

## 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/ Schizoaffective 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  
Taktilen 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