

Demenz – Gedanken zu Symptomatologie und sekundärer Prävention

J. Degenhardt

MarienhauKlinikum Bendorf-Neuwied-Waldbreitbach

Zusammenfassung

Die Demenz vom Alzheimer-Typ wird als kortikale Demenz beschrieben. Prävalenz und Altersabhängigkeit werden belegt, differentialdiagnostisch wird auf die vaskuläre Demenz und die Demenz nach Schlaganfall eingegangen.

Die Aktivierung von Traumamaterial im Rahmen des Abbaus hippocampaler Strukturen wird bewertet und eine neurophysiologische Erklärungsmöglichkeit angeboten. Zuletzt wird im Rahmen sekundärer Prävention auf Grundsätze der Versorgung eingegangen.

Schlüsselwörter: Demenz, Psychotraumatologie, sekundäre Prävention, Intrusion

Dementia – some thoughts about symptomatology and secondary prevention

J. Degenhardt

Abstract

Morbus Alzheimer is described as a cortical dementia. Prevalence, dependence on age, differential diagnostic of vascular dementia and dementia after stroke are presented.

The vitalisation of psychotraumatological content based on the destruction of hippocampal structures is documented as a neurophysiological thesis. Last the basics of secondary prevention are defined.

Key words: dementia, psychotraumatology, secondary prevention, intrusion

© Hippocampus Verlag 2005

Einleitung

Die Demenz ist eine erworbene Beeinträchtigung des Gedächtnisses. Durch den Abbau dieser zentralen Funktion der Informationsspeicherung und weiterer Hirnleistungen kommt es zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung.

Die Zentralität der Gedächtnisfunktionen sei einleitend am Beispiel der Angst dargestellt: Der Mensch baut neue Informationen in Gewohnheitshierarchien ein, der Informationswert wird also vergleichend bewertet. Neues, das durch die »In-Relation-Setzung« relativiert werden kann, kann uns weniger erschrecken als komplett Neues, das nicht mit anderen schon gemachten Erfahrungen abgeglichen werden kann. *Freuds* zweite Angsttheorie [4] von 1926 unterschied die automatische Angst von der Signalangst. Die erste sei unvergleichbar, völlig neu, und die zweite wird als eine Vergleichsangst beschrieben, eine Angst vor schon bekannten Folgen einer Handlung. Die automatische Angst sei gewaltiger, weil sie die Person überflute und nicht durch Vergleich relativiert werden könne. Nur das Gedächtnis erlaubt, Rela-

tionen zu gestalten und Neues zu relativieren. Angst wird mit Hilfe des Gedächtnisses gebunden. Ist das Gedächtnis verloren, ist die Angst gewaltig, automatisch und überflutend.

Demenz und Topographie

Entsprechend der Lokalisation der Schädigung können wir unterschiedliche klinische Erscheinungsbilder voneinander differenzieren. Mit dem Ort (topos) der Hirnveränderung korreliert entsprechend den Funktionen der befallenen Hirnregionen eine bestimmte Psychopathologie.

Die *Demenz vom Alzheimer-Typ* ist eine kortikale Demenz [15]. Hier sind die kortikalen Zentren temporoparietal besonders betroffen. Es herrschen Störungen des Lernens, des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkvermögens und der räumlichen Orientierung vor. Die Persönlichkeit ist nur gering betroffen, das Typische des einzelnen Menschen, seine Wesenszüge, Charaktereigenschaften und Einzigartigkeit bleiben über weite Strecken erkennbar und prägend.

Die *frontale Demenz* (Morbus Pick) mit einer Betonung der Veränderung im Bereich der Stirnlappen des Gehirns dage-

gen zeigt einen Wandel der Persönlichkeit, insbesondere des Sozialverhaltens. Gedächtnis und räumliche Orientierung bleiben dagegen lange ungestört, erst später sind planende und organisierende Denkvorgänge gestört.

Schließlich gibt es noch die *subkortikale Demenz*, bei der es sich weder um einen qualitativen Wandel der Persönlichkeit noch um eine Lern- oder Speicherstörung des Gehirns handelt. Es findet sich eine gesamtseelische Verlangsamung aller psychischen Funktionen.

Nach der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD) in der 10. Revision ist eine Demenz definiert durch erworbene multiple kognitive Einbußen mit Abnahme des Gedächtnisses und der Abnahme mindestens einer weiteren kognitiven Fähigkeit wie zum Beispiel des Denkvermögens, des Planens, der Sprachfindung und Sprachnutzung, der Möglichkeit, mit alltagsüblichen Dingen umzugehen oder der Fähigkeit des Erkennens [3]. Weitere Kriterien sind Störungen der Affektivität, des Antriebs und des Sozialverhaltens. Durch diese kognitiven Einbußen entsteht eine Beeinträchtigung in der Bewältigung des Alltagslebens. Weitere Kriterien sind die Dauer der Störung von mindestens sechs Monaten sowie fehlende Hinweise für das Vorliegen eines vorübergehenden Verwirrungszustandes.

Gemäß ICD 10 ergibt sich eine weitere Differenzierung: Es gibt die Demenz vom Alzheimer-Typ mit frühem Beginn, wobei die genannten Kriterien nachgewiesen sein und darüber hinaus eine der beiden oder beide folgenden Bedingungen erfüllt sein müssen:

- Die Demenz vom Alzheimer-Typ mit frühem Beginn ist durch einen relativ plötzlichen Beginn mit rascher Progredienz charakterisiert. Ferner liegen entsprechend den genannten Kriterien neben der Gedächtnisstörung eine Minderung der Sprachfähigkeit, der Schreib- oder Lesefähigkeit, der Ausdrucksfähigkeit oder verschiedene Handlungsunfähigkeiten vor.
- Für die Demenz vom Alzheimer-Typ mit spätem Beginn gelten die gleichen Kriterien, hinzu kommen ein Krankheitsbeginn nach dem 65. Lebensjahr und ein langsamer Beginn mit allmählicher Progredienz. Ferner herrscht in der Regel eine Gedächtnisstörung vor, die intellektuelle Beeinträchtigung ist geringer.

Die Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ erschließt sich aus der Anamnese, der Fremdanamnese und aus klinischen Tests. Laborchemische Untersuchungen stehen nur für die Ursachendifferenzierung zur Verfügung.

Epidemiologie

Zwischen 4 und 8% der über 65-Jährigen leiden an einer fortgeschrittenen Demenz. Die Prävalenzzahlen sind altersabhängig [8]. Die Gruppe der über 65-jährigen Menschen zeigt eine Prävalenz von 8–10%. Unter den über 85-Jährigen leiden 30% an Demenz. Bis 2030 wird sich die Zahl allein der hochbetagten Betroffenen um das 2,5-fache auf über eine halbe Millionen deutsche Bürger erhöhen [5].

F 00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn

1. Die Kriterien für die Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00) müssen erfüllt sein und der Krankheitsbeginn liegt vor dem 65. Lebensjahr.
2. Außerdem muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:
 - a) Nachweis eines relativ plötzlichen Beginns mit einer raschen Progredienz
 - b) Zusätzlich zur Gedächtnisstörung eine amnestische oder sensorische Aphasie, Agraphie, Alexie, Akalkulie oder Apraxie (als Hinweis auf das Vorliegen einer temporalen, parietalen und/der frontalen Beteiligung)

F 00.1. Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn

1. Die Kriterien für die Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00) müssen erfüllt sein und der Krankheitsbeginn liegt bei 65. Jahren oder darüber.
2. Außerdem muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:
 - a) Nachweis eines sehr langsamen Beginns und einer allmählichen Progredienz (die Geschwindigkeit der letzteren wird nur retrospektiv nach einem Verlauf von drei oder mehr Jahren deutlich)
 - b) Vorherrschen der Gedächtnisstörung gegenüber der intellektuellen Beeinträchtigung

Abb. 1: Einteilung der Demenzen nach ICD 10

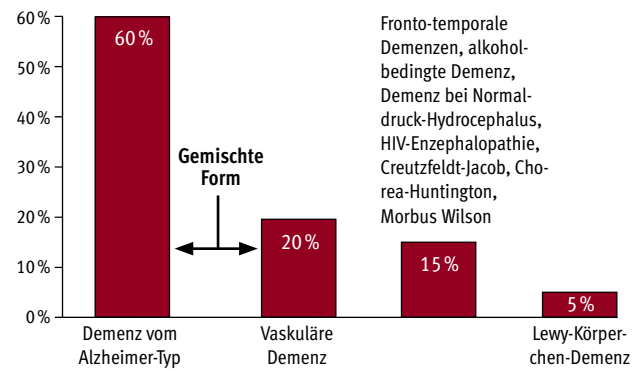


Abb. 2: Häufigkeit verschiedener Formen der Demenz

Neben der Demenz vom Alzheimer-Typ spielt die vaskuläre Demenz die differentialdiagnostische Hauptrolle. Hier ist die Symptomatik vom Ausmaß der Durchblutungsstörung abhängig.

Ursächlich für Mikroangiopathien sind Folgen der Gefäßrisikofaktoren [2] arterielle Hypertonie, Diabetes, Hyperurikämie, Nikotinabusus und Hypercholesterinämie. Die Symptomatik entspricht dem Ort der Schädigung, kann also sowohl frontal als auch temporal und parietal betont sein.

Eine Demenz kann sich auch nach multiplen Schlaganfällen oder Schlaganfällen in »strategischen« Regionen entwickeln. Etwa ein Viertel der Patienten nach Schlaganfall entwickelt eine Demenz [11]. Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer vaskulären Demenz sind hohes Alter, mehrere Schlaganfälle, Befall der dominanten Hemisphäre mit Sprachstörungen, zusätzlich bestehende Gangstörung und Harninkontinenz sowie das Weiterbestehen von Gefäßrisikofaktoren. Die vaskuläre Demenz kann ähnliche Symptome wie die Demenz vom Alzheimer-Typ ausbilden.

Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ entwickelt sich eine temporo-parietal akzentuierte Hirnatrophie. Diese ist zu Beginn der Erkrankung im Computertomogramm nicht zu erkennen. Erst im fortgeschrittenen Stadium findet man im CT eine Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume sowie eine Vergrößerung der Hirnfurchen. Mikroskopisch besteht ein Nervenzellverlust im Bereich der temporalen und parietalen Hirnrinde sowie der cholinergen, noradrenergen und serotonergen Kerngebiete. Außerhalb der Zelle finden sich diffuse und fleckförmige Ablagerungen von Beta-Amyloid, in der Zelle typische Neurofibrillenveränderungen, deren Hauptbestandteil das Tau-Protein ist [7].

Die Abb. 3 zeigt eine computertomographische Darstellung der inneren und äußeren Liquorräume eines 79-jährigen Patienten mit einer weit fortgeschrittenen Demenz vom Alzheimer-Typ. Fremdanamnestic begann die Erkrankung vor neun Jahren mit räumlicher Orientierungsschwäche, Affektlabilität und einer Minderung der Ein- und Umstellfähigkeit. Im Jahr 2005 bestanden Pflegebedürftigkeit, eine hochgradige Störung des Frischgedächtnisses bei nur fragmentarisch erhaltenem Altgedächtnis und Panikzustände, wobei diese Angstattacken mit einer Wahnentwicklung verbunden waren. Auffällig sind unspezifische Zeichen einer äußeren und inneren Hirnatrophie mit »Verplumpungen« des Ventrikelsystems und Hypodensitäten um das Ventrikelsystem. Hinweise für frische Infarkte finden sich nicht.

Abb. 4 zeigt einen linkshirnigen Infarktbereich mit einer leichten Verschiebung des Liquorsystems nach rechts und einer hypodensen Zone um den Infarktbereich. Der Patient lernte zunächst relativ schnell, die Halbseitenlähmung und das eingeschränkte Sehen nach rechts zu kompensieren. Die Wortfindungsstörung jedoch blieb, zusätzlich wurde eine Apraxie festgestellt. Der Patient konnte sich wegen der Rechtsseitenschwäche und einer zunehmenden Apraxie nicht mehr selbst versorgen. Trotz der Besserung der motorischen Fähigkeiten entwickelte sich nach dem Apoplex ein zunehmendes apathisches Bild mit Interessensminderung und fehlender affektiver Resonanz, so dass rehabilitative Bemühungen nur von geringem Erfolg waren. Im »Mini-Mental-State« erreichte der Patient acht Wochen nach dem Infarkt nur noch 14 von 30 Punkten.

Dieser Test (MMST) überprüft Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, die Fähigkeit, Dinge zu benennen, die Wiederholungsfähigkeit von Sätzen, die Registrierungsfähigkeit von Anordnungen, die Reaktionsfähigkeit sowie die Schreib- und Abzeichenfähigkeit (Abb. 5). Entsprechend einem Punktwert hilft der Test bei der Unterscheidung von leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz (Abb. 6).

Eine leichte Demenz mit einem Testergebnis von 18–24 Punkten zeigt sich durch eine Minderung der Gedächtnisleistung, des Denkvermögens und der Informationsverarbeitung, evtl. durch Wortfindungsstörungen. Patientinnen und Patienten sind emotional weniger belastbar, es treten Ängste und Depressionen auf. Trotzdem ist die Selbstversorgung im üblichen Alltag noch möglich, nur kompliziertere Aufgaben werden nicht mehr ohne Hilfe erfüllt. Die mittelschwere De-

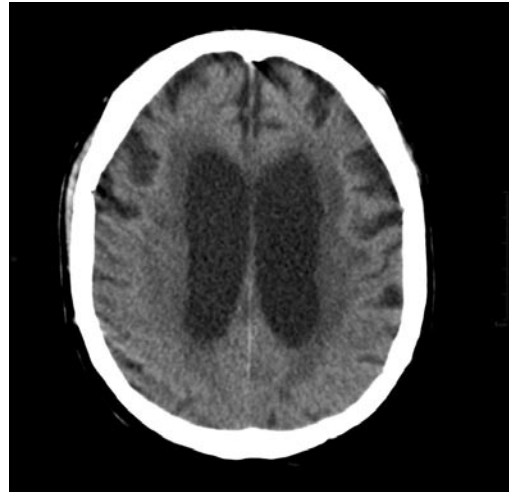


Abb. 3: CCT Hirnatrophie, Patient 79 Jahre

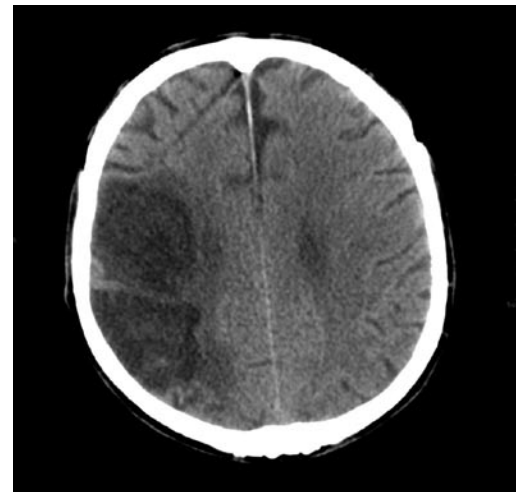


Abb. 4: CCT Infarkt der A. cerebri media links, Patient 70 Jahre

menz mit einem Testergebnis von 10–17 Punkten im MMST zeigt sich in einer deutlichen Minderung der Gedächtnisleistung für das Frischgedächtnis. Auch wichtige Dinge werden vergessen, die räumliche Orientierungsstörung ist ausgeprägt und die Sprache wird inhaltsarm.

Neben den emotionalen Reaktionen von zunehmenden Ängsten, aber auch Aggressionen wegen Missverständnissen, kommt es zu einer körperlichen und seelischen Unruhe als Affektäquivalent, zu potentiellen Weglauftendenzen und zur Wahnentwicklung. Die Möglichkeit zur Selbstversorgung ist jetzt stark eingeschränkt und bezieht sich nur noch auf einfache Tätigkeiten, zu denen zum Teil angeleitet werden muss. Im Rahmen der schweren Demenz ist der Test schwerer durchführbar, es werden unter 10 Punkte erreicht, Fragmente von gespeicherten Informationen sind unregelmäßig abrufbar, Verwandte werden nicht mehr erkannt, ein kritisches, selbstreflexives Denken ist nicht mehr möglich, es besteht Desorientierung und Unfähigkeit zur Selbstver-

Der MMST überprüft	
Orientierung	Tag, Monat, Jahr, Bundesland, Ort, Stockwerk, Raum
Merkfähigkeit	Wortwiederholung (Auto, Blume, Kerze)
Aufmerksamkeit	Rechenübung (von 100 jeweils 7 abziehen)
Gedächtnis	Nachfrage nach den gelernten Wörtern
Benennungsfähigkeit	Zeigen eines Gegenstandes (Armbanduhr, Bleistift)
Wiederholungsfähigkeit	Satzwiederholung (»Sie leiht ihm kein Geld mehr«)
Registrierung von Anordnungen	Dreiteiliger Auftrag (Nehmen Sie das Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Tisch)
Reaktionsfähigkeit	Lesen und Erfüllen eines Auftrages (Lesen: schließen Sie die Augen, Augenschluss)
Schreibfähigkeit	Spontanes Schreiben eines beliebigen Satzes
Abzeichenfähigkeit	Abzeichnen von 2 Fünfecken

Abb. 5: Der MMST

Leichte Demenz	MMSE	kognitiv	Minderung von Gedächtnis, Denkvermögen, Informationsverarbeitung. Wortfindungsstörung.
	18 – 24	emotional Alltag	Emotional weniger belastbar, Ängste, Depression. Selbstversorgung noch möglich. Komplizierte Aufgaben können nicht mehr erfüllt werden.
Mittelschwere Demenz	MMSE	kognitiv	Neue Informationen: Nur gelegentlich und sehr kurz behalten. Wichtige Dinge werden vergessen. Ausgeprägte räumliche Orientierungsstörung. Die Sprache enthält Floskeln und wird inhaltsarm.
	10 – 17	emotional-physiologisch Alltag	Unruhe, Umkehr des Tag-Nachtrhythmus, Weglaufen, Angst und Aggression. Wahnentwicklung möglich. Harninkontinenz möglich. Stark eingeschränkte Selbstversorgung. Nur noch einfache Tätigkeiten.
Schwere Demenz	MMSE	kognitiv	Nur noch Fragmente von früher Gelerntem. Verwandte werden nicht erkannt. Kritisches Denken nicht möglich. Räumliche Orientierung aufgehoben. Zunehmend Verlust der Sprachfähigkeit.
	< 10	physiologisch Alltag	Körperliche Störungen (Geh- und Schluckstörungen, Bettlägerigkeit, Unruhe, Enthemmung) Keine Körperpflege, Betreuungsabhängigkeit

Abb. 6: Einteilung der Demenz nach dem MMST

sorgung. Die im Rahmen der mittelschweren Demenz auftretenden Unruhezustände nehmen zu.

Der MMST ist ein Screening-Instrument, das man im Rahmen der raschen Diagnostik für Patienten ab 65 noch mit einem anderen Test, dem Uhrentest, bereichern kann. Bei diesem Test besteht die Aufgabe darin, dass der Patient in einem vorgegebenen Kreis das Zifferblatt einer Uhr mit allen Zahlen zeichnen und die Zeiger entsprechend einer bestimmten Uhrzeit einzeichnen soll. Hier wird die visuo-konstruktorische Funktion geprüft, das heißt die optisch-räumliche Wahrnehmungsfähigkeit verbunden mit der konstruktiv-praktischen Funktion des Zeichnens. Wegen dieser

Kombination zweier Funktionen ergeben sich oft überraschende Resultate, zumal auch das abstrakte Denken und die mnestischen Funktionen mitgeprüft werden. Demente Patienten zeigten hier typischerweise Störungen der Konzeptualisierung.

Nicht-kognitive Symptome

Die nicht kognitiven Symptome bestehen in Depressionen, Ängsten, Selbstzweifeln, Schamgefühl und Gereiztheit. Im frühen Stadium wird die kognitive Leistungseinbuße erkannt, die Affekte sind Reaktionen auf die entsprechende Bewertung. Im mittleren Stadium ist eine Bewertung nicht mehr möglich. Es bestehen eher Ängste und Unruhezustände gepaart mit Wahn und illusionärer Verknennung, wobei die Affekte und Wahrnehmungsstörungen hirnganisch bedingt, also nicht mehr Folge der kognitiven Bewertung des eigenen Zustandes sind (Abb. 7).

Depressive Symptome werden bei 30–60% der Patienten mit Alzheimer-Erkrankung beschrieben, Angstsymptome bei 50–80% dieser Patienten [13].

In frühem Stadium	Depression, Angst, Selbstzweifel, Scham Die Leistungseinbuße wird erkannt. Die Affekte sind reaktiv.
In mittlerem Stadium	Wahn, illusionäre Verknennung, Halluzinationen, Unruhe auch Angstäquivalent Die Leistungseinbuße wird nicht mehr erkannt. Die Affekte und Wahrnehmungsstörungen sind überwiegend hirnganisch oder psychotisch.

Abb. 7: Wahrnehmungsstörungen

Verlauf der Symptome

Die Demenz entwickelt sich meist schon drei Jahre vor der Diagnosestellung über einen Zeitraum von insgesamt etwa 13 Jahren (Abb. 8). Zu Beginn ist wieder überwiegend das Frischgedächtnis betroffen. Wenn dieses Defizit erkannt wird, wird es entsprechend den verbliebenen kognitiven Fähigkeiten bewertet und es kommt zu reaktiven affektiven Störungen. Bei weiterem Hirnabbau kommt es zu einer Zuspitzung von Wesensmerkmalen und Ritualen, sprachlich zu Floskeln, da die Patienten vermehrt auf früher Gespeichertes zurückgreifen. Später wird das Defizit nicht mehr erkannt und folglich nicht mehr bewertet. Zunächst entstehen hirnganische Symptome, später das Bild der völligen Pflegebedürftigkeit. Zum Tode führt nicht die Demenz, sondern die Aspiration auf dem Boden einer zunehmenden Unfähigkeit zu husten und zu schlucken. So ist die Todesursache meist Herzversagen bei einer Pneumonie. *Reisberg* unterscheidet im Rahmen dieses Verlaufes die Phase der Vergesslichkeit im weiteren Verlauf von der Phase der Verwirrtheit und der Phase der Demenz [16].

Es sind also Symptome zu berücksichtigen, die sich neben der kognitiven Funktionseinbuße als Verhaltens- und Erlebnisstörungen manifestieren.

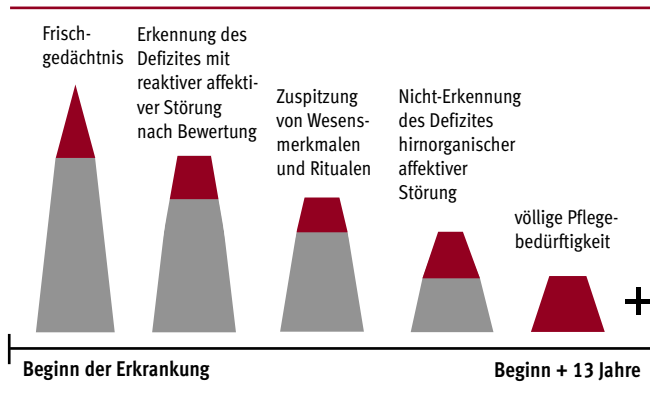


Abb. 8: Schema der Demenzentwicklung

Im Stadium des Erkrankungsbeginnes überwiegt das Erleben reaktiver Affekte und im Verhalten die Zuspitzung von Wesensmerkmalen. In späteren Stadien stehen hirnganische Veränderungen im Vordergrund mit formalen und inhaltlichen Denkstörungen sowie Wahrnehmungsstörungen in Form von Halluzinationen, etc. Nicht kognitive Problemfelder sind:

- Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
- Affektlabilität
- Aggression
- Angst
- Apathie
- Depressivität
- Psychomotorische Unruhe
- Wahn, Halluzination, Illusion

Ein Fallbeispiel:

77-jähriger Herr, der entsprechend seiner phobisch-vermeidenden Persönlichkeit bei der Bewertung seiner zunehmenden kognitiven Defizite noch ängstlicher, dabei aber auch noch stärker sozial angepasst, also eher unauffällig wurde.

Nach dem plötzlichen Tod seines Bruders fällt dieser ängstlich-angepasste ältere Herr durch zunehmende Rückzugstendenz und Affektlabilität auf, ein weiteres halbes Jahr später fällt der Familie das ständige Tragen mehrerer Strümpfe und Socken übereinander auf. Der Hausarzt verweist trotz guter Fußdurchwärmung und unauffälligem venösen Gefäßstatus zum Gefäßchirurgen, der seinerseits keine Auffälligkeiten findet. Der ältere Herr spricht von schmerzhaften Kältesensationen an beiden Fußsohlen mit einem durchgehenden Kälteempfinden bis in den Bereich der Knie. Parallel zur weiteren Einbuße an kognitiver Flexibilität wird dieses Symptom schlimmer und führt schließlich über die Frustration der somatischen Medizin zur Weiterleitung an die Psychiatrie mit der Frage nach der Diagnostik dieser unklaren Störung. Der psychiatrisch erfahrene niedergelassene Kollege entdeckt die langsame Progredienz der dementiellen Erkrankung und verweist den Patienten an ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Zentrum. Die aufnehmende Kollegin stellt ihre differential-diagnostischen Vermutungen mit den Möglichkeiten einer coenästhetischen Spätschizophrenie bzw. einer hirnganisch bedingten coenästhetischen Psychose zur Verfügung. Nach der Aufnahme erbrachte die mit Zeit und Fürsorge durchgeführte Anamnese einen weiteren diagnostischen Hinweis. Unser Patient war zwischen 1944 und 1949 in Gefangenschaft in Sibirien. Seine

Beschreibung der Zustände war exakt und entsprach in der inhaltlichen Ausführung dem, was die Nachkriegsgeneration von Solschenizyn über den »Archipel Gulag« erfuhr. Wir hörten von unserem Patienten eine affektiv stimmige Beschreibung dieser Schmerzen in den Jahren, als ihm seine einzigen Schuhe gestohlen wurden und er zwischen den Baracken mit Fußlappen bekleidet über Schnee laufen musste. Die damaligen Kälteverursachten Brandblasen der Fußsohle hatten denselben Schmerzcharakter wie sein psychogener Schmerz hier und heute. Jahrzehnte hatte er entsprechend seinen kognitiven Fertigkeiten, seiner persönlichkeitsentsprechenden Anpassungsfähigkeit an Anforderungen dieses Thema isoliert bzw. verleugnet. Das entspricht psychoanalytisch einer Ich-Leistung, einer differenzierten Denkleistung im Sinne einer Prioritätensetzung, einer Leistung also, die jetzt im höheren Alter hirnganisch bedingend nicht mehr zur Verfügung stand. Diesen Patienten ließen wir berichten und arbeiteten mit ihm kognitiv über Visualisierungstechniken am Thema Selbstfürsorge und Akzeptanz der damaligen Opferrolle.

Alice Miller schreibt in ihrem 2004 erschienen Buch »Die Revolte des Körpers« über die Erinnerungsfähigkeit über körperliche Wahrnehmungen. Sie nennt den Körper den Hüter der Wahrheit [12]. Die Psychotraumatologie belegt, dass traumatisierten Menschen bestimmte Details von Naturkatastrophen, Unfällen, Erlebnissen von Missbrauch und Misshandlung zum Teil fragmentiert in Erinnerung bleiben, inklusive der körperlichen Sensationen. Diese sind Wiederholungen des traumatisierenden Erlebnisses. Die vergewaltigte Frau riecht in bestimmten Situationen den Alkoholgeruch des Vergewaltigers und spürt den Druck der Hände; das Unfallopfer spürt die während des Unfalls erlittene Verkrümmung des Rückgrats in bestimmten Situationen als untypischen Rückenschmerz. Beides tritt unabhängig vom Ereignis und auch unabhängig von der kognitiven bewussten Erinnerung auf. Auch das Leid dieses älteren Herren ist ein nicht mehr zu verleugnendes Körpererinnern, das nicht mehr an das objektive Leiden in den Kriegs- und Nachkriegsjahren und auch nicht an die bewusste Erinnerung der damaligen Situation gebunden ist.

Zweites Beispiel:

79-jährige Frau, bekannte mittelschwere Demenz mit zusätzlicher Pflegebedürftigkeit wegen Zehenamputation auf dem Boden von Gefäßveränderungen der Extremitäten. Die Patientin ist Heimbewohnerin, in dem Heim seit Jahren bekannt. Zum ebenfalls bekannten langsam progredienten Abbau der Hirnfunktionen kam eine besondere Verhaltensauffälligkeit beim morgendlichen Waschen. Beim Versuch der Einleitung der Genitalhygiene schrie die Heimbewohnerin, versteifte sich und wurde trotz Abbruch der Versuche jeweils erst nach Stunden ruhiger. Auch diese Symptomatik entstand im Rahmen des Abbaus der Hirnfunktionen, auch hier fand sich eine erklärende Lebenssituation: mehrfache Vergewaltigung während der Flucht in den letzten Kriegstagen.

Man kann bei den nicht-kognitiven Störungen im Rahmen von Demenzen das reaktive Verhalten und die reaktive Befindlichkeit der hirnganischen Ebene des Verlusts von Hirnfunktionen gegenüberstellen. Bei schwerer Dementen gibt es Störungen, die nicht als Reaktion auf das Erkennen der Demenz angesehen werden können, aber auch keine hirnganischen Erlebnisstörungen sind. Neben den psychotischen Symptomen von inhaltlichen Denkstörungen (Wahn)

und Erlebnisstörungen (Halluzinationen) gibt es auch sogenannte Intrusionen [9]. Hier erinnert der Körper, nicht der Geist. Die kognitiven Funktionen sind soweit eingeschränkt, dass das Altgedächtnis alte Traumata nicht mehr gespeichert hat. Trotzdem wird das an das verlorene Gedächtnis assoziativ gebundene körperliche (ehemals reale) Erleben wiederholt. Diese Wiederholung von »altem« Traumamaterial, dieses Noch-einmal-Erleben von ehemaligen Reizüberflutungen darf nicht als Psychose verkannt werden, da es fragmentiertes Erinnerungsmaterial ist. Diese fragmentierten körperlichen Erinnerungen, die jetzt weder zugeordnet noch verdrängt werden können, sind eine Mischung aus Reaktivität und hirnanorganischem Abbau: Durch den zunehmenden Abbau der Hirnfunktionen kommt es zum fragmentierten Erinnern und im Rahmen der zeitlichen und situativen Desorientierung zu einem falschen Einbau der Erfahrung des Gewaschenwerdens in die Gewohnheitshierarchien. Die aktuelle Situation wird als solche nicht erkannt, sondern verkannt und mit unverarbeiteten »Körpererinnerungen« der Vergangenheit verbunden. Es resultiert das Erleben dessen, was über Jahrzehnte verleugnet und isoliert war.

Eine These:

Die Demenz vom Alzheimer-Typ umfasst anatomische Veränderungen, die sich insbesondere temporo-parietal, aber auch hippokampal darstellen [6]. Der Hippocampus ist eine Hirnregion, in der Informationen kategorial gespeichert werden. Dieser Gedächtnisspeicher verfügt also über unsere Gewohnheitshierarchien. Traumatisches Material, also Erinnerung an Reizüberflutungen, werden dagegen auch im Bereich des Mandelkerns abgespeichert. Diese Informationen wirken wie »eingefroren«. Dieser Erinnerungsspeicher lässt bei der Erinnerung das ganze Erleben, einschließlich körperlicher Erlebnisweisen, wieder aufbrechen. Wenn nun die kategoriale Einordnung durch die Atrophie hippokampaler Strukturen nicht mehr möglich ist, das körperlich-seelische Erinnern im Mandelkern ein Vitalisieren alter Erfahrungen aber noch zulässt, kann diese Erfahrung nicht mehr in Gewohnheitshierarchien eingeordnet, nicht mehr relativiert werden und es kommt zu einer Wiederbelebung des Traumas. In unserem Beispiel kann die beginnende Genitalhygiene nicht mehr in die Gewohnheitshierarchie des aktuellen Tagesablaufs eingebaut, nicht als Hygienemaßnahme erkannt werden. Im Mandelkern wird die »eingefrorene Information« durch die Körperberührung reaktiviert, kann durch die atrophiebedingte Unfähigkeit des Hippocampus zur kategorialen Einordnung nicht relativiert werden und das Erleben des Traumas wiederholt sich. Die Berührung wird zum Trigger für das Wiedererleben des Traumas.

Hilfreich war in beiden Fällen die Biographiearbeit. Bei dem älteren Herrn konnte die Körpererinnerung den entsprechenden Affekten und den Resterinnerungen bei erhaltenem Altgedächtnis zugeordnet werden. Eine leichte Entspannung war möglich. Bei der älteren Dame, die die Genitalhygiene körperlich als erneute Vergewaltigung durchleben musste, half die Biographiearbeit, da Informationen sowohl über die Vergewaltigung als auch über alte Möglichkeiten der Be-

ruhigung der Patientin fremdanamnestic eruiert werden konnten. Als gutes Mittel zur Beruhigung erwies sich ein bestimmtes Musikstück von *Borodin*, ein Lieblingsstück, das auch in den Kriegswirren während der Flucht einen beruhigenden Effekt hatte. Als man die Patientin durch Vorspielen der Musik und begleitendes Reden beruhigte, gelang die Genitalhygiene entspannter.

Primär- und Sekundärprävention

Primäre Prävention der Demenz würde gesunde Ernährungsweise, regelmäßiges körperliches und geistiges Training, das »In-der-Welt-Sein« der alten Menschen und eine Auftrags-erfüllung für die Gemeinschaft umfassen. Letzteres kann sich auf den Mikro-, Makro- oder Mesokosmos beziehen. Zu diesen primär-präventiven Maßnahmen gehört auch die Behandlung der Gefäßrisikofaktoren: Einnahme von Statinen zur Hemmung der endogenen Bildung von Cholesterin; Einnahme von Antihypertensiva bei arterieller Hypertonie; die Reduktion von Übergewicht; die Nutzung der intellektuellen Möglichkeiten einschließlich guter Ausbildung; die Nahrungsanreicherung mit Antioxidantien (Vitamin C und E) sowie der Aufbau eines sozialen Netzwerkes. Alle diese Punkte sind nachgewiesenermaßen primär-präventiv wirksam und reduzieren das Risiko, an einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu erkranken [10].

Primäre Prävention bei durch die Atrophie hippokampaler Strukturen erklärten alten Psychotraumata würde in der Bearbeitung dieser ehemaligen Reizüberflutungen nach deren Auftreten, sicher aber vor dem Beginn der Demenz bestehen. Hier helfen moderne psychotherapeutische Verfahren der Psychotraumatologie wie z. B. das EMDR, »eye-movement-desensitization-and-reprocessing« [9].

Die Diagnose wird jedoch oft erst im zweiten, dritten oder vierten Jahr nach dem Auftreten der ersten Symptome diagnostiziert. Die Erkrankung besteht schon, so dass es jetzt um Sekundärprävention geht. Diese fußt auf der frühen Diagnostik. Medikamentöse Behandlung, Trainingsprogramme und psychotherapeutische Verfahren müssen zum Einsatz kommen.

Bei der Sekundärprävention geht es um schnelle Diagnostik und früh einsetzende Hilfe. Aktive Lebensgestaltung, die Teilnahme an körperlichen und kognitiven Herausforderungen, die Übernahme sozialer Verantwortung, die Bearbeitung von Konflikten und die autonome und aktive Bewältigung des Lebens sind auch sekundär präventiv wirksam. Wird nun bei beginnender Demenz Hilfe nötig, so darf die Dosis der Hilfestellung nicht übertrieben sein. Wenn institutionelle Hilfe gebraucht wird, darf diese nicht der Passivität des dementen Menschen Vorschub leisten.

Für die Sekundärprävention werden wohnortnahe Angebote und ausreichende Hilfen benötigt. Jede Überprotektion, jedes institutionelle Ausweiten der Hilfe untergräbt kognitive Kompetenzerhaltung und ist damit kontraproduktiv. Da die Demenzentwicklung langsam progredient ist, ist der Hilfsbedarf langsam progredient steigend. Das bedingt die Notwendigkeit abgestufter Hilfsangebote orientiert am objekti-

ven Bedarf. Zusätzlich bestehende depressive Verarbeitung steigert naturgegeben auch beim alten Menschen die subjektive Bedürftigkeit, trotzdem ist die autonome Gestaltungs- und verpflichtung zielführend. Entsprechend den Fallbeispielen sind Biographiearbeit und die Berücksichtigung spezieller persönlicher Ressourcen Bestandteile psychotherapeutischer Maßnahmen. Die Reduktion der Ein- und Umstellfähigkeit bedingt, dass das Hilfsangebot von Mensch zu Mensch möglichst an eine Hilfsperson gebunden ist. Bezugspflege im Heimbereich und Objektstabilität in der ambulanten Versorgung beugen durch häufigen Beziehungswechsel bedingten Ängsten vor. Diese Kontinuität bestimmt auch die Bevorzugung ambulanter Hilfe vor stationärer Hilfe. Letztere ist sowohl an den Wechsel der Bezugspersonen als auch einschneidend an den Wechsel von Ort und Raum gebunden. Die räumliche Orientierung ist oft schon im ersten Stadium der Erkrankung betroffen. Wenn nun aber Ort und Raum wechseln, weil das Krankheitsbild dies erfordert, sollten in den Abteilungen die organisationalen Abläufe auf demenzkranke Patienten abgestimmt werden. Menschen im Alter haben Schwierigkeiten kleine Fußnoten zu lesen und bei wechselndem Geräuschpegel die Stimme des Gesprächspartners zu erkennen. Zudem unterliegen sie schneller den Reaktionen einer Reizüberflutung, da die Konzentrationsfähigkeit gemindert ist, die Aufmerksamkeit für Außenreize aber lange erhalten bleibt. Entsprechend der Multimorbidität geriatrischer Patienten muss eine Multidisziplinarität ärztlicher Fürsorge gewährt werden. Unterschiedliche Fachärzte müssen gemeinsam Krankheitsbilder und deren Folgen bewerten und die Patienten auch gemeinsam behandeln.

Ziel der gerontopsychiatrischen Hilfen ist die Erhaltung der Selbständigkeit der Betroffenen. Dieses dient nicht nur der Förderung der vorhandenen Potentiale, sondern trägt wesentlich zum Wohlbefinden im Alter bei. Ein erfolgreiches Altern – und damit Zufriedenheit im Alter – ist eng mit der eigenen Selbständigkeit und deren Wahrnehmung verbunden. Auch wenn die Informationsspeicherung im Rahmen der Demenz-

Grundsätze der Versorgung

1. Wohnortnähe und ausreichende Hilfe (Berücksichtigung der sozialen Ressourcen)
2. Abgestufte Hilfsangebote, orientiert am objektiven Bedarf
3. Integration der Biographiearbeit und der speziellen Persönlichkeit
4. Größtmögliche Kontinuität der Beziehungsperson
5. Priorität: ambulant vor teilstationär vor stationär
6. Abstimmung der organisationalen Abläufe in Krankenhäusern auf Demenzkranke
7. Multimorbidität fordert Multidisziplinarität

Abb. 9: Grundsätze der Versorgung

entwicklung geringer wird, bleibt trotzdem eine relative Lernfähigkeit erhalten. Im Rahmen des vom Bundesfamilienministerium geförderten Projekts »Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter«, kurz SIMA genannt, wurden ein Gedächtnistraining, ein psy-

chomotorisches Training und ein Kompetenztraining für Senioren entwickelt. Vier Jahre nach dem Trainingsende zeigten Untersuchungen, dass kein Training für sich alleine zu langfristigen Verbesserungen in Bezug auf Selbständigkeit und kognitive Leistungen führte. Anders sahen die Befunde bei jenen SIMA-Teilnehmern aus, die an einer Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining teilnahmen. Das einjährige Training in Kombination von Gedächtnis- und Bewegungsübungen [14] führte zu einer signifikanten Verbesserung der kognitiven Leistung im Vergleich zu Nichttrainierten und einseitig Trainierten. Auch diese kombinierte Trainingsform von Gedächtnis- und Bewegungsübungen ist Prävention.

Danksagung

Ich bedanke mich für die Überlassung der CT-Bilder bei *Frau Dr. med. Gabriele Greeven*, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Marienhaus Klinikum St. Elisabeth, Neuwied.

Literatur

1. Böhmer M: Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Mabuse, Frankfurt am Main 2001, 41
2. Danek A, Simons M, Hamann GF: Demenz. In: Brandt T, Dichgans J, Diener HC (Hrsg): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart 2003, 299
3. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10-Kapitel V (F). Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1994, 62-67
4. Freud S: Hysterie und Angst. Studienausgabe Band VI. Fischer, Frankfurt am Main 2000, 233 ff.
5. Hallauer JF, Kurz A (Hrsg): Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Thieme, Stuttgart 2002, 15-17
6. Hampel H, Bürger K, Fuchsberger T: Demenz. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2003, 897
7. Hampel H, Padberg F, Möller HJ (Hrsg): Alzheimer Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2003, 434-436
8. Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms Hul: Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB: Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin 1996, 199
9. Hofmann A: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme, Stuttgart, New York 1999, 87
10. Laske C et al: Präventive Maßnahmen bei dementiellen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (20): A 1446-1453
11. Martinecz L, Hachinski VC: Vaskulär bedingte Beeinträchtigung und Demenz. In: Helmchen H u.a. (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart, Band 4, Psychische Störungen bei somatischen Krankheiten. 4. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg 1999, 170-172
12. Miller A: Die Revolte des Körpers. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2004, 105
13. Nikolaus T (Hrsg): Klinische Geriatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2000, 313-314
14. Oswald WD (Hrsg): Gedächtnistraining. Ein Programm für Seniorengruppen. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998
15. Wächtler C (Hrsg): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Thieme, Stuttgart 2003, 27
16. Zaudig M (Hrsg): Demenz und »leichte kognitive Beeinträchtigung« im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie. Huber, Bern 1995, 112-113

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. J. Degenhardt
 Marienkrankenhaus Klinikum Bendorf-Neuwied-Waldbreitbach
 Willi-Brückner-Str. 8
 56564 Neuwied
 e-mail: J.Degenhardt@mhk.st-elisabeth.de