

## Verhaltensstörungen bei Demenz Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Version 2, Oktober 2017

PD Dr. med. Thomas Münzer

### Einleitung

Bei von einer Demenz betroffenen Patienten kommt es im Laufe der Erkrankung oft zu Störungen des Verhaltens und der Psyche. Diese Störungen werden in der Literatur als BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) beschrieben. Zu den häufigsten Verhaltensstörungen zählen körperliche Aggressivität, Agitation, motorische Überaktivität (Wandern), Enthemmung, Schreien, Tag-Nacht-Umkehr und Ruhelosigkeit. Zu den häufigsten psychischen Symptomen zählen Depression, Angst, Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Solche Störungen stellen eine grosse Belastung für die Betreuenden dar und, führen oft zur Institutionalisierung und/oder zum exzessiven Gebrauch psychotroper Substanzen. Im Folgenden sind Therapieoptionen für BPSD zusammengefasst. Zu bemerken ist, dass in der Literatur bei den Empfehlungen nicht zwischen spezifischen Behandlungen für einzelne Störungen unterschieden wird. Einige Verhaltensstörungen sprechen zudem nicht gut auf eine medikamentöse Therapie an.

Diese sind

- Wandern, andere Zimmer betreten
- unangebrachte Miktion
- Weglaufen
- Störende Äusserungen fallen lassen

### Therapie

Ein Delirium oder eine andere medizinische Ursache (Infekt, Schmerzen) muss zuerst ausgeschlossen werden. (siehe Guideline Delir: Ursachen)

Als nächster Schritt sollte versucht werden, das Pflegemilieu zu optimieren

- Reduktion der Umgebungsstimuli
- Optische Marker helfen Grenzen ein zu halten
- Merkbblätter reduzieren repetitive Fragen
- Die Patientenzusammensetzung auf der Station kann verantwortlich sein
- Ist das inadäquate Verhalten nur situationsbezogen?
- Strukturierte Angebote helfen Bewegungsdrang zu minimieren
- Optimierung des Umgangs mit Patienten um Eskalationen zu vermeiden:
  - Ruhiger aber bestimmter Umgangston
  - Betonung von Mimik und Einsatz der Hände
  - Ein-Schritt-Anweisungen geben
  - Ausreichend Zeit zwischen Ankündigung und Durchführung verstreichen lassen
  - Interventionsversuche in 30 min Abständen wiederholen

*Acetylcholinesterasehemmer (Reminyl®, Exelon®, Aricept®) zur Behandlung der BPSD*

Eine spezifische antidementive Therapie mit einem Acetylcholinesterasehemmer ist bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz (MMS > 10) indiziert und kassenzulässig. Die Wirksamkeit kann sich neben der Verbesserung/Stabilisierung der Selbständigkeit in den täglichen Aktivitäten auch in der Stimmung oder des Verhaltens zeigen (siehe Guideline Demenz)

*Memantin (Axura®, Ebixa®)*

Memantin ist aktuell bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Alzheimer Demenz vor allem zur Behandlung von Verhaltensstörungen (z.B. Aggressionen) indiziert, kassenzulässig aber nur bei einem MMS von 3 - 14.

*Neuroleptika*

Obschon Neuroleptika in erster Linie für die Behandlung von psychischen Störungen wie Schizophrenie zugelassen sind, ist der "off-label" Gebrauch bei zu Hause und in einer Institution lebenden von Demenz betroffenen Menschen weit verbreitet. Aus Angst vor extrapyramidalen Symptomen und tardiven Dyskinesien werden zunehmend atypische Neuroleptika eingesetzt. Aus dieser Gruppe von Medikamenten hat einzig Risperdal die Zulassung zur Behandlung von BSPD und ist in dieser Indikation am besten untersucht. Es ist aber auch das atypische Neuroleptikum, das am ehesten eine extrapyramidale Symptomatik verursacht.

Bei der Wahl anderer Neuroleptika sind vor allem die Nebenwirkungen ein wichtiges Selektionskriterium.

Für die atypischen Neuroleptika Olanzapin und Risperidon wurden bis dreimal häufigere zerebrovaskuläre Ereignisse (0.2-0.7% bei Placebo versus 1.3-1.7% unter Olanzapin oder Risperidon) beschrieben bei 12-wöchiger oder kürzerer Studiendauer. Unter Behandlung mit atypischen Neuroleptika scheint das Risiko, ein thromboembolisches Ereignis zu erleiden, ebenfalls erhöht zu sein. Bei Neuroleptikaesatz zur Behandlung von BSPD wurde ebenfalls eine erhöhte Mortalität nachgewiesen.

Grundsätzlich gilt, dass eine neuroleptische Therapie zur Behandlung von BSPD **keine Langzeittherapie** ist. Die Wahl des Neuroleptikums sollte auf die vorliegende Symptomatik abgestimmt sein und in langsam steigender Dosierung eingesetzt werden.

Bei Ansprechen auf die Therapie sollte die Dosis schrittweise wieder reduziert werden.

Therapieschema

Aggression, Agitiertheit, Tag/Nachtumkehr und andere „plus“ Symptome			
		Dosis	Cave
leicht	Dipiperon®	10–80–120mg	
	Risperdal®	0.25-1mg	
schwer	Nozinan®	5-100mg	cave Hypotonie
Zusätzliche Therapiemöglichkeiten			
	Temesta ®	0.5-4mg	
Wahnvorstellungen, Halluzinationen			
Alzheimer -und vaskuläre Demenz			
1. Wahl	Dipiperon®	10-80mg	
2. Wahl	Haldol®	0.5 – 3mg-	
3. Wahl	Risperdal®	0.25 – 1mg	
Lewy-Body und Parkinsondemenz			
1. Wahl	Seroquel®	12.5 – 200mg	
2. Wahl	Leponex®	6.25 – 50mg	Agranulocytose

### *Antidepressiva*

Falls der Verdacht einer Depression besteht, empfiehlt sich die Gabe von Citalopram, das eher aktivierend wirkt. Bei Angstsymptomatik und/oder Schlafstörungen bei depressiver Symptomatik empfiehlt sich die Gabe des sedierenden Mirtazapin (Remeron®) abends.

#### **Literatur:**

Pharma-Kritik, Atypische Neuroleptika bei Demenz Jahrgang 28, 11/2006  
Domenico Cucinotta et al., Affective, Behavior and Cognitive Disorders in the Elderly, Arch of Gerontol. Geriatr. Suppl., Volume 44, Supplement 1, 2007  
BPSD Educational Pack, Modul 1, International Psychogeriatric Association 2002

Dr. med. Stefan Pazeller  
St. Gallen 06.07.2007