Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Autor(en): **Held, Christoph**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (2013)**

Heft 2: **Herausforderndes Verhalten**

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789941

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)

Der Verlauf bei Alzheimerkrankheit und anderen Demenzformen ist geprägt von geistigen Störungen und Behinderungen der alltäglichen Fähigkeiten. Darüber hinaus bestimmen aber auch psychische Störungen den Betreuungsalltag. Verhaltensstörungen demenzkranker Patientinnen und Patienten wie zum Beispiel Wahn, Unruhe, Herumwandern, Schreien oder Schlagen werden heute auch in der deutschsprachigen Pflege unter dem englischen Fachbegriff Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) zusammengefasst und sind in der Gerontopsychiatrie zu einem eigenständigen Gebiet von Diagnostik und Therapie geworden.

BPSD tragen erheblich mehr zur Belastung der Familie oder des Personals bei als die übrigen Defizite der Betroffenen. BPSD können plötzlich und unvorhersehbar auftreten und für die Umgebung so zerstörerisch sein, dass die körperliche und seelische Integrität der Angehörigen oder des Personals gefährdet sein kann. Verhaltensstörungen wie Schlagen oder Herumwandern sind die häufigsten Ursachen für eine Einweisung in eine Institution. BPSD treten bei Demenzkranken sehr variabel auf. Auch ihre Dauer ist sehr unterschiedlich und spannt sich von wenigen Augenblicken bis zu mehreren Monaten.

Warum kommt es zu BPSD?

Gewisse Verhaltensstörungen kommen bei bestimmten Demenzformen häufiger vor. Sexuelle Enthemmung, Essstörungen oder rücksichtsloses Verhalten sind bei Demenzen des Frontalhirns gehäuft und diagnostisch wegleitend. Bei der Alzheimerkrankheit sind wahnhafte Störungen sehr häufig, bei der Levy Body Demenz visuelle Halluzinationen, bei vorwiegend vaskulären Demenzen Depression und Affektlabilität. Generell unterscheiden sich Gefühlsveränderungen in der Demenz von vergleichbaren Störungen bei kognitiv intakten Patienten. Depressive Verstimmungen zum Beispiel oder suizidale Gedanken treten oft nur flüchtig auf und verschwinden wieder. Häufig erleben wir, dass gestresste demenzkranke Betroffene zum Beispiel bei der Morgenpflege «wie nebenbei» Sterbenswünsche äussern, aber dann beim Mittagessen scheinbar zufrieden Erdbeeren essen und Todesgedanken weit von sich weisen.

Es gibt bis heute keine eindeutige biochemische Erklärung für BPSD. Verschiedene Faktoren wie eine geringere Anpassungsfähigkeit vorgeschädigter Hirnstrukturen sowie chemische Veränderungen von Botenstoffen an den Nervenverbindungen werden als Ursachen angesehen. Stress und die so häufig übersehene Überforderung der Betroffenen spielen sicher auch eine entscheidende Rolle.

Wie werden BPSD erfasst und diagnostisch beurteilt?

Skalen wie zum Beispiel das NPI Neuropsychiatric Inventary von Cummings können hilfreich sein als Ausgangspunkt eines pflegerischen Assessments. Das NPI erfasst die psychiatrischen Symptome nach Häufigkeit und Schweregrad und schätzt zusätzlich die Belastung der Pflegenden ein (siehe Tabelle 2).

Keine Psychopharmaka nach dem Motto «Let's try and see, what happens»!

Eine schlechtere Verträglichkeit bei betagten Menschen kompliziert eine Behandlung erheblich. Dazu kommt, dass viele Patientinnen und Patienten die Einnahme der Medikamente verweigern oder wegen körperlichen Krankheiten ohnehin viele Medikamente einnehmen müssen. Komplikationen wie Delirien oder Stürze sind häufig. Neuroleptika wie zum Beispiel Haldol und Dipiperon können Parkinsonsymptome hervorrufen. Bewegungsstörungen wie unwillkürliche Mundbewegungen oder Wippen des Rumpfes sind auch bei Betagten häufig: 30 Prozent der Betroffenen entwickeln sie nach einem Jahr, 70 Prozent nach drei Jahren. Benzodiazepine können zu Stürzen führen.
Aus all diesen Gründen streben wir bei Demenzbetroffenen eine niedrige Zieldosis von Psychopharmaka an, in der Regel ein Drittel der normalen Dosis. Die Aufdosierung erfolgt in kleinen Schritten, bei Neuroleptika in ca. 4 - 7 Tagen, bei antidepressiven Substanzen in zweiwöchigen Abständen.

GDZ

Tabelle 1: Einige Verhaltensauffälligkeiten treten bei bestimmten Demenzformen häufiger auf:

Alzheimer Demenz	Vaskuläre Demenz	Lewy Body Demenz	Frontotemporale Demenz
Apathie	Apathie	Halluzinationen	Apathie
Agitation	Depression	Wahn	Gefühlsarmut
Reizbarkeit	Wahn	Depression	Enthemmung
Angst		Schlafstörungen	Einsichtslosigkeit
Visuelle Halluzinationen			Zwanghaftes Verhalten
			Essstörung

Das beste Medikament ist ein angepasster Umgang mit den Betroffenen, der auf dissoziative Zustände und verändertes Selbsterleben Rücksicht nimmt.

Die weitaus häufigste Ursache von BPSD ist die chronische Überforderung der Betroffenen im Alltag. Der amerikanische Demenzforscher Reisberg zeigte bereits 1997, dass trotzig-aggressives Verhalten nicht nur Ausdruck veränderter Biochemie im Gehirn ist, sondern eine psychische Reaktion auf Überforderung, wie man sie auch bei Kindern beobachten kann.

GDZ

Für die Prävention von BPSD weist Reisberg ebenfalls auf diese Analogie hin: «Demented patients who can no longer care for themselves need reassurance and security, just as children at a corresponding developmental age need security. If they do not get this security, both are likely to respond with delusion and aggressivity.» Menschen mit fortgeschrittener Demenz leiden, ohne dies mitteilen zu können, häufig an zu vielen gleichzeitigen Sinneswahrnehmungen. Ist es also noch sinnvoll, sie zu Freunden, in Restaurants, auf verkehrsreiche Strassen, gar an völlig unbekannte Orte mitzunehmen? So schwer solche Einschränkungen des sozialen Lebens den Angehörigen fallen, mit der Zeit erleben sie selbst, dass solche Unternehmungen mit heftigen Krisen des Betroffenen erkauft werden müssen. Plötzliche Wutausbrüche haben häufig gering erscheinende Ursachen, die oft schwer herauszufinden sind. Vielleicht ist es zu laut? Vielleicht stört den Betroffenen ein bestimmtes Kleid einer Pflegenden? Vielleicht erschrickt er vor seinem eigenen Spiegelbild im Badezimmer? Vielleicht fühlt er sich in seiner eigenen Wohnung fremd? Wichtig ist, sich solche Begleitumstände bei aggressiven Ausbrüchen zu notieren und diese fortan zu vermeiden.

Nur schon eine kleine Selbstreflexion der Pflegenden beim Betreten des Zimmers: «Ich pflege jetzt diesen Patienten mit diesen und diesen Schwierigkeiten», kann BPSD während der Pflege erheblich reduzieren, weil sich die Interaktionen von Beginn an fundamental verändern, indem der Bewohner diese Konzentration auf sich spürt. Solche und ähnliche Pflegetechniken setzen allerdings voraus, dass man sich für den Bewohner Zeit nehmen und ohne Leistungsdruck arbeiten kann.

Tabelle 2: Neuropsychiatric Inventory (NPI) n. Cummings.

Die Erfassung und Quantifizierung einzelner Störungen sind hilfreich zur Zuordnung von psychiatrischen Syndromen (als Ausgangspunkt einer Behandlung). Die beobachteten Störungen werden 12 Bereichen zugeordnet:

1.	Wahnvorstellungen	7.	Apathie
2.	Halluzinationen	8.	Enthemmung
3.	Erregung/Aggression	9.	Reizbarkeit
4.	Depression/Dysphorie	10.	Abweichendes motorisches Verhalten
5.	Angst	11,	Schlaf
6.	Euphorie	12.	Appetit/Essstörungen

Anschliessend erfolgt eine quantitative und qualitative Erfassung

Häufigkeit			Schweregrad		
1.	selten	weniger als einmal pro Woche	1.	leicht	wenig Belastung für den Patienten
2.	manchmal	etwa einmal pro Woche	2.	mittel	belastend und störend
3.	häufig	mehrmals pro Woche, nicht täglich	3.	schwer	sehr störend / belastend für Patient und Betreuer
4.	sehr häufig	einmal oder mehrmals pro Tag			

Dr. med. Christoph Held, FMH Psychiatrie, Geriatrischer Dienst

Literatur

- *Ian Andrew James. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz, 2013, Huber Verlag Bern. ISBN 2244006725354*
- *Ch. Held. Was ist «gute» Demenzpflege? 2013, Huber Verlag, ISBN 978-3-456-85262-1*
- *B. Reisberg. A rational Psychological Approach to the Treatment of Behavioral Disturbances and Symptomatology in Alzheimer's Disease based upon Recognition of the Developmental Age. Int. Acad. Biomed. Drug res. Basel, Karger 13; 102-109, 1998.*