8 Organische Psychosen (F0x)

Tatjana Voß, Christian Schanze

8.1 Allgemeinpsychiatrische Fakten

8.1.1 Definition

Organische Psychosen sind als psychische Störungen mit nachweisbarer Ätiologie einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer – auch extrakranial verursachten – Hirnfunktionsstörung definiert. Die ICD-10 führt im Kapitel F0x so unterschiedliche Krankheitsbilder wie chronische organische Psychosen, d. h. Demenzen (F00; F01; F02), das amnestische oder Korsakow-Syndrom (F04), akute organische Psychosen (Delirien: F05), andere organisch bedingte psychische Störungen (F06) und die organischen Persönlichkeitsstörungen (F07) auf. Wenn die zur organischen Psychose führende Grunderkrankung bekannt ist, kann sie an vierter Stelle kodiert werden (z. B. Demenz bei Huntington'scher Krankheit: F02.2). Organische Psychosen erscheinen klinisch vielgestaltig, sie können jedes psychiatrische Syndrom verursachen.

In der psychiatrischen Terminologie wurden verschiedene Einteilungen der organischen Psychosen vorgenommen (Huber 2005):

- **Differenzierung nach Krankheitsbeginn:** akut beginnend (z. B. Delir), mit einem schleichenden oder chronischen Beginn (z. B. Demenz);
- **Differenzierung nach dem Verlauf:** Psychosen, die akut beginnen, sind häufig reversibel. Dieses Phänomen bezeichnete man als Durchgangssyndrom. Dem ge-

genüber stehen die chronischen, oft irreversiblen Psychosen. Aber: Weder ist jede akute Psychose reversibel, noch ist ein chronischer Verlauf unumkehrbar. Daher wird diese Unterscheidung heute nicht mehr angewandt.

8.1.2 Epidemiologie

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Demenzen durch den wachsenden Anteil älterer Menschen deutlich angestiegen. In Deutschland sind aktuell mindestens 1 Million Menschen an einer Alzheimer-Demenz erkrankt, weltweit wird von 15 Millionen Betroffenen ausgegangen.

Eine demenzielle Erkrankung ist typischerweise gekennzeichnet durch

- eine Beeinträchtigung von Merkfähigkeit und Gedächtnis,
- den Abbau von kognitiven Funktionen mit der Folge
- einer Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, die sich signifikant bei der Arbeit, bei sozialen Aktivitäten oder in Beziehungen zu anderen Menschen niederschlägt.
- Diese Veränderungen treten ohne Bewusstseinsstrübung und für einen Zeitraum länger als sechs Monate, d. h. mit einem chronischen Verlauf, auf.

Die Demenz vom Alzheimer-Typ beginnt meist nach dem 65. Lebensjahr und stellt mit 60 % die häufigste Form dar (vaskuläre Demenz: 15 %, gemischte Demenzformen: 15 %, sekundär: 10 %). Als gesicherte Risiko-

faktoren für das Auftreten einer Alzheimer-Demenz gelten das Alter, genetische Faktoren wie der Apolipoproteintyp E4 und das Down-Syndrom (Wöber et al. 1992; MRC CFAS 2001). Menschen mit Down-Syndrom erscheinen dabei als besonders früh und besonders häufig betroffen. Die Risikofaktoren vaskulärer Demenzen entsprechen denen anderer vaskulärer Erkrankungen wie Bluthochdruck, Nikotinabusus, Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen. Die Alzheimer-Erkrankung führt üblicherweise nach 5–8 Jahren zum Tode.

8.1.3 Diagnostik

Den klinischen Frühsymptomen einer Demenz, bestehend aus einer meist depressiven Affektstörung, Antriebsminderung und leichten Konzentrationsstörungen, schließen sich die charakteristischen Kernsymptome wie Verminderung der Merkfähigkeit, Gedächtnisabbau und Orientierungsstörungen mit einer Persönlichkeitsveränderung an. In späteren Krankheitsstadien treten neurologische Defizite wie Aphasie, Apraxie, Abnahme der Blasen- und Darmkontrolle mit einem Verlust von Alltagsfertigkeiten auf.

Durch Anamnese, den körperlichen Untersuchungsbefund, Zusatzdiagnostik inklusive einer zerebralen Bildgebung sowie testpsychologische Untersuchungen (z. B. Mini-Mental-Status-Test) müssen in der Differenzialdiagnostik demenzieller Syndrome behandelbare Grunderkrankungen, wie depressive Störungen, ein Delir z. B. als Folge einer Schilddrüsenunterfunktion, metabolische Erkrankungen und andere, potenziell reversible Ursachen einschließlich Nebenwirkungen von Medikamenten, ausgeschlossen werden.

8.1.4 Therapie

Nach der Diagnostik ist die Erstellung eines **Gesamtbehandlungsplans** obligat. Er muss somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte berücksichtigen. Die therapeutischen Maßnahmen hängen dabei vom Schweregrad der Demenz ab. An erster Stelle sind körperliche und kognitive Aktivierung zu nennen. Information und Unterstützung der Betreuer und Angehörigen sowie die Vermittlung von notwendigen ambulanten oder stationären Hilfen sind ebenso notwendig. Bisher gibt es medikamentös lediglich eine symptomatische Therapie, die das Fortschreiten der Krankheitssymptomatik um zirka ein Jahr verzögert. Evidenzbasierte Metaanalysen haben die Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern (ChE-Hemmer) für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz belegt (Doody et al. 2001). Als Nebenwirkungen der ChE-Hemmer sind Herzrhythmusstörungen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und Leberdysfunktion zu nennen. Begleitende depressive oder psychotische Syndrome, die bei über 30% der Demenzpatienten auftreten, sind mit vorzugsweise nebenwirkungsarmen Präparaten wie selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) oder atypischen Neuroleptika zu behandeln.

8.1.5 Delir

Als Delir bezeichnet man ätiologisch verschiedene, aber psychopathologisch einheitliche Bilder mit gleichzeitiger Störung von Bewusstsein, Auffassung und Gedächtnis, Affektivität, Antrieb, Denken und Wahrnehmung. Traditionell spricht man vom Alkoholentzugsdelir, heute wird der Begriff umfassender eingesetzt. Klinisch sind neben Angst und Unruhe vor allem optische Hallu-

zinationen, vegetative Störungen wie Zittern oder Schwitzen sowie quantitative Bewusstseinsstörungen (Somnolenz, Präkoma, Koma) typisch. Nach Abklingen des Delir kann sich der Patient in der Regel nicht an diese Phase erinnern (Amnesie). Ätiologisch sind neben Medikamentenintoxikationen vor allem metabolische Entgleisungen, kardiovaskuläre oder neurologische Erkrankungen (Hämatom, Tumor, Abszess, Ödem etc.) verursachend. Der Beginn ist in der Regel akut, d. h. innerhalb von Stunden. Das Delir kann auch in einen chronischen, demenziellen Verlauf übergehen.

8.2 Organische Psychosen einschließlich Demenz bei Intelligenzminderung (F00–09)

Gemäß der aktuellen ICD-10-Klassifikation ist als „organische Psychose“ zu verschlüsseln, wenn erstens ein bedeutungsvoller körperlicher Befund (zerebral oder systemisch mit sekundärer Auswirkung auf das ZNS) vorliegt und zweitens ein zeitlicher Zusammenhang (Wochen oder einige Monate) zwischen körperlichem Befund und der psychischen Symptomatik besteht. Darüber hinaus sollte sich das psychische Zustandsbild nach Heilung oder Besserung der vermuteten körperlichen Ursache ebenfalls zurückbilden. Als viertes Kriterium wird im ICD-10 aufgeführt, dass die psychischen Symptome nicht schlüssig auf das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren zurückzuführen sind.

Daraus erklärt sich ein besonderer Aspekt der psychiatrischen Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung, der als **Duale Diagnose** international etabliert ist. Während früher v. a. Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis im deutschsprachigen Raum in

einem unmittelbaren ätiologisch-begrifflichen Zusammenhang mit der geistigen Behinderung gesetzt wurden (sog. „Pfropfschizophrenie“), kann dies aus den obigen ICD-10-Kriterien nicht mehr abgeleitet werden. Lediglich wenn das Eintreten der geistigen Behinderung durch eine zerebrale oder systemische Erkrankung in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der psychischen Symptomatik steht, dürfen die psychischen Symptome als organisch verursacht diagnostiziert werden. Dies ist aber bei den meisten Menschen mit Intelligenzminderung nicht der Fall, und so werden geistige Behinderung und psychische Störung getrennt voneinander diagnostiziert (Duale Diagnose).

Organische Psychosen spielen innerhalb der psychiatrischen Erkrankungsbilder geistig behinderter Menschen eine besondere Rolle. Diese Personengruppe reagiert ähnlich wie alte Menschen bereits auf unspezifische Noxen wie Dehydratation, Elektrolytverschiebungen, Infektionen, zentral wirksame Medikamente etc. besonders sensibel. Eine gewissenhafte organische Diagnostik ist beim klinischen Verdacht auf eine psychische Störung unumgänglich, zumal bei Menschen mit Intelligenzminderung häufig zusätzliche, teils komplexe Fehlbildungssyndrome mit Organschäden (Herz, Muskel- bzw. Skelettsystem) und sensorischen Einschränkungen vorliegen. Weiterhin wird angenommen, dass 20–40 % der Menschen mit schwerer Intelligenzminderung an einer oder mehreren körperlichen Erkrankungen leiden, die nur unzureichend behandelt sind (Kaschke 2010; McGuire et al. 2007; Ryan 2001) und so psychiatrische Symptome bedingen oder verstärken können.

Cooper et al. (2007) geben in ihrer epidemiologischen Untersuchung (n = 1 023, Alter: alle Menschen mit geistiger Behinderung ab 16 Jahren in der Region Glasgow) eine Prävalenz von ca. 2 % für organisch bedingte psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung an.