

# Wahnsymptome im Alter

## Auch an Demenz denken!

**Wahnsymptome können auch im höheren Alter auftreten und unterschiedliche Ursachen haben. Die Betroffenen sind von ihren Wahnhaltungen überzeugt und weisen daher oft eine Behandlung energisch zurück. Der Hausarzt sollte behutsam vorgehen, um das Vertrauen der Patienten nicht zu gefährden. Diagnose und weiteres Vorgehen werden im Folgenden mit einem Fallbeispiel erläutert.**

Von Tillmann Supprian

Eine 75-jährige Patientin kommt in Begleitung ihres Ehemanns in die Sprechstunde. Sie berichtet zunächst nicht selbst über ihre Beschwerden. Stattdessen schildert der Ehemann verschiedene Vorkommnisse in den vergangenen Wochen, die ihm bei seiner Frau auffielen. Vor allem abends entwickelt sie nach seinen Angaben eine auffällige Unruhe. Sie geht dabei immer wieder zur Haustür, um zu kontrollieren, ob diese wirklich verschlossen ist. Sie zieht die Vorhänge im ganzen Haus zu, weil sie befürchtet, man könne sie beobachten. Sie hat Angst, das Haus zu verlassen, weil sie glaubt, andere Menschen plant, sie «abzuholen». Wen sie damit genau meint, kann der Ehemann nicht in Erfahrung bringen. Sie sprechen deshalb nur von «denen da».

Seine Frau sei auch schreckhafter geworden, berichtet er. Neulich, als der Postbote an der Haustür stand und Briefe in den Kasten warf, war sie ganz aufgeregt, versuchte sich im Haus zu verstecken und weinte plötzlich heftig. Er kann nicht verstehen, wovor sie eigentlich Angst hat. Vor ein paar Tagen weckte sie ihn nachts, weil sie Einbrecher im Haus vermutete. Da in der Nachbarschaft tatsächlich vor Kurzem eingebrochen worden war, beunruhigte ihn das natürlich. Gemeinsam mit seinem Sohn durchsuchte er Haus und Garten, fand aber nichts Auffälliges. Seine Frau hatte sich den Einbrecher offenbar nur eingebildet. Die Patientin selbst berichtet, dass da wirklich «böse Menschen» im Haus gewesen seien.

Psychopathologischer Befund: Die Patientin ist wach, bewusstseinsklar und wirkt im Kontakt affektiv gedrückt, zeitweise auch ängstlich. Auf Fragen antwortet sie oft ausweichend. Im Gespräch ist sie überwiegend ratlos, wendet sich hilfeschend an den Ehemann. Im inhaltlichen Denken imponiert ein Beobachtungs- und Beeinträchtigungswahn. Das formale Denken erscheint noch ausreichend geordnet, aber eingengt auf die Idee, beobachtet zu werden. Es besteht eine deutliche Wahnstimmung bei nur mässiger Wahndynamik. Der Antrieb ist reduziert.

In der weiteren Untersuchung fällt auf, dass die Patientin zeitlich unscharf orientiert ist, sie kann weder den Wochentag noch das Datum benennen. Als Monat gibt sie fälschlicherweise September statt Oktober an. Das Jahr nennt sie richtig. Die körperliche Untersuchung ergibt – bis auf eine leichte Adipositas und ein bekanntes Mitralvitium – keine wesentlichen pathologischen Befunde. Der Blutdruck ist mit 150/90 mmHg grenzwertig erhöht. Der Puls liegt bei 88/min. Die Labordiagnostik zeigt: Hämoglobin 11,5 g/dl (12–16 g/dl), Erythrozyten 3,93 pl (4,2–5,4 pl), C-reaktives Protein 6,9 mg/l (0,0–5,0 mg/l), Kreatinin 1,32 mg/dl (0,0–1,2 mg/dl), Harnstoff 50 mg/dl (21–43 mg/dl), Cholesterin 262 mg/dl (2–200 mg/dl). Alle anderen Werte sind unauffällig. Aufgrund der Wahnsymptomatik erfolgt die Überweisung an eine Psychiaterin. Diese diagnostiziert nach einer Computertomografie und einer neuropsychologischen Testung eine Demenz vom Alzheimer-Typ (ICD-10 F 00.1, G30.1).

### MERKSÄTZE

- ▶ Bei jeder Erstmanifestation einer Wahnerkrankung im höheren Lebensalter sollten mittels Bildgebung ein Hirntumor oder andere neu aufgetretene strukturelle oder entzündliche Läsionen des ZNS ausgeschlossen werden.
- ▶ Affektive Störungen, vor allem Depressionen, und andere Erkrankungen müssen ausgeschlossen werden.
- ▶ Wahnerkrankungen bei älteren Menschen sollten wie bei jüngeren Patienten neuroleptisch behandelt werden.

### Diagnostische Zuordnung von Wahnsymptomen

Wahnsymptome sind eigentlich ein typisches Merkmal schizophrener Psychosen. Man muss davon allerdings andere Erkrankungen abgrenzen, die ebenfalls mit einer Wahnsymptomatik einhergehen. Diese kann sich auch isoliert erstmals im höheren Lebensalter manifestieren und steht dann in den meisten Fällen nicht in Zusammenhang mit einer Schizophrenie.

Bei diesen Wahnerkrankungen fehlen formale Denkstörungen oder ausgeprägte Halluzinationen und meist auch eine sogenannte «Negativ-Symptomatik». In der ICD-10 wurde

Tabelle

**Beispiele unterschiedlicher Wahnformen im Alter****Grössenwahn**

Die Betroffenen sind der Ansicht, über aussergewöhnliche Fähigkeiten zu verfügen oder einen hohen sozialen Rang zu bekleiden («Kaiser» oder «Weltherrscher»).

**Liebeswahn**

Die Betroffenen wännen sich in einer Liebesbeziehung, die nicht real existiert. Manchmal wird eine Beziehung zu berühmten oder hochgestellten Persönlichkeiten behauptet.

**Eifersuchtswahn**

Die Betroffenen bezichtigen völlig zu Unrecht ihre (manchmal hochbetagten) Lebenspartner der Untreue.

**Schuldwahn**

Die Betroffenen sind der Meinung, schwere Schuld auf sich geladen zu haben, bezichtigen sich eines schweren Verbrechens, das sie aber nicht wirklich begangen haben.

**Verarmungswahn**

Dieser Wahn wird häufiger auch bei schweren Depressionen beobachtet und bezeichnet eine völlig falsche Beurteilung der eigenen Vermögenssituation.

**Hypochondrischer Wahn**

Die Betroffenen vermuten bei sich schwere und meist unheilbare Erkrankungen (z. B. Aids, Krebs, seltene Infektionserkrankungen), ohne dass es hierfür medizinische Befunde gäbe.

**Dermatozoenwahn**

Die Betroffenen sind der Überzeugung, von kleinen, unter der Haut lebenden Parasiten befallen zu sein, und finden hierfür «Beweise», die sich nicht objektivieren lassen.

für diese Störungsbilder die Gruppe der «anhaltenden wahnhaften Störungen» (F22) definiert, bei der die Wahnsymptomatik das auffälligste klinische Charakteristikum ist. Auch in der ICD-11 wird die Abgrenzung der «wahnhaften Störungen» von «Schizophrenien», «schizoaffektiven Störungen» sowie «akuten und vorübergehenden psychotischen Störungen» beibehalten. Dabei wird das Kernsyndrom darin gesehen, dass eine isolierte, wahnhafte Symptomatik mit einer Dauer von mindestens drei Monaten vorliegt. Andere Erkrankungen, insbesondere auch affektive Störungen (vor allem Depressionen), muss der Arzt dabei ausschliessen.

**Wahnsymptome bei organischen Störungen**

Eine dritte grosse Gruppe von Erkrankungen, bei denen man Wahnsymptome beobachtet, sind organische Störungen. Dabei sind die Ursachen für die Entstehung der Wahnsymptome sehr vielfältig. Es kann sich um primäre Erkrankungsprozesse des Gehirns handeln (z.B. Epilepsien, traumatische ZNS-Verletzungen, Folgen zerebrovaskulärer Ereignisse, entzündliche ZNS-Erkrankungen usw.) oder um systemische Erkrankungen (endokrine oder metabolische Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen), die – wie in dem oben beschriebenen Fall – sekundär zur Wahnsymptomatik führen. Eine Übersicht über die vielfältigen Ursachen organischer wahnhafter Störungen findet sich bei Keshavan & Kaneko (1).

Nimmt der Arzt eine körperliche Erkrankung als Ursache der Wahnsymptomatik an, sollte nach der ICD-10 eine «organische wahnhafte (schizophrenieforme) Störung» (F 0.62) kodiert werden. Auch neurodegenerative Erkrankungen, wie Alzheimer oder frontotemporale lobäre Degenerationen, können mit Wahnsymptomen einhergehen.

**Was ist ein Wahn?**

Eine einfache, allgemein akzeptierte und auch rechtlich verbindliche Definition von Wahn gibt es nicht. Beispiele unterschiedlicher Wahnformen sind in der Tabelle zusammengefasst. Peters definierte einen Wahn folgendermassen (2): «Objektiv falsche, aus krankhafter Ursache entstehende Überzeugung, die ohne entsprechende Anregung von aussen entsteht und trotz vernünftiger Gegengründe aufrechterhalten wird.»

**Bildgebung und Labor**

Bei vielen Menschen, die eine Wahnerkrankung entwickeln, lassen sich keine strukturellen Veränderungen des Gehirns finden, die als Ursache benannt werden könnten. Trotzdem gibt es Hirnerkrankungen, die eine Wahnsymptomatik verursachen können und die sich durch die Bildgebung darstellen lassen. Bei jeder Erstmanifestation einer Wahnerkrankung im höheren Lebensalter sollte man deshalb eine solche bildgebende Kontrolle (CT/MRT) vornehmen. Sie dient zum Ausschluss eines Hirntumors oder einer anderen, neu aufgetretenen strukturellen oder entzündlichen Läsion des ZNS. Darüber hinaus sollten mögliche endokrine und metabolische Störungen durch Labordiagnostik abgeklärt werden. Neben den Routineparametern (Blutbild, Nierenfunktionsparameter, Elektrolyte, Leberwerte, TSH, LDH, CK, CRP, Blutzucker, BSG, Gerinnungsstatus, Urinstatus) sollte man auch noch folgende differenzierte Zusatzuntersuchungen veranlassen: TPHA, Cortisol, Vitamin B<sub>1</sub> und B<sub>12</sub>, eventuell HIV (3). Finden sich Hinweise auf eine autoimmune Systemerkrankung, ist eine weitere Diagnostik notwendig, die sich hier aber nicht umfassend darstellen lässt.

**Therapeutischer Umgang mit dem Wahn**

Ältere Menschen mit einer Wahnerkrankung sind in ihren Vorstellungen oft sehr stark verfangen und weisen mitunter spezifische Hilfs- und Therapieangebote energisch zurück. Eine wesentliche Aufgabe des Hausarztes ist es daher, das Vertrauen der Betroffenen zu erhalten, damit die weitere Behandlungsbereitschaft nicht gefährdet wird. Er sollte sich nicht vehement gegen die Wahninhalte stellen und versuchen, die Patienten von der Unrichtigkeit ihrer Wahnideen zu überzeugen. Wesentliches Kennzeichen des Wahns ist die Unverrückbarkeit der Vorstellungen. Es sollte also keine Zeit und Energie darauf verwendet werden, die Wahnkranken durch Argumente von ihren Ideen abzubringen.

Das sogenannte Konzept der «doppelten Buchführung des Wahns» bietet hier eine mögliche Grundlage: Es wird das Wahnthema weitgehend unangetastet gelassen und dem Wahn nicht widersprochen. Vielmehr fokussiert man auf andere Lebensbereiche, in denen die Betroffenen bereit sind, Hilfsangebote anzunehmen.

Für den Hausarzt kann es also eine sinnvolle Strategie sein, sich von den Wahninhalten fernzuhalten und stattdessen ein

allgemeines unterstützendes Angebot zu unterbreiten: «Ich verstehe, dass Sie das alles sehr belastet. Dieser Stress tut Ihnen gesundheitlich sicherlich nicht gut. Aber wie kann ich Ihnen denn nun am besten helfen?» Für Menschen mit einem Wahn kann es sehr hilfreich sein, wenn der Hausarzt sich von der Wahnthematik unbeeindruckt zeigt und neutral verhält. Denkbar ist zum Beispiel, dass er auf die mit den wahnhaften Ängsten verbundenen Schlafstörungen eingeht und dann die Überweisung zum Facharzt einleitet.

### Medikamentöse Behandlung

Wahnerkrankungen bei älteren Menschen sollten wie bei jüngeren Patienten neuroleptisch behandelt werden. Beim Älteren ist die höhere Empfindlichkeit hinsichtlich unerwünschter Arzneimittelwirkungen zu beachten. Die Dosierung der Medikamente ist entsprechend der Fachinformation ans Lebensalter anzupassen. Man sollte mit einer möglichst niedrigen Dosis beginnen und diese langsam und schrittweise steigern (start low, go slow). Nach Möglichkeit sollte man mit einem atypischen Neuroleptikum starten (Risperidon 0,5–1 mg [Risperdal® und Generika], Quetiapin 25–100 mg [Seroquel® und Generika], Olanzapin 5–10 mg [Zyprexa® und Generika], Aripiprazol 5–15 mg [Abilify® und Generika]). Auf die Entwicklung von extrapyramidalen Nebenwirkungen sollte man besonders achten. Vor allem ältere Menschen können durch das sogenannte «Parkinsonoid» sturzgefährdet sein. Im Behandlungsverlauf sollte man auch Laborparameter und EKG kontrollieren.

### Fazit für die Praxis

Wahnsymptome können erstmals im höheren Lebensalter auftreten und für die Betroffenen, aber auch für Angehörige und das weitere Umfeld eine grosse Belastung sein. Für Hausärzte ist es wichtig, Wahnerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und nach Möglichkeit eine psychiatrische Weiterbehandlung einzuleiten. Dabei spielt die enge Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und gegebenenfalls mit gerontopsychiatrischen Fachabteilungen eine wichtige Rolle.

Ältere Menschen mit einer Wahnerkrankung sind in ihren Vorstellungen oft sehr stark verfangen und weisen mitunter Hilfsangebote energisch zurück. Eine wesentliche Aufgabe für Hausärzte ist es daher, das Vertrauen der Betroffenen zu gewinnen und einen Behandlungsabbruch zu verhindern (4). ▲

Prof. Dr. med. Tillmann Supprian  
 Chefarzt Gerontopsychiatrie  
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 LVR Klinikum Düsseldorf  
 Heinrich-Heine-Universität  
 Moorenstrasse 5  
 D-40225 Düsseldorf  
 E-Mail: tillmann.supprian@lvr.de

Interessenlage: Der Autor hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 9/2019. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

#### Literatur:

1. Keshavan MS, Kaneko Y: Secondary psychosis: an update. *World Psychiatry* 2013; 12(1): 4–15.
2. Peters UH: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. Urban & Schwarzenberg, München, 2. Auflage, 1977.
3. Wetterling T: Organische psychische Störungen. Steinkopff, Darmstadt, 2002.
4. Supprian T: Psychoserkrankungen im höheren Lebensalter. In: *Praxis-Handbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Klöppel S, Jessen F (Hrsg), Elsevier, München, 1. Aufl., 2018.