



# *Verhaltensstörungen bei Demenz*

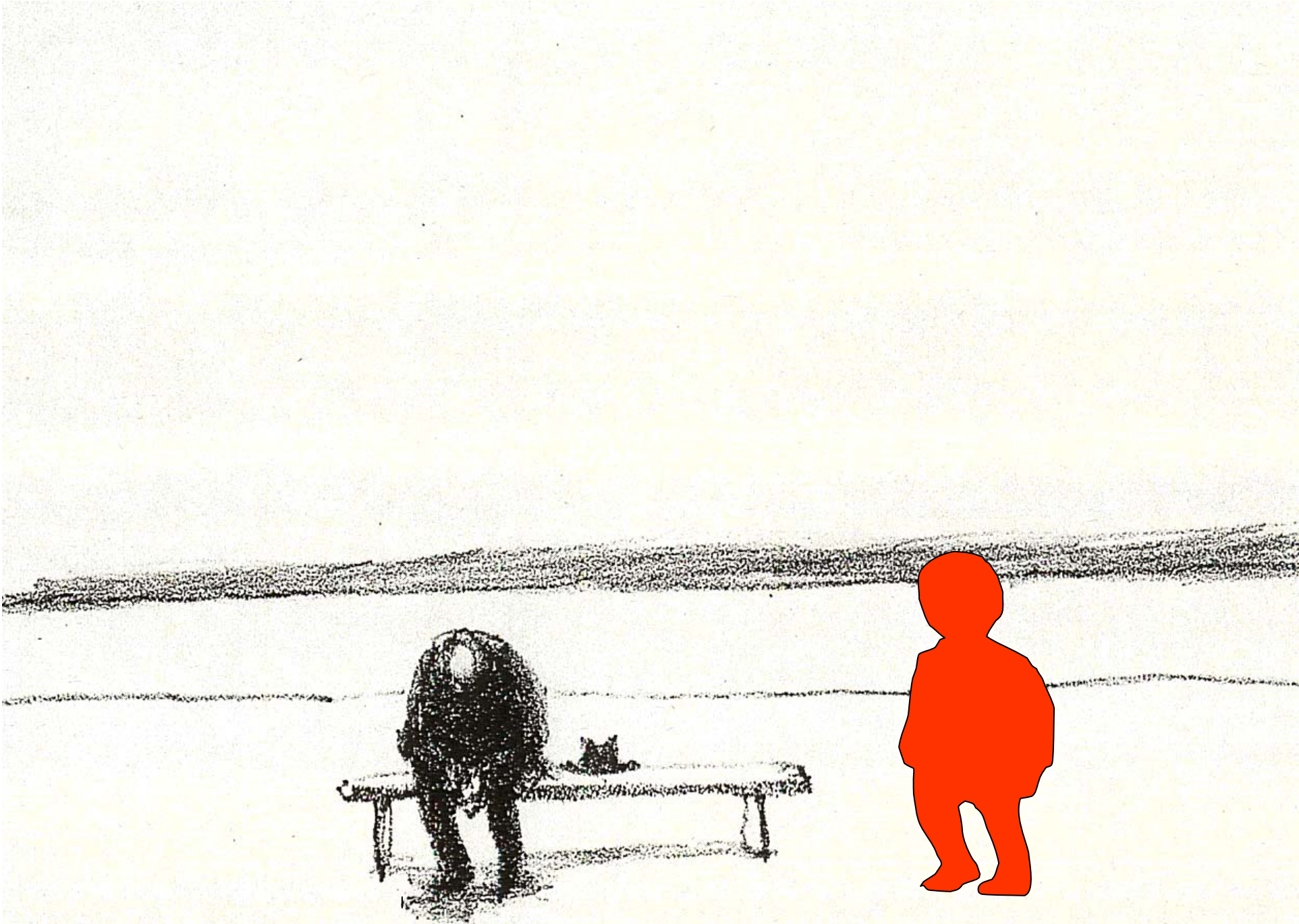
Prof. Dr. H. Gutzmann

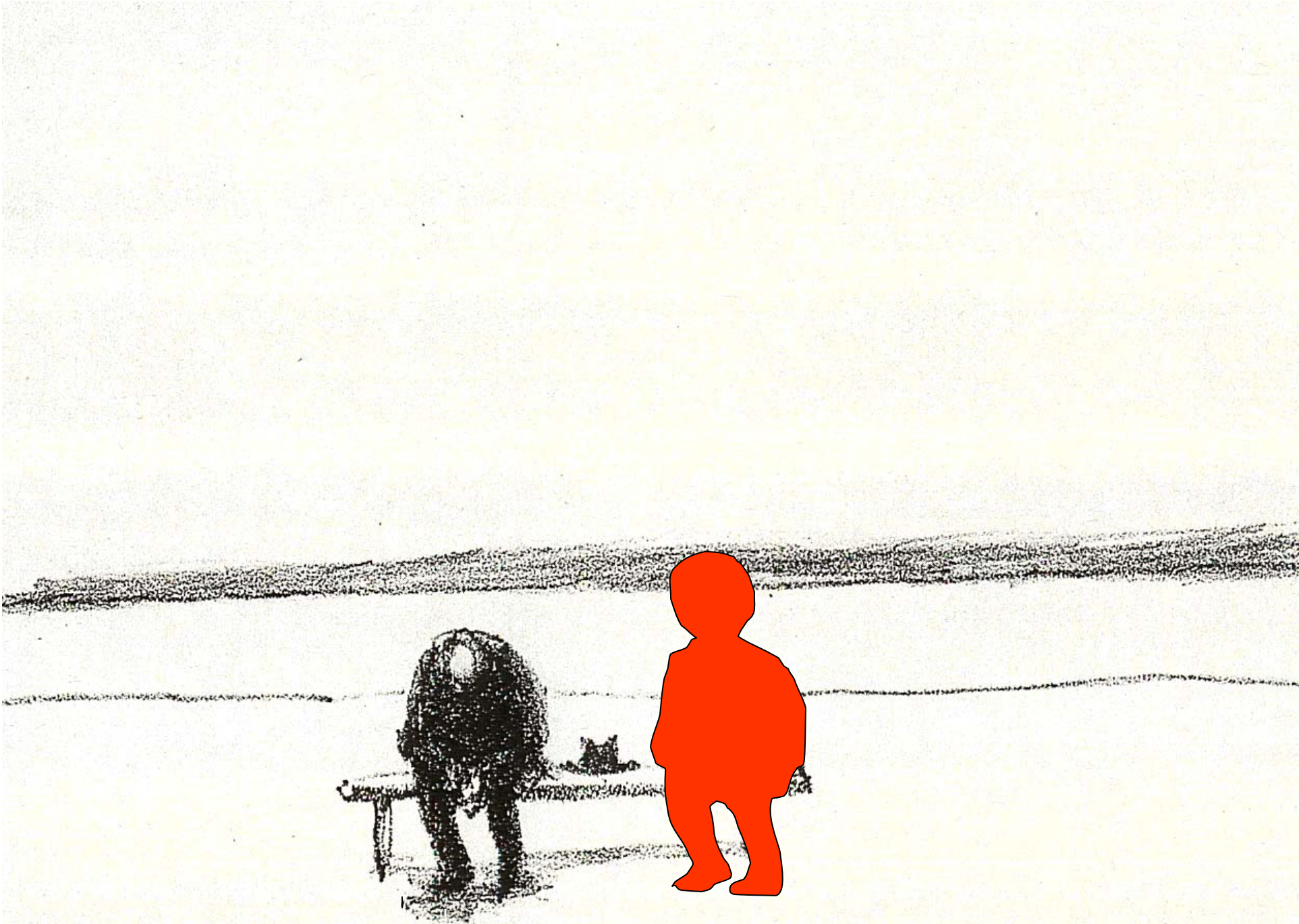
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Krankenhaus Hedwigshöhe

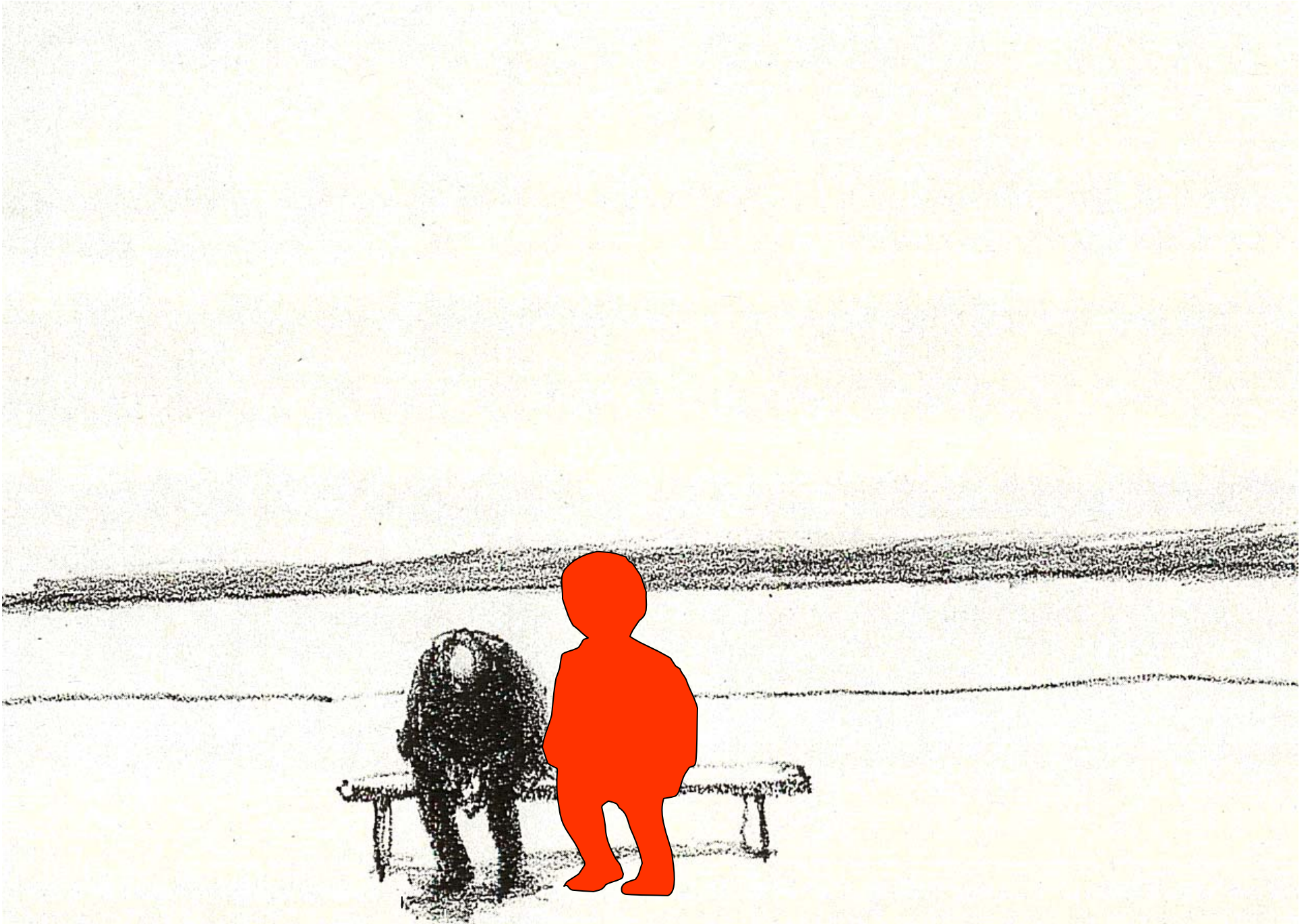




- Hirnorganische Schädigung
- Somatische Komorbidität
- Psychologische Momente
  - Prämorbidie Persönlichkeit
  - Verarbeitung des Krankheitserlebens
- Biographische Aspekte
- Psychosoziale Situation
  - Prämorbid
  - Veränderungen durch die Krankheit

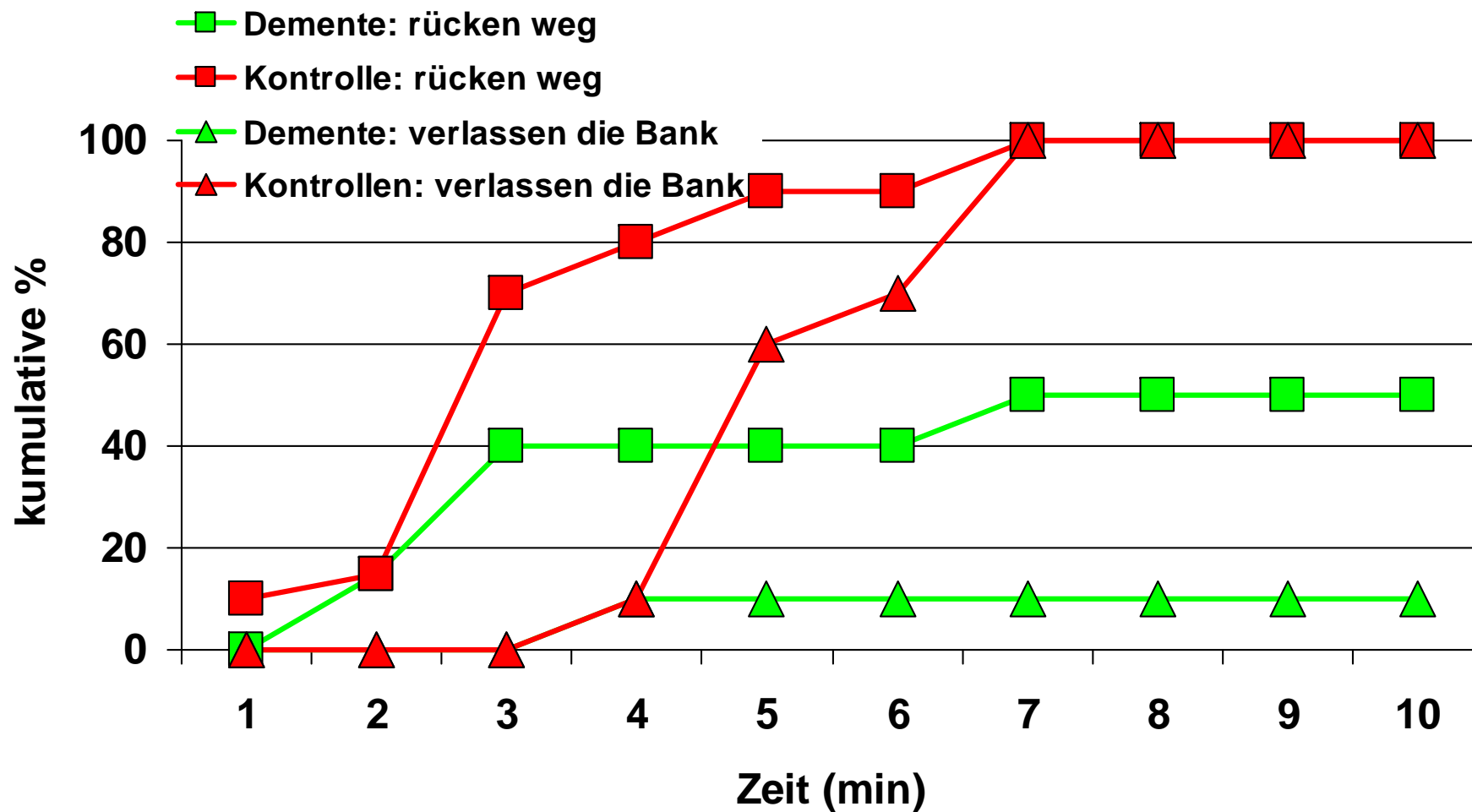




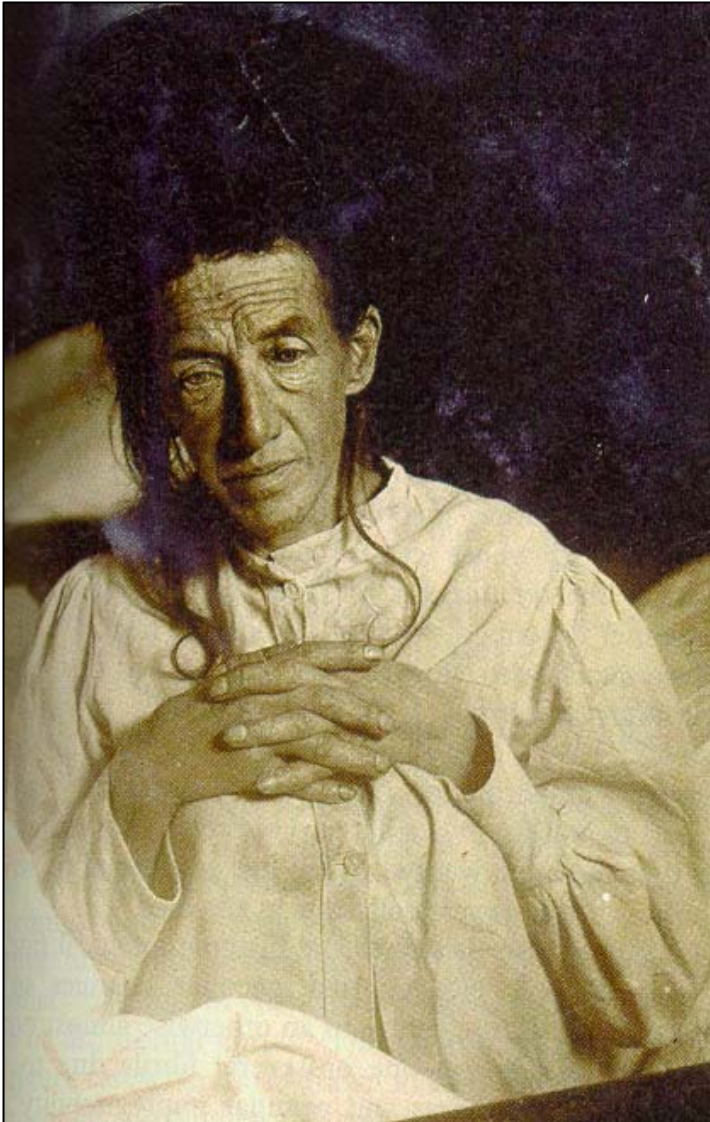


# Reaktionen auf die Verletzung des persönlichen Nahbereichs

Rapp & Gutzmann 2000



- Demenzkranke sind wesentlich weniger in der Lage, auf eine Verletzung ihres unmittelbaren Nahbereichs gegenüber einem Eindringling zu reagieren als ihre Altersgenossen (Rapp u. Gutzmann 2000)
  - Möglicherweise haben Demenzkranke die Fähigkeit verloren, ihren unmittelbaren Nahbereich als Filter gegenüber unwillkommenen und zu starken Umweltreizen zu benutzen (Cave: pflegerische Interventionen - besonders bei „geduldigen und liebenswürdigen“ Demenzkranken )
- Demenzkranke können über Stimmung und Lebensqualität verlässliche Aussagen treffen
  - Hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit neigen sie zur Überschätzung (Leipold u. Zank 2002)
- Wenn genauer hingeschaut wird, sind selbst schwerere Demente in der Lage, verlässlich über Aspekte ihrer Lebenssituation Auskunft zu geben (Mozley et al. 1999)
- ...und zu wählen (Appelbaum et al 2005)



**Auguste D.**, die erste **Alzheimer-** Patientin (1902 im Alter von 52 J. ) beschrieben und photographiert von **Alois Alzheimer** (1864-1915):

Früher Beginn von “Gedächtnis-  
schwäche” und anderer kognitiver  
Störungen

“Herdsymptome” (Aphasie, Apraxie)  
Verlust der Alltagskompetenz

**Wahnvorstellungen,**  
**“Schrie mit schrecklicher**  
**Stimme”**  
**“Gehörshalluzinationen”**



## Die Vielschichtigkeit der „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“ (BPSD)



- Psychologische und Verhaltensstörungen sind integraler Bestandteil von Demenz-Syndromen Finkel et al. 1998
- Sie gehen einher mit: schlechterer Nutzung der verbliebenen Fähigkeiten, schlechterer **Prognose**, früherer **Institutionalisierung** Brodaty et al. 2003
- Etwa 30% der **Kosten** entfallen auf BPSD Beerli et al. 2002
- Sie bedeuten für den Patienten und seine Umgebung eine erhebliche Belastung Finkel et al. 1998
- Viele dieser Störungen sind therapeutischen Interventionen zugänglich, die individuelles Leid lindern und Kosten mindern können Finkel et al. 1998

## ‘Aggression’

Aggressiver Widerstand  
Physische Aggression  
Verbale Aggression

## ‘Psychomotorische Agitation’

Unruhe  
Nachlaufen  
Zielloses Umherwandern  
Repetitives Verhalten  
Anziehen/Ausziehen  
Schlafstörungen

## ‘Apathie’

Rückzug  
Interessensverlust  
Amotivation

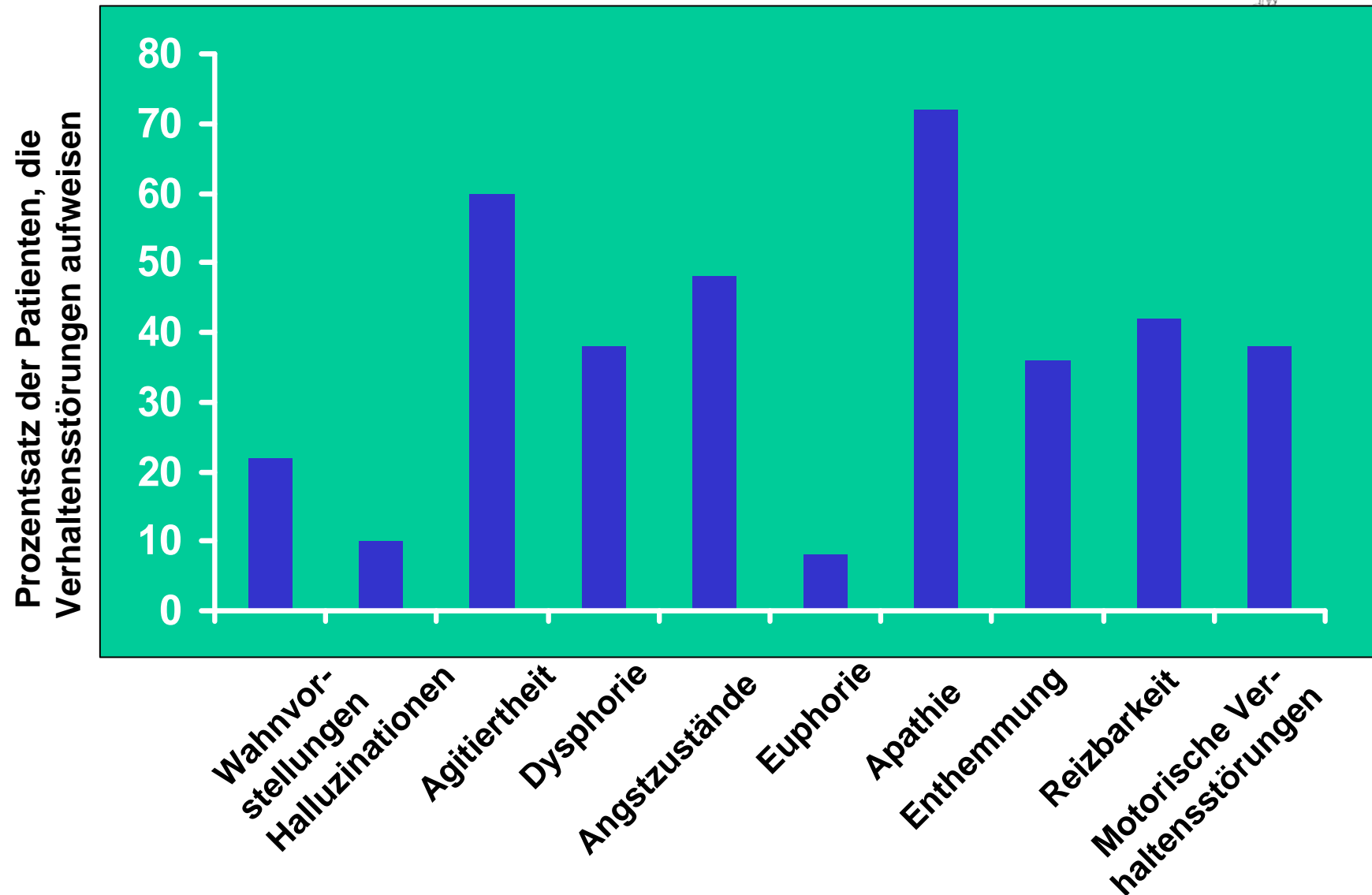
traurig  
weinerlich  
Hoffnungslos  
Selbstwertgefühl↓  
Ängstlichkeit  
Schuldgefühle

Halluzinationen  
Wahn  
Fehlidentifizierungen

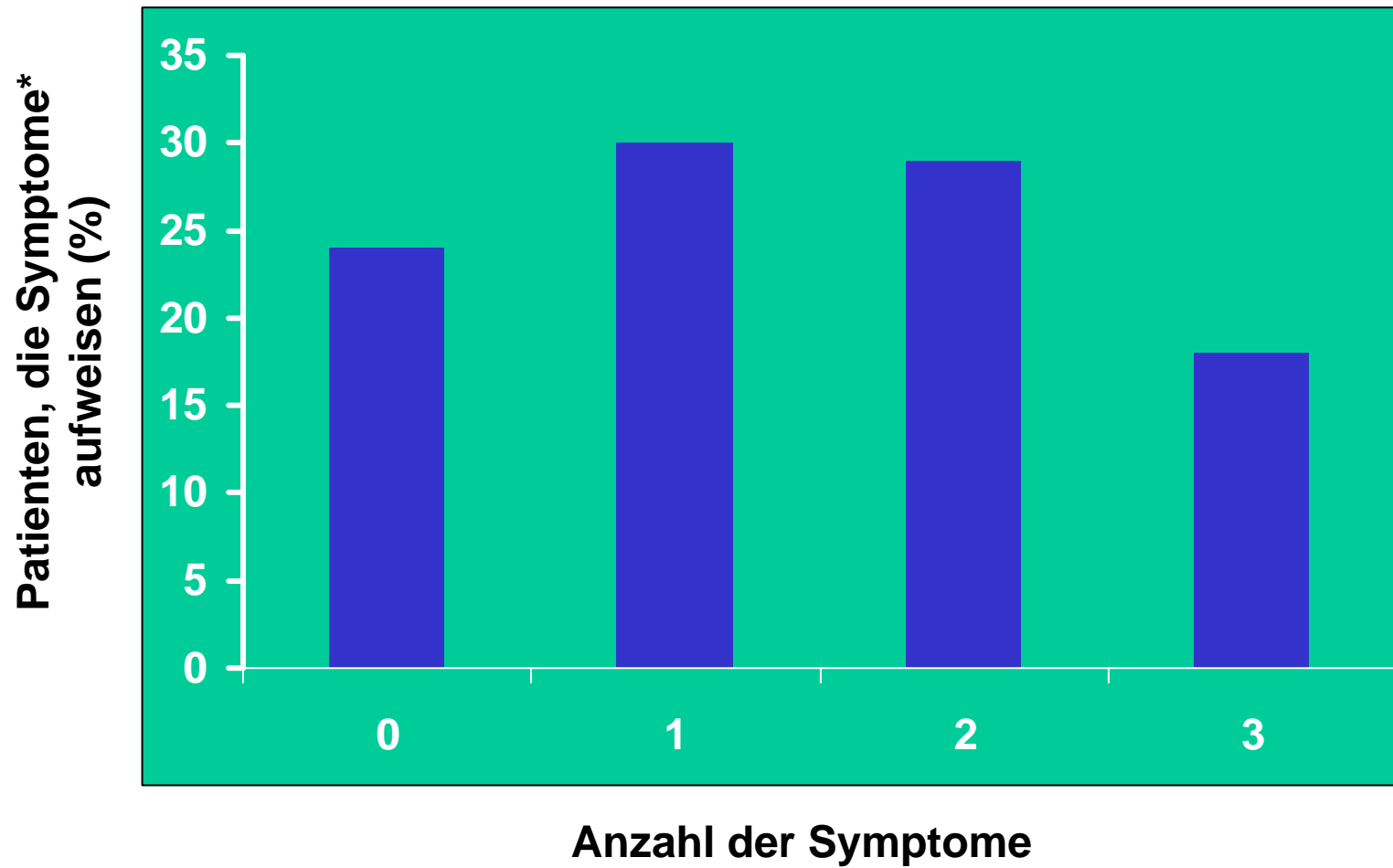
## ‘Depression’

## ‘Psychose’

# Häufigkeit von Verhaltensstörungen bei Demenz



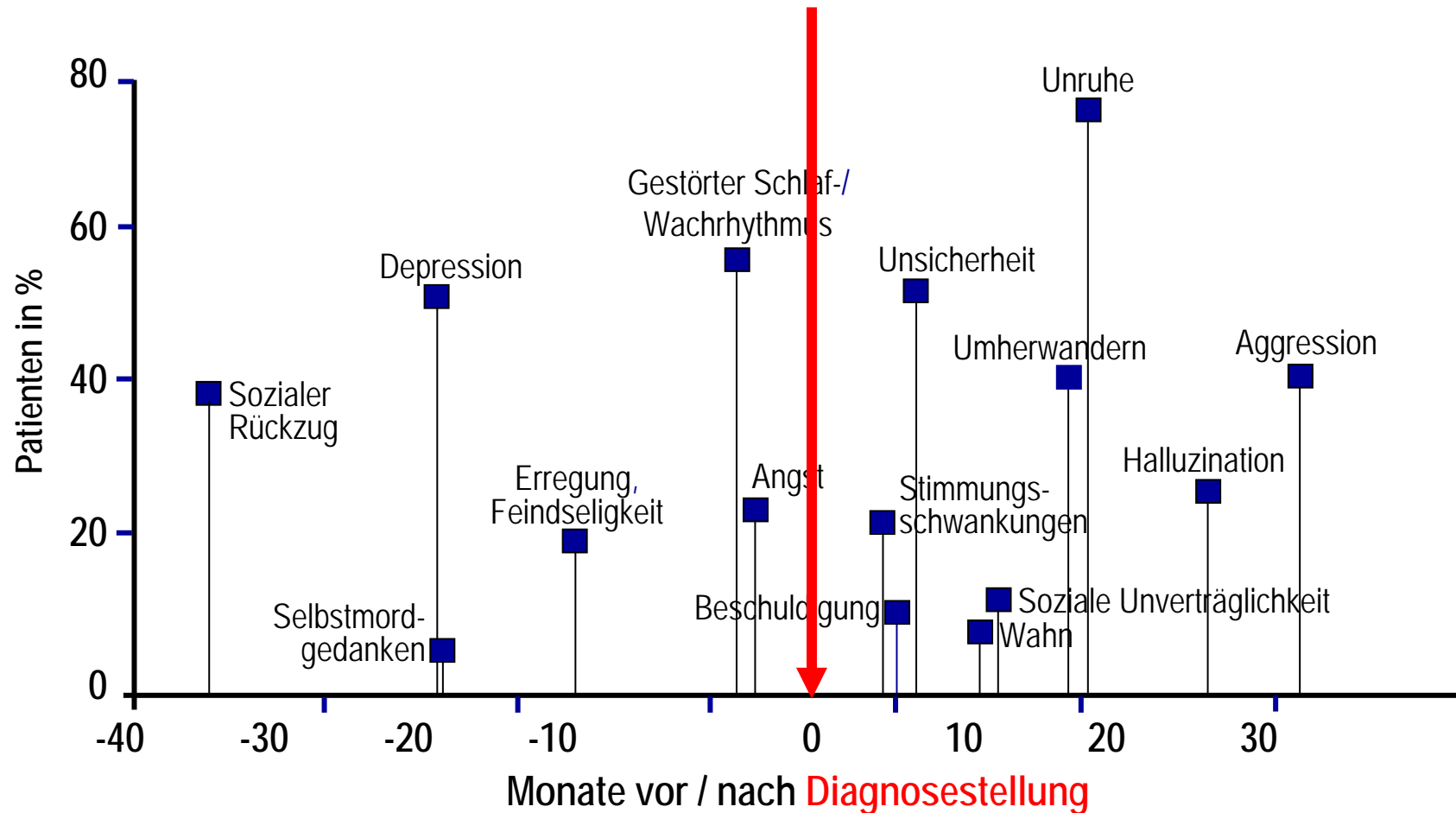
# Multiple Verhaltensstörungen bei Demenz



\*Symptome=Psychose, Agitiertheit, Depression

# Entwicklung von Verhaltensstörungen bei Demenz

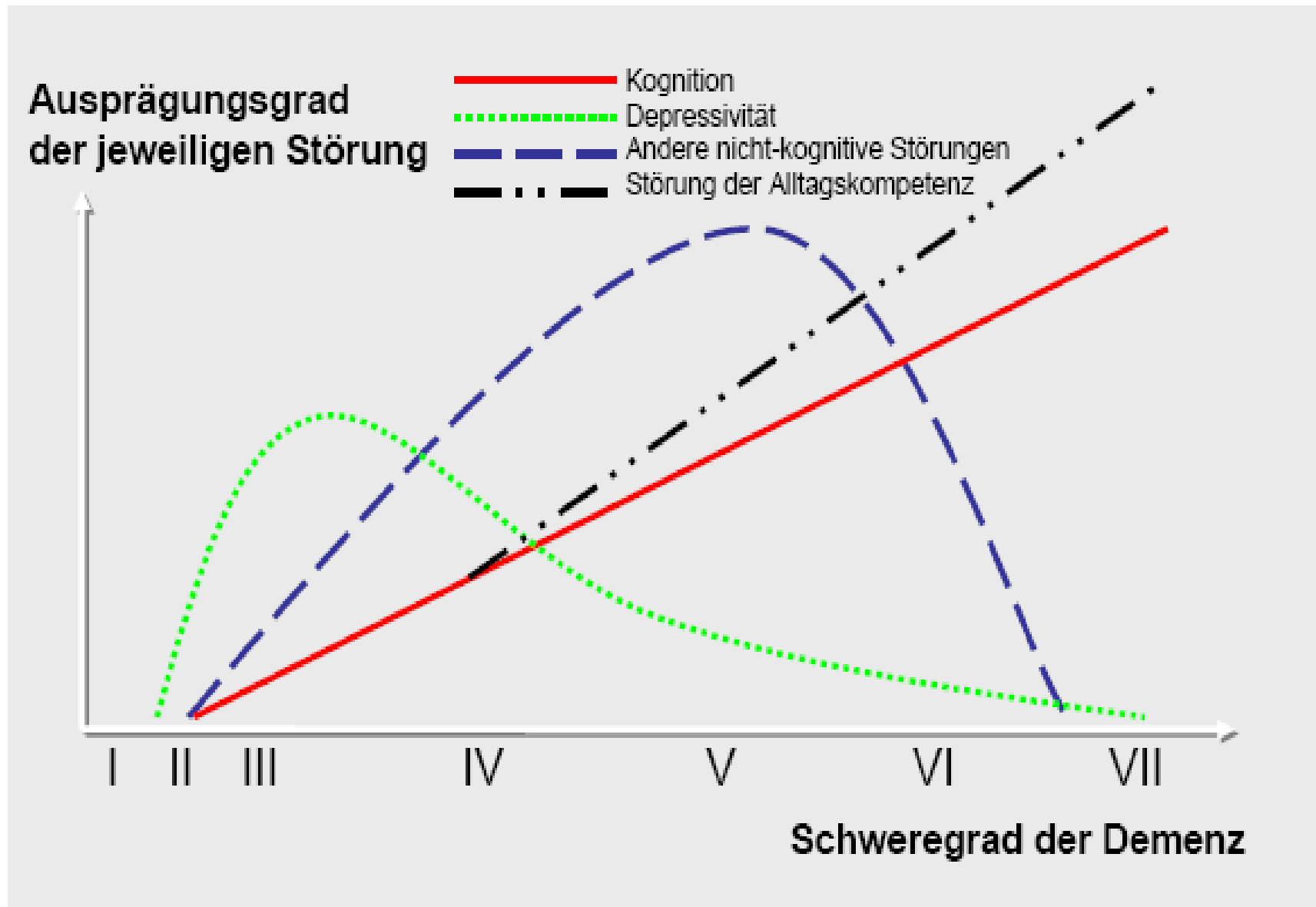
Jost BC, Grossberg GT. JAGS 1996;44:1078-81

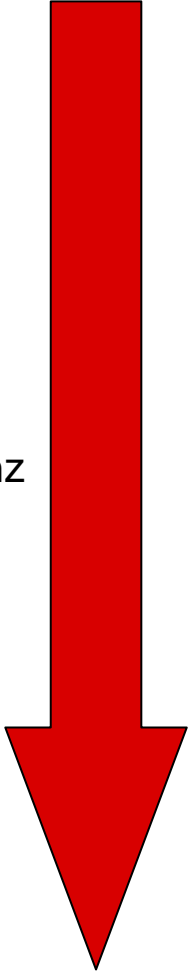




- Die kognitiven Leistungen nehmen eher **kontinuierlich** ab (auch wenn das Tempo variieren kann)
- Die nichtkognitiven Störungen sind im Verlauf sehr **variabel**: Antriebsstörungen sind eher stabil, Paranoide Symptome und Angst sind mäßig persistent (< 6 Mo), affektive Störungen fluktuieren kurzfristiger
- **Jeder** Patient entwickelt mindestens zu einem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf eine therapiebedürftige nichtkognitive Störung

# Störungsspezifischen Verläufe





• Leichte Demenz (MMST > 20)	Angst, Hyperphagie (auch bei schwerer Demenz)
• leichte und mittelschwere Demenz	wiederholtes Fragen und Fordern
• mittelschwere Demenz (MMST = 10-20)	Wandern, sexuelle Enthemmung
• mittelschwere und schwere Demenz	Weglaufen, Trödeln
• schwere Demenz (MMST < 10)	ziellooses Wandern Aggressivität Tag/Nacht-Rhythmusstörung Hyperoralität Halluzinationen Hyperphagie (auch bei leichter Demenz) Hypophagie Schlaflosigkeit





## der Patienten und der Angehörigen:

- Die Lebensqualität (QoL) von 46 Demenzkranken mit 116 pflegenden Angehörigen war mit dem Ausmaß der nichtkognitiven Störungen der Kranken negativ korreliert.
- Die subjektive Belastung pflegender Angehöriger von 611 DLB-Patienten wurde mittels Zarit Burden Interview untersucht. Folgende Faktoren trugen am meisten bei:

**Verhaltens- und emotionale Störungen**, Hilfsbedürftigkeit bei ATL,.....

Leggett et al. (2011)

QoL der Patienten vor allem durch Wahn und Apathie,

QoL der Angehörigen vor allem durch Depression und Reizbarkeit beeinträchtigt!  
Hurt et al. (2008)



# *Allgemeine Therapieprinzipien*

# Schulübergreifende Psychotherapieziele bei Älteren

modifiziert nach Heuft et al. 2000



- Fördern von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Verbessern von sozialen Fähigkeiten
- Stärkeres Berücksichtigen des Körpers (in Krankheit und auch Gesundheit)
- Akzeptanz des gelebten Lebens
- Auseinandersetzung mit Verlust, Altern, Sterben und Tod
- Kurze, einfache Sätze verwenden
- Antworten und Wiederholungen ermutigen
- Erinnerungen aus der Vergangenheit als Brücke zur Gegenwart nutzen
- Konversation an spezifischen Dingen orientieren
- Humor einsetzen



- **Regressionsfördernde Maßnahmen:**
  - akute **Traumatisierungen** (Umzug, Heim, Verlust)
  - Verweigerung der Identität („Therapeutische“ **Infantilisierung**)
  - **Unterforderung**
- **Regressionshemmende Maßnahmen**
  - Gestaltung einer bewältigbaren Umwelt
  - Als Erwachsene **ernst nehmen**
  - aktivierende Pflege
  - Rehabilitation auf ein Ziel hin
  - Stabilisierung von **Ich-Funktionen**
    - Hören, Sehen, Sprache, Mobilität, (Gedächtnis)

# Anforderungen an eine optimale materielle Umgebung



- Übersichtlichkeit
- Funktionsfähigkeit und Kompetenzerhaltung unterstützen, maximale Bewegungsfreiheit
- Sicherheit und Geborgenheit vermitteln
- Stimulation
- Kontinuität zum bisherigen Leben gewährleisten
- Physikalische Umweltfaktoren
- Orientierung unterstützen
- Soziale Interaktionen fördern
- Erfahrungen mit Tieren ermöglichen
- Rückzugsmöglichkeiten bieten



# *Nichtpharmakologische Interventionen*



Nichtmedikamentöse Interventionen sind die erste Möglichkeit einer Demenz-Therapie. Wegen der vorhandenen, in ihrem Umfang aber begrenzten Wirksamkeit von Arzneimitteln kommt der zusätzlichen Beeinflussung der Symptome von Demenzkranken durch nichtmedikamentöse Therapieformen große Bedeutung zu.

Die wenigsten Verfahren genügen den Ansprüchen an eine Evidenz-Basierten-Medizin (EBM). Für ihren Einsatz sprechen aber umfängliche Erfahrungen in der ambulanten und stationären Versorgung Demenzkranker.



- **Aggression** (3)
- **Agitation** (14)
  - Musiktherapie (1)
  - Realitätsorientierungstraining (ROT) (1)
  - Erinnerungstherapie (1)
  - Validation (1)
  - Sensorische Integration/Snoezeln (1)
- **Angst** (4)
  - Musiktherapie(1)
  - Realitätsorientierungstraining (ROT)(1)
  - Erinnerungstherapie(1)
  - Validation (1)
- **Depression** (15)
  - Validation (1)
- **Affektsteuerungsprobleme** (1)
- **Wahn/Halluzinationen** (6)
- **Schlafstörungen** (10)
  - Lichttherapie (1)
- **„Wandern“** (3)
  - Musiktherapie (1)
  - Subjektive Barrieren (1)





Den Schwerpunkt bildet Bewegungstherapie. Aufgabe ist die Behandlung von pathologischen Bewegungsmustern, krankhaften Muskel- und Skeletzzuständen sowie fehlgeleiteten neuromuskulären Übertragungen.

Physiotherapie kann in hohem Maß das Verhalten und Erleben der Demenzkranken beeinflussen. Die eigene Beweglichkeit kann als letztes noch verbleibendes Stück persönlicher Identität des Demenzkranken verstanden werden

**„Ich bewege mich, also bin ich“**

Aufgabe des Therapeuten sind auch Beratung bei der Heilmittelversorgung und die Inspektion der häusl. Umgebung.



Primäre Ziele: Erhalt, Wiedererlangung oder Erweiterung von lebenspraktischen Kompetenzen und Fähigkeiten durch vielfältige funktionelle, spielerische, handwerkliche und gestalterische Übungen.

Aufgabe der Ergotherapie sind auch Beratung zur Hilfsmittelanpassung, Schulungen im Umgang mit Hilfsmitteln und Beratungen zur Wohnraum- und Umfeldanpassung.

*Beispiele für EBM- Reviews zu nichtmedikamentösen  
Interventionen bei demenzbedingten Verhaltensstörungen*



- Realitäts-Orientierungs Therapie (ROT)
- Erinnerungstherapie (ET)
- Subjektive Barrieren
- Validation
- Snoezelen
- Musiktherapie
- Psychoedukation



- Grundgedanke:
  - durch die wiederholte Präsentation orientierender Informationen dem Klienten die Umgebung erschließen;  
Gruppen-setting: „Classroom ROT“; individualisiert: „24 Std. ROT“
- Ziel:
  - Erhöhung des Kontroll- und damit des Selbstbewusstseins;  
Verbesserung kognitiver und Verhaltensparameter
- Ergebnisse:
  - 11 Studien, davon 2 RCT's; nur in unkontrollierten Studien vereinzelte Hinweise auf Verbesserung von Stimmung und Verhalten
- **Cochrane :** **Some evidence**
- **Livingston e.a 2005:** **D (keine Empfehlung)**



- Grundgedanke:
  - Stimulation verbalisierter oder averbaler Erinnerungen bezogen auf personale Ereignisse unter Einsatz von Erinnerungshilfen. Typisch ist Gruppensetting
- Ziel:
  - Erinnerung als Hilfe zum Selbsterhalt, zur Stabilisierung sozialer Kompetenz, zur kognitiven „Optimierung“
- Ergebnisse:
  - 5 Studien, davon 2 RCT's, unsichere Effekte auf Stimmung, keine auf Verhalten
- **Cochrane :** **no firm conclusion**
- **Livingston e.a 2005:** **D (keine Empfehlung)**



- Grundgedanke:
  - Demente reagieren anders auf Umweltreize, so daß manche möglicherweise selektiv nur für manche Bewohner Hinweischarakter haben; gezielte Nutzung des Spiegelzeichens oder der Verwechslung 2- mit 3-dimensionalen Strukturen
- Ziel:
  - Reduktion von Weglaufepisoden
- Ergebnisse:
  - keine randomisierten oder kontrollierten Studien
- **Cochrane :** **no evidence**
- **Livingston e.a 2005:** **D (keine Empfehlung)**



- Grundgedanke:
  - Verbesserung der Kommunikation durch bedingungslose Akzeptanz; „4 Aufarbeitungsphasen des Lebens: 1) mangelhafte Orientierung, 2) Zeitverwirrtheit, 3) repetitive Bewegungen, 4) Vegetieren“
- Ziel:
  - Erhöhung des Selbstbewußtseins; Reorientierung auf die Welt; Verbesserung der Kommunikation, Reduktion von Angst und Stress, Verhinderung des „Vegetierens“
- Ergebnisse:
  - 3 Studien, davon 1 RCT; keine Effekte zu objektivieren (z.B. Abnahme Medikation, Fixierungen), Pflegepersonal schildert dagegen den Eindruck von Verbesserungen
- **Cochrane :** **insufficient evidence**
- **Livingston e.a 2005:** **D (keine Empfehlung)**



- Grundgedanke:
  - Über multisensorische Stimulation gezielte Hilfen zur Verarbeitung von Sinneseindrücken (taktile, vestibulär, propriozeptiv, visuell, akustisch, olfaktorisch) vermitteln.
- Ziel:
  - Milieu schaffen, das dem Patienten die optimale Nutzung von Sinnesreizen ermöglicht (bei gleichzeitig entspannender und Vertrauen schaffender Atmosphäre ⇒ Snoezelen)
- Ergebnisse: 2 RCT's; eindeutige, aber nur kurzzeitige Effekte
- **Cochrane :** no evidence
- **Livingston e.a 2005: B (weitgehende Empfehlung)**





- Grundgedanke:
  - „alters-“ oder „situations“-adaptierte Musik zu hören und/oder aktiv zu musizieren knüpft an alte Neigungen/Kompetenzen an
- Ziel:
  - Musik vermindert den Impuls, auf andere Weise akustisch in Erscheinung zu treten
- Ergebnisse: 6 RCT's; > 15 unkontrollierte Studien; eindeutige, aber nur unmittelbare oder sehr kurzzeitige Effekte
- **Cochrane :** no firm conclusion
- **Livingston e.a 2005: B (weitgehende Empfehlung)**

## *Psychoedukation (auf Angehörige / Betreuer zielend)*



- Grundgedanke:
  - Psychoedukation und Training von Betreuern wirkt sich mittelbar auf die Demenzkranken aus
- Ziel:
  - Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten, Stärkung des Pflegewillens
- Ergebnisse:
  - 13 RCT's, zahlreiche unkontrollierte Studien: Effekte auch nach Monaten noch nachweisbar
- **Cochrane :** -
- **Livingston e.a 2005: A (Empfehlung)**



- Demenzkranke sind wesentlich weniger in der Lage, auf eine Verletzung ihres unmittelbaren Nahbereichs gegenüber einem Eindringling zu reagieren als ihre Altersgenossen (Rapp u. Gutzmann 2000)
  - Möglicherweise haben Demenzkranke die Fähigkeit verloren, ihren unmittelbaren Nahbereich als Filter gegenüber unwillkommenen und zu starken Umweltreizen zu benutzen  
(Cave: pflegerische Interventionen - besonders bei „geduldigen und lebenswürdigen“ Demenzkranken )
- Demenzkranke können über Stimmung und Lebensqualität verlässliche Aussagen treffen
  - Hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit neigen sie zur Überschätzung  
(Leipold u. Zank 2002)




- Der Effekt nichtmedikamentöser - insbesondere psychosozialer - Interventionen ist unter Experten unstrittig
- Nicht jede Intervention, die viel eingesetzt wird - auch nicht jede, die theoretisch funktionieren „müsste“- erweist sich als EBM.
- Auch Patienten mit ausgeprägteren Demenzen sind für psychosoziale Interventionen empfänglich, wenn nur die tatsächliche Kompensationsreserve bedacht wird.
- Beste Ergebnisse werden mit spezifischen Maßnahmen erzielt, die nach sorgfältiger Verhaltensanalyse auf einzelne Demenzkranke zugeschnitten sind
- Angehörige/Betreuer sind als Zielgruppe viel versprechend
- ***Kognitive Stimulation, Verhaltens-Management, Sensorische Integration, Musiktherapie und Psychoedukation sind am besten abgesichert***
- Auch andere Verfahren lohnen den Versuch



# ***Pharmakologische Interventionen***



- Zur Stimmungsaufhellung  
⇒ **Antidepressiva**
- Bei Impulskontrollstörungen  
⇒ **Antiepileptika/Phasenprophylaktika**
- Bei Unruhe, Wahngedanken und Sinnestäuschungen  
⇒ **Neuroleptika**
- Mehrere Indikationsbereiche  
⇒ **Cholinesterasehemmer**

- Antipsychotika werden häufig zur Behandlung von  herausforderndem Verhalten bei Demenz eingesetzt.
- Antipsychotika der zweiten Generation spielen dabei mittlerweile eine größere Rolle als die älteren Substanzen.
- Der nur mäßigen Wirksamkeit stehen schwerwiegende Risiken gegenüber:
- so ist unter allen Antipsychotika erhöht
  - die Mortalität insgesamt
  - das Risiko für plötzlichen Herztod,
  - das Risiko Schlaganfallereignisse
  - das Risiko für venöse Thrombosen.



- Die Unterschiede zwischen Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation sind dabei gering:
- hochpotente Antipsychotika der ersten Generation führen häufiger zu extrapyramidalmotorischen Symptomen,
- unter Antipsychotika der zweiten Generation ist das allgemeine Mortalitätsrisiko wahrscheinlich etwas geringer, venöse Thrombosen und metabolische Nebenwirkungen aber häufiger.
- Für die übrigen Nebenwirkungen bestehen keine gesicherten Unterschiede.





- Angesichts der großen Heterogenität der Antipsychotika erscheint der Nutzen einer pauschalen Aufteilung in Antipsychotika der ersten und zweiten Generation fragwürdig.
- Für die Auswahl einer Substanz sind substanzspezifische Nebenwirkungen, Dosierung, Aufdosierungsgeschwindigkeit sowie Beachtung von Komorbidität, Kontraindikationen und Arzneimittelinteraktionen beim individuellen Patienten erheblich wichtiger als die Wahl nach bloßer pauschaler Zuordnung zu einer dieser beiden Gruppen.
- Am wichtigsten ist aber, dass Antipsychotika nur bei klarer Indikation zur Anwendung kommen!



## Günstige Wirkung

### Agitiertheit

- motorische Unruhe
- Angst
- Erregung

### Psychotische Symptome

- Halluzinationen
- Wahn

## Geringe Wirkung

### Repetitives Verhalten

- Wandern
- Rufen
- Klatschen

### Verhaltensstörungen

- Hyperoralität
- Selbstaggression
- Hypersexualität



<b>Beispiele</b>	<b>Zielsyndrome</b>	<b>Dosierung (mg) Beginn / Dauer</b>
Haloperidol Risperidon	paranoides Syndrom Halluzinationen Aggressionen psymot. Unruhe	0,25-0,5 / 0,5 - 2 0,25-1 / 0,5 - 2
Quetiapin	psymot. Unruhe Aggressionen paranoid. Syndrom	12,5-50 / 50 - 300
Pipamperon	psymot. Unruhe Schlafstörungen	20 / 20 - 120

## Medikamentöse Interventionen

z.B. Antidepressiva; Antiepileptika



Beispiele	„untypische“ Indikat.	Dosierung (mg) Beginn / Dauer
Paroxetin	Angst	10 / 20 - 40
Citalopram	Aggression	10 / 20-40
Trazodon	Agitiertheit, Aggressivität	25 / 150 - 250
Moclobemid	Kognition	300 - 600
Carbamazepin*	Impulskontrolle, Aggression, affektive Labilität, Ängste	50 / 300
Valproinsäure*		125 / 500 - 1000

\*: Serumspiegel kontrollieren

## *Konsequenzen nicht identifizierter und nicht therapierter Depressivität*



- **Verlust von Lebensqualität**
- **Zusätzliche kognitive Einbuße**
- **Soziale Isolierung**
- **Gefahr der Erhöhung physischer Vulnerabilität**
- **Zwei Quellen erhöhter Sterblichkeit**
  - **Suicid**
  - **somatogene Mortalität**
- **Risiko ungerechtfertigter Heimeinweisung**



- Cholinesterasehemmer reduzieren Verhaltensstörungen bei AD
- Cholinesterasehemmer können eine sicherere Alternative zu Neuroleptika bei LBD sein
- Cholinesterasehemmer mindern Verhaltensstörungen auch bei geringer Wirkung auf die Kognition

Bodick *et al.* (1997); McKeith *et al.* (2000); Tariot *et al.* (2000); Frölich (2008)

Chart Title

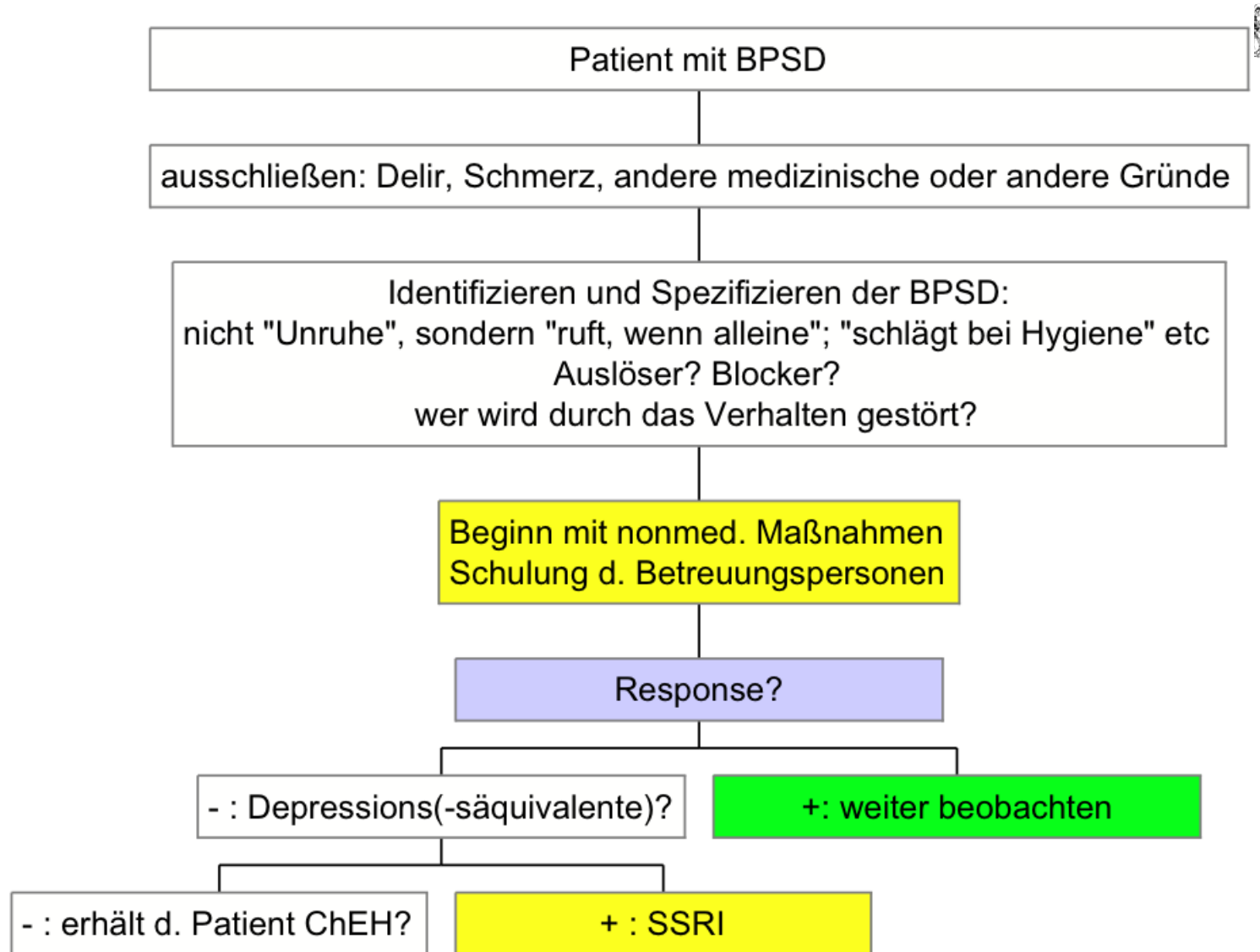
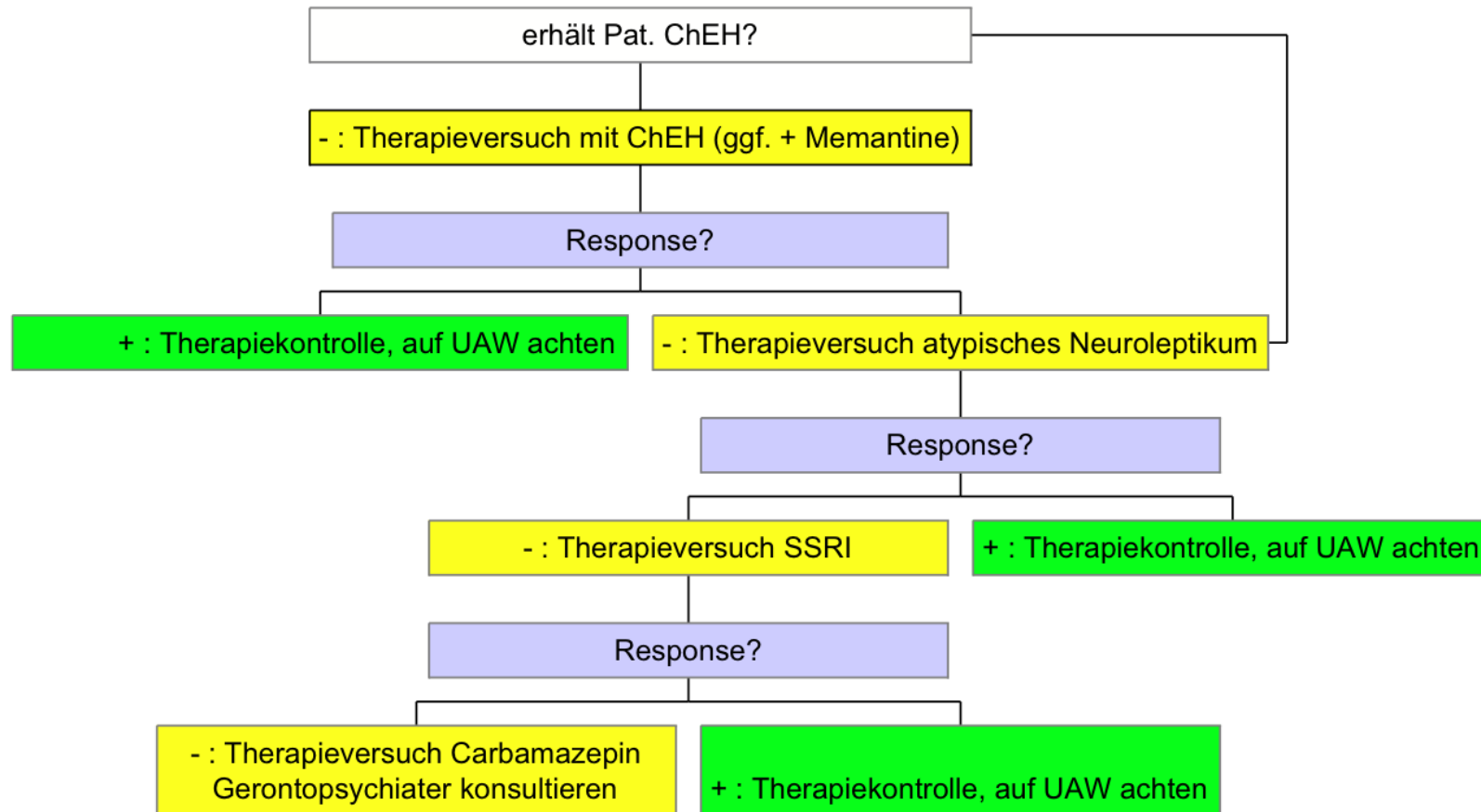




Chart Title







- Zuerst sollten stets nichtpharmakologische Optionen geprüft werden
- Der Effekt des Antidementivums auf die neuropsychiatrischen Symptome sollte beurteilt werden, bevor über die zusätzliche Gabe von Psychopharmaka entschieden wird.
- Keinem Patienten darf eine spezifische pharmakologische Intervention vorenthalten werden, „nur“ weil er/sie dement ist

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

Elderly  
people



- Medikamentöse antidepressive Therapie wird empfohlen. TZA nicht einsetzen  
*Empfehlungsstärke B, Evidenzgrad 1B*
- Haloperidol bei Agitation nicht; bei aggressivem Verhalten kann der Einsatz erwogen werden. *Empfehlungsstärke A, Evidenzgrad IA*
- Risperidon ist in der Behandlung von agitiertem und aggressivem Verhalten bei Demenz wirksam. Aripripazol kann aufgrund seiner Wirksamkeit gegen Agitation und Aggression als alternative Substanz empfohlen werden. Olanzapin soll nicht eingesetzt werden. *Empfehlungsstärke A, Evidenzgrad IA, IB*
- Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten



- Evidenz für geringe Effekte von kognitivem Training / kognitiver Stimulation auf die kognitive Leistung bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz. *Empfehlungsstärke C, Evidenzgrad IIb,*
- Realitätsorientierung und Reminiszenzverfahren können in allen Krankheitsstadien zur Anwendung kommen *Empfehlungsstärke C, Evidenzgrad IIb*
- Angehörigentaining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz sollte angeboten werden. *Empfehlungsstärke B, Evidenzgrad IIb*



**Prävention von psychischen und Verhaltenssymptomen**  
Identifikation von potentiellen Auslösefaktoren beim Erkrankten, in der Umwelt und in der Kommunikation, Erinnerungspflege Angehörigen- und Pflegendenschulung (u.a. Verhaltensmanagement, Stressmanagement)

**Psychische und Verhaltenssymptome liegen vor**

**Psychosoziale Interventionen**  
Allgemein: verstehende Diagnostik (Identifikation von Bedingungsfaktoren), validierendes Verhalten, patientenzentriertes Verhaltensmanagement, Angehörigen- und Pflegendenschulung  
Abgestimmt auf den Erkrankten: kognitive Stimulation, Erinnerungspflege, Musiktherapie, sensorische Stimulation, Bewegungsförderung, körperliche Berührung, Snoezelen

**Antidementive Pharmakotherapie**  
Leichte bis mittelschwere Alzheimer Demenz: Galantamin, Donepezil,  
Mittelschwere (moderate) bis schwere Alzheimer Demenz: Memantin  
Lewykörperchen Demenz, Demenz bei M. Parkinson: Rivastigmin

Akute Eigen- oder Fremdgefährdung  
Pharmakologische Notfallbehandlung

**Zusätzliche Verfahren bei definierten Symptomen oder Syndromen**

Psychot. Symptome (Wahn / Halluzinationen)	Agitation / Aggression	Depression	Störung des Tag-/ Nacht Rhythmus	Mangelnde Nahrungsaufnahme
	Aromatherapie (C) Rezeptive Musik (preferred music) (C)	Strukturierte Freizeitaktivitäten	Strukturierte Aktivierung während des Tages (B)	Verbale Unterstützung Positive Verstärkung Familienähnliche Esssituation

erhebliche Beeinträchtigung trotz Interventionen

**Risperidon:**  
Aggression, Agitation (A)  
Psychotische Symptome (B)  
Aripiprazol (off-label)  
Aggression, Agitation (A)  
Psychotische Symptome (nur 10mg) (C)  
Haloperidol  
Aggression (A)  
Carbamazepin (off-label)  
Aggression, Agitation (C)  
Citalopram (off-label)  
Agitation (C)

**Behandlungen so kurz wie möglich**

**CAVE:**  
Bei Lewykörperchen Demenz und Demenz bei M. Parkinson sind die o.g. Antipsychotika kontraindiziert

**Optionen:**  
Clozapin (off-label), Quetiapin (off-label)

Unzureichende Besserung

**Antidepressiva ohne anticholinerge Wirkung**

**Pharmakotherapie erst bei unzureichender Wirkung nicht-pharmakologischer Therapien indiziert!**

# Stellenwert von Interventionen

