

## Demenzielle Erkrankungen

### Einführung in das Themenheft „Demenzielle Erkrankungen“ und einige Bemerkungen zu gerontologischen Aspekten psychischer Störungen

Wir leben in einer „alternden“ Gesellschaft; die epidemiologischen Daten und Voraussagen zur demografischen Entwicklung in Deutschland weisen das nach. Der Umgang mit der Materie trägt in der Öffentlichkeit nicht selten das Zeichen der alternsbedingten Katastrophe, der Unlösbarkeit der damit verbundenen Unfinanzierbarkeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Überforderung der jüngeren berufstätigen Bevölkerung.

Die Presse fördert nicht selten das Szenarium unheimlicher Entwicklung. (Einige Stimmen aus den letzten Monaten: „Deutschland wird zum Seniorenheim – Älteste Bevölkerung Europas“ LVZ, 02.04.2011; „Ostdeutschland besonders betroffen“, Deutsches Ärzteblatt 04.03.2011, „Beskes beklemmende Prognose“, Deutsches Ärzteblatt 25.03.2011). Wendet man sich dem Problemfeld nüchtern und im Sinne einer lösungsorientierten Einstellung zu, die fragt, welche Notwendigkeiten sich aus den zu erwartenden demografischen und damit morbiditätsstatistischen Zahlen ergeben, ist zunächst festzustellen, dass die Alterung der Gesellschaft ein Erfolg der modernen medizinischen Betreuung und eines vergleichsweise hohen Lebensstandards ist; das „Problem“ ist eigentlich Folge gelöster Probleme.

Auf den zweiten Blick geht es um die Fragen altersbedingter Erkrankungen, ihrer Ursachen, deren Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten und gegebenenfalls präventiver Strategien, um Entwicklungen etwa hin zu Demenzen zu verhindern oder zumindest aufzuhalten.

Bei der Planung dieses Themenheftes wurden Kolleginnen und Kollegen aus den beiden sächsischen Uni-

versitätskliniken gebeten, zu nachfolgenden Themenbereichen Stellung zu nehmen:

- Welche Aussagen konnte die Leipziger Langzeitstudie zur Altersbevölkerung hinsichtlich epidemiologischer Aussagen zu kognitiven Störungen und ihren Konsequenzen für die Prädiktion treffen (Prof. Dr. med. habil. Steffi G. Riedel-Heller und Team, Leipzig)?
- Welche Ergebnisse liegen hinsichtlich des klinischen Erscheinungsbilds, biologischer Forschung und möglicher pharmakologischer Interventionen bei Alzheimerdemenz vor (Prof. Dr. med. Hermann-Josef Gertz, Leipzig)?
- Welche soziotherapeutischen Maßnahmen in der Behandlung sind sinnvoll (Prof. Dr. med. habil. Vjera Alexandra Holthoff und Team, Dresden)?

Des Weiteren soll den sächsischen Ärzten vermittelt werden, wie die diagnostische Wegstrecke vom Hausarzt über den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den Nervenarzt hin zu hochspezialisierter Diagnostik zu charakterisieren sei (Prof. Holthoff und Team). Schließlich wird in einem Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Matthias Schützwohl (Dresden), der an der Ausarbeitung des 2. Landesplanes für Psychiatrie des Freistaates Sachsen maßgeblich beteiligt ist, eine Übersicht über Versorgungsstrukturen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen, speziell demenzieller Prozesse gegeben.

Der Leser merkt an dieser Übersicht, dass nur eine komplexe Sicht der Dinge von der Epidemiologie über die grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse, die klinischen Aspekte in pharmakologischer und sozialtherapeutischer Hinsicht bis zu gegebenen und zu entwickelnden Versorgungsstrukturen, in die diagnostischen Pfade einzubeziehen sind, der Materie gerecht wird; und damit verlieren – aus Sicht des Autors dieses Beitrages – wirtschaftlich dominierte Schreckensszenarien ihre Berechtigung.

Im Artikel von Prof. Dr. Riedel-Heller und Team wird von einem Bündel von Prädiktoren für eventuell im Alter auftretende demenzielle Erkrankungen gesprochen. Diese Aussage veranlasst zu einigen Bemerkungen zu gerontopsychiatrischen Aspekten, zumal das Fachgebiet der Psychiatrie in besonderer Weise involviert ist.

Wie die Artikelfolge aufweist, kann man sich alterspsychiatrischen Erkrankungen (dabei geht es nicht nur um Demenzen, sondern auch andere Syndrome: Depressionen, neurotische Persönlichkeitszustände, Suchten) auf unterschiedlichen Ebenen nähern: einer syndromatologischen (das klinische Bild), einer somatischen (die körperlich fassbaren Ursachen: Gefäßprozesse, genetische Faktoren), einer psychodynamischen (Umgang mit Konflikten, mit der Erkrankung, mit den Behandlungsangeboten) und einer sozialen Dimension – letztere ist im Alter besonders bedeutsam. Man könnte fast behaupten, Alterspsychiatrie sei gelebte Soziologie, weil der ältere Mensch zunehmend Einbußen erleidet, die den sozialen Raum, die sozialen Funktionen und den körperlichen Habitus betreffen. Im sozialen Raum verliert er Wirkungsfelder in der Arbeitswelt, in der Familie, als Erzieher seiner Kinder, als ein in einer bestimmten Rangordnung bzw. Hierarchie Stehender; dies kann zu Rollenunsicherheiten und Statusverlust führen. Die Einschränkungen körperlicher Leistungsfähigkeiten (sexuelle Erlebnisfähigkeit, Mobilität, krankheitsbedingte Einschränkungen) verstärken die Verunsicherung. Der natürliche Stillbruch der Lebensgestaltung kann zu sozialer Isolierung und damit zu Krankheiten führen. Eine weitsichtige Prävention kann diesen Phänomenen vorbeugen und definitive psychiatrische Alterskrankheiten (zum Beispiel Alzheimersche Demenz) mildern oder dieselbe verhindern!

Das soziale Netzwerk spielt anscheinend für die Entwicklung alterspsychiatrischer Erkrankungen eine besondere Rolle. Die moderne Entwick-

lungspsychologie hat viel dazu getan, den Gedanken, Alter sei ein Defizit, zu überwinden. War die Gerontologie früher überwiegend biologisch bestimmt und betonte den Abbau von Struktur, den Zerfall von Substanz, so werden heute die Erlebensmöglichkeiten des Einzelnen unter dem Aspekt der gesamten Lebensspanne des erlebten und verarbeiteten Lebens gesehen. Faktoren, wie die gesamte Lebensgeschichte, Befriedigung in der Ausgestaltung der wesentlichen Lebensbereiche, verschont bleiben von schweren Erkrankungen oder andere Einbußen von Selbst und Welt, etwa durch Krieg, Gefangenschaft, soziale Not in bestimmten Lebensepochen, bestimmen den Verlauf des Alters und auch den möglichen Ausbruch einer Alterserkrankung psychiatrischer Art unter Umständen mehr als die biologischen Veränderungen, die der physiologische Alterungsprozess in den Organsystemen mit sich bringt (Bach 1999).

Eine hochinteressante Studie sei in diesem Zusammenhang erwähnt, die den multifaktoriellen Zugang zur Entstehung von Alzheimererkrankungen unterstreicht und zugleich zeigt, dass neben den bedeutsamen biologischen und molekular-medizinischen Forschungen klinisch-epidemiologische Beobachtungen immer wieder auch zu wissenschaftlichen Spitzenaussagen führen. Gemeint ist die sogenannte „Nonnenstudie – Forschungen über die Mysterien des Alters“ (Snowdon 2001).

Der Autor hat alte Nonnen eines Ordens, der „Schulschwwestern von Notre Dame“, die alle in Schulen und Ausbildungseinrichtungen tätig waren und in der Regel über Bachelor- oder Masterabschlüsse verfügten, in ihrem Alter über 15 Jahre begleitet und sie testpsychologisch untersucht und nach dem Tod (die Einverständniserklärung lag vor) die Ge-

hirne pathologisch-anatomisch untersuchen lassen. Der Vorteil der Population (678 Frauen hatten sich selbstlos zur Verfügung gestellt) war die Gleichheit von Lebensstil, Lebenssinn, Ausbildungsniveau und medizinischer Betreuung.

Ein Teil der Schwestern hatte bei Eintritt in den Orden mit 18 bis 20 Jahren eigene Biographien geschrieben. So lagen dem Autor diese Biographien, testpsychologische Untersuchungen 60 Jahre später und die hirnpathologischen Befunde nach dem Tode der Probandinnen vor. Die Ergebnisse der Korrelationen können hier nicht alle referiert werden; das verblüffendste Ergebnis war aber, dass die Personen, die in ihren Biographien durch reichhaltigen Wortschatz, komplexere Sätze und größere Gedankenfülle (von Sprachanalytikern bewertet) 60 Jahre später weniger kognitive Ausfälle und hirnpathologisch kaum oder keine Hinweise auf Alzheimerbefunde aufwiesen. Es ergab sich, dass aus den Biographien der „Wort- und Gedankenreichen“ oder der eher einfachen „Faktenaufzählerinnen“ mit 90%iger Sicherheit ausgesagt werden konnte, ob es zu einer Alzheimererkrankung gekommen war. Man interpretierte die Ergebnisse so, dass eine bessere Vernetzung funktionaler Hirnstrukturen ein wichtiger Schutzfaktor sein könne. 2001 hatten von den noch am Leben gebliebenen Schwestern 18 Personen das 100. Lebensjahr erreicht, die sich durch eine tiefe Spiritualität und besondere Einbindung in die Glaubensgemeinschaft auszeichneten. Lassen sich eventuell auch Beziehungen zu den natürlichen Antikörpern gegen A-beta herstellen, über die im Artikel von Prof. Dr. Gertz in diesem Heft berichtet wird?

Der Leser mag aus diesem Beispiel ersehen, dass Forschungsbedarf auf allen Ebenen des oben skizzierten



Quelle: fotolia

Zugangs zum Problem gegeben ist und originelle Ansätze zu ungewöhnlichen Aussagen führen können.

Die Forschungen zu Alterserkrankungen im Allgemeinen und gerontopsychiatrischen Themen im Besonderen liegen auch im Kegel der Aufmerksamkeit der Forschungsprojekte der Bundesärztekammer, wie der jüngste „Report Versorgungsforschung“ der entsprechenden Förderinitiative der Bundesärztekammer ausweist (C. Fuchs et al., 2011).

Unter dem Einfluss des demographischen Wandels werden gerontologische Forschungen im Biologischen, Medizinisch-klinischen, Molekulargenetischen und im Sozialen weiter zu favorisieren sein (Feeser-Lichterfeld 2010).

Unser Bemühen, davon ein praktisches Abbild für unsere Leser zu bieten, sollen die folgenden Artikel unterstreichen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Leipzig