

1. Demenzerkrankungen- ein Überblick

1.1 Einleitung

Der Begriff *Demenz* bezeichnet das pathologische Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit, wobei dem zunehmenden Verfall des Gedächtnisses eine zentrale Rolle zukommt. Molekulargenetiker und Neurobiologen konnten bisher lediglich hirnorganische Befunde ermitteln, die mit Symptomen einer Demenz einhergehen, sind bisher jedoch noch nicht zur eigentlichen Ursache dementieller Prozesse vorgestoßen. Die vorliegenden Befunde, die als neurophysiologische Korrelate der Symptomatik bezeichnet werden können, dienen teilweise als Grundlage von Therapien mit antidementiven Medikamenten, sind jedoch für die Entwicklung eines ätiopathogenetischen Modells bei weitem nicht ausreichend.

Folglich stehen auf dem therapeutischen Sektor bisher lediglich Interventionen zur Verfügung, die auf die günstige Beeinflussung einzelner Symptomgruppen zielen.

Die effektive Therapie einer Demenz kann nur innerhalb eines sinnvollen Gesamtkonzepts erfolgen, unabhängig davon ob es sich um die Behandlung von Patienten im häuslichen Umfeld, in einer gerontopsychiatrischen Klinik oder in einem Seniorenpflegeheim handelt. Das Gesamtkonzept sollte neben einer soliden allgemeinmedizinisch- internistischen Basistherapie immer auch eine Beratung zur Lebensführung enthalten, welche Hinweise zu adäquater Ernährung, sinnvoller Alltagsgestaltung und der Bedeutung körperlicher Aktivität umfasst.

Hinzu kommen eine krankheitsgerechte Pflege und Betreuung sowie eine entsprechende Anpassung des Wohn- und Betreuungsmilieus, bei Indikation Ergotherapie, Physiotherapie und/ oder Logopädie sowie Angebote zur Beratung und Unterstützung Angehöriger.

Schwerpunkt der vorliegenden Abhandlung bildet ein integratives Therapiekonzept: *Evidenzbasierte neuropsychiatrisch- psychologische Demenztherapie*.

Das Konzept strebt an, basierend auf wissenschaftlich fundierten Kenntnissen der Neuropsychiatrie (Gerontopsychiatrie, Neurologie, Neuro- und Psychopharmakologie) sowie der Psychologie (Klinische Gerontopsychologie, Neuropsychologie, Psychotherapie), sowohl mit medikamentösen als auch mit psychologischen Interventionen kognitive und psychische Symptome einer Demenz über die Veränderung neurobiochemischer und damit einher gehender psychischer Strukturen therapeutisch zu beeinflussen.

Mithilfe antidementiver Medikation wird angestrebt, die Gedächtnisfunktion und andere kognitive Defizite möglichst lange zu stabilisieren sowie das Fortschreiten der Demenz zu verlangsamen. Hinzu kommen Therapieansätze, mit denen es möglich ist psychische Symptome, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Störungen der Patienten zu lindern und den

Umgang mit einer Demenz für Betroffene, pflegende Angehörige und professionell Pflegende zu erleichtern. Hierzu gehören psychologische und psychopharmakologische Interventionen. Die Konzeption psychologischer Interventionen bei Demenz wird systematisch ausgearbeitet, um zahlreichen nicht- medikamentösen Interventionen mit psychologischem Kern ein theoretisches Fundament zu liefern.

Durch neuere Forschungsergebnisse zumindest eingegrenzt werden, welche unter den zahlreichen Interventionen unter welchen Umständen empfehlenswert sind und von welchen Ansätzen Abstand genommen werden sollte. Zu den effektiven psychologischen Interventionen gehören Methoden der Verhaltenstherapie, angehörigenzentrierte Interventionen Musiktherapie und solche Methoden kognitiver Stimulation, die vorhandene Ressourcen des Patienten stärken und Abstand nehmen von das Ziel verfehlenden rehabilitativen Hirnleistungstrainings, die den Patienten überfordern Zunehmende Bedeutung erlangt eine dem Krankheitsbild gerecht werdende Gestaltung der Lebensumwelt des Demenzkranken.

Demenzkranken sind Menschen mit einer individuellen Persönlichkeit, einzigartigen Lebensgeschichte und psychischen Disposition. Sie kommen mit dem Fortschreiten ihrer Erkrankung zunehmend weniger in die Lage, ihren Willen zu bekunden und ihre Wünsche, Vorlieben und Abneigungen auszudrücken und sind somit auf die Hilfe der Angehörigen und professionell Helfenden angewiesen. Einige Demenzkranken sind auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in der Lage zu äußern was sie möchten und was sie nicht möchten. Eine empathische Haltung der Bezugspersonen und Helfer kann die Entfremdung des Demenzkranken von seinem Leben, seiner Umwelt und sich selbst unter Umständen eindämmen. Sie kann zumindest teilweise eine Sicherung seiner Identität bedeuten, wenn der Kranke als eigenständige Persönlichkeit mit seiner Individualität wahrgenommen und akzeptiert wird.

Die Helfenden sollten sich dabei auf den Menschen einlassen, seine aktuellen Lebensgewohnheiten kennenlernen und seine individuelle Biographie studieren, um sein Empfinden und Verhalten aus der Erkrankung und Lebensgeschichte heraus besser verstehen zu können (Kitwood, 2000). Geschieht dies nicht, kann es zu zunehmender innerer Vereinsamung und psychischer Isolation kommen. Verhaltensweisen wie das ziellose Umherlaufen des Kranken oder andere für gesunde Menschen sinnlos erscheinende Handlungen können in der Welt des Patienten als Versuch gesehen werden, in der für ihn so zerrissen und zusammenhangslos erscheinenden Welt Sicherheit und Vertrautes zu finden. Je weiter die Erkrankung fortschreitet, desto weniger spielt in der Regel die zeitliche und örtliche Orientierung eine Rolle im Vergleich zu Zuwendung und Geborgenheit. Einige Patienten können eventuell bis in späte Krankheitsphasen hinein die zunehmenden kognitiven Defizite bewusst wahrnehmen und mit entsprechenden Emotionen darauf reagieren, obwohl ihnen die Möglichkeit zur rationalen Reflexion nicht mehr gegeben ist. Die therapeutische Kernaufgabe besteht somit darin zu ver-

suchen, den Kranken nicht zu korrigieren, sondern ihn unterstützend zu begleiten (Gunzelmann & Schumacher, 1997; Hirsch, 2009). Demenzerkrankungen stellen für Betroffene, Angehörige und auch professionell Pflegende eine immense psychische Belastung dar. Es sollte allen Betroffenen unabhängig von Wohnform und Lebensumfeld ermöglicht werden, ihren Alltag mit seinen Herausforderungen so gut wie möglich aktiv und selbstständig bewältigen und gestalten zu können. Sie sollen ein möglichst sinnerfülltes Leben in Würde führen können, die Möglichkeit haben lange mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und so lange wie möglich Aktivitäten auszuführen, die ihnen Freude bereiten.

1.2 Definition, Klassifikation und epidemiologische Daten

1.2.1 Definition und Terminologie

Auch in Fachkreisen herrscht bei der Bezeichnung von Demenzerkrankungen bis heute zuweilen ein uneinheitlicher, dem aktuellen medizinischen Terminologie nicht gerecht werdender Sprachgebrauch, wobei Begriffe wie *Hirnorganisches Psychosyndrom*, *Senile Demenz* oder *Altersdemenz* undifferenziert verwendet werden. Sprachhistorisch ist der Begriff *Demenz* vom lateinischen Wort *dementia* herleitbar, was in etwa gleichbedeutend mit dem Wort Unvernunft ist und im weitesten Sinne den oben genannten Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit bezeichnet (Füsgen, 2001). Im Gegensatz zu den bereits bei Geburt bestehenden Minderbegabungen (Oligophrenien) handelt es sich bei einer Demenz immer um den Verlust von bereits zuvor erworbenen kognitiven Fähigkeiten (Lieb, 2008).

Der Begriff bezeichnet genau genommen einen neurologisch- psychopathologisch definierten Symptomkomplex, der erst nach Zuordnung zu einer Ätiologie (z. B. Alzheimer- Erkrankung) zur klinischen Diagnose wird (Füsgen, 2001) und in Folge bestimmter Krankheitsbilder entsteht. Vor Zuordnung zu der entsprechenden Erkrankung spricht man von einem *dementiellen Syndrom*. Die zugrunde liegenden Erkrankungen sind zumeist neurologische Erkrankungen, in einigen Fällen auch internistische, oder solche bei denen das dementielle Syndrom im Vergleich zu motorischen Einschränkungen eher im Hintergrund ist, wie im Falle der Demenz bei Morbus Parkinson. Schließlich stellt bei Störungsbildern wie der Alzheimer- Erkrankung das dementielle Syndrom die auffälligste, wenn nicht die einzige Störung dar (Köhler, 1999).

1.2.2 Symptomatik und Klassifikation

Das klinische Bild einer Demenz reicht weit über das nachlassende Gedächtnis hinaus. Die eine Symptomgruppe bilden fortschreitende kognitive Einbußen in verschiedenen Gedächtnisbereichen, aber auch anderen kognitiven Funktionen wie Orientierungsvermögen, Handlungsplanung und Urteilsvermögen. Hinzu kommen neuropsychiatrische Symptome,

d. h. psychische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen, Persönlichkeitsveränderungen, Störungen von Sprache und Kommunikation sowie Beeinträchtigungen der Alltagsfähigkeiten als Folge der kognitiven Einbußen (ICD- 10, WHO, 1989; DSM- IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003). Beide Klassifikationssysteme setzen als Kriterium für die Diagnose einer Demenz Bewusstseinsklarheit voraus. DSM- IV akzentuiert im Vergleich stärker Einzelmerkmale wie das Vorliegen einer Aphasie, Apraxie oder Agnosie, ebenso wird in den Kriterien eine differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber Delir, Depression und Schizophrenie formuliert. ICD- 10 hingegen legt mehr Wert auf die Formulierung der nosologischen Zuordnung zu primären neurologischen Erkrankungen. Auffallend ist, dass beide Klassifikationssysteme die neuropsychiatrischen Symptome nicht bzw. nur sehr allgemein (ICD- 10) erwähnen.

Tabelle 1: *Definition der Demenzen in ICD-10 und DSM-IV*

Demenz nach ICD-10 (F 00-03)

Ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.

1. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.
2. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.
3. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen

Demenz nach DSM-IV

Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich zeigen in
A Gedächtnisbeeinträchtigung plus **mindestens eine** der folgenden Störungen

1. Aphasie: Störung der Sprache
 2. Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
 3. Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wieder zu erkennen
 4. Störung der Exekutivfunktionen, d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge
- B Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.

1. Die Defizite treten nicht als Teil einer rasch einsetzenden Bewusstseinsstörung (Delir) auf.
2. Die Störung kann nicht einem anderen primären psychischen Leiden, wie endogene Depression oder Schizophrenie, zugeschrieben werden.

1.2.3 Epidemiologische Daten

Mit der überproportionalen Zunahme der Zahl älterer Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten mit einer weiterhin massiv ansteigenden Zahl Demenzkranker zu rechnen sein. Nach Schätzungen von Jorm und Jolley (1998) verdoppelt sich die Prävalenz der Demenzen in konstanten Abständen von jeweils 5 Jahren. Bei einem Anteil Demenkranker von ca. 1-2 % bei den 65 bis 69- Jährigen erhöht sich danach die Rate bei den 70 bis 80- Jährigen auf 3- 7 %, bei den 80 bis 85- Jährigen auf 10- 13%, bei den 85 bis 90- Jährigen auf über 20%. In der Altersgruppe über 90 Jahre steigt die Prävalenz schließlich auf annähernd 35% (Jorm & Jolley, 1998). Die Gesamtprävalenz in der Bevölkerung der über 65- Jährigen lässt sich für alle Demenzschweregrade in verschiedenen Studien auf Werte zwischen 5- 9% schätzen (Bickel, 2012). Einige vorliegende Studien berichten bei Abwesenheit signifikanter Geschlechtsunterschiede von einem häufigeren Vorkommen der Alzheimer- Demenz bei Frauen, während Männer etwas häufiger von vaskulären und sonstigen Demenzformen betroffen sind. Die Alzheimer- Demenz ist nach Untersuchungen auf verschiedenen Kontinenten mit Werten zwischen 50 und 80% die häufigste Demenzform und als solche gegenüber den vaskulären Demenzen (25- 35%) führend (Füsgen, 2001; Bickel, 2005; 2012).

1.3 Demenzformen

1.3.1 Reversible und irreversible Demenzen

Wichtig ist bei der Diagnose einer Demenz zunächst die Unterscheidung zwischen den 90-95% degenerativen, nicht- heilbaren, so genannten *irreversiblen Demenzen* und den etwa 5- 10% kognitiven Leistungsminderungen, die aufgrund behandelbarer Grunderkrankungen entstehen und für die Diagnostik eine wichtige Bedeutung haben. Letztere werden bei Bestehen über einen Zeitraum von sechs Monaten als *reversible Demenzen* bezeichnet, wobei sich die dementiellen Symptome bei erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung zurückbilden. Bei adäquater Therapie kann hier teilweise eine weitgehende Wiederherstellung der kognitiven Leistungsfähigkeit erreicht werden (s. Füsgen, 2001, S. 39).

Zu den reversiblen Demenzen gehören dementielle Syndrome bei zahlreichen internistischen und neurologischen Erkrankungen wie z. B. Stoffwechselerkrankungen (Lieb, 2008). Präventiv verhindert werden können Demenzen, die auf langjährigen Substanzmissbrauch wie Alkoholabusus oder Medikamentenabhängigkeit zurück gehen, ebenso solche, die in Intoxikationen, schwerwiegenden Ernährungsmängeln oder Schädel- Hirn- Traumata ihre Ursache haben (Füsgen, 2001). Auch kann sich als Folge chronischen Alkoholabusus ein dementielles Syndrom einstellen, das so genannte *Korsakoff- Syndrom*, wobei die Symptomatik unter Abstinenz und Behandlung rückbildungsfähig ist (Wolter, 2007a).

Im Falle der irreversiblen Demenzen, die Gegenstand dieses Buches bilden, liegt bei 80- 90% der Demenzen mit Beginn nach dem 65. Lebensjahr eine Alzheimer-Demenz, eine vaskuläre Demenz oder eine Mischform aus Alzheimer- Demenz, vaskulären und sonstigen degenerativen Demenzen vor. Aufgrund der weitgehenden Überschneidungen im Erscheinungsbild verschiedener Demenzen wird die Alzheimer- Demenz treffend als *Modellform der Demenz* bezeichnet (Förstl, 2006). In den folgenden Abschnitten werden zunächst kurz die häufigsten Nicht- Alzheimer- Demenzen mit ihren wichtigsten Merkmalen beschrieben, während im nächsten Kapitel (2.) die Charakteristika der Alzheimer- Demenzen inklusive der gemischten Formen dargestellt werden.

1.3.2 Seltene Demenzformen

Neben den häufigeren Demenzursachen gibt es zahlreiche seltene Erkrankungen, die zu einer Demenz führen können und deshalb bei der Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden müssen. In der Fachliteratur werden mindestens 100 solche, potentiell zu einer Demenz führende Erkrankungen genannt. Hierzu gehören unter anderem die Creutzfeld- Jakob-Erkrankung, Chorea Huntington, HIV (AIDS), Epilepsien, Multiple Sklerose, Hirntumoren oder zerebrale Infektionen (Füsgen, 2001; Lieb, 2008).

Tabelle 2: *Demenzformen (nach Füsgen, 2001)*

Alle Demenzen	100 %	Irreversible Demenzen	100%
Reversible Demenzen	10 %	Alzheimer-Demenz	
		gemischte Alzheimer- Demenz	75- 80%
		Reine vaskuläre Demenzen	10- 15%
Irreversible Demenzen	90 %	Andere Demenzen, z.B.	
		Lewy- Körperchen-Demenz	5- 10 %
		Demenz bei Morbus Parkinson	
		Fronto-temporale Demenzen	

1.3.3 Vaskuläre Demenzen

Unter der Bezeichnung *vaskuläre Demenzen* werden Demenzformen zusammengefasst, die durch verschiedene vaskuläre Verursachungsfaktoren bedingt sind (Füsgen, 2001, S. 46). Auch wenn reine vaskuläre Demenzen (ICD-10 F 01) mit 100%- Sicherheit nur durch bildgebende Verfahren wie z.B. Magnetresonanztomographie (MRT) diagnostizierbar sind, weisen Anamnese und klinisches Bild in vielen Fällen deutlich auf vaskuläre oder gemischte Demenzen mit einem dominierenden vaskulären Anteil hin.

Erkrankungen der kleinen Blutgefäße und mehrere kleine, sich addierende Hirninfarkte lösen dabei in 40% der Fälle ein dementielles Syndrom aus, während strategische Einzelinfarkte wie der typische große Apoplex als Ursache auch vorkommen (17 %), im Vergleich zu ersten jedoch seltener sind. Weiterhin recht häufig (40 %) werden vaskuläre Demenzen durch subkortikale vaskuläre Enzephalopathien ausgelöst (Hüll & Bauer, 1997).

Die Multiinfarkt- Demenz bildet die wichtigste Untergruppe der vaskulären Demenzen. Die typischen zugrunde liegenden hirnorganischen Veränderungen sind kleine Hirninfarkte, so genannte Transitorische Ischämische Attacken (TIA), wobei die Demenzursache danach im Auftreten vieler, sich mit der Zeit summierende Gewebedefekte liegt. Bei den Einzelinfarkten können die betroffenen Hirnareale sehr klein sein, als besonders kritisch für die Entwicklung einer Demenz gelten Thalamusinfarkte und Infarkte der linken Hirnhälfte (Füsgen, 2001; Förstl, 2006; 2009).

Typisch für vaskuläre Demenzen sind (a) ein oftmals plötzlicher Beginn, (b) das Fortschreiten in größeren Sprüngen im Gegensatz zur kontinuierlichen Verschlechterung bei der Alzheimer- Demenz, (c) ein längeres Erhalten bleiben bestimmter kognitiver Funktionen, (d) fokale neurologische Defizite, sowie (d) ein fluktuierender Verlauf mit Symptomschwankungen über längere und kürzere Zeiträume. Weiterhin sprechen das Vorliegen einer chronischen Hypertonie und/oder eines Diabetes mellitus für eine vaskuläre Komponente, weitere Risikofaktoren sind Nikotinabusus, Adipositas sowie eine Hypercholesterinämie (Lieb, 2008).

1.3.4 Lewy- Körperchen- Demenz

Etwa 5% aller Demenzen (Füsgen, 2001), sind so genannte *Lewy- Körperchen- Demenzen* (Lewy- Body- Demenz), die ohne MRT- Untersuchung schwer von der Alzheimer- Demenz sowie von der Demenz bei Morbus Parkinson abgrenzbar sind (s. 3.3), weswegen teilweise auch höhere Prävalenzzahlen angegeben werden. Die Parkinson- Erkrankung ist neurobiologisch durch das Auftreten so genannter Lewy- Körperchen in bestimmten subkortikalen und im Hirnstamm gelegenen Gehirnteilen wie der substantia nigra gekennzeichnet. Es handelt sich um so genannte eosinophile Einschlusskörper, die immunologisch auf die Substanz Ubiquitin reagieren (Meins, 1999). Diese Lewy- Körperchen finden sich häufig gemeinsam auftretend mit den Alzheimer- typischen Amyloid- Plaques und Neurofibrillen (s. 2.5.2).

Bei der mittlerweile als eigenes Krankheitsbild angesehenen Lewy- Körperchen- Demenz spricht vieles dafür, dass es sich um eine Variante der Demenz innerhalb des Spektrums zwischen Alzheimer- Demenz und Morbus Parkinson handelt (Füsgen, 2001). Wie bei der Alzheimer- Demenz vollzieht sich ein progredienter kognitiver Abbau mit zunehmender Einschränkung der Alltagskompetenz. Bei etwa 50 % der Patienten finden sich folgende klinische Merkmale: (a) Fluktuationen in der kognitiven Leistungsfähigkeit mit Veränderungen in Aufmerksamkeit und Wachheit, (b) detailliert geschilderte optische Halluzinationen, und (c)

motorische Parkinson- Symptome mit wiederholten Stürzen und Synkopen (McKeith & Galasko, 1996). Hinzu kommen häufiger auch systematisierte Wahnsymptome, Störungen des REM- Schlafes, eine ausgeprägte Hypersensitivität für konventionelle Neuroleptika sowie die Entwicklung einer Demenz innerhalb von 12 Monaten nach Beginn einer Parkinson- Symptomatik (Förstl, 2006).

1.3.5 Fronto-temporale Demenzen

Fronto- temporale Demenzen (s. Greck, Lautenschlager & Kurz, 2000; Hodges, 2001) stellen bei jüngeren Patienten nach der Alzheimer-Krankheit die zweithäufigste degenerative Demenzform dar, wobei der Krankheitsbeginn häufig bereits zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr liegt. Ursache ist eine dem so genannten *Morbus Pick* symptomatisch ähnliche Atrophie des Frontalhirns, d. h. ein fortschreitender Verlust von Nervenzellen und Gehirnmasse in frontalen Arealen, wie er von Arnold Pick 1892 beschrieben wurde. Im Anfangsstadium einer fronto- temporalen Demenz können die kognitiven Defizite denen bei Alzheimer- Patienten ähnlich sein, da sich auch hier ein schleichender Beginn sowie eine ständige Verschlechterung der Symptome manifestieren. Dabei zeigen sich charakteristische und progrediente Veränderungen der Sprache mit ausgeprägten Schwierigkeiten im Benennen, Bezeichnen und Begreifen von Objekten, einer so genannten *semantischen Demenz* (Förstl, 2006).

Charakteristisch ist bei den fronto- temporalen Demenzen weiter eine starke Ausprägung typischer neuropsychiatrischer Symptome, die gegenüber den kognitiven Symptomen im Vordergrund steht. Dazu gehören neben depressiven Symptomen vor allem Apathie, Spracharmut und emotionale Abstumpfung. Hinzu kommen eine Vergröberung des Sozialverhaltens mit teilweise enthemmtem, manchmal auch hypersexuellem Verhalten, Impulsivität, eine unrealistische Selbsteinschätzung, Appetitsteigerung, vielfache Zwangssymptome sowie frühe und progrediente Persönlichkeitsveränderungen.

2. Die Alzheimer-Demenz als Prototyp der Demenzen

Die Unterscheidung zwischen der Alzheimer- Demenz und den vaskulären Demenzen ist mit steigendem Alter zunehmend schwierig, da es oft zu Überlappungen der Krankheitsprozesse kommt (Förstl, 2006; 2009) und häufig der Aufwand einer Bild gebenden Untersuchung für die Patienten in keinem Verhältnis zu dem diagnostischen und therapeutischen Mehrwert steht (Wolter, 2007b). So finden sich neuropathologisch bei gemischten Alzheimer- Demenzen gleichzeitig typische vaskuläre Läsionen durch Infarkte wie auch Alzheimer- typische Neurofibrillenbündel (Zaccai et al., 2006; zit. n. Förstl, 2009).

Die Alzheimer- Demenz ist eine primär degenerative zerebrale Erkrankung mit unbekannter Entstehung und charakteristischen neurologischen Merkmalen. Die so genannten *senilen Plaques* als Korrelat der kognitiven Defizite der Erkrankung wurden bereits 10 Jahre vor der Erstbeschreibung einer Demenz durch den deutschen Neurologen Alois Alzheimer im Jahre 1898 bekannt gemacht und beschrieben. Aufgrund der starken, häufig zu Mischformen führenden Überschneidungen nicht nur mit der vaskulären, sondern auch mit der Lewy-Körperchen- Demenz können viele Symptome als repräsentativ für die meisten irreversiblen Demenzerkrankungen gelten. Wenn in den folgenden Ausführungen von *Alzheimer- Demenz* oder *Demenz* ohne nähere Spezifikation die Rede ist, wird sich grundsätzlich sowohl auf die Formen der reinen Alzheimer- Demenz (ICD-10 F 00.0, F 00.1) als auch auf die gemischte Alzheimer- Demenz (ICD-10 F 00.2) bezogen.

2.1 Verlauf

Typisch für die reine Alzheimer- Demenz sind ein schleichender, oft unbemerkter Beginn der Symptomatik sowie ein im Ganzen gleichförmiger Verlauf, worin sie sich von dem abrupten Beginn der vaskulären Demenz unterscheidet. Zu Beginn treten unspezifische, manchmal über Jahre hinweg bestehende Prodromalsymptome wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Schwindel in den Vordergrund, daneben finden sich häufig ein nachlassendes Aktivitätsniveau, sozialer Rückzug und leichte Merkfähigkeitsstörungen.

Als erste wahrnehmbare Symptome stellen sich im Anschluss Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit wie Gedächtnis-, Orientierungs- und Wortfindungsstörungen ein, die im Verlauf zunehmen (Förstl, 2006; Lieb, 2008). Das Fortschreiten der Erkrankung kann am Anfang sehr gering sein und sich im Verlauf beschleunigen, allerdings kann sich die Progredienz in einzelnen Phasen auch verlangsamen (Ihl, 1999).

Bei einem Krankheitsbeginn vor dem 65. Lebensjahr, der *Demenz bei Alzheimer- Krankheit mit frühem Beginn* (auch Alzheimer-Krankheit Typ 2 oder früher präsenile Demenz vom

Alzheimer-Typ genannt; ICD-10 F 00.0) kommt es zumeist zu einem schnelleren Fortschreiten als bei der *Alzheimer- Demenz mit spätem Beginn* (auch Alzheimer- Krankheit Typ 2 oder früher senile Demenz vom Alzheimer- Typ genannt; ICD-10 F 00.1). Die mittlere Verlaufsdauer wird zwischen 8 bis 10 Jahren angegeben (Köhler, 1999), wobei oftmals von einer größeren Schwankungsbreite auszugehen ist (Förstl, 2006). Bei gemischten Demenzen zeigt sich des Öfteren ein typischer schleichender Beginn der Alzheimer- Demenz, wobei ein Hirninfarkt oder ein Anfallsleiden ein rascheres Fortschreiten bedingen kann. Alle genannten Symptome sind je nach Demenzform, individueller prämobiler Intelligenz und Bildung, neuropsychiatrischer Symptomatik und individueller Variablen verschiedenartig ausgeprägt.

2.2 Kognitive Symptome

Leitsymptom der Alzheimer- Demenz ist das kontinuierliche pathologische Nachlassen des Gedächtnisses. Die zunehmenden Gedächtnisdefizite gehören zusammen mit den Störungen von Orientierung, Denken, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Handlungsvermögen, Sprache und Urteilsvermögen zu den kognitiven Symptomen (vgl. Förstl, 2006; S. 255 – 256; Förstl, 2009; Füsgen, 2001, S. 41).

2.2.1 Gedächtnisstörungen

Die neuropsychologische Forschung beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Gedächtnisfunktion im Kontext einer Demenz (Calabrese & Förstl, 2000; Gauggel & Böker, 2004). Als häufigste Ursache der Gedächtnisstörungen gilt die teilweise bereits im frühen Demenzstadium beobachtbare Neuronenverlust im Hippocampus, der zur Atrophie, d. h. einem Schwund an Gehirnmasse führt. Ebenfalls befallen von fortschreitendem Neuronenverlust sind Regionen des Kortex, in denen langfristige Gedächtnisinhalte gespeichert sind (Calabrese, 2000; Brückner, 2006). Aufgrund von Störungen der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses wird bei Demenzerkrankungen insbesondere neu erworbenes Wissen schlecht eingeprägt und schnell wieder vergessen (Füsgen, 2001).

Durch die zunehmenden Gedächtnisstörungen geht den Kranken der *zeitliche Kompass* immer mehr verloren, d.h. die Kranken erleben keinen strukturierenden Zusammenhang mehr zwischen Vergangenen, Gegenwärtigem und Zukünftigem. Einzelne Ereignisse werden herausgelöst aus dem zeitlichen Zusammenhang, wodurch die Kranken nur Momentaufnahmen des Gegenwärtigen erleben, die für sie häufig unerklärbar scheinen müssen. Alltagssituationen, die für den gesunden Menschen logisch und nachvollziehbar sind, werden undurchsichtig, Eindrücke können nicht mehr in Handlungsabläufe eingeordnet werden. Da Realitätsbezug und das Erleben zeitlicher Kontinuität immer geringer werden, lebt der Demenzkranke immer

stärker in einer Welt, in der die Repräsentation der Gegenwart durch Erinnerungen an die Vergangenheit überlagert wird, deren Ereignisse er als aktuell geschehend erlebt (Gunzelmann & Schuhmacher, 1997). Dieses Erleben ist nicht selten zweischneidig, wobei häufig ein Fluktuieren zwischen aktueller Realität und dem quasi-halluzinatorischen Wiederauftauchen von Menschen und Situationen aus früheren Lebensabschnitten stattfindet. Ein Beispiel der Begegnung mit einer 88-jährigen Demenzpatientin illustriert diesen Sachverhalt:

Therapeut: Guten Tag, Frau X. Wie geht es Ihnen?

Patientin: Guten Tag, Herr Y (korrekter Name des Therapeuten). Gestern waren meine Eltern hier zu Besuch, es war schön. Erst dachte ich heute, dass Sie mein Vater sind, aber jetzt bin ich mir ziemlich sicher dass Sie Herr Y sind.

Therapeut: Stimmt, ich bin Herr Y. Wie alt ist Ihr Vater?

Patientin: 88.

Therapeut: Und wenn ich Sie nach Ihrem Alter fragen darf...

Patientin: Ich bin 88 Jahre alt.

Leichte bis mittlere Demenz

Die bei beginnender Demenz auftretenden Gedächtnisstörungen sind Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, die sich auf neu erlernte Informationen und die Fähigkeit beziehen, neu einströmende Informationen zu behalten und mit bereits verinnerlichten Gedächtnisinhalten zu verknüpfen. Zuletzt erworbene Informationen werden dabei zuerst wieder vergessen (Gauggel & Böker, 2004). Befunde, die zeigen dass auch Hinweisreize die Erinnerungsleistung der Patienten nicht verbessern bzw. auch verminderte Wiedererkennungslleistungen feststellbar sind, weisen darauf hin, dass die Gedächtnisdefizite nicht in erster Linie durch Abrufschwierigkeiten, sondern durch eine Kodierungsstörung verursacht werden (Brückner, 2006).

Aufgrund der frühen Beeinträchtigung der Arbeitsgedächtnisleistungen sind Informationsaufnahme- und Assoziationsfähigkeit vermindert. Bei Wortlistenaufgaben nennen Alzheimer-Patienten oftmals nur die letzten Begriffe der Wortliste, die ersten Wörter der Liste werden nicht erinnert. Bei mehreren Lerndurchgängen ist allenfalls ein deutlich eingeschränkter Lerneffekt erkennbar (Calabrese, 2000).

Eklatant ist die Auswirkung auf das Handlungsgedächtnis, welche die Schwierigkeiten bei der gezielten Planung und systematischen Ausführung von Alltagstätigkeiten bedingt. So entstehen auch die im Kontext der Demenzen häufig beschriebenen gefährlichen Situationen, bei denen der Patient beispielsweise vergisst den Wasserhahn abzustellen, den Herd auszuschalten oder eine Tür abzuschließen.

Im weiteren Krankheitsverlauf, d. h. beim Übergang von leichter zu mittlerer Demenz, zeigen sich zunehmend auch Defizite im semantischen Gedächtnis, welches bei gesunden Personen bis ins hohe Alter weitgehend intakt bleibt. Beim semantischen Gedächtnis handelt es sich um

einen Teil des Langzeitgedächtnisses, der für permanente Repräsentation von Wissen über Konzepte, Wörter und deren Bedeutung wichtig ist (Gauggel & Böker, 2004).

Vor allem nicht personengebundene semantische Langzeitgedächtnisleistungen nehmen allmählich ab, während z. B. autobiographische Wissensinhalte aus früheren Lebensabschnitten noch besser abrufbar sind (Brückner, 2006). Auch die Gedächtnisspanne, d. h. die unmittelbare Wiedergabe kurzer Informationen (Brückner, 2006) sowie musikalische Gedächtnisstrukturen (Janata, 2005) bleiben auch in fortgeschrittenen Krankheitsstadien oftmals noch lange Zeit intakt.

Patienten mit einer Störung des semantischen Gedächtnisses zeigen unter anderem Defizite bei Benenn- Tests, Wortflüssigkeitsaufgaben und Wort- Bild- Vergleichsaufgaben. Bei Benenn- Aufgaben können die Patienten beispielsweise häufig übergeordnete Kategoriennamen nicht reproduzieren. Bei Wortflüssigkeitsaufgaben zeigen Patienten Probleme bei der Produktion von Wörtern, die einer bestimmten semantischen Kategorie (Tiere oder Städtenamen) angehören, während Wörter mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben häufig noch relativ gut reproduziert werden können (Gauggel & Böker, 2004).

Mittlere bis schwere Demenz

Im weiteren Verlauf des mittleren Stadiums finden sich eine weitere Verschlechterung des Langzeitgedächtnisses, Wortverwechslungen sowie eine zunehmende Verschlechterung impliziter Gedächtnisleistungen wie das Wissen über die Planung und Durchführung einfacher Handlungsabläufe. Auch kommt es zu einer Verarmung der Sprache, erkennbar unter anderem durch Wortverwechslungen. Beim Übergang von mittlerer zu schwerer Demenz setzt häufiger auch die Fähigkeit aus, visuelle Eindrücke mit Konzepten einschließlich personenbezogener Gedächtnisinhalte zu verknüpfen, weil letztere verloren gegangen sind. Letzteres resultiert dann in dem Nicht- mehr- Erkennen von Gegenständen und Personen. Bei schwerer Demenz sind oftmals nur noch bruchstückhafte Erinnerungen aus dem autobiographischen Langzeitgedächtnis, Erinnerungen an emotional bedeutsame Inhalte und manche musikalische Gedächtnisstrukturen erhalten. Im Spätstadium gehen unter dem nahezu völligen Ausfall des Gedächtnisses zunehmend auch basale, reflexhafte und autonome Funktionen wie die Kontrolle über die Körperfunktionen verloren (vgl. Förstl, 2006).

2.2.2 Orientierungsstörungen

Orientierungsstörungen sind ein entscheidendes Symptom der Alzheimer- Demenz (vgl. ICD-10; DSM- IV) und werden von einigen Autoren mehr noch als Gedächtnisstörungen als charakteristische Symptom derselben aufgefasst, wobei sie z. B. bei fronto- temporaler Demenz weniger typisch sind (Yew, Alladi, Shajlaila, Hodges & Hornberger, 2013). Die im Laufe einer Demenz in der Grundtendenz zunehmenden Orientierungsstörungen manifestieren sich

in eingeschränkter Orientierung der Patienten zu den Qualitäten (a) Zeit, (b) Ort, (c) Situation und/ oder (d) zur eigenen Person. Die Patienten haben eingeschränkte Kenntnis von Jahr Monat, Wochentag, Uhrzeit, Stadt, Land und/oder der Adresse, wo sie sich befinden. Eine Einschränkung der situativen Orientierung, die häufig erstmals beim Übergang zu mittleren Demenzstadien anzutreffen ist, bedeutet, die aktuelle Situation nicht erfassen zu können und nicht zu wissen, was im Moment geschieht. In ungewohnten Situationen kann dieses Merkmal stärker ausgeprägt sein als in gewohnter Umgebung in Gegenwart vertrauter Personen.

In späten Krankheitsstadien kann auch die Kenntnis der eigenen Identität verloren gehen.

Je nach Ausprägung kann bei den Orientierungsstörungen zwischen unscharfer, leicht bis stark eingeschränkter oder fehlender Orientierung (Desorientiertheit) differenziert werden.

Orientierungsstörungen können abhängig von Demenzform, Schweregrad, Tagesform, verschiedenen körperlichen und psychosozialen Einflussfaktoren sowie vor allem durch interindividuelle Unterschiede quantitativ und qualitativ schwankend sein.

So kann die Orientierung eines Patienten zum Ort über lange Zeit vollkommen erhalten sein, während der Patient zeitlich desorientiert ist. Er kann dann beispielsweise in der Lage sein, sich innerhalb seines Heimortes selbstständig zu bewegen und den Weg nach Hause zu finden, jedoch keine Kenntnis von Jahr und Wochentag besitzen. Auch kann der Grad der angegebenen Abweichung z. B. vom aktuellen Jahr (bei einem aktuellen Jahr 2013 Angabe von 2010, 2005 oder 1923) ein Indikator für die quantitative Ausprägung eines zeitlichen Orientierungsdefizits sein. Das Orientierungsvermögen kann sich auch vorübergehend in Abhängigkeit vom Vorliegen eines Delirs, einer körperlichen Erkrankung, der Wirkung bestimmter Medikamente (z.B. Opiat- Analgetika) sowie auch bei Dehydrierung, Blutzuckerschwankungen oder Umgebungswechsel verschlechtern und wieder restabilisieren.

2.2.3 Störungen der Informationsverarbeitung und Handlungsplanung

Das Nachlassen des Denkvermögens äußert sich in einer abnehmenden Fähigkeit zur schnellen Verarbeitung neuer Informationen sowie zum zielgerichteten Schlussfolgern, weiterhin in Denkverlangsamung oder Konfabulationstendenz, dem Ausfüllen von Gedächtnislücken mit Fantasiegeschichten oder zusammenhanglosen Wörtern bzw. Sätzen. Hinzu kommen im mittleren Stadium manchmal plötzliches Gedankenabreißen, ein unvermitteltes Abstoppen des Gedankenstroms und/oder häufig gedankliche Zerfahrenheit und Inkohärenz. Hinzu treten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Auffassungsstörungen sowie Einschränkungen der räumlichen Wahrnehmung. Viele Defizite der kognitiven Funktionen in verschiedenen Bereichen stehen miteinander in engem Zusammenhang, so z. B. Apraxien und Agnosien, die als implizite Gedächtnisprobleme bezeichnet werden können (Förstl, 2006).

Im Rahmen einer *Apraxie* kommt es zu einer zunehmend nachlassenden Fähigkeit, Teilschritte von Handlungen zu Handlungsabläufen zu synchronisieren (Kurz, 2002). Die Apraxie rührt

von der Beeinträchtigung des prozeduralen Gedächtnisses, in welchem das Wissen über Handlungsabläufe gespeichert ist. Bei einer Einschränkung der Exekutivfunktionen ist es für den Patienten aufgrund des nachlassenden Vermögens zum gezielten Planen und Durchführen von Handlungen zunehmend eingeschränkt möglich, Alltagstätigkeiten auszuführen oder häusliche Arbeit zu verrichten. So findet sich häufig eine Fragmentierung von Handlungen, wobei Teilschritte vergessen werden. Dies bedingt, dass Alltagshandlungen wie die Erledigung von Behördengängen, Sich- Ankleiden, Körperpflege, Aufräumen oder die Zubereitung von Mahlzeiten häufig nicht mehr als zusammenhängende Handlungsabläufe möglich sind. Einschränkungen der visuo- konstruktiven Fähigkeiten zeigen sich häufig beim Schreiben oder Abzeichnen von Figuren, auch eine Rechen- oder Leseschwäche bis hin zu Akalkulie oder Alexie sind nicht selten (Füsgen, 2001).

Eine *Agnosie*, zumeist erst in späteren Demenzstadien auftretend, besteht in der Unfähigkeit Objekte bei intaktem Sehvermögen zu erkennen und als Folge der Apraxie entsprechend ihrem Zweck anzuwenden. Auch bezieht sich die Agnosie auf die Verknennung bekannter Gesichter einschließlich derer nahe stehender Personen. Bei einer Ataxie fehlt die Fähigkeit den Blick gezielt ausrichten zu können (Förstl, 2006).

2.2.4 Störungen der Sprache und Kommunikation

Störungen der Sprache treten zunächst in Form von Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen und Silbendrehungen auf (Förstl, 2006), wobei sich die Patienten manchmal mit Umschreibungen helfen (Füsgen, 2001). Im weiteren Verlauf kommt es oftmals zu einer zunehmenden Verarmung der Spontansprache bzw. einer manifesten *Aphasie*. Insbesondere bei der fronto- temporalen Demenz stellen die erheblichen sprachlichen Einschränkungen ein Kernsymptom der Demenz dar.

Die allmählich oder plötzlich einsetzende Verschlechterung der Kommunikations- und Verständigungsfähigkeit verursacht oftmals großen Leidensdruck bei Patienten und Angehörigen. Mit zunehmendem Fortschreiten der Erkrankung wird der betroffene Mensch als Person immer schwerer zu erreichen, wodurch es schwieriger wird seine Perspektive und Wünsche zu erfassen und ihn in Entscheidungsprozesse zu involvieren (Murphy et al., 2007).

Das Nachlassen kommunikativer Fähigkeiten schließt neben Wortfindungsstörungen ein zunehmend reduziertes Vokabular und in späteren Stadien häufig eine zerfahrene Sprache und stereotyp wiederholte Äußerungen von Gedanken und Fragen mit ein. Hinzu kommen Schwierigkeiten ein Thema zu verfolgen und zu zunehmende Ablenkbarkeit. Passivität und der damit verbundene soziale Rückzug kann auch im Kontext des zunehmenden Sprachverlusts und dessen Beziehung zu den kognitiven Defiziten verständlich werden. Der dementiell erkrankte Mensch kann aufgrund seiner kognitiven und mnestischen Störungen Gesprächen zunehmend schlechter folgen und ist außerdem zunehmend weniger in der Lage, sich zu äu-

ßern und Sachverhalte adäquat zu beurteilen, was eine massive Einschränkung der Fähigkeit zur sozialen Interaktion bedeuten kann (Fischer- Terworth, 2010).

2.3 Neuropsychiatrische Symptome

Im Symptombild dementieller Erkrankungen findet sich zumeist eine Reihe oft so genannter nicht- kognitiver Symptome, in der klinischen Terminologie *neuropsychiatrische Symptome* genannt. Letztere werden bei Aufgliederung in verhaltensbezogene und psychopathologische Symptome in der angloamerikanischen Literatur häufig als *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD) bezeichnet (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller & Sartorius, 1996). Sie sind häufig, verursachen oftmals mehr Leidensdruck als das Nachlassen der kognitiven Funktionen und wirken sich negativ auf Krankheitsverlauf und Lebensqualität von Patienten und Angehörigen aus (Knorr, Zerfass & Frölich, 2007).

Neuropsychiatrische Symptome sollten deshalb nicht als Begleitsymptome, sondern als integraler Bestandteil einer Demenz gesehen werden. Sie können durch vor Beginn der Demenz bestehende psychische Erkrankungen verstärkt werden. Zu der Symptomgruppe gehören (a) *Verhaltensbezogene Symptome* wie verschiedene Formen der Agitation, Apathie oder Störungen des Schlaf- Wachrhythmus (Calabrese & Förstl, 2000; Lyketsos et al., 2002), sowie (b) *Psychopathologische Symptome* wie Depressivität, Angstsymptome oder psychotische Symptome. Tabelle 3 zeigt die in der Studie von Lyketsos et al. (2002) ermittelten Häufigkeitsangaben des Auftretens neuropsychiatrischer Symptome im Krankheitsverlauf, erfasst mit der 12- Item- Version des Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al., 1994; s. 3.2.2).

Tabelle 3: Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome im Krankheitsverlauf (Lyketsos et al., 2002)

Symptom	%	Symptom	%
Depressivität	44 %	Apathie	45%
Angstsymptome	25%	Enthemmung	18%
Wahnvorstellungen	30%	Irritabilität	34%
Halluzinationen	16%	Psychomotorische Symptome	17%
Agitation/Aggressivität	40%	Schlafstörungen	30%
Pathologische Euphorie	3%	Pathologisches Essverhalten	31%

2.3.1 Depressive Symptome und Affektstörungen

Depressive Symptome gehören mit einer Prävalenz von 20- 50 % zu den häufigsten, im Vorfeld und während aller Stadien einer Demenz auftretenden psychopathologischen Symptomen (Haupt, 2007), wobei zahlreiche Demenzpatienten die Kriterien einer komorbiden depressiven

Episode erfüllen. Manisch- euphorische Zustandsbilder kommen seltener vor, sind jedoch zuweilen im mittleren Stadium einer Demenz anzutreffen (Ladurner, 1989; zit. n. Füsgen, 2001). Bei einer beginnenden Demenz kann eine depressive Verstimmung kognitiven Störungen vorausgehen, wobei sowohl mit den neuronalen Veränderungen der Demenz in Verbindung stehende als auch psychische Faktoren ausschlaggebend sein können.

Fest steht, dass der Nervenzellverlust im Hippocampus sowohl mit dem dementiellen Prozess (Brückner, 2006) als auch mit depressiven Symptomen assoziiert ist (Kramer, 2005). Zu den psychischen Faktoren gehören z. B. das Wissen über die Erkrankung, die in der Realität verwurzelte Unsicherheit über die eigenen kognitiven Fähigkeiten und damit in Verbindung stehende Ängste und psychische Erschöpfung (Förstl, 2006). Die verlorene Kompetenz zur kognitiven Bewältigung des Erlebten führt bei vielen Patienten zu einer überwältigenden emotionalen Belastung (Bruder, 1994), die durch wiederholte Versagenserlebnisse verstärkt wird. So treten depressive Verstimmungen häufig im Rahmen von Überforderungssituationen auf. Komorbide depressive Störungen können die Prognose einer Demenz verschlechtern, weswegen sie behandlungsbedürftig sind (vgl. Lyketsos, 2003).

Sonstige demenztypische Affektveränderungen

Demenzpatienten zeigen häufig Veränderungen im affektiv- emotionalen Bereich wie zunehmende Empfindsamkeit, Euphorie, Irritabilität, Dysphorie oder ungefilterte Affekte, die sich u. a. in Weinen und Gefühlsausbrüchen äußern können. Letztere Veränderungen finden sich etwas häufiger häufig bei vaskulären Demenzen. Auch kann im Gegenteil eine verminderte affektive Schwingungsfähigkeit oder Affektverflachung auftreten, welche den Eindruck einer emotionalen Abstumpfung oder Indifferenz vermitteln kann. Letztere kann mit einer Abnahme der emotionalen Ausdrucksfähigkeit einhergehen (Fischer- Terworth, 2010). Die genannten Veränderungen treten sehr häufig im Rahmen einer depressiven Symptomatik auf.

2.3.2 Angstsymptome

Der niederländische Autor J. Bernleff (zit. n. Gunzelmann & Schumacher, 1997) versucht in seinem Buch *Hirngespinnste* das subjektive Erleben eines Demenzkranken zu beschreiben, welches für ihn aufgrund des Verlustes des sinnstiftenden Zusammenhangs durch zeitliche Kontinuität nur noch aus flüchtigen und beziehungslosen Situationen besteht: „*Ohne Erinnerung kannst du nur schauen. Dann gleitet die Welt spurlos durch dich hindurch.*“ Dieses Erleben von Rat- und Hilflosigkeit sowie von Verzweiflung kann der Ursprung einer schwer fassbaren, existentiellen, nur im Rahmen einer Demenz anzutreffenden Angst sein.

Demenzassoziierte Angstsymptome müssen als eigene Symptomkategorie differentialdiagnostisch unter Berücksichtigung eventueller präorbider Angststörungen erfasst werden, da sie sich ungünstig auf Prognose und Lebensqualität von Demenzpatienten auswirken (Seig-

nourel et al., 2008) und zu großem Leidensdruck führen. Es zeigen sich verschiedenste Angstsymptome, die individuelle Charakteristika aufweisen.

Bei leichter Demenz finden sich vor allem Ängste und Befürchtungen, die aus der realen Wahrnehmung kognitiver Defizite und dem Erkrankungsgeschehen und seinen Folgen resultieren. Hierzu gehören (a) Versagensängste (b) die Furcht vor empfunden Blamagen (c) Angst vor Kontrollverlust und Ausgeliefert- Sein, (d) Angst nicht mehr ernst genommen zu werden, (e) Angst von der Familie "abgeschoben" zu werden, (f) Ängste vor neuen unberechenbaren Situationen mit wenig oder fehlender Selbstwirksamkeitserwartung (z.B. Übersiedlung in ein Seniorenheim), oder auch (g) die Angst vor Stürzen bei motorischen Einschränkungen.

Im mittleren Stadium findet des Öfteren ein Abnehmen der Ängste oder auch eine Verschiebung hin zu anderen Angsttypen wie Panikattacken, Trennungsangst, psychotischen Ängsten oder Mischformen statt. Nach dem klinischen Erscheinungsbild lassen sich einige im Rahmen einer Demenz auftretende Formen von Angstsymptomen unterscheiden:

(a) *Generalisierte Ängste*, im Erscheinungsbild manchmal ähnlich der Symptomatik der generalisierten Angststörung, treten immer wieder im frühen und mittleren Stadium auf und beziehen sich auf die eigene Lebenssituation, finanzielle Sorgen, Gesundheit, Angst um Angehörige, Existenz- oder Zukunftsangst, d. h. die Angst "wie es weitergehen soll".

(b) *Panikattacken*, die im fortgeschrittenen Stadien bei 40% der Demenzpatienten auftreten (Förstl, 2006), spiegeln oftmals existentielle Ängste sowie die typische Hilf- und Haltlosigkeit der Patienten wieder, die den zunehmenden Verfall der eigenen Identität spüren. Sie sind häufig von stereotypem Rufen oder Schreien begleitet.

(c) *Trennungsangst*, die auch bei jüngeren Erwachsenen häufiger ist als lange angenommen (Shear et al., 2006), entsteht bei Demenzpatienten oft bei Abwesenheit nahe stehender, Sicherheit gewährender Personen wie dem Ehepartner und schließt die Angst, dass diese weggehen und nicht mehr wiederkommen könnten, mit ein. Sie resultiert häufig aus der Suche nach Vertrautem bei bestehender Unsicherheit und Orientierungslosigkeit. Ängstlich-anklammerndes Verhalten erinnert manchmal an kindliche Trennungsangst (Gunzelmann & Schumacher, 1997).

(d) *Psychotische Ängste* treten im Kontext von Wahnvorstellungen auf und sind an die Wahninhalte wie z.B. Vergiftung oder Bestohlen- Werden gekoppelt (s. 2.3.3).

(e) *Angstbesetzte Zwangssymptome* können bei fronto- temporaler Demenz auftreten (Nyatsantza et al., 1990), kommen aber auch bei der Alzheimer- Demenz vor (Marksteiner et al., 2003). Charakteristische Zwangshandlungen sind wiederholte Rückversicherungsfragen, Kontrollzwänge bei starker Gedächtnisunsicherheit sowie Sammel- und Hortzwänge (Fischer-Terworth, 2010). Zugrunde liegen ihnen z. B. Gedächtnisunsicherheit sowie oben beschriebene Ängste und Befürchtungen wie die Angst vor Kontrollverlust.