



Home ▶ Zentrum-Neuro ▶ Fallbeispiele ▶ Verhaltensstörungen bei Demenzen

## Verhaltensstörungen bei Demenzen

### Kasuistik: Aggressionen bei Alzheimer-Demenz



**Oft stoßen Ärzte und Pflegepersonal bei der Behandlung einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz an Ihre Grenzen. Besonders bei Verhaltensstörungen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung wie Enthemmung, Störung des Schlaf-und-Nacht-Rhythmus, Aggression und Agitiertheit, um nur einige zu nennen. Selbst mit den wenigen, in den Leitlinien zur Behandlung vorgeschlagenen pharmakologischen Maßnahmen kann eine Linderung in dem Maße, in dem sich die betreuenden Personen dies wünschen, selten erreicht werden. Ein Fall, wie er sich oft im fortgeschrittenen Stadium der Demenz abspielt, zeigt die folgende Kasuistik**

Der 78-jährige, verwitwete Rentner Herr M., ehemals kaufmännischer Angestellter, kommt wegen zunehmender Unruhe und aggressiver Tendenzen vor dem Hintergrund einer langjährig bekannten, fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz in unsere gerontopsychiatrische Abteilung. Herr M. wird aus dem Altenheim, in dem er seit acht Jahren lebt, auf der Grundlage eines Betreuungsbeschlusses aufgenommen.

Im Kontakt zeigt sich Herr M. agitiert, angespannt und unzureichend orientiert. Der Betreuer berichtet, dass sich Herr M. häufig einsam fühle, sich viele Sorgen mache und unter ausgeprägten Schlafstörungen leide. Die Pfleger des Altenheims berichten, dass Herr M. seine Mitbewohner im Altenheim verbal und körperlich bedroht und mit Geschirr beworfen habe. Außerdem verweigerte er seit dem Vortag die Aufnahme von Nahrung, Flüssigkeit und Medikamenten. Morgens und nachts habe er wiederholt versucht, die Station zu verlassen. Einen Auslöser für den Auftritt der Symptomatik konnte weder die Pflegerin noch der gesetzliche Betreuer benennen. Im Altenheim sei es aber nicht mehr möglich, mit diesen Verhaltensweisen umzugehen.

Ein bestehendes Vorhofflimmern wird mit vier Medikamenten – dem Herzglykosid Digitoxin (0,1 mg), dem Antikoagulanz Marcumar, einem ACE-Hemmer (Ramipril 2,5 mg) und einem Thiaziddiuretikum (Hydrochlorothiazid 25 mg) - behandelt. Gegen eine bestehende Hyperurikämie bekommt Herr M. 150 mg Allopurinol täglich. Bekannt ist außerdem eine Divertikulose des Dickdarms.

Im Rahmen des psychopathologischen Befundes fallen ein gesteigerter Antrieb und eine eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit auf. Des Weiteren sind das Alt- und Neugedächtnis deutlich eingeschränkt. So sind zum Beispiel anamnestiche Eckdaten nur mit Hilfe des gesetzlichen Betreuers zu erheben. Herr M. hat eine 38-jährige Tochter, die an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung leide und sich regelmäßig in psychiatrischer Behandlung befinde. Mit dieser habe Herr M. bis zu seiner Unterbringung im Heim in einer Wohnung zusammengelebt.

Der körperliche und neurologische Untersuchungsbefund, sowie das Labor (inklusive Digitoxinspiegel und Quick-/INR-Wert) sind ohne hier relevanten pathologischen Befund. Das EKG zeigt eine bekannte absolute Arrhythmie, das cCT eine ausgeprägte bifrontotemporal betonte Hirnatrophie.

Am Anfang seines vierwöchigen Krankenhausaufenthaltes muss Herr M. noch mit Infusionen behandelt werden, da er die Nahrungs- und Medikamentenaufnahme verweigert. Zudem bedroht und beleidigt Herr M. Mitpatienten sowie das Personal. Darüber hinaus kommt es immer wieder zu Impulskontrolldurchbrüchen bei Verknennung der Situation verbunden mit feindseligem Verhalten, sodass zwischenzeitlich Fixierungen und medikamentöse Sedierungen erforderlich sind. Nach verschiedenen wirkungslosen Behandlungsversuchen - mit Risperidon (im Verlauf bis 5 mg/die) in Kombination mit Lorazepam (4mg/die), Quetiapin (bis 300 mg/die) und Melperon (bis 100 mg/die) in Kombination mit Lorazepam (3mg/die) – ändert sich sein aggressives Verhalten erst unter Haloperidol (anfangs 10 mg/die, dann 5 mg/die). Darunter, und auch im Verlauf in der reduzierten Dosis von 5 mg, zeigt er sich ruhiger, wirkt entspannter und gab selbst an, dass es ihm besser gehe. In der letzten Woche trinkt er selbstständig.

Von der Behandlung mit einem Antidementivum sahen wir ab, da die Erkrankung schon zu weit fortgeschritten und die noch vorhandenen kognitiven Leistungen zu gering

waren.

Eine im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes durchgeführte Koloskopie zeigt eine perianale Fistelöffnung mit Austritt von Stuhl. Die operative Sanierung wird nicht durchgeführt, da der Befund („Sigma ohne Lumeneinengung“) keine vitale Gefährdung darstellt und eine Stuhlinkontinenz bereits vor Bestehen der Fistel bekannt war, sodass die Sanierung nicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten geführt hätte. Die Durchführung einer Operation wäre für den Patienten außerdem wegen der mangelhaften Kooperation und seiner Gesamtsituation von fragwürdigem Benefit.

Am umfassenden Therapieprogramm im multiprofessionellen Team kann Herr M. aufgrund der mangelnden Compliance kaum teilnehmen, sodass es insgesamt im stationären vierwöchigen Verlauf nur zu einer Abnahme der fremdaggressiven Tendenzen kommt. Der Schlaf-Wach-Rhythmus bleibt trotz strukturierender sozialer Maßnahmen weiter gestört. Nach Rücksprache mit dem Betreuer erfolgt die Entlassung unter der Medikation mit 5 mg Haloperidol, zunächst für vier Wochen. Danach soll der ambulant behandelnde Psychiater über eine Weiterbehandlung mit Haloperidol und dessen Dosierung entscheiden. Die vorbestehende internistische Medikation wird in unveränderter Dosierung übernommen und fortgeführt.

Dr. med. Mana Mesbah  
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Alexianer Krefeld GmbH  
Dießemer Bruch 81, 47805 Krefeld

(c) 2012 STADA Arzneimittel AG, Stadastraße 2-18, 61118 Bad Vilbel, Telefon 06101 603-0, Fax 06101 603-259, e-Mail: [info@stada.de](mailto:info@stada.de)