

# Aufgabengebiete und Behandlungsansätze in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie

Rafael Meyer, Josef Jenewein, Sönke Böttger

Abteilung für Konsiliar-Liaison-Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Summary

### *Areas of activities and approaches of treatment in consultation-liaison psychiatry*

Consultation-liaison psychiatry represents one of the newer fields of psychiatry with increasing importance amidst the interface of medicine and psychiatry. The understanding of the substantial degree of incidence and prevalence of psychiatric illness in medical disease has made this subspecialty essential to the modern general hospital. Its tasks, as well as diagnostic and therapeutic processes, deviate from the approach known from general psychiatry. A more comprehensive approach with critical consideration of the medical situation is required in order to reach the correct assessment, diagnosis and management. This review aims to describe this specific approach, the diagnoses and management approaches common to consultation-liaison psychiatry.

*Key words: Consultation-liaison psychiatry; psychiatric diagnoses; organic mental disorders; approach; management*

## Einleitung

Die Konsiliar-Liaison-Psychiatrie ist eine Subspezialisierung, die sich an der Schnittstelle zwischen der Medizin im weiten Sinne und der Psychiatrie befindet.

Die Übergänge zwischen der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie und Medizin sind dabei zum Teil fließend.

Bereits Adolf Meyer, ein Pionier der Allgemeinkrankenhauspsychiatrie in den Vereinigten Staaten, formulierte und etablierte das Modell einer psychobiologischen Psychiatrie, welches in der Folge der Konzeptualisierung der Konsiliarpsychiatrie als Grundlage diente. Seine «Psychobiologie als Wissenschaft vom Menschen» [1] betrachtete Psyche und Körper als unterscheidbare, aber nicht trennbare und sich ergänzende Bestandteile des menschlichen Organismus. Der später von G. L. Engel formulierte «biopsychosoziale Ansatz» [2] kann letztlich als eine Erweiterung des psychobiologischen Ansatzes betrachtet werden, an den er sich in seiner Begriffswahl anlehnt. Für die Entwicklung und Emanzipation der Konsiliarpsychiatrie wichtig ist das Bestre-

ben, der Isolation der Psychiatrie in zentrumsferne «Irrenasyle» entgegenzuwirken und psychiatrische Abteilungen auch in somatischen Kliniken zu integrieren. Somit stellt die in zahlreichen Studien belegte und durch verschiedene Wechselwirkungen entstehende Nähe psychiatrischer Probleme zur Biologie bzw. zur Somatik das Hauptmerkmal der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie dar.

In der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie wird ein breites Spektrum von Patienten und Krankheitsbildern behandelt. Zu diesem Spektrum gehören:

1. Medizinische Erkrankungen, die psychiatrische Krankheitsbilder hervorrufen, wie z.B. das Delir, organische affektive Störungen oder medikationsinduzierte affektive Störungen, die psychoonkologische Betreuung bei Krebserkrankungen.
2. Die Mitbetreuung psychisch Erkrankter mit somatischen Problemen, wie z.B. Patienten mit einer Schizophrenie und einem Unfallfolgeschaden, depressive Patienten mit Diabetes mellitus oder chronischen Schmerzen.
3. Die Mitbehandlung von Suchterkrankungen, wie z.B. des Alkoholentzugssyndroms oder des Benzodiazepinentzugssyndroms.
4. Die diagnostische und therapeutische Beurteilung körperlicher Symptome, die medizinisch-somatisch nicht zu erklären sind, wie z.B. Konversions- oder somatoforme Störungen.
5. Die Beurteilung und Mitbetreuung von Patienten vor und nach Organtransplantationen.
6. Die Unterstützung in der Beurteilung der Urteilsfähigkeit, insbesondere bei älteren Patienten mit kognitiven Störungen. Dabei ist zu bemerken, dass die Urteilsfähigkeit von allen Medizinern eingeschätzt werden, bei komplexeren Fragestellungen die Mithilfe der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie aber häufig richtungsweisend sein kann.
7. Die Einschätzung und Mitbehandlung von selbstschädigendem Verhalten und suizidalen Handlungen.

«Ein passiver Lebensstil begünstigt Bewegungsmangel und Überernährung. In deren Folge kann sich ein Diabetes mellitus entwickeln, der nach langjährigem Bestehen das Auftreten einer Depression und die Entwicklung eines zerebralen Gefässprozesses begünstigt. Die depressive Krankheit hat eine Vernachlässigung diätetischer Regeln und medizinischer Verordnungen zur Folge, die zur Dekompensation des Diabetes und im Zusammenhang damit zu einem Hirninfarkt führt. Als Folge des Hirninfarkts verbleibt eine Demenz mit Pflegebedürftigkeit.» [3]

### Korrespondenz:

Dr. med. Rafael Meyer  
 UniversitätsSpital Zürich  
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Abteilung für Konsiliar-Liaison-Psychiatrie  
 Rämistrasse 100  
 CH-8091 Zürich  
 Schweiz  
 rafael.meyer[at]usz.ch

## Allgemeine Empfehlungen zum Vorgehen in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie

Als erster Schritt muss die *Dringlichkeit* des Konsils geklärt werden. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit und die Abklärung suizidaler Absichten sind in der Regel von hoher Dringlichkeit, während die psychoonkologische Mitbetreuung häufig nicht so zeitnah erforderlich ist. Der persönliche Kontakt zum Auftraggeber ist notwendig, um die Rahmenbedingungen des Konsils zu erfahren. Es ist dabei auch wichtig herauszufinden, ob der Patient über die Konsil-anmeldung informiert ist. Die Präzisierung der Fragestellung sollte bei dieser Gelegenheit erfolgen. Bei den Auftraggebern ist nicht ohne weiteres von vorbestehenden psychiatrischen Kenntnissen auszugehen und nicht immer eine vollständige somatische Abklärung vorauszusetzen. In einem nächsten Schritt gilt es in der Regel, sich anhand der Krankengeschichte ein eigenes Urteil über die somatischen Probleme zu bilden. Es erfolgt die persönliche Exploration und Evaluation des Patienten und im Anschluss die Aufklärung über das vorliegende Krankheitsbild sowie mögliche Behandlungsansätze, einschliesslich unerwünschter Arzneimittelwirkungen und Interaktionen durch Psychopharmaka. Ebenso ist der Auftraggeber über die Diagnose, die Behandlungsoptionen und mögliche Komplikationen zu informieren. Beim Verfassen des Konsilberichts ist auf eine verständliche Ausdrucksweise zu achten. Der Bericht soll auf das Zielproblem und die Fragestellung fokussiert sein sowie auch zugrundeliegenden Faktoren, wie z.B. Medikation und Ätiologie (z.B. Vitalzeichen, Labor, bildgebende Diagnostik) erfassen. Das Miteinbeziehen der medizinischen Zusammenhänge ist in der Regel ausschlaggebend in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie. Das Nichterfassen oder Übersehen dieser Faktoren kann zu Fehldiagnosen und unerwünschten Behandlungsergebnissen beim Patienten führen. Die psychiatrische Mitbehandlung ist bei zahlreichen Krankheitsbildern notwendig und empfehlenswert. Nach Abschluss der somatischen Behandlung ist – falls notwendig – die psychiatrische Weiterbehandlung zu klären (adaptiert nach [3]).

## Spezifische Aspekte in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie

Angesichts der soeben beschriebenen Vorgehensweise lassen sich auch die spezifischen Aufgabengebiete, Herausforderungen und Interventionsmöglichkeiten in der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie gut herleiten. So spielt beispielsweise der zeitliche Rahmen sowohl in Bezug auf die diagnostische Einschätzung als auch in Bezug auf therapeutische Massnahmen und Empfehlungen eine entscheidende Rolle. Dieser ist in der Somatik in der Regel sehr begrenzt, was oft zusätzlich Druck erzeugt. Auch kann die Patientenbetreuung durch das nicht speziell psychiatrisch geschulte Behandlungsteam (Pflegepersonal und Stationsärzte) sowie durch die nicht für psychiatrische Patienten ausgelegte Infrastruktur erschwert werden. Das Pflegepersonal spielt aber oft bei der Umsetzung von konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen eine entscheidende Rolle. Konsultations-

pflege bzw. der Einsatz von psychiatrisch-psychotherapeutisch geschultem Pflegepersonal zur Anleitung des Pflegepersonals der somatischen Stationen wird in Kontinentaleuropa nur selten praktiziert. Darüber hinaus ist die übliche Betrachtungsweise im Sinne einer Patient-Psychiater-Dyade nicht ausreichend, um das spezifische konsiliarpsychiatrische Behandlungssetting in seiner Komplexität adäquat zu erfassen, welches eben auch systemtheoretische Ansätze notwendig macht. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass einerseits die Trias «anfordernder Arzt – Patient – Konsiliarpsychiater», und andererseits auch die Beeinflussungen durch andere Patienten, Angehörige und Stationspersonal von Bedeutung sind. Sogar vorgeschriebene administrative Abläufe, wie z.B. obligatorisches Hinzuziehen des Konsiliarpsychiaters bei Entlassungswunsch gegen ärztlichen Rat können das Setting und die Rollenverteilung mitbestimmen.

Je nach Fragestellungen und Bedürfnissen kann auch die Etablierung einer liaisonpsychiatrischen Zusammenarbeit sinnvoll sein, im Rahmen derer der Konsiliarpsychiater z.B. als fixer Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsteams auftritt, zu regelmässigen Besprechungen und Konsultationen erscheint und somit stärker in die Patientenbetreuung auf der somatischen Station eingebunden wird. Auch regelmässige psychiatrische Fall- und/oder Team-Supervisionen für primär somatische Behandlungsteams können zum Aufgabengebiet eines Liaison-Psychiaters gehören, z.B. um mittels eines «communication skills training» die Team-interne Kommunikation zu verbessern. Balint-Gruppen sind klassischerweise in Arbeitsgruppen von etwa acht bis zwölf Ärzten eingeteilt, die sich unter der Leitung eines Psychotherapeuten regelmässig treffen. Sie sprechen über «Problempatienten» aus dem praktischen Alltag, mit dem Ziel, eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung zu erreichen, die schliesslich zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung des Patienten führen soll.

Für den Einsatz spezifischer konsiliarpsychiatrischer psychotherapeutischer Interventionen, die insbesondere auch den begrenzteren Zeitrahmen einer solchen Intervention berücksichtigen, stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. So stellt z.B. «The Psychodynamic Life Narrative» [4], von Milton Viederman entwickelt, eine Möglichkeit dar, in den ersten Sitzungen mit einem Patienten in einer Krisensituation psychotherapeutisch zu intervenieren. Durch die Etablierung einer starken Bindung zwischen Patient und Konsiliarpsychiater kann es zu einer raschen Entlastung von negativen Emotionen kommen. Es kann auch dazu dienen, einen initial ablehnenden Patienten überhaupt für eine weiterführende Psychotherapie oder für wichtige diagnostische Massnahmen zu gewinnen. Die Akzeptanz von Verlustelebnissen sowie die Entwicklung von Coping-Strategien spielen in den konsiliarpsychiatrischen Kurzinterventionen oft eine entscheidende Rolle [5].

## Relevante Krankheitsbilder und deren Behandlung in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie

Die Diagnosen (Tab. 1), die in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie häufig gestellt werden, befinden sich im Bereich der *organischen, einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen* (F0–09), *psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10–19) und *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40–48) als auch aus dem Bereich der *affektiven Störungen* (F30–39) und seltener der *Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (F20–29).

Im Gegensatz zum DSM-5 [6] ist die Diagnosestellung und Codierung durch das ICD-10 erschwert. Während im DSM-5 z.B. alle psychotischen Störungen unter einer Kategorie kodiert werden, besteht diese Möglichkeit im ICD-10 nicht. Wenn sich ein Patient mit einem psychotischen Symptom präsentiert, bei dem nicht eindeutig festgelegt werden

kann, ob es sich um eine organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung, eine medikamenten- oder substanzinduzierte psychotische Störung oder sogar eine nicht-organische psychotische Störung handelt, ist die korrekte Codierung eine Herausforderung. Die *organische psychotische Störung* würde unter F06.2 kodiert, mit dem ausdrücklichen Ausschluss der *akuten psychotischen Störungen* (F23.–), *anhaltenden wahnhaften Störung* (F22.–), durch *psychotrope Substanzen induzierten psychotischen Störung* (F10–19.5) oder *Schizophrenie* (F20.–). Im DSM-5 würde die *psychotische Störung NED* (not elsewhere defined) Anwendung finden, welche die gesamten oben erwähnten Diagnosen vereinigen würde.

### Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00–09)

Unter dieser Kategorie werden psychische Erkrankungen mit nachweisbarer Ätiologie einer Krankheit, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, zusammengefasst. Die Funktionsstörung kann primär durch eine direkt das Gehirn betreffende Krankheit/Verletzung/Störung oder sekundär als Folge systemischer Erkrankungen bedingt sein.

*Demenz bei Alzheimer-Erkrankung* (F00.–), *vaskuläre Demenz* (F01.–), *Demenz bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen* (F02.–) und *nicht näher bezeichneten Demenzen* (F03).

Die wesentlichen Diagnosen der Demenzen bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen sind die frontotemporale Demenz (*Pick-Erkrankung* F02.0), *Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom* (F02.3) und *Demenz bei HIV-Erkrankung* («*HIV-associated neurocognitive disorder*» [HAND] F02.4). Die Diagnostik ist in Zusammenarbeit mit der Neurologie zu etablieren.

*Delir ohne Demenz* (F05.0), *Delir bei Demenz* (F05.1), *sonstige Formen des Delirs, postoperativ und multifaktoriell* (F05.8) sowie *nicht näher bezeichnet* (F05.9).

Das Delir wird unter F05.– mit dem Ausschluss von Alkohol und anderer psychotroper Substanzen kodiert. Das Delir ist als ätiologisch unspezifisches, hirnorganisches Syndrom definiert und durch gleichzeitig bestehende Störungen von Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Psychomotorik, Emotionalität und Schlaf-wach-Rhythmus charakterisiert. Ein Delir hat einen akuten Beginn in zeitlichem Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung, einen fluktuierenden Verlauf und eine zugrundeliegende Ätiologie [7]. Die weitere Einteilung erfolgt in *Delir ohne Demenz* (F05.0), *Delir bei Demenz* (F05.1), *sonstige Formen des Delir, postoperativ und multifaktoriell* (F05.8) sowie *nicht näher bezeichnet* (F05.9).

Faktoren, die für ein Delir prädisponieren, sind unter anderem ein fortgeschrittenes Lebensalter, kognitive Leistungsminderung, Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, sensorische Beeinträchtigung, Dehydratation, Mangelernährung, Behandlung mit mehreren Medikamenten und körperliche Erkrankungen [8]. Faktoren, die ein Delir auslösen können, sind unter anderem Sedativa, Narkotika, Anticholinergika, Schlaganfall, intrakranielle Blutungen,

**Tabelle 1** Für die Konsiliar-Liaison-Psychiatrie relevante Diagnosen (ICD-10) (adaptiert nach [7, 27]).

<b>Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)</b>	
<i>Demenz</i>	F00.– bis F03
Demenz bei Alzheimer-Erkrankung	F00
Vaskuläre Demenz	F01
Bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen	F02
Frontotemporale Demenz (Pick-Erkrankung)	F02.0
Bei primärem Parkinson-Syndrom	F02.3
Bei HIV-Erkrankung	F02.4
Nicht näher bezeichnet	F03
<i>Delir</i>	F05.–
Delir ohne Demenz	F05.0
Delir bei Demenz	F05.1
Sonstiges Delir	F05.8
Nicht näher bezeichnet	F05.9
<i>Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung</i>	F06.–
Organische katatone Störung	F06.1
Organische affektive Störung	F06.3
Organische Angststörung	F06.4
Leichte kognitive Störung	F06.7
Sonstige	F06.8
Nicht näher bezeichnet	F06.9
<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns</i>	F07.–
Organische Persönlichkeitsstörung	F07.0
Postenzephalitisches Syndrom	F07.1
Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma	F07.2
Sonstige	F07.8
Nicht näher bezeichnet	F07.9
<i>Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung</i>	F09
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–19)</b>	
<b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–48)</b>	
<i>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</i>	F43.–
Akute Belastungsreaktion	F43.0
Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1
Anpassungsstörungen	F43.2
Sonstige	F43.8
Nicht näher bezeichnet	F43.9
<i>Dissoziative oder Konversionsstörungen</i>	F44.–
Dissoziativer Stupor	F44.2
Dissoziative Bewegungsstörungen	F44.4
Dissoziative Krampfanfälle	F44.5
<i>Somatoforme Störungen</i>	F45.–
Somatisierungsstörung	F45.0
Undifferenzierte Somatisierungsstörung	F45.1
Anhaltende Schmerzstörung	F45.4

Infektionen, Schock, Fieber, Anämie, Elektrolytentgleisungen und Operationen [8].

Die Inzidenz und Prävalenz von Delirien im Spitalsetting sind hoch, liegen abhängig von Alter, Demenz und Erkrankung zwischen 10% und 80%. Das Delir ist weiterhin unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Insbesondere bei älteren Patienten und Demenzerkrankten können Delirien weitreichende Folgen, wie z.B. einen verlängerten Spitalaufenthalt und höhere Gesundheitskosten, erhöhte Morbidität und Mortalität, kognitiven Abbau einschliesslich der Entwicklung und Progression einer Demenz, funktionelle Verluste und vermehrte Institutionalisierung nach Entlassung nach sich ziehen [9]. Obwohl divergente Meinungen über die Behandlung des Delirs in der Gesamtheit bestehen [10], ist die Behandlung von Risikogruppen streng indiziert. Die Prävention und Behandlung des Deliriums besteht aus einer dreistufigen Therapie: Die Behandlung der zugrundeliegenden Ätiologien ist zentral. Es bestehen häufig mehrere Ätiologien, die manchmal zum Teil nicht behandelt werden können. Auch ist es möglich, dass keine eindeutige Ätiologie bestimmt werden kann. Der nächste Schritt sind somatische oder nichtpharmakologische Massnahmen zur Behandlung und auch Delirprävention wie Orientierungshilfen, frühe Mobilisation, Bereitstellen von Hör- und Sehhilfen [11, 12]. Die pharmakologische Therapie und Prophylaxe des Delirs erfolgt in erster Linie mit Antipsychotika [12]. Hierbei stellt das typische Antipsychotikum Haloperidol (Haldol®) das Standardmedikament dar, wenngleich die atypischen Antipsychotika Risperidon (Risperdal®) und Olanzapin (Zyprexa®) sich bei einer potentiell besseren Verträglichkeit als ebenso wirksam erwiesen haben [13, 14] (für Dosierungsempfehlungen siehe Tab. 2). Generell sollte die Dosierung symptomgeleitet erfolgen, was zur Folge hat, dass unterschiedliche, teilweise auch hohe Dosierungen notwendig werden, um eine ausreichende Symptomkontrolle

zu erreichen. Bei unmöglicher peroraler Applikation können Haloperidol oder Olanzapin auch intravenös appliziert werden, wobei dadurch eine strengere Monitorisierung der Vitalparameter inklusive EKG notwendig wird. Benzodiazepine als Monotherapie können einen prodelirogenen Effekt haben [15]. Bei starken Angstzuständen im Rahmen des Delirs können sie in ausgewählten Fällen bei strenger Indikation eingesetzt werden.

#### *Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung (F06.-)*

Hierunter sind organische Störungen zusammengefasst, die verschiedene Krankheitsbilder umfassen, die ursächlich mit einer primären Hirnfunktionsstörung, systemischen Erkrankungen, die sekundär das Gehirn betreffen, exogenen toxischen Substanzen oder Hormonen, endokrinen Störungen oder anderen körperlichen Erkrankungen einhergehen.

Die in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie am häufigsten anzutreffenden Störungen sind die *organische katatone Störung* (F06.1), *organische affektive Störung* (F06.3), *organische Angststörung* (F06.4), *leichte kognitive Störung* (F06.7), *sonstige* (F06.8) und *nicht näher bezeichnete Störung* (F06.9).

Es wurden psychische und somatische Indikatoren, die auf eine organische psychische Störung hinweisen, definiert (Tab. 3) und Krankheitsbilder beschrieben (Tab. 4), bei denen organische psychische Störungen vermehrt auftreten.

Katatone Syndrome können im Zusammenhang mit psychiatrischen, aber auch medizinischen Erkrankungen auftreten. Die *organische katatone Störung* (F06.1) ist gekennzeichnet durch verminderte oder gesteigerte psychomotorische Aktivität in Verbindung mit katatonen Symptomen. Häufig treten stuporöse Zustände auf, die sich üblicherweise als psychomotorisch verlangsamt bis retardiert, zurückgezogen und nicht kommunizierend präsentieren, z.T. ist auch die sogenannte wächserne Flexibilität (*flexibilitas cerea*) anzutreffen. Pathophysiologisch wird ein Ungleichgewicht von GABA und Dopamin angenommen. Die Behandlung wird mit Benzodiazepinen durchgeführt, wobei Lorazepam (Temesta®) die am häufigsten untersuchte Substanz ist. Eine Verbesserung tritt in der Regel kurz nach Administration der Benzodiazepine ein [16]. Auch Dopaminergika können bei nicht ausreichender Wirkung durch Benzodiazepine eingesetzt werden.

Die katatone Schizophrenie und der depressive Stupor sind von der organischen katatonen Störung abzugrenzen.

Bei den *organischen affektiven Störungen* (F06.3) ist eine Veränderung der Stimmung, des Affekts und der Aktivitätslage beschrieben, welche in Zusammenhang einer organischen Störung auftritt, wobei depressive, manische und bipolare Zustände vorkommen können.

Die organischen affektiven Störungen treten bei systemischen, schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. bei infektiologisch-immunologischen und auch onkologischen Erkrankungen, häufig auf. Diese Störung wird auch als «sickness behaviour» oder «conservation withdrawal» bezeichnet [17]. Die Patienten sind häufig verlangsamt, müde und erschöpft, mit geringer Belastungstoleranz und ausgeprägtem Ruhebedürfnis. Die Störung wird mit proinflammatorischen

**Tabelle 2** Dosierungsempfehlungen.

Medikation	Applikation	Dosierung initial bis maximal in mg
Haloperidol (Haldol®)	p.o.	0,5–10 mg
Risperidon (Risperdal®)	p.o.	0,25–2 mg
Olanzapin (Zyprexa®)	p.o.	1,25–10 mg
Quetiapin (Seroquel®)	p.o.	12,5–100 mg
Pipamperon (Dipiperon®)	p.o.	20–80 mg

**Tabelle 3** Psychische und somatische Indikatoren, die auf eine organische psychische Störung hinweisen (adaptiert nach [27]).

Beginn der Symptome nach dem 40. Lebensjahr.
Auftreten der Symptome während einer Erkrankung, die eine Störung eines Organsystems verursacht (z.B. Leber, Niere, Pankreas).
Einnahme mehrerer Medikamente.
Degenerative und genetische neurologische Störungen (wie Alzheimer- oder Huntington-Erkrankung).
Bestehen von Bewusstseinsveränderungen.
Ausgeprägte somatische Symptome innerhalb der psychischen Störung.
Kortikale Dysfunktion.
Subkortikale Dysfunktion
Visuelle, auch taktile oder olfaktorische Halluzinationen.
Veränderte Vitalzeichen (Blutdruck, Puls, Atemzüge, Temperatur).

**Tabelle 4** Beispiele häufiger somatischer Erkrankungen, die eine organische psychische Störung verursachen (adaptiert nach [28]).

Autoimmunerkrankungen	Systemischer Lupus erythematosus (SLE)
	Rheumatoide Arthritis
	Sarkoidose
	Und andere
Onkologische Erkrankungen	Gehirn
	Pankreas
	Lungen
	Nieren
	Gastrointestinal
	Und andere
Erkrankungen des ZNS	Parkinson-Erkrankung
	Degenerative Demenzen
	Normaldruckhydrozephalus
	Subarachnoidalblutung
	Zerebrovaskuläre Ereignisse
	Schädelhirntrauma
Endokrine Erkrankungen	Hypo- und Hyperthyreoidismus
	Addison-Erkrankung
	Cushing-Erkrankung
	Hypophysentumor
	Diabetes mellitus
	Hyperparathyreoidismus
Infektionen	Influenza
	Mononucleosis
	Pneumonie
	Hepatitis
	HIV
	Und andere
Medikamente	Opiode
	Benzodiazepine
	Kortikosteroide
	Schilddrüsenhormone
	Immunomodulatoren
	Und andere

Zytokinen in Verbindung gebracht [18, 19], und die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung ist die primäre Intervention. Zu dieser Kategorie gehört z.B. auch die Fatigue bei onkologischen Erkrankungen (cancer-related fatigue [CRF]), die auch häufiger dem «chronic fatigue syndrom» (R53) zugeordnet wird, obwohl dort eine andere Erkrankungsgruppe erfasst wird.

Wenn die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z.B. bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen, nicht möglich ist, können Dopaminergika wie Methylphenidat (Ritalin®) oder Ropinirol (Requip®) und Bupropion (Wellbutrin®) oder auch Modafinil (Modasomil®), welches das Orexin/Hypocretin-System beeinflusst, eingesetzt werden [20]. Die Abgrenzung der organischen affektiven Störungen zu *depressiven Störungen* (F3–.–) kann schwierig sein. In der Regel überwiegen die somatischen Symptome der depressiven Störung, wie reduzierter Appetit und Antrieb, Gewichtsverlust und Konzentrationsstörungen, im Gegensatz zu den psychischen Symptomen der

depressiven Störung wie Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit oder selbstgefährdende Gedanken. Bei onkologischen Patienten wurden zur Unterscheidung zwischen der organischen affektiven von der depressiven Störung die Endicott-Substitutionskriterien eingeführt [21], welche die psychischen Symptome ersetzen, um eine bessere Unterscheidung zu gewährleisten oder die Anzahl der notwendigen Kriterien erhöhen.

Die organisch-affektive Störung beinhaltet auch hypomane bis manische Präsentationen und kann bei Schilddrüsenüberfunktion oder Nebennierenadenomen, die Kortikosteroide produzieren, auftreten. Auch in diesen Fällen ist zuerst die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung anzustreben. Das symptomatische Management der Antriebssteigerung, Gereiztheit, Labilität und Schlaflosigkeit kann durch Benzodiazepine oder sedierende Neuroleptika erfolgen.

Die *organische Angststörung* (F06.4) gleicht der generalisierten Angststörung oder einer Panikstörung, entsteht aber eben durch eine organischen Ursache. Beispiele sind die Hyperthyreose und hypoxische Erkrankungen. Neben der Korrektur der organischen Ursache sind Benzodiazepine als Behandlung indiziert.

Die *leichte kognitive Störung* (F06.7) ist charakterisiert durch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Lernschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen. Die Symptome sind nicht ausreichend, um die Kriterien eines Delirs (F05.–) oder einer *Demenz* (F00–03) zu erfüllen. Die Störung tritt bei körperlichen Krankheiten, zerebralen oder systemischen Infektionen auf.

Subsyndromale Delirien, prädementielle Syndrome und Funktionsstörungen bei Hirntumoren sind unter der leichten kognitiven Störung aufzuführen.

*Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung* (F06.8).

Hinter dieser sehr umständlichen, wenig verständlichen Beschreibung, verbergen sich mehrere gebräuchliche Diagnosen. Es sind hier z.B. antidepressivinduzierte affektive (hypomane bis manische) Störungen aufzuführen wie auch Medikamente und Behandlungen, die affektive Störungen auslösen. Kortikosteroide können neben kognitiven Störungen und Delirien schwere depressive und hypomane bis manische Zustände verursachen [22]. Hormonelle Therapien, wie die antihormonelle Behandlung bei Mamma- und Prostatakarzinom, können ebenso affektive Auswirkungen haben [23] wie Chemotherapie und Bestrahlungstherapie sowie die Interferonadministration bei infektiologischen Erkrankungen [24]. Wenn nach Abschluss der onkologischen Behandlung und Abklingen der unerwünschten Nebenwirkungen die affektive Störung weiter besteht, ist eine *organische affektive Störung* (F06.3) zu diagnostizieren. Hingegen ist eine affektive Störung, die durch Opiate verursacht wird, unter der *opiatinduzierten affektiven Störung* (F13.8) aufzuführen. Die Behandlung erfolgt durch die Eliminierung der Ätiologie. Wenn es nicht möglich ist, die Ätiologie zu behandeln, ist die symptomatische Behandlung anzustreben. Bei depressiven Präsentationen können Antidepressiva oder Dopaminergika eingesetzt werden und bei hypomanen bis manischen Präsentationen Benzodiazepine, sedierende Neu-

roleptika und Antiepileptika mit stimmungsstabilisierenden Eigenschaften. Bei der opiatinduzierten affektiven Störung können Dopaminergika und Modafinil (Modasomil®) eingesetzt werden.

Es ist empfehlenswert, anstatt «sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Erkrankung», in der Diagnose die Ätiologie entsprechend genauer zu beschreiben, z.B. kortikosteroid-induzierte, antihormonelle oder chemotherapieinduzierte («Medikamentenname») affektive Störung usw., zu kodieren.

*Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.9)*

Alle subsyndromalen affektiven, kognitiven und anderen Störungen, die nicht in die Kategorien F06.0–8 einzuordnen sind, können in dieser Kategorie erfasst werden. Die «cognitive disorder» (NED) des DSM-5 ist am ehesten unter dieser Kategorie als nicht näher bezeichnete kognitive Störung, (F06.9) zu beschreiben.

*Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07.–)*

Diese Kategorie umfasst Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die Rest- oder Begleiterscheinungen einer Schädigung des Gehirns sind.

Die *organische Persönlichkeitsstörung (F07.0)* ist durch eine Veränderung gegenüber prämorbidem Verhaltensmuster charakterisiert und betrifft die Äusserung von Affekten, Impulsen und Bedürfnissen. Die kognitiven Fähigkeiten und das Sexualverhalten können ebenso betroffen sein. Diese Störung kann auch als Frontalhirnsyndrom bezeichnet werden, das bei Hirntumoren und anderen Erkrankungen, welche die Frontallappen betreffen, auftreten.

Das *postenzephalitische Syndrom (F07.1)* ist eine anhaltende und unspezifische Verhaltensänderung nach bakteriellen und viralen Enzephalitiden und ist als reversibel anzusehen.

Das *organische Psychosyndrom* nach Schädelhirntrauma (SHT) (F07.2) folgt einem Schädeltrauma, meist einem SHT mit einem Bewusstseinsverlust.

Es bestehen verschiedene Symptome, die sowohl neurologisch sind wie Kopfschmerzen und Schwindel, affektiv wie Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit als auch kognitiv wie Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnis- oder auch Schlafstörungen sowie verminderte Belastbarkeit bei Stress und Alkohol.

Hirnfunktionsstörungen nach Blutungen, wie z.B. nach einer Subarachnoidalblutung (SAB), sind unter F07.8, *sonstige Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die Rest- oder Begleiterscheinungen einer Schädigung des Gehirns* sind, zu kodieren. Wie bei der Aufführung aller unter sonstigen (–.8) erfassten Störungen ist es empfehlenswert, die Störung zu benennen. So ist z.B. nach einer SAB am besten, kognitive und Verhaltensstörung nach SAB zu kodieren.

Bei subsyndromalen Präsentationen oder wenn das vorliegende Syndrom nicht eindeutig zu bestimmen ist, empfiehlt sich die *nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits-*

*und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (07.9)* zu wählen, der Einfachheit halber auch organisches Psychosyndrom ohne nähere Angabe (onA).

Wenn das Syndrom überhaupt nicht eingeordnet werden kann, jedoch davon ausgegangen wird, dass es sich um eine organische Störung handelt, verbleibt die Diagnose *nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung (F09)* oder auch organische, symptomatische Psychose.

**Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–19)**

Störungen durch Alkohol (F10.–), Sedativa und Hypnotika (F13.–) sowie Opiode (F11.–), seltener auch durch Cannabis (F12.–) und Kokain (F14.–) sind in der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie häufig. Die Präsentationen beinhalten die Intoxikation (–.0), den schädlichen Gebrauch (–.1), das Abhängigkeitssyndrom (–.2) mit Entzugssyndrom (–.3) und auch -delir (–.4), bis zur psychotischen Störung (–.5), Restzuständen (–.7) und auch substanzinduzierten affektiven Störungen (–.8).

Die Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen und schizophreniformen Erkrankungen entspricht den jeweiligen Leitlinien.

Einerseits sind psychische Erkrankungen mit einer erhöhten Prävalenz somatischer Erkrankungen assoziiert und andererseits sind somatische Erkrankungen mit einer erhöhten Inzidenz und Prävalenz affektiver, insbesondere depressiver Störungen assoziiert [25]. Patienten mit affektiven Störungen wie depressiven oder bipolaren Störungen werden, wie alle anderen Patienten in der Konsiliar-Psychiatrie, mitbehandelt. Die Aufgabe der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie ist die Betreuung der Patienten und die Sicherstellung, dass keine Dekompensationen ein- und auch keine Interaktionen zwischen Psychopharmaka und anderen Medikamenten auftreten.

**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**

Die für die Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie bedeutenden Diagnosen beinhalten die Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen, dissoziative und somatoforme Störungen.

Die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen folgen auf aussergewöhnliche belastende Ereignisse. Die *akute Belastungsreaktion (F43.0)* tritt in der Regel kurz nach einem Trauma auf und klingt Stunden bis Tage später wieder ab. Symptomatisch treten ein Betäubungsgefühl, auch eine Bewusstseinsengung und Aufmerksamkeitsstörung sowie die Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, auf. Vegetative Zeichen wie Tachykardie, Tachypnoe oder Schwitzen können ebenso auftreten.

Bei der *posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1)* entsteht eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen, was vor dem Hintergrund eines Gefühls der Betäubung und eines emotionalen abgestumpft Seins auftritt. Es findet eine

Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, statt. Vegetativ kommen eine Vigilanzsteigerung, übermässige Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen vor.

Die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung kommen bei und nach Unfällen, der Übermittlung lebensbedrohender Erkrankungen sowie bei Krankenhausbehandlungen (z.B. Behandlung auf Intensivstationen) vor. Ebenso können *Anpassungsstörungen* (F43.2) im Rahmen von Erkrankungen auftreten.

Bei dem Vorliegen von subsyndromalen Präsentationen ist eine Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (F43.9), zu diagnostizieren.

Unter den dissoziativen oder Konversionsstörungen (F44.–) kommen der dissoziative Stupor (F44.2), dissoziative Bewegungsstörungen und Krampfanfälle (F44.4/5) vor.

Unter den *somatoformen Störungen* (F45.–) werden körperliche Beschwerden, die nicht somatisch begründbar sind, mehrfach abgeklärt wurden und aufgrund psychischer Prozesse bestehen, beschrieben. Die für die Konsiliar-Liaison-Psychiatrie wichtigen Diagnosen sind die *Somatisierungsstörung* (45.0), die *undifferenzierte Somatisierungsstörung* (F45.1) und die *anhaltende somatoforme Schmerzstörung* (F45.4). Die Behandlung dieser Störungen gestaltet sich häufig als schwierig und langwierig.

## Urteilsfähigkeit

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit wird durch Mediziner aller Fachrichtungen durchgeführt. Bei besonderen und schwierigen Entscheidungen wird die Konsiliarpsychiatrie hinzugezogen.

Nach Artikel 16 ZGB ist das Vorhandensein der Urteilsfähigkeit der Normalzustand, d.h. jeder Bürger ist urteilsfähig. Ausgenommen sind Personen, denen wegen (1.) Kindesalters, (2.) Geisteskrankheit oder -schwäche, (3.) Trunkenheit oder (4.) ähnlichen Zuständen die Fähigkeit fehlt, vernunftgemäss zu handeln. Die Gesetzgebung verwendet zum Teil eine sich von der medizinischen unterscheidende juristische Terminologie, die psychiatrische Störungen wie dementielle, schizophrene als auch Abhängigkeitserkrankungen umfassen. Die Urteilsfähigkeit kann nur in einer konkreten Situation zu einer bestimmten Fragestellung und zu einem bestimmten Zeitpunkt beurteilt werden. Dabei ist die Zurechnungsfähigkeit oder Geschäftsfähigkeit ausgeschlossen. Ebenso kann die Urteilsfähigkeit nicht für Entscheidungen, die in der Vergangenheit oder Zukunft liegen, beurteilt werden. Kein Mensch muss vernünftige Entscheidungen treffen, solange die Risiken und Konsequenzen getragen werden, und es besteht somit kein Zwang zu vernünftigen Entscheidungen. Es gibt keine Abstufung der Urteilsfähigkeit. Entweder die Urteilsfähigkeit ist erhalten oder nicht. Hingegen wird zwischen einer quantitativen und qualitativen Einschränkung unterschieden. Die quantitative Einschränkung beschreibt eine Relativität, wie sie z.B. bei dementiellen Erkrankungen vorkommt. Es kann eine Urteilsfähigkeit bezüglich einfacher Sachverhalte, wie zum Beispiel der Wahl des Essens oder der Kleidung, bestehen bei gleichzeitiger Urteilsunfähigkeit bezüglich komplizierter

Sachverhalte wie medizinische oder finanzielle Entscheidungen. Als qualitative Einschränkung wird die Einteilung der Urteilsfähigkeit als bestehend oder aufgehoben verstanden. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit basiert auf zwei kognitiven und zwei voluntativen Elementen. Dabei handelt es sich in der juristischen Terminologie um die Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit, Willensbildung und Willenskraft. Im klinischen Bereich werden diese Elemente mit dem Erfassen der Realität, Einsicht in die Tragweite der eigenen Handlungen, der Fähigkeit zur Alternativbildung und Entscheidungsfindung sowie der Fähigkeit, sich gemäss dieser Entscheidung zu verhalten, beschrieben. Bei Fehlen der Urteilsfähigkeit sind nach Artikel 378 ZGB die Vertretungen bei medizinischen Massnahmen geregelt. Zunächst ist die in der Patientenverfügung bestimmte Person und dann in absteigender Folge der Beistand, der Ehepartner, eingetragene Partner, die mit dem Urteilsunfähigen in einem gemeinsamen Haushalt lebende Person, die Nachkommen, Eltern und Geschwister hinzuzuziehen.

## Suizidrisikoeinschätzung

Die Abschätzung des Suizidrisikos ist ein komplexer Vorgang, der über das Erfragen suizidaler Absichten hinausgeht. Die Dokumentation, dass ein Patient suizidale Absichten glaubhaft oder glaubwürdig verneint, ist dabei unzureichend und würde in einer juristischen Verhandlung wahrscheinlich nicht bestehen können.

Bei Suizid handelt es sich um eine beabsichtigte, selbst durchgeführte Handlung, die zum Tod führt. Im Gegensatz hierzu steht die Selbstbeschädigung, die eine beabsichtigte und häufig repetitive Handlung darstellt, mit der Absicht, den Körper zu schädigen. Die Motivation kann vielschichtig sein; zumeist wird die temporäre Erleichterung von Stress, Spannungszuständen und seelischen Schmerzen gesucht. Es darf nicht übersehen werden, dass selbstschädigende Handlungen, auch wenn nicht in diesem Sinn beabsichtigt, zum Tod führen können.

Das Vorgehen bei der Suizidrisikoeinschätzung erfolgt in drei Schritten: (1.) Erhebung von Suizidabsichten, -ideen, -gedanken und -plänen, (2.) Erhebung von Risiko- und protektiven Faktoren, einschliesslich vergangener Suizidhandlungen, und (3.) Bestimmen von notwendigen Zielinterventionen [26].

Risikofaktoren und Warnzeichen sind die Androhung einer Selbstbeschädigung oder der Beendigung des Lebens und das Bestehen oder die Äusserung des Wunsches zu sterben (Suizidideen, -absichten, -gedanken oder -pläne). Weitere Risikofaktoren und Warnzeichen sind Hoffnungslosigkeit, Ärger und Wut, plötzliche Stimmungswechsel sowie das Bedürfnis nach Rache, das Gefühl des Gefangenseins oder der Ausweglosigkeit, mangelnde Gründe zu leben und Sinnlosigkeit sowie Rückzug von Familie, Freunden und dem sozialen Umfeld. Verstärkende Faktoren sind Alter und Geschlecht, Arbeitslosigkeit und finanzielle Sorgen, Trennung, Scheidung und das Ableben des Partners, soziale Isolation, traumatische Erlebnisse einschliesslich Missbrauch, suizidales Verhalten in der Vergangenheit, psychiatrische Vorerkrankungen und chronische, einschränkende

Erkrankungen. Die meisten Suizide treten bei bestehender psychiatrischer Erkrankung auf. Hoffnungslosigkeit gilt als einer der aussagekräftigsten Prädiktoren, und Substanzgebrauch erhöht das Suizidrisiko, indem die Inhibition reduziert und die Impulsivität gesteigert ist. Bei Borderline- und dissozialen Persönlichkeitsstörungen können verstärkte negative Emotionalität und Impulsivität zu suizidalen Handlungen führen.

Schützenden Faktoren sind stabile familiäre Beziehungen und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, konstruktives Nutzen der Freizeit, Fähigkeiten bei der Lösung von Problemen und Konflikten, ein Zusammengehörigkeitsgefühl, bestehende Identität und Selbstachtung, Lebenszufriedenheit, auch kulturelle, spirituelle und religiöse Verbundenheit. Sowohl der beschränkte Zugang zu Möglichkeiten des Suizids als auch Behandlungsoptionen bei psychiatrischen und somatischen Erkrankungen sind schützende Faktoren.

Auch mit dem weiter oben beschriebenen Vorgehen bei der Suizidrisikoeinschätzung ist es manchmal nicht möglich, eindeutig zu bestimmen, ob eine Person suizidal ist oder nicht. Vielmehr wird eine Risikokonstellation ermittelt, mit der das Risiko von gering über hoch bis zu maximal bestimmt werden kann.

## Zusammenfassung

Die Konsiliar-Liaison-Psychiatrie ist eine neuere und zunehmend wichtige Subspezialisierung der Psychiatrie, die der Tatsache, dass die Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen erheblich ist, geschuldet ist. Das Aufgabengebiet sowie diagnostische und therapeutische Prozesse der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie unterscheiden sich erheblich vom Ansatz der Allgemeinpsychiatrie. Ein umfassenderer Blickwinkel sowie eine kritische Würdigung der vielfach komplexen medizinischen Gesamtsituation sind notwendig, um korrekte diagnostische Beurteilungen durchführen und angemessene Behandlungsempfehlungen geben zu können.

## Wissenswertes

In der Schweiz ist die offizielle Konsiliar-Liaison-Psychiatrie in Form der SSCLP (Swiss Society of Consultation-Liaison Psychiatry) organisiert und wichtige Informationen sind über «[www.ssclp.ch](http://www.ssclp.ch)» allen Interessierten zugänglich.

Die Erlangung des Schwerpunkttitels erfordert den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie sowie mindestens zwei Jahre klinische Erfahrung in der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie, mindestens 300 durchgeführte Konsiliar-Liaison-psychiatrische Beurteilungen/Beratungen, das Absolvieren von 40 Stunden Theoriekursen, interne und externe Supervision sowie das Einreichen eines entsprechenden Fallberichts oder einer Publikation.

In vielen Teilen der Schweiz hat die Relevanz speziell ausgebildeter Psychiater im Sinne der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie für die Verbesserung der Patientenbetreuung in unserem Gesundheitswesen bereits zur Entstehung ver-

schiedener entsprechender Angebote geführt, wovon hier einige aufgelistet sind (kein Anspruch auf Vollständigkeit):

### UniversitätsSpital Zürich

Prof. Dr. med. J. Jenewein  
Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich  
Tel. +41 (0)44 255 97 00  
josef.jenewein[at]jusz.ch

### Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern

Prof. Dr. med. T. Müller  
UPD  
Murtenstrasse 21  
3010 Bern  
Tel. +41 (0)31 632 88 41  
thomas.mueller[at]puk.unibe.ch

### Psychiatrische Klinik Königsfelden

Dr. med. D. Georgescu  
Psychiatrische Dienste Aargau AG  
Departement Gerontopsychiatrie  
Postfach 432  
5201 Brugg  
Tel. +41 (0)56 462 23 35  
dan.georgescu[at]pdag.ch

### Kantonsspitaler Aarau und Baden

Dr. med. A. Mohl  
Externe Psychiatrische Dienste EPD  
Kantonsspital Aarau und Baden  
5404 Baden  
Tel. +41 (0)56 486 21 11  
Andreas.mohl[at]pdag.ch

### Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

PD Dr. med. A. Berney  
Service Psychiatrique de Liaison DUPA  
Centre Universitaire Vaudois  
1011 Lausanne  
Tel. +41 (0)21 314 11 11  
alexandre.berney[at]chuv.ch

### Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Prof. Dr. med. M. Hatzinger  
Weissensteinstrasse 102  
4503 Solothurn  
Tel. +41 (0)32 627 14 50  
martin.hatzinger[at]spital.so.ch

### Privatklinik Hoheneegg

Prof. Dr. med. S. Büchi  
Privatklinik Hoheneegg  
8706 Meilen  
Tel. +41 (0)44 925 12 12  
stefan.buechi[at]hoheneegg.ch

### Spital Zofingen

Frau Dr. med. B. Isenschmid  
Spital Zofingen  
4800 Zofingen  
Tel. +41 (0)62 746 56 56  
Bettina.isenschmid[at]spitalzofingen.ch

### Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. med. S. Borgwardt  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Wilhelm-Kleinsttasse 27  
4012 Basel  
Tel. +41 (0)61 325 81 81  
stefan.borgwardt[at]jupkbs.ch



**Medizinisches Zentrum «KurWerk» Burgdorf BE**

Dr. med. F. Caduff  
 Medizinisches Zentrum «KurWerk»  
 Poststrasse 9  
 3400 Burgdorf  
 Tel. +41 (0)34 427 05 35  
 franz.caduff@hin.ch

**Literatur**

- 1 Meyer A. *Psychobiology: a science of man*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas; 1957.
- 2 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos*. 1981;6(2):101–23.
- 3 Arolt V, Diefenbacher A. *Psychiatrie in der klinischen Medizin Konsiliarpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Darmstadt: Steinkop; 2004.
- 4 Viederman M. The psychodynamic life narrative: a psychotherapeutic intervention useful in crisis situations. *Psychiatry*. 1983;46(3):236–46.
- 5 Viederman M, Magritte R. Coping with loss – reality and illusion. *J Am Psychoanal Assoc*. 1987;35(4):967–98.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 7 Dilling H, Freyberger HJ. *Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zu den ICD-10-Klassifikationen psychischer Störungen*. Sechste vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2010.
- 8 Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26(3):277–87.
- 9 Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5(4):210–20.
- 10 Devlin JW, Al Qadheh NS, Skrobik Y. Pharmacologic prevention and treatment of delirium in critically ill and non-critically ill hospitalised patients: a review of data from prospective, randomised studies. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2012;26(3):289–309.
- 11 Inouye SK, Bogardus ST Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. 1999;340(9):669–76.
- 12 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry*. 1999;156(5 Suppl):1–20.
- 13 Grover S, Kumar V, Chakrabarti S. Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. *J Psychosom Res*. 2011;71(4):277–81.
- 14 Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD005594.
- 15 Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2):231–7.
- 16 Dhossche DM, Stoppelbein L, Rout UK. Etiopathogenesis of catatonia: generalizations and working hypotheses. *J ECT*. 2010;26(4):253–8.
- 17 Hanff TC, Furst SJ, Minor TR. Biochemical and anatomical substrates of depression and sickness behavior. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2010;47(1):64–71.
- 18 Lichtblau N, Schmidt FM, Schumann R, Kirkby KC, Himmerich H. Cytokines as biomarkers in depressive disorder: current standing and prospects. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(5):592–603.
- 19 Vidrih B, Karlovic D, Pasic MB, Uremovic M, Mufic AK, Matosic A. A review of the psychoneuroimmunologic concepts on the etiology of depressive disorders. *Acta Clin Croat*. 2012;51(3):403–9.
- 20 Breitbart W, Alici Y. Psychostimulants for cancer-related fatigue. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(8):933–42.
- 21 Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*. 1984;53(10 Suppl):2243–9.
- 22 Brown ES. Effects of glucocorticoids on mood, memory, and the hippocampus. Treatment and preventive therapy. *Ann N Y Acad Sci*. 2009;1179:41–55.
- 23 Patten SB, Love EJ. Drug-induced depression. *Psychother Psychosom*. 1997;66(2):63–73.
- 24 Udina M, Castellvi P, Moreno-Espana J, Navines R, Valdes M, Fornis X, et al. Interferon-induced depression in chronic hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(8):1128–38.
- 25 Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(4):417–21.
- 26 Morriss R, Kapur N, Byng R. Assessing risk of suicide or self harm in adults. *BMJ*. 2013;347:f4572.
- 27 Maldonado JR. Neuropsychiatric masquerades: medical and neuropsychiatric disorders that present with psychiatric symptoms. Presented at the 22<sup>nd</sup> Annual U.S. Psychiatric and Mental Health Congress, 2009.
- 28 Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.