

Die Psyche des alten Menschen – Implikationen für die Notfallmedizin*

The psyche of the elderly – implications for emergency medical services

F.-G. Pajonk

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
(Direktor: Prof. Dr. D. Naber)

Zusammenfassung: Die demographische Entwicklung hat zu einem deutlichen Anstieg der Zahl von Menschen in höherem Lebensalter geführt. Damit einhergehend, haben sich spezifische psychiatrische Störungen des alten Menschen ausgebildet. In der Notfallmedizin muß bei alten Menschen fast immer mit einer Kombination aus multiplen somatischen und psychischen Symptomen gerechnet werden, unabhängig davon, welche Art des Notfalls vorliegt. Multimorbidität und Polypharmakotherapie bestimmen die Einsatzrealität. Psychiatrische Störungen sind oft an der Entstehung oder Exazerbation bestehender somatischer Erkrankungen beteiligt. Somatische Erkrankungen rufen ihrerseits mit zunehmendem Lebensalter vermehrt psychische Symptome hervor, die nicht selten erst bewirken, daß der Patient einer Behandlung zugeführt wird. In diesem Beitrag wird eine kurze, systematische Zusammenfassung über die Epidemiologie psychischer Störungen im Senium, den Zusammenhang zwischen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen und deren Diagnostik und Therapie gegeben.

Einleitung

Die notfallmedizinische Versorgung älterer Menschen erfordert die Berücksichtigung einiger Besonderheiten. Ein wesentlicher Unterschied ist die hohe Rate an komorbid somatischen und psychischen Störungen, die sich zum Teil gegenseitig auslösen oder zumindest beeinflussen können, und der hohe Anteil an Polypharmakotherapie. Hinter einem Einsatz, der zunächst als psychiatrischer Notfall imponiert, verbirgt sich nicht selten eine somatische Genese. Andererseits führen psychische Störungen zu einer erhöhten somatischen Morbidität. Dementsprechend müssen Diagnostik und Therapie bei älteren Menschen somatische und psychische bzw. psychiatrische Aspekte berücksichtigen.

Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen älterer Menschen im Notarzt- und Rettungsdienst oder in Notaufnahmen existieren bislang kaum. Dementsprechend sind auch nur wenige konkrete Daten zu diesem Thema verfügbar. In diesem Beitrag soll eine Übersicht über die Epidemiologie psychiatrischer Störungen im Senium und die Interaktionen von somatischen und psychiatrischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung einer Notfallsituation

gegeben werden. Hierzu werden Schlußfolgerungen gezogen, die sich aus den Leitlinien und Erfahrungen im Umgang mit psychiatrischen Notfällen und aus der Gerontopsychiatrie ergeben. Die Komplexität des Themas erlaubt jedoch in vielen Fällen nur eine schlaglichtartige Beleuchtung. Zur Vertiefung muß auf die weiterführende Literatur verwiesen werden.

Diagnostisches Vorgehen

Die Diagnostik sowohl psychischer wie auch somatischer Störungen beim älteren Menschen erfordert mehr Zeit. Einzelne Elemente der Diagnostik müssen besonders gewichtet werden. In der Anamnese ist es wesentlich, sich einen Überblick über psychiatrische und somatische Vorerkrankungen zu verschaffen. Die detaillierte Kenntnis über alle eingenommenen Medikamente ist unbedingt notwendig. Darüber hinaus muß ein Überblick über die Lebensumstände des Patienten gewonnen werden. Auslöser akuter Exazerbationen sowohl psychiatrischer wie somatischer Erkrankungen sind nicht selten darauf zurückzuführen, daß Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr bewältigt werden können bzw. Unterstützung durch Familie oder soziales Umfeld entfallen sind.

Die Fremdanamnese gibt oft ergiebigere Informationen als die Eigenanamnese. Ältere Menschen können z.B. aufgrund kognitiver Defizite nicht in der Lage sein, alle relevanten Informationen mitzuteilen bzw. wesentliche von unwesentlichen Informationen zu trennen. Aus Scham werden Wahn- oder Suizidgedanken oft nicht mitgeteilt und individuelle Defizite verschwiegen. Bei mißtrauischen Patienten läßt sich manchmal gar keine Eigenanamnese erheben. In diesen Fällen wird auch eine körperliche Untersuchung nur schwer möglich sein.

Die Art der Gesprächsführung und Untersuchung muß sich den Verständnismöglichkeiten des Patienten anpassen. Diese beinhalten nicht nur die intellektuellen oder kognitiven Fähigkeiten, sondern hängen auch von der aktuellen Situation des Patienten ab. Ein Kriterium zur Beurteilung, ob ein Patient seine Situation adäquat einschätzen kann, ist, inwieweit er in der Lage ist, eigene Defizite wahrzunehmen. Darüber hinaus ist

* Nach einem Vortrag auf dem 2. Südwestdeutschen Notfallsymposium, 19. - 20.10.2001 in Kaiserslautern

Die Psyche des alten Menschen

die Beobachtung von Verhalten, Mimik und Gestik älterer Menschen oft ergiebig, da diese oft den wahren Gemütszustand widerspiegeln. Andererseits muß die Tendenz zur Bagatellisierung und Abwehr von Beschwerden beachtet werden.

Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen im Senium

Die Veränderungen in der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung haben zu einem Anstieg sowohl der absoluten Anzahl wie auch des relativen Anteils älterer Menschen geführt. Seit 1910 hat sich die Anzahl der über 65jährigen vervierfacht und der über 80jährigen mehr als verzehnfacht (4). Bei älteren Menschen überwiegt das weibliche Geschlecht, wobei der Anteil von Frauen mit zunehmendem Alter weiter zunimmt. Ursächlich für diese Veränderungen der Altersstruktur ist der Rückgang der Sterblichkeit in allen Altersstufen und die daraus resultierende steigende Lebenserwartung. Da dieser Prozeß sich weiter fortsetzt, gehen selbst konservative Schätzungen von einem Anstieg der Anzahl der über 65jährigen um 3 Millionen auf über 15 Millionen bis zum Jahr 2020 aus (7). Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß Krankheitshäufigkeit, Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Einrichtungen und Dienste stark altersabhängig sind, haben diese Entwicklungen erhebliche Auswirkungen auf die Planung medizinischer Versorgung und die Strukturen im Gesundheitssystem.

Ein Viertel bis ein Drittel aller über 65jährigen leidet an einer psychischen Störung (3, 16). Der Anteil schwerer, klar therapiebedürftiger psychiatrischer Erkrankungen beläuft sich auf ca. 6 - 10%. Den größten Anteil stellen dabei dementielle Erkrankungen (bis zu 70%) (3, 16). Nach diversen Studien ist der Anteil psychiatrischer Erkrankungen allerdings niedriger als in der Gruppe der 45 - 64jährigen. Zwischen beiden Gruppen existieren jedoch erhebliche diagnostische Verschiebungen. Das Morbiditätsrisiko – die Wahrscheinlichkeit für das Entwickeln einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines Zeit- oder Lebensabschnitts – für psychiatrische Erkrankungen liegt bis zum Alter von 60 Jahren bei ca. 35% und steigt bis zum Alter von 80 Jahren auf ca. 70% an. Ab dem 75. Lebensjahr sind dementielle Erkrankungen die dominierenden psychiatrischen Erkrankungen.

Demenzen

Die Prävalenzrate für Demenzen liegt bei den über 65jährigen insgesamt bei ca. 6%. Sie steigt mit dem Alter exponentiell an. Nach übereinstimmenden Studien verdoppelt sich die Rate alle 5 - 6 Jahre; bei den über 90jährigen liegt sie bei bis zu 40% (Abb. 1) (2, 11, 13, 19, 20). Klinisch relevante Demenzen finden sich bei Altenheimbewohnern in bis zu 30%, bei Pflegeheimbewohnern in bis zu 50% (3). Obwohl es keine konkreten Statistiken gibt und die Zahlen regional stark schwanken, ist davon auszugehen, daß der Anteil

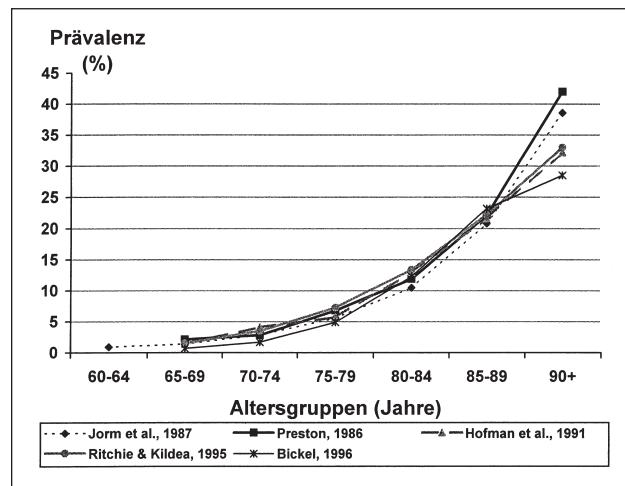


Abbildung 1: Altersbezogene Prävalenzraten für mittelschwere und schwere Demenzen (modifiziert nach Bickel, 1997).

der Demenzen vom Alzheimer-Typ in Deutschland bei ca. 60% aller Demenzen liegt, bei ca. 30% handelt es sich um vaskuläre und vaskulär-degenerative und bei ca. 10% um Demenzen anderer Genese (25). Bei den Todesursachen der über 75jährigen sind Demenzen zu 25-30% unmittelbar oder mittelbar beteiligt (3). Häufige Todesursachen sind Pneumonien, kardiovaskuläre und cerebrovaskuläre Erkrankungen. Je schwerer die Demenz ist, desto wahrscheinlicher versterben die Patienten aufgrund der dementiellen Erkrankung selbst, vor allem bei der Demenz vom Alzheimer-Typ (15).

Depressionen

Es liegen eine Vielzahl von Feldstudien zur Häufigkeit von Depressionen im höheren Lebensalter vor (Übersicht bei (3)). Die Ergebnisse schwanken in Abhängigkeit von der verwendeten Methodik. Bei Fragebogenuntersuchungen fanden sich depressive Symptome in ca. 20% aller über 65jährigen. Bei Anlage klinischer Kriterien liegen klinisch relevante depressive Störungen bei ca. 10% aller älteren Menschen vor. Die Häufigkeit schwerer Depressionen wird mit ca. 1,5 - 3,5% angegeben. Damit scheint die Prävalenz nicht höher zu sein als in anderen Altersgruppen. Die Inzidenz nimmt wohl mit fortschreitendem Alter eher ab (29). Als Risikofaktoren für das Entwickeln einer Depression im höheren Lebensalter wurden weibliches Geschlecht, Alleinstehen und Einsamkeit, beginnende dementielle Prozesse, akute körperliche Erkrankungen sowie schlechte ökonomische Verhältnisse benannt (10).

Psychotische Störungen

Schizophrene Erkrankungen treten im höheren Lebensalter nur selten neu auf. Vorbestehende Schizophrenien oder schizoaffektive Störungen zeichnen sich üblicherweise durch einen Rückgang psychotischer Symptome mit dem Übergang ins Senium aus. In dieser Altersgruppe dominiert bei schizophrenen Patienten oft eine Negativsymptomatik mit demenzähnlichen Symptomen (daher der frühere Name der

Notfallmedizin

Schizophrenie: Dementia praecox). Dagegen finden sich gehäuft neu auftretende paranoide Entwicklungen. Bei ca. 8% aller älteren Menschen fand sich mindestens ein wahnhaftes oder halluzinatorisches Symptom (5). Bei ca. 4% lag ein Verfolgungswahn vor. Bekannt ist auch der Wahn älterer Menschen, bestohlen worden zu sein. Faktoren, die eine paranoide Entwicklung begünstigen, sind sensorische und kognitive Defizite sowie depressive Störungen.

Mißbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch beim älteren Menschen wird oft unterschätzt. Dabei spielt nicht nur die Selbstmedikation mit Hausmitteln wie z.B. Klosterfrau Melissengeist eine Rolle. Studien zur Prävalenz gehen von mindestens 0,5 - 2% aus, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Mit fort schreitendem Lebensalter kommt es nicht nur zu sinkenden Prävalenzraten aufgrund nachlassenden Alkoholkonsums und des hohen Mortalitätsrisikos von Alkoholkranken (1). Es ist auch von einem Rückgang der Neuerkrankungsrate auszugehen. Die Einjahresinzidenzen werden für Männer mit bis zu 1,2%, für Frauen mit bis zu 0,3% angegeben (8). Demgegenüber berichten kasuistische Berichte aus Notaufnahmen von einer Häufigkeit von ca. 10%, in denen ältere Menschen mit einem Intoxikations- oder Entzugs syndrom zur Aufnahme kommen. Die häufigsten Ursache dürfte der missbräuchliche Einsatz von Beruhigungs- und Schlafmitteln darstellen (9).

Angst- und Zwangserkrankungen

Die Symptomatik von bereits bestehenden Angst- und Zwangserkrankungen ist mit zunehmendem Lebensalter in der Regel rückläufig. Die Neuerkrankungsrate im Senium tendiert gegen null. Sollten Angsterkrankungen neu auftreten, handelt es sich oft um organbezogene Phobien (z.B. Herzphobien). Ängstliche Symptome sind dagegen im Rahmen organischer Erkrankungen durchaus häufig. Dabei liegen meist diffuse psychische Ängste vor, die sich als "Vitalangst" (stark körperlich erlebte Angst) äußern. Auch das Neuauf treten von Anpassungsstörungen ist nicht selten. Diese können beispielsweise durch Einschränkungen oder Verlust körperlicher Funktionsfähigkeit (z.B. nach Herzinfarkt oder Schlaganfall), aber auch nach Verlassen der gewohnten Umgebung, z.B. durch einen Umzug in ein Seniorenwohnheim, ausgelöst werden (30).

Suizidalität

Die genaue Häufigkeit von Suizidversuchen und Suiziden ist nicht sicher anzugeben, da eine unbekannte Dunkelziffer vorliegt. Gerade bei älteren Menschen muß damit gerechnet werden, daß Suizide mittels Medikamentenintoxikation fälschlicherweise als plötzlicher Herzschlag diagnostiziert und damit unentdeckt bleiben. Verlässliche Daten existieren nur aus wissenschaftlich untersuchten Erfassungsgebieten (22). Epidemiologisch bestehen erhebliche Unterschiede zwischen Suiziden und Suizidversuchen beim alten Menschen. Während Suizidversuche ihren Gipfel im

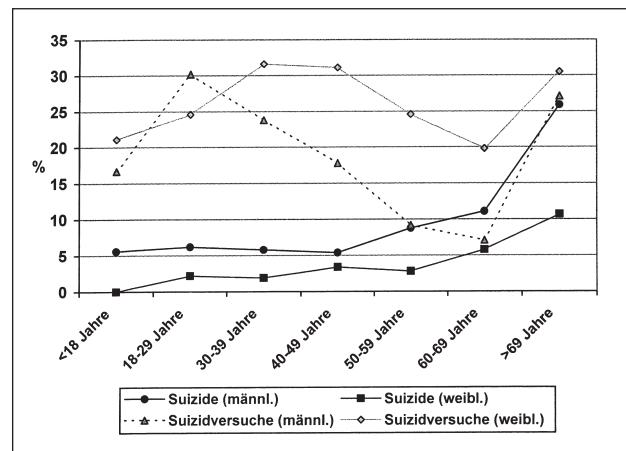


Abbildung 2: Suizide und Suizidversuche im Notarztdienst der Stadt Hamburg in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter, bezogen auf die Anzahl der Einsätze in dieser Altersgruppe in v.H.

eher jüngeren Lebensalter haben und mit zunehmendem Alter abnehmen, steigt die Rate an Suiziden mit zunehmendem Lebensalter an. Männer verüben in allen Altersgruppen mehr Suizide als Frauen. In der Gruppe der über 85jährigen Männer findet sich die höchste Rate mit > 100 auf 100.000 Einwohner. Der seit Mitte der 80er Jahre beobachtete allgemeine Rückgang der Suizidzahlen hat sich in der Gruppe der älteren Menschen nicht durchgesetzt; geschlechtsspezifisch haben sich die Raten bei einzelnen Altersgruppen (z.B. 75 - 80jährige Männer, 80 - 85jährige Frauen und Männer, über 85jährige Männer) sogar erhöht. Darüber hinaus nimmt mit zunehmendem Alter auch die Zahl der mit harten Methoden (z.B. Erhängen, Ertrinken) durchgeführten Suizide sowohl bei Frauen wie bei Männern zu. Diese Zahlen werden auch durch eigene Ergebnisse aus notfallmedizinischen Untersuchungen gestützt. Bei der Auswertung der Notarztprotokolle der Stadt Hamburg fand sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg der Suizide als Einsatzursache im höheren Lebensalter. Zusätzlich zeigte sich auch ein zweiter Gipfel für Suizidversuche (Abb. 2) (17).

Bezüglich der möglichen Ursachen, die einem Suizid bei älteren Menschen zugrunde liegen, zeigte sich, daß nur in sehr seltenen Fällen eine Demenz zuvor vorgelegen hatte. Auch die Rate von Suizidversuchen ist bei dementen Patienten gering und wird mit 0 - 27%, am häufigsten mit 2 - 12% angegeben (23). Dagegen sind Depression, Alkoholabusus und auch unabhängig das Alter als Risikofaktoren bei älteren Menschen bekannt (27).

Somatische Störungen und Auswirkungen auf die Psyche

Somatische Erkrankungen im höheren Lebensalter sind vor allem durch die folgenden Faktoren ursächlich gekennzeichnet:

Die Psyche des alten Menschen

1. Arteriosklerotische Veränderungen mit resultierenden Funktionseinbußen in allen betroffenen Organsystemen
2. Einschränkung der Funktionsreserven aller Organsysteme
3. Reduzierter intrazellulärer, interzellulärer und intravasaler Flüssigkeitsgehalt (isotone, hypotone und hypertone Dehydratation, Exsikkose).

Die Kombination dieser drei für das höhere Lebensalter charakteristischen Veränderungen kann rasch dazu führen, daß ein lokal begrenzter Krankheitsprozeß sich systemisch ausbreitet bzw. eine eigentlich harmlose Erkrankung lebensbedrohlich wird. Von diesen Veränderungen ist auch das Gehirn nicht ausgenommen. Die cerebralen Funktionen speziell älterer Menschen reagieren sensibel auf die Veränderungen der Homöostase. Eine solche Veränderung kann eine Vielzahl unterschiedlicher neurologischer und/oder psychiatrischer Symptome als unspezifische Antwort auf eine cerebrale oder extracerebrale Erkrankung hervorrufen. Die Kombination vielfältiger somatischer und neuro-psychiatrischer Symptome können sich zudem gegenseitig verstärken und führen zu dem für ältere Menschen typischen "atypischen" Krankheitsbild (9).

Ausgangspunkt für eine solche Kaskade von Funktionsstörungen kann beispielsweise das verminderte Durstempfinden älterer Menschen mit der Folge einer Dehydratation sein (24). Wenn sich auf diesem Boden ein banaler Infekt (z.B. ein Harnwegsinfekt) bei allgemein anerer Immunitätslage entwickelt, wird ein Arzt, der im Notdienst gerufen wird, in der Regel bereits einen stark verlangsamten und verwirrten Patienten vorfinden. Vor Ort ist eine Diagnosestellung kaum möglich, im Krankenhaus stellt sich nicht selten eine Sepsis mit Multiorganversagen dar. Störungen des Flüssigkeitshaushalts mit allen resultierenden Komplikationen weisen eine Mortalität von 16 - 42% auf (28).

Psychiatrische Notfälle beim alten Menschen

Auf diesem Hintergrund wird ersichtlich, daß in der akuten Notfallsituation eine nosologische Zuordnung der Störungsbilder oft nicht möglich ist. Die Behandlung muß zunächst symptomatisch erfolgen. Dementsprechend werden die häufigsten psychiatrischen Notfälle bei alten Menschen im Folgenden syndromorientiert kurz zusammengefaßt vorgestellt. Es muß bedacht werden, daß nicht nur somatische Erkrankungen psychiatrische Störungen, sondern auch psychiatrische Störungen somatische Erkrankungen auslösen oder verschlimmern können, z.B. durch Malnutrition und -hydratation, Non-Compliance bei der Einnahme verordneter Medikamente oder Nichtbeachtung somatischer Symptome.

Erregungszustand

Erregungszustände sind gekennzeichnet durch eine

Erhöhung von Antrieb und Psychomotorik, die bis zu Enthemmung und Kontrollverlust führen können. In der Regel besteht zudem eine ausgeprägte innere Unruhe. Die Stimmungslage kann das ganze Spektrum von ängstlich-depressiv bis euphorisch-ekstatisch umfassen. Eine besondere Gefahr von Erregungszuständen röhrt aus dem potentiell fremd- und eigengefährdenden Verhalten.

Bei älteren Menschen sind Erregungszustände oft Folge einer organischen Erkrankung, z.B. eines dementiellen Prozesses. Die Rate an Erregungszuständen mit Aggressivität wird beispielsweise bei Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ auf bis zu 60%, mindestens aber 20% geschätzt (26). Als Folge cerebraler Alterung können sich auch organische Persönlichkeitsstörungen ausbilden, die durch affektive Labilität, Reizbarkeit und mitunter Explosivität gekennzeichnet sind. Erregungszustände können auch im Rahmen eines Delirs auftreten oder Folge von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (z.B. paradoxe Reaktion auf Benzodiazepine) oder Intoxikationen sein. Als genuin psychiatrische Krankheitsbilder, die Erregungszustände auch beim älteren Menschen hervorrufen können, müssen Psychosen mit wahnhaftem Erleben, agitierte Depressionen, Manien und psychogene bzw. reaktive Erregungszustände genannt werden. Wegen der potentiellen Gefährdung für sich oder andere müssen Patienten mit Erregungszuständen genau überwacht werden. Eine unmittelbare Diagnostik und Therapie ist wegen der möglichen organischen Ursache unumgänglich und muß notfalls auch gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden.

Bewußtseinsstörungen

Es müssen quantitative und qualitative Bewußtseinsstörungen unterschieden werden. Quantitative Bewußtseinsstörungen sind durch Vigilanzminderungen (Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma) gekennzeichnet. In diesen Fällen ist eine sofortige neurologisch-internistische Diagnostik erforderlich. Differentialdiagnostisch muß eine Intoxikation oder eine Übersedierung bedacht werden.

Die wichtigsten qualitativen Bewußtseinsstörungen sind der Verwirrtheitszustand und das Delir. Diese können nicht immer klar voneinander abgegrenzt werden und müssen als unterschiedliche Ausprägungsgrade organischer Psychosen betrachtet werden. Während der Verwirrtheitszustand mit einer primär psychiatrischen Symptomatik imponiert, treten beim Delir noch die typischen somatischen Symptome hinzu (18). Auslöser für qualitative Bewußtseinsstörungen können eine Vielzahl von allgemein somatischen (extracerebralen) und cerebralen Erkrankungen sowie Intoxikationen und Entzugserscheinungen sein. Gerade beim älteren Menschen kann die Exposition von Medikamenten oder anderen exogenen Substanzen bereits in niedrigen und von einem gesunden Organismus üblicherweise problemlos vertragenen Mengen Verwirrtheitszustände oder Delirien auslösen. Als Baseline-Vulnerabilitätsfaktoren werden Risiko-konstellationen des Patienten bezeichnet, die die Ent-

Tabelle 1: Beispiele für typische Ursachen eines Delirs beim älteren Menschen.

| Vulnerabilitätsfaktoren | Körperliche Erkrankungen |
|-------------------------------|---|
| - Multimorbidität | - Kardiale Erkrankungen mit begleitender zerebraler Minderperfusion (z.B. Infarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) |
| - (Banale) Infekte | - Zerebrale Störungen (z.B. hypertensive Encephalopathie, Blutungen, Infarkte, Infektionen, Traumata) |
| - Exsikkose | - Leber- oder Niereninsuffizienz |
| - Dehydratation, Malnutrition | - Endokrine und Stoffwechselstörungen |
| - Immobilität | - Vitaminmangelzustände |
| - Sensorische Defizite | - Entgleisungen des Wasser- und Elektrolythaushalts |
| Präzipitationsfaktoren | - Intoxikationen |
| - (Poly-)Pharmakotherapie | - Entzugssyndrome bei Abhängigkeit von Alkohol oder Beruhigungsmitteln |
| - Operative Eingriffe | |
| - Fixierungen | |
| - Rasche Umgebungswechsel | |

stehung eines Delirs begünstigen. Hierzu zählen u.a. Multimorbidität, banale Infekte mit und ohne Fieber, Malnutrition oder Exsikkose. Als sogenannte Präzipitationsfaktoren – erworbene Risiken im Rahmen einer medizinischen Versorgung – gelten Polypharmakotherapie, Katheterisierung, diagnostische Eingriffe und Operationen, Fixierungen und Personalwechsel (28). Eine Übersicht über typische Ursachen eines Delirs beim älteren Menschen findet sich in Tabelle 1.

Ein Delir kann in einer agitiert-erregten und in einer hypokinetisch-somnolenten Form auftreten. Diese letztere Form ist deutlich gefährlicher, da sie oft übersehen und unterschätzt wird. Da ein Delir unbehandelt eine hohe Mortalität aufweist, ist eine rasche Diagnostik und Therapie dringend notwendig, die vor allem auf die Stabilisierung der Vitalfunktionen und die Wiederherstellung der Homöostase zielt. Ein Verwirrtheitszustand sollte bis zum Ausschluß als Delir behandelt werden. Auch behandelt ist die Mortalität bei älteren Menschen noch hoch und wird mit ca. 35% angegeben (12, 21).

Stupor

Im Stupor ist die Fähigkeit zur Kommunikation eingeschränkt bis aufgehoben. Die Patienten zeigen kaum oder keine Reaktionen auf Ansprache oder Handlung. Im Extremfall sind sie völlig regungslos und unfähig, sich selbst mit Nahrung oder Flüssigkeit zu versorgen bzw. auch die einfachsten Verrichtungen körperlicher Hygiene aufrechtzuerhalten. Es liegt jedoch keine Bewußtseinsstörung vor, der Patient ist in der Lage, gezielt unerwünschte Maßnahmen abzuwehren. Die häufigste Ursache für einen Stupor im höheren Lebensalter ist eine Depression, typischerweise mit wahnhafter Symptomatik. Andere psychische Ursachen eines Stupors (z.B. im Rahmen einer Katatonie oder einer histrionischen Störung) sind im Senium

sehr selten. Differentialdiagnostisch müssen vor allem neurologische Krankheitsbilder (z.B. off-Phänomene beim M. Parkinson, nicht konvulsive epileptische Anfälle) oder akinetische Zustände unter hochdosierter Neuroleptikatherapie ausgeschlossen werden.

Pharmakogene Störungen

Pharmaka können nicht nur bei Intoxikationen, sondern bereits nach einmaliger Anwendung in üblicher therapeutischer Dosierung zu psychiatrischen Symptomen und Notfällen führen. Neben Psychopharmaka im eigentlichen Sinne (z.B. Neuroleptika, Antidepressiva, Benzodiazepine, Antiepileptika) sind über 500 Substanzen bekannt, die potentiell psychiatrische Störungen auslösen können (6). Hierzu zählen u.a. Antihypertensiva (z.B. Reserpin), Antibiotika (z.B. Gyrasehemmer, Penicillin, Mefloquin), Antihistaminika und Hormonpräparate (z.B. Kortison, Thyroxin). Diese Pharmaka können alle denkbaren psychischen Symptome und Störungen, z.B. Psychosen, Depressionen, Manien oder Verwirrtheitszustände hervorrufen. Menschen in höherem Lebensalter unterliegen einem besonders hohen Risiko, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu entwickeln.

Andererseits sind Pharmaka in der Lage, eine Vielzahl von somatischen Funktionsstörungen auszulösen, die ihrerseits wieder Auswirkungen auf neuropsychische Funktionen haben. Neuroleptika können beispielsweise ein Malignes Neuroleptisches Syndrom, serotonerge Substanzen (z.B. Antidepressiva) ein Serotonin-Syndrom hervorrufen. Beide Störungen können lebensbedrohlich sein und einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen. Eine Vielzahl von Substanzen, besonders aber Psychopharmaka, können eine Verlängerung des QTc-Intervalls bewirken und damit bedrohliche Herzrhythmusstörungen (z.B. Torsade de pointes) auslösen. Einige Neuroleptika und Antidepressiva weisen eine α 1-adrenolytische Aktivität

auf, die Blutdruckabfälle und damit besonders beim alten Menschen Synkopen und Stürze herbeiführen können. Eine weitere Folge α_1 -adrenolytischer Aktivität kann die Entstehung eines Priapismus sein. Unter Benzodiazepinen kommt es bei älteren Menschen mit respiratorischer Partial- oder Globalinsuffizienz auch bei oraler Gabe nicht selten zu einer Dekompensation mit Hyperkapnie. Zusätzlich können Schlafapnoen verstärkt werden. Unter tricyklischen Psychopharmaka (z.B. niederpotente Neuroleptika, Antidepressiva) mit anticholinriger Wirksamkeit können sich u.a. Darmatonien mit Subileussymptomatik, ein Harnverhalt bei Prostatahypertrophie oder ein Glaukomfall entwickeln. Außerdem verschlechtern anticholinerg wirksame Pharmaka die Vigilanz und Koordination und können damit ebenfalls eine erhöhte Sturzneigung hervorrufen. Stürze können auch Folge von Krampfanfällen sein, da besonders niederpotente Neuroleptika und Antidepressiva die Krampfschwelle erniedrigen können. Schließlich belasten eine Vielzahl von Pharmaka die Leber- und Nierenfunktion. Daraus können akute oder chronische Dekompensationen auf dem Boden bestehender Vorschädigungen oder altersbedingter Funktionsstörungen resultieren, die ihrerseits wieder Folgen für andere Organsysteme des Körpers, besonders aber auch die cerebrale Funktion der Patienten haben können.

Therapie geronto-psychiatrischer Störungen

Auch mit alten Menschen muß grundsätzlich ein Gespräch geführt werden. Dieses erfordert häufig mehr Zeit und Geduld, da kognitive und sensorische Störungen (z.B. Schwerhörigkeit) das Gespräch erschweren. Dennoch ist ein Gespräch essentiell, da gerade bei älteren Menschen eine psychische Symptomatik drastisch exazerbieren kann, wenn sie in eine ungewohnte, nicht vertraute Situation oder Umgebung geraten und sie sich beruhigen, wenn ihnen durch sachliche, wenn notwendig wiederholte Informationen Möglichkeiten zur Orientierung gegeben werden. Auch ein Erregungszustand kann unter Umständen durch eine gesprächstherapeutische Intervention aktualisiert werden. Mit einem stuporösen Patienten muß genauso umgegangen werden wie mit anderen Patienten, da sie trotz fehlender Reagibilität voll aufnahmefähig sind.

Grundsätzlich sollten alle allgemeinmedizinischen Maßnahmen zur Stabilisierung von Vitalfunktionen, zur Wiederlangung der Homöostase und zur Prophylaxe von Folgeschäden unverzüglich durchgeführt werden (z.B. Korrektur pathologischer Vitalparameter, Sicherstellung von Flüssigkeitszufuhr und Ernährung, nach Möglichkeit mit Bilanzierung, Antibiose bei Infekten, Thromboseprophylaxe, Lagerung und Mobilisation). Nicht selten lassen sich durch einfache, symptomatische Interventionen (z.B. Rehydratation, Verabreichung von Glukose bei Hypoglykämie)

rasch Remissionen akuter psychiatrischer Störungen herbeiführen.

Bei einer notwendigen medikamentösen Behandlung, die typischerweise mittels Neuroleptika oder Benzodiazepinen durchgeführt wird, müssen generell Nebenwirkungen, vor allem Veränderungen von Blutdruck und Puls sowie Motorik und Koordination, beachtet werden. Zentral wirksame Pharmaka erhöhen die Sturzgefahr besonders älterer Menschen und können damit zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen.

In der medikamentösen Behandlung von Erregungszuständen sollten Neuroleptika den Vorzug vor Benzodiazepinen erhalten. Zum Einsatz können sowohl hochpotente (z.B. Haloperidol) wie auch mittel- oder niederpotente Neuroleptika (z.B. Levomepromazin) kommen. Hochpotente Neuroleptika wirken zuverlässig bei Erregungszuständen im Rahmen psychotischer Störungen, beim Delir und bei Intoxikationen. Zu beachten ist das Risiko einer Entwicklung extrapyramidalmotorischer Störungen und tardiver Dyskinesien, das beim alten Menschen deutlich erhöht ist. Mittlerweile sind jedoch neuere, sogenannte atypische Neuroleptika wie Risperidon und Olanzapin auf dem Markt, die als Tabletten, Tropfen, schnell auflösendes Plättchen mit Resorption über die Mundschleimhaut oder als i.m. applizierbare Injektion vorliegen. Diese atypischen Neuroleptika haben ihre Wirksamkeit auch in der Gerontopsychiatrie belegt; Risperidon ist für die Indikation chronische Aggressivität und psychotische Symptome bei Demenz in Deutschland zugelassen. Wesentliches Kennzeichen dieser atypischen Neuroleptika ist die deutlich niedrigere Anzahl extrapyramidalmotorischer Störungen und tardiver Dyskinesien (14). Der Wirkungseintritt muß – bei gleicher Applikationsform – als mit dem des Haloperidol vergleichbar angesehen werden.

Niederpotente Neuroleptika (z.B. Levomepromazin, Promethazin) sedieren stärker, unter Umständen können die zum Teil stark ausgeprägten anticholinergen Eigenschaften positiv genutzt werden. Dennoch müssen gerade ältere Menschen wegen der genannten zentral anticholinergen und der α_1 -adrenolytischen Wirksamkeit niederpotenter Neuroleptika sorgfältig monitoriert werden.

Sollte ein Benzodiazepin zur Therapie gewählt werden, sind Substanzen mit kurzer Halbwertszeit und fehlenden aktiven Metaboliten zu bevorzugen (z.B. Lorazepam, Midazolam). Eine Leber- und/oder Niereninsuffizienz kann die Wirksamkeit erheblich verlängern. Als psychische Nebenwirkungen sind vor allem paradoxe Reaktionen zu beachten. Eine intravenöse Gabe sollte nur mit großer Vorsicht durchgeführt werden. Die Gefahr einer Atemdepression mit nachfolgender Hypoxie ist nicht nur beim Vorliegen einer respiratorischen Insuffizienz gegeben. Diese kann ihrerseits eine psychiatrische Symptomatik auslösen oder verstärken.

Liegt ein Zentrales Anticholinerges Syndrom (ZAS) vor, das die Symptome eines Delirs aufweisen kann, sind niederpotente Neuroleptika aus oben genannten Gründen kontraindiziert. In diesem Fall muß der Ein-

satz von Physostigmin erwogen und die Vorteile einer zuverlässigen Wirksamkeit gegen die Nachteile potentiell gravierender Nebenwirkungen abgewogen werden. Beim Alkoholentzugsdelir ist Clomethiazol auch im höheren Lebensalter Mittel der ersten Wahl, wobei die Dosis angepaßt werden sollte. Alternativ kann hier die Kombination eines hochpotenten Neuroleptikums mit einem Benzodiazepin erwogen werden. Im Fall eines Delirs nach Benzodiazepinentzug sollte ein Benzodiazepin zunächst erneut angesetzt und später langsam ausschleichend wieder abgesetzt werden. Beim Stupor sind Benzodiazepine wie Lorazepam das Mittel der Wahl in der Notfalltherapie. Andere Verfahren zur Behandlung eines Stupors müssen in Abhängigkeit von der bestehenden Grunderkrankung erwogen werden.

Fazit

Der psychische Zustand älterer Menschen beeinflußt maßgeblich die somatische Morbidität und Mortalität. Andererseits treten psychische Veränderungen als Folge somatischer Erkrankungen auf und können deren Diagnostik und Therapie erschweren. Diese enge Verknüpfung von Psychiatrie und somatischer Medizin muß angesichts der unverändert anhaltenden demographischen Entwicklung als Aufforderung verstanden werden, stärker als bisher an einem adäquaten und integrierten Versorgungsmodell zu arbeiten, das alle typischen Bedürfnisse in der Versorgung älterer Menschen einschließt.

Summary: The demographical trend has led to a substantial increase in people of higher age. In relation to this, specific disturbances in the elderly have arisen. In the emergency medical care of elderly people, a combination of various somatic and psychiatric symptoms has to be expected which seem unrelated to the underlying disorder. The clinical reality is determined by multimorbidity and polypharmacotherapy. Psychiatric disorders often trigger the development or the exacerbation of already existing physical disorders. On the other hand, as one gets older, physical illnesses cause increasingly psychological and psychiatric symptoms. Frequently only these symptoms initiate the admission to a health care institution or medical doctor. This article aims to give a brief and systematic overview on the epidemiology of psychiatric disturbances in elderly patients, the relationship between psychiatric and somatic disorders, their diagnosis and treatment.

Key-words:
Emergency medicine;
Geriatric psychiatry;
Dementia;
Delirium.

Literatur

1. Adams WL, Garry PJ, Rhyne R, et al.: Alcohol intake in the healthy elderly. Changes with age in a cross-sectional and longitudinal study. *J Amer Geriat Soc* 38 (1990) 211-216
2. Bickel H: Pflegebedürftigkeit im Alter. Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen* 58 (1996) 56-62
3. Bickel H: Grundlagen des normalen und pathologischen Alters-Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. in: Förstl H (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Enke Verlag Stuttgart (1997), 1. Auflage. 1-15
4. Bickel H: Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 62 (2000) 211-218
5. Blazer D, George LK, Hughes D: Schizophrenic symptoms in an elderly community population. in: Brody JA, Maddox GL (Hrsg.): Epidemiology and aging. An international perspective. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York (1988), 134-149
6. Bullinger M: Psychotropic effects of non-psychotropic drugs. *Adverse Drug Reactions & Acute Poisoning Reviews* 6 (1987) 141-167
7. Dinkel RH: Demographische Alterung: Ein Überblick unter besonderer Berücksichtigung der Mortalitätsentwicklungen. in: Baltes PB, Mittelstraß J (Hrsg.): Zukunft des Alters und gesellschaftliche Entwicklung. deGruyter Berlin (1992), 62-93
8. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, et al.: The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH epidemiologic catchment area program. *Acta Psychiatr Scand* 79 (1989) 163-178
9. Füsgen I: Notfälle in der Geriatrie. *Notfallmedizin* 27 (2001) 285
10. Green BH, Copeland JRM, Dewey ME, et al.: Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 86 (1992) 213-217
11. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, et al.: The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 20 (1991) 736-748
12. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S: Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q J Med* 83 (1992) 307-314
13. Jorm AF, Korten AE, Henderson AE: The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 76 (1987) 465-479
14. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, et al.: Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 60 (1999) 107-115
15. Kukull WA, Brenner DE, Speck CE, et al.: Causes of death associated with Alzheimer's disease: variation by level of cognitive impairment before death. *J Amer Geriat Soc* 42 (1994) 723-726
16. Olafsdottir M, Marcusson J, Skoog I: Mental disorders among elderly people in primary care: the Linkoping study. *Acta Psychiatr Scand* 104 (2001) 12-18
17. Pajonk FG, Grinberg K, Moecke H, Naber D: Suicides and suicide attempts in emergency medicine. Crisis; submitted for publication:
18. Pajonk FG, Poloczek S, Schmitt TK: Der psychiatrische Notfall - Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. *Notfall & Rettungsmedizin* 3 (2000) 363-370
19. Preston GAN: Dementia in elderly adults: prevalence and institutionalization. *J Gerontol* 41 (1986) 261-267
20. Ritchie K, Kildea D: Is senile dementia "age-related" or "ageing-related"? - Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the old. *Lancet* 346 (1995) 931-934

Die Psyche des alten Menschen

21. Sandberg O, Gustafson Y, Brannstrom B, Bucht G: Prevalence of dementia, delirium, and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly. *Scand J Soc Med* 26 (1998) 56-62
22. Schmidtke A, Weinacker B: Suizidalität in der Bundesrepublik Deutschland und den einzelnen Bundesländern: Situation und Trends. *Suizidprophylaxe* 1 (1994) 4-16
23. Schneider B, Maurer K, Frölich L: Demenz und Suizid. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69 (2001) 164-169
24. Stachenfels NS, DiPietro L, Nadel ER, Mack GW: Mechanism of attenuated thirst in aging: role of central volume receptors. *Am J Physiol* 272 (1997) R148-R157
25. Suh GH, Shah A: A review of the epidemiological transition in dementia - cross-national comparisons of the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiatr Scand* 104 (2001) 4-11
26. Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM: Physical aggression and associated factors in probable Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 10 (1996) 82-85
27. Vogel R, Wolfersdorf M: Zum Verhältnis zwischen Suizid und psychischer Erkrankung im höheren Lebensalter. *Zeitschr für Gerontologie* 22 (1989) 242-246
28. Weinrebe W, Gräf-Gruß R, Welz-Barth A, Füsgen I: Dehydratation und Delir. *Notfallmedizin* 27 (2001) 314-318
29. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, et al.: Affective disorders in five United States communities. *Psychol Med* 18 (1988) 141-153
30. Wolf R: Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. in: Berger M, Stieglitz RD (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Schwarzenberg München (1999), 908-940.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Frank-Gerald Pajonk
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg.



Warum Sana-Herzzentrum Cottbus? - Weil Mitarbeiter und Patienten in unserer täglichen Arbeit im Vordergrund stehen -

Das Sana-Herzzentrum Cottbus ist ein Haus in privater Trägerschaft im Sana-Kliniken-Verbund. Der Sana-Klinik-Verbund ist Betreiber von 24 Kliniken, 22 Alten- und Pflegeheime in Gesamtdeutschland und hat von 34 Kliniken das Management übernommen.

Das Sana-Herzzentrum Cottbus ist ein moderner Neubau, der 1998 fertiggestellt wurde, mit den Kliniken der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Anästhesiologie, Intensivmedizin sowie Kardiologie. Wir verfügen über 75 Betten. Es werden jährlich 1500 herzchirurgische Eingriffe mit und ohne extra - korporaler Zirkulation durchgeführt und 2200 Herzkatheterinterventionen. Die chirurgischen Eingriffe umfassen angeborene und erworbene Herzerkrankungen im Erwachsenenalter sowie gefäßchirurgische Eingriffe. Das Sana-Herzzentrum Cottbus ist anerkannte Weiterbildungsstätte im Land Brandenburg.

Für die Klinik Anästhesiologie und Intensivmedizin suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Fachärzte / Oberärzte (m/w) Assistenzärzte in Weiterbildung (m/w)

Wir bieten ein hohes Maß an Gestaltungsspielraum und Eigenverantwortung mit sehr guten Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung. Wir legen Wert auf offene, unbürokratische Kommunikation und eine kollegiale Arbeitsatmosphäre. Wir bieten die Perspektive der Job-Rotation zur umfassenden fachärztlichen Weiterbildung extern im Sana-Kliniken-Verbund. Ihre Arbeit wird mit überdurchschnittlichen Konditionen und Zusatzleistungen eines modernen, leistungsstarken Unternehmens mit einem attraktiven Vergütungstarif honoriert.

Gern sind wir Ihnen bei der Wohnungssuche behilflich.

Sie sind interessiert? Dann senden Sie Ihre aussagekräftigen Unterlagen mit Angabe Ihrer Verfügbarkeit an:

Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH
Chefarzt Dr. med. H.-J. Knörig
Leipziger Straße 50, 03048 Cottbus
per Email: knörig@hz-cottbus.de
Tel.: 0355/4801006