

Alterspsychosen

Evaluation und Behandlung in der Grundversorgung

Da die Vertreter der Babyboom-Generation allmählich in die Jahre kommen und altersbedingt kognitive Einbußen hinnehmen müssen, ist zu erwarten, dass auch der Anteil psychotischer Erkrankungen zunimmt. Treten diese nach dem 60. Lebensjahr auf, sind Ursachenklärung und Behandlung eine Herausforderung für alle Ärzte, die sich im Rahmen der Grundversorgung älterer Patienten annehmen. Der hier referierte Artikel gibt einen Überblick über Differenzialdiagnose und Behandlungsmöglichkeiten der Alterspsychosen.

GERIATRICS

Mit der Alterung der Babyboom-Generation wird die Quote psychotischer Störungen ansteigen. Bis zu 23 Prozent der älteren Bevölkerung werden irgendwann an psychotischen Symptomen leiden. Hauptverursacher wird die Demenz sein. Bei denen, die bereits im jüngeren Alter psychotisch auffällig geworden sind, kann die Behandlung an das frühere therapeutische Vorgehen anknüpfen. Macht sich die Psychose aber nach der sechsten Lebensdekade zum ersten Mal bemerkbar, sind die Ärzte gefordert, die Ursache abzuklären und eine angemessene Behandlung in die Wege zu leiten. Zu den häufigsten psychotischen Altersstörungen in der Grundversorgung gehören die mit der Demenz einhergehenden Symptombilder (etwa die Demenz mit Psychose und die Lewy-

Merksätze

- Eine Vielzahl psychotischer Störungen kann sich im fortgeschrittenen Alter erstmals manifestieren.
- Treten die Symptome im Verbund mit einem Delir, einer Demenz oder einer organischen Erkrankung auf, ist vor Einleitung der Therapie eine Sozialanamnese zu erheben und eine gründliche Untersuchung durchzuführen.
- Komorbide Zustände müssen diagnostiziert und behandelt werden. Eine umfassende psychosoziale Betreuung ist ebenso wie die pharmakologische Intervention integraler Bestandteil der Psychosebehandlung.
- Atypische Neuroleptika haben sich bei der Therapie der Alterspsychose bewährt. Obwohl sie relativ sicher sind, ist gerade bei älteren Menschen die Dosierung zu minimieren und auf Nebenwirkungen sorgfältig zu achten.

Körper-Demenz) und affektive Störungen (wie die Depression mit psychotischen Zügen, die bipolare Störung und die wahnhaftige Störung). Eine Übersicht bietet der folgende Leitfaden.

Leitfaden psychotischer Störungen

Im Zusammenhang mit Demenz:

Demenz mit psychotischen Zügen: Die Demenz vom Alzheimer-Typus (DAT) ist die häufigste Form der Altersdemenz. Die Hälfte der Patienten hat psychotische Symptome, insbesondere Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Verfolgungswahn findet sich bei rund 30 Prozent der Demenzpatienten, während sich Halluzinationen bei 21 bis 49 Prozent zu Buche schlagen. Visuelle Inhalte kommen häufiger vor als auditive.

Lewy-Körper-Demenz: Lewy-Körper sind bei 12 bis 30 Prozent der Demenzpatienten (posthum) festzustellen. Das klinische Bild überlappt sich mit dem der AK. Typisch sind visuelle Halluzinationen, Parkinson-Zeichen und extrapyramidale Sym-

ptome. Bei der Behandlung mit konventionellen (typischen) Neuroleptika ist mit starken Nebenwirkungen zu rechnen.

Affektbezogen:

Psychotische Depression: Die Wahnvorstellungen sind körperorientiert: Die Patienten glauben, unheilbar krank zu sein oder Bestrafung für begangene Sünden zu verdienen. Die psychotischen Inhalte passen gewöhnlich zur Grundstimmung. Neurovegetative Depressionszeichen kommen gleichermassen vor.

Bipolare Störung: Die Altersmanie ist gekennzeichnet von Grössenwahn, Reizbarkeit und sexuellem Fehlverhalten, das der normalen Persönlichkeit der Patienten zuwiderläuft. Wie manische Patienten jüngeren und mittleren Alters entwickeln auch die älteren Patienten Wahnvorstellungen von unermesslichem Reichtum, aussergewöhnlicher Begabung und übernatürlichen Kräften.

Wahn im Alter: Die Wahninhalte betreffen realistische Ereignisse, die tatsächlich passieren könnten: vom Partner betrogen, vom Nachbar vergiftet, mit einem gefährlichen Virus infiziert zu werden. Auslöser des wahnhaften Geschehens sind zumeist psychiatrische, mitunter aber auch somatische Erkrankungen.

Primäre psychotische Störungen:

Schizophrenie: Patienten mit Altersschizophrenie sind kaum imstande, zu arbeiten und soziale Beziehungen zu pflegen. Nur eine kleine Fraktion lebt in der Familie oder in einer Einrichtung. Womöglich sind sie auf der Strasse zu Hause und obdachlos. Der kognitive Abbau und der klinische Verlauf sind anders als bei der Demenz. Schizophrenie beginnt in der Regel in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter, kann sich aber auch erst im fortgeschrittenen Alter erstmals manifestieren. Zu dieser Gruppe gehört ein Viertel aller älteren Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Ihre Symptome sind weniger schwer, die Halluzinationen erstrecken sich über alle Sinnesmodalitäten, doch unterscheiden sie sich in den kognitiven Leistungen und hirnstrukturellen Besonderheiten nicht vom schizophrenen Gros.

Schizophreniforme Störung: Die Symptome sind akut, beginnen und enden plötzlich und sind innerhalb von sechs Monaten wieder verschwunden. Danach ist der prämorbid Zustand ohne Einschränkung wiederhergestellt.

Schizoaffective Störung: Depressive oder manische und schizophrene Symptome treten in einer Episode gemeinsam auf. Zur Diagnosestellung müssen Wahnvorstellungen oder Halluzinationen wenigstens zwei Wochen ohne auffallende affektive Symptome präsent sein; umgekehrt müssen diese sich aber längere Zeit zusammen mit den psychotischen Symptomen zeigen.

Sekundäre psychotische Störungen:

Psychose im Gefolge organischer Erkrankungen: Psychotische Symptome kommen häufig beim Delir vor. Gewöhnlich handelt es sich dabei um Fehlinterpretationen, Täuschungen und visuelle Halluzinationen. Letztere imponieren meist als deutliche, differenzierte und angsteinflössende Visionen. Auch ein Verfolgungswahn kann sich zum Delir kurzfristig dazugesellen.

Bei älteren Menschen können psychotische Symptome in Gestalt von Halluzinationen und Wahnvorstellungen bestimmte Hirntumoren begleiten: Meningiome, Gliome und Tumoren in den Frontal- und Temporallappen, im Diencephalon oder in der Hypophyse.

Psychose nach Drogenkonsum: Alkoholintoxikation und -entzug können Halluzinationen und Paranoia mit sich bringen. Das Gleiche gilt für Halluzinogene, Stimulanzien und illegale Drogen wie Kokain und Amphetamine. Ältere Menschen können auf frei verkäufliche und verschreibungspflichtige Medikamente und ebenso auf pflanzliche und alternative Heilmittel mit psychotischen Symptomen reagieren. Freilich wird bei ihnen an Medikamenten- oder Drogenmissbrauch kaum gedacht: So bleibt ihnen die Diagnose meist erspart.

Mit Halluzinationen:

Charles-Bonnet-Syndrom: In seltenen Fällen erleben ältere Menschen mit eingeschränkter Sehleistung, aber intakten kognitiven Funktionen deutliche und differenzierte visuelle Halluzinationen ohne sonstige psychotische Zeichen. Die Patienten erkennen, dass die Visionen nicht wirklich sind. Da solche Symptome auch bei der Parkinson-Krankheit und bei der Lewy-Körper-Demenz auftreten können, sind diese diagnostisch auszuschliessen. Das Syndrom wird häufig fehldiagnostiziert und einer Psychose oder einem Wahn angelastet.

Kurze reaktive Psychose: Dabei entwickeln sich unerwartet binnen weniger Wochen psychotische Symptome, die in Zusammenhang mit extrem belastenden Situationen wie dem plötzlichen Tod eines Angehörigen oder einem existenzbedrohenden Konkurs stehen. Identifikation und Verarbeitung des auslösenden Ereignisses stellen den prämorbid Zustand wieder her.

Halluzinationen bei Witwenschaft: Das Symptombild ist im DSM-IV nicht beschrieben, aber bei etwa 4 Prozent der Witwen und gelegentlich auch bei Witwern zu finden. Die Halluzinationen treten in der Regel nachts auf und drehen sich stets um den verstorbenen Partner, der visualisiert, gespürt, berührt und im Gespräch erlebt, zugleich aber auch als nicht wirklich erkannt wird. Meistens werden die Erlebnisse positiv empfunden.

Mit Wahnvorstellungen:

Paranoide Persönlichkeitsstörung: Bei Menschen mit paranoider Persönlichkeit kann sich die Neigung im Alter verstärken und zu Wahnvorstellungen führen. Alterskrankheiten wie Neoplasmen, Stoffwechselstörungen, Infektionen oder hormonelle Erkrankungen können die Paranoia verschlimmern. Entwickeln solche Patienten eine Demenz, sind häufig auch Wahninhalte mit im Spiel.

Doppelgängerwahn: Der Doppelgängerwahn (Capgras-Syndrom) besteht in dem Glauben, dass bekannte und zumeist vertraute Menschen in betrügerischer Absicht durch einen Doppelgänger ersetzt worden sind. Solche Wahnvorstellungen sind bei rund 12 Prozent der Alzheimer-Patienten zu beobachten. Sie finden sich darüber hinaus bei älteren Menschen im Zusammenhang mit neurologischen und anderen Grunderkrankungen.

kungen, mit denen zusammen sie dann auch wieder verschwinden.

Induzierte psychotische Störung: Das Krankheitsbild wird als «Folie à deux» bezeichnet und ist dann gegeben, wenn ein eigentlich gesunder Mensch, der in enger Beziehung zu einem Wahnkranken steht, dessen Wahnvorstellungen übernimmt. Trennung führt beim gesunden Partner häufig zur Remission der Wahnsymptome. Bei älteren Menschen signalisiert die Folie à deux eine ungewöhnlich starke gegenseitige Abhängigkeit.

Evaluation der Alterspsychosen

Psychotische Symptome im Alter haben häufig eine organische Ätiologie und sind mitunter die erste Manifestation einer unerkannten Krankheit. Zur Routinediagnostik gehören Labortests, Schilddrüsenfunktionsprüfung, Differenzialblutbild, Urinanalyse und ein CT oder MRI. Liegt ein Delir oder eine Demenz vor, empfehlen sich ein EKG, eine Brustaufnahme und eine Untersuchung des Urins auf Schwermetalle, gegebenenfalls auch ein EEG, eine Lumbalpunktion und eine neuropsychologische Untersuchung. Unerlässlich ist die vollständige Erfassung der Medikation, also auch von OTC-Präparaten, pflanzlichen Arzneien und alternativen Mitteln. Eine Bestimmung der entsprechenden Blutspiegel kann indiziert sein.

Eine wichtige Rolle kommt der psychiatrischen Anamnese zu: Es gilt festzustellen, ob schon in jüngeren Jahren psychotische Symptome aufgetreten sind. Bei Bedarf ist eine Fremdanamnese einzuholen. Frühere Therapieberichte sind hilfreich. Eine psychiatrische Familienanamnese kann Anhaltspunkte für eine bis anhin unerkannte Krankheit liefern, die hinter den gegenwärtigen psychotischen Symptomen steckt.

Bei der Evaluation der psychotischen Symptome älterer Menschen ist auf Komorbidität zu achten, zum Beispiel auf affektive Störungen oder das Nachlassen kognitiver Leistungen. Sie könnte den Schlüssel zur Ätiologie enthalten.

Visuelle und auditive Defizite bei Alterspsychosen

Bei vielen Patienten mit Alterspsychose ist das Seh- oder Hörvermögen eingeschränkt. Der Zusammenhang wird kontrovers diskutiert. Die klinischen Erfahrungen zeigen, dass sich mit der Verbesserung der Seh- und Hörleistungen auch paranoide Wahnvorstellungen und Halluzinationen bessern. Bei Patienten, die bei defizitärer Sinneswahrnehmung eine Alterspsychose entwickeln, sind die Wahrnehmungsleistungen genau zu erfassen.

Management der Alterspsychose

Soziale Interventionen sind ein tragender Pfeiler bei der Behandlung der Alterspsychose. So können bei psychotischen Alzheimer-Patienten Veränderungen des Umfelds und das Vermeiden von Überstimulation die Realitätsorientierung verbessern und Erregungszustände samt den damit einhergehenden aggressiven Handlungen verhindern (*Tabelle 1*).

Die psychosoziale Therapie setzt auf die Einbeziehung von Pflegebetreuern und Familienangehörigen. Zu deren Unterweisung gehören seelische Unterstützung, Ermutigung und Direktiven für den Umgang mit Burn-out und den mitunter extremen aufgabeninhärenten Belastungen, welche die Betreuungs-kompetenz unterminieren.

Zur erfolgreichen Betreuung von Patienten mit Alterspsychose gehören ferner:

- die Einübung sozialer Fertigkeiten unter Nutzung kognitiv- und verhaltenstherapeutischer Möglichkeiten mit dem Ziel, die Wahnvorstellungen in den Griff zu bekommen, das Sozialverhalten und die Problemlösefähigkeit zu fördern und Coping-Strategien zu vermitteln
- Gruppensitzungen zur Förderung der Akzeptanz und damit der Compliance mit der medikamentösen Psychosebehandlung

Tabelle 1: Psychosoziale Massnahmen bei der Betreuung von Patienten mit Demenz vom Typus Alzheimer

Tagesroutine:	Absehbare Situationen mit ritualisierten Abläufen und Wiederholungen schaffen
Neuausrichtung:	Der nervösen Unruhe mit Aufgaben, körperlicher Bewegung, Mahlzeiten, Musik- und Filmangeboten entgegenwirken
Beruhigung:	Mit Wort und Tat auf misstrauische und paranoide Patienten beruhigend einwirken
Reorganisation:	Das Umfeld vereinfachen, Aufgaben in konkreten kleinen Schritten erledigen lassen
Erwerb von Fertigkeiten:	Pflichten je nach Bedarf tun lassen und die Leistung belohnen
Neubewertung:	Den Grad der Einsamkeit neu beurteilen, Kontaktwünsche und -ängste sondieren, gegebenenfalls mit Familienangehörigen sprechen
Umstrukturierung:	Das Umfeld verändern, um Überfüllung, Hektik, Reizüberflutung und Missverständnisse zu vermeiden
Neubeurteilung:	Das Seh- und Hörvermögen überprüfen, Leistungseinbussen soweit möglich korrigieren

Tabelle 2: Häufig eingesetzte atypische Neuroleptika bei Alterspsychose

Substanz	Vorteile	Nachteile
Olanzapin	gut verträglich, emotional stabilisierend	Gewichtszunahme, Sedierung, keine flüssigen und injizierbaren Formen
Quetiapin	gut verträglich, geringes Risiko für extrapyramidale Symptome (EPS)	kann langsame Titration erfordern, extreme Sedierung, keine flüssigen und injizierbaren Formen
Risperidon	gut verträglich, therapeutisches Fenster	dosisabhängige EPS
Ziprasidon	gut verträglich, keine Gewichtszunahme	leichte, definierte QTC möglich, keine flüssigen und injizierbaren Formen
Aripiprazol	gut verträglich, geringe Gewichtszunahme	Somnolenz möglich, unabsichtliche Verletzungen bei hoher Dosierung, keine flüssigen und injizierbaren Formen
Clozapin	steht allein mit erwiesener Gewichtszunahme Wirksamkeit bei therapieresistenten Patienten	Sedierung, Gewichtszunahme, Sialorrhö, Agranulozytose, daher obligatorische wöchentliche Kontrolle der Leukozyten in den ersten 6 Wochen, dann zweiwöchentlich

- Gruppensitzungen zur Steigerung der funktionellen Kompetenz im Dienste der Alltagsbewältigung
- Wiedereingliederung ins Berufsleben mit Fördermitteln der Kommunen.

Antipsychotika stehen bei der Behandlung der Alterspsychose an erster Stelle. Dabei werden die atypischen von den konventionellen Neuroleptika abgegrenzt. Der Hauptunterschied betrifft das Nebenwirkungsprofil, speziell die extrapyridalen Nebenwirkungen (EPN) und die tardive Dyskinesie. Das Fehlen von EPN spricht für die atypischen Neuroleptika und rechtfertigt deren bevorzugten Einsatz als Erstlinienmedikamente gerade bei älteren Patienten. *Tabelle 2* fasst diese Gruppe mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen zusammen.

Frei von Nebenwirkungen sind die atypischen Neuroleptika allerdings nicht: Sedierung, Blutdruckabfall und Gewichtszunahme sind möglich. Anlass zur Sorge geben auch das erhöhte Diabetesrisiko und mögliche Auswirkungen auf das kardiale Erregungsleitungssystem. Infolgedessen bedürfen einzelne Patienten unter der Therapie mit einem Präparat aus dieser Gruppe ständiger Kontrolluntersuchungen. ■

Werner Schwarz

Hani R. Khouzam et al.: Psychosis in late life. Evaluation and management of disorders seen in primary care. *Geriatrics* 2005; 60 (3): 26-33.

Interessenlage: Die Autoren der Originalarbeit geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.