). Hierbei handelt es sich aber um typische Delirien. Die neuere intensivmedizinische Literatur (z. B. Tonner et al. 2007) hat den Delirbegriff deshalb wieder aufgegriffen. In jüngerer Zeit wurde, ebenfalls von anästhesiologischer Seite, das Konzept der »postoperative cognitive dysfunction« (POCD) formuliert, das Überschneidungen mit dem Syndrom Delir aufweist, andererseits jedoch einen besonderen Fokus auf länger anhaltende Beeinträchtigungen setzt (Moller et al. 1998).

Nachhaltige Verwirrung zum Delir ist in den deutschsprachigen Ländern durch die deutsche Übersetzung der ICD-10, Kapitel V (F) Psychische Störungen, durch

Dilling et al. (1991) entstanden. Es wird hier beim »Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt« zwischen F05.0 »Delir ohne Demenz« und F05.1 »Delir bei Demenz« unterschieden. Im üblichen medizinischen Sprachgebrauch wird aber »bei« als kausale Beziehung verstanden, etwa wie »obere gastrointestinale Blutung bei *Ulcus ventriculi*«. Das englische Original spricht von »delirium, not superimposed on dementia« und »delirium, superimposed on dementia«. Aus der deutschen Begriffserklärung wird zwar klar, dass auch die deutsche ICD-10 nur zwischen Delir ohne und bei vorbestehender Demenz unterscheidet, trotzdem induziert diese unglückliche Wortwahl immer wieder die falsche Vorstellung, das Delir sei durch die Demenz verursacht worden.

Dieser kurze medizingeschichtliche Abriss zeigt, dass das Thema Delir nichts von seiner Aktualität verloren hat. Das typische klinische Bild, die Verursachung durch körperliche Erkrankungen und die Verschlechterung von deren Prognose durch ein Delir sind schon seit der Antike bekannt (Adamis et al. 2007). Schon *Galen* betonte die zentrale Wichtigkeit der Behandlung der körperlichen Erkrankung und *Guainerio* die Wichtigkeit einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung, beides wichtige Säulen im Management deliranter Patienten. Trotz einiger terminologischer Verwerfungen in letzter Zeit hat der Begriff des Delirs eine bemerkenswerte Beständigkeit gezeigt und wird neben dem DSM-5 sicherlich auch in der ICD-11 seinen Platz behaupten.

## 2 Symptomatologie und Epidemiologie

### 2.1 Symptome und Syndrome des Delirs<sup>1</sup>

*Friedel M. Reischies*

Die Krankheitszeichen, die im Zusammenhang mit dem Auftreten eines Delirs beobachtet werden, sind ausgesprochen vielfältig. Einige Patienten zeigen eine »bunte« Symptomatik mit Störungen in kognitiven Funktionen, in der Aufmerksamkeit und im Bewusstsein, aber auch in der Motorik, Wahrnehmung und Emotionalität – andere nur eine leichte Benommenheit und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Symptome sollen in diesem Abschnitt einzeln beschrieben werden. Dabei wird der Versuch unternommen, sie in übersichtlichen Kategorien zu gliedern.

Die Spezifität der Symptomatik des Delirsyndroms liegt nicht in den Symptomen – es gibt keine delirspezifischen, keine pathognomonischen Symptome des Delirs. Jedes einzelne Symptom des Delirs kommt auch bei anderen neuropsychiatrischen Krankheitsbildern vor. Die Delirspezifität liegt im Muster der Symptome, dem Syndrom, und im Verlauf: 1. einem plötzlichen Auftreten der Symptome, 2. einem fluktuierenden Verlauf und 3. einem raschen Abflauen der Symptome (jedenfalls in der Regel, wenn die Ursache des Delirs behoben ist). Für den Diagnostiker ist also die Kenntnis der möglichen und häufigen Symptome des Delirs unverzichtbar, damit er darauf achten kann, denn nach einigen Stunden könnten sie schon nicht mehr erhebbar sein.

Damit erfüllt das Delir die Charakteristik einer psychiatrischen Krankheitseinheit, eine Zustands-Verlaufs-Einheit zu bilden. Erst die Gestalt der Veränderung der komplexen Symptomatik im Laufe der Zeit erlaubt, die Diagnose des Delirs mit Sicherheit zu stellen.

#### 2.1.1 Gruppen von Symptomen – von verschiedenen kausalen Faktoren verursacht

Ein Delir ist ein neuropsychiatrisches Hirnschädigungssyndrom bzw. ein psychiatrisches Syndrom bei einer Hirnfunktionsstörung. Es gibt nicht nur neurologische,

---

1 Der Autor dankt Herrn PD Dr. med. A. Quante und den Herausgebern für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

sondern auch psychiatrische Krankheitsbilder, die auf eine Schädigung spezifischer Anteile oder Subsysteme des Gehirns zurückzuführen sind. Im Delir entsteht die Symptomatik durch eine akute Störung von Hirnfunktionssystemen der Aufmerksamkeit, Wachheit, des Gedächtnisses etc. Der Leser sollte sich nicht verwirren lassen dadurch, dass bestimmte wohldefinierte Krankheitsbilder mit einer spezifischen Hirnfunktionsstörung, wie eine Transiente Globale Amnesie (TGA), eine temporäre Störung des episodischen Gedächtnisses verursachen, die aber nicht als Delir aufgefasst wird. Hier tritt keine Störung der Aufmerksamkeitsfunktionen auf, die zu den Kernsymptomen des Delirs gezählt wird (s. u.).

Das Delir ist ein Krankheitsbild, das durch viele sehr unterschiedliche Ursachen ausgelöst werden kann (► Kap. 4) und zwar in der Regel auf der Grundlage einer Risikokonstellation von z. B. hohem Lebensalter und vorbestehenden Krankheiten: Beispielsweise tritt ein Delir bei einem Demenzpatienten auf, der zusätzlich einen urogenitalen Infekt erleidet (► Kap. 3.2). Die Symptomatik ist daher zu gliedern in

1. *Symptome des Delirs*: beispielsweise Aufmerksamkeitsverminderung;
2. *Symptome der aktuell verursachenden Störung*, der ätiologisch verantwortlichen Krankheit: z. B. bei einem Schlaganfall mit Delir die neuropsychologische Beeinträchtigung durch die direkte Hirnschädigung, z. B. eine Wortfindungsstörung, oder beim Alkoholentzugsdelir Schwitzen und eine Kreislaufentgleisung;
3. und gegebenenfalls *Symptome einer weiteren Erkrankung*, die ein Risiko für eine Delirentstehung darstellt: wie z. B. eine vorbestehende Demenz mit einer Störung des episodischen Gedächtnisses.

Demnach muss in der Diagnostik die Erkennung des Delirs an sich unterschieden werden von der Erkennung der das Delir auslösenden Faktoren – bzw. den Risikofaktoren, welche die Delirentstehung begünstigt haben. Veranschaulichen kann man sich den Sachverhalt, wenn man von einem Bündel von kausalen Faktoren und einer »Delirschwelle« ausgeht (► Kap. 3.1). Ein einziger sehr starker ätiologischer Faktor kann das Delir allein verursachen, aber auch ein Bündel von mehr oder weniger schwächeren ätiologischen Faktoren und Delirrisiken. Hier wird es im Vordergrund um die Symptome des Delirsyndroms gehen.

### 2.1.2 Kernsymptome des Delirsyndroms

Die wichtigsten Bereiche in der Symptomatik des Delirs sind jene der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins und der kognitiven Leistungen (Cole 2004, Reischies et al. 2007). Es soll hier daher mit der Störung der verschiedenen Aufmerksamkeitsbereiche begonnen werden. Im Vergleich der ICD-10-Klassifikation der WHO (auf diese wird in den Kapiteln 2.2 und 4 noch näher eingegangen) und der amerikanischen DSM-5-Klassifikation psychiatrischer Krankheitsbilder (► Kap. 2.2) fällt auf, dass die ICD-10 das Delir wesentlich komplexer fasst, d. h. die ICD-10 listet mehr Symptome auf, während die DSM-5-Klassifikation die Betonung auf eine Kernsymptomatik legt (American Psychiatric Association 2013). Im Folgenden werden also zuerst die Kernsymptome beschrieben:

- Aufmerksamkeitsstörungen
- Bewusstseinsstörungen
- Störungen kognitiver Leistungen

### Aufmerksamkeit

Obwohl die Aufmerksamkeit im Alltag eine große Rolle spielt, bemerken wir sie kaum. Wir werden nur sehr selten auf sie selbst aufmerksam: Die Aufmerksamkeit ist ein Prototyp der unbewusst (implizit) ablaufenden Prozesse der Informationsverarbeitung des Gehirns.

Wie in einem Interview beobachten wir besonders in der psychiatrischen Diagnostik die Aufmerksamkeit und bilden uns (ebenfalls meist implizit) ein Bild über die Aufmerksamkeitsfunktionen des Gesprächspartners. Wir folgen seinen Aufmerksamkeitswendungen, beobachten seine Blicke und beachten die Abfolge seiner Gedanken, die er uns gegenüber äußert. Auch schaut man in der Regel gemeinsam auf bestimmte Objekte, beispielsweise wenn jemand in den Raum kommt (Konzept der »shared intentionality«). In der psychopathologischen Diagnostik müssen die Aufmerksamkeitsfunktionen dann explizit bewertet werden.

Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 stellt die Aufmerksamkeitsstörung beim Delir ganz in den Vordergrund und spricht dabei von einer Störung der Aufmerksamkeit in vier Teilaspekten:

1. *Ausrichten und Leiten der Aufmerksamkeit:* Hiermit ist die Wendung der Aufmerksamkeit gemeint, beispielsweise die Ausrichtung auf den Untersucher, wenn er an das Bett tritt, oder auf einen eintretenden Besucher oder das Hinsehen dorthin, wo der Untersucher hinblickt. Beim Fokussieren der Aufmerksamkeit auf eine Aufgabe, wie beispielsweise »die Monate rückwärts aufsagen«, wird ebenfalls die Aufmerksamkeit ausgerichtet – ein Patient könnte beispielsweise die Aufgabe nicht beginnen, sondern immer wieder ablenkende freie Assoziationen äußern.
2. *Fokussieren der Aufmerksamkeit:* Hiermit ist die Intensität der Aufmerksamkeitsausrichtung auf eine Aufgabe gemeint, die auch kurzfristig (wie bei einem Golfschlag) erfolgen kann. Die Aufmerksamkeit wird z. B. auf die Aufgabe fokussiert, eine Zahlenfolge nachzusprechen.
3. *Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit:* Bei längeren Aufgaben muss die Aufmerksamkeit auf die mentalen Operationen, die gefordert werden, fokussiert gehalten und ablenkende Einflüsse müssen ferngehalten werden. Hierbei ist beispielsweise das Sich-wehren-Können gegen Ablenkungen gemeint (vielfach wird der Begriff Konzentration für die Aufrechterhaltung und Fokussierung der Aufmerksamkeit gebraucht).
4. *Verändern/Lösen der Aufmerksamkeit:* Das Abwenden der Aufmerksamkeit von einem Fokus. In dissoziativen oder oneiroiden – traumartigen – Zuständen beispielsweise kann die Aufmerksamkeit nicht von einem Objekt gelöst werden.

Es gibt viele Typen der Aufmerksamkeit und viele Systeme des Gehirns, welche diese Aufmerksamkeitsfunktionen vermitteln (Reischies 2007b). Wir können uns die Aufmerksamkeitslenkung vorstellen als ein Mischpult des Tontechnikers beim Konzert eines Orchesters. Der Tontechniker kann am Pult die Gesamtlautstärke verändern, ein Soloinstrument hervorheben, Gruppen von Instrumenten – wie beispielsweise die Bläser – prägnant hervorheben oder umgekehrt in den Hintergrund verschieben. In diesem Sinne sind Menschen erstens insgesamt mehr oder weniger wach. Sie können zweitens auf einen Sinneskanal achten, wenn sie beispielsweise aufmerksam zuhören. Sie können aber auch drittens die Aufmerksamkeit auf ein Wort, einen Gedanken oder auf eine Bewegung fokussieren.

### Unfokussierte Aufmerksamkeit

Die bisher genannten Aspekte gehören zur fokussierten Aufmerksamkeit, d. h. die Aufmerksamkeit in Relation zu einem Ziel, dem Aufmerksamkeitsobjekt. Die unfokussierte Aufmerksamkeit ist dem entgegenzustellen und offenbar beim Delir besonders wichtig. Sie meint das Aufmerksamkeitsniveau ohne dass diese sich jeweils auf ein bestimmtes Objekt richtet – beispielsweise die allgemeine Wachheit.

Eines der charakteristischen Merkmale eines Delirs ist eine Verringerung der unfokussierten Aufmerksamkeit, die dem geübten Diagnostiker auch dann auffällt, wenn nur eine geringe Einschränkung besteht. In der Regel bemerkt sie auch der Lebenspartner des Patienten, sodass in diesem Punkt eine Fremdanamnese besonders wertvoll ist. Den Partnern fällt auf, dass die Person »nicht ganz da« ist, »benommen« oder »wie müde« erscheint etc. Dem Untersucher scheint der Patient nicht vollständig »wach« zu sein.

Man hat auch von einer gestörten Alertness/Attentiveness gesprochen (zusätzlich existiert das Konzept der »Vigilanz«). Auch der Begriff Arousal wird gelegentlich in diesem Zusammenhang verwendet. Er bezeichnet als phasisches Arousal beispielsweise die Weckreaktion, die durch einen Schmerzreiz ausgelöst wird. In einem schweren Delir kann es zum *Übergang von Somnolenz über den Sopor zum Koma* kommen. In diesem Fall muss die Arousal-Reaktion auf Weckreize geprüft werden (► Abb. 9.2).

Die Vielzahl der Begriffe für diese psychopathologische Dimension entstammt experimentellen physiologischen Studien. Aber in der psychopathologischen Untersuchung des Einzelfalls, gerade des Delirs, sind diese Störungskonzepte nicht einfach zu diagnostizieren – es kann nicht gesagt werden, ob das Arousal, die Alertness, die Orientierungsreaktion etc. gestört ist, d. h. psychopathologisch können wir nicht sagen, welcher dieser Funktionsbereiche gestört ist. Pragmatisch kann nicht mehr als eine *Einschränkung der unfokussierten Aufmerksamkeit* konstatiert werden. Wichtig ist der Versuch, *das höchste erreichbare Aufmerksamkeitsniveau* des Delirpatienten durch Weckreize, ansprechende Fragen etc. zu erzielen, um die unfokussierte Aufmerksamkeit diagnostisch zu evaluieren. Wenn dem Untersucher auffällt, dass der Patient im Interview benommen wirkt, muss er den Versuch unternehmen, ihn auf irgendetwas aufmerksam werden zu lassen, was ihn interessieren könnte, oder beim Handschlag noch eine Arousal-Reaktion auszulösen.

**Aktivierung der Aufmerksamkeit – Top-down- und Bottom-up-Prozesse**

Am Beispiel des Arousal kann eine wichtige Unterscheidung in den Prozessabläufen der Aufmerksamkeitsaktivierung deutlich gemacht werden – sogenannte Top-down- und Bottom-up-Prozesse:

1. Ein plötzlicher Schmerz im Fuß aktiviert die Aufmerksamkeit. Man spricht von Bottom-up-Aktivierung (oder auch von der Peripherie her), gewissermaßen »von unten nach oben«.
2. Andererseits kann Erregung und Aufmerksamkeit auch »von oben nach unten« aktiviert werden (Top down): Wenn beispielsweise einer Person in einem Gesprächskreis im Nachhinein einfällt, dass die Äußerung eines Gesprächspartners als Beleidigung aufzufassen ist, wird plötzlich die Aufmerksamkeit auf die Person und die weiteren Äußerungen der Person gelenkt – d. h. in diesem Fall aktiviert die kognitive Verarbeitung die Aufmerksamkeit.

Beide Bereiche der Aufmerksamkeit, die fokussierte wie auch die unfokussierte, sind im Delir gestört. Bei ungestörter unfokussierter Aufmerksamkeit erscheint ein Patient wach, aber es kann die Fokussierung der Aufmerksamkeit z. B. auf eine Aufgabe (z. B. »100-7«) gestört sein – der Patient ist gegebenenfalls hyperaktiv und unkontrolliert. Bei gestörter unfokussierter Aufmerksamkeit wird z. B. der Versuch gelingen, den Patienten durch eine ihn interessierende Stimulation oder durch Hautreize anzuregen – zumindest vorübergehend. Bei einer Störung in beiden Aufmerksamkeitsdomänen wird der Patient weder durch ein ihn interessierendes Thema noch durch Hautreize auf ein höheres Aufmerksamkeitsniveau gelangen (► Tab. 2.1).

**Tab. 2.1:** Beziehung der Störung von fokussierter und unfokussierter Aufmerksamkeit im Delir

		Fokussierte Aufmerksamkeit	
		+	-
Unfokussierte Aufmerksamkeit	+	Gesund, z. B. Nachdenken über ein Problem	Testversagen, z. B. agitiert
	-	Wie gegen Müdigkeit ankämpfen	Hypoaktiv/apathisch, ungezielt unruhig

**Bewusstsein**

Seit Hughlings Jackson (Bhat und Rockwood 2007) und Bonhoeffer ist die Störung des Bewusstseins als charakteristisches Merkmal des Delirs bekannt, zumindest wenn sie plötzlich auftritt und reversibel ist. Bonhoeffers Konzept des exogenen Reaktionstyps Delir ist besonders wertvoll, weil er hervorhebt, dass das Gehirn bei einer Schädigung mit nur einer geringen Anzahl von psychiatrischen Krankheits-

bildern, wie einem Delirsyndrom, antworten kann (neben einer differenzierten neuropsychologischen Symptomatik).

Das Bewusstsein ist jedoch noch nicht gut genug erforscht. Wir bezeichnen im Allgemeinen mit Bewusstsein das bewusste Wahrnehmen und Handeln und das bewusste Nachdenken, Planen und Entscheiden. Wir nehmen an, dass es einen psychischen Funktionsbereich der Ersten-Person-Perspektive gibt, der für alles, was mit dem »Ich« zu tun hat, zuständig ist.

Unter den *Bewusstseinsfunktionen* ist ein Monitoring für verschiedene Domänen zentral:

1. Bewusstes Wahrnehmen der Sinnesqualitäten (»ich sehe den Doktor«, »ich höre die Glocke«) unter sensomotorischer Kontrolle der Person (hinblicken, zeigen, anfassen etc.) und Monitoring der Wahrnehmungen der gesamten Umgebung als Grundlage für eine Orientierung
2. Monitoring der Gefühle (»ich habe Angst«), internen Zustände (»ich bin erschöpft«), oder
3. Monitoring der Anforderungen oder Probleme (»ich habe zu hohe Schulden«), Überzeugungen (»so darf man das aber nicht machen!«), Vorstellungen und Erwartungen etc. Das Monitoring von Empfindungen, internen Zuständen oder Problemen führt zur Aktivierung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Vorstellungen und/oder führt zu Aktionen.

Ein wichtiges weiteres Merkmal der Bewusstseinsfunktionen ist, dass die Person in der Regel über diese subjektive Erfahrung berichten kann und sich später daran erinnert. Diese Fähigkeit ist bei Patienten im Delir gestört. In der Regel können Personen im Delir nicht gut auf sich verändernde Anforderungen der Umgebung oder die Bedürfnisse ihres Körpers reagieren. Deswegen müssen sie als hilflose Personen stationär aufgenommen und überwacht werden.

Neben der Intaktheit dieser Bewusstseinsfunktionen muss der Patient überhaupt wach sein, wobei es eine Einschränkung der Wachheit in Richtung Schlaf und eine Einschränkung in Richtung Somnolenz, Sopor und Koma gibt. Diese zweite Dimension wird in der Regel als quantitative Bewusstseinsstörung bezeichnet und geht mit zunehmender Beeinträchtigung der oben genannten Bewusstseinsfunktionen einher.

Die neue Klassifikation der amerikanischen Psychiatrie, das DSM-5, verzichtet auf die Störung des Bewusstseins als Kriterium für das Vorliegen eines Delirsyndroms. Es betont besonders die Störung der Aufmerksamkeit. Dies steht im krassen Gegensatz zur in Deutschland herrschenden Lehrmeinung. Im deutschen Sprachraum steht seit Bonhoeffer die Bewusstseinsstörung an zentraler Stelle der Definition des Delirs. Jedoch ist seit Langem klar, dass die Bewusstseinsstörung zwar eine sehr spezifische Symptomatik des Delirs darstellt, allerdings als Hauptsymptom zu wenig sensitiv ist. Mit anderen Worten, wenn bei einem Patienten eine plötzlich neu aufgetretene Bewusstseinsstörung bemerkt wird, dürfte es sich mit einiger Sicherheit um ein Delir handeln, aber es gibt sehr viele Delirien ohne Bewusstseinsstörungen, beispielsweise flüchtige Verwirrtheitssyndrome bei Exsikkose. Diese Situation hat zur Einführung von neuen Terminologien, z. B. des »Durchgangssyndroms« geführt (Wieck), einem Delirsyndrom ohne Bewusstseinsstörung.

Ein weiteres Problem ist hier nebenbei zu erwähnen: Im deutschen Sprachraum wird die Bewusstseinsstörung beim Delir als *qualitative und quantitative* Bewusstseinsstörung charakterisiert. International ist aber zur Grobcharakterisierung der Tiefe einer Bewusstseinsstörung die Glasgow Coma Scale (GCS) eingeführt, welche versucht, in dem Spektrum von Somnolenz zum Koma den Schweregrad einer Bewusstseinsstörung zu quantifizieren. Es wird also nur von einer einzigen, *quantitativ* abstufbaren Dimension »Bewusstsein« ausgegangen. Die internationale Psychiatrie geht bei der Bewusstseinsstörung im Delir nicht mit Jaspers von einer qualitativen Bewusstseinsstörung aus. Jaspers hatte beispielsweise eine Fragmentierung der Bewusstseinsinhalte beschrieben, welche die Qualität des Erlebens beeinträchtigt – diese wäre z. B. mit der begleitenden Störung kognitiver Funktionen zu erklären. Das Hauptargument ist, dass die Diagnostik dieser Charakteristik der Bewusstseinsveränderung im Delir jedoch in der Regel schwer beeinträchtigt oder unmöglich ist – wir können einfach nicht wissen, wie das Erleben des Delirpatienten ist. Wir haben mithin die Situation, dass die amerikanische Psychiatrie die Bewusstseinsstörung nicht mehr zu den Kriterien des Delirs zählt und die internationale Psychiatrie die Diagnostizierbarkeit der qualitativen Veränderung des Bewusstseins nach Jaspers nicht nachvollzieht (► Abb. 9.2).

Unabhängig davon muss betont werden, dass jedoch qualitative Bewusstseinsstörungen für die Delirsyndrome wichtig sind: Eines der Syndrome, die in den neuen Klassifikationssystemen unter dem Delir subsumiert wurden, der Dämmerzustand, geht mit dem Vorherrschen einer qualitativen Bewusstseinsstörung einher (s. u.).

Als Zwischenlösung war das Merkmal der Bewusstheit der Umgebung eingeführt worden – der Patient ist sich seiner Umgebung nicht klar bewusst, d. h. seine Umweltorientierung und situative Orientierung sind gestört (disorder of awareness of the environment – in DSM-5 ausgeführt als »reduced orientation to the environment«).

In der deutschen Psychiatrie ist als Stufe zwischen dem klaren Wachbewusstsein und einer Bewusstseinsstörung die »Benommenheit« beschrieben worden. Dieser Begriff ist für die Diagnostik des Delirs äußerst hilfreich, besonders für leichtere Formen. Patienten scheinen nicht voll wach, »nicht ganz anwesend«, »verhangen« etc.

Als Überleitung zu den Störungen kognitiver Leistungen soll hier beispielhaft die *Kernsymptomatik* prägnant herausgearbeitet werden: Ein Patient erscheint dem Untersucher

- erstens nicht ganz wach und zudem unaufmerksam. Auch nach Bemühungen, ihn zu aktivieren, klart er nicht vollständig auf und wird nicht attenter.
- Weiter weist er eine Beeinträchtigung kognitiver Leistungen auf, beispielsweise eine deutliche Störung der zeitlichen Orientierung, die vorher nicht vorgelegen hat.

Dieser Patient wird mit hoher Wahrscheinlichkeit an einem Delir leiden. Hierbei ist der Unterschied zu einem müden Menschen hervorzuheben: Wenn der schläfrige Mensch aufwacht, wird er z. B. die Orientierung sehr rasch wiedererlangen.