

Demenz vom Alzheimer-Typ

Informationen für Betroffene und Angehörige

1906 beschrieb der deutsche Psychiater Alois Alzheimer erstmals eine „eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“, bei der bestimmte neuropathologische, degenerative Veränderungen im Gehirn mit den klinischen Symptomen einer Demenz einhergehen. Obwohl wir heute sehr viel mehr über die neurobiologischen Prozesse und den damit zusammenhängenden Krankheitsverlauf wissen als damals, sind die Ursachen bislang noch nicht hinreichend geklärt.

Eine Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) ist die häufigste Demenzform und wird bei ungefähr zwei Dritteln aller Demenzpatienten diagnostiziert, auch wenn es inzwischen viele Hinweise dafür gibt, dass es sich bei der Mehrzahl der Erkrankungen um Mischformen (DAT und vaskuläre Demenz) handelt.

Neurobiologische Veränderungen

Bei der Alzheimer-Krankheit kommt es zu einem langsamen, progressiven Absterben von Nervenzellen, zunächst vor allem in denjenigen Hirnregionen, die für Merkfähigkeit und Gedächtnis, Denken, Sprache und Orientierung wichtig sind. Es gilt heute als gesichert, dass zwei Eiweißstoffe, Beta-Amyloid und Tau, für das Absterben verantwortlich sind. Diese Eiweißstoffe entstehen durch fehlgeleitete Abbauprozesse im Gehirn, lagern sich dort in Form sogenannter Plaques und Neurofibrillenbündel ab und führen letztlich zum Untergang der betroffenen Nervenzellen und Nervenzellverbindungen.

Im Laufe der Erkrankung schrumpft das Hirnvolumen um bis zu 20 Prozent, die Windungsfurchen der Großhirnrinde vertiefen sich und es kommt zu einer deutlichen Erweiterung der mit Flüssigkeit gefüllten Hirnkammern, den sogenannten Ventrikeln. Bildgebende Verfahren wie die Computer- oder Magnetresonanztomographie können solche Veränderungen im mittleren und fortgeschrittenen Krankheitsstadium sichtbar machen.

Der zunehmende Zelluntergang führt zu einer ganzen Reihe von neurobiologischen Prozesse-

sen; unter anderem kommt es schon sehr früh bei der DAT im Gehirn zu einem Mangel an Acetylcholin, einem biochemischen Botenstoff bzw. Neurotransmitter, der für viele kognitive Fähigkeiten benötigt wird und bei Lernvorgängen eine wichtige Rolle spielt.

Diese Prozesse ziehen im Verlauf der Erkrankung immer weitere Abschnitte des Gehirns in Mitleidenschaft und führen zu einem fortschreitenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit in den unterschiedlichsten Funktionsbereichen.

Krankheitsverlauf

Heute weiß man, dass der neurodegenerative Prozess der Alzheimer-Krankheit viele Jahre, wenn nicht Jahrzehnte vor dem Auftreten der ersten Symptome einsetzt. Er verläuft also lange Zeit völlig unbemerkt; erste Auffälligkeiten, in der Regel diskrete Merkfähigkeitsstörungen, beginnen zunächst schleichend und werden deshalb häufig als „normale Altersvergesslichkeit“ fehlinterpretiert.

Bei der Demenz vom Alzheimer-Typ werden drei Verlaufsstufen bzw. Schweregrade der Erkrankung unterschieden: leichte, mittelschwere und schwere Demenz.

Vorstadium

Der DAT geht eine mehrjährige Phase voraus, die als „leichte kognitive Störung“ (Mild Cognitive Impairment, MCI) bezeichnet wird. Sie ist durch unterschwellige neuropsychologische Defizite gekennzeichnet, die nur bei einer eingehenden, differenzierten Untersuchung erkennbar und im Alltag nahezu unauffällig sind. Sie betreffen vor allem Schwierigkeiten bei der Speicherung und dem Abruf von neuen Informationen, wie z. B. beim Merken von Namen, Erinnern von Telefonnummern oder Behalten von Nachrichten und Zeitungsartikeln. Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, Stimmung, räumlichen Informationsverarbeitung und des planvollen Handelns bei komplexen Aufgaben können, müssen aber nicht vorliegen. Der Übergang zum Stadium der leichten Demenz ist fließend.

Die Diagnose einer MCI bedeutet jedoch nicht, dass sich später zwangsläufig eine Alzheimer-Demenz entwickelt; die Wahrscheinlichkeit hierfür liegt bei ungefähr 50 Prozent nach 5 Jahren. Eine individuelle Prognose über den weiteren Verlauf ist heute aber noch nicht möglich.

Stadium der leichten Demenz

Das Anfangsstadium der Erkrankung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen zwar im Berufsleben, bei sozialen Aktivitäten und bei der Durchführung komplexer Aufgaben beeinträchtigt sind, ihren normalen Alltag aber meist noch selbstständig bewältigen können. Im Vordergrund stehen zunehmende Schwierigkeiten beim Lernen und Erinnern neuer Informationen: Betroffene erinnern sich z. B. nur noch bruchstückhaft an kurz zurückliegende Ereignisse; es fällt ihnen immer schwerer, sich an längeren Gesprächen zu be-

teiligen, weil sie schnell den „roten Faden“ verlieren, oder sie suchen ständig bestimmte Dinge, weil sie nicht mehr wissen, wo sie sie zuvor abgelegt haben. Alte Gedächtnisinhalte sind hingegen kaum beeinträchtigt.

Die kognitiven Defizite machen sich jetzt im Alltag vor allem bei Aufgaben bemerkbar, die ein planvolles und organisierendes Denken erfordern, wie z. B. bei der Bedienung komplizierter Geräte oder der Kontoführung. Zusätzlich treten Störungen der Sprache (Wortfindungsstörungen, stockendes Sprechen, eingeschränktes Vokabular) sowie der zeitlichen und räumlichen Orientierung auf.

In diesem Stadium kommt es sehr häufig zu leichten, manchmal allerdings auch schweren depressiven Phasen, die als emotionale Reaktionen auf die zunehmenden Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der damit verbundenen negativen Erfahrungen verstanden werden sollten.

Stadium der mittelschweren Demenz

In diesem Stadium werden die kognitiven Beeinträchtigungen so schwerwiegend, dass eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Die Betroffenen benötigen jetzt zunehmend Hilfe auch bei einfachen, alltäglichen Handlungen, wie z. B. beim Zubereiten von Mahlzeiten, bei der Auswahl der passenden Kleidung oder bei der Körperpflege.

Gedächtnisstörungen und Sprachprobleme, aber auch Störungen des logischen Denkens, Planens und Handelns nehmen deutlich zu. Das Altgedächtnis ist jetzt ebenfalls betroffen, die Erinnerung an die eigene Biografie nur noch lückenhaft. Die Betroffenen haben auch in vertrauter Umgebung zunehmend Schwierigkeiten, sich zu orientieren und verlieren immer mehr das Zeitgefühl.

Zusätzlich treten in dieser Phase verstärkt psychische Symptome auf, wie z. B. Ängste, wahnhaftige Befürchtungen, Halluzinationen (häufig ausgelöst durch Verkennungen optischer oder akustischer Umgebungsreize), starke Unruhe oder aggressive Verhaltens-

weisen, die für die Betroffenen selbst, aber auch für ihre Angehörigen besonders belastend sein können.

Hinzu kommt häufig ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus sowie eine Harninkontinenz, weil die Betroffenen nicht mehr rechtzeitig die Toilette finden und die Entleerung ihrer Blase immer weniger kontrollieren können.

Stadium der schweren Demenz

Im letzten Stadium benötigen die Betroffenen Hilfe bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens; sie sind vollkommen abhängig von einer umfassenden Pflege und Betreuung. Es besteht ein hochgradiger geistiger Abbau, von dem alle kognitiven Funktionen betroffen sind; auch frühe Erinnerungen sind jetzt kaum mehr abrufbar, nahe Angehörige werden nicht mehr erkannt. Die Sprache verliert ihre Funktion als Mittel der Kommunikation; verbale Äußerungen beschränken sich auf wenige, einfache Wörter oder versiegen ganz, so dass grundlegende Bedürfnisse nicht mehr artikuliert werden können.

In dieser Phase stehen vor allem neurologische und pflegerische Probleme im Vordergrund. Harn- und Stuhlinkontinenz, Kau- und Schluckstörungen sind häufig. Die Anfälligkeit für Infektionen, Entzündungen, epileptische Anfälle und andere Erkrankungen steigt. Die Kontrolle über die Körperhaltung, z. B. beim Gehen oder Essen, wird jetzt immer schwieriger; viele Betroffene benötigen deshalb einen Rollstuhl oder werden bettlägrig.

Die häufigsten Todesursachen sind Lungenentzündung, Herzinfarkt oder Blutvergiftung, meist als Folge eines stark geschwächten Allgemeinzustands bzw. bestehender Bettlägerigkeit. Die Alzheimer-Krankheit selbst führt nicht zum Tod.

Die hier beschriebenen Stadien der DAT beschreiben einen allgemeinen, typischen Krankheitsverlauf und können sich im Einzelfall deutlich davon unterscheiden.

Die DAT führt zu einer verkürzten Lebenserwartung. Nach dem Auftreten der ersten Krankheitszeichen beträgt die durchschnittliche Krankheitsdauer acht bis zehn Jahre; sie kann aber in Abhängigkeit von Faktoren wie dem Erkrankungsalter, der körperlichen Verfassung, der durchgeführten Behandlung und den individuellen Lebensbedingungen deutlich kürzer oder länger sein.

Ursachen und Risikofaktoren

Bis heute sind die Ursachen, weder der Alzheimer-Krankheit noch der später auftretenden Demenz, genau geklärt. Wie alle Demenzerkrankungen ist auch die DAT so komplex, dass nicht von einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang ausgegangen werden kann, sondern sehr wahrscheinlich mehrere Faktoren zusammen eine Rolle spielen.

Der wichtigste Risikofaktor ist das **Lebensalter**. Die DAT tritt vor dem 65. Lebensjahr nur äußerst selten auf. Danach nimmt sie jedoch mit steigendem Alter stark zu. Sind im Alter von 65 Jahren weniger als 1 Prozent der Personen von einer DAT betroffen, erhöht sich dieser Anteil in der Altersgruppe der über 95-jährigen auf fast 50 Prozent.

Frauen und Männer haben ein ähnlich hohes Erkrankungsrisiko; weil Frauen aber durchschnittlich älter werden und in der Gruppe der Hochbetagten überproportional stark vertreten sind, gibt es insgesamt mehr erkrankte Frauen als Männer.

Genetische Faktoren spielen ebenfalls eine Rolle. Welche Gene im Einzelnen betroffen sind und welchen Einfluss sie auf die Entstehung und den Verlauf der Krankheit tatsächlich haben, ist aber bisher noch nicht geklärt.

In ganz seltenen Fällen wird die Alzheimer-Krankheit durch inzwischen gut untersuchte Genmutationen direkt vererbt. In den davon

betroffenen Familien beginnt diese präsenile Form der DAT in der Regel bereits zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr und zeigt einen schnelleren Verlauf als bei der häufigen senilen Form.

Als **medizinische Risikofaktoren** gelten frühere Schädigungen des Gehirns (z. B. Schädel-Hirn-Traumata), verschiedene körperliche Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion), psychische Störungen (z. B. Depressionen oder Substanzmittelmissbrauch) sowie alle Faktoren, die die Durchblutung des Gehirns beeinträchtigen (Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bewegungsmangel und Rauchen).

Diskutiert wird auch über den Einfluss verschiedener **sozialer Faktoren**, wie z. B. ein niedriges Bildungsniveau, eine geringe berufliche Qualifikation oder ein lebenslanger Mangel an Interessen und sozialen Kontakten.

All diese Risikofaktoren erhöhen zwar die Wahrscheinlichkeit, an einer DAT zu erkranken, aber es ist derzeit noch völlig unklar, ob sie eine ursächliche Bedeutung haben oder nicht.

Therapeutische Möglichkeiten

Die Alzheimer-Krankheit verläuft chronisch und fortschreitend. Nach dem derzeitigen Wissensstand gibt keine Behandlung, die die Erkrankung verhindern, aufhalten oder heilen könnte. Dennoch stehen heute verschiedene, gut wirksame Therapien für jedes Krankheitsstadium zur Verfügung, die entscheidend dazu beitragen können, die Selbstständigkeit der Betroffenen länger zu erhalten und ihre Lebensqualität zu verbessern.

- **Medikamentöse Therapien:** Die heute verfügbaren Medikamente, sogenannte

Antidementiva, verbessern die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen. Sie können in vielen Fällen das Fortschreiten der Krankheit verzögern und die Symptomatik vermindern. Häufig auftretende Begleitsymptome, wie z. B. Depressionen, Ängste, Unruhe, Ess- oder Schlafstörungen lassen sich ebenfalls mit entsprechenden Medikamenten (z. B. Antidepressiva oder Neuroleptika) unterstützend behandeln.

- **Nichtmedikamentöse Therapien** spielen bei der Behandlung der DAT eine wesentliche Rolle. Es gibt eine ganze Reihe von unterschiedlichen Therapieansätzen, die je nach Symptomatik und Grad der Erkrankung eingesetzt werden können. Psychotherapie, professionell unterstützte Selbsthilfegruppen, Gedächtnistraining und kognitive Aktivierung, Milieuthherapie, Kunsttherapie, Ergo- oder Physiotherapie helfen dabei, die Krankheit und ihre Folgen besser zu bewältigen, die Selbstständigkeit im Alltag länger zu erhalten und das eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren und zu stärken.

Darüber hinaus hat eine demenzgerechte, auf die individuellen Fähigkeiten abgestimmte Umgebung und Betreuung einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Stimmung, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit des Betroffenen.

*Mag.^a Isabel Flamme
Klinische und Gesundheitspsychologin*

Nähere Informationen unter: www.diakoniewerk.at