

## Håndtering af adfærdssymptomer ved Alzheimers sygdom

Roy Jones, MD. Professor & Director, RICE (The Research Institute for the Care of Older People), Royal United Hospital, Bath, UK

Adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens kaldes samlet for BPSD ("behavioural and psychological symptoms and signs of dementia"). BPSD er meget almindelig ved Alzheimers sygdom: Halvdelen af Alzheimers patienter har mindst et adfærdssymptom, og symptomerne bliver hyppigere, som sygdommen udvikler sig - flere end 80 % får symptomer på et eller andet tidspunkt. De hyppigste symptomer er apati, agitation, ængstelse og irritabilitet. BPSD fluktuerer over tid, og tilbagefaldsraten er høj. Ofte er symptomerne til stede, inden patienten er diagnosticeret.

### Skala til at måle BPSD

Adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer hos Alzheimers patienter er problematisk på flere områder, f.eks. er BPSD

- med til at forværre patientens kognitive tilstand
- med til at øge funktionsnedsættelsen forbundet med Alzheimers sygdom
- den væsentligste indikator for institutionalisering
- en større stressfaktor for omsorgsgivere og pårørende end de kognitive symptomer
- forbundet med signifikant øgede direkte omkostninger til pleje og omsorg

Neuropsychiatric Inventory (NPI) er en skala til vurdering af adfærd hos patienter med Alzheimers sygdom, ofte benyttet ved kliniske undersøgelser. Den vurderer hyppighed, grad og belastning ved adfærdsmæssige symptomer: Vrangforestillinger, hallucinationer, agitation, depression, angst, eufori, apati, manglende hæmning, irritabilitet, afvigende motorisk adfærd, natlig adfærd, appetit samt spiseforstyrrelser. Skalaen er pålidelig samt valid og tilgængelig på flere europæiske sprog. Ulempen ved skalaen er, at den ser overordnet på alle symptomer.

Roy Jones viste en oversigt, der illustrerede en undersøgelse af adfærdssymptomer i forskellige stadier af Alzheimers sygdom. Symptomerne var målt på NPI i forhold til stadierne i Alzheimers sygdom målt ved MMSE (minimal state exam). De to hyppigst forekommende symptomer ved mild demens (MMSE > 20) var irritabilitet og depression, som ca. 35 % af patienterne havde. Samtlige symptomer forekom i højere grad ved svær demens (MMSE < 10). Mindst 40 % af de patienter med svær demens, som deltog i undersøgelsen, havde symptomer som hallucinationer,

aggression, ængstelse, opløftethed, apati, afvigende motorisk adfærd, søvnforstyrrelser og spiseændringer.

### Årsager og håndtering

Årsager til BPSD hos Alzheimerspatienter kan være talrige. Overordnet kan årsagsfaktorer grupperes i forhold til, om de er neurobiologiske, psykosociale eller omgivelsesbestemte.

De neurobiologiske årsager refererer til faktiske fysiske ændringer i patientens hjerne i forbindelse med

BPSD og Alzheimers sygdom.

De psykosociale faktorer er udtryk for udækkede behov. Det kan være psykologisk (frygt for at blive udsat for fare, behov for at være elsket) og fysiologisk (sult, tørst, smerte). F.eks. kan manglende evne til at trøste sig selv resultere i forstyrrende adfærd, og sproglige forstyrrelser som vedvarende råben kan være forsøg på kommunikation. For at undgå frustration anbefalede Roy Jones demenskoordinatorer til at opmuntre patienter til at udføre opgaver, som ligger inden for deres



evner og muligheder.

Omgivelsesbestemte faktorer, som kan resultere i BSPD, er f.eks. overdreven støj eller stimulation, mangel på rutiner, dårlig belysning, overdrevne krav, andres stressende opførsel, kedsomhed og ensomhed.

Ligesom BSPD har mange årsager, findes der flere måder at håndtere symptomerne på. I første omgang identificeres årsagen som enten neurobiologisk, psykosocial eller omgivelsesbestemt for at få en rettesnor for håndtering eller behandling. Derefter kan personalet intervenere med forskellige tiltag. Nogle omgivelsesbestemte faktorer kan let ændres. Roy Jones gav et eksempel med en meget ophidset patient. Personalet fandt ud af, at patienten ikke kunne finde toilettet og derfor blev frustreret – toiletdøren blev markeret med store bogstaver og en tydelig farve, og problemet var løst. Specifikke interventioner som f.eks. lysterapi, aromaterapi, musikterapi eller massage kan være en måde at dække en patients behov. Roy Jones mener overordnet, at demenskoordinatorer skal tage udgangspunkt i, hvordan patienten var før demenssygdommen, og hvad patienten stadig kan gøre – det kan være nøglen til at forstå en bestemt adfærd og til at finde brugbare løsninger for såvel patient som pårørende og plejepersonale. Vær kreativ, små ændringer kan have stor effekt.

Roy Jones fremviste flere forskningsresultater, som viste, at forskellige non-farmakologiske interventioner og tiltag ofte virker, men i begrænset udstrækning. Da forholdene er mindre kontrollerede og interventionerne personafhængige, er

det vanskeligere at måle effekten af disse end at måle effekten af medicin. Roy Jones konkluderede, at interventioners succes synes at afhænge af entusiasmen hos den person, som udfører interventionen, snarere end af selve interventionen.

### **Behandling med medicin**

Roy Jones advarede om, at antipsykotika bør være absolut sidste udvej til behandling af BSPD. Hvis uundværlig brug lav dosis i så kort tid som muligt og overvej løbende seponering. Det er problematisk, at antipsykotisk medicin bruges til at behandle adfærdssymptomer, da antipsykotika har alvorlige bivirkninger. Kliniske undersøgelser af brug af atypiske antipsykotika til behandling af adfærd hos ældre patienter med demens har vist højere dødsrate, sammenlignet med patienter som fik placebo. Regulerende institutioner (som Lægemedelstyrelsen) i USA (FDA), UK (MHRA) har advaret mod brug af disse stoffer på grund af øget mortalitetsrate og forøget risiko for kognitiv svækkelse, lavt blodtryk og sedation. Nye undersøgelser viser ingen forskel i effekt mellem disse stoffer og placebo. Antipsykotika kan være nødvendig i nogen tilfælde, især ved akutte adfærdsproblemer, men alternativer bør anvendes hvor muligt, herunder f.eks. ved behandling af co-morbiditet som smerte.

Medicin til symptomatisk behandling af Alzheimers sygdom kan have gunstig effekt på adfærd. Udover en generel forbedring kan Memantin have specifikke gavnlige virkninger på agitation, vrangforestillinger og irritabilitet. Behandling med memantin kan også have en forebyggende

effekt på udviklingen af adfærdsforstyrrelser. Undersøgelser af Kolinesterasehæmmere har vist forskellige resultater. Flere undersøgelsesresultater understøtter fordelene ved at reducere de neuropsykiatriske symptomer. Kolinesterasehæmmere kan have specifik effekt på apati og hallucinationer. Roy Jones viste forskningsresultater, hvor donepezil havde forbedrende effekt på symptomer som depression, uro og apati. En ny undersøgelse antyder, at donepezil ikke synes effektiv til behandling til klinisk agitation hos patienter med Alzheimers sygdom, som ikke har responderet på psykologisk terapi.

På et spørgsmål fra salen angående frontotemporale patienter, svarede Roy Jones, at Memantin ikke er så virkningsfuld på disse patienter, og at undersøgelser indikerer, at antipsykotika kan hjælpe netop denne gruppe. Nogle studier viser, at aromaterapi og lysterapi kan have gavnlig effekt på frontotemporale patienter. Roy Jones kunne ikke bekræfte, at der er ny demensmedicin på trapperne.

