

# Neuropsychiatrische Symptome: Angst, Agitation, Verwirrtheit

Prof. Dr. med. Raymond Voltz

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinik Köln

Neurologische oder psychiatrische Symptome finden sich bei fast allen Patienten in der palliativmedizinischen Situation. Ähnlich dem „total pain“ Konzept muss neuropsychiatrischen Symptomen ganzheitlich mit einem multiprofessionellen Team begegnet werden, in Einzelfällen kann „palliative Sedierung“ als palliativmedizinische Maßnahme notwendig werden.

Vor der syndromorientierten Behandlung steht eine klare differentialdiagnostische Einordnung des klinischen Bildes: Handelt es sich um ein „gesundes“ und völlig verständliches Bild, oder ist eine Therapie indiziert? Tritt **Angst** isoliert oder im Rahmen eines depressiv-ängstlichen Syndroms auf? Besteht eine bereits längerdauernde Angsterkrankung? Welches Syndrom steht bei einem „**agitierten**“ Bild im Vordergrund: Ist es die motorische Unruhe (DD z.B. Akathisie, Restless legs Syndrom) oder eine kognitive Beeinträchtigung im Sinne von Desorientiertheit oder mnestischer Störung? Oft wird von Laien eine Aphasie mit „**Verwirrtheit**“ beschrieben. Auftreten eines deliranten Syndroms kündigt oft von dem Beginn der Terminalphase.

Nächster Schritt ist die Identifikation – soweit möglich – potentiell reversibler Ursachen der Symptomatik. Besonders wichtig ist hier, iatrogene Ursachen (primum nil nocere) zu identifizieren, z.B. Medikamentennebenwirkungen (zu viel oder zu wenig Opiate, Benzodiazepine, Steroide). Eine metabolische Ätiologie (z.B. Hypercalcämie) oder ein Entzug von Alkohol oder Nikotin sind ebenfalls von hoher praktischer Relevanz. Eine offene Kommunikation mit den Patienten führt nicht – wie oft befürchtet – zu einer Verschlechterung von Angstzuständen. Präterminal ist die Ursache oft das Multiorganversagen, welches dann natürlich nicht mehr reversibel ist.

Zum therapeutischen Konzept gehört eine differenzierte syndromorientierte Medikation (z.B. Anxiolytika, Antidepressiva, Antipsychotika). Bei plötzlichem Beginn (auch wenn die Symptomatik danach über Tage im Sinne eines non-convulsiven Status fluktuiert) muss an ein epileptisches Geschehen gedacht werden und ggf. probatorisch mit Antiepileptika behandelt werden. Psychologische Methoden, seelsorgerliche Begleitung sowie allgemeine Maßnahmen (z.B. Orientierung geben, kein unnötiger Raumwechsel) sind ebenfalls essentieller Bestandteil der Behandlung. Hier muss insbesondere das therapeutische Potential der begleitenden Angehörigen aktiviert werden. Sie können oft viel besser als Medikation anxiolytisch und Orientierung gebend wirken. Dies ist jedoch nur dann erfolgversprechend, wenn diese von Anfang mit einbezogen werden.

Agitiertheit und Angst sind neben Schmerz, Atemnot und Übelkeit häufige Gründe, wenn über eine palliative Sedierung nachgedacht wird. Dies ist – wenn korrekt durchgeführt – eine ethisch vertretbare palliativmedizinische Therapieoption und verkürzt die Lebensdauer nicht. Unreflektiert und ohne klaren Plan durchgeführt kann jedoch leicht die Grenze zu aktiver Sterbehilfe überschritten werden („MO-Perfusor“). Daher ist dies immer eine schwere und im Team zu treffende Einzelfallentscheidung.

Leider gibt es noch viel zu wenige gute Studien zum Management von neuropsychiatrischen Symptomen in der Palliativsituation. Es ist den Betroffenen jedoch schon viel geholfen, wenn die bekannten Behandlungsstrategien im jeweiligen Versorgungskontext umgesetzt werden.

