

# „PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNG IM ALTER“



Vortrag von Johann BAUER

Gesprächsrunde: Gruppentreffen Donnerstag, 13. Februar 2014

## „Alterspsychiatrische Schwierigkeiten“

Eine zuverlässige Beurteilung und diagnostische Zuordnung der möglichen psychischen Störungen erfordert von den Betreuern besondere alterspsychiatrische Kenntnisse und eine sehr gute Beobachtungsgabe.

Wichtig sind folgende Faktoren:

- Unterscheidung zwischen normalen und krankhaften Veränderungen der psychischen Funktionen im Alter,
- Erkennen von iatrogenen (durch ärztliche Einwirkung entstandene), organischen und psychischen Ursachen der Störung,
- Beachtung des „Verblässens“ bzw. der Veränderung der typischen Krankheitszeichen im Alter,
- Berücksichtigung der psychischen Vielfacherkrankung im Alter (z.B. gleichzeitiges Auftreten von Symptomen der Demenz, der Depression und des Delirs usw.) und
- Berücksichtigung der körperlichen Vielfacherkrankung und aller mit ihr verbundenen Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen.

## „Psychische Störungen im Alter“

Zu den häufigsten alterspsychiatrischen Krankheitsbildern gehören:

- Delir = Verwirrheitszustand
- Demenz und
- Depression

Sucht, Manie und Wahn werden deutlich seltener beobachtet.

Typisch ist die Ähnlichkeit der Symptomatik bei unterschiedlichen Erkrankungen, so dass eine genaue Diagnose meistens nur anhand einer längerfristigen Beobachtung und nur selten nach einer einmaligen Untersuchung des Kranken gestellt werden kann (so wird z. B. schwere Depression nicht selten als Demenz verkannt, sog. Depressive Pseudodemenz). Häufig werden auch die Krankheitsbilder durch zusätzliche Symptome kompliziert (z.B. Demenz mit Wahn, Depression mit Wahn) oder mehrere psychische Störungen gleichzeitig beobachtet (z.B. Demenz mit Delir und Depression, Depression und Delir usw.). Einige körperliche Erkrankungen im Alter erzeugen typischerweise psychische Störungen, die als eine verständliche Reaktion auf die körperliche Beeinträchtigung missverstanden und nicht fachgerecht behandelt werden. Dazu gehören z. B. schwere Depression und Demenzen bei Morbus Parkinson, schwere Depression nach Schlaganfällen, Demenz bei Hypothyreose (herabgesetzte Tätigkeit der Schilddrüse) u. v. m.

## „Delir“

Eine umfassende Störung aller geistigen Funktionen, mit einem raschen Beginn, unterschiedlichem Verlauf und einer Gesamtdauer von einigen Tagen bis Wochen wird als Delir (akuter Verwirrheitszustand) bezeichnet.

Zu den diagnostischen Hauptmerkmalen eines Delirs gehören:

- verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber äußeren Reizen aufrechtzuerhalten,
- verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit in angemessener Weise auf neu auftretende Reize zu richten,
- Denkstörungen, wie z. B. Weitschweifigkeit
- belanglose Sprache,
- Beeinträchtigung des Bewusstseins,
- Wahrnehmungsstörungen bis zu akustischen, optischen und haptilen (den Tastsinn betreffend) Halluzinationen,
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus,
- psychomotorische Unruhe, häufig im Wechsel mit Apathie und Somnolenz (Schläfrigkeit),
- Desorientiertheit zur Zeit, Ort, Situationen oder Person und
- Gedächtnisstörungen

## **„Demenz“**

Als Demenz wird eine erworbene, durch somatische Erkrankungen bedingte, umfassende Störung aller höheren (kognitiven) Hirnfunktionen bezeichnet.

Die Demenzkranken leiden unter:

- Störung der Gedächtnisfunktionen mit der Unfähigkeit, Neues zu lernen und die früher im Langzeitgedächtnis gespeicherte Informationen willkürlich abzurufen (Amnesie)
- Störung des Erkennens bei erhaltener Wahrnehmung (Agnosie), Seelenblindheit, -taubheit
- Störung der intellektuellen Leistungen mit einer zunehmenden Unfähigkeit abstrakt zu denken (Abstraktionsfähigkeitsverlust), Entscheidungen zu treffen (Assessmentstörung), sich mit ihrer Umgebung sprachlich zu verständigen (Aphasie) und die alltäglichen Handlungen auszuführen (Apraxie).

Die Störungen werden begleitet von:

- einer Veränderung der Persönlichkeit (z. B. einer Abnahme früherer Interessen, einer Akzentuierung der primären Persönlichkeitszüge, einer allgemeinen Enthemmung usw.),
- einem Verlust der Kontrolle über emotionale Äußerungen mit einem unmotivierten plötzlichen Weinen, Lachen oder Wutausbrüche (sog. Affektinkontinenz) und
- zahlreiche Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, ausgeprägte psychomotorische Unruhe, paranoide Ängste, Schreien, Schmieren mit Exkrementen usw.

Eine leichte Demenz kann vorliegen, wenn

- aktuelle Ereignisse bzw. kürzlich mitgeteilte Informationen zeitweilig oder ganz vergessen werden,
- die Orientierung zu Zeit oder Ort manchmal beeinträchtigt ist und
- bei der täglichen Lebensführung häufiger Fehler oder Irrtümer auftreten.

Um eine mittelschwere oder schwere Demenz handelt es sich, abhängig vom Ausprägungsgrad der Störungen, wenn:

- kürzliche Erlebnisse kaum noch erinnert werden,
- die Kranken zeitlich und örtlich desorientiert sind,
- eine selbstständige Lebensführung nicht möglich ist und bei den alltäglichen Verrichtungen fremde Hilfe benötigt wird.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung werden häufig psychiatrische Symptome beobachtet, die nicht allein durch Störungen der Gedächtnisfunktionen und der intellektuellen Leistungen erklärt werden können, sog. **Sekundärsymptome** der Demenz. Dazu gehören:

- Wahnvorstellungen,
- Optische und akustische Halluzinationen = Trugwahrnehmungen,
- Panikattacken
- Depressionen, die nicht als Reaktion auf ein zunehmendes Versagen zu erklären sind,
- ausgeprägte Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus mit einer zunehmenden Zerstückelung der Aktivitäten,
- psychomotorische Unruhe mit Fortlauftendenzen, „Wandern“ und „Sundowner-Syndrom“ (Unruhe und Verwirrtheit am späten Nachmittag und in den frühen Abendstunden),
- aggressive Ausbrüche mit verbalen und tätlichen Angriffen,
- regressives, unangebrachtes Verhalten (z. B. sich ausziehen, schmieren mit Exkrementen, Schreien, ständige Suche nach Zuwendung und Nähe) und viele andre Auffälligkeiten.

### **„Depression“**

Unter Depression werden Erkrankungen des affektiven Erlebens (Gefühlslebens) verschiedener Ausprägung bezeichnet:

- Kernsymptome wie Dysphorie (Gereiztheit), Freudlosigkeit und Antriebschwäche und
- akzessorische (hinzutretende) Symptome in Form von Konzentrationsstörungen, Störungen des Selbstwertgefühls, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektive, Suizidgedanken und -impulse, sowie Schlaf- und Appetitstörungen

Obwohl schwere (major) Depressionen im höheren Alter nicht häufiger auftreten als im mittleren Erwachsenenalter, leiden etwa 25% aller über 65-jährigen unter depressiven Symptomen. Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch bei alten Menschen mit

- einer geringen Selbstschätzung,
- einer negativen Einstellung gegenüber dem Alter,
- mit einer Einschränkung der Mobilität und damit verbundener Abhängigkeit von fremder Unterstützung

Das Risiko einer Depression ist deutlich niedriger bei Menschen, die sich durch hohe Selbstschätzung, gute körperliche Gesundheit und verlässliche soziale Kontakte auszeichnen.

Schwere Depressionen können im Alter auch zu ausgeprägten Verhaltensstörungen führen, besonders dann, wenn die Kranken in ihrer Alltagsversorgung stark von anderen Menschen abhängig sind. Häufig werden in solchen Fällen eine Regression (Zurückfallen auf kindliche Entwicklungsstufen) mit Anorexie (Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Erbrechen, Schluckstörungen usw.), Harn- und Stuhlinkontinenz, Schmierungen mit Exkrementen, lautem Schreien, Blutigkratzen, bes. nachts, Schlagen und Treten der Betreuenden, theatralischen Stürzen und aggressiver Auseinandersetzung mit der Umgebung beobachtet. Bei gleichzeitigen depressionsbedingten Denkhemmungen, Konzentrations- und Antriebsstörungen werden fälschlich als Demenz diagnostiziert (sog. „depressive Pseudodemenz“).

### **„Suizidalität“**

Bei den alten Menschen finden sich die höchsten Selbstmordraten. Besonders gefährdet sind über 75-jährige Männer (bis zu 80 Suizide auf 100 000 im Vergleich zu 20 pro 100 000 in der Durchschnittsbevölkerung).

Wesentliche Faktoren sind

- Wahrnehmungsvereinsamung und soziale Desintegration

- gekränktes Ehrgefühl durch Verluste auf verschiedenen Ebenen (Kompetenz, Altern usw.)
- hypochondrische Erlebnisbereitschaft
- Unwichtiges wird als unangemessen bedeutsam erlebt
- Emotional bedeutsame Tage (Weihnachten, Todestage, usw.)

## „Manie“

Im Alter werden manische Zustandsbilder seltener, die Symptome treten teilweise abgeschwächt auf.

- Stark gehobene oder reizbare Stimmung und hemmungsloses Verhalten,
- stark verkürztes Schlafbedürfnis, ungebremste Energie,
- Selbstüberschätzung, Größenwahn

Oft findet man „nur“

- eine mäßige gehobene Stimmung und gereizte Umtriebigkeit,
- flüchtiges Denken und störende Redseligkeit

Verwirrte Manien mit Bewusstseinsstrübung und deliranten Zustandsbildern kennzeichnen oft das Einsetzen gehirnbedingter Abbauprozesse.

In Manien wird auch oft in euphorischer Verleugnung das eigene Lebensalter überspielt.

## „Wahnerkrankungen“

Zu den typischen aber seltenen Wahnerkrankungen im Alter gehören Paranoia (sog. „Kontaktmangelparanoid“) = Verfolgungswahn.

Paranoide Symptomatik zeigt sich als starkes Misstrauen, Neigung zu Verdächtigungen der Umgebung und Wahnideen, die häufig auf die Wohnung des Betroffenen fixiert sind. Die Kranken vermuten, dass ihre Nachbarn oder Familienangehörige sie aus ihrer Wohnung vertreiben möchten, überall falsche Gerüchte mit sehr abfälligen Äußerungen verbreiten und Intrigen einfädeln. Sie fühlen sich beobachtet und glauben, dass alle über sie schlecht sprechen, sie bei den Behörden anzeigen usw.

Paranoia wird häufiger bei Menschen mit Einschränkungen der Sinnesfunktionen (vor allen Schwerhörigkeit) und bei einer anhaltenden Abschottung (z. B. Einsamkeit ohne Gelegenheit zu Gesprächen mit anderen Menschen) beobachtet. Zu den Risikofaktoren gehören auch Störungen der Gedächtnisfunktionen und der intellektuellen Leistungen. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.

Manchmal kommt es zum Auftreten einer **Halluzinose** mit optischen, akustischen oder taktilen Sinnestäuschungen verbunden mit dem Gefühl des Beeinträchtigt Werdens, meist durch Gefäßverkalkung verursacht.

- Sehen kleiner Menschen, die ihn ärgern oder ihm schaden wollen
- Stimmen hören, beschimpft und ausgelacht werden.

## „Schlafstörung“

Im Alter kommt es zu physiologischen Veränderungen des Schlafes wie:

- Abnahme des Schlafbedürfnisses und der Tiefschlafphasen
- verlängerte Einschlafphasen und häufiges Aufwachen sowie frühes morgendliches Erwachen
- Schlafapnoe = Atemaussetzer im Schlaf

**Einschlafstörungen** treten häufig bei Demenz auf. Es kommt zum wach und zunehmend ärgerlich im Bett liegen, wobei der Schlaf lange auf sich warten lässt.

**Durchschlafstörungen** treten gehäuft bei Depression auf. Nach einiger Zeit Schlaf Aufwachen und Wachliegen, meist Grübeln; oft viel zu frühes morgendliches Erwachen, ohne wieder Einschlafen zu können, es erfolgt keine Erholung im Schlaf.

**Zu viel Schlaf:** Dabei findet man bei körperlicher Gesundheit eine Schlafdauer von regelmäßig mehr als 12 Stunden (meist auch mit massiver Gewichtszunahme verbunden)

Arztbesuch da mögliches Anzeichen von Depression, Herz- oder Lungenkrankheit.

## „Sucht im Alter“

Sucht ist definiert dadurch, dass man ohne das Mittel nicht leben kann, beim Absetzen Entzugserscheinungen auftreten und eine Dosissteigerung zur gleichen Wirkungserzielung notwendig wird.

### Medikamentenmissbrauch

Dabei handelt es sich um die Einnahme von nicht verordneten Medikamenten oder eigenmächtige Dosissteigerung trotz möglicher Gesundheitsschädigung. Beispiele: Abführmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel.

Benzodiazepine (Beruhigungsmittel- Tranquilizer) sind die häufigste Gruppe mit dem höchsten Suchtpotential.

Gründe für den Missbrauch sind:

- Angst vor dem Sterben, vor dem Tod, dem Danach
- Anerkennung als Kranker

Tranquilizer beruhigen, sind schlaffördernd, angstlösend, verdrängend, aber auch müde machend, die natürliche Angst wird unterdrückt, sie machen kraftlos und verursachen Fehlhandlungen.

Bei längerem Gebrauch bestimmter Medikamente (v. a. Schlaf- und Beruhigungsmittel) entstehen beim Absetzen dann starke Unruhe, Schwitzen, Angst, Schlaflosigkeit, Verlangen nach dem Medikament, manchmal ein Delir = Verwirrheitszustand oder epileptische Anfälle.

### Solche Entzugserscheinungen können lebensgefährlich sein!

Beispiele für abhängig machende Medikamente: Valium, Gewacalm, Psychopax, Lexotaniil, Temesta, Rohypnol, Praxiten, Halcion, Mogadon, Xanor u. a.

Derartige Mittel sollen möglichst nur kurzfristig eingenommen werden. Wenn sich eine längerfristige Einnahme nicht vermeiden lässt, unbedingt darauf achten, dass die Medikamente nicht plötzlich abgesetzt werden. Der Entzug sollte unter stationären Bedingungen erfolgen.

## „Alkoholmissbrauch“

Alkohol wird trotz gesundheitlicher Gefahren getrunken (z. B. Leberschaden, Wechselwirkung mit Medikamenten) und häufig besteht gleichzeitig eine Medikamentenabhängigkeit, vielfach ist es ein Suizid auf Raten.

Symptome sind:

- Körperliche wie eine „Fahne“, Magenschmerzen, Gangunsicherheit
- Psychische wie Depressivität, Aggressivität, Gereiztheit, Rücksichtslosigkeit, Vergesslichkeit
- soziale Probleme durch Verwahrlosung, Verschuldung, Vereinsamung, Randalieren

Nach jahrelangem zu starkem regelmäßigem Alkoholgenuss führt eine zu lange Trinkpause zu Schwitzen, Zittern, Angstgefühl, Übelkeit, Herzklopfen, manchmal Halluzinationen („weiße Mäuse“), Verwirrtheit (Delir) bis hin zur Lebensgefahr!

Bei Alkoholabhängigen darf die Alkoholzufuhr nicht einfach unterbrochen werden. Der Entzug wird meist im Spital durchgeführt.

Alkoholranke können auch nach einem Entzug ihr Trinkverhalten nicht kontrollieren! Es muss daher strenge Alkoholabstinenz eingehalten werden!

Achtung auch Most, alkoholfreies Bier, Baldriantropfen, usw.

Quelle: **PSZ GmbH, Wikipedia, die freie Enzyklopädie und Google!**