

Psychiatrisches Fachwissen allein reicht nicht aus

Alterspsychiatrie muss ganzheitlich sein

GRAZ – Angesichts einer Vielzahl somatischer Herausforderungen werden psychiatrische Erkrankungen alter Menschen häufig vernachlässigt. Die veränderte Krankheits Symptomatik, mangelndes Problembewusstsein, fehlendes Fachwissen und Schwierigkeiten bei der Behandlung tragen dazu bei, dass vielen älteren Patienten notwendige Therapien vorenthalten werden.

Psychische Störungen alter Menschen sind oft Leiden, die die Patienten schon einen Großteil ihres Lebens begleitet haben. Nicht selten ändert sich dabei im Alter aber die Symptomatik. Daneben gibt es jedoch auch psychiatrische Erkrankungen, die erst in höherem Lebensalter auftreten, allen voran die große Gruppe der Demenzerkrankungen. „Andere Beispiele sind die Late-onset-Schizophrenie, die vor allem Frauen im Alter von 45 bis 55 betrifft, oder Late-onset-Suchterkrankungen“, berichtet Prim. Dr. CHRISTIAN JAGSCH, Leiter der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie an der Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz. „So können etwa über 60-jährige Patienten

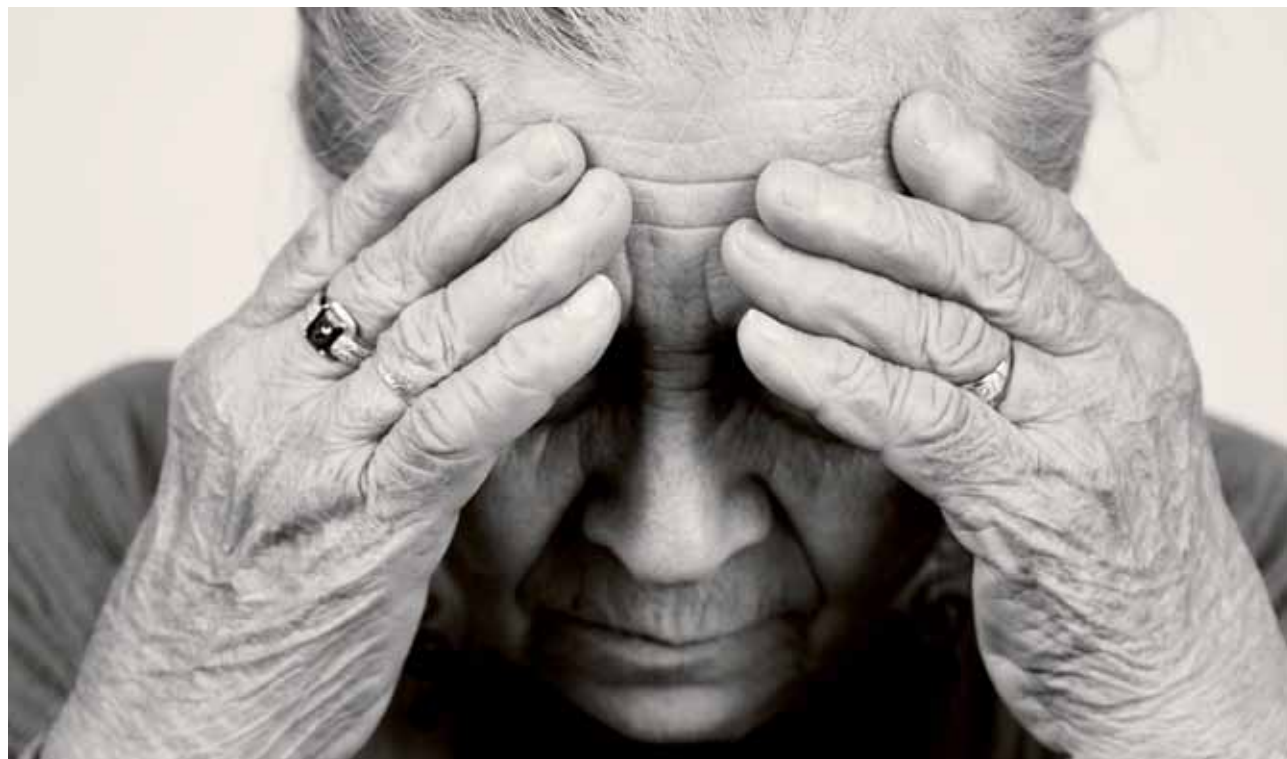
doch nicht so klar: „Es könnte auch sein, dass das mit der männlichen Kriegs- und Nachkriegsgeneration zu tun hat, die noch nicht gelernt hat, über ihre Probleme zu reden“, mutmaßt Prim. Jagsch. Die Symptomatik bipolarer Störungen ändert sich mit steigendem Alter ebenfalls: Manische Phasen werden seltener, depressive Episoden nehmen zu.

Schizophrenien

Bei der Schizophrenie können im Wesentlichen drei Gruppen unterschieden werden, die unterschiedliche Relevanz für die Alterspsychiatrie besitzen: Patienten, die bereits in jungen Jahren zahlreiche Komorbiditäten hatten, zum Beispiel auch suchtkrank waren und unter einem schlechten Gesundheitszustand leiden, erreichen meist kein höheres Lebensalter. „An unserer Abteilung sehen wir hauptsächlich die Patienten, bei denen die Erkrankung noch sehr produktiv ist“, erklärt Prim. Jagsch. Die produktive Symptomatik dieser oft körperlich noch sehr gesunden Menschen äußert sich unter anderem in Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Denkstörungen. Häufig lässt sich allerdings beobachten, dass die Symptome nicht mehr so stark ausgeprägt sind wie in jüngeren Jahren. Bei älteren Patienten, die sich schon im Stadium des schizophränen Residuums befinden und die bereits mehr oder weniger schwere kognitive Störungen aufweisen, tritt die Positivsymptomatik meist so stark zurück, dass eine Behandlung in einer akuten alterspsychiatrischen Einrichtung nicht mehr erforderlich ist. Die Mehrzahl der Betroffenen lebt in Seniorenheimen oder betreuten Einrichtungen.

Defizite bei den drei großen D's

Wenn alt gewordene schizophrene Patienten kognitive Defizite aufweisen, ist es oft sehr schwer zu unterscheiden, ob die Beeinträchtigung Folge eines Residuums oder einer zusätzlichen Demenz ist. Eine ähnliche Herausforderung kann die differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen Alzheimer, alkoholbedingter Demenz oder Korsakow-Syndrom bei alkoholabhängigen Patienten sein. Auch schwere Depressionen können als Demenz fehlinterpretiert werden. Da die richtige Diagnostik Voraussetzung für eine effektive Therapie ist, bedarf es in solchen Fällen ausführlicher Untersuchungen durch geschulte Spezialisten. „Eine psychiatrische Ausbildung alleine ist sicher zu wenig“, so der Experte. „Alterspsychiater müssen ganzheitlich denken. Fast alle



Die differenzialdiagnostische Abgrenzung einer Depression im Alter kann mitunter eine Herausforderung darstellen.

Kollegen an seiner Abteilung sind Allgemeinmediziner, zusätzlich Psychiater und Psychotherapeuten und haben das Geriatrie-Diplom oder auch das Zusatzfach Geriatrie.“ Da vielen Ärzten eine entsprechende Expertise fehlt, sind alterspsychiatrische Erkrankungen nach wie vor unterdiagnostiziert. Während psychotische Erkrankungen von geriatrisch geschulten Internisten und Allgemeinmediziner noch relativ schnell erkannt werden, bereitet die Diagnose weniger auffälliger Störungen oft Hindernisse: Vor allem Depressionen, Demenzerkrankungen und Delirien – also die drei großen D's der Gerontopsychiatrie – bleiben häufig unentdeckt.

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Fortbildungsangeboten, in denen interessierten Ärzten gerontopsychiatrisches Fachwissen vermittelt wird. Dazu zählen die jährlichen alterspsychiatrischen Tagungen in Graz und Wien und andere Veranstaltungen der ÖGAPP (Österreichische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie). Alterspsychiatrische Grundlagen werden auch im ÖÄK-Diplomkurs Geriatrie vermittelt. Darüber hinaus soll es außerdem in der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie zukünftig ein eigenes gerontopsychiatrisches Modul geben.

Welche Folgen eine unzureichende alterspsychiatrische Abklärung haben kann, veranschaulicht Prim. Jagsch am Beispiel des postoperativen Delirs, bei dem immer wieder katastrophale Verläufe zu beobachten sind: „Wenn man ein solches Delir rechtzeitig erkennt und behandelt, liegt die Mortalität bei drei Prozent. Unbehandelt gibt es Sterberaten bis zu 20 Prozent! Altersmediziner sollten nicht erst beigezogen werden, wenn der Hut brennt, sondern bereits präventiv tätig werden.“ Zu rechtlichen Problemen kann es auch kommen, wenn alte Menschen vor dem Eingriff eine Operationseinwilligung unterschrei-

ben und dabei übersehen wird, dass bereits eine mittelgradige Demenz vorliegt. „Aus meiner Sicht sollten alte Menschen daher präoperativ immer auch von einem Geriater untersucht werden.“ Zu den präventiven Maßnahmen gehört es zum Beispiel, exsikierte Patienten zu rehydrieren und potenziell delirogene Medikamente präoperativ abzusetzen.

Multimorbidität und Polypharmazie

Ein wesentlicher Aspekt, der die medikamentöse Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen im Alter kompliziert, sind zusätzliche Erkrankungen und Interaktionen von Medikamenten. Einerseits gibt es eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen, die mit Depressionen einhergehen, andererseits aber auch Medikamente, die Depressionen verursachen können (z.B. Kortikosteroide, Chemotherapeutika, Interferon). In manchen Fällen kann es allein durch das Absetzen von Kortison zu einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptomatik kommen.

Da Menschen über 60 nur selten in Studien eingeschlossen werden, gibt es kaum Daten über die medikamentöse Behandlung psychiatrischer Probleme bei alten Patienten. Wo evidenzbasierte Empfehlungen fehlen, müssen Konsensuspapiere und persönliche Erfahrungen für Therapieentscheidungen herangezogen werden. Eine vielgeübte Praxis ist es, die empfohlene Dosis bei alten Menschen zunächst zu halbieren. Bei Verschreibungen muss immer auch auf mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten geachtet werden. So können etwa bestimmte Antidepressiva die Erregungsleitung im Herz oder den Abbau von Kumarinen in der Leber verzögern. Aus diesem Grund sollten Trizyklika bei alten Menschen nicht mehr eingesetzt werden. „Die Medikamentenwahl hängt un-

ter anderem davon ab, ob eine eingeschränkte Leber- oder Nierenfunktion vorliegt“, betont Prim. Jagsch. „Zusätzlich müssen wir bei Therapieentscheidungen auch überlegen, ob in der Umgebung, in der der Patient lebt, regelmäßige Kontrollen (z.B. Lithiumspiegel, EKG) überhaupt möglich sind.“

Betreuungsangebot

Im Vergleich zu Deutschland ist das Angebot an spezialisierten stationären Einrichtungen für alte Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen hierzulande noch relativ bescheiden. Viele Betroffene werden daher in Seniorenheimen oder internistischen Geriatrien behandelt. Die demografische Entwicklung wird den Bedarf an zusätzlichen Spezialisten und Betreuungsplätzen in den nächsten Jahren zweifellos noch erhöhen. „Die Versorgung muss sicher nicht immer auf stationärer Ebene erfolgen“, räumt Prim. Jagsch ein. „Jeder größere Wechsel einer Betreuungseinrichtung ist für alte Menschen eine Krisensituation. Es ist daher durchaus wünschenswert, wenn die Betreuung dort erfolgen kann, wo die Menschen sich vertraut fühlen.“ Für die Zukunft gibt es eine Reihe interessanter Modelle: Ein Großteil der Probleme lässt sich wahrscheinlich durch den Ausbau von Konsiliar- und Liaisondiensten für Spitäler und Seniorenheime oder ein vermehrtes Angebot an Tageskliniken in den Griff bekommen. Vorstellbar für den extramuralen Bereich sind auch Teams, die die Patienten zu Hause besuchen. „Spitäler sind notwendig, sollten aber immer nur die letzte Möglichkeit in der Behandlungskette sein.“ HÖ

Nähere Informationen zur Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (ÖGAPP) unter www.alterspsychiatrie.at



Prim. Dr. Christian Jagsch

bei Einsamkeit, schwerer Erkrankung oder nach Partnerverlust noch eine Late-onset-Alkoholabhängigkeit entwickeln.“ Ein zunehmendes Problem ist auch die Benzodiazepinabhängigkeit bei älteren Menschen.

Depressionen und bipolare Störungen

Die Häufigkeit von Depressionen und Angsterkrankungen bleibt zeit lebens annähernd konstant. Die Erkrankungen werden sozusagen über das Leben mitgenommen. Allerdings kommt es immer wieder vor, dass Depressionen und Angsterkrankungen, die in jungen Jahren auftreten, im mittleren Lebensalter relativ mild verlaufen oder sogar symptomlos sind und dann im Alter wiederkehren. Bei der Diagnostik sollte daran gedacht werden, dass die Depression im Alter oft ihr Erscheinungsbild verändert: Klassische „Losigkeitssymptome“ – die Patienten fühlen sich z.B. freudlos, antriebslos, wertlos oder kraftlos – treten eher in den Hintergrund, stattdessen findet man vermehrt hypochondrische Ideen, somatisierte Depressionen oder kognitive Störungen. Bei älteren Männern äußern sich Depressionen häufig als Gereiztheit, Dysthymie und Aggressivität. Dazu kommt bei Männern über 75 eine hohe Suizidalität. Ob es sich dabei wirklich um ein geschlechtsspezifisches Merkmal der Depression im Alter handelt, ist je-