

Nicht medikamentöse Therapieoptionen bei behavioralen und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD)

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten häufig behaviorale und psychiatrische Symptome auf, die nicht nur für Betroffene, sondern auch für deren Betreuer eine enorme Belastung darstellen. Der Einsatz von Psychopharmaka ist bei dieser multimorbiden Patientengruppe oft schwierig und mit Nebenwirkungen verbunden. Deswegen stellen evidenzbasierte Leitlinien und Empfehlungen Interventionen nicht medikamentöser Art in den Vordergrund. Leider sind nur sehr wenige kontrollierte Studien vorhanden, die eine Wirksamkeit dieser Verfahren unterstreichen. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass sie gut wirken und Betroffene von ihnen profitieren. Sie können auch helfen, den Einsatz von Psychopharmaka zu limitieren. Im vorliegenden Text werden die gängigsten Verfahren vorgestellt.



Egemen Savaskan

von Egemen Savaskan

Neben kognitiven Störungen weisen Demenzerkrankungen, insbesondere die Alzheimer-Demenz (AD), eine Reihe von nicht kognitiven Symptomen auf, die als neuropsychiatrische Symptome der Demenz oder als behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD) zusammengefasst werden (1, 2). Die BPSD umfassen Depression und Apathie als die häufigsten Symptome, aber auch Angst, Euphorie, Agitation, Aggressivität, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Enthemmung und psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen. Während affektive Symptome die Demenzerkrankung vom Beginn des Krankheitsverlaufs an begleiten können, treten die psychotischen Symptome eher im späteren Verlauf auf. Die BPSD erschweren die Betreuung der Betroffenen und sind für eine schlechtere Prognose verantwortlich. Sie sind oft der Hauptgrund, warum eine (Psycho-)Pharmakotherapie in dieser multimorbiden und vulnerablen Patientengruppe eingesetzt werden muss.

Die evidenzbasierten Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften in deutschsprachigen Ländern empfehlen den Einsatz von nicht medikamentösen Therapieinterventionen nachdrücklich, um möglichst den Einsatz einer Psychopharmakotherapie zu vermeiden oder zu reduzieren (2, 3). Die Empfehlungen der Schweizer Fachgesellschaften zur Diagnostik und Therapie der BPSD betonen in ihrem Algorithmus explizit, dass vor dem Einsatz einer Psychopharmakotherapie die nicht medikamentösen Therapieoptionen ausgeschöpft werden sollen und diese auch weiterhin begleitend angeboten werden, wenn Medikamente eingesetzt werden müssen (2).

Die nicht medikamentösen Interventionen sind allerdings oft mit intensivem Einsatz von Fachpersonal verbunden, und die Finanzierung dieser Leistungen ist nicht ausreichend gewährleistet. Zudem sind kontrollierte, klinische Studien, die eine gute Evidenz nachweisen, oft

nicht vorhanden. Trotzdem soll der Stellenwert dieser Interventionen gestärkt werden. Denn sie können den Einsatz von Psychopharmaka mit möglichen Nebenwirkungen bei älteren Menschen limitieren.

Psychotherapeutische Verfahren

Heutzutage stehen für die Therapie der BPSD in dieser Patienten- und Altersgruppe gut angepasste psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung (4, 5). Dies sind in erster Linie kognitiv-behaviorale Verfahren, die vor allem bei Symptomen wie Depression und Angst gut wirken. Die Interventionen sind erfolgreicher, wenn die Betreuer miteinbezogen werden. Psychotherapie, kombiniert mit Psychoedukation und entlastenden Unterstützungsangeboten für die Angehörigen, bringt die besten Ergebnisse. Eine individualisierte Vorgehensweise mit Fokus auf die Alltagsprobleme der Betroffenen ist erfolgreicher.

Das «Verhaltensmanagement» ist eine solche Interventionsmöglichkeit und kann gut im klinischen Alltag eingesetzt werden (4). Es umfasst Massnahmen wie Stimuluskontrolle, Kommunikationstraining, Beratung der Betreuer, operantes Konditionieren und medizinische Abklärung der Begleiterkrankungen bei multimorbiden Patienten, um die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern. Neben Depression lassen sich Agitation und Aggressivität mit dieser Methode gut reduzieren. Patienten mit Demenz und Depression profitieren auch oft von «kognitiver Therapie» (6). Hier werden negativ besetzte, dysfunktionelle Gedankenmuster aktiv bearbeitet und im positiven Kontext neu interpretiert. Die angenehmen Erinnerungen und Erfahrungen aus der Biografie des Betroffenen werden aktiviert. Im Allgemeinen sind diese Interventionen im Anfangsstadium der Demenz gut einsetzbar. Im späteren Verlauf der Demenzerkrankung sind Multikomponentenprogramme mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Inhalt erfolgreicher (2). Für diese Verfahren bestehen ein hoher Evidenzgrad und gute Wirksamkeit.

Bewegungsförderung

Für diese Intervention liegen ein hoher Evidenzgrad und Wirksamkeit vor (2, 7). Bewegungsförderung ist gut in jedem Stadium der Demenz einsetzbar und sollte die bessere Orientierung der Betroffenen, aber auch die körperliche Aktivierung in den Vordergrund stellen. Grundsätzlich sollte dem Bewegungsdrang der Patienten unter Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte stattgegeben werden. Diese Intervention lässt sich gut mit Musik und Tanz kombinieren. Die Metaanalyse der vorhandenen kontrollierten Studien zeigt positive Wirkungen auf die funktionelle und kognitive Leistungsfähigkeit und BPSD (7). Regelmässiges Training ist allerdings eine wichtige Voraussetzung für eine gute Wirksamkeit.

Psychoedukation

Psychosoziale Interventionen wie psychoedukative Verfahren sind sehr wirksam hinsichtlich der Reduktion der BPSD und der psychischen Belastungsreaktionen der Betreuer (8, 9). Das Angebot umfasst Wissensvermittlung bezüglich Erkrankung, Prognose und Therapiemöglichkeiten sowie Selbsthilfestrategien. Es kann als Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden und ist erfolgreicher, wenn die Betreuer miteinbezogen werden. In der Gruppentherapie kann der Erfahrungsaustausch einen zusätzlichen Gewinn bringen. Gefördert wird in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie die Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen und Sicherheit und Gelassenheit im Umgang mit dieser Erkrankung zu erlangen. Die Psychoedukation ist ab Beginn bis zum mittleren Stadium der Krankheit gut einsetzbar und wirksam. Für die Angehörigen sind Gruppenangebote besser geeignet.

Die Intervention sollte mit sozialer Beratung unterstützt und entlastende Angebote sollen zur Verfügung gestellt werden (10), das steigert nachweislich die Wirksamkeit der Psychoedukation. Die Sozialberatung umfasst finanzielle, gesetzliche und organisatorische Aspekte in Zusammenhang mit der Krankheit und aktive Unterstützung bei Anträgen. Die Vermittlung von entlastenden alltäglichen Angeboten ist wichtig, um den Betroffenen und deren Betreuern den Zugang zu verschiedenen Angeboten zu erleichtern.

Angehörigenbasierte Interventionen

In der Therapie der Betroffenen mit Demenz und BPSD sollen die Angehörigen immer mitberücksichtigt werden. Die klinische Evidenz für die Wirksamkeit von angehörigenbasierten Verfahren in der Begleittherapie der BPSD ist zwar inkonsistent, aber es sind einige Studien vorhanden, die eine gute Wirksamkeit zeigen (4, 11). Vor allem die Depression bei Angehörigen verbessert sich. Sie sind zudem eine gute Ergänzung zur Psychoedukation und basieren in erster Linie auf Verfahren wie kognitivem Verhaltenstraining. Sie können helfen, eigene Ressourcen optimal auszunutzen und neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Für pflegende Angehörige wird die Kombination mit entspannenden körperlichen Übungen empfohlen. Zu den Therapiezielen gehören eine Verbesserung im Umgang mit dem demenziell Erkrankten, die Minderung funktioneller Abhängigkeit vom Betreuer und allgemein die Reduktion der emotionalen Belastung für beide. Die Milieutherapie zielt auf eine Umweltgestaltung, die eine gute Orientie-

rung für Betroffene mit Demenz schafft und Unter- sowie Überforderung vermeidet (4, 12). Sie berücksichtigt Faktoren der räumlichen und sozialen Umgebung und enthält Massnahmen zur Tagesstrukturierung. Dadurch wirkt sie sich auf die Lebensqualität positiv aus und kann helfen, die BPSD zu mindern. Vor allem Angst, Unruhe und Aggressivität können verhindert werden. Die Kompensation der krankheitsbedingten Einschränkungen sowie die Schaffung eines sicheren Umfelds hinsichtlich der Sturzprophylaxe sind ebenfalls wichtige Faktoren, die mitberücksichtigt werden müssen. Denn milieutherapeutische Massnahmen sollen die Autonomie fördern und dem Stadium der Demenz angepasst werden. Die wichtigste Massnahme mit den grössten Auswirkungen ist aber die Fortbildung des Behandlungsteams bezüglich ihres Umgangs mit BPSD (4). Verschiedene Studien zeigen, dass dadurch vor allem die Aggressivität reduziert werden kann. Die Vermittlung von Wissen über die Demenz, deren Begleitsymptome und Bewältigungsstrategien führt zu einer Reduktion der Aggression und infolgedessen der Zwangsmassnahmen.

Aktivierungstherapie

Der Aktivierungstherapie sind verschiedene Interventionsmöglichkeiten wie die Ergotherapie zugeordnet, die, wie die klinische Erfahrung zeigt, gut bei Patienten mit einer Demenz wirken und eine kostengünstige Alternative zu anderen Therapiemöglichkeiten darstellen (13). Leider sind über diese Therapieverfahren kaum kontrollierte Studien vorhanden. Trotzdem sollten sie Teil des therapeutischen Angebots sein. Mittels dieser Interventionen werden gezielt Alltagsaktivitäten gefördert. Bei Betroffenen mit einer mittelschweren Demenz können sie zu einer Steigerung der Alltagskompetenz führen und indirekt die BPSD reduzieren. Ein individueller Ansatz mit Fokus auf die für den Betroffenen bedeutsamen Aktivitäten des Alltags ist insgesamt erfolgreicher.

Musiktherapie

Einige kontrollierte, klinische Studien weisen eine gute Wirksamkeit für die Musiktherapie bei BPSD nach (14, 15). Vor allem Agitation spricht gut auf die Musiktherapie an. Dabei kann die Intervention vom Musikhören bis zum selbst Musizieren variieren. Die Therapie kann einzeln und in Gruppen angeboten werden. Die Berücksichtigung der individuellen Vorlieben und der biografische Bezug zu einzelnen Musikformen verstärkt die Wirkung. Musik kann gut mit Bewegung (eventuell Tanz) und sensorischer Stimulation kombiniert werden. Dadurch kann sie auch bei mittelschwer bis schwer dementen Patienten eingesetzt werden. Die Wirkung tritt schon während der Intervention ein und wirkt im Anschluss nach. Leider ist sie nicht lange anhaltend, weswegen die Intervention regelmässig wiederholt werden muss.

Über die Wirksamkeit der Kunsttherapie, vor allem der visuellen Kunst, gibt es wenige Fallbeschreibungen und kontrollierte Studien in kleinen Kohorten (16). Die klinische Erfahrung zeigt, dass sowohl selbst Kunst zu machen als auch sie wahrzunehmen Aufmerksamkeit, affektive Symptomatik, BPSD und Sozialverhalten verbessert. Diese Intervention sollte dem Stadium der Demenz angepasst angeboten werden.

Validation

In der Validation wird ein personenzentrierter und wertschätzender Ansatz als Grundhaltung der Betreuer befolgt (2, 4, 17). Eine wohlwollende und motivierende Bestätigung des Ausdrucks von Gefühlen soll die individuelle Einzigartigkeit bei Demenzpatienten betonen und helfen, ungelöste Konfliktsituationen im Alltag zu bewältigen. Die Wahrnehmungskompetenz und positive Wertschätzung der Pflegenden wird durch das Validationsverfahren gestärkt. Die Studienresultate sind inkonsistent (4, 17). Wenige Studien zeigen, dass Validation bei BPSD wie zum Beispiel Irritation gut helfen kann. Aber es sind auch Studien ohne positiven Befund vorhanden. Grundsätzlich sollte eine validierende Haltung die Grundlage pflegerischer Handlungen ausmachen. Die Wirkung der Intervention kann in Kombination mit anderen Verfahren wie zum Beispiel Musik- oder Aromatherapie verstärkt werden.

Reminiszenztherapie

In der Reminiszenztherapie werden alltägliche Materialien wie zum Beispiel Zeitungen und Haushaltsachen mit individuellem Bezug eingesetzt, um Gedächtnisfunktionen zu stimulieren und um zu helfen, möglichst positive Erfahrungen aus der eigenen Biografie zum Ausdruck zu bringen (2, 4). Es sind wenige kleine, kontrollierte Studien mit diesem Verfahren vorhanden. Neben Studienresultaten mit negativen Befunden gibt es auch Hinweise, dass vor allem affektive Symptome von der Reminiszenztherapie profitieren können.

Realitätsorientierungstherapie

Orientierungsstörungen erschweren bei Betroffenen mit einer Demenzerkrankung die Alltagsfunktionen. Die Realitätsorientierungstherapie ist darauf ausgerichtet, durch ein Angebot an Orientierungshilfen die Alltagsfunktionalität zu verbessern (4). Obwohl mehrere Studien mit diesem Verfahren vorliegen, zeigen nur wenige positive Ergebnisse. Vor allem der Affekt, aber auch andere BPSD scheinen von dieser Intervention zu profitieren. Die Kombination mit Reminiszenztherapie erhöht wahrscheinlich die Wirksamkeit. Die Institutionalisierung der Betroffenen kann verzögert werden. Elemente dieser Intervention sollten in der Milieugestaltung berücksichtigt werden.

Merkmale:

- In der Therapie der BPSD haben nicht medikamentöse Interventionsmöglichkeiten Vorrang. Sie sollten auch dann weiterhin angeboten werden, wenn Medikamente eingesetzt werden müssen.
- Psychotherapeutische Verfahren sind bei Betroffenen mit einer Demenzerkrankung gut einsetzbar und wirksam. Meistens sind das kognitiv-behaviorale Techniken.
- Für Bewegungsförderung besteht eine hohe klinische Evidenz in der Therapie der BPSD.
- Die Betreuer sollen bei der Therapie der BPSD möglichst immer mitberücksichtigt und in den Therapieprozess integriert werden. Psychoedukative und angehörigensbasierte Interventionen führen nicht nur bei den Betroffenen zur Symptomreduktion, sondern helfen auch, die Depressionen zu behandeln, die häufig bei betreuenden Angehörigen auftreten.

Kognitive Stimulation

Eine weitere Entwicklung der Realitätsorientierungstherapie ist die kognitive Stimulation, in der es weniger um die Vermittlung von neuem Wissen geht als um die Verbesserung der Informationsprozesse für den Erhalt und die Förderung der Funktionalität (4). Die meisten kontrollierten Studien mit diesem Verfahren zeigen keine ausreichende Evidenz, aber Menschen mit einer Depression können von diesem Verfahren profitieren. Die Effekte sind stärker gleich nach der Intervention, aber nicht lange anhaltend. Kognitive Stimulation sollte Teil einer Multikomponententherapie sein.

Snoezelen

Dieses Verfahren beruht auf der Hypothese, dass BPSD eine Folge von sensorischer Deprivation sein könnten, und benutzt multisensorische Stimulation durch angenehme optische, akustische und taktile Reize in Kombination mit Entspannungstechniken, um die Begleitsymptome der Demenz zu reduzieren (2, 4). Die Intervention erfolgt in speziellen Räumen, die solche Reize anbieten, und kann bis zu einer Stunde dauern. In wenigen Studien konnte eine Wirkung auf Depression, Aggressivität, Apathie und Agitation nachgewiesen werden. Aber es gibt auch Studien ohne klare Wirksamkeit. Die Wirkung ist zudem nur unmittelbar nach der Intervention ersichtlich und nicht dauerhaft.

Aromatherapie

Es sind einige kontrollierte Studien vorhanden, welche die Wirksamkeit von Aromastoffen bei BPSD nachweisen (2, 18, 19). Vor allem Agitation reagiert gut auf Aromatherapie, und diese Intervention ist bei schwer dementen Patienten einfach einsetzbar. Die meiste klinische Erfahrung liegt mit Lavendelöl vor, aber auch Melissenöl ist gut wirksam. Aromastoffe lassen sich vernebelt applizieren, oder das Öl wird in die Haut einmassiert. Es ist eine kostengünstige Intervention mit geringem Nebenwirkungspotenzial. Selten treten beispielsweise allergische Reaktionen auf. Man kann diese Intervention sehr gut mit basaler Stimulation kombinieren.

Basale Stimulation

Diese Intervention ist für schwer demente Patienten geeignet und ist auf einfache Formen der Kontaktaufnahme über den Körper ausgerichtet, um über Berührung und Bewegung zu kommunizieren und den Körper für den Betroffenen erfahrbar zu machen (2). Dadurch können Informationen über sich selbst und die Umwelt vermittelt werden. Der Aufbau von Vertrauen und die Vermittlung von Sicherheit können helfen, BPSD zu reduzieren. Basale Stimulation kann als Komponente der Körperpflege eingesetzt werden. ●

Adresse:

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan
Klinik für Alterspsychiatrie
Psychiatrische Universitätsklinik
Minervastrasse 145, 8032 Zürich
E-Mail: egemen.savaskan@puk.zh.ch

Literatur:

1. Lyketsos CG, Carrillo MC et al.: Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 532–539.
2. Savaskan E, Bopp-Kistler I et al.: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014; 103: 135–148.
3. S3-Leitlinie Demenz. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). 2016.
4. Livingston G, Johnston K et al.: Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1996–2021.
5. Brodaty H, Arasaratnam C: Meta-analysis of non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 946–953.
6. Scholey KA, Woods BT: A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clin Psychol Psychiatry* 2003; 10: 175–185.
7. Heyn P, Abreu BC et al.: The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1694–1704.
8. Hepburn K, Lewis M et al.: The Savvy caregiver program: the demonstrated effectiveness of a transportable dementia caregiver psychoeducation program. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 30–36.
9. Teri L, Gibbons LE et al.: Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2003; 290: 2014–2022.
10. Schoenmakers B, Buntinx F et al.: Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. *Aging Ment Health* 2010. 14: 44–56.
11. Cooper C, Mukadam N et al.: Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012; 24: 856–870.
12. Wojnar J: Die Welt der Demenzkranken: Leben im Augenblick (Altenpflege). Vincentz Network, Hannover, 2007.
13. Rieckmann N, Schwarzbach C et al.: Concepts of care for people with dementia. *GMS Health Technol Assess* 2008; 4: 1–9.
14. Gerdner LA: Effects of individualized versus classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 49–65.
15. Lord TR, Garner JE: Effects of music on Alzheimer patients. *Percept Mot Skills* 1993; 76: 451–455.
16. Chancellor B, Duncan A et al.: Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *J Alzheimers Dis* 2014; 39: 1–11.
17. Neal M, Briggs M: Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD001394
18. Thorgrimsen LM, Spector AE et al.: Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD003150.
19. Holmes C, Hopkins V et al.: Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: a placebo controlled study *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 305–308.