



VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER SEELISCHEN GESUNDHEIT IM ALTER e.V.

Thema: Brennpunkte in der Demenzversorgung

Referent: Dr. med. Klaus Gebel

16.03.2016

1. Schlafstörungen
2. Depression
3. Angst
4. Psychose
5. Aggression
6. Agitiertheit
7. Apathie
8. Sexuelle Funktionsstörungen

Neuropsychiatrische Symptome

Allgemein

- mindestens 1 Symptom 56 – 74 %
- Zunahme der Anzahl mit Demenzschwere
- Depression, Rückzug, Angst eher am Anfang
- Agitiertheit, Enthemmung und Aggression fortgeschrittene Stadien
- sehr variable Verläufe – individuelle / interindividuelle

- cache county dementia progression study

50 % bei Diagnosebeginn: mindestens 1 NPS Symptom

18 % Psychose

39 % affektive Störung

17 % Apathie

10 % Aggression / Agitiertheit

→ im Verlauf bei fast 90% aller Demenzen

v.a.

- Apathie
- Aggressivität und Unruhe 48-82%
- Depression 8-74%
- Ängstlichkeit 7-69%
- Körperliche Aggression 11-44%

Behandlungsbedürftigkeit Neuropsychiatrischer Symptome

- Zeitungsberichte über Gewalttaten Dementer
- Aggression gegen Personal

138 Altenpfleger(innen) in 6 Altenwohnheimen
59 % 1x/Woche angegriffen
16 % tägliche Angriffe

- schlechtere Prognose
- schnellerer kognitiver Abbau
- schnellerer Verlauf zum Tod
- größere funktionelle Beeinträchtigung
- frühere Institutionalisierung
- QAL erniedrigt
- größere neuropathologische Veränderungen
- mehr emotionale Belastung der Betroffenen / Pflegepersonen

1. Allgemein

- Letalität und Mortalität
- Kognitiver Abbau und QoL erniedrigt
- Kosten für den einzelnen / Allgemeinheit (Krankenhaus, Institutionalisation)

2. Individuell

- Fremdgefährdend (z. B. aggressiv, sexuell)
- Eigengefährdend (Wandering, Davonlaufen)
- „disstressing“ (Zeit einnehmend, Erhöhung Pflegebedarf, kostenintensiv, z. B. Überwachungssysteme, größere emotionale Belastung für Personal / Angehörige)

Folgende Dimensionen werden evaluiert:

- Wahn
- Halluzination
- Agitiertheit
- Depression / Dysphorie
- Angst
- Verhalten in der Nacht
- Euphorie
- Apathie
- Enthemmung
- Irritabilität
- Auffälliges motorisches Verhalten
- Essverhalten

Gerated nach Häufigkeit und Schwere

Verhaltensmodifikation
Psychologische Therapie
Medikamentöse Therapie



inadäquat
bis heute

Effektive Therapie hätte zur Folge:

- Therapieverlauf modifizieren
- Kostenreduktion
- Lebensqualitätsverbesserung
 - Für Betroffene
 - Für Pflegepersonen
- schon im Stadium der MCI vorhanden

- Eine große Herausforderung und vordringliche Priorität für alle ist
 - effektivere
 - besser tolerierbare

Therapiemethoden zu finden

A) Wann muss ich institutionell etwas verändern?

- baulich
- Überwachung
- Personal

B) Wann kann die Medizin / Doktor mir helfen?

- medikamentös
- nicht medikamentös
(Beratung, Psychotherapie etc.)

I Causal / krankheitsmodulierend

II Symptomatisch

- weiterhin keine bekannt
- vermutlich zum Zeitpunkt der Erstmanifestation keine Wirkung mehr
- nur in prämorbidem Status wirksam?
- Studien laufen, Ergebnisse noch nicht verfügbar

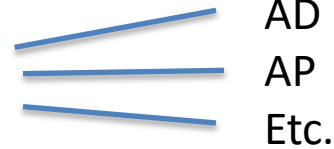
II Symptomatisch

I. Pharmakologisch

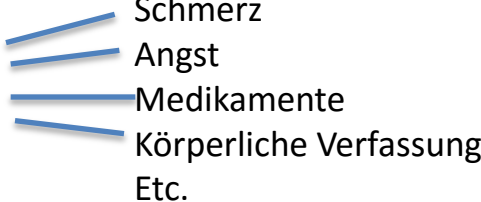
A. Acetylcholinesteraseinhibition

B. Memantine

C. Symptomorientierte Therapien



II. Nicht pharmakologisch

- evaluiere auslösende Situation /Faktoren
 - definiere Zielsymptomatik
- z. B. Hunger, Schmerz, anderer Heimbewohner
- An erster Stelle
 - Umgebungsmodifikation
 - psychologische / situative Therapien
 - Erst dann medikamentöse Therapien
 - zuerst Acetylcholinesterasehemmer
 - dann erst symptomatische medikamentöse Maßnahmen (z.B. Neuroleptika, AD, Hypnotika etc.)
- 
- Schmerz
 - Angst
 - Medikamente
 - Körperliche Verfassung
Etc.

- Watchful – Waiting
- ~ 4 Wochen Datenerhebung in Kombination mit einfachen personenorientierten, psychologischen, sozialen, umgebungsbedingten Interventionen

→ dann erst Medikamente

Acetylcholinesterasehemmer wirken eher bei Depression, Angst, Apathie, Dysphorie

Memantin ggf. besser bei Psychose, Aggressivität, Irritabilität, Agitiertheit

Citalopram = Risperidon bei Agitiertheit, Aggression

Nicht pharmakologische Interventionen

Cohen – Mansfield 2007

Personifizierte Musik

Strukturierte soziale Interaktion

Aktivität initiieren

brief psychosocial therapy 10-30 persönliche soziale Interaktion

ABC – approach (antecedent/behavior/consequence)

Aggressivität

Typische Neuroleptika

am besten Haloperidol (59% ->

Atypische Neuroleptika

Risperidon meiste Studien- bis
zu 2mg/Tag

effect size 0,2

Aripiprazol ~ gleich

Olanzapin eher schlecht

Quetiapin ineffektiv

- Farbentherapie
- Umgebung soll in Kontakt bleiben
- Routine aufrecht erhalten
- Lärmpegel reduzieren
- Nicht was man sagt, sondern wie man es sagt ist wichtig
- Familienmitglieder einbeziehen
 - Vorgeschichte über Vorlieben / Ablehnung
 - frühere Persönlichkeitseigenschaften
 - Reaktion auf Frustrationen

- Interdisziplinäre Teamwork

Reduziert Psychopharmaka auf < 5%

- Kernteam
 - Altenpflegerin
 - Sozialarbeiter
 - Psychiater
 - Geriatler
- 2x/Woche Besprechung

+ ggf. Altenpflegeassistent
Ergotherapeut
physikalischer Therapeut
Sprachtherapeut

Altenpflegeassistent macht die Hauptpflege

- Kognitions/Gefühlsorientierte (Remineszenz / Lebenslauf/ stimulated presence therapy, Validitionstherapie)
- sensorische Stimulationstherapien (Aroma / Licht / Massage / Berührungs-/Musiktherapie)
- Verhaltensmanagement
- Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie / Psychoedukation)
- tierassistierte Therapie (Exercise)

Neuropsychologisches Training + Gedächtnis

- Historie:**
- Hirnjogging
 - computergestützte Trainingsprogramme
 - mit Zusatzmerkmalen
 - bestimmte Gedächtnisprozesse
 - Motivation
 - Selbstregulationsfähigkeit
- Pathophysiologie**
- neuronale und funktionelle Restitution
 - synaptische Plastizität des Gehirns
- Ziele**
- Restitution (noch möglich!) / Funktionserhalt
 - Hilfestellung bei Alltagsbewältigung
 - supportive Maßnahmen / passive Kompensation (Anpassung der Umwelt)

Verbesserung / Aufrechterhaltung der Kognition - Leistungsfähigkeit	Kognitive Stimulation (Unspez. Kognitive Anregung)	Wirksam	In allen Schweregraden
	Kognitives Training (gezieltes Training spez. Teilfunktionen)	Wirksam	Leicht bis mittel
Einsatz von Lernstrategien	Imaginations- Strategie, semantische Elaboration	Fraglich wirksam	leicht
Erwerb von domänenspezifischen Wissens / Fertigkeiten	Auf dem implizierten Gedächtnis basierende Strategien	Wirksam	Leicht bis mittel
Ausgleich von Defiziten Förderung Funktions- Fähigkeit im Alltag	Kognitive Rehabilitation	Fraglich wirksam	leicht

Weiblich, 80 Jahre alt,
Weint oft, klagt darüber, dass sie zunehmend vergesslich werde,
sich nicht mehr freuen könne, lustlos, müde und schlapp sei,
ständig grüble, dass das Leben ihr nichts mehr biete, nachts keinen
Schlaf finde und an Gewicht verlierend

Depression

30-50% / -> oft induzierend Wahn /Aggression

- ACHE wirksam
- Memantin keine nachgewiesene Wirksamkeit
- MPH alte Berichte
- Citalopram / Sertralin

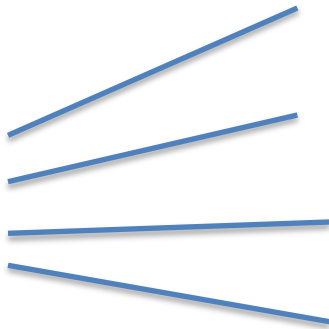
- Medikamente weniger wirksam als bei jungen Patienten
- höhere Nebenwirkungsrate
- Cave: anticholinerge NW
- Medikamente 1. Wahl in USA: Nortriptilen
- Algorithmus:

SSRI-> Nortriptilen → Mirtazapin + Venlafaxin →
Augmentation

- EKT möglich und wirksam
- Nicht so wirksam wie bei Nicht-Dementen
- Aber : FTD SSRI Mittel der ersten Wahl

Weiblich, 80 Jahre alt, schläft tagsüber, nachts ist sie wach, schreit und geht von Zimmer zu Zimmer, tagsüber ist sie müde.

Schlaf



OSA

REM sleep behavior disorder

RLS / PLMS

Nocturie

Schlafstörungen:

1. Niederpotente Neuroleptika
Melperon, Promethazin, Dominal
2. Zopiclon / Zolpidem
3. Sedierende Antidepressiva
Amitriptylin, Trazodon, Doxepin, Trimipramin, Mirtazapin
4. Atypische Neuroleptika
Quetiapin / Olanzapin
5. Varia
Chloraldurat, Clomethiazol

Psychose



Halluzination verschwindet oft < Mon.
Wahn persistiert

Männlich, 78 Jahre alt, behauptet, man habe ihm seine Unterwäsche gestohlen, muss ständig sein Zimmer verschließen, weil ständig Leute in sein Zimmer einbrechen würden. Nachts finde er keinen Schlaf, weil ständig Leute oder Tiere in seinem Zimmer herumlaufen würden und er Geräusche höre, die seinen Schlaf stören würden.

- am besten evaluiert und in Wirksamkeit nachgewiesen
- zeigt größte cost-benefit-ratio
- hilfreich für caregiver und Betroffene
- Mittel der 1. Wahl Neuroleptika
ggf. in Kombination mit Citalopram

Psychose

Risperidon

Olanzapin (nichtsignifikanter Trend)

Aripiprazol gut

Quetiapin kein Effekt

Carbamazepin Effekt klein

Valproat kein sicherer Effekt

Prazosin

Agitation (20% ambulant, 40-60 NH)

Weiblich, 83 Jahre alt, ist tagsüber ruhig. Gegen 18:00 Uhr wird sie unruhig, möchte das Heim verlassen und möchte nach Hause gehen, weil ihre Mutter auf sie warte (Sundowning)

Männlich, 77 Jahre alt, geht ständig umher, kann kaum einige Zeit ruhig sitzen. Sucht immer wieder die Heimtüre und ist in Gefahr, ständig davonzurennen.

Oberbegriff für motorische oder vokale Verhaltensauffälligkeiten, die störend oder gefährdend sind in einer bestimmten Umgebung

Umfasst

- Irritabilität
- Ruhelosigkeit
- Schreien
- Drohgebärden / -verhalten
- Aggressivität
- Gewalt
- Kriminelles Verhalten (Straßenverkehr, Diebstahl etc.)
- Frustrationsausbrüche

Hohe Comorbidität mit Angst!

auch Depressiv, Paranoia, körperliches Missbehagen!

- Frage Unterschied mit / ohne Psychose
- keine Doppelblindstudien
- nur klinische Fallberichte
- Neuroleptika, Antidepressiva, Antikonvulsiva
- Abwägen Sedierung → Minderung Agitation
- Bedenke immer auch nicht pharmakologische Maßnahmen

Männlich, 80 Jahre alt, zieht sich teils unvermittelt vor den Anderen aus oder entblößt sein Genital. Beim Waschen fasst er die Pflegeperson an, dessen Brüste oder fordert sie auf, ihn zu befriedigen oder an sein Genital zu fassen. Ist oft mit sexuellen Sprüchen anzüglich.

Sexuelles Fehlverhalten (7-25%)

- zwar seltener, aber sehr belastend
- manchmal Ursache wahnhafter Fehlinterpretation
- kann ein Symptom der Demenz sein

- fehlende Hemmung – Frontalhirn
- vermehrtes Verlangen – Frontotemporal
- zwanghaftes Verhalten - Striatum / Basalganglien
- hormonelles Versagen – Hypothalamus

- stimulierende Medikamente absetzen
(L-Dopa, Androgene, Sedativa, Hypnotika, Trazodon)
- SSRI
- Cimetidine (600-1600mg / Tag)
- Pindolol
- Antipsychotika ?!
- Testosteronantagonisten

Auffälliges Sexualverhalten

- Keine kontrollierten Studien
- Nur Fallstudien /Einzelfälle
 - Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin
 - Memantin
 - Clomipramin, Citalopram, Paroxetin
 - Lithium
 - Rivastigmin
 - Carbamazepin / Gabapentin
 - Medroxyprogesteron
 - Cimetidin, Spironolacton

Männlich, 75 Jahre alt, seit 7 Wochen im Heim
Schlägt unvermittelt andere Heimbewohner, bei pflegerischen
Verrichtungen schlägt um sich mit Händen und Füßen, wird
aggressiv, wenn man ihm den Ausgang verwehrt oder seinen
Aktivitäten etwas entgegensetzt

Weiblich, 82 Jahre alt, seit 2 Jahren im Heim
Sitzt den ganzen Tag nur herum, starrt ins Leere.
Nimmt nicht an Gesprächen mit den Heimbewohnern um sie
herum teil, lässt sich kaum zu etwas bewegen, fängt von sich aus
keine Aktivität an.

- Verlust oder verminderte Motivation im Vergleich zu früherem Verhalten des Betroffenen – wird vom Patienten selber oder von Dritten berichtet
- Vorhandensein von mindestens 1 Symptom in mindestens 2 oder 3 fortlaufenden Bereichen für mindestens 4 Wochen, während der meisten Zeit in dieser Periode.

- Beide Symptome werden oft verwechselt
- Sie sprechen therapeutisch auf unterschiedliche Therapiemaßnahmen an
- Bei Apathie: können sich durchaus bei entsprechender Situation / Stimulation freuen
- keine zielgerichtete Aktivität
- Klagen – im Gegensatz zu Depressionen – nicht über die Beeinträchtigung

Verlust / Verminderung eines zielgerichteten Verhaltens wie z. B.
Verlust selbstinitiierten Verhaltens (Gespräch beginnen, nach sozialen Kontakten suchen, nach Kommunikationswahlmöglichkeiten suchen,, grundlegende Lebensaktivitäten beginnen)

Verlust der Umgebungsstimulation (auf Gespräche antworten, an sozialen Aktivitäten teilnehmen)

Verlust / Minderung zielgerichteter kognitiver Aktivität
Wie z.B. Verlust spontaner Ideen, Neugierde auf neue Ereignisse
/ Tätigkeiten / herausfordernde Aufgaben; Neuigkeiten, soziale
Gelegenheiten

Persönliche / familiäre / soziale Angelegenheiten

Verlust von umgebungsstimulierten Ideen und mangelndes
Ansprechen auf Neuigkeiten und neue Ereignisse

Verlust oder verminderte Gefühle,
z. B. Verlust spontaner Emotionen, schwache oder fehlende Emotionen,
abgeflachte Emotionen

Verlust der gefühlsmäßigen Antwort auf positive/negative Stimuli (Ereignisse)
Oder mangelnde/abgeschwächte Reaktion gefühlsmäßig auf erregende
Ereignisse/Verlusterlebnisse/Krankheiten/gefühlsmäßige Neuigkeiten

- Diese Symptome induzieren bedeutsame Beeinträchtigung persönlich, sozial,
berufsmäßig oder in anderen bedeutenden Bereichen des Funktionierens
- Kann nicht durch andere Behinderungen (körperlich, motorisch,
Bewusstseinsstörung) oder Medikamente / Toxine erklärt werden

Medikamente und Apathie

- ACHE Hemmer (Memantin)
- AD (Bupoprion / Citalopram)
- Stimulantien (MPH 10-140mg / Tag)

- weniger Erfolg: Antipsychotika
Antikonvulsiva

- ACHE
- SSRI mit antriebssteigerndem Effekt
- Bupopron
- Dopaminagonisten
- Stimulanzen

Apathie

- 4 Wochen Studie
 - Musiktherapie
 - Kunsttherapie
 - Psychomotorische Aktivität erhöhen
- weniger Apathie

Weiblich, 82 Jahre alt, ist in ihrem Verhalten sehr wechselnd. Zum einen ist sie sehr müde, sitzt rum, spricht kaum. Dann wird sie unvermittelt unruhig, schreit oder schlägt teils unvermittelt herum und zeigt eine ausgeprägte Tag/Nachtumkehr. Die Zustände wechseln unvermittelt ohne oft erkennbare äußere Auslöser.

- Hypothetische Pathophysiologie

Dopaminspiegel erhöht

Acetylcholinspiegel erniedrigt

-> Kombination von

Anticholinergika + Neuroleptika

- Acetylcholinesterasehemmer
- Memantin
- Vitamin D (Spiegel > 30)
- Supplements (Diätetika)
 - z. B. Omega-3-Fettsäuren
 - Rule of thirties

Neuropsychiatrische Symptome - Pharmakasensitiv

- Wahn + Halluzinationen
- Depression
- Angst
- Schmerz
- (Agitiertheit)

Neuropsychiatrische Symptome - Pharmakaintensiv

- Wandering
- Schreien (außer vor Schmerz)
- Wiederholtes Fragen
- Psychomotorische Agitiertheit
- Schlafprobleme
- Sundowning (0,5 Melatonin / 4 Tage)

Zusammenfassung der Neuropsychiatrischen Symptome I

- Benutze immer verhaltenstherapeutische Interventionen
- Memantin + Acetylcholinesterasehemmer sind Mittel der 1. Wahl
- erniedrige oder beende schädigende Medikamente
- kontrolliere auch Delirsymptome

Zusammenfassung der Neuropsychiatrischen Symptome II

- im Falle einer Depression → AD
- falls maniform → Moodstabilizer
- falls paranoid ängstlich → Antipsychotika
- falls aggressiv
 - Antipsychotika
 - Schmerzmedikamente
 - Vermeide Austrocknung /Verstopfung
 - Carbamazepin / Valproat

Zusammenfassung

Neuropsychiatrischer Symptome III

- falls ruhelos → erwäge Akathesie / Schmerz / Verstopfung / Harnverhalten
- Schreien oder Stöhnen → denke an Schmerz
- wiederholtes Fragen → Verhaltensintervention
- Wandering → sichere die Umgebung
- Tag/Nacht-Umkehr → Lichttherapie am Morgen + Sport/Übungen am Morgen/Vormittag



VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER SEELISCHEN GESUNDHEIT IM ALTER e.V.

**Herzlichen Dank für Ihre Zeit
und Aufmerksamkeit!**

