



Abb.: PhotoDisc®

Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankungen

Schwere Aufgabe für Angehörige und Ärzte

Im späten Verlauf von Demenzerkrankungen sind Verhaltensstörungen ein häufiges Problem für Angehörige und professionelle Helfer. Vor einer Pharmakotherapie sollten eine sorgfältige Diagnostik und nicht-pharmakologische Interventionen stehen.

Demenzerkrankungen sind ein häufiges Krankheitsbild, das in unserer stetig alternden Gesellschaft weiter zunimmt. Alleine an Alzheimerdemenz sind in der Bundesrepublik Deutschland derzeit etwa 1 Mio. Menschen erkrankt, bis zum Jahre 2050 werden es über 2 Mio. sein. Stehen bei Krankheitsbeginn oft Gedächtnis- und Orientierungsstörungen im Vordergrund, nehmen im weiteren Verlauf nicht-kognitive Beschwerden wie Depressivität, Halluzinationen, Wahn und Verhaltensstörungen zu. Die Häufigkeit solcher Störungen wird auf über 25% bei den zu Hause gepflegten Patienten und über 50% bei den voll hospitalisierten Patienten mit M. Alzheimer oder anderen Demenzformen geschätzt.

Zirkadianer Rhythmus außer Takt

Den Verhaltensstörungen Demenzkranker liegt häufig eine Störung der zirkadianen Rhythmik zugrunde. Störungen des Tag/Nacht-Rhythmus zeigen sich entweder in einer gleichmäßig über alle Stunden des Tages verteilten erhöhten Aktivität oder in einer Umkehrung des normalen Aktivitätsmusters mit einer erhöhten Nachtaktivität und ausgeprägter Tagesmüdigkeit und Schlaf am Tage. Eine weitere zirkadiane Verhaltensstörung mit großer klinischer Bedeutung ist das „Sundowning“. Hier kommt es zu agitiertem oder verwirr-

tem Verhalten in den Nachmittag- und Abendstunden.

Die Verhaltensstörungen Demenzkranker führen häufig zu einer erheblichen Störung der Nachtruhe der Angehörigen und sind nicht selten Ursache schwerer Schlafstörungen oder depressiver Anpassungsstörungen bei den Betreuungspersonen. Insbesondere die zirkadianen Verhaltensstörungen sind häufig ein Symptom, das zur dauerhaften Vollhospitalisierung der betroffenen Patienten führt, die ansonsten von den Angehörigen zu Hause gepflegt werden könnten. Eine effektive Behandlung dieser Beschwerden führt sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen zu einer erheblichen Steigerung der Lebensqualität.

Primärtherapie ohne Medikamente

Bei einem Neuauftreten von Verhaltensstörungen müssen sowohl metabolische als auch endokrinologische (insbesondere die Schilddrüsenfunktion), sowie pharmakologische oder andere Ursachen (Dehydratation, Harnwegsinfekt, arterielle Hypertonie, Schmerzen, etc.) ausgeschlossen werden. Bei exzessiver Tagesmüdigkeit ist an ein Schlaf-Apnoe-Syndrom oder ein Restless-Legs-Syndrom zu denken.

Vor einer Medikation sollten nicht-pharmakologische Interventionen genutzt werden. Hier steht eine feste Ta-

gesstrukturierung und eine befriedigende Ausschöpfung der verbliebenen Fähigkeiten der Patienten („Ressourcenaktivierung“) im Vordergrund. Es sollten feste Zeiten für das Aufstehen, Zu-Bett-Gehen und die Mahlzeiten eingehalten werden. Dasselbe gilt für körperliche Aktivitäten, die möglichst in den Vormittagsstunden eingeplant werden sollten. Sinnvoll ist auch eine angemessene Beteiligung im Haushalt oder bei Freizeitbeschäftigungen (Bastelarbeiten, Malen). Emotionale Funktionen bleiben oft wesentlich länger erhalten als kognitive Funktionen, so dass sich die Beschäftigung mit Musik(therapie) oder biographische Arbeit (z. B. Fotos) anbietet. Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen kann diese Arbeit auch von Tagesstätten übernommen werden.

Neuroleptika sind kein Allheilmittel

Die medikamentöse Behandlung ist häufig schwierig. Es gibt keine sicher wirkenden Pharmaka. Die Patienten sind häufig multimorbide und leiden schnell unter lebensbedrohlichen Nebenwirkungen. Bei der pharmakologischen Therapie sollte prinzipiell mit niedrigen Dosierungen begonnen und eine langsame Aufdosierung angestrebt werden. Die Indikation sollte regelmäßig – d. h. mindestens alle 3 Monate neu geprüft werden.

Pharmakologische Therapieschemata sehen zumeist niedrigdosierte **Neuroleptika** vor. Die klassischen Neuroleptika wie Haloperidol (0,5 bis 3 mg) oder Pipamperon (20 bis 120 mg) werden häufig erfolgreich eingesetzt, sollten jedoch wegen der nicht selten irreversiblen extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen und der damit verbundenen erheblich vergrößerten Sturzgefahr vermieden werden.

Von den atypischen Neuroleptika ist die Effektivität von Risperidon (0,5 bis 2 mg) am besten untersucht. Olanzapin (2,5 bis 5 mg) scheint ebenfalls wirksam zu sein. Clozapin sollte wegen der erheblichen anticholinergen Nebenwirkungen und der damit verbundenen Gefahr eines Delirs nicht eingesetzt werden.

Therapeutische Alternativen

Alternativ ist der Einsatz von **Antikonvulsiva**, **Antidepressiva** oder **Antidementiva** in der Diskussion. Carbamazepin (100 bis 300 mg) wird in der Substanzklasse der Antikonvulsiva erfolgreich eingesetzt und bietet sich insbesondere an, wenn zusätzlich – wie gelegentlich bei der Alzheimerdemenz – epileptische Anfälle vorliegen. Bei den Antidepressiva gibt es Hinweise auf Wirksamkeit und gute Verträglichkeit von Cipramil 20 mg. Die Substanz kann bei Verhaltensstörungen mit zusätzlicher depressiver Symptomatik eingesetzt werden. Bei den Antidementiva ist die (moderate) Wirksamkeit von Acetylcholinesterasehemmern auf die kognitive Symptomatik bei Alzheimerdemenz mittlerweile unumstritten. Theoretisch begründete Vermutungen über eine Wirksamkeit auch bei nicht-kognitiver Symptomatik sind bisher klinisch nicht bestätigt worden.

Wegen der häufigen zirkadianen Charakteristik der Verhaltensstörungen dementer Patienten sind auch chronobiologische Interventionen erprobt wor-

Verhaltensstörungen bei Demenzen

1. Diagnostik und Therapie der Grundstörung

- Metabolische oder endokrinologische Erkrankungen (u. a. Diabetes, Schilddrüse)
- Exsikkose
- Arzneimittelnebenwirkung
- Schmerzsyndrom
- Infektion (u. a. Harnwege)
- Miktions-/Defäkationsstörung
- Seh-/Hörschwäche

2. Tagesstrukturierung, Ressourcenaktivierung

- feste Tagesstrukturierung (Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Mahlzeiten)
- körperliche Aktivität
- Förderung verbliebender Fähigkeiten (z. B. Basteln, Malen, Singen)
- Musik(-therapie), biografische Arbeit (z. B. Fotoalben)
- evtl. Tagesstätten

3. Pharmakotherapie

- Neuroleptika
 - atypisch: Risperidon 0,5 bis 2 mg, Olanzapin 2,5 bis 5 mg
 - klassisch: Haloperidol 0,5 bis 3 mg, Pipamperon 20 bis 120 mg
- Antikonvulsiva, Antidepressiva, Antidementiva
 - Carbamazepin 100 bis 300 mg
 - Cipramil 20 mg
 - (Acetylcholinesterasehemmer)
- Chronobiotika
 - Lichttherapie 8000 Lux, 30 min. morgens
 - Melatonin 3 mg, 21.00 Uhr (±15 min.)

den. Die Lichttherapie (8000 Lux, 30 min. morgens) hat sich als effektive Behandlungsmethode erwiesen. Aufgrund der Zielsymptomatik ist die Durchführung der Therapie jedoch erschwert.

Hoffnung durch Melatonin

Erste Ergebnisse über den Einsatz von Melatonin bei zirkadianen Verhaltensstörungen sind erfolversprechend. Das im Corpus pineale synthetisierte Hormon hat keinen eigenständigen sedierenden oder relaxierenden Effekt, sondern entfaltet seine Wirkung über die Synchronisierung biologischer Rhythmen und der damit verbundenen Taktung von Schlafbereitschaft oder motorischer Aktivität. Diese Rhythmisierung setzt eine gewissenhafte abendliche

Einnahme zur jeweils gleichen Uhrzeit z. B. Melatonin 3 mg um 21.00 Uhr voraus. Obwohl größere kontrollierte Untersuchungen noch ausstehen, ist das bei korrekter Anwendung nebenwirkungsfreie Präparat eine bedenkenswerte Therapiealternative. Derzeit ist Melatonin jedoch lediglich über die Internationale Apotheke zu beziehen. Die niedrigen Tagestherapiekosten von etwa 50 Cent werden allerdings von den Krankenkassen bislang nicht übernommen.

■ Dr. Richard Mahlberg,
Dr. Dieter Kunz
Prof. Dr. Andreas Heinz
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus
e-Mail: richard.mahlberg@charite.de