

# DAS SPANNUNGSFELD ZWISCHEN ALTERSVERGESSLICHKEIT UND DEMENZ

Der Alterungsprozess ist ein biologisches, dynamisches, multidimensionales, epochales, vor allem aber ein individuelles Geschehen.

Die Individualität im Alterungsprozess manifestiert sich in den vielfältigen Ausdrucksformen des Alters sowohl bei gesunden Älteren als auch bei pathologischen Verlaufsformen. Das Altern zeigt eine Fülle von Regelmäßigkeiten, viel mehr jedoch Unregelmäßigkeiten

Die Zuordnung zu den Kategorien GESUND und KRANK geschieht besonders im Alter auf einer subjektiven individuellen Ebene und einer scheinbar objektiven gesellschaftlichen Ebene. So sind Gesundheit und Krankheit keinesfalls einander scharf ausschließende Zustände sondern weisen vor allem im Alter Überschneidungen und in der Folge Überlappungszonen auf. Die Überlappungszonen sind häufig als solche schwer erkenn- und diagnostizierbar.

Ein anderes bedeutsames Merkmal des Alterns ist die **Multidimensionalität**. Die dynamische Wechselbeziehung zwischen den einzelnen Dimensionen und Ebenen unserer Existenz, also zwischen den körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen, ist im Alter ausgeprägter als je zuvor. Dies bedeutet, dass eine Störung oder Irritation in einer Ebene zu Störungen und Veränderungen in den anderen 2 Ebenen oder Dimensionen führen kann .

Beispielsweise ist die Demenz primär eine organische Erkrankung, die Auswirkungen manifestieren sich jedoch v.a. in den psychischen und sozialen Ebenen. Ein anderes Beispiel wäre die große Gruppe der psychosomatischen Reaktionen, Störungen und Erkrankungen. Hier ist die Ursprungsebene, von wo die Störung ausgeht, die psychische Ebene, die Symptomatik manifestiert sich jedoch in der somatischen Ebene.

Ein anderes Beispiel wäre die Einsamkeit im Alter, primär ein soziales Problem, jedoch mit vielen psychischen und somatischen Folgeerscheinungen.

**Häufigkeit:** Viele Beobachtungsstudien zeigen, daß die Gesamtprävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen von über 65-jährigen bei etwa 25% liegt und zwar Depressionen mit 10%, dementielle Erkrankungen mit 10% und andere Störungen mit 5%.

Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass 75% der über 65-jährigen in psychischer Hinsicht gesund sind.

Vielen mag der Prozentsatz 75 für psychisch gesunde alte Menschen etwas zu hoch vorkommen. Hier spielen die als physiologisch zu bezeichnenden psychischen Veränderungen im Alter eine große Rolle. Dieser Beitrag soll auf den vielfältigen Themenkomplex der Hirnleistungsstörungen im Alter, aber auch deren bedeutsame und interessante Randerscheinungen und die sogenannten physiologischen Altersänderungen im kognitiven Bereich etwas näher eingehen.

### **ALTERSNORMEN:**

Die Auseinandersetzung mit den psychischen Veränderungen im späteren Lebensalter basiert u.a. auf Altersnormbegriffen wie normale Altersvergesslichkeit, normale altersassoziierte Störungen, benigne Altersvergesslichkeit, leichte kognitive Störung ( ICD 10), Eigentümlichkeit des Alters und im Persönlichkeitsbereich, Altersnormen der Persönlichkeit bzw. normale Persönlichkeitsveränderungen im Alter. Diese Begriffe weisen auf psychische Veränderungen im Alter hin, die keinen relevanten Krankheitswert haben .

Im **Persönlichkeitsbereich** kann es zu einer Verstärkung bzw. Überspitzung oder einer Abschwächung der Persönlichkeitsmerkmale und Charaktereigenschaften kommen. Es kommt aber auch häufig zu einer Demaskierung und Karikierung dieser Eigenschaften und Merkmale. Hier geht es also um eine quantitative Veränderung der Persönlichkeitszüge.

Ätiologisch spielen u.a. die genetischen Faktoren, primäre Persönlichkeitsstruktur, die lebensgeschichtlichen Faktoren, die aktuelle

Situation, d.h. die derzeit wirksamen Faktoren im psychischen, körperlichen und sozialen Bereich eine Rolle.

Im **kognitiven Bereich** sind u.a. zu nennen :

- Ein diffuses Nachlassen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit
- Eine verkürzte Merkspanne
- Eine erschwerte Verfügbarkeit und Abrufbarkeit von Informationen
- Toleranzverminderung
- Raschere Erschöpfbarkeit

Folgende Unterscheidungs- bzw. Sicherheitsmerkmale können zur Differenzierung einer benignen Vergesslichkeit gegenüber einer Demenz hilfreich sein und zwar :

Lernfähigkeit und Trainierbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Kompetenzleistung, Verzichtleistung, Toleranz sowie Fehlen von äußerer Vernachlässigung und relevanten Problemen im Alltag.

### **INTELLIGENZWANDEL:**

Als Intelligenzwandel im Alter bezeichnet man die strukturellen Veränderungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit im späteren Lebensalter.

Die Intelligenz selbst könnte man in der formalen Funktion als Mechanik der geistigen Leistungsfähigkeit bezeichnen.

Es gibt zwei weitgehend voneinander unabhängige Intelligenzdimensionen (Caddel):

1. **Kristallisierte** oder kristalline oder Power-Intelligenz (Reservekapazität)
2. **Flüssige** oder fluide oder Speed-Intelligenz (Funktionale Plastizität)

Mit den kristallinen Funktionen werden stark bildungs-, übungs- und milieuhabhängige Leistungen umschrieben, die nicht unter Zeitdruck erbracht werden müssen.

Die kristallisierte Intelligenz betrifft: Das Allgemeinwissen, das kulturelle und soziale Wissen, den Wortschatz, logisches

Denkvermögen, die Rechenfähigkeit und das Auswendiglernen von Texten, usw.

Die kristallinen Funktionen sind weitgehend bildungs-, erfahrungs- und sozialisationsabhängig und können bis ins hohe Lebensalter stabil bleiben oder sogar gesteigert werden.

Unter fluider Intelligenz (Leistung) versteht man flexible intellektuelle Grundfunktionen, die eine flexible Aufnahme und Verarbeitung von Informationen ermöglichen. Diese sind stets stark tempoorientiert. Somit kommt es nicht nur darauf an, die richtige Lösung zu erzielen, sondern vor allem, dass diese schnell erbracht wird.

Die fluide Intelligenz betrifft die Wahrnehmungs- u Auffassungsgeschwindigkeit, Flexibilität, Einstellungs- und Umstellungsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, adäquates Reagieren auf neue oder mehrfache Anforderungen und Wortflüssigkeit. Das Bearbeiten eines Konzentrationstests basiert v.a. auf fluider Intelligenzleistung.

Die fluide Intelligenz ist wenig milieu- oder bildungsabhängig sondern weitgehend genetisch bedingt, somit unterliegt sie dem Alterungsprozess. Als gesichert gilt heutzutage, dass die fluiden kognitiven Leistungen schon im 3. Lebensjahrzent zu altern beginnen.

FALLBEISPIEL: An Hand des folgenden Fallbeispielles soll die Differenzierung zwischen der kristallisierten und flüssigen Intelligenz veranschaulicht werden.

In einer Beratungsstunde erzählte eine selbst pensionierte Mittelschulprofessorin von ihrem 90-jährigen Vater. Der Vater (Hr. Huber) war ebenso Mittelschulprofessor und arbeitete nach seiner Pensionierung mehr als 15 Jahre mit großer Begeisterung als Reiseführer bei Studienreisen. Da nun sein 90-jähriger Geburtstag bevorstand, entschied die Familie, diesen freudigen Anlaß bei der jüngeren Tochter des Jubilars, die mit ihrer Familie in der Großstadt lebte, zu feiern. Am Tage nach der Geburtstagsfeier beschloß die Familie gemeinsam mit dem Jubilar ins Museum zu gehen .

Herr Huber äußerte den Wunsch, erst nach einem kurzen Spaziergang sich vor dem Museumseingang der Familie anzuschließen.

Da Herr Huber sich aber mehr als eine Stunde verspätete, wurde die Familie besorgt. Schließlich kam er, verärgert, frustriert, völlig müde und erzählte, daß er sich wiederholt verirrt und verlaufen hätte und durcheinander gewesen sei.

Im Museum jedoch faszinierte Herr Huber erneut durch sein brillantes und umfassendes Wissen über die Kunstgegenständen und deren Geschichte die ganze Familie.

### **DEPRESSIVE PSEUDODEMENZ**

Zwischen Demenz und Depression im Alter besteht eine große Wechselbeziehung. Hierbei sind die Übergänge zwischen kognitiven Störungen und affektiven Störungen fließend. So kann eine Störung die andere in der Ausdrucksweise überlappen, verschleiern bzw. maskieren. Wenn alte Patienten sowohl an affektiven als auch an kognitiven Störungen leiden, ergeben sich häufig Abgrenzungs- und Differenzierungsprobleme.

Bei einem Drittel der Alzheimerpatienten kann die Depression, lange bevor die Abbauzeichen auftreten, die erste Auffälligkeit darstellen.

Im Gegensatz dazu entwickeln Patienten mit einer vaskulären Demenz im Laufe der Krankheit zunehmend eine Depression. Dies bedeutet, daß etwa 30 % aller Demenzpatienten zusätzlich an Depressionen leiden. Eine depressive Störung im Alter kann also der Vorbote einer dementiellen Entwicklung sein.

Andererseits geht die Depression im Alter häufig mit kognitiven Einschränkungen einher, die sogenannte P s e u d o d e m e n z .

Hier ist natürlich die frühzeitige diagnostische Abklärung von entscheidender Bedeutung.

Nun einige differentialdiagnostische Merkmale zwischen Demenz und Pseudodemenz :

- Der Patient mit Pseudodemenz klagt meistens über kognitive Einschränkungen und beantwortet die Orientierungsfragen häufig mit „ich weiß nicht“, während der demente Patient dazu neigt, die kognitiven Defizite und Fehlleistungen zu überspielen bzw. zu übertreiben.
- Bei Pseudodemenz besteht ein Mangel an Motivierbarkeit und Anstrengungsbereitschaft, Aufgaben zu lösen. Der Patient ist jedoch kognitiv nicht erschöpfbar und findet bei Aufgaben, wenn auch

zeitverzögert meistens die richtige Lösung. Im Gegenteil dazu ist der demente Patient primär eher motivierbar, in der Kommunikation jedoch rasch erschöpft, macht ungewöhnliche Fehler und ist zeitunabhängig nicht in der Lage, die Fehler zu registrieren und zu korrigieren und erscheint dabei eher unbekümmert.

- Bei Pseudodemenz besteht häufig ein Morgentief, während bei Demenz u.a. durch das Nachlassen der Energie eher ein Abendtief zu beobachten ist. Während das Zeitgefühl bei Pseudodemenz durch die Grundsymptomatik der Depression etwas getrübt sein kann, jedoch fortwährend mobilisierbar und aktualisierbar ist, kommt es bei Demenz zu einer Einschränkung des Zeitempfindens und im späteren Verlauf zum völligen Verlust des Zeitgefühles.
- Bei Pseudodemenz ist die Orientierung in der Regel nicht gestört.
- Bei Pseudodemenz sind die sprachlichen Funktionen nicht gestört.
- Bei Pseudodemenz ist das abstrakte Denken nicht gestört, bei Demenz jedoch im weiteren Verlauf immer gestört.

## **REVERSIBLE VERWIRRTHEIT**

Die Verwirrtheit ist eine der häufigsten psychischen Störungen im Alter. Die Ätiologie der Verwirrtheit ist vielfältig und unterschiedlich.

Der Verwirrheitszustand umschreibt in seiner typischen Erscheinungsform ein Zustandsbild, dessen Feststellung an das Vorhandensein bestimmter Merkmale geknüpft ist, ohne dass diese Merkmale in einer gesetzmäßigen Verteilung vorkommen müssen. Man unterscheidet zwischen akuter und chronischer Verwirrtheit.

Im Vordergrund der Symptomatik stehen vor allem die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Orientierung, Auffassung, Wahrnehmung, Konzentration sowie die Einschränkung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses.

Bei einer leichten Verwirrtheit fällt der Patient den Angehörigen und anderen Personen seiner Umgebung nicht besonders auf. Bei stärkerer Ausprägung der Symptomatik ist der Patient jedoch nicht mehr im Stande, sich in seiner Umwelt zurecht zu finden. Die bestehende Situation wird verkannt oder fehlinterpretiert. Der Patient ist unter Umständen nicht mehr in der Lage, die Personen seiner Umgebung wieder zu erkennen oder sich selbst zu identifizieren.

In affektiver Hinsicht bestehen Ängstlichkeit, Ratlosigkeit, Hilflosigkeit, Apathie, emotionale Irritierbarkeit bis zu läppisch- heiterer Haltung.

Antriebsstörungen können sich im Rahmen der Verwirrtheit in Form von Inaktivität, psychomotorischer Unruhe, Ratlosigkeit, Getriebenheit, planlosem Handeln und Bewegungsdrang manifestieren.

Gelegentlich sind paranoide Fehlinterpretationen der Sinneseindrücke sowie produktiv-psychopathologische Symptome im Sinne von Halluzinationen und Wahnideen zu beobachten.

Ursachen einer reversiblen Verwirrtheit :

#### 1. Stoffwechselbedingt

- Exsikkose (Austrocknung): Für die Aufrechterhaltung von Vitalfunktionen und Metabolismus im Körper ist das dynamische Gleichgewicht des Wasser- und Elektrolytenhaushaltes unerlässlich. Das Durstgefühl gilt als Leitsymptom des Wassermangels. Bei älteren Menschen entfällt jedoch häufig das ausgeprägte Durstgefühl. Mehr als die Hälfte aller älteren Patienten in einem exsikkotischen Zustand hat kein Durstgefühl und klagt auch nicht darüber. Es gilt in der Altenpflege als unverzichtbares Grunprinzip, für ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu sorgen.
- Diabetische Stoffwechsellentgleisung
- Nierenversagen (renale Enzephalopathie)
- Leberversagen (hepatische Enzephalopathie)
- Schilddrüsenfunktionsstörungen.

#### 2. Sauerstoffmangel:

Das Gehirn als Zentralinstanz und höchst komplexes Gebilde unterliegt einem enormen Energie- und Sauerstoffbedarf. Das Gehirn eines gesunden Erwachsenen wiegt etwa 1400 g (das entspricht etwa 2 bis 3 % des gesamten Körpergewichtes). Es benötigt jedoch 15 bis 20 % des Gesamtsauerstoffs und sogar ca. 25 % der Kohlehydrataufnahme.

Ursachen für einen Sauerstoffmangel sind u.a:

- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörungen
- starke Blutdrucksschwankungen
- Asthma bronchiale
- Pneumonie

- Anämie.
- 3. Toxisch: Verschiedene Noxen, Alkoholmissbrauch, Medikamente.
- 4. Infektionen: Meningoencephalitis
- 5. Traumatisierte Lebensereignisse: z.B. Partnerverlust, Umzug, Spitalsaufnahme, Altersheim, schwere Erkrankungen.

## **DEMENZ**

Bei Demenz handelt es sich um eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen. Sie ist die Folge einer Erkrankung des Gehirns mit unterschiedlicher Ätiologie und verläuft gewöhnlich chronisch-fortschreitend.

Im Rahmen einer Demenzentwicklung kommt es zu einer zunehmenden Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten mit unterschiedlicher Ausprägung. Betroffen sind vor allem Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung, Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, Lernfähigkeit, Sprache und Kommunikation, Kritikfähigkeit und Urteilsvermögen, Kontrolle der emotionalen Reaktion. Das Bewußtsein ist nicht gestört.

Bei Demenz ist also die Informationsverarbeitung beeinträchtigt. Die Störung des Gedächtnisses betrifft typischerweise Aufnahme, Speichern und Wiedergabe neuer Informationen. Früher gelerntes und vertrautes Material geht in den späteren Stadien ebenfalls verloren .

Es kommt neben der Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit gewöhnlich auch zu einer Beeinträchtigung der persönlichen Aktivitäten im täglichen Leben, wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene bei Körperausscheidungen und der Nutzung der Toilette.

Es gibt verschiedene Demenzformen mit unterschiedlicher Ätiologie, unterschiedlichen Ausdrucks- und Verlaufsformen sowie Therapieansätzen .

Die häufigsten Demenzformen sind:

- Demenz vom Alzheimerotyp (50 – 60 % aller Demenzfälle)
- Multiinfarktdemenz (10 – 20 %)
- Demenz vom Mischtyp(12-16)
- Alkoholdemenz
- Hydrocephalus
- Intrakranielle Raumforderung

- Pick'sche Krankheit
- Lewy-Körper Demenz
- Creutzfeld-Jakob Krankheit

### **ALZHEIMER - KRANKHEIT:**

In Österreich leiden etwa 100.000 Menschen an dementielle Erkrankungen, davon etwa 70.000 an Alzheimer- Krankheit.

Etwa 80 % der betroffenen Patienten werden von Angehörigen zu Hause gepflegt.

Charakteristisch für die Alzheimer Krankheit ist der schleichende langsame Beginn und progrediente Verlauf.

Es entstehen langsam Veränderungen der kognitiven Funktionen. In der Folge können die Informationen nicht mehr differenziert und analysiert, die Zusammenhänge nicht mehr erfaßt werden.

Es kommt zu einer zunehmenden Unkoordiniertheit und Umständlichkeit des Denkens, Handelns und Redens, zum Verlust der Spontaneität, Kreativität und Initiative sowie zur Nachlässigkeit der persönlichen Differenziertheit bis zu absoluter Verwahrlosung .

Tabelle 1 zeigt die Symptomatik im Frühstadium der Alzheimer Krankheit .

**Antriebs- und Verhaltensstörungen** kommen im Rahmen der Alzheimer Krankheit sehr häufig vor. Sie sind sozioökonomisch die bedeutsamsten Symptome der Alzheimer Krankheit .

Tabelle 2 zeigt die häufigsten Antriebs- und Verhaltensstörungen, die bei etwa 80 bis 90 % aller Demenzkranken einzeln oder in Mehrzahl auftreten.

Die Auslöser der Verhaltensstörungen sind komplex und vielfältig. Es sind unter anderem Schmerz, reduzierte sensorische Funktionen, Psychose, Medikamente, Verlegung, Neueinweisung, Überforderung, Vorwürfe seitens der betreuenden Angehörigen.

Verhaltensstörungen können auch der Ersatz für eine reduzierte Kommunikationsfähigkeit sein, da die kommunizierbaren Ausdrucksmöglichkeiten für Befindlichkeit und Bedürfnisse eingeschränkt bzw. aufgehoben sind.

Die Verhaltensstörungen können teilweise auch als inadäquate Copingstrategien verstanden werden. Die Bewältigungsstrategien sollen hier dazu dienen, Distanz zu schaffen, um sich vor dem Erleben des persönlichen Versagens zu schützen.

Die Stimmung kann im Rahmen der Alzheimer Krankheit indifferent, indolent, gereizt, dysphorisch oder depressiv sein.

Auch produktiv psychopathologische Symptome wie Wahnideen oder Halluzinationen kommen im Rahmen der Demenzerkrankung relativ häufig vor.

Im weiteren Verlauf können sich neurologische Störungen wie Hypo- und Akinesien, Tonussteigerung, Apraxie, Mundsperrung, aber auch Harn- und Stuhlinkontinenz bis Bettlägerigkeit und völlige Pflegebedürftigkeit entwickeln.

Es ist zu betonen, dass die **emotionale Wahrnehmung** im späteren Verlauf, wenn auch nicht mehr zielorientiert, sehr lang erhalten bleibt. Die Hauptkomponenten wie Angst, depressive Stimmung, Freude, Bedürfnisse nach Nähe, Schutz und Nahrung, aber auch Gefühle wie Wut, Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit beherrschen die emotionale Sphäre des dementen Patienten und damit unmittelbar seine **Befindlichkeit**.

#### Kausaltheorien der Demenz vom Alzheimerstyp:

- Genetische Theorie (Genmutationen, Chromosom 21, 19 und 14),
- Alternstheorie,
- Theorie der cerebralen Vorschädigung,
- Schwellentheorie,
- Autoimmuntheorie,
- Toxizitätstheorie,
- Infektionstheorie,
- Neurotransmittertheorie.

**Prognostische Verlaufsdaten:** Mehrere Verlaufsstudien, unter anderem von Großberg in den USA (siehe auch Reisberg, modif. M. Rainer u. A. Croy, Tab. 3), zeigten folgendes:

Der typische Alzheimerpatient mit 75 Jahren wird ungefähr 24 bis 32 Monate nach Symptombeginn erst diagnostiziert. Ca. 24 Monate später

hospitalisiert und bis zu seinem Tode ungefähr 44 Monate im Pflegeheim betreut . Mit anderen Worten beträgt die mittlere Lebenserwartung vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an etwa 4 bis 5 Jahre. Die mittlere Lebenserwartung ab Symptombeginn liegt durchschnittlich bei 8 bis 10 Jahren (bei jüngeren Erkrankten meistens 1 bis 2 Jahre länger), jedoch ist die Variabilität sehr hoch. Es muß betont werden, dass aufgrund großer individueller Unterschiede im Verlauf, gutartige Verläufe von 15 bis 20 Jahren keine Seltenheit sind.

### **Vaskuläre Demenz**

Die vaskuläre (früher arteriosklerotische) Demenz einschließlich Multiinfarkt-Demenz unterscheidet sich von der Demenz vom Alzheimer-Typ durch die Ätiologie, den Beginn, die klinischen Merkmale, den Verlauf und den Therapieansatz.

Einige Differenzierungsmerkmale :

- Der Beginn ist abrupt
- wechselhafter Verlauf der Symptomatik
- Nächtliche Verwirrtheit
- Persönlichkeit bleibt lange erhalten
- Somatische Beschwerden
- Emotionale Inkontinenz
- Insulte in der Anamnese
- Neurologische Herdsymptomatik.

Eine frühzeitige differentialdiagnostische Abklärung zwischen einer degenerativen und einer vaskulären Demenz ist- nicht zuletzt- aus therapeutischen Überlegungen von entscheidender Bedeutung .

Autor : Prim. Dr. F. Yazdani  
Eckmichlstrasse 21  
A-8044-Graz  
farhoud.yazdani@utanet.at