

Verhaltensstörungen bei Demenz

19. Symposium
der Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.
Rotes Rathaus am 26.10.2017

Prof. Dr. med. Torsten Kratz
Gerontopsychiatrie

Begriffsbestimmung

Kognitive Symptome Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen,
Visokonstruktion
Aphasie, Agnosie, Apraxie
Viso-Perzeption und Viso-Konstruktion

nichtkognitive Symptome **Aggressivität, Misstrauen, Unruhe**
Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung
Wahn und Halluzinationen, Angst
Depressivität, sozialer Rückzug
Apathie, Appetitverlust

Somatische Symptome Inkontinenz, Rigidität, Gangstörung
Primitivreflexe, Krampfanfälle
Schluckstörungen, Delir

aus Kurz (1998)

Biologische Ursachen

Medizinisch-somatische Ursachen nichtkognitiver Störungen bei Demenz

1. Aggressivität / Unruhe / Enthemmung
2. „Nahrungsverweigerung“ / Apathie
3. Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung
4. Wahn und Halluzination

Aggressivität / Unruhe / Enthemmung



- Schmerzen (Frakturen, unerkannte Stürze, Osteoporose, Zähne)
- organisch affektive Störung, manisch (frontale-/temporale Läsion)
- organisch wahnhafte Störung, z.B. Bestehtung (paralimbische Läsion)

- Digitalis-Überdosierung
- Neuroleptika-Überdosierung

- Benzodiazepin- oder Alkoholentzug

- Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz
- Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, COPD, Pneumonie
- cerebrale Ischämie, Exikose, Delir, Symptomatische Epilepsie

„Nahrungsverweigerung“ / Apathie



- Helicobacter-pylori-Gastritis (Kountouras et al. Neurology 2006)

- Digitalis-Überdosierung
- Psychopharmaka-Überdosierung
- Polypharmazie (Cave: mehr als 5 Medikamente)

- Zahnprobleme, Entzündung im Mund (Cave: Prothese)
- Cerebrale Ischämie mit Schluckapraxie/-lähmung (z.B. Wallenberg)

- organisch affektive Störung, depressiv (links parietale Läsion)
- organisch wahnhafte Störung, z.B. Vergiftung (paralimbische Läsion)

- Harnwegsinfekt, Pneumonie, Herzinfarkt, Exikose, Delir

Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung




- Psychopharmaka-Überdosierung (Unruhe)
- Dekompensierte Herzinsuffizienz (Nykturie)
- Hypoglykämien, Hyperthyreose (Schlaflosigkeit)

- Schmerzen
- Schlafapnoe (vermehrte Schläfrigkeit)
- Benzodiazepin- oder Alkoholentzug

- Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, Delir
- sun-downing Phänomen


Wahn und Halluzination



= Bestehlungs-, Einbruchs-, Eifersuchtswahn
 = optisch, selten akustisch oder Körperhalluzinationen

- Hyperthyreose, Hyper- und Hypoglykämien
- Antiparkinsonmedikamente, Digitalis-Präparate
- Psychopharmaka-Überdosierung (Neuroleptika, Anticholinergika)
- Sehbehinderung (optisch), Hörbehinderung (akustisch)
- Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, Pneumonie, Delir
- himorganische Erkrankungen (Hämatom, Tumor, Enzephalitis)
- Lewy-Körper-Demenz (szenisch; parietaler Kortex)


Psychiatrische Ursachen



Störung	Psychiatrische Erkrankung
Affektive Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Unipolare Depression (Episode/ rezidivierend) • Bipolare Störung • Wahnhafte Depression • Anpassungsstörung (Konfrontation mit Defiziten) • Angststörung / PTSD
Psychotische Störung	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie / Polymorphe Psychose • Anhaltend wahnhafte Störung • Schizoaffective Psychose
Persönlichkeitsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Ängstlich-vermeidende PKS • Histrionische PKS • Anakastische PKS

Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz

Allgemeine Grundlagen



Allgemeine therapeutische Prinzipien



- Störung identifizieren und zuordnen (Verhaltensauffälligkeiten erkennen)
- Zusatzkrankungen ausschließen (Abgrenzung vom Delir)
- Somatische oder psychiatrische Komorbiditäten prüfen

- Therapeutisches Gesamtkonzept (medikamentös und nichtmedikamentös)

- Auslösende Faktoren / Situationen identifizieren, vermeiden, umlenken
- Validierender Umgang (Validation als Grundeinstellung)
- Psychoedukation aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten

- regelmäßige Überprüfung des Behandlungskonzeptes (CMAI)

Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz



Therapie der produktiven Symptome

Symptomatische Behandlung der produktiven Symptome



= **Aggressivität, Unruhe, Wahn, Enthemmung, Halluzinationen**

- Mittel der Wahl: **hochpotente Neuroleptika**
(Zulassung: Risperidon bei schwerer chronischer Aggressivität mit Selbst-/Fremdgefährdung oder beeinträchtigenden psychotischen Symptomen)
- Evidenz: **Acetylcholinesterase-Hemmer**
(Leitlinien DGN; Tariot 2000; Monsch 2004; Wynn 2004)

- Off-Label: **Valproinsäure, Carbamazepin** (Indikation: manisches Syndrom)
- Cave: **niederpotente Neuroleptika, Benzodiazepine** (erhöhte Sturzgefahr)

- **Enthemmung im Rahmen der FTLD: SSRI** (Ikeda 2004)
- **Halluzination bei LBD/ Parkinson-Demenz: AChE-Hemmer, Quetiapin, Clozapin**



Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz

Therapie der reaktiven Symptome



Behandlung der reaktiven Symptome

= Depression, Apathie, sozialer Rückzug, Angst


Mittel zur Stimmungsaufhellung, Anxiolyse, Antriebssteigerung

Hinweise:

- SSRI (Mittel der Wahl; Doody, Neurology 2001)
- Cave: TZA (Anticholinerge Eigenschaften; Indikation: wahnhafte Depression)
- Amantadin nicht zulassungsgerecht
- Memantine nicht zulassungsgerecht, Unruhe (Indikation: schwere AD)
- Cave: Benzodiazepine (Abhängigkeitspotential, Sturzgefahr)



Doody et al., Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 56(9):1154-66, 2001



Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz

Nicht-medikamentöse Therapie und Prävention

Nicht-medikamentöse Therapieverfahren 


Patienten - orientiert:

- Strukturierung des Tagesablaufs, Merkhilfen
- Aktivierung, soziale Kontakte

Angehörigen - orientiert:

- Schulung / Aufklärung
- Selbsthilfegruppen



Kognitive alltagspraktische Kompetenz 

1. unspezifisch Stimulation 2. Spezifisch Stimulation

- ~~Realitätsorientierungstraining (ROT)~~
- Erinnerungstherapie (Reminiszenz)
- Selbsterhaltungstherapie (SET) (Romero et al. 1997)
- Kommunikationstraining


Coleman (1988); Ehrhardt et al. (1997); Scogin, McElreath (1994)

Kognitive alltagspraktische Kompetenz 

3. Indirekte Intervention 4. Psychotherapie

- Milieugestaltung
- Soziotherapie
- Angehörigenarbeit
- adäquate Beschäftigung
- Kunst-, Ergo und Musiktherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Validation


Ehrhardt et al. (1997)



Anpassung der Kommunikation

- Tochter geht ins Bad, legt Hand auf Schulter: „*Vater!*“
- Vater wendet sich zu. Tochter: „*Bitte ziehe Dich an!*“
- 10 Minuten später. „*Vater, komm bitte zum Frühstück!*“
- Vater und Tochter gehen in die Küche.


- ⇒ **angepasste Kommunikation**
- ⇒ Vermeidung von Überforderungen
- ⇒ Entlastung von Patient und Angehörigen
- ⇒ Reduktion von aggressivem Verhalten



Validation

Die Grundhaltung, die der Validation zu Grunde liegt verlangt:

- in innerer Gefühlswelt des Patienten folgen
- diese zu benennen
- und zu bestätigen (für gültig erklären)



Validation:

- holt den Dementierenden in seiner inneren Welt ab
- begleitet ihn ein Stück
- führt ihn sanft, soweit er es zulässt, in die Realität zurück
- **Stärkung der emotionalen Gefühlswelt und Verringerung**
- **Prävention von Verhaltensstörungen (Unruhe, Angst, Aggressivität)**

• Feil N, Altman R: Validation theory and the myth of the therapeutic lie. Am J Alzheimer's Dis Other Demen 2004; 19: 77-8.
• Neal M, Briggs M: Validation therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (3): CD001394.



Publikation und Referenzen

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 26 | 30. Juni 2017

ÜBERSICHTSARBEIT

Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz

Tordsten Kratz

Ergebnisse: Verhaltensstörungen sind nicht nur regelmäßige Begleiter der Demenzerkrankung, sie haben auch nachvollziehbare und behandelbare somatische und Umfeld-assoziierte Ursachen. Die symptomatische Therapie sollte im Gesamtkonzept nichtmedikamentöser und medikamentöser Behandlungsansätze erfolgen. Erinnerungs- (d = 0,47), Ergo- (d = 0,72) und Musiktherapie (d = 0,62) sowie körperliche Aktivitäten (d = 0,68) sind effektiv. Anticholinergika (Galantamin: p = 0,04, Donepezil: p = 0,01, Rivastigmin: p = 0,02, Memantin: p = 0,004) sind wirksam. Mittel der Wahl bei Agitation und Aggressivität (d = 0,33) sowie bei Wahn und Halluzinationen (d = 0,5) ist Risperidon. Bei Depression kann Citalopram (p = 0,05) empfohlen werden.

KERNNAUßAGEN

- Verhaltensstörungen sind integraler Bestandteil des Demenzsyndroms und der wichtigste Stressor für Pflegendes und Angehörige.
- Oft finden sich behandelbare körperliche, psychologische oder Umfeld-assoziierte Ursachen wie zum Beispiel der deliriumorientierte Umgang durch Betreuungspersonal.
- Eine ursachenspezifische Behandlung von Verhaltensstörungen sollte vor der symptomorientierten Gabe von Psychopharmaka stehen.
- Die medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen darf sich nicht vordergründig am Phänomen der Verhaltensstörung (zum Beispiel Aggressivität) orientieren, sondern sollte die dahinter liegende, beispielsweise auch somatische, Ursache erfassen.
- Nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren sind wirksam, und ihre Implementierung in den klinischen Alltag gewinnt immer mehr an Bedeutung.

Zitierweise
Kratz T: The diagnosis and treatment of behavioral disorders in dementia. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 447-54. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0447
