Demenztherapie

Pflege
und
Betreuung

nicht-medika-
mentöse
Therapie

medikamentöse
Therapie

Pflege und Betreuung

Pflege orientiert an emotionalen Bedürfnissen

Hilfsangebote und Beratung von Angehörigen wirken sich nachweislich positiv auf den Demenzkranken aus

Nichtmedikamentöse Verfahren

- Verhaltenstherapie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Bewegungstherapie
- Logopädie
- Selbsterhaltungstherapie (SET)
- Kunsttherapie
- Milieutherapie
- Musiktherapie
- Gedächtnistraining
- Realitätsorientierungstraining
- Reminiszenztherapie
- Validationstherapie
- Snoezelen
- Aromatherapie

Gedächtnistraining
(Gehirnjogging)

Vorraussetzungen:

- ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit (MMS 23 Punkte)
- individuelles Programm zur Vermeidung von Frustration

Studien: kein Effekt nachgewiesen

Realitätsorientierungstraining (ROT)

Voraussetzung:
ausreichende kognitive Leistung

Prinzip:
Information zur Orientierung immer wieder anbieten

Validation

dem Demenzkranken in dessen innere (Gefühls-)Welt zu folgen

- **diese zu benennen**
- **und zu bestätigen (für gültig erklären)**

Techniken der Validation

W-Fragen stellen, um Fakten zu erfahren, ohne Gefühle anzusprechen

- **wer, was, wo, wann, wie, ...**

Wiederholen

- **gleiche Worte, aber bestätigender oder fragender Unterton**

die selbe Haltung oder Körperspannung annehmen

- **nicht nachäffen**

Vorbeugung ?

- Bewegung
- Geistige Aktivität
- Nichtrauchen
- Geringe Mengen Alkohol (2 Glas Rotwein/Woche)
- Blutdruck senken
- Vitamin E und C
- im Kindesalter: Erwerb von Stressbewältigungsstrategien : Schulung von Aufmerksamkeit, Initiative, Musizieren (Myelinisierung von Assoziationsbahnen im Gehirn vermutlich durch Stress in Kindheit gestört, Assoziationsbahnen bei Alzheimer als erste betroffen, v.a. die wenig myelinisierten)

Medikamente bei Demenz

Reduzieren/Absetzen ungünstiger Medikamente:

Tranquilizer (Lorazepam, Oxazepam)
Trizyklische Antidepressiva (Saroten)
Antiparkinsonmittel
Digitalis
Betablocker
Opiate
Antibiotika

Antidementiva

EU-Richtlinie: 2 von 3 Kriterien

1. Test ↑
2. ADL ↑ (Aktivitäten des täglichen Lebens)
3. Ärztl. Gesamteindruck

Verlaufsverzögerung von 6-12 Monaten

Das bedeutet geringere Verschlechterung unter Behandlung

Effekt sichtbar?

Meist nein!

Cholinesterasehemmer

Aricept, Exelon, Reminyl

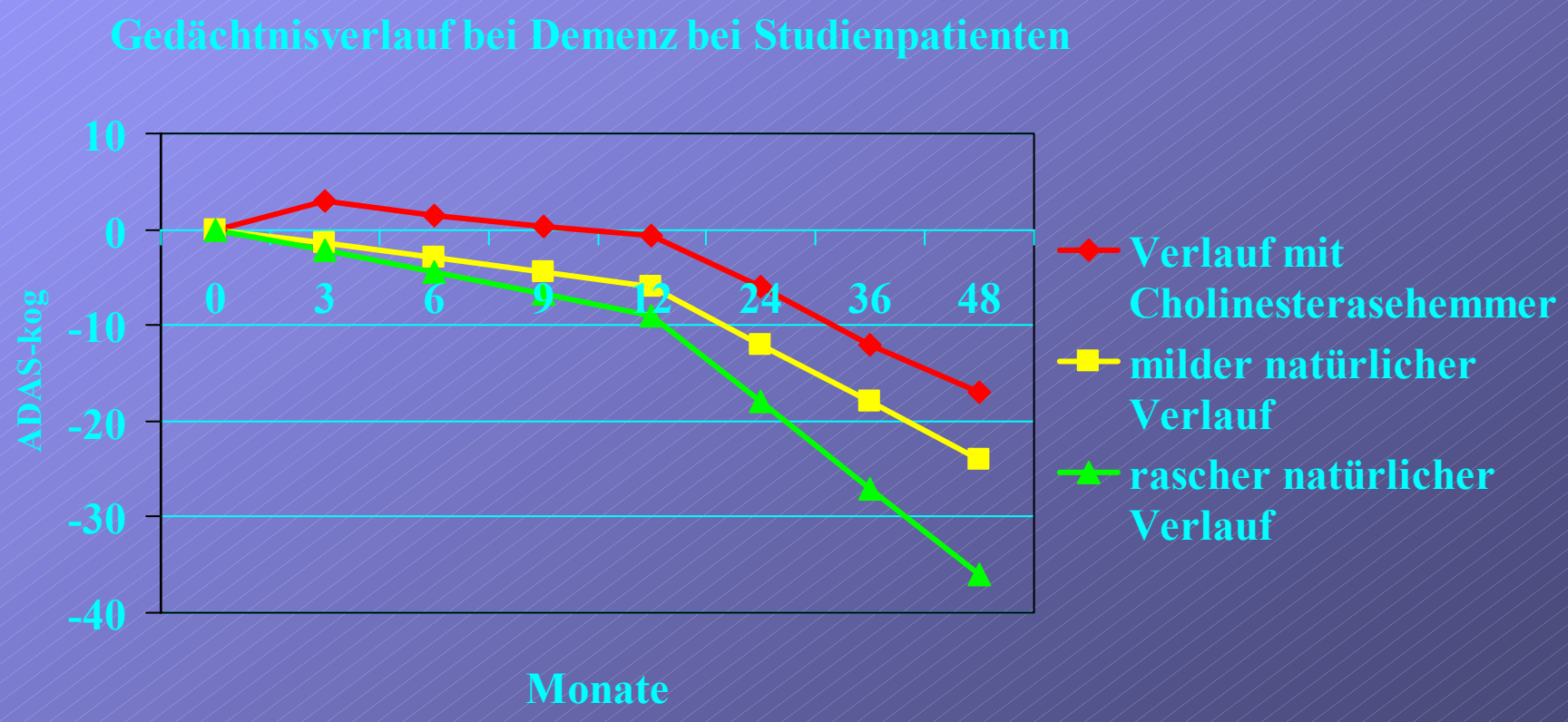
Zugelassen für M. Alzheimer (BfArM = Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Experten: Ärzte, Apotheker, Industrie)

Empfohlen von Arzneimittelkommission der Ärzteschaft

Mögliche Nebenwirkungen:

Übelkeit (17%), Erbrechen, Durchfall, Herzrhythmusstörungen, selten Unruhe, Aggressivität, Halluzinationen

Gedächtnisverlauf unter Medikation



AD 2000 (Lancet, Vol 363, 6/2004)

- öffentlich finanzierte Studie in GB
- 51% gleichzeitig andere Erkrankungen
- weitere Begleitmedikation erlaubt

AD 2000 (Lancet, Vol 363, 6/2004)

Donepezil/Placebo: 565 Pat

MMS (max 30 P):	>0,8 nach 2 J.
ADL (max. 60 P):	>1 nach 2 Jahren
Verhaltensstörungen:	kein Unterschied
Heim nach 2 J.:	42% / 44%
active care time:	-12 min
passive care time:	-24 min
Kosten:	kein Unterschied
schwere Erkrankung oder Tod:	Erkr. 29/23 Tod 63/50

Gingko biloba

120-240 mg/Tag

Zugelassen für hirnorganische Störungen (vaskulär und Alzheimer)

Unklar, ob wirksam lt. Arzneimittelkommission der Ärzteschaft, Studien entsprachen nicht dem heutigen Standard der EU-Richtlinien

Nebenwirkungen:

Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Förderung der Blutungsneigung

Memantine (Ebixa, Axura)

10-30 mg/Tag

Mögliche Nebenwirkungen:

Unruhe, Schwindel, Kopfdruck, erhöhte Krampfbereitschaft

Welche Demenz liegt vor?

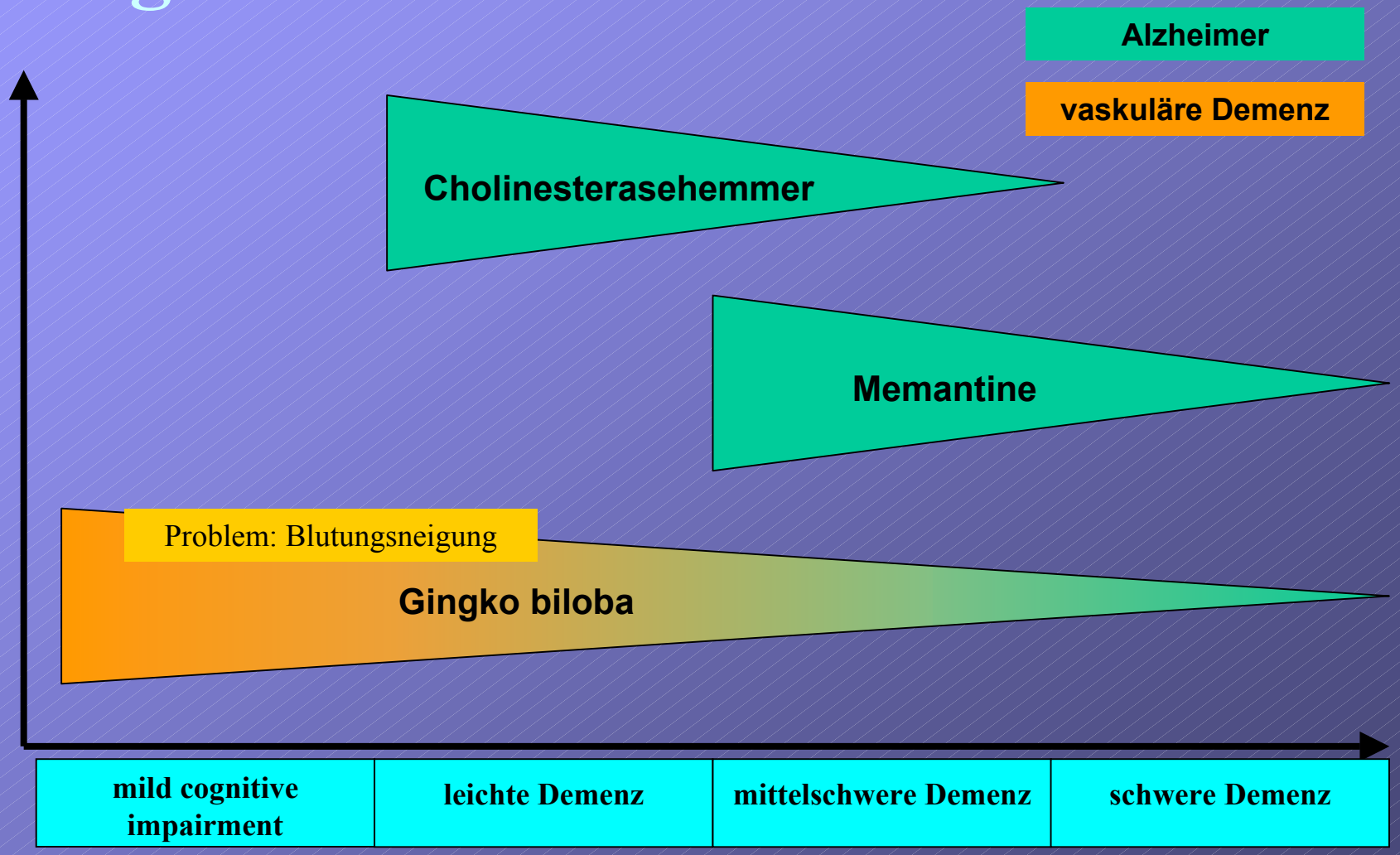
Spezielle Zulassung für manche Antidementiva liegt nur für M. Alzheimer vor

Was spricht für Alzheimer?

Verlauf schleichend

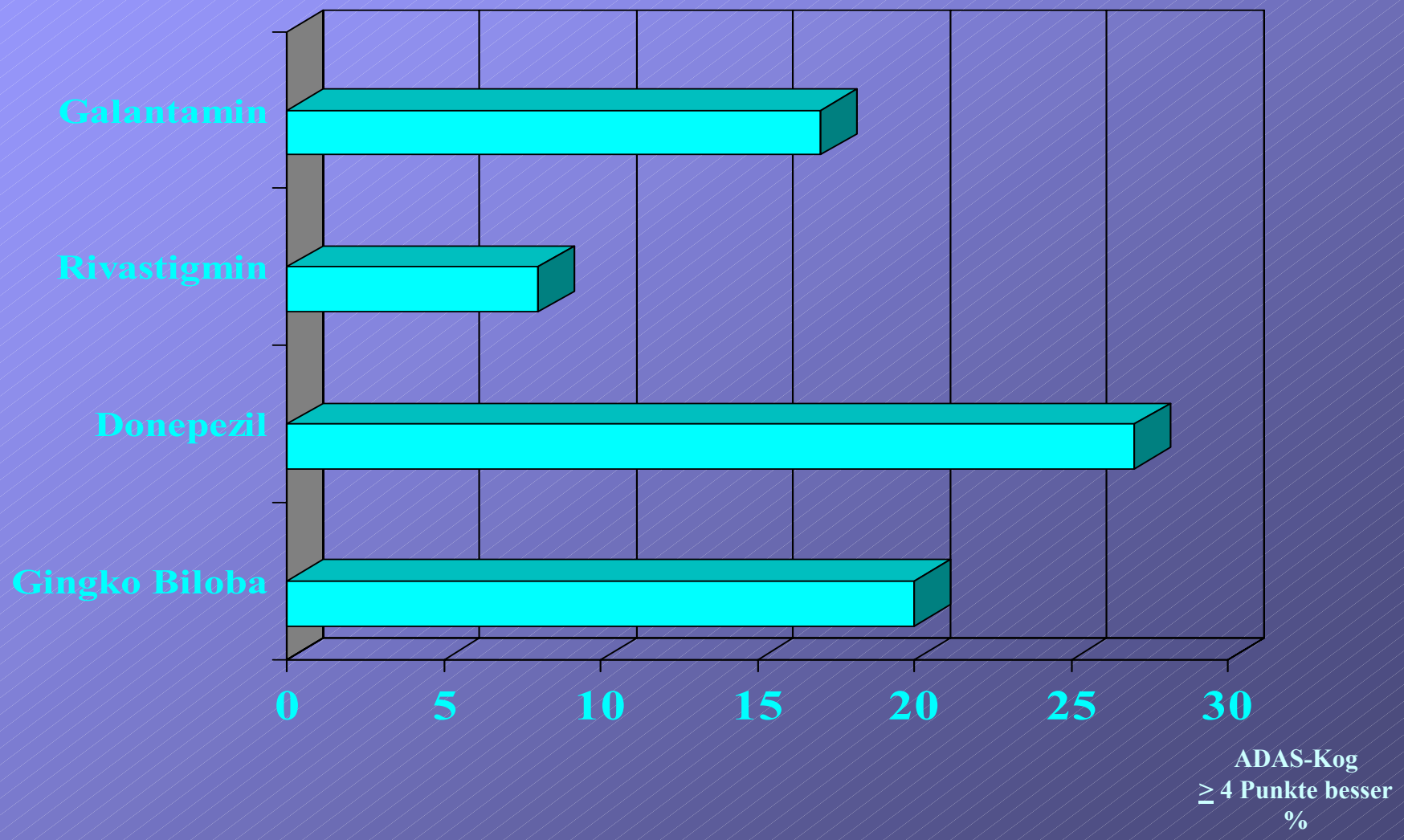
Gedächtnisstörung dominierend

Verzögerung des Verlaufs durch zugelassene Antidementiva



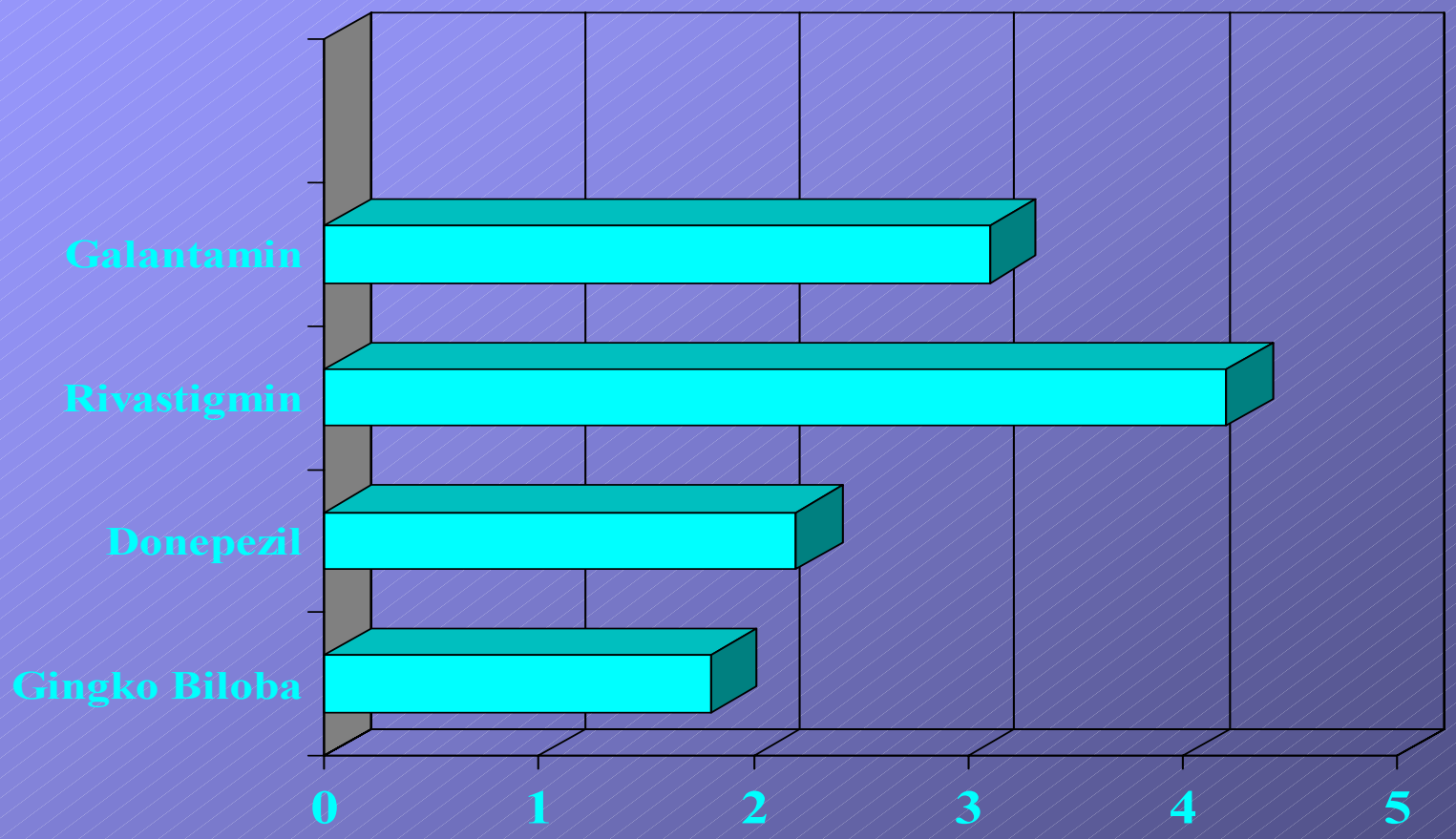
Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit

Verum vs. Baseline



Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit

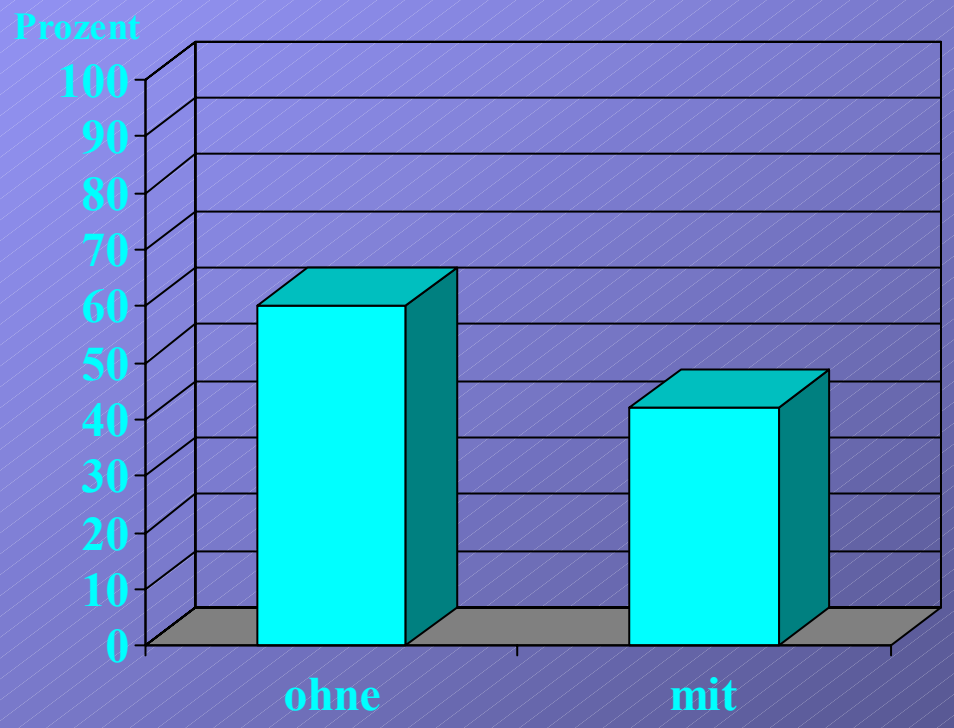
Verum vs. Placebo



Differenz ADAS-Kog
nach 6 Monaten
Verum/Placebo
Punkte

Heimeinweisungsrate

nach 3 Jahren



Pflegendentraining

Ferris an Mittelman, 1996 (N=206)

Vaskuläre Demenz (Durchblutungsstörungen)

Risikofaktoren behandeln

Blutdruckerhöhung
Diabetes
Rauchen
Übergewicht
Fettstoffwechselstörung

Thrombozyten -funktionshemmer

(ASS, Dipyridamol, Clopidogrel)

Marcumar

bei Embolie als Ursache (Vorhofflimmern)

Nicht zugelassen, aber vermutlich wirksam:

- **Cholinesterasehemmer**
- **Memantine**

Zugelassen, aber unklar, ob wirksam:

- **Gingko biloba**

  Problem: Wechselwirkung (Blutungsneigung)

Schlaf bei M. Alzheimer:

Acetylcholinmangel

Acetylcholin fördert Tag-/Nachtrhythmus

- **Wachheit am Tag (ARAS-Aktivierung)**
- **tiefe Schlafphasen nachts (GABA-Aktivierung in Ncl. retikulares thalami)**

Tag- und Nachtunterscheidung für Demenzkranke erschwert

Abschwächung äußerer Zeitgeber: Tagesstruktur fehlt

Sundowning

- Aufwachreaktion, während Gehirn auf Schlaf geschaltet ist
- Phasenverschiebung

Therapie:

- ausreichende körperliche Aktivität möglichst im Freien
- Begrenzung von Napping („Nickerchen“)
- Helle Beleuchtung/Lichttherapie

REM-Schlaf-Verhaltensstörung

Ausagieren von Trauminhalten: Fluchtverhalten oder Aggressionen
(Fehlen des Erschlaffens der Muskulatur im REM-Schlaf = Traumschlaf)

- **v.a. bei Demenz bei M. Parkinson, Lewykörper-Demenz, aber auch bei M. Alzheimer**

- **1-2x/Woche, bis zu 4x/Nacht, 90% Männer**

Therapie: Clonazepam 0,5 bis 1mg

Schlafstörung bei Demenz

Tagesstrukturierung/Beschäftigung	
Neuroleptika	Pipamperon Melperon
Antidepressiva	Mirtazapin Trazodon
Atypische Benzodiazepine	Zolpidem Zopiclon

Paranoide Störung bei Demenz

- Wahn alltagsnah statt bizarr
- Wahn verschwindet oft in anderer Umgebung
- oft nicht-akustische Halluzinationen

„Maskierte“ paranoide Symptomatik:

- „den Fraß esse ich nicht“
- „die lassen mich links liegen“
- „die haben was gegen mich“
- „die wollen mich hier raus haben“
- „die reden über mich“
- „die Medikamente nehme ich nicht“
- „die kann mich nicht leiden“
- „die ist nur hinter meinem Geld her“
- „die warten nur darauf, dass ich tot bin“

Wahn, Misstrauen, Reizbarkeit, Aggressivität bei Demenz

Neuroleptika Dopaminblockade

hochpotent	Haloperidol	2 x 0,5 mg	0,11 €

niederpotent	Melperon	2 x 25 mg	0,32 €
	Pipamperon	2 x 40 mg	0,75 €
mittelpotent	Zuclopentixol	3 x 2 mg	0,35 €

atypisch	Risperidon	2 x 0,5 mg	1,69 €
	Quetiapin	2 x 100 mg	1,74 €

bevorzugt nieder- bis mittelpotente oder atypische

Lewy-Körper-Demenz

Großhirnveränderungen wie bei Parkinson im Mittelhirn

Unterschiede zu Alzheimer:

- Parkinson gleichzeitig mit Demenz (± 1 Jahr)
- Fluktuationen (wechselnd ausgeprägte Verwirrtheit)
- Stürze
- Visuelle Halluzinationen (Leute sehen)
- Überempfindlichkeit gegen Neuroleptika: Parkinsonoid

Halluzinationen und Wahn: Behandlung bei Lewy-Körper-Demenz

- Cholinesterasehemmer
- Bei Unwirksamkeit: atypische Neuroleptika (Quetiapin)

Probleme der Neuroleptika

- Sturzneigung
- Parkinsonoid
- Akathisie
- Pisa-Syndrom
- Schluckstörung
- Antriebsarmut
- 3 x erhöhtes Schlaganfallrisiko für Risperdal
- Oft Nebenwirkungen erst nach Wochen, so dass Zusammenhang mit Neuroleptika oft verkannt wird

Unruhe bei Demenz

Tagesstrukturierung/Beschäftigung

Ständiger Beschäftigungsdrang ohne subjektiv ersichtliches Leiden: Carbamazepin

Depressiv wirkend: Antidepressiva

Gereizte Tendenz: Neuroleptika

Ängstliche Tendenz: alle Gruppen, bei Versagen Anxiolytika (z.B. Lorazepam)

Probleme der Anxiolytika (Tranquilizer wie Lorazepam, Oxazepam, Diazepam)

- Sturzrisiko
- Schläfrigkeit
- Verschlechterung der Demenz
- Abhängigkeit
- Paradoxe Wirkung (Unruhe verstärkt)

Trotzdem: in verzweifelten Fällen nicht vorenthalten