

KLAUS FOERSTER

# Diagnostik und Therapie zerebrovaskulärer Durchblutungsstörungen

**Psychopathologische Phänomene sind grundsätzlich pathogenetisch unspezifisch. Daher ist es nicht möglich, aus dem psychopathologischen Bild allein auf die Natur einer möglicherweise zugrunde liegenden somatischen Schädigung, in diesem Fall der zerebro-vaskulären Durchblutungsstörungen, rückzuschließen. Die Schilderung psychopathologischer Veränderungen, die im Rahmen zerebro-vaskulärer Durchblutungsstörungen auftreten und mit ihnen in Zusammenhang gesehen werden können, erlauben nur die Darstellung eines oder mehrerer Prägnanztypen, die sich fünf Gruppen zuordnen lassen. Überschneidungen sind mit allen Gruppen möglich.**

○ Die Gruppe der Syndrome des verminderten Bewußtseins mit Beeinträchtigung der Bewußtseinslage reicht von leichter Benommenheit bis zum Koma und können bei akuten gefäßbedingten Störungen, etwa einer akuten Enzephalomalazie oder einer Subarachnoidalblutung, auftreten.

○ In der zweiten Gruppe sind vor allem Wahrnehmung, Denken und Emotionalität beeinträchtigt, wobei sich diese äußern kann in Desorientiertheit, angsthafter Umweltverknennung mit möglichen konsekutiven Fehlreaktionen, halluzinatorischer oder wahnhafter Verwirrtheit, Erregung und - gegebenenfalls - Antriebssteigerung mit ungerichteter Aggressivität. Diese Zustände lassen sich den klinischen Syndromen eines Verwirrtheitszustandes, eines Delirs oder einer isolierten Halluzinose zuordnen.

Ätiologisch ist typischerweise ein Blutdruckabfall bei bekannter degenerativer Gefäßerkrankung Anlaß zu einem deliranten Syndrom oder einem Verwirrtheitszustand im höheren Lebensalter.

○ Die dritte Gruppe ist charakterisiert durch die Syndrome des vereinfachten psychischen Lebens mit Störungen des Gedächtnisses, der Auffassung, des Denkens, der Orientierung und der Affektivität, wobei Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit zu den frühesten klinischen Zeichen gehören können.

Neben anderen Möglichkeiten kommen auch hier ätiologisch die Folgezustände vaskulärer Erkrankungen in Betracht.

○ Zur vierten Gruppe gehören sogenannte symptomatische Zykllothymien und symptomatische Schizophrenien.

Das Auftreten derartiger psychopathologischer Veränderungen beim Vorliegen einer vaskulären Grunderkrankung ist selten.

○ Gruppe fünf umfaßt neurotische Störungen, die sich unter dem Begriff der Pseudo-Neurasthenie subsumieren lassen. Solche blanden unspezifischen, uncharakteristischen Verläufe können auch im Rahmen einer vaskulär bedingten Erkrankung auftreten, hier vor allem im Beginn der Krankheit.

## Akuter Verwirrtheitszustand

Beginn und Verlauf gefäßbedingter Hirnerkrankungen können durch den akuten Verwirrtheitszustand und das chronische organische Psychosyndrom charakterisiert sein.

Dieses Syndrom ist klinisch charakterisiert durch Inkohärenz oder Verlangsamung des Gedankenganges mit zusätzlichen Störungen der Auffassung im Sinne einer Ungenauigkeit oder illusionären Umdeutung, einer Beeinträchtigung der Merkfähigkeit mit unzusammenhängender, oft nur inselförmiger und ungleichmäßiger Erinnerung und auch völliger Amnesie. Wir finden ein starkes Schwanken von Aufmerksamkeit, Auffassung, Orientierung und emotionaler Reaktivität. Affektive Labilität oder affektive Inkontinenz sind nicht selten. Ebenso liegt häufig eine Beeinträchtigung der Orientierung hinsichtlich Ort, Zeit und Person vor.

Solche Verwirrtheitszustände können im Rahmen einer transitorisch-ischämischen Attacke auftreten, die als Vorbote eines ischämischen Insultes gelten kann oder im Verlauf einer Erkrankung, die auf degenerative Veränderungen der intrazerebralen Gefäße zurückgeführt wird. Bei bekannter de-

generativer Grunderkrankung ursächlich in Betracht kommt ein Blutdruckabfall, vor allem in der Nacht oder in den frühen Morgenstunden.

Auslösend können weiter sein Ortswechsel, ein interkurrenter Infekt, Verlust oder Erkrankung naher Angehöriger, ungewöhnliche oder als Belastung empfundene Ereignisse im unmittelbaren sozialen Umfeld.

## • Therapie

Zunächst ist der Behandlungsrahmen festzulegen: ambulant oder stationär, ggf. in einer Fachklinik. Die Behandlung erfolgt syndromal: bei Verwirrtheit und Unruhezuständen mit Verordnung von antipsychotischen und/oder dämpfenden psychotropen Medikamenten.

Vor der Verordnung derartiger Medikamente sollte unbedingt eine internistische Basistherapie durchgeführt werden. (Behandlung einer evtl. vorliegenden Herzinsuffizienz, Regulierung des Blutdrucks, Vermeidung von Herzrhythmusstörungen, Ausgleich des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes). Weiter sollte nach einer möglichen Vorbehandlung mit psychotropen Substanzen gefahndet werden, insbesondere Antidepressiva, Lithium und Antiparkinson-Medikamente.

Bei vorwiegend nächtlichen Unruhezuständen ist das Brennenlassen einer Nachttischlampe ein sehr einfaches Hilfsmittel. Werden die Patienten in der Nacht wach, möglicherweise aus einem Traumstadium heraus, sind sie durch die Beleuchtung sofort orientiert.

Ist eine medikamentöse Behandlung erforderlich, sollen grundsätzlich Medikamente gewählt werden, die möglichst wenig Nebenwirkungen haben und die auch unruhig erregten Kranken appliziert werden können. Nach Möglichkeit versuchen wir hierbei mit ein « Monotherapie auszukommen.

Die Verordnung einer Vielzahl psychotroper Medikamente sollte vermieden werden, ebenso die Verordnung langwirkender Medikamente, beispiels-

weise mittellang- oder langwirkender Barbiturate.

Generell ist darauf zu achten, daß die Dosis nicht zu hoch gewählt wird. Bei Menschen im höheren Lebensalter reicht ein Drittel derjenigen Dosis aus, die bei jüngeren Patienten empfohlen wird bei einschleichender Dosierung. Empfehlenswert sind mittel- bis hochpotente Neuroleptika, z.B. Präparate aus der Butyrophenonreihe, wobei das Medikament nach Möglichkeit keine blutdrucksenkenden Wirkungen haben sollte. Neben den Butyrophenonderivaten kommen Chloralhydrat und - falls es sich um ein delirantes Zustandsbild handelt - zur vorübergehenden Behandlung Chlormethiazol in Betracht, ebenfalls so niedrig wie möglich dosiert. Diese medikamentöse Behandlung sollte nur so lange erfolgen wie es unbedingt erforderlich erscheint.

### **Hirnorganisches Psychosyndrom**

Dieser Prägnanztyp gilt häufig als das typische psychopathologische Zeichen eines Gefäßprozesses der intrakraniellen Gefäße. Allerdings sind zerebrale Gefäßprozesse nicht in dem Maße die Ursache für psychoorganische Zustände, wie dies meist angenommen wird.

In größeren Reihenuntersuchungen wurde lediglich bei 17 Prozent der untersuchten Patienten ein dem psychoorganischen Syndrom ursächlich zugrunde liegender Gefäßprozeß gefunden, während bei nahezu 50 Prozent aller Patienten ein hirnatrophischer Prozeß unbekannter oder unklarer Ursache gefunden wurde.

Ein eindeutiges, klinisches Kriterium für die Diagnose eines arteriosklerotisch verursachten organischen Psychosyndroms existiert nicht. Diese Diagnose liegt dann nahe, wenn auf internistischem Gebiet Zeichen für das Vorliegen einer allgemeinen Arteriosklerose vorhanden sind, obwohl auch die Korrelation zwischen allgemeiner Arteriosklerose und diffuser Arteriosklerose der intrazerebralen Gefäße nicht eindeutig scheint. Weitere Hinweise sind das Bestehen allgemeiner Gefäßrisikofaktoren, das Vorliegen neurologischer Herdsymptomatik, die unter Umständen transitorisch in Erscheinung treten kann, plötzliches Auftreten der Symptomatik und typischerweise ein wellenförmiger Verlauf mit zeitweisen Besserungen; ein Befund, der bei einem hirnatrophischen Prozeß in dieser Art nicht beobachtet wird.

### **Ursache**

des organischen Psychosyndroms im Rahmen vaskulärer Grunderkrankungen können sowohl degenerative Gefäßkrankungen im Sinne einer Arteriosklerose sein, wie auch entzündliche Gefäßkrankungen oder primär kardiale Störungen.

Unter den arteriosklerotisch bedingten Störungen stehen Veränderungen vom Multiinfarkttyp, im Sinne eines Status lacunaris, hervorgerufen durch zahlreiche Mikroinfarkte im Stammganglienbereich und in der Brücke, im Vordergrund. Diese Erkrankung ist klinisch gekennzeichnet durch eine Hirnstammsymptomatik, wie schlecht artikulierte Sprache, mangelnde Beweglichkeit der Zunge und ausgeprägte Behinderung des Schluckaktes. Psychopathologisch kann unter Umständen Zwangslachen, Zwangsweinen und Grimassieren auftreten.

Bei der vertebro-basilären Insuffizienz stehen episodische Desorientiertheit und zunehmende Vergeßlichkeit im Vordergrund und können das klinische Bild neben, aber manchmal auch ohne die typischen neurologischen Ausfälle wie Schwindel, Doppelbilder, Sprachstörungen und Hinterkopfschmerzen prägen.

### **Therapie**

Beim chronischen Verlauf sind psych- und soziotherapeutische Maßnahmen im weiteren Sinne wichtiger als medikamentöse Behandlungen. Die Behandlung derartiger Patienten sollte solange wie möglich eine Domäne des Hausarztes bleiben, da dieser häufig eine langjährige Beziehung zu den Patienten hat. Eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung kann einen großen Vorteil darstellen, wenn die Patienten zunehmend vergeßlicher werden, therapeutische Maßnahmen oder Vorschläge nicht mehr realisieren und möglicherweise wahnhaft reagieren können. Gerade dann ist das Vertrauensverhältnis zum langjährigen Hausarzt die wesentliche Basis für alle weiteren therapeutischen Schritte.

Falls die Behandlungsmöglichkeit im häuslichen Rahmen nicht ausreicht, sollte geprüft werden, ob eine teilweise Entlastung der Familie möglich sein könnte durch Einschaltung einer teilstationären Einrichtung, etwa einer Tagesklinik.

Sollte sich auch mit diesen Hilfsmöglichkeiten eine häusliche Pflege oder

Behandlung aus medizinischen und/oder sozialen Gründen als unmöglich erweisen, wird eine stationäre Betreuung nicht zu umgehen sein. Es genügt jedoch nicht, spezielle geriatrische oder geronto-psychiatrische Stationen oder Pflegeheime zu errichten, in denen die Patienten lediglich »verwahrt« werden. Die auch dort notwendige Therapie sollte an zwei Aspekten orientiert sein: der Anpassung der Bedürfnisse des Patienten an die eingeschränkten Fähigkeiten und Funktionen und an einer optimalen Nutzung der verbliebenen Fähigkeiten.

Hieraus folgt, daß der Versuch einer Aktivierung auf die eingeschränkten Fähigkeiten der Patienten Rücksicht zu nehmen hat und eine Überforderung zu vermeiden ist. Für den äußeren Rahmen gilt, daß der psychoorganisch Kranke darauf angewiesen ist, daß seine äußere Umgebung im wesentlichen unverändert bleibt.

Abrupte Transporte zu Untersuchungen u.a. sollten vermieden und notwendige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen dem Patienten in einfachen Worten wiederholt erklärt werden. Empfehlenswert sind gruppentherapeutische Aktivitäten, die eine resozialisierende und remotivierende Funktion haben, wie Gymnastikgruppen, Werkgruppen und Kontaktgruppen für Patienten mit gleichartigen Störungen.

Gegenüber diesen Maßnahmen tritt der Versuch einer medikamentösen Behandlung mit sogenannten Geriatrika ganz in den Hintergrund. Auf diesem Gebiet sind weiterführende, fundierte Ergebnisse erst von neuen Forschungsansätzen zu erwarten.

Die Therapiemöglichkeiten, vor allem diejenigen beim chronischen Verlauf des organischen Psychosyndroms, mögen einfach, möglicherweise gar zu dürftig erscheinen. Hierbei ist zu bedenken, daß das hirnorganische Psychosyndrom unserem kausaltherapeutischen Ehrgeiz Grenzen setzt, solange die pathophysiologischen Grundvorgänge weitgehend unbekannt sind. In sehr vielen Fällen kann es nicht um Heilung, sondern eher um Linderung gehen. Aber vielleicht ruft uns diese Tatsache die alte Wahrheit wieder ins Gedächtnis, daß nicht nur heilen, sondern auch lindern eine unserer wichtigsten ärztlichen Aufgaben ist.