

Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz

Le traitement des troubles du comportement lors de démence

Albert Wettstein

Quintessenz

- Demenz ist der wichtigste Grund für Pflegebedürftigkeit und führt im fortgeschrittenen Stadium in bis zu 90% der Fälle zu Verhaltensstörungen. Diese lassen sich durch Primärversorger zu 80% bessern.
- Meist hilft eine Milieuthherapie und dazu, wenn nötig, eine Pharmakotherapie mit Neuroleptika und sedierenden Antidepressiva.
- Milieutherapeutische Empfehlungen werden in der Schweiz sowohl von Angehörigen als auch vom Heimpersonal gerne und meist erfolgreich angewandt, wenn sie empfohlen werden.
- Bei Tag-Nacht-Umkehr oder nächtlicher Unruhe ist eine Pharmakotherapie mit dem nicht trizyklischen Antidepressivum Trazodon (Trittico®) 25 bis 100 mg täglich Therapie der ersten Wahl.
- Da klassische Neuroleptika bei betagten Dementen obsolet sind, ist bei den anderen Verhaltensstörungen Dementer das atypische Neuroleptikum Risperidon (Risperdal®) 0,25 bis 1 mg die Pharmakotherapie der Wahl.
- Genügen milieutherapeutische Interventionen nicht, müssen Psychopharmaka eingesetzt und die daraus entstehenden Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, auch wenn diese oft gefährlich sind (Sturzgefahr, Hirnschlaggefahr) oder von den Angehörigen gefürchtet werden (ausgeprägte Sedation und Apathie).

Quintessence

- *La démence est à l'origine de l'utilisation la plus importante de soins médicaux. Elle conduit, au stade avancé, chez 90% des patients, à des troubles du comportement. Le médecin de premier recours peut améliorer la situation dans 80% des cas.*
- *La situation s'améliore le plus souvent par un traitement qui comprend la «milieuthérapie» et si nécessaire des neuroleptiques et des antidépresseurs sédatifs.*
- *Lorsque c'est nécessaire, la milieuthérapie fait intervenir les proches et le personnel des homes, le plus souvent avec succès.*
- *Lors d'inversion du rythme nyctéméral ou d'agitation nocturne, le traitement de choix est l'antidépresseur non tricyclique Trazodone (Trittico®) à la dose de 25 à 100 mg par jour.*
- *Les neuroleptiques classiques ne sont plus recommandés pour le patient âgé et dément. Ils sont remplacés par un neuroleptique atypique, la risperidone (Risperdal®), à la dose de 0,25 à 1 mg par jour, qui constitue le traitement de choix.*
- *Si l'intervention sur l'environnement ne suffit pas, des médicaments psychoactifs doivent être introduites en assumant leurs effets secondaires qui peuvent être dangereux (chutes, apoplexie) ou craints par les proches (sédation exagérée et apathie).*



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 623 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 624 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

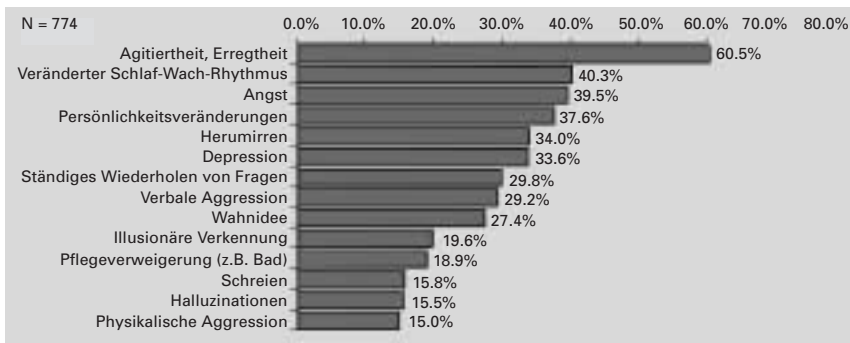


Abbildung 1. Häufigkeit der wichtigsten Verhaltensstörungen bei 774 verhaltensgestörten Demenzkranken.

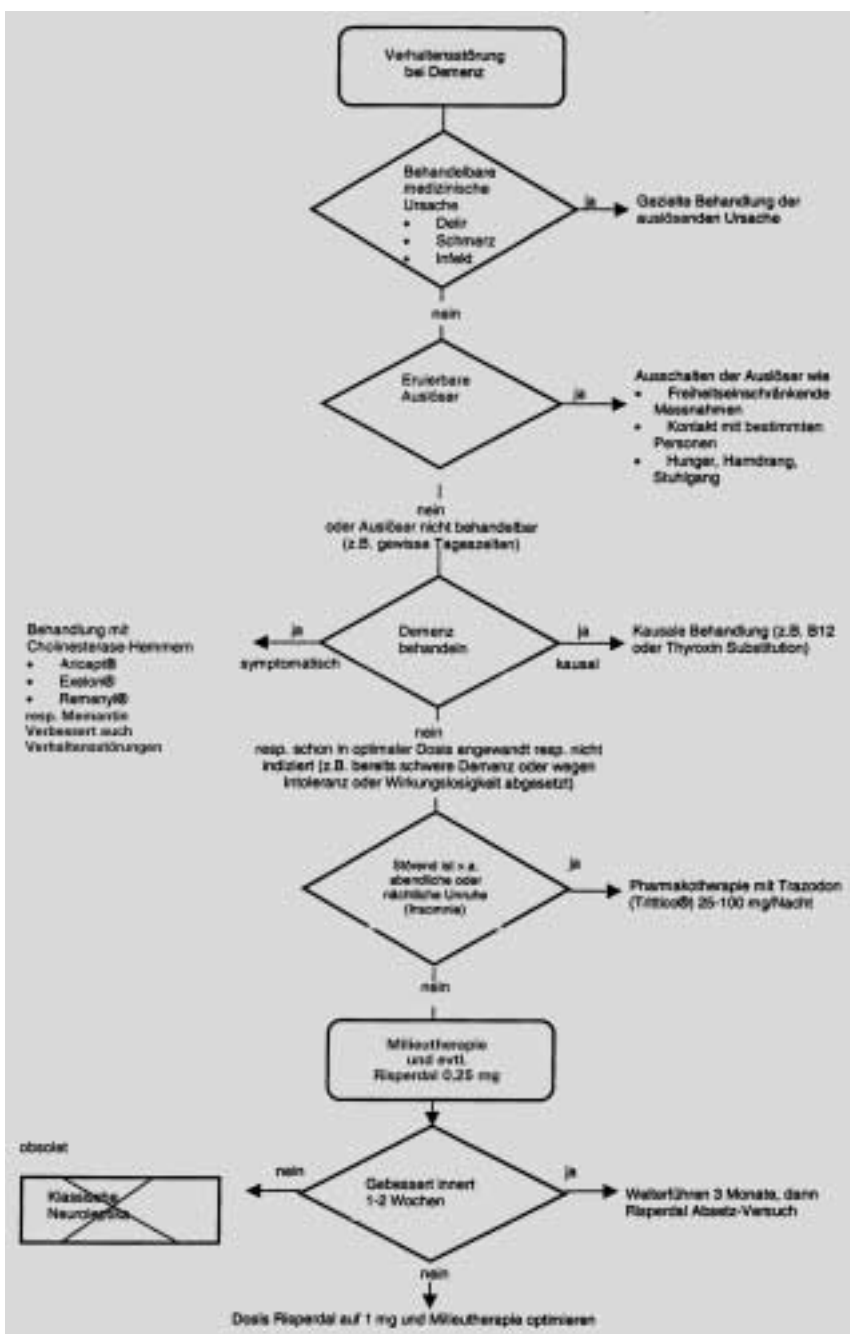


Abbildung 2. Algorithmus zur Therapie von Verhaltensstörungen Dementer.

Demenz ist der wichtigste Grund für die Pflegebedürftigkeit bei zwei Dritteln aller Pflegeheimbewohnenden [1] und führt in fortgeschrittenen Stadien bei bis zu 90% zu Verhaltensstörungen [2]. Bei zuhause lebenden Demenzkranken sind diese für die Betreuungspersonen meist belastender als die kognitiven Defizite und oft der Hauptgrund zur Institutionalisierung. In Heimen sind sie für das Pflegepersonal und die Mitpatienten Anlass für grossen Stress und beeinträchtigen deren Lebens- respektive Arbeitsqualität markant.

In Abbildung 1 sind die verschiedenen Formen der Verhaltensstörungen bei Demenz dargestellt und ihre Häufigkeit im Alltag von 179 schweizerischen Primärversorgern bei 774 verhaltensgestörten Demenzkranken (durchschnittlich 81jährig, 12% allein, 56% im Heim lebend) [3].

Fremdanamnese

Verhaltensstörungen sind nicht obligate Begleiter der Demenzerkrankungen und haben oft klar eruierbare Auslöser oder Ursachen. Der Arzt soll deshalb Betreuungspersonen, die ihm über Verhaltensstörungen Demenzkranker berichten, nach folgendem Schema befragen:

- *Antecedents*: Was ging den Störungen unmittelbar voraus, was unternahmen die betroffenen Personen vor Auftreten der Störung oder was geschah in ihrer Umgebung?
- *Behaviour*: Welche störenden Verhalten zeigte die Person genau, warum beziehungsweise wie störten sie?
- *Consequences*: Welche Folgen hatte das störende Verhalten für die Betreuer, die Mitpatienten und die demenzkranken Personen selber?

Dies erlaubt ein rationales weiteres Abklären und Behandeln der Verhaltensstörungen, wie dies in Abbildung 2 schematisch dargestellt ist.

Therapie

Der therapeutische Anteil basiert auf einem Algorithmus:

- Erkenntnisse, die in den letzten Jahren für alle drei gebräuchlichen cholinergen Antidementiva und Memantin nachgewiesen worden sind, zeigen, dass die symptomatischen Antidementivmedikamente nicht nur bei Alzheimer, sondern auch bei vaskulären und Lewy-Körper-Demenzen sowie deren Mischformen, wirksam sind und dass diese nicht nur die kognitiven Leistungen verbessern, sondern auch den Pflegeaufwand und die Verhaltensstörungen signifikant reduzieren [4].

- In der Psychogeriatric hat sich die Meinung durchgesetzt, dass klassische Neuroleptika nicht mehr als Medikamente erster Wahl verordnet werden sollen, weil sie sehr häufig schwerwiegende, vor allem extrapyramidale Nebenwirkungen haben, die die atypischen Neuroleptika in angemessen geriatrisch niedriger Dosis nicht zeigen. In der Schweiz ist als einziges atypisches Neuroleptikum Risperdone (Risperdal®) zugelassen, das in randomisierten Doppel-blind-Studien als wirksam und in Dosen bis 1 mg täglich ohne wesentliche extrapyramidale Nebenwirkungen nachgewiesen worden ist bei Verhaltensstörungen Dementer [5–7]. Die relativ hohe Gefahr von zerebrovaskulären Ereignissen unter Risperdone im Vergleich zu Placebo sollte durch pflegerische Begleitmassnahmen (Trinkmengenmanagement, Blutdruckmonitoring) auf ein akzeptables Niveau gesenkt werden.
- Für die Behandlung des bei Demenzen sehr häufigen «Sun downing», der gegen Abend auftretenden zunehmenden motorischen Unruhe und sogenannten Tag-Nacht-Umkehr mit nächtlicher Agitation und Schläfrigkeit und Passivität tagsüber, hat sich die Behandlung mittels einer abendlichen Dosis des stark sedierenden Antidepressivums Trazo-

don (Trittico®) initial 25 mg, Steigerung bis 100 mg möglich, sehr bewährt. Die sedierende Wirkung tritt schon kurz nach der ersten Tabletteneinnahme auf, nur die antidepressive Wirkung lässt, wie bei allen anderen Antidepressiva, zwei bis drei Wochen auf sich warten. Diese Therapie hat den unbestrittenen Vorteil fehlender extrapyramidaler Nebenwirkungen und von keinerlei Rebound-Phänomenen nach deren Absetzen.

- In plazebokontrollierten Studien, die in universitären psychogeriatrischen Abteilungen durchgeführt wurden, zeigten sich bei der Behandlung von Verhaltensstörungen Dementer hohe Responder-Raten von bis zu 70% unter Plazebomedikation [8]. Dies ist jedoch kein Plazeboeffekt, sondern auf die in guten Demenzabteilungen übliche Milieuthherapie zurückzuführen.

Milieuthherapie


In Tabelle 1  sind die Indikationen für die gebräuchlichsten Milieutherapieformen [9] dargestellt. In kontrollierten Studien wurde die Wirksamkeit der Spaziertherapie [10], der Musik- [11, 12] und Berührungstherapie [13] nachgewiesen. Kontrollierte Studien über Wirk-

Tabelle 1. Differentialindikation der Milieuthherapie bei Demenz.

Therapieart	Geeignete Demenzstadien				Weniger geeignet bei	Besonders geeignet bei	Bemerkungen
	Früh	Mittel	Spät	Terminal			
Rhythmisierungstherapie	+++	+++	+++	+++			Demenzkranke aller Stadien profitieren gleichermassen
Spaziertherapie	+++	+++	++	+	Gang-Balance-Störungen	Bewegungsdrang, nächtl. Unruhe, depressiver Verstimmung	Früh, evtl. mit Hund (s. Pet-Therapie), wenn örtlich desorientiert, Spazierbegleiter nötig (Enkel, freiwillige Helfer)
Tanztherapie	+++	+++	+++	++	Alleinstehenden, Gehunfähigen	Vom Ehepartner betreuten Demenzen	Mit Oldie-Musik, oft auch bei sonst Immobilen erstaunlich gut möglich
Musiktherapie	++	+++	+++	+++	Musikverächtern, stark Schwerhörigen	Immobilität, Sundowning, Schreiern	Musikassessment nötig: Welche Art von Musik wird geliebt? Lieblingsmusik wiederholt abspielen vor Einsetzen von Verhaltensauffälligkeiten
Therapeutisches Berühren	–	+	++	+++	Sexueller Enthemmung	Schwer Sprachgestörten	Einsetzen 20–30 Min. vor Verhaltensauffälligkeiten
Pet-Therapie	+++	++	++	++	Tierhaarallergie, Abneigung gegen Tiere	Alleinstehenden (als Spazierbegleiter), als Streicheltier im Spätstadium bei Schreiern, Fragern	In Spätstadien Besuche mit Therapiehund oder Streicheltier
Puppentherapie	–	+	+++	+++	Männern im Frühstadium	Müttern, Schreiern, repetitiv Fragenden	Bei Männern eher Teddybär oder Plüschtier, im mittleren Stadium «Puppen sammeln» und Puppenspiele (Kleider wechseln), ermuntern, evtl. gemeinsam mit Enkeln

samkeit von Milieuthera­pien sind jedoch selten und beruhen meist nur auf kleinen Fallzahlen. Es war deshalb wichtig, dass in einem schweizerischen Praxiserfahrungsbericht gezeigt werden konnte, dass Milieuthera­pie auch von Grundversorgern gerne und erfolgreich angewendet wird [3]. Nachdem Primärversorger mit einem Sonderdruck [5] über die Indikation und Praxis der verschiedenen Milieuthera­peuten informiert worden waren, empfahlen sie bei 43% der verhaltensgestörten Demenzkranken eine und bei 22% mehrere Milieuthera­pien, mindestens zweimal wöchentlich. Welche Therapieformen wie oft und wie erfolgreich im Urteil der empfeh-

lenden Ärzte angewendet wurde, ist in Abbildung 3 dargestellt.

Zusammen mit einer niedrig dosierten Therapie mit Risperdal® besserten sich innerhalb von 4 Wochen 78% und innerhalb von 12 Wochen 81% der Verhaltensstörungen im globalen Urteil der behandelnden Primärversorger [3]. Diese führten drei Viertel der Wirkung auf die medikamentöse Therapie mit Risperdal® und ein Viertel auf die Milieuthera­pie zurück, wobei vor allem die Kombination mit Pet-Thera­pie – wenn praktikabel – erfolgreich war.

Ultima ratio

Genügt auch die Kombination von Milieuthera­pie und 1 mg Risperdone (Risperdal®) oder 100 mg Trazodon (Trittico®) nicht, um die störenden Verhalten zu verbessern, muss im Falle einer ambulanten Behandlung eine mindestens vorübergehende stationäre Betreuung in einer spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilung beziehungsweise im stationären Bereich ein gerontopsychiatrisches Fachkonsilium erwogen werden. Genügen der Milieuwechsel und gegebenenfalls von Spezialisten empfohlene spezielle milieuthera­peutische Interventionen nicht, muss meist zu hohen Dosen von Psychopharmaka gegriffen werden, und die resultierenden, meist schwerwiegenden Nebenwirkungen sind in Kauf zu nehmen, auch wenn sie oft vital bedrohlich sind (Sturzgefahr, Hirnschlaggefahr) oder von den Angehörigen gefürchtet werden (massive Sedation und Apathie). Sie sollen deshalb nur als Ultima ratio und von gerontopsychiatrisch Erfahrenen angewendet werden.

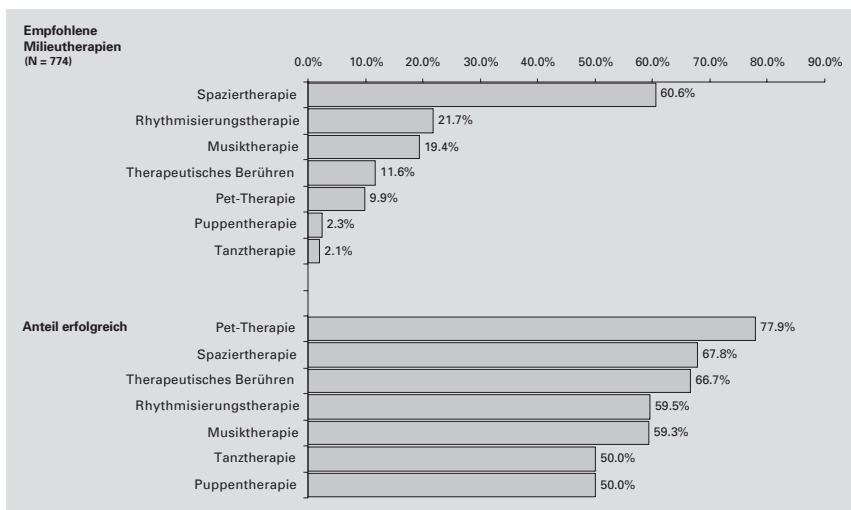


Abbildung 3. Empfohlene und erfolgreich durchgeführte Formen der Milieuthera­pie (n = 774) in %.

Literatur

- 1 Wettstein A, et al: Gründe, Grad und soziale Begleitumstände der Pflegebedürftigkeit der 1206 Zürcher Krankenhaus-Patienten. Praxis 1986;75:1489–94.
- 2 Tariot PN, Blazina L. The pathophysiology of dementia. Morris I.C. ed. Handbook of dementing illness. New York: Marcel Dekker 1994:461–75.
- 3 Wettstein A, Brändle D. Verhaltensstörungen bei Demenz: Praxiserfahrungsbericht von Milieuthera­pie und Risperdal-Behandlung in Schweizer Grundversorgerpraxen. Intercura 2002;79:31–42.
- 4 Feldmann H. Therapeutic benefits of AC-inhibitor therapy in moderate to severe Alzheimers disease. In Proceedings of 6th International Springfield Symposium on Advances of Alzheimer Therapy. Stockholm April 5–8;2000.
- 5 De Deyn P, et al. A randomised trial of risperidone, placebo and haloperidol for behavioural symptoms of dementia. Neurology 1999;53:946–55.
- 6 Katz I, et al. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioural disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. J Clin Psychiatry 1999;60:107–15.
- 7 Jeste D, et al. Lower incidence of tardive dyskinesia with risperidone compared with haloperidol in older patients: JAGS 1999;47:716–9.

- 8 De Deyn P. Risperidone in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. Intern. Psychogeriatrics 2000;12, suppl. 1:263–9.
- 9 Wettstein A, Hanhart U. Milieuthera­pie für Demenzkranke. Angepasste, regelmässige Stimulation durch angenehm erlebte Aktivitäten. Praxis 2000;89:281–6.
- 10 Wettstein A, Gesall U, Mehr C. Verhaltensverbesserungen dementer Patienten während Entlastungsaufenthalten mit Laienbetreuung. Auswertung der Spitex-Ferienwochen des Stadtärztlichen Dienstes und des Zivilschutzes Zürich. Schweiz. Ärztezeitung 1990;71:1880–6.
- 11 Gerdner LA. The effects of individualised and classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer disease and related disorders. Intern. Psychogeriatrics 1999;11, suppl. 1:8.
- 12 Rossberg-Gempton I. The potentiality of creative dance to enhance physical and effective functioning in frail seniors and young children. Intern. Psychogeriatrics 1999; 11, suppl. 1:199.
- 13 Woods DL, Dimond M, Heitkemper M, Letz M, Elmore S. The effect of therapeutic touch on cortisol and agitated behaviour in individuals with dementia of the Alzheimer type. Intern. Psychogeriatrics 1999; 11, suppl. 1:166.

Korrespondenz:
 PD Dr. med. Albert Wettstein
 Chefarzt Stadtärztlicher Dienst
 und Co-Leiter Zentrum
 für Gerontologie
 Universität
 Postfach
 CH-8035 Zürich
wettstein.albert@pzz.stzh.ch