

Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen

Grundbedingungen

● Multimorbidität

Psychisch kranke Ältere leiden häufig auch an körperlichen Gesundheitsstörungen. Körperliche und psychische Erkrankungen beeinflussen sich wechselseitig ungünstig. Auch können die Erkrankungen speziell des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislaufsystems Einfluss auf die Mobilität des Erkrankten nehmen und damit die Selbstversorgung, die Inanspruchnahme von Hilfe und den Aufrechterhalt sozialer Kontakte erheblich beeinträchtigen.

Die Multimorbidität der Erkrankten erfordert daher die Multiprofessionalität der Behandler. Die therapeutischen Maßnahmen sollten biologische, psychologische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigen. Die *Kombination* verschiedener Maßnahmen in einer jeweils individuellen „Mixtur“ wirkt in der Regel besser als jede einzelne Maßnahme allein.

Zugleich können aber häufig nicht alle gesundheitlichen Störungen eines älteren Menschen auf einmal behandelt werden. Anderenfalls droht, insbesondere in der Pharmakotherapie, eine Polypharmazie mit gefährlichen Nebenwirkungen und unerwünschten Interaktionen. Dementsprechend sollte immer eine *Rangordnung* erstellt werden, welche gesundheitlichen Störungen vorrangig zu behandeln sind.

Auch ist ein *pathogenetisch orientiertes Vorgehen* erforderlich. So erfordert eine reaktiv-depressive Verstimmung in der Regel psychosoziale Maßnahmen. Eine derartige Verstimmung kann wiederum auch dadurch abklingen, dass eine erfolgreiche internistische Behandlung einer körperlichen Begleiterkrankung Schmerzen beseitigt und Mobilität wieder herstellt. Manche halluzinatorischen und paranoiden Syndrome oder ein Delir wiederum klingen durch das Weglassen von Medikamenten ab. Unruhe und andere psychische Begleitsymptome Demenzkranker sind häufig durch ungünstige räumliche Unterbringung und inadäquate Betreuung bedingt. Hier sind Korrekturen im Milieu und in der Einstellung der Bezugspersonen erfolgreicher als pharmakotherapeutische Maßnahmen.

● Immobilität und Vereinsamung

Gerade bei Älteren wirken Immobilität sowie soziale Isolierung und Vereinsamung zusätzlich auf das Krankheitsgeschehen ein. Hilfesysteme für ältere psychisch Kranke sollten daher grundsätzlich wohnortnah angesiedelt und aufsuchend organisiert sein.

● Krankengeschichte und Lebensgeschichte

Die Lebensgeschichte spielt bei psychischen Störungen auch im Alter eine wichtige Rolle. Dies gilt nicht nur für psychogene Erkrankungen, die auch im Alter erfolgreich (psychotherapeutisch) behandelt werden können. Es gilt auch für hirnorganische Erkrankungen wie Demenzen, wo manche Aspekte der Symptomatik und bestimmte Verhaltensweisen erst vor dem Hintergrund der Biographie verständlich werden. Dabei spielen traumatisierende Erlebnisse eine besondere Rolle, wie sie etwa im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg massenhaft vorgekommen sind. Die vollständige Anamnese muss deshalb auch gezielt zeitgeschichtliche Aspekte

berücksichtigen, die sich in individuellen Lebensschicksalen niedergeschlagen haben: wir müssen in der Gerontopsychiatrie historisch denken.

● **Atypisches Krankheitsbild**

Psychische Erkrankungen im Alter zeigen häufiger ein atypisches Bild. Sie nehmen häufiger einen chronischen Verlauf - u.U. auch, da sie nicht rechtzeitig erkannt und wirksam behandelt wurden. Die professionellen Helfer speziell in der Primärversorgung, also insbesondere Hausarzt und ambulante Pflegedienste, sollten daher im Erkennen psychischer Krankheiten im Alter noch besser geschult werden. Einer Chronifizierung, die für Ältere häufig gleichbedeutend mit Heimeinweisung ist, sollte durch rechtzeitiges Erkennen, kompetentes therapeutisches Vorgehen und frühzeitige Rehabilitation begegnet werden.

Einzelne therapeutische Maßnahmen - ein Überblick

Tabelle 1 (leicht überarbeitet nach Wächtler 1996) fasst geeignete therapeutische Maßnahmen bei gerontopsychiatrischen Patienten zusammen.

Tabelle 1 Therapeutische Maßnahmen bei gerontopsychiatrischen Patienten

-
- *Das verstehende und stützende Gespräch* (das wenn möglich Angehörige einbezieht)
 - Behandlung mit *Psychopharmaka* (Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer, „mood stabilizer“).
 - *Pharmakotherapie kognitiver Störungen* mit Substanzen, die bei Hirnleistungsstörungen bzw. Demenzen im Alter die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern (Antidementiva).
 - *Psychotherapie* - auch im Alter möglich und nötig.
 - *Milieuthérapie*, d.h. Schaffung eines „therapeutischen Milieus“ durch Anpassung der räumlichen Umgebung und durch eine spezielle Haltung der Beziehungspersonen.
 - Bei beginnenden dementiellen Erkrankungen ein ergänzendes *kognitives Training*.
 - *Körperliche Bewegung* und die *Behandlung körperlicher Begleiterkrankungen*.
 - Ergänzende Behandlung mit *Ergotherapie, Musiktherapie, Lichttherapie* oder dem *Erzählen von Märchen, u.a.*
-

● **Therapeutische Grundhaltung und Gespräch**

Das verstehende Gespräch sollte von Interesse und realistischem Optimismus getragen sein und die Selbstachtung und die Selbstbestimmung des Patienten wahren. Häufig ist es bei älteren psychisch Kranken angezeigt, die Beziehungspersonen einzubeziehen. Mit Ausnahme von akuten Behandlungssituationen sollte das Ziel sein: *Gespräch vor Medikament*.

● **Psychopharmakotherapie**

Immer sollte geprüft werden, *ob eine Pharmakotherapie überhaupt erforderlich ist*. Grundsätzlich wird bei Älteren und speziell bei Frauen die Indikation für eine Pharmakotherapie noch zu häufig gestellt. Zu problematisieren ist dabei insbesondere die Verordnung von Benzodiazepinen. Die Verordnungshäufigkeit von Benzodiazepinen lässt sich nicht allein mit der im Alter leicht erhöhten psychiatrischen Morbidität erklären.

Sofern nach kritischer Prüfung die Indikation für eine Pharmakotherapie bejaht wird, ist vor allem zu bedenken, dass die therapeutische Breite bei älteren Menschen enger ist und Nebenwirkungen häufiger auftreten. Dies ist u.a. Folge davon, dass Arzneistofftransport und -verteilung erschwert sind und dass Stoffwechsel und Elimination verzögert erfolgen. Daher empfiehlt sich ein „*schonendes*“ Vorgehen (Tabelle 2).

Tabelle 2 Grundregeln der „schonenden Pharmakotherapie“ (aus Wächtler 1996)

- Einschleichend und möglichst niedrig dosieren („start-low“).
 - Vorsichtige Dosiserhöhungen („go-slow“).
 - Dosis kurzfristig und regelmäßig überprüfen, Weiterbehandlung mit der niedrigst möglichen Dosis („minimale effektive Dosis“).
 - Therapiepausen und Absetzversuche.
 - Möglichst nebenwirkungsarme Medikamente wählen.
 - Tabletten, Tropfen oder Saft bevorzugen: Sie werden von Älteren besser geschluckt und im Verdauungstrakt besser transportiert als Kapseln.
-

Antidepressiva zeigen bei Depressionen im höheren Lebensalter eine in etwa gleich große Erfolgsrate wie bei Jüngeren. Sie sollten sowohl bei primären depressiven Störungen als auch bei Depressionen im Rahmen von Demenzerkrankungen eingesetzt werden. Antidepressiva können unter Umständen aber auch bei Verhaltensstörungen Demenzkranker und im Zusammenhang mit Angst- und Zwangsstörungen erforderlich sein. Antidepressiva mit nachgewiesener Wirksamkeit, günstigem Nebenwirkungsprofil und gering ausgeprägten Medikamenteninteraktionen sollten bevorzugt werden. Hierzu gehören insbesondere

die neueren Antidepressiva wie reversible Monoaminoxidasehemmer (z.B. Moclobemid), die Serotonin-Wiederaufnahmememmer (z.B. Citalopram, Sertralin) sowie der Serotonin- und Nordrenalin-Wiederaufnahmememmer Venlafaxin, aber auch das noradrenerg und serotonerg wirkende Mirtazapin, sowie das Dosulepin. Ältere Präparate wie Trazodon und Mianserin können hilfreich sein. Unter Umständen, speziell bei Therapieresistenz und unter entsprechend kontrollierter Anwendung, können auch trizyklische Antidepressiva unumgänglich sein. Hier wäre das weniger anticholinerg wirkende Nortriptylin zu bevorzugen.

Neuroleptika sind bei psychotischen Symptomen und Unruhezuständen, unter Umständen auch bei Schlafstörungen, Aggressionen und Angstsymptomen indiziert. Berücksichtigt werden sollte, dass Neuroleptika gerade tagsüber unerwünscht sedieren, kognitive Störungen verstärken und Gangunsicherheit hervorrufen können. Zudem sind Frühdyskinesien, Parkinsonoid und Spätdyskinesien gerade bei älteren Menschen und speziell bei jenen mit vorbestehender Hirnschädigung auch bei Niedrigdosis zu befürchten. Aufgrund des prinzipiell bei allen Neuroleptika bestehenden Risikos für zerebrovaskuläre Ereignisse sind die Indikation sehr sorgfältig zu prüfen und bereits bestehende vaskuläre Risikofaktoren zu erheben. Deshalb sind sofern möglich niederpotente Neuroleptika wie Melperon oder Pipamperon oder neuere Substanzen wie Risperidon oder Quetiapin zu bevorzugen und in möglichst niedriger Dosis über einen kürzest möglichen Zeitraum zu verordnen. Auch sollte die Verordnung von Depotpräparaten nur mit großer Zurückhaltung erfolgen. Zweifellos ist weiterhin - aus Gründen der Wirksamkeit, der Bekanntheit, der guten Steuerbarkeit und auch der Kosten - Haloperidol bei primär psychotischen Erkrankungen häufig nicht entbehrlich. Selten ist aber bei gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern eine höhere Dosierung als 4 mg/d Äquivalent Haloperidol (oder Risperidon) erforderlich.

Tranquilizer (speziell Benzodiazepine) sind die Psychopharmaka, die über 65jährigen in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten verordnet werden. Sie sind häufig entbehrlich, wenn statt dessen Gespräch bzw. psychosoziale Maßnahmen eingeleitet werden. Falls, z.B. bei ausgeprägter Angst oder bei Unverträglichkeit alternativer pharmakologischer Strategien, Benzodiazepine unumgänglich sind, dann sollten sie nur kurzzeitig verordnet und niedrig dosiert werden. Präparate mit günstigem Abbauweg und mit kurzer Halbwertszeit (z.B. Lorazepam oder Oxazepam oder Temazepam) sollten bevorzugt werden. Als Alternative bei Angststörungen bietet sich Buspiron an. Benzodiazepine können besonders bei älteren psychisch Kranken eine unerwünschte Sedierung bis hin zu einer Verstärkung kognitiver Störungen hervorrufen. Auch kann die Gangunsicherheit herabgesetzt werden und paradoxe Wirkungen können auftreten. Schließlich sind auch bei älteren Menschen Gewöhnung und Abhängigkeit zu befürchten. Bei bereits eingetretener Abhängigkeit, auch bei einer „low dose Abhängigkeit“, ist Entzugsbehandlung mit fraktionierter Dosiserniedrigung, in der Regel unter stationären Bedingungen, empfehlenswert.

● Pharmakotherapie kognitiver Störungen

Antidementiva sind Substanzen, die bei Hirnleistungsstörungen bzw. Demenz im Alter die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Da ihre globale Wirksamkeit begrenzt ist, sollten die Erwartungen beim Behandler und beim Patienten nicht zu hoch gesetzt werden. Realistisches Ziel scheint eine einjährige „Stabilisierung“. Antidementiva haben bisher ihre Wirksamkeit nur bei leichten bis mittelschweren Demenzen unter Beweis gestellt. Nootropika sollten mit einer der vom BGA oder

Nachfolgeinstitutionen empfohlenen Substanzen erfolgen. Derzeit (Stand 1998; weitere Informationen siehe unter: Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen, Stand 2004) sind für die o.g. Indikation 9 Substanzen in der Bundesrepublik zugelassen: Co-dergocrin, Gingko biloba, Nicergolin, Nimodipin, Piracetam und Pyritinol sowie, speziell zur Behandlung der Alzheimerkrankheit, Donepezil, Galantamin und Rivastigmin. Die Behandlung sollte, sofern nicht Nebenwirkungen zum Absetzen zwingen, mindestens 3 Monate dauern. Erst dann lassen sich Erfolg oder Misserfolg einer solchen Behandlung erkennen. Der Behandlungserfolg sollte kontrolliert beurteilt werden (durch kombinierte Anwendung von Arzturteil, Angehörigenbeobachtung und einem standardisierten Messverfahren, z.B. Mini-Mental-Status-Test). Ggf. ist das Antidementivum zu wechseln. Eine Kombination verschiedener Antidementiva könnte sinnvoll sein, wurde bisher aber durch entsprechende Studien nicht ausreichend belegt. Eine Kombination mit kognitivem Training und körperlicher Bewegung ist anzuraten. Auf weitere somatische Therapieverfahren, wie Schlafentzug und Elektrokonvulsionstherapie soll hier nur hingewiesen werden. Auf die einschlägige Literatur wird verwiesen.

● Psychotherapie

Psychotherapie ist auch im Alter wirksam. Bei der Psychotherapie sind Besonderheiten in der Therapeut-Patient-Beziehung (junger Therapeut - alter Patient) sowie Probleme des Hörens und des kognitiven Verstehens zu berücksichtigen. Bewährt haben sich vor allem Therapieansätze nach einem tiefenpsychologischen Verstehensmodell sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien. Neuere Entwicklungen bestehen im VEDIA-Programm und in der IPT-LL im verhaltenstherapeutischen Bereich. Psychotherapie wird bisher in der Bundesrepublik von zu wenigen Psychotherapeuten angeboten.

● Milieutherapie

Unter „Milieutherapie“ verstehen wir die Gesamtheit an umweltbezogenen Maßnahmen, die darauf abzielen, Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern und pathologisches Verhalten zu minimieren. Milieutherapeutische Ansätze sind insbesondere für Demenzkranke erforderlich, die in Institutionen leben. Erfahrungswissen ist (dies wurde in mehreren empirischen Studien gestützt), dass Demenzkranke innerhalb eines therapeutischen Milieus weniger psychische Symptome zeigen und einen höheren Grad an Lebenszufriedenheit aufweisen. Milieutherapeutische Maßnahmen setzen sich dabei zusammen aus Hilfestellungen bei der Orientierung, einer überschaubaren Tagesstruktur, der Förderung durch sinnvolle Betätigung und einer speziellen Haltung der Mitarbeiter, die sich als Bezugspersonen anbieten. - Modifikationen einer therapeutischen Milieugestaltung ergeben sich bei depressiven älteren Menschen und bei paranoiden Patienten.

● Kognitives Training

Darunter verstehen wir eine Reihe von Techniken, die alle zum Ziel haben, die Gedächtnisfunktionen oder andere kognitive Leistungen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu fördern. Während „Hirnjogging“ nur gesunden älteren Menschen hilft, profitieren Patienten insbesondere mit beginnenden dementiellen Erkrankungen von „Umgehungstechniken“, z.B. der Vermittlung von Merktzetteln und Notizbüchern, oder von „gemischten Programmen“, die Gedächtnisübungen mit sozialem Kontakt, Spaß und körperlicher Bewegung verbinden.

● **Behandlung körperlicher Erkrankungen und körperliche Bewegung**

Viele psychisch Kranke ältere Menschen leiden gleichzeitig unter körperlichen Erkrankungen. Insbesondere bei Demenzkranken werden diese zuweilen übersehen, da der Patient nicht über seine Erkrankung klagt. Die Behandlung körperlicher Begleiterkrankungen und auch körperliche Bewegung und eine geeignete Ernährung sind aber für das Wohlbefinden älterer psychisch kranker Menschen von großer Bedeutung.

● **Weitere Behandlungsmaßnahmen**

Weitere Maßnahmen, die zur Genesung psychisch kranker älterer Menschen beitragen können, sind Ergotherapie, Musiktherapie, Lichttherapie (Therapie mit sehr hellem Licht, einsetzbar sowohl bei saisonalen Depressionen als auch bei Unruhezuständen und Schlafstörungen Demenzkranker; der Betroffene wird über mehrere Stunden täglich vor ein entsprechendes Gerät gesetzt) oder das Erzählen von Märchen.

Ausblick

Die ärztliche und pflegerische Betreuung und Behandlung psychisch kranker älterer Menschen ist derzeit in der Bundesrepublik noch nicht befriedigend. Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in die Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten einbezogenen Berufsgruppen sollten optimiert werden. Auch sollten wir unser Augenmerk darauf richten, dass angesichts aktueller ökonomischer Engpässe und der demographischen Entwicklung psychisch kranke Ältere auch in Zukunft in den medizinischen Fortschritt eingebunden bleiben.