

Psychosen im Alter

I. Einleitung

Die erfreuliche Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung führt auch zu einer höheren Inzidenz an körperlichen, neurologischen und psychischen Krankheiten. Eine ansteigende Prävalenz an psychotischen Symptomen korreliert mit dem Lebensalter und lässt sich vor allem bei den über 85-Jährigen dokumentieren. Verschiedene Faktoren tragen zum Auftreten von psychotischen Symptomen bei – z.B. erhöhtes Lebensalter, Begleiterkrankungen, psychische und umweltbedingte Veränderungen. Psychosen können ein primäres Symptom bei Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen, affektiven Störungen oder neurodegenerativen Erkrankungen sein (nicht organische Psychosen). Sie können aber auch sekundär bei einem akuten Delir, einer schweren körperlichen Erkrankung substanzbedingt oder im Rahmen einer Medikamentenintoxikation auftreten (organische Psychosen). Laut Begriffsdefinition versteht man unter „Psychose“ eine Gruppe schwerer psychischer Störungen, die mit einem zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezuges einhergehen.

Eine Studie zeigte, dass zehn Prozent der Patienten, die in eine Gerontopsychiatrie eingewiesen wurden, an Spätmanifestationen von psychotischen Symptomen (late-life-onset) litten. Als Gründe für die hohe Inzidenz altersassoziierter

Vorsitz:



Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer
Psychiatrische Abt.,
Donauspital im SMZ
Ost, Wien



Mag. Martina Anditsch
Anstaltsapotheke,
Donauspital im SMZ
Ost, Wien



Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching
5. Medizinische Abt.,
Wilhelminenspital,
Wien



Prim. Dr. Georg Psota
Gerontopsychiatri-
sches Zentrum,
PSD Wien



Prim. Dr. Andreas Walter
Geriatrizentrum am
Wienerwald, Wien

Psychosen können altersbedingte Veränderungen des frontotemporalen Kortex, kognitiver Abbau, Polypharmazie, hohe Komorbidität, abnehmende Sinnesleistungen und soziale Isolation angeführt werden. Psychotische Patienten sind oftmals agitiert und aggressiv, sie sind schwierig zu betreuen und geraten leicht in Konflikt mit anderen Patienten. Dies kann zu hohen emotionalen und finanziellen Belastungen bei der Betreuung und zu vermehrten Psychopharmakaverschreibungen, suboptimaler Behandlung, Burn-out-Syndromen der Betreuer und reduzierter Lebensqualität von Patienten und Angehörigen führen.

Ätiologisch sind für Psychosen im höheren Lebensalter in absteigender Prävalenzrate vor allem Demenzen, majore Depressionen, medizinische und toxische Ursachen, Delirien, bipolare affektive Störungen, Wahnstörungen, Schizophrenie und schizoaffektive Störungen verantwortlich (siehe Tabelle 1 auf Seite 2).

Das Erkennen von Delirien ist von größter Wichtigkeit, da sie noch immer mit erhöhter Mortalität assoziiert sind. Die zugrunde liegenden Erkrankungen müssen daher unbedingt differenziert und ausreichend behandelt werden.

Psychotische Symptome, die Demenzprozesse und Depressionen begleiten, sind häufig persistierend und schwierig zu

behandeln, da vermehrt auf die Nebenwirkungsspektren der Antipsychotika im höheren Lebensalter geachtet werden muss. Andererseits führen psychotische Symptome, die nicht erkannt oder adäquat behandelt werden, zu einer erhöhten Morbidität bei älteren Patienten. Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist eine korrekte, differenzierte Diagnose. Diese kann besonders schwierig sein, wenn wenig über die psychiatrische Vorgeschichte, das prämorbid Funktionsniveau, die körperlichen Erkrankungen und die Medikamenteneinnahme bekannt ist.

Psychotische Symptome führen unter Umständen zu einer Hospitalisierung, Institutionalisierung, verminderter Lebensqualität bei Patient und Betreuer und häufig zu Burn-out-Syndromen. Sie erhöhen das Risiko der Morbidität und Mortalität.

Gegenwärtig sind die diagnostischen Kriterien nicht zufriedenstellend, was eine gezielte Forschungstätigkeit notwendig macht, um die psychotischen Symptome genau zuordnen zu können. Ein frühes Erkennen und Behandeln der Psychose ist wesentlich, um die Folgeerscheinungen zu minimieren.

Tabelle 1

Häufigkeit psychotischer Symptomatik in Abhängigkeit vom Lebensalter

Symptom	Junge Patienten	Mittleres Alter	Ältere Patienten
Schizophrenie	+	+	+
Affektive Störung	+	+	++
Alkoholabusus	+	++	+
Substanzabusus	++	+	-
Wahnhaftige Störung	-	+	+
Organspezifisch	-	+	++
Delir	-	-	++
Demenz	-	-	++

2. Affektive Psychosen

Obwohl die Prävalenzraten von Depressionen im höheren Lebensalter sehr hoch sind (z.B. 26,8 Prozent in der Berliner Altersstudie) werden Depressionen bei älteren Patienten oftmals nicht erkannt und dementsprechend nicht behandelt. Einer der Gründe dafür ist, dass ältere depressive Patienten nicht über ihre Stimmungslage klagen und an einer hohen somatischen Komorbidität leiden, die primär diagnostiziert und behandelt wird. Ca. 40 Prozent der Patienten, die an eine Gerontopsychiatrie zur Behandlung ihrer Depression überwiesen werden, leiden an einer psychotischen Depression. Selbst bei einer ausreichend hohen Erhaltungsmedikation und nach der Remission sind bei Patienten mit einer psychotischen Depression symptomfreie Intervalle kürzer und Rezidive häufiger. Weiters sieht man eher einen chronischen Verlauf der Depression und häufigere Institutionalisierungen.

In neueren Klassifikationssystemen wird die psychotische Depression nur für Depressionen im Zusammenhang mit komor-

bidem Wahn, Halluzinationen oder depressivem Stupor verwendet. Für die Diagnose einer schweren Depression mit psychotischer Symptomatik nach den ICD-10-Kriterien müssen neben der depressiven Stimmung, Interessens- oder Freudverlust an Aktivitäten, vermindertem Antrieb oder gesteigerter Ermüdbarkeit auch noch Wahn (Wahnhalte mit Schuldgefühlen, Hypochondrie, nihilistische oder Verfolgungsthemen, Halluzinationen) oder depressiver Stupor vorliegen.

Zumeist steht am Beginn der Erkrankung eine depressive Episode, die sich über Tage oder Wochen entwickelt, die am Anfang eher leicht ausgestaltet ist und von Ängstlichkeit begleitet wird. Wenn sich die Depression verstärkt, kommt es häufig zur Entwicklung psychotischer Symptome. Kognitive Störungen begleiten oft derartige Depressionen. Im Gegensatz dazu kann man bei Psychosen, die bei kognitiven Störungen auftreten, auch eine länger dauernde Gedächtnis- und Orientierungsschwäche mit Antriebsstörung und erhöhter Irritabilität explorieren.

Ob die psychotische Depression im Alter eine eigene Krankheitsentität ist, wird bis heute kontrovers diskutiert. Manche Autoren glauben, dass es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt, andere sehen die Beweislage dafür aber als limitiert an.

Die psychotischen Phänomene können stimmungskongruent oder auch stimmungsinkongruent sein. Stimmungskongruente psychotische Symptome sind Wahnphänomene oder Halluzinationen, die zu den typischen depressiven Inhalten konsistent sind – wie Schuldgefühle, Tod, Krankheiten, Nihilismus oder Versündigungs-, Verschuldigungs-, oder Verarmungsideen. Auch der Glaube, dass man es verdient, bestraft zu werden, tritt immer wieder auf. Zu den stimmungsinkongruenten psychotischen Symptomen zählen z.B. Verfolgungswahn, der nicht direkt auf die depressiven Themen zurückzuführen ist, Gedankeneingebungen und der Wahn, kontrolliert zu werden.

Die psychotischen Symptome bei schwerer Depression bestehen vor allem aus Wahn oder unbestimmten, verschwommenen, abfällig oder abschätzig interpretierten Stimmen. Weniger häufig kommen stimmungsinkongruente Wahnphänomene vor, die auch bizarre Gestalt annehmen können. Z.B. können Patienten mit katatoner Symptomatik keinerlei Aktivitäten mehr durchführen und auch keine Flüssigkeit, Nahrung oder Medikamente einnehmen.

2.1. Psychosen bei bipolaren affektiven Störungen

Ca. 0,1 Prozent der über 65-Jährigen leiden an bipolaren Störungen. Die meisten Patienten mit bipolaren Störungen haben ihre erste manische Episode in der zweiten oder dritten Lebensdekade. Aber auch ein späteres Auftreten in der vierten oder fünften Lebensdekade ist möglich. Tritt eine manische Episode bei älteren Patienten über 65 Jahre zum ersten Mal auf, sollte zuerst intensiv nach potenziellen medizinischen oder substanzinduzierten Ätiologien gesucht werden. Gemischte Episoden, die sowohl die Kriterien für eine Depression als auch für eine Manie erfüllen, findet man bei älteren Patienten häufiger als in der Allgemeinbevölkerung und bei jungen Patienten.

In einer relativ aktuellen Studie waren bipolare affektive Störungen für fünf bis zwölf Prozent der gerontopsychiatrischen Aufnahmen verantwortlich. Patienten mit bipolaren affektiven Störungen wiesen eine schwerere Symptomatik, gestörtere Funktionalität, häufigeres Inanspruchnehmen von Gesundheitseinrichtungen und höhere Institutionalisierung auf als Patienten mit einer Major Depression.

Psychotische Wahnphänomene treten bei einer bipolaren affektiven Störung, die sich im höheren Lebensalter erstmals manifestiert, häufiger auf als in jüngeren Lebensjahren. Sowohl depressive als auch manische Episoden werden oft von psychotischen Symptomen begleitet und bestehen häufig aus stimmungskongruenten Wahnhaltungen. Ein bipolarer Patient mit psychotischer Depression ist vergleichbar mit einem Patienten mit unipolarer Depression. Ein manischer Patient mit psychotischer Symptomatik hat zumeist stimmungskongruente Wahnideen, die aus Größenideen, erotomanen Wahnvorstellungen und Wahnideen, über spezielle Kräfte zu verfügen, bestehen.

3. Agitation und Psychosen bei Demenz und Parkinson-Syndrom

Agitation und psychotische Symptome sind bei Demenzkranken jedweder Demenzform häufige Symptome (Alzheimer-Demenz = AD, Vaskuläre Demenz = VD, Lewy-Body-Demenz = LBD, Parkinson-Demenz = PD, Frontotemporale Demenz = FTD). Die Prävalenzen dazu reichen je nach untersuchtem Kollektiv in verschiedenen Studien unter anderem von Ballard, Brodaty, Lyketsos bei der Agitation von 24 bis 77, beim Wahn von 15 bis 56 und bei Halluzinationen von sieben bis 33 Prozent. Die Prävalenzraten sind unter anderem vom Demenzgrad abhängig, aber auch von den Bedingungen der Lebenswelt Demenzkranker. Hierbei ist eine beträchtliche Zunahme der Symptome in untersuchten Pflegeheimkollektiven auffällig, allerdings sind es auch gerade diese Symptome, die Demenzkranke in ein Pflegeheim bringen, also Risikofaktoren für die intramurale Langzeitbehandlung.

Nach einer älteren Untersuchung sind es aus dem Bereich BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) jene Symptome, die den höchsten Pflegestress verursachen. Möglicherweise sind gerade diese Symptome die Ursache, warum Patienten mit Lewy-Body-Demenz ein noch höheres Risiko für Pflegeheimweisungen aufweisen als Alzheimerkranke, da Wahn und Halluzinationen vergleichsweise häufiger auftreten.

Die wesentlichen Punkte in der Behandlung von Agitation und Psychosen bei Demenzkranken sind:

1. Die Herstellung eines atmosphärisch günstigen Settings – hier ist z.B. das Konzept der Validation äußerst hilfreich (eine Methode, Demenzkranke in deren Lebenswelt zu begegnen und zu begleiten).
2. Die Einhaltung eines Behandlungsalgorithmus wie folgt: Antidementiva, wenn nötig Antidepressiva, dann erst Antipsychotika und Letztere so niedrig und so kurz dosiert wie möglich, erst dann Benzodiazepine und/oder Phasenprophylaktika.

3. Die Vermeidung delirogener Zustandsbilder, da Delirien bei Demenzkranken besonders leicht (auch iatrogen, z.B. durch anticholinerge Substanzen) auslösbar sind.

Bei Parkinsonkranken und besonders bei dementen Parkinsonpatienten sowie bei Lewy-Body-Demenz-Kranken sind drei besondere Umstände zu berücksichtigen:

1. PD- und LBD-Patienten (wie auch nicht demente Parkinsonpatienten) sind hypersensibel betreffend extrapyramidale Nebenwirkungen von Antipsychotika und können durch sonst übliche Gaben in hochgradige Parkinson-Krisen geraten.
2. Die Gabe von Dopaminagonisten ist bei den oben erwähnten Patienten mehr oder weniger obsolet, da dopaminerge Delirien leicht ausgelöst werden können.
3. Gerade LBD-Patienten sprechen auf eine cholinerge Medikation besonders zur Behandlung von Halluzinose und Wahn besonders gut an. Die Referenzsubstanz dazu ist Rivastigmin. Aber auch Galantamin hat sich in einer rezenten Studie als wirksam und sicher in der Therapie der LBD erwiesen.

4. Schizophrenie und Wahnerkrankungen – Differenzialdiagnostik/Therapieoptionen

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis im späten Erwachsenenalter sind meist Residualsymptome einer Schizophrenie mit Ersterkrankung vor dem 40. Lebensjahr (75 Prozent). Eine schizophrene Erstmanifestation nach dem 40. Lebensjahr ist differenzialdiagnostisch von organisch bedingten Psychosen und demenziellen Syndromen abzugrenzen.

Schizophrenieartige Krankheitsbilder, die ab der 5. Dekade ausbrechen (25 Prozent), können entweder als paranoide Zustände oder Paraphrenie (late-onset psychosis) mit einem paranoiden Wahnsystem (z.B. von bestimmten Personen verfolgt zu werden) bei gut erhaltener Persönlichkeit und wenig Affekt, Denk- und Willensstörung verlaufen oder als Spätschizophrenie, bei der diese Störungen stärker vorhanden sind. Weitere Psychosen im höheren Lebensalter sind in Tabelle 2 angeführt.

Psychosen im höheren Lebensalter	
Terminologie	Symptomatik
Psychotische Depression	Affektive Störung im Vordergrund mit einer Grundstimmung entsprechenden Wahnhaltungen (z.B. Verarmungswahn)
Schizoaffective Störungen	Gemischtes paraphren-affektives klinisches Bild (selten)
Organisch bedingte Psychosen und Demenz	Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit insbesondere Kurzzeitgedächtnis, Orientierung, globale Störung der Alltagsfunktion
Isolierte Wahnformen und Halluzinosen	z.B. hypochondrischer Wahn, taktile Halluzinose (Dermatozoenwahn), optische Halluzinose (Charles Bonnet-Syndrom)

Die klinische Unterscheidung zwischen Demenz und Spätschizophrenie wird in Tabelle 3 gegenübergestellt. Zu beachten ist, dass bei der häufigsten degenerativen Demenz vom Alzheimer-Typ Verhaltensstörungen und psychische Störungen (z.B. depressive Symptome, aber auch psychotische Symptome und optische Halluzinationen) verschiedener Ausprägung im Verlauf der Erkrankung auftreten können (BPSD).

5. Der psychotische Patient aus der allgemeinmedizinischen Abteilung

Unter einer „allgemeinmedizinischen Abteilung“ ist am ehesten eine internistische Spitalsabteilung zu verstehen. Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung auf 82,7 Jahre bei Frauen und 77,1 Jahre bei Männern im Jahre 2006 ist das durchschnittliche Alter der Patienten vor allem an internistischen Abteilungen stark angestiegen. So liegt z.B. das Durchschnittsalter der Patienten an den internistischen Abteilungen des Wilhelminenspitals im Schnitt bei 67 Jahren, wobei an der 5. Medizinischen Abteilung aufgrund einer speziellen fachlichen Ausrichtung das Durchschnittsalter deutlich über 70 Jahre liegt.

Valide Zahlen über den Prozentsatz von psychotischen Patienten an internistischen Abteilungen in Wien oder in Österreich sind nicht verfügbar, und auch Schätzungen sind schwer vorzunehmen. Die häufigste Ursache für psychische Störungen und zeitweiligen weitgehenden Verlust des Realitätsbezuges sind vor allem demenzielle Zustandsbilder in einem hoch betagten Patientenkollektiv. Natürlich ist bei internistischen Patienten auch die Abklärung anderer organischer Ursachen geboten (z.B. Hirntumore, Metastasen, Schlaganfälle). Weitere häufige organische Ursachen sind Psychosen bei Morbus Parkinson, mögliche Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen (z.B. anticholinerge Wirkung), Elektrolytentgleisungen (häufig Hyponatriämien), Hormonstörungen (z.B. Hyperthyreose) und Wirkungen von Drogen (z.B. Alkohol bzw. dessen Entzug).

Patienten mit nicht organischen Psychosen (z.B. Schizophrenie oder affektive Psychosen) erscheinen im allgemeininternistischen Patientenkollektiv natürlich seltener. Bei akut aufgetretenen Gesundheitsstörungen mit Psychosen werden die Patienten von den Rettungsdiensten in erster Linie an internistische Abteilungen zur Aufnahme gebracht. Eine primäre Aufnahme an einer psychiatrischen Abteilung erfolgt bei nicht vorbekannter psychiatrischer Diagnose und bei offensichtlicher Multimorbidität selten.

Akut psychotische Patienten sind auf einer allgemeininternistischen Abteilung kaum führbar. Organisatorisch kommt erschwerend hinzu, dass nicht an allen Schwerpunktkrankenhäusern derzeit psychiatrische Fachabteilungen eingerichtet sind, die einen schnell verfügbaren Konsiliar- oder Liaisondienst rund um die Uhr gewährleisten. Neben der raschen Abklärung und Behandlung möglicher organischer Gründe für die Psychose ist eine adäquate psychiatrische Therapie der aufgetretenen Störung erforderlich, da die Patienten im Falle einer Agitation und Aggression keiner weiterführenden Abklärung und Therapie zugänglich sind. Zudem stellt sich gelegentlich das Problem einer möglichen Fremd- und Selbstgefährdung.

Die richtige Auswahl und Dosierung entsprechender antipsychotischer Medikamente sowie die fachlich fundierte Analyse der bereits eingenommenen Medikation hinsichtlich allfälliger Interaktionen obliegt in erster Linie dem Facharzt für Psychiatrie. Weiters ist an einer allgemeininternistischen Abteilung eine Behandlung gegen (oder ohne) den Willen des Patienten juristisch nicht zulässig. Da aus Sicht der Patientenanwälte im Sinne des Unterbringungsgesetzes auch eine Aufnahme an einer psychiatrischen Abteilung gegen oder ohne den Willen eines Patienten nicht möglich ist, wird auch eine Transferierung eines Patienten von einer internistischen an eine psychiatrische Abteilung ohne dessen konkrete und gültige Zustimmung als unzulässig abgelehnt.

Ergibt sich somit an einer allgemeininternistischen Abteilung der Bedarf einer akuten psychiatrischen Therapie, so ist der-

Tabelle 3

Differenzialdiagnose „Demenz – Schizophrenie“		
	Demenz	Schizophrenie
Beginn	Meist im höheren Lebensalter	Ca. 75 Prozent erkranken vor dem 40. Lebensjahr, 25 Prozent erst später
Verlauf	Langsam progredient	Meist schubweise, residuale Entwicklung im Intervall möglich
Kognitive Leistungen	Leitsymptom: global beeinträchtigt, Störung der Exekutivfunktionen des Gedächtnisses, Symptomatik progredient	Formale Denkstörungen im akuten Schub, keine nennenswerte Progression
Orientierung	Fast immer beeinträchtigt	Nur in akuten Schüben beeinträchtigt („desorganisiert“)
Sprache	Wortfindungsstörungen, Perservationen, Paraphrasien	Im akuten Schub oft inkohärente Sprache, Gedanken-Abreißen, Gedankensperre (= formale Denkstörungen)
Affekt	Häufig affektlabil, meist situativ	Im akuten Schub oft inadäquat, situationsunabhängig
Psychomotorik	Anfangs unauffällig, dann allgemeine Verlangsamung	In der Akutphase Wechsel zwischen Retardierung (Katatonie) und Hyperaktivität (Erregungszustand)
Halluzinationen	Meist nur in schweren Fällen, oft optische Halluzinationen	Typisches Leitsymptom : meist akustische Halluzinationen
Wahn	Erst bei fortgeschrittenen Krankheitsbildern	Typisches Leitsymptom : mystische, bizarre Inhalte

zeit nach Benachrichtigung der zuständigen Polizeidienststelle der Amtsarzt beizuziehen, der gegebenenfalls eine Unterbringung an einer psychiatrischen Abteilung veranlassen kann. Dass dies im konkreten Anlassfall (z.B. agitierter, verwirrter Alzheimerpatient) zu teilweise Unverständnis der involvierten Personen und organisatorischen Schwierigkeiten führt, liegt auf der Hand.

Weitere Schwierigkeiten im Umgang mit psychotischen Personen an nicht psychiatrischen Abteilungen liegen in der Anwendung und praktischen Umsetzung des „Heimaufenthalts-gesetzes“ zur Regelung freiheitsbeschränkender Maßnahmen auch in Krankenanstalten.

6. Richtige Dosierung von Psychopharmaka im Alter und Sicherheitsprofil von Antipsychotika

Die Aufnahme ins Spital aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAWs) nehmen in den letzten Jahren weltweit dramatisch zu und betragen speziell bei alten Patienten schon bis zu 20 Prozent. Klinisch relevante Symptome werden durch erhöhte Plasmaspiegel (80 Prozent), inadäquate Dosierungen (51 Prozent) und Arzneimittelwechselwirkungen (26 Prozent) ausgelöst. Bis zu 64 Prozent der Nebenwirkungen wären vermeidbar vor allem durch eine Berücksichtigung der veränderten Physiologie des alten Menschen. Besonders auf eingeschränkte Funktion der Leber und Niere und damit auf verminderten Metabolismus und Ausscheidung sollte geachtet werden. Ab dem 40. Lebensjahr vermindert sich die Nierenclearance jährlich um ein Prozent; bei über 70-jährigen ist die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) um 30 bis 50 Prozent vermindert. Die Ausscheidung möglicher wirksamer Metaboliten sollte berücksichtigt werden. Hilfestellungen für die richtige Dosierungsanpassung in Abhängigkeit der individuell verschiedenen Nierenfunktion gibt zum Beispiel die Internetadresse www.dosing.de bzw. das DANI Pockettool 2007.

Die Abnahme der Leberperfusion um 40 Prozent und der Stoffwechselleistung im Alter können zu individuell stark schwankenden Verlängerung der pharmakologischen Wirkungen führen. Ein erhöhter Fettanteil verlängert die Verweildauer lipophiler Arzneistoffe (z.B. viele Psychopharmaka) und damit deren Wirkdauer, was zu Akkumulation führen kann.

Die ZNS-Sensibilität vieler Stoffe nimmt aufgrund veränderter Rezeptordichte und Neurotransmitterkonzentrationen stark zu, wodurch die Gefahr für kognitive Verschlechterungen bis hin zum Delir durch viele Psychopharmaka, aber auch Opiate und NSAR erhöht ist. Darüber hinaus kommt es mit zunehmendem Alter häufiger zur Multimedikation mit all den dazugehörigen Gefahren. Laut zahlreicher internationaler Studien steigen bei gleichzeitiger Einnahme von mehr als fünf verschiedenen Medikamenten die klinisch relevanten UAWs auf bis zu 25 Prozent.

Angst, Depression, Schlafstörungen, aggressives Verhalten und Wahn sind beim alten Patienten häufig gestellte Dia-

gnosen, die durch den gezielten Einsatz und die richtige Auswahl der Psychopharmaka erfolgreich therapierbar sind. Werden Antipsychotika zu einer bestehenden internistischen Medikation verabreicht, kann es zu Sedierung, parkinsonoiden Nebenwirkungen und verstärkter antihypertensiver Wirkung durch eine Blockade zentraler alpha-Rezeptoren und damit zu einem erhöhten Sturzrisiko kommen, worauf besonders geachtet werden sollte. Anticholinerg wirksame Medikamente sollten aufgrund des Risikos, Synkopen, Tachykardien oder sogar Delirien auszulösen, möglichst gemieden werden. In den letzten Jahren haben internationale Studien einen möglichen Zusammenhang zwischen einer Antipsychotikatherapie und einer erhöhten Mortalität aufgrund zerebrovaskulärer Ereignisse beim multimorbiden alten Patienten aufgezeigt.

In einer rezenten Fall-Kontroll-Analyse mit 22.944 Patienten über 70 Jahre wurde ein bis zu 60 Prozent erhöhtes Pneumonierisiko vor allem in der ersten Woche nach Beginn der Antipsychotikatherapie gezeigt. Die Ursache könnte eine mögliche Schluckschwäche und damit verbundene erhöhte Gefahr für eine Respirationspneumonie sein. Aber auch der Einsatz anderer Psychopharmaka, vor allem von Benzodiazepinen und Analoga, ist mit einem erhöhten Sturzrisiko und Synkopengefahr verbunden. Die Mortalität, besonders bei Risikopatienten, z.B. mit COPD, steigt um 15 Prozent.

Für eine verträgliche und erfolgreiche Arzneimitteltherapie im Alter müssen die einzelnen Wirkstoffe wegen ihrer im Zusammenspiel mit anderen Stoffen veränderten Halbwertszeiten, Interaktionen und Wirkintensitäten stets langsam und mit niedriger Dosis aufdosiert werden. Es gilt noch immer das Motto: „Start low and go slow!“

Wichtig ist auch die richtige Auswahl der Medikamente, da sich die einzelnen Vertreter einer Indikationsgruppe oft wesentlich hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen und ihres Wechselwirkungspotenzial unterscheiden. Eine rezente Metaanalyse zum Vergleich von Antipsychotika zeigte ihre unterschiedlichen pharmakologischen und kinetischen Wirkungen auf.

Wichtige Regeln für einen optimalen Therapieerfolg beim alten Patienten:

- Erstellung einer „Positivliste“ (Arzneimittel mit guter Verträglichkeit im Alter, in der Multimedikation)
- „Start low, go slow“
- Auswahl der optimalen Applikationsformen, angepasst an den körperlichen und geistigen Zustand des Patienten
- Regelmäßige Überwachung der Adhärenz
- Regelmäßiges Hinterfragen der Therapie (Gibt es noch eine Indikation? Profitiert der Patient wirklich davon?), „Weniger ist oft mehr“
- Erkennen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

7. Therapie der psychotischen Depression

Zur Behandlung der psychotischen Depression wird auch von der American Psychiatric Association (APA) eine Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika empfohlen, da bei ei-

ner derartigen Kombinationstherapie die höchste Evidenz für ein Therapieansprechen vorliegt. Erst nach Remission kann die antidepressive Therapie alleine fortgeführt werden. Einen Überblick über die wichtigsten neuen Antidepressiva in der Behandlung älterer Patienten und die Dosierungen finden Sie in Tabelle 4.

Tabelle 4

Dosierungen der wichtigsten neuen Antidepressiva im Alter

Substanz	Wirkmechanismus	Anfangsdosis (mg)	Tagesdosis (mg)
Citalopram	5HT	10–20	20–30
Escitalopram	5HT	5–10	10–20
Fluoxetin	5HT	10	20
Fluvoxamin	5HT	25–100	100–200
Paroxetin	5HT	10–20	20–30
Sertralin	5HT	25–50	50–100
Bupropion	NA/DA	37,5–75	75–300
Mianserin	α_2	30	30–90
Milnacipran	NA+/5HT+	25	100
Mirtazapin	$\alpha_2/5HT_2$	7,5–15	15–30
Moclobemid	RIMA	300	300–400
Duloxetin	NA+/5HT++	20	20–60
Trazodon	5HT ₂	100	300
Venlafaxin	NA+/5HT++	25–75	75–200

Quelle: Rainer nach Baldwin 2002

Darüber, wie lange die antipsychotische Therapie fortgeführt werden soll, gibt es keinen internationalen Konsens. Die meisten Kliniker reduzieren Antipsychotika nach etwa zwei Monaten. Kommt es zu einem frühzeitigen Wiederauftreten der psychotischen Symptomatik nach Depressionsremission, sollte eher an eine schizoaffektive Störung gedacht und eine Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Antipsychotika über einen längeren Zeitraum fortgeführt werden.

Da die Vermeidung eines Rezidivs eine besondere Herausforderung ist, wird eine prophylaktische Pharmakotherapie über mindestens sechs Monate empfohlen. Bei wiederholten Rückfällen von älteren Patienten wird eine Kombination von Antidepressiva mit Lithium empfohlen, wobei Lithium-Kontraindikationen, wie z.B. renale Insuffizienz, zu beachten sind.

Für viele Autoren gilt allerdings die Elektrokrampftherapie (EKT) als Therapie der ersten Wahl. Es gibt Studien von älteren psychotisch depressiven Patienten, die nicht auf Trizyklika angesprochen haben und sich danach unter EKT deutlich verbessert zeigten. Die EKT im Alter ist ebenso sicher wie die Antidepressivatherapie.

Trotzdem kann es zu Nebenwirkungen wie Verwirrtheitszuständen und Gedächtnisstörungen kommen, vor allem bei Patienten, die eine hohe Komorbidität und kognitive Störungen aufweisen.

Die wichtigsten EKT-Indikationen im Alter (Rainer nach Wattis 2006)

- Depression mit Nonresponse auf Antidepressiva
- Depression mit früherem Response auf EKT und Nonresponse auf Antidepressiva
- Depression mit psychotischen Symptomen
- Depression mit schwerer Agitation
- Depression mit depressivem Stupor
- Depression mit hohem Suizidrisiko
- Psychotische Symptome mit Nonresponse auf Antipsychotika
- Schizoaffektive Störung mit Nonresponse
- Depression mit Demenz und Nonresponse auf Antidepressiva

Über die Behandlung mit SSRI (Selektive Serotonin Reuptake Inhibitor) kann wenig ausgesagt werden, da in den meisten Studien mit älteren Patienten diejenigen mit psychotischer Symptomatik exkludiert wurden.

8. Behandlung der bipolaren Störungen im Alter

Die Behandlung der bipolaren Störungen beim alten Menschen (Late-onset) ist nach einer genauen Abklärung, ob medizinische oder neurologische Ursachen zugrunde liegen, ähnlich der Therapie des jüngeren Patienten. Allerdings sollte die Dosierung altersgemäß niedriger gewählt werden. Es gilt, zwischen Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rückfallsprophylaxe zu unterscheiden.

Zur Behandlung der akuten Manie werden vorrangig atypische Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer wie Valproat, Lithium oder Lamotrigin eingesetzt. Die Wirksamkeit von Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon sind in kontrollierten Studien nachgewiesen worden. Auch Lithium und Valproat wirken gut antimanisch, wobei Valproat bei Rapid-cycling besonders wirksam zu sein scheint.

Allerdings hat sich die Kombination von Lithium oder Valproat mit einem atypischen Antipsychotikum im Vergleich zur Monotherapie als wirksamer erwiesen. Zur Vermeidung von Manien oder Hypomanien werden Lithium oder atypische Antipsychotika eingesetzt. Bei depressiven Episoden wird neben Lithium vorwiegend Lamotrigin empfohlen. Moderne Antidepressiva sind bei schweren Depressionen Mittel der Wahl.

9. Einsatz von Antipsychotika beim älteren Patienten

Die Zielsymptomatik einer antipsychotischen Medikation beim älteren Patienten sind das produktiv-psychotische Erleben und die konsekutiven Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von organischen oder auch nicht organischen Erkrankungen (siehe Tabelle 5).

Bei der Verabreichung von Antipsychotika sind veränderte Pharmakodynamik und Pharmakokinetik beim älteren Pati-

enten (verminderte kardiale, hepatische und renale Funktion) mit entsprechender Nebenwirkungsrate zu beachten. Daher ist die Gabe von atypischen Antipsychotika mit verbessertem Wirkungs-, und Nebenwirkungsprofil indiziert, wobei im Gegensatz zum jüngeren Erwachsenen eine um 30 bis 50 Prozent reduzierte Dosis verabreicht wird. Grundsätzlich sollte auch hier der Leitsatz „Start low, go slow“ beachtet werden.

In einer rezenten Studie hat sich auch langwirksames Risperidon zur Injektion (Risperidon LAI) bei älteren Schizophrenie-Patienten als wirksam zur Erreichung des Status der Remission erwiesen. Die Verträglichkeit war sehr gut, die Adherence-Raten haben sich verbessert.

Abschließend ist zu bemerken, dass die Fehldiagnose bzw. Nichtbehandlung einer Psychose im höheren Lebensalter zu sozialer und wirtschaftlicher Belastung für die Betroffenen und Angehörigen führen kann. Zusätzlich ist die Lebensqualität der Patienten massiv beeinträchtigt, soziale Isolation und erhöhtes Suizidrisiko sind die entsprechenden Folgewirkungen. ■

Literatur/Referenzen finden Sie auf www.medizin-akademie.at

Fallbericht:

Eine 82-jährige Frau wird ins Spital eingeliefert. Diagnose: Schenkelhalsbruch.

Die noch sehr rüstige Dame ist plötzlich zu Hause synkopiert und gestürzt. Schon seit Tagen klagte sie über Schwindel, Kraftlosigkeit und Müdigkeit. Die Aufnahmeblute zeigen eine chronische Niereninsuffizienz mit eGFR von 27ml/min. Sie ist bradykard mit 45 Schlägen/min.

Vor fünf Tagen hatte sie zu ihrer bestehenden Medikation aus Nebivolol 5mg, Acetylsalicylsäure 100mg, Ramipril 5mg, Simvastatin 20mg, Kalzium und Vitamin D und Risperidon 1mg Paroxetin 20mg dazu verordnet bekommen.

Die neu angesetzte Paroxetintherapie könnte zu einer Akkumulierung des Risperidons und des aktiven Metaboliten geführt haben. Bei der bestehenden Niereninsuffizienz war die Ausscheidung dieser Substanzen ebenfalls verzögert. In Kombination mit Nebivolol, das durch Paroxetin auch am Abbau gehemmt wird und dadurch eine längere Wirkdauer aufweisen kann, steigt die Gefahr für Orthostase, Blutdruckabfall und Bradykardie. Durch die Wahl eines anderen Antidepressivums mit geringerem Interaktionspotenzial und durch entsprechende Dosisanpassung der Psychopharmaka an die reduzierte Nierenfunktion hätte die Hüftfraktur vielleicht verhindert werden können.

Tabelle 5

Antipsychotika der neuen Generation mit ihren besonderen Einsatzmöglichkeiten bei Psychosen im höheren Lebensalter

	Rezeptor	Dosis/Erw.	Dosis>65	Besondere Einsatzmöglichkeiten beim älteren Patienten
Aripiprazol	D2, 5HT _{1A}	10–30mg	7,5–15mg	Schizophrenie, bipolare Störungen
Amisulpirid	D2, D3-Block	+: 400–800mg -: 50–300mg	50–400mg	Primäre Negativsymptomatik
Clozapin	5HT ₂ , H ₁ , M ₁ -M ₂ , α-Block	12,5–300mg	6,5–75mg	Therapieresistente Psychosen (Morbus Parkinson), Schizophrenie
Olanzapin	5HT ₂ , H ₁ , M ₁ -M ₂ , α-Block	5–20mg	1,25–5mg	Rückfallsprophylaxe, bipolare Depression, Schizophrenie
Quetiapin	5HT ₂ , D2-Block 5HT ₁ -Agonist	150–1200mg	12,5–200mg	Psychose bei Morbus Parkinson L-Dopa-induzierte Psychosen, bipolare Depression
Risperidon	5HT ₂ , α-Block	4–6mg	0,25–2mg	BPSD bei Demenz, bei akuten und chronischen schizophrenen Psychosen
Ziprasidon	5HT ₂ -Block 5HT ₁ -Agonist	80–160mg	40–80mg	Schizophrenie, bipolare Manie

Lilly



■ **Impressum** Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 0753211 Verlags- und Redaktionsadresse: Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at Geschäftsführung: Thomas Zembacher Für den Inhalt verantwortlich: Mag. Martina Anditsch, Prim. Univ.-Doz. Dr. Peter Fasching, Prim. Dr. Georg Psota, Prim. Dr. Andreas Walter Vorsitz: Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer (Karl Landsteiner Institut für Gedächtnis- und Alzheimerforschung) Projektverantwortung: Claudia Lorbeer, Mag. Andrea Budin Lektorat: Eva Posch Art Direction: Karl J. Kuba Layout und DTP: Johannes Spandl Druck: Friedrich VDV, 4020 Linz Auflage: 10.000. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung von Eli Lilly, Janssen-Cilag und Lundbeck