

V. Fachteil Psychiatrie

1. Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz

Torsten Kratz

Gerade zu Beginn der psychiatrischen Ausbildung stellen Verhaltensänderungen von Menschen mit kognitiven Defiziten eine große Herausforderung für den klinischen Alltag dar. Demenzkranke erleben, neben der Beeinträchtigung ihrer kognitiven Fähigkeiten mit zunehmendem Verlauf der Erkrankung, auch psychische Symptome. Gerade diese fordern jedoch häufig eine ärztliche Intervention. Häufig werden diese psychischen Symptome im Rahmen einer Demenz als Verhaltensauffälligkeiten oder nicht-kognitive Symptome bei Demenz bezeichnet. Abzugrenzen sind davon organisch-affektive und organisch-wahnhafte Störungen bei Demenz.

Ursachen der Verhaltensstörungen bei Demenz

Demenzpatienten entwickeln in Abhängigkeit vom Demenztyp unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten. Eindrücklich sind dabei produktive Symptome (Wahn, Aggressivität und Enthemmung), genauso häufig treten jedoch auch reaktive Symptome (Depressivität, Apathie, Nichtaufnahme von Nahrung) auf. Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Demenz können Teil der Demenzerkrankung sein (z.B. bei der Lewy-Körperchen-Demenz). In den meisten Fällen sind sie jedoch Ausdruck einer somatischen oder psychischen Komorbidität.

Häufige Ursache für Aggressivität, Unruhe und Enthemmung im Rahmen einer Demenzerkrankung sind Schmerzen (z.B. unerkannte Frakturen nach Stürzen

oder eine unbehandelte Osteoporose). Eine nicht sitzende und scheuernde Zahnprothese kann ebenfalls diese Symptome hervorrufen. Oft finden wir Digitalis- und Neuroleptikaüberdosierung sowie zahlreiche internistische Erkrankungen, wie Hypothyreose und Diabetes mellitus, aber auch Harnwegsinfekte oder eine Pneumonie als Ursache für die Auslösung von Verhaltensstörungen bei Demenz.

Der häufig verwendete Begriff der „Nahrungsverweigerung“ sollte heute nicht mehr verwendet werden. Bei der Nichtaufnahme von Nahrung sollte an eine Schluckapraxie, eine Dysphagie oder eine somatische und/oder psychiatrische Komorbidität gedacht werden. Eine der häufigsten Ursachen für die Nichtaufnahme von Nahrung im Rahmen einer Demenzerkrankung ist eine *Helicobacter pylori*-Besiedlung der Magenschleimhaut. Auch Digitalis- und Psychopharmakaüberdosierung, insbesondere jedoch eine Polypharmazie, können für die Nichtaufnahme von Nahrung verantwortlich sein.

Auch sind Bestehungs-, Einbruchs- und Eifersuchtswahn häufige Symptome im Rahmen einer Demenz. Sie können Ausdruck eines fortschreitenden neurodegenerativen Prozesses sein, aber auch im Rahmen kognitiver Fehlwahrnehmung verstanden werden. So kann ein Patient, der nur noch unzureichend hören und sehen kann, durchaus Schatten oder Geräusche fehlerwahrnehmen und dann eine scheinbare Wahnsymptomatik entwickeln. Auch die unbewusste, aber kontinuierliche Konfrontation mit den Defiziten eines Demenzkranken führt zu Verhaltensstörungen. So können Aggressivität oder Apathie die Folge sein.

Im Mittelpunkt des Umgangs und der Behandlung mit Verhaltensstörungen bei Demenz steht zunächst die Eruiierung der eigentlichen Ursache. In den meisten Fällen findet sich eine somatische Komorbidität, sodass die Behandlung der Verhaltensstörung im Rahmen der Demenz eine Behandlung der somatischen Komorbidität darstellt. Insgesamt ist ein Therapiekonzept notwendig, das medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren miteinander vereinbart.

Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz gehen häufig auf eine zusätzliche organische Erkrankung zurück, wie z.B. einen Harnwegsinfekt oder eine Exsikkose. Es gilt, zunächst die organische Ursache zu finden und zu behandeln.

Diagnostik und medikamentöse Therapie

Zunächst sollte eruiert werden, welcher Demenztyp vorliegt. Danach ist es notwendig, eine medikamentöse Basistherapie zur Behandlung der Demenzerkrankung auszuschöpfen. Erst dann sollte eine symptomatische Behandlung der Verhaltensstörung erfolgen. Eine symptomatische Behandlung von Aggressivität, Unruhe und Enthemmung kann durchaus mit einem hochpotenten Neuroleptikum erfolgen. Mittel der Wahl ist hierbei Risperidon. Reaktive Symptome, wie Depression, sozialer Rückzug, Apathie und Angst, können mit Mitteln zur Stimmungsaufhellung, Anxiolyse und Antriebssteigerung behandelt werden. Mittel der Wahl sind hierbei die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI).

Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Wesentlicher Grundsatz nicht-medikamentöser Therapieverfahren ist nicht nur die Behandlung des Patienten selbst, sondern die Einbeziehung des Umfeldes (Angehörige und Pflegekraft). Grundsatz ist hierbei das ressourcenorientierte Vorgehen. Anders als mit anderen Patientengruppen, mit denen verlorengegangene Fähigkeiten neu erlernt oder beübt werden, ist zur Vermeidung von Verhaltensstörungen im Rahmen der Demenz ein Paradigmenwechsel notwendig. Nur die Fähigkeiten werden beübt, die noch gut ausgeführt werden können. Die nicht mehr erhaltenen Fähigkeiten werden ausgeblendet, da im Rahmen der Demenzerkrankung Lernen und Erinnern gestört sind, sodass ein Betroffener keine Fähigkeiten neu erlernen kann. Sollte man dies trotzdem versuchen, werden Verhaltensstörungen die Folge sein.

Basis der nicht-medikamentösen Therapieverfahren sind das Aufklärungsgespräch mit Angehörigen und Patienten sowie die Biographiearbeit. Nicht-medikamentöse Therapieverfahren müssen auf die entsprechende Biographie des Betroffenen abgestimmt werden. Behandlung und Hilfen liegen in der Aufrechterhaltung alltagspraktischer Fertigkeiten und der Förderung der erhaltenen Kompetenz. Darüber hinaus liegen psychologische Therapieansätze, milieutherapeutische Interventionen, die Unterstützung pflegender Bezugspersonen und verschiedene Strategien zur kognitiven Aktivierung vor. Insbesondere sind spezifische Stimulationsverfahren, wie die Erinnerungstherapie (Reminiszenztherapie), die Selbsterhaltungstherapie nach Romero (SET) sowie das Kommunikationstraining hilfreich. Direkt intervenieren kann man über Milieugestaltung, Soziotherapie, Angehörigenarbeit, Musik-, Ergo- und Kunsttherapie.

Defizitorientiertes Vorgehen fördert Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Anders als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen erfolgt die Beübung der noch vorhandenen Leistungen. Nicht mehr vorhandene Funktionsfähigkeiten (z.B. das Gedächtnis bei der Alzheimer-Demenz) werden nicht beübt.

An psychotherapeutischen Verfahren kommen insbesondere kognitive Ansätze sowie die Validation zum Einsatz. Milieutherapeutische Interventionen geben dem Demenzkranken Orientierungshilfe, eine überschaubare Tagesstruktur sowie eine Konstante in Bezug auf die betreuenden Personen. Validation ist im engeren Sinne kein psychotherapeutisches Verfahren, aber eine notwendige Grundhaltung. Dabei muss es gelingen, in die Gefühlswelt des Demenzkranken hineinzufühlen, diese zu benennen und für gültig zu erklären. Die dadurch entstandene Nähe und das Vertrauen vermitteln Sicherheit, die wiederum zur Stärkung der emotionalen Gefühlswelt des Demenzkranken beiträgt und somit eine Reduktion von Verhaltensstörungen im Rahmen der Demenz erzielt.

Literaturempfehlung

Kratz T (2011) Konsil- und Liaisonpsychiatrie bei Demenz. In: Förstl H (Hrsg.) Demenzen in Theorie und Praxis. 395–418. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag Heidelberg

Kratz T (2012) Verhaltensstörungen bei Demenz. In: Wallesch CW, Förstl H (Hrsg). Demenzen. 303–315, 349–351.
2. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York