

Verhaltensauffälligkeiten und Psychosen bei älteren Menschen

OÄ Dr. med. K. Rieck, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Gützkower Landstr. 69, 17489 Greifswald
rieck@odebrecht-stiftung.de

Fachtag: Gerontopsychiatrie, 26.08.2011

Verhaltensauffälligkeiten im Alter

Synonyme: abweichendes Verhalten, Verhaltensstörungen, neudeutscher Euphemismus (Verhaltenskreativität)

Def.: unübliches Verhalten, welches die betroffene Person und/ oder andere in ihrer freien Entfaltung einschränkt

Verhaltensmodelle (Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz nach Kolanowski)

Problematisches Verhalten als Folge einer Kombination von nicht beeinflussbaren Hintergrundfaktoren und von beeinflussbaren nahen Faktoren

Hintergrundfaktoren

Demografische Variablen (Alter, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand, Schulbildung, Beruf, Einkommen)

Gesundheitszustand (Allgemeinzustand, körperliche Funktionsfähigkeit/ motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/ Merkfähigkeit, Sprache, sensorische Fähigkeiten, Zirkadianrhythmus)

Psychosoziale Variablen (Persönlichkeit, Verhaltensreaktionen auf Stress)

Nahe Faktoren

Psychosoziale Faktoren (Alleinsein, Affekte, Emotionen, Angst, Langeweile, Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten, Verlust des Partners/ Freunde/ Bekannte- Trauer, Lebensbilanz, Berufsleben fällt weg, damit Arbeitskollegen, Verantwortung, Macht)

Physikalische Umgebung (Anpassung der Wohnung an aktuelle Situation, Milieuwechsel, Gestaltung, Design, Routine/ Heimalltag, Lichtstärke (500 Lux), Geräuschpegel)

Personalausstattung (Stabilität beim Personal, Atmosphäre der Umgebung, Präsenz von anderen)

Physiologische Bedürfnisse (Hunger und Durst, Ausscheidung, Schmerz, Unbehagen/ Unwohlsein, Schlafstörungen, Funktionale Leistungsfähigkeit)

Verhaltensauffälligkeiten

- Sozialer Rückzug
- Depression
- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- Unruhe/ Wandern
- Misstrauen
- Aggressivität
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen

Hauptproblem

Erhalten zu wenig Beachtung

Unkontrollierte Reaktionen

Oft gegen die Angehörigen

Verändertes Verhalten wird auf das Alter „geschoben“

Sozialer Rückzug
Weniger Kommunikation
Keine Reize von außen
Vereinsamung
Depression kann entstehen

Erstsymptom einer Depression

- Stimmungstief
- Fehlender Antrieb/ Aktivität
- Appetit- und Schlaflosigkeit
- Freud- und Interesselosigkeit
- Angst
- Konzentrationsstörungen

Schlafstörungen

- Ein-/ Durchschlafen
- Umkehr vom Schlaf-Wach-Rhythmus
- Nächtliches Umherirren im Dunkeln
- Belastung für Patient und Angehörigen

Unruhe/ Wandern

- Umherwandern/ rastloses Treiben
- Langeweile, Unbequemlichkeit, Gefühl am falschen Ort zu sein, Restless-legs
- Stimmen hören
- Entzugssymptome

Misstrauen

- Wahrnehmungen werden ängstlich-unsicher
- Anderen Menschen wird feindselige Haltung unterstellt
- Falsche Anschuldigungen, zum Beispiel „Verschwundenes Geld“

Aggressivität

- Verbale Aggressivität
- Tätliche Aggressivität
- ! Ursache-Krankheit
- Auslöser- oft Angst, Überforderung
- Gereiztes Verhalten, da gewohnte Tätigkeiten nicht ausgeführt werden können
- Gefühl der Einengung
- Eingriff in die Intimsphäre

Gerontopsychiatrie 25-35% der älteren Menschen sind psychisch krank

- Psychosen/ organische Psychosen/ wahnhaften Störungen/ Schizophrenie
- Demenz
- Affektive Störungen (Depression/ Manie)
- Delir
- Mißbrauch/ Abhängigkeit von Sedativa/ Hypnotika/ Alkohol

Prävalenzrate der Psychosen im höheren Lebensalter

- Demenzen
- Depressionen (majore)
- Medizinische und toxische Ursachen
- Delirien
- Bipolar affektive Störungen
- Wahnstörungen
- Schizophrenie
- Schizoaffektive Störungen

Psychosen im Alter

Psychose: „Seelische Erkrankung“ im höheren Lebensalter, zeitweiliger Verlust des Realitätsbezuges, heterogene Gruppe von Störungen, deren Ätiologie uneinheitlich und teilweise unbekannt ist

Endogenen Psychosen

Altersbedingte Veränderungen des frontotemporalen Kortex

Kognitiver Abbau

Polypharmazie

Hohe Komorbidität

Abnehmende Sinnesleistungen

Soziale Isolation

Einteilung der Psychosen

Exogene Psychosen (exogen- von außen, =etwas hervorbringen)

Aufgrund einer organischen Veränderung im Gehirn bzw. im Körper

Endogene Psychosen (endo= von innen)

Treten ohne nachweisbare schwerwiegende Veränderungen in Gehirn und Körper auf

Exogene Psychosen

Organisch bedingte Psychosen; Folge einer Zerebralen/ zerebrovaskulären Erkrankung; Schilddrüsenerkrankungen; Unruhe, Verwirrtheit, Schlafstörungen bei Hyperthyreose, Diabetes mellitus; Unruhe, Verwirrtheit, Ängstlichkeit bei Hypoglykämie; Medikamentenintoxikation (oder substanzbedingt), Delir

Delir (lat. Delirium: Irresein, Verwirrheitszustand) ICD 10: F05

Akute psychische Störung, die eine organische Ursache hat

Synonyme: HOPS, Durchgangssyndrom, Verwirrheitszustand, postoperative Psychose

10%-30% aller Patienten während eines stationären Aufenthaltes (ab 60. Lebensjahr, gehäuft bei dementiellem Prozess, oft postoperativ (10-15%))

- Störung des Bewußtseins/ Aufmerksamkeit
- Globale Störung der Kognition
- Formale Denkstörung (inkohärent)
- Wahn und Halluzinationen
- Psychomotorische Störung (Hyper-/ Hypoaktivität)
- Affektive Störungen (ratlos, ängstlich, dysphorisch-gereizt, unkritisch-euphorisch)
- Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Alpträume

Beginn: akut, im Tagesverlauf wechselnde Symptomatik, 7-10 Tage, aber auch bis zu 5-6 Monaten

Mortalität: 25%

Allgemeine Maßnahmen

- Behandlung, Kompensierung auslösender Faktoren
- Optimierung der Medikation
- Behandlung der Grunderkrankung
- Ausgleich der Medikamentenspiegel
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Korrektur metabolischer Störungen
- Überwachung der Vitalwerte

Therapie

Medikamentös (Hochpotente Neuroleptika, Benzodiazepine, Clomethiazol)

Nicht-medikamentös (Orientierungshilfen, Reizabschirmung, Sensorische Hilfen, Gute Beleuchtung, Persönliche Zuwendung, Vorbeugung selbstverletzenden Verhaltens/ Fixierung, Kurze Sätze, kein Fachjargon)

Endogene Psychosen

Spät beginnende schizophrene Psychosen

Chronische Schizophrenien und Residualzustände im Alter

Isolierte Wahnformen und Halluzinosen

Ätiologie und Risikofaktoren

- Vulnerabilitäts- Stress- Modell
- Genetik
- Hirnanomalien
- Neuropsychologie
- Sensorische Behinderung
- Prämorbid auffällige Persönlichkeit
- Psychosoziale Faktoren

Spät beginnende schizophrene Psychosen (Spätschizophrenie, Altersschizophrenie, Paraphrenie, Involutionssparaphrenie, Senile Paranoia, Involutionssparanoia)

Lebenszeitprävalenz ca. 1% (0,5-1,6%)

Lebenszeitrisiko

Weltweit, transkulturell 0.8-1,2%

Keine relevanten Geschlechterunterschiede, keine relevanten transkulturellen Unterschiede

Erkrankungsalter

55% unter 30 Jahre

Nur ca. 3-4% nach dem 60. Lebensjahr

Häufigkeitsgipfel

Frauen

25-34 Jahre

Männer

15-24 Jahre

Schizophrenie – Diagnose- Nach ICD-10 (F 20.x)

1. Störungen von Denken und Wahrnehmung
2. Inadäquate oder verflachte Affekte
3. Meist keine Beeinträchtigung von Bewußtseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten
4. Kognitive Defizite (im Verlauf)
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss (Zerfahrenheit, Danebenreden)
7. Katatone Symptome (Haltungstereotypien, Mutismus, Stupor, wächserne Biegsamkeit)
8. Minussymptome (Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte)

Die Symptome müssen während eines Monats fast ständig oder länger deutlich vorhanden sein.

Kognitive Störungen bei Schizophrenie

Neben Positiv- und Negativsymptomatik häufigste Symptome bei schizophrenen Patienten.

Können bei mehr als 85% der schizophrenen Patienten gefunden werden.

Werden als sehr stabil und überdauernd beschrieben; sie bleiben auch in den Remissionsphasen zwischen akuten psychotischen Phasen meist bestehen.

Symptomatik bei Spätschizophrenie

Vergleich zu Früherkranken keine oder geringfügige Unterschiede

a) Paranoide Symptomatik unter Späterkranken

Häufig mit paraphrener Symptomatik

(Kraepelin 1912)

Häufiger mit paranoiden Ideen

(Huber 1975)

Häufiger Verfolgungswahn

(Pearlson 1989)

b) Halluzinationen unter Späterkranken

Akustische, häufiger auch optische, olfaktorische und taktile Halluzination (Pearlson 1989)

c) Affektivität bei Späterkrankte

Affektivität weniger verflacht (Bleuler 1973)

Geringe depressive Verstimmung (Jeste 1988)

Anhaltend wahnhaftige Störung

Langandauernder Wahn als einziges oder am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum

Nicht organisch, schizophren oder affektiv

Wahnhaftige Störungen beginnen im mittleren/ höheren Lebensalter.

Inhalt des Wahn oder Zeitpunkt des Auftretens steht häufig in Verbindung mit Lebenssituation des Betroffenen.

Symptomatik

Häufig Verfolgungswahn, hypochondrischer Wahn, Größenwahn, Querulantenwahn, Eifersuchtswahn

Wahn, selbst einen unangenehmen Geruch auszusenden

Zeitweise depressive Symptomatik

Oft olfaktorische und taktile Halluzinationen

Gelegentlich akustische Halluzinationen

Wahnsymptomatik therapeutisch schwer beeinflussbar

Verlauf häufig chronisch

Patienten lernen, mit Wahn umzugehen

Positive Faktoren

Sozial gut integriert

Geringe kognitive Einschränkungen

Fehlende Minussymptomatik
Gut erhaltener Affekt

Medikamentöse Therapie

Indikation

Besonderheiten im Alter
Akut- neuroleptisch/ Benzodiazepine
Rezidivprophylaxe (Erstmanifestation- mind. 1 Jahr)
Depot (Complianceprobleme)

Nicht-medikamentöse Therapie

Stationäre versus ambulante Behandlung

Milieuwechsel
Psychosoziale Stressoren reduzieren
Soziale Unterstützung durch professionelle Helfer und soziales Netzwerk
Besonderheiten im Alter
Soziale Isolierung, Selbstversorgung, Multimorbidität, finanzielle-/ Wohnraumprobleme
Psychotherapie

Ambulante Behandlung

Gemeindenah, Beschäftigung, geschütztes Wohnen

Chronische Schizophrenie und Residualzustände im Alter

Chronisches Stadium einer schizophrenen Erkrankung

Lang andauernde „negative“ Symptome
Psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität, Sprachverarmung, Vernachlässigung der Körperpflege
Akutphase dominiert produktiv-psychotische Symptomatik
2/3 der Patienten entwickeln einen Residualzustand
Zunahme der chronischen und Residualsymptome durch steigende Lebenserwartung
Alter: erhöhte Suizidalität und Mortalität

Residualsyndrome

Insbesondere Negativsymptomatik
Indifferenz, Willensschwäche
Verarmte Gefühlswelt und Sprache
Anhedonie, Apathie, Kontaktarmut

Wahn und Halluzinationen

Geringe Bedeutung bei Residualzuständen
Im Alter stabil/ wenig beeinflussbar
Kaum handlungsbestimmend und in Alltag integriert
Wird nicht aktiv thematisiert

Soziale Prognose

Von Negativsymptomatik bestimmt
Verstärkte Abhängigkeit von Anderen
Sozialer Rückzug
Vereinsamung/ Isolation

Therapie wie bei spät beginnenden schizophrene und paranoide Psychosen

Häufiger therapieresistent als Jüngere (degenerative Hirnerkrankungen)
Spätdyskinesien und Akathisie
Lebensalter
Weibliches Geschlecht
Längere Behandlungsdauer
Kognitive Defizite/ Negativsymptome

Isolierte Wahnformen und Halluzinosen

Ursache:
Affektive/ schizophrene Störung
DD: anhaltend wahnhaftige Störung (nicht als organisch, affektiv oder schizophren zu klassifizieren)
Gehäuft im höheren Lebensalter
Bei Vorliegen einer organischen Ursache – Exogene Psychose

Organische Ursachen

Temporal-/ Parietallappenläsionen
Schlaganfall/ Hirntumor
SHT
M. Wilson/ Chorea H.
M. Parkinson
Encephalitis
Alkoholencephalopathie
Epilepsie
Hypoxie nach MI
Hyperthyreose/ Hypo-

Schizophrene Störung/ Schizoaffektive Störung

Affektive Ursachen
Endogene Depression

Durch alterstypische Belastungen

Soziale Isolation
Körperliche Einschränkungen
Sensorische Behinderungen
Leichte kognitive Störung
Neurodegenerative Veränderungen

Hypochondrischer Wahn

Wahnhaftige Überzeugung, krank zu sein
An Krebs zu leiden, AIDS zu haben, „Hirnschwund“
Charakteristika:
Paranoide, anakastische Primärpersönlichkeit
Prämorbid Somatisierungstendenzen
Aufsuchen zahlreicher Ärzte
Problematische Arzt-Patienten-Beziehung
Misstrauen
Erhöhtes Suizidrisiko

Nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom) „Lebende Leiche Syndrom“

Kranke ist überzeugt, dass seine inneren Organe nicht mehr funktionieren, verfault innerlich, Blut fließt

nicht, müssen begraben werden (Unterform der Hypochondrie)
Oft bei endogenen Depressiven
Organisch bei Demenz-KH/ Parietallappenläsionen

Capgras-Syndrom („Doppelgängersyndrom“)

Wahnhafte Personenverkenkung
Eine meist vertraute Person wird als deren Doppelgänger fehlidentifiziert
Bei demenziellen und rechtshemisphärischen Erkrankungen (Förstl 1991)
DD: Fregoli-Syndrom
Überzeugung, fremde Menschen sind in Wahrheit bekannte Personen

Eifersuchtswahn (Othello-Syndrom)

Pathologisch, wahnhafte Eifersucht
Oft bei organischen Psychosen/ Demenz, Alkoholpsychosen („Eifersuchtswahn der Trinker“)
Männer häufiger betroffen
Erhöhter Grad der Gewalttätigkeit

Liebeswahn (de Clerambault-Syndrom 1921)

Betroffene glaubt, von einer anderen Person geliebt zu werden (oft Person des öffentlichen Lebens)
Belästigung der betroffenen Person
Erkrankungsalter: 4.-6. Lebensjahrzehnt

Induzierter Wahn (folie a deux)

Übertragene Psychose von einem Partner (meist aktiver) auf einen Übernehmenden verstanden
Dasselbe Wahnsystem wird geteilt
Oft hermetisches Milieu- gemeinsame Wahnverarbeitung
Hypochondrischer, Verfolgungs-, Größenwahn
Separierung
Dominanter Partner: Neuroleptika
Dependenter Partner: Trennung ausreichend

Wahnsyndrome bei sensorischer Beeinträchtigung

Verfolgungswahn bei Schwerhörigen
Langjährige Schwerhörigkeit
Isolation
Insuffizienzerleben
Fehlende Kommunikation
Misstrauen- Illusionäre Verkenkung- Fehlinterpretation- schleichender Wahn

Taktile Halluzinose („Dermatozoenwahn“)

Nach dem 60. Lebensjahr
Frauen : Männer - 4 : 1
Taktiles Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten
Parasiten, Insekten, Würmer
Störungen des Leibempfindens (Coenästhesien)
Abnorme, fremdartige, negativ getönte Leibsensationen

Charles- Bonnet- Syndrom (1760)

Komplexe, lebhaft, visuelle Halluzinationen
Bei psychisch sonst gesunden Älteren mit reduziertem Visus, aber intakter Kognition
Erkennen, dass Visionen nicht wirklich sind

Geringe Inzidenz in Gerontopsychiatrie/ hohe in Augenkliniken (Teunisse 1995)
Therapie: CBZ/ VAL, Sensorische/ soziale Stimulation

Musikalische Halluzinose

Organisch bedingt bei Läsionen des rechten TL
Vaskulärer Demenz/ Depressionen/ Epilepsie
DD: musikalische Pseudohalluzinationen
Tinnituspatienten/ langjährige Schwerhörigkeit
Zunehmend unangenehm
Vertraute Kinder-/ Volksmelodien
Therapie:
Behandlung der Grund-KH

Folgen einer Psychose

Unfähigkeit, den üblichen Lebensanforderungen zu genügen
Lebensgestaltung wird beeinträchtigt
Leben füllt sich mit, für Außenstehende, nicht nachvollziehbaren Inhalten

Probleme

Häufige Konflikte mit anderen Patienten und Betreuern
Hohe emotionale Belastung der Betreuer
Finanzielle Belastungen
Vermehrter Psychopharmakverbrauch
Burn-out-Syndrom der Betreuer
Reduzierte Lebensqualität

Umgang mit verhaltensauffälligen „Älteren“

Stellen Sie sich immer vor und sprechen Sie die Person mit Familiennamen an!
Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung!
Sprechen Sie in einfachen und kurzen Sätzen!
Kein Fachjargon!
Langsame, deutliche Sprache
Seien Sie geduldig!
Ignorieren Sie Anschuldigungen!
Geben Sie Raum und Zeit zum Gespräch!
Vermeiden Sie Stress, Lärm und Gedränge!
Stärken Sie das Selbstwertgefühl!
Empathie und respektvolle Distanz
Umgang mit Wahn und Halluzinationen I
Wahn akzeptieren, Gegenbeweise nicht sinnvoll (werden ignoriert oder neu eingebaut)
Wahn nicht angreifen, einfühlen in die Ängste
Wahn nicht ausreden, aber auch nicht teilen
Symbolgehalt des Wahnthemas verstehen
Wahn nie konkret interpretieren
Ablenken vom Wahn kann beruhigend wirken, Motivierung für andere Tätigkeiten, ohne zu überfordern
Ignorieren von Anschuldigungen
Misstrauen verringern/ Beziehung aufbauen
Nicht diskutieren
Gesunde Anteile verstärken