

<b>Evangelisches Krankenhaus Herzberge</b> Abt. für Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatik	 <b>KEH</b>
<h2>Verhaltensstörungen bei Demenz</h2> <p>19. Symposium der Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V. Rotes Rathaus am 26.10.2017</p>	
Prof. Dr. med. Torsten Kratz Gerontopsychiatrie	

<b>Begriffsbestimmung</b>	 <b>KEH</b>						
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Kognitive Symptome</b> </td> <td> <b>Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen, Visokonstruktion</b>  <b>Aphasie, Agnosie, Apraxie</b>  <b>Viso-Perzeption und Viso-Konstruktion</b> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>nichtkognitive Symptome</b> </td> <td> <b>Aggressivität, Misstrauen, Unruhe</b>  <b>Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</b>  <b>Wahn und Halluzinationen, Angst</b>  <b>Depressivität, sozialer Rückzug</b>  <b>Apathie, Appetitverlust</b> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>Somatische Symptome</b> </td> <td> <b>Inkontinenz, Rigidität, Gangstörung</b>  <b>Primitivreflexe, Krampfanfälle</b>  <b>Schluckstörungen, Delir</b> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">aus Kurz (1998)</p>		<b>Kognitive Symptome</b>	<b>Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen, Visokonstruktion</b> <b>Aphasie, Agnosie, Apraxie</b> <b>Viso-Perzeption und Viso-Konstruktion</b>	<b>nichtkognitive Symptome</b>	<b>Aggressivität, Misstrauen, Unruhe</b> <b>Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</b> <b>Wahn und Halluzinationen, Angst</b> <b>Depressivität, sozialer Rückzug</b> <b>Apathie, Appetitverlust</b>	<b>Somatische Symptome</b>	<b>Inkontinenz, Rigidität, Gangstörung</b> <b>Primitivreflexe, Krampfanfälle</b> <b>Schluckstörungen, Delir</b>
<b>Kognitive Symptome</b>	<b>Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen, Visokonstruktion</b> <b>Aphasie, Agnosie, Apraxie</b> <b>Viso-Perzeption und Viso-Konstruktion</b>						
<b>nichtkognitive Symptome</b>	<b>Aggressivität, Misstrauen, Unruhe</b> <b>Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</b> <b>Wahn und Halluzinationen, Angst</b> <b>Depressivität, sozialer Rückzug</b> <b>Apathie, Appetitverlust</b>						
<b>Somatische Symptome</b>	<b>Inkontinenz, Rigidität, Gangstörung</b> <b>Primitivreflexe, Krampfanfälle</b> <b>Schluckstörungen, Delir</b>						

<b>Biologische Ursachen</b>	 <b>KEH</b>
<p><b>Medizinisch-somatische Ursachen nichtkognitiver Störungen bei Demenz</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aggressivität / Unruhe / Enthemmung</li> <li>2. „Nahrungsverweigerung“ / Apathie</li> <li>3. Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</li> <li>4. Wahn und Halluzination</li> </ol>	

<b>Aggressivität / Unruhe / Enthemmung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen (<b>Frakturen, unerkannte Stürze, Osteoporose, Zähne</b>)</li> <li>• organisch affektive Störung, manisch (<b>frontale/-temporale Läsion</b>)</li> <li>• organisch wahnhafte Störung, z.B. <b>Bestehlung</b> (<b>paralimbische Läsion</b>)</li>   <li>• Digitalis-Überdosierung</li> <li>• Neuroleptika-Überdosierung</li>   <li>• Benzodiazepin- oder Alkoholentzug</li>   <li>• Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz</li> <li>• Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, COPD, Pneumonie</li> <li>• cerebrale Ischämie, Exikose, Delir; Symptomatische Epilepsie</li> </ul>	

---

---

---

---

---

---

---

<b>„Nahrungsverweigerung“ / Apathie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helicobacter-pylori-Gastritis (<b>Kountouras et al. Neurology 2006</b>)</li> <li>• Digitalis-Überdosierung</li> <li>• Psychopharmaka-Überdosierung</li> <li>• Polypharmazie (<b>Cave: mehr als 5 Medikamente</b>)</li>   <li>• Zahnpflegeprobleme, Entzündung im Mund (<b>Cave: Prothese</b>)</li> <li>• Cerebrale Ischämie mit Schluckapraxie/-lähmung (z.B. Wallenberg)</li>   <li>• organisch affektive Störung, depressiv (<b>links parietale Läsion</b>)</li> <li>• organisch wahnhafte Störung, z.B. <b>Vergiftung</b> (<b>paralimbische Läsion</b>)</li>   <li>• Harnwegsinfekt, Pneumonie, Herzinfarkt, Exikose, Delir</li> </ul>	

---

---

---

---

---

---

---

<b>Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychopharmaka-Überdosierung (<b>Unruhe</b>)</li> <li>• Dekompensierte Herzinsuffizienz (<b>Nykturie</b>)</li> <li>• Hypoglykämien, Hyperthyreose (<b>Schlaflosigkeit</b>)</li>   <li>• Schmerzen</li> <li>• Schlafapnoe (<b>vermehrte Schläfrigkeit</b>)</li> <li>• Benzodiazepin- oder Alkoholentzug</li>   <li>• Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, Delir</li> <li>• sun-downing Phänomen</li> </ul>	

---

---

---

---

---

---

---

Wahn und Halluzination	
= Bestehungs-, Einbruchs-, Eifersuchtwahn	
= optisch, selten akustisch oder Körperhalluzinationen	
• Hyperthyreose, Hyper- und Hypoglykämien	
• Antiparkinsonmedikamente, Digitalis-Präparate	
• Psychopharmaka-Überdosierung ( <b>Neuroleptika, Anticholinergika</b> )	
• Sehbehinderung ( <b>optisch</b> ), Hörbehinderung ( <b>akustisch</b> )	
• Harnwegsinfekt, Herzinfarkt, Pneumonie, Delir	
• Hirnorganische Erkrankungen ( <b>Hämatom, Tumor, Enzephalitis</b> )	
• Lewy-Körper-Demenz ( <b>szenisch; parietaler Kortex</b> )	

---



---



---



---



---



---



---

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

---



---



---



---



---



---



---

Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz	
Allgemeine Grundlagen	

---



---



---



---



---



---



---

<b>Allgemeine therapeutische Prinzipien</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störung identifizieren und zuordnen (<a href="#">Verhaltsauffälligkeiten erkennen</a>)</li> <li>• Zusatzerkrankungen ausschließen (<a href="#">Abgrenzung vom Delir</a>)</li> <li>• Somatische oder psychiatrische Komorbiditäten prüfen</li> <li> </li> <li>• Therapeutisches Gesamtkonzept (<a href="#">medikamentös und nichtmedikamentös</a>)</li> <li> </li> <li>• Auslösende Faktoren / Situationen identifizieren, vermeiden, umlenken</li> <li>• Validierender Umgang (<a href="#">Validation als Grundeinstellung</a>)</li> <li>• Psychoedukation aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten</li> <li> </li> <li>• regelmäßige Überprüfung des Behandlungskonzeptes (<a href="#">CMAI</a>)</li> </ul>	

	
<p style="text-align: center;"><b>Therapie nichtkognitiver Störungen bei Demenz</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Therapie der produktiven Symptome</b></p>	

<b>Symptomatische Behandlung der produktiven Symptome</b>	
<p>= <b>Aggressivität, Unruhe, Wahn, Enthemmung, Halluzinationen</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittel der Wahl: <b>hochpotente Neuroleptika</b> (Zulassung: Risperidon bei schwerer chronischer Aggressivität mit Selbst-/Fremdgefährdung oder beeinträchtigenden psychotischen Symptomen)</li> <li>▪ Evidenz: <b>Acetylcholinesterase-Hemmer</b> (Leitlinien DGN; Tariot 2000; Monsch 2004; Wynn 2004)</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Off-Label: <b>Valproinsäure, Carbamazepin</b> (Indikation: manisches Syndrom)</li> <li>▪ Cave: <b>niederpotente Neuroleptika, Benzodiazepine</b> (erhöhte Sturzgefahr)</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Enthemmung im Rahmen der FTLD: SSRI</b> (Ikeda 2004)</li> <li>▪ <b>Halluzination bei LBD/ Parkinson-Demenz:</b> AChE-Hemmer, Quetiapin, (Clozapin)</li> </ul>	



**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: wahnhafe 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 59(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 (Reminiscenz)
- 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)

---



---



---



---



---



---



---

Evidenz nichtmedikamentöser Verfahren																																																					
																																																					
<b>Evidenzbasierte nichtmedikamentöse Interventionen bei Verhaltensstörungen bei Demenz</b>																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Verfahren</th><th>Effektstärke<sup>2</sup> und mögliche Indikation<sup>3</sup></th><th>Empfehlungsgrad<sup>3</sup></th><th>Evidenzkennz.<sup>4</sup></th><th>Referenzen</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erinnerungstherapie</td><td>Aktivierung von positiv besetztem Alteigedächtnis in Gruppen z. B. durch Bildergeschichten oder Erinnerungsübungen nach Erfahrungen des Kindesalters</td><td>d = 0,47 Angst, Angst, Depression und Aggressivität</td><td>B</td><td>Ib</td><td>(2, e21, e33)</td></tr> <tr> <td>Ergotherapie</td><td>Üben von noch erhaltenen alltagspraktischen Fähigkeiten und positiv besetzten Tätigkeiten (z. B. Kochen, Gärtnern) anhand der Biografie</td><td>d = 0,72 Angst, Unruhe und Agiertheit</td><td>B</td><td>Ib</td><td>(2, e22)</td></tr> <tr> <td>Musiktherapie</td><td>a) gemeinsames Singen / b) Musik hören, vor dem Hintergrund der Biografie z. B. Volkssäule aus der Kindheit</td><td>d = 0,62 Angst und Reizbarkeit</td><td>0</td><td>a) IIa / b) III</td><td>(2, e24)</td></tr> <tr> <td>Körperliche Aktivitäten</td><td>Aktivierung durch z. B. gemeinsame Bewegungs- und Balance-Übungen</td><td>d = 0,68 Depression</td><td>B</td><td>Ib</td><td>(2, e23)</td></tr> <tr> <td>Aromatherapie</td><td>Einatmen von angenehmen erprobten Geruchsstoffen (z. B. Melisseöl) zur Beruhigung</td><td>Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität</td><td>0</td><td>Ib</td><td>(e29)</td></tr> <tr> <td>Snoezeltherapie</td><td>Anregung von verschiedenen beruhigendem Stimulation (Licht, Geräusche, Geruch, Benimmrhythmen) speziellen Entspannungsraum</td><td>Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität</td><td>0</td><td>Ib</td><td>(2, e28)</td></tr> <tr> <td>Angehörigenarbeit</td><td>Aktivierung über die Krankheit, Verhaltensmanagement und Stressbewältigung</td><td>Depression (unenthaltige Studien)</td><td>B</td><td>Ia</td><td>(2, e34)</td></tr> </tbody> </table>							Verfahren	Effektstärke <sup>2</sup> und mögliche Indikation <sup>3</sup>	Empfehlungsgrad <sup>3</sup>	Evidenzkennz. <sup>4</sup>	Referenzen	Erinnerungstherapie	Aktivierung von positiv besetztem Alteigedächtnis in Gruppen z. B. durch Bildergeschichten oder Erinnerungsübungen nach Erfahrungen des Kindesalters	d = 0,47 Angst, Angst, Depression und Aggressivität	B	Ib	(2, e21, e33)	Ergotherapie	Üben von noch erhaltenen alltagspraktischen Fähigkeiten und positiv besetzten Tätigkeiten (z. B. Kochen, Gärtnern) anhand der Biografie	d = 0,72 Angst, Unruhe und Agiertheit	B	Ib	(2, e22)	Musiktherapie	a) gemeinsames Singen / b) Musik hören, vor dem Hintergrund der Biografie z. B. Volkssäule aus der Kindheit	d = 0,62 Angst und Reizbarkeit	0	a) IIa / b) III	(2, e24)	Körperliche Aktivitäten	Aktivierung durch z. B. gemeinsame Bewegungs- und Balance-Übungen	d = 0,68 Depression	B	Ib	(2, e23)	Aromatherapie	Einatmen von angenehmen erprobten Geruchsstoffen (z. B. Melisseöl) zur Beruhigung	Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität	0	Ib	(e29)	Snoezeltherapie	Anregung von verschiedenen beruhigendem Stimulation (Licht, Geräusche, Geruch, Benimmrhythmen) speziellen Entspannungsraum	Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität	0	Ib	(2, e28)	Angehörigenarbeit	Aktivierung über die Krankheit, Verhaltensmanagement und Stressbewältigung	Depression (unenthaltige Studien)	B	Ia	(2, e34)
	Verfahren	Effektstärke <sup>2</sup> und mögliche Indikation <sup>3</sup>	Empfehlungsgrad <sup>3</sup>	Evidenzkennz. <sup>4</sup>	Referenzen																																																
Erinnerungstherapie	Aktivierung von positiv besetztem Alteigedächtnis in Gruppen z. B. durch Bildergeschichten oder Erinnerungsübungen nach Erfahrungen des Kindesalters	d = 0,47 Angst, Angst, Depression und Aggressivität	B	Ib	(2, e21, e33)																																																
Ergotherapie	Üben von noch erhaltenen alltagspraktischen Fähigkeiten und positiv besetzten Tätigkeiten (z. B. Kochen, Gärtnern) anhand der Biografie	d = 0,72 Angst, Unruhe und Agiertheit	B	Ib	(2, e22)																																																
Musiktherapie	a) gemeinsames Singen / b) Musik hören, vor dem Hintergrund der Biografie z. B. Volkssäule aus der Kindheit	d = 0,62 Angst und Reizbarkeit	0	a) IIa / b) III	(2, e24)																																																
Körperliche Aktivitäten	Aktivierung durch z. B. gemeinsame Bewegungs- und Balance-Übungen	d = 0,68 Depression	B	Ib	(2, e23)																																																
Aromatherapie	Einatmen von angenehmen erprobten Geruchsstoffen (z. B. Melisseöl) zur Beruhigung	Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität	0	Ib	(e29)																																																
Snoezeltherapie	Anregung von verschiedenen beruhigendem Stimulation (Licht, Geräusche, Geruch, Benimmrhythmen) speziellen Entspannungsraum	Unruhe, Angst, Angstheit und Aggressivität	0	Ib	(2, e28)																																																
Angehörigenarbeit	Aktivierung über die Krankheit, Verhaltensmanagement und Stressbewältigung	Depression (unenthaltige Studien)	B	Ia	(2, e34)																																																
<small>Kratz T. The diagnosis and treatment of behavioral disorders in dementia. Dtsch Ärztebl Int 2017; 114: 447–54. DOI: 10.3238/ärztl.2017.0447</small>																																																					

symptomatische medikamentöse Therapieverfahren																																																												
																																																												
<b>Evidenzbasierte medikamentöse Interventionen bei Verhaltensstörungen bei Demenz</b>																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Medikation</th><th>Indikation/Effektstärke</th><th>Risiken und potentielle UAW</th><th>Empfehlungsgrad<sup>3</sup></th><th>Evidenzkennz.<sup>4</sup></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agitation und Aggression</td><td>Risperidon (0,5–2 mg/d)</td><td>Aggression d = 0,33<sup>5</sup> p = 0,002</td><td>- EPMS, QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko - kognitive Verschlechterung</td><td>B</td><td>Ia</td><td>(2, 7, 22, 24, e7)</td></tr> <tr> <td></td><td>Haloperidol (0,5–2 mg/d)</td><td>Aggression d = 0,31<sup>5</sup> MD = -0,14 [-0,49, -0,13], p = 0,0006</td><td>- EPMS (höher als Agipax) - QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - (höher als Agipax) - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko</td><td>A</td><td>Ia</td><td>(2, 22, e8)</td></tr> <tr> <td></td><td>Atropiprazin (2,5–15 mg/d)</td><td>Agitation und Aggression MD = -0,05 [-6,58, -1,52], p = 0,001</td><td>- Off-label Use - erhöhte Mortalitätsrisiko, EPMS - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko</td><td>0</td><td>Ia</td><td>(2, 22, 23)</td></tr> <tr> <td>gesteigerte Psychomotorik</td><td>Risperidon (0,5–2 mg/d)</td><td>scherende Ursache p = 0,011</td><td>siehe oben bei Risperidon</td><td>0</td><td>II</td><td>(2, 24, e7)</td></tr> <tr> <td>Wahn und Halluzinationen</td><td>Risperidon (0,5–2 mg/d)</td><td>Wahn und Halluzinationen MD = 0,14 [-0,02, 0,38], p = 0,014<sup>6</sup> [0,05]</td><td>siehe oben bei Risperidon</td><td>A</td><td>Ia</td><td>(2, e6)</td></tr> <tr> <td></td><td>Haloperidol (0,5–2 mg/d)</td><td>Wahn und Halluzinationen p = 0,001</td><td>siehe oben bei Haloperidol</td><td>keiner</td><td>keine</td><td>(2, e10)</td></tr> <tr> <td>Depression</td><td>Citalopram (10–20 mg/d)</td><td>Depression und Agitation p = 0,05</td><td>- Hypotonie, Übelkeit - QTc-Ziel-Verlängerung</td><td>B</td><td>Ib</td><td>(2, 32)</td></tr> </tbody> </table>							Medikation	Indikation/Effektstärke	Risiken und potentielle UAW	Empfehlungsgrad <sup>3</sup>	Evidenzkennz. <sup>4</sup>	Agitation und Aggression	Risperidon (0,5–2 mg/d)	Aggression d = 0,33 <sup>5</sup> p = 0,002	- EPMS, QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko - kognitive Verschlechterung	B	Ia	(2, 7, 22, 24, e7)		Haloperidol (0,5–2 mg/d)	Aggression d = 0,31 <sup>5</sup> MD = -0,14 [-0,49, -0,13], p = 0,0006	- EPMS (höher als Agipax) - QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - (höher als Agipax) - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko	A	Ia	(2, 22, e8)		Atropiprazin (2,5–15 mg/d)	Agitation und Aggression MD = -0,05 [-6,58, -1,52], p = 0,001	- Off-label Use - erhöhte Mortalitätsrisiko, EPMS - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko	0	Ia	(2, 22, 23)	gesteigerte Psychomotorik	Risperidon (0,5–2 mg/d)	scherende Ursache p = 0,011	siehe oben bei Risperidon	0	II	(2, 24, e7)	Wahn und Halluzinationen	Risperidon (0,5–2 mg/d)	Wahn und Halluzinationen MD = 0,14 [-0,02, 0,38], p = 0,014 <sup>6</sup> [0,05]	siehe oben bei Risperidon	A	Ia	(2, e6)		Haloperidol (0,5–2 mg/d)	Wahn und Halluzinationen p = 0,001	siehe oben bei Haloperidol	keiner	keine	(2, e10)	Depression	Citalopram (10–20 mg/d)	Depression und Agitation p = 0,05	- Hypotonie, Übelkeit - QTc-Ziel-Verlängerung	B	Ib	(2, 32)
	Medikation	Indikation/Effektstärke	Risiken und potentielle UAW	Empfehlungsgrad <sup>3</sup>	Evidenzkennz. <sup>4</sup>																																																							
Agitation und Aggression	Risperidon (0,5–2 mg/d)	Aggression d = 0,33 <sup>5</sup> p = 0,002	- EPMS, QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko - kognitive Verschlechterung	B	Ia	(2, 7, 22, 24, e7)																																																						
	Haloperidol (0,5–2 mg/d)	Aggression d = 0,31 <sup>5</sup> MD = -0,14 [-0,49, -0,13], p = 0,0006	- EPMS (höher als Agipax) - QTc-Ziel-Verlängerung - erhöhte Sturzrisiko, Sedierung - erhöhtes Mortalitätsrisiko - (höher als Agipax) - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko	A	Ia	(2, 22, e8)																																																						
	Atropiprazin (2,5–15 mg/d)	Agitation und Aggression MD = -0,05 [-6,58, -1,52], p = 0,001	- Off-label Use - erhöhte Mortalitätsrisiko, EPMS - erhöhtes zerebrovaskuläres Risiko	0	Ia	(2, 22, 23)																																																						
gesteigerte Psychomotorik	Risperidon (0,5–2 mg/d)	scherende Ursache p = 0,011	siehe oben bei Risperidon	0	II	(2, 24, e7)																																																						
Wahn und Halluzinationen	Risperidon (0,5–2 mg/d)	Wahn und Halluzinationen MD = 0,14 [-0,02, 0,38], p = 0,014 <sup>6</sup> [0,05]	siehe oben bei Risperidon	A	Ia	(2, e6)																																																						
	Haloperidol (0,5–2 mg/d)	Wahn und Halluzinationen p = 0,001	siehe oben bei Haloperidol	keiner	keine	(2, e10)																																																						
Depression	Citalopram (10–20 mg/d)	Depression und Agitation p = 0,05	- Hypotonie, Übelkeit - QTc-Ziel-Verlängerung	B	Ib	(2, 32)																																																						
<small>Kratz T. The diagnosis and treatment of behavioral disorders in dementia. Dtsch Ärztebl Int 2017; 114: 447–54. DOI: 10.3238/ärztl.2017.0447</small>																																																												

Anpassung der Kommunikation					
					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tochter ruft aus der Küche ins Bad:</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Vater, wenn du dich mit dem Anziehen beeilst, können wir in 10 Minuten frühstücken“</li> </ul>					
<div style="background-color: #d9e1f2; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>unangepasste Kommunikation</b></li> <li>⇒ <b>Unverständnis</b></li> <li>⇒ <b>Frustration</b></li> <li>⇒ <b>evtl. Aggression</b></li> </ul> </div>					

## 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 Alzheimers 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

Torsten 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 ( $d = 0,86$ ) sind effektiv. Antidementiva (Galantamin;  $p = 0,04$ , Donepezil;  $p = 0,01$ , Rivastigmin;  $p = 0,02$ , Memantin;  $p = 0,004$ ) sind wirksame 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.

**KERNAUSSAGEN**

- Verhaltensstörungen sind integraler Bestandteil des Demenzsyndroms und der wichtigste Stressor für Pflegende.
- Sie finden sich bei bedeutende körperliche, psychologische oder Umfeld-assoziierte Ursachen wie zum Beispiel der defizitorientierte Umgang durch Betreuungspersonal.
- Eine umschlagspezifische Behandlung von Verhaltensstörungen sollte vor der symptomorientierten Gabe von Psychopharmaka stehen.
- Die medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen darf nicht die primäre Ursache der Phänomene der Verhaltensstörung (zum Beispiel Aggressivität) preisgeben, 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.

**Zitweise**  
Kratz T: The diagnosis and treatment of behavioral disorders in dementia. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 447-54. DOI: 10.3238/arthtbl.2017.2017.0447

---



---



---



---



---



---



---



---