

# **I      Theoretischer Hintergrund**



# 1 Spezifische Bedarfslagen gerontopsychiatrischer Patienten

*Stefan Spannhorst*

## 1.1 Psychiatrische und somatische Krankheitslast im Alter

Als gerontopsychiatrische Patienten werden im Allgemeinen psychiatrisch erkrankte Personen ab einem Alter von 65 Jahren angesehen. In dieser Altersgruppe leidet ca. ein Viertel aller Menschen in Deutschland an einer psychiatrischen Erkrankung (Weyerer und Bickel 2006). Ein gerontopsychiatrischer Behandlungsauftrag ergibt sich häufig aufgrund des Vorliegens einer Depression (ca. 15 % der stationär behandelten Fälle (Cai et al. 2022)). Depressionen prädisponieren zu Suizidalität. Aktuelle Suizidraten von Menschen in Deutschland, erfasst in 5-Jahres-Altersintervallen, sind seit Jahren in der Altersgruppe 80 bis 85 Jahre für Männer wie Frauen am höchsten (Statistisches Bundesamt 2023). Daher kommt auch der Suizidprävention in der Gerontopsychiatrie eine herausragende Rolle zu. Neben Depressionen und Angsterkrankungen stellen Verhaltensstörungen bei Demenz und Delir die häufigste Behandlungsindikation in der stationären Gerontopsychiatrie dar. Dabei haben akut behandlungsbedürftige Verhaltensstörungen bei Demenz laut einer aktuellen Studie mit fast 17 % unter den ambulant behandelten gerontopsychiatrischen Patienten eine besonders hohe Prävalenz (Quispel-Aggenbach et al. 2020). Bis zu 25 % der Patienten über 65 Jahren weisen zum Zeitpunkt einer Klinikaufnahme in ein Akutkrankenhaus ein Delir auf (Gibb et al. 2020). Weitere in der Gerontopsychiatrie behandelte Erkrankungen sind, oft als Komorbidität, auch Abhängigkeitserkrankungen. Auch bei älteren Personen (65 Jahre und mehr) sind alkoholbezogene Störungen häufig (Piontek et al. 2017) und können mit schweren somatischen und psychischen Störungen assoziiert sein. Sie werden aber seltener als bei Jüngeren erkannt und einer Behandlung zugeführt. Weitere in der Gerontopsychiatrie behandelte Erkrankungen sind Angststörungen, Schizophrenien, Zwangsstörungen, aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen u. a. nach Krieg und Verfolgung sowie die in besonderer Weise körperliche wie psychische Symptome einbeziehenden somatoformen Störungen.

Zu beachten ist, dass gerontopsychiatrische Patienten neben ihrer psychischen Erkrankung gehäuft somatische, vornehmlich chronische Erkrankungen aufweisen, wie eine eigene deskriptive Analyse anhand bestehender somatischer Erkrankungen in einer Zufallsstichprobe unter akut in die stationäre Gerontopsychiatrie aufgenommenen Patienten mit Demenz zeigte (Pöschel und Spannhorst 2018). Hier fanden sich unter 100 Patienten mit Demenz zum Zeitpunkt der stationären

Aufnahme in über 80% der Fälle mindestens eine chronische und in ca. 30% der Fälle mindestens eine akute somatische Erkrankung; unter letztgenannten waren Harnwegsinfekte mit einer Häufigkeit von 17% die häufigste Krankheit. Diese aber sind dafür bekannt, Delirien und Verhaltensstörungen zu provozieren oder zu fördern (Krinitski et al. 2021). Dieses Beispiel zeigt die enge Interdependenz somatischer und psychiatrischer Erkrankungen. Insofern gelten für gerontopsychiatrische Patienten (zusätzlich) auch jene medizinischen Behandlungsempfehlungen, die für geriatrische Patienten gelten. Dies ist von erheblicher Relevanz, da sich die Heilungsperspektiven bei zusätzlich zu somatischen Erkrankungen bestehenden psychischen Erkrankungen deutlich verschlechtern können. So konnte gezeigt werden, dass bei Vorliegen einer Depression oder einer Demenz die Langzeitprognose von Operationen erheblich verschlechtert ist, wie Segev-Jacubovski et al. (2022) beispielhaft für hüftgelenksnahe Frakturen nachweisen konnten.

Im Alter lässt auf natürliche Weise die Funktionsfähigkeit der Organe nach. Einige typische Altersveränderungen unterschiedlicher Organsysteme lassen sich aus folgender Tabelle entnehmen. Diese ist angelehnt an die sogenannten »Geriatrischen Merkmalskomplexe« (Willkomm 2016). Damit sind Symptomkonstellationen gemeint, die maßgeblich als Merkmale für hohes Alter und dessen Veränderungen angesehen werden. Viele ältere Menschen sind multimorbide, was bedeutet, dass sie mindestens zwei der in der Tabelle genannten Merkmalskomplexe zugleich aufweisen.

Tab. 1.1: Altersassoziierte Veränderungen verschiedener Organsysteme

Organ(system)	Physiologische Veränderungen im Alter (Beispiele)
Bewegungsapparat	Muskelschwund durch weniger Bewegung, Gangstörungen (z. B. nach Stürzen), Gelenkveränderungen und Arthrose, Sturzneigung
Gehirn	Abnahme von Plastizität des Denkens und Handelns (Pantel et al. 2021), Gefäßveränderungen durch Bluthochdruck bis hin zu kleinen Schlaganfällen (Mikroangiopathie)
Herz und Gefäßsystem	Reduzierte Herzleistung, Neigung zu Bluthochdruck, Verengung hirnversorgender Gefäße mit erhöhter Schlaganfall-Gefahr
Niere	Reduzierte Filtrationsleistung und damit Störung der Entgiftung
Harnsystem	Schwäche der Blasenmuskulatur, Prostata-Vergrößerung, Inkontinenz
Flüssigkeitshaushalt	Unterversorgung mit Flüssigkeit (u. a. durch nachlassendes Durstgefühl im Alter)

Tab. 1.1: Altersassoziierte Veränderungen verschiedener Organsysteme – Fortsetzung

Organ(system)	Physiologische Veränderungen im Alter (Beispiele)
<b>Nervensystem</b>	Abnahme der Nervenleitgeschwindigkeit, Irritabilität des Gleichgewichtsorgans, Polyneuropathie, Schmerzen (u. a. durch Gelenkveränderungen)
<b>Augen/Sehsystem</b>	Zunehmende Weitsichtigkeit im Alter, Neigung zu Katarakt (grauer Star, Linsentrübung) und Macula-Degeneration mit zunehmender Sehstörung
<b>Ohren/Hörsystem</b>	Alters-Schwerhörigkeit

Somatische und psychische Beschwerden haben häufig in der Berentung und der dadurch notwendigen oft erschwerten Umorientierung der Lebensziele und der Tagesstruktur sowie den Aktivitäten eine Ursache. Umgekehrt nimmt in Deutschland die Zahl der Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen deutlich zu, von 2000 bis 2020 um 42 % (DRV 2024). Es können dadurch Depressionen entstehen, welche nicht selten zur Vernachlässigung der Selbstfürsorge und zu Unterernährung führen. Auch dieser Zusammenhang zeigt beispielhaft die häufig anzutreffende Interdependenz zwischen psychischen und somatischen Bedarfslagen.

Zu beachten ist ferner die im Alter oft länger dauernde Erholungsphase nach Erkrankungen. Nach einer Hüftfraktur oder einer Influenzaerkrankung benötigen ältere Menschen deutlich mehr Zeit zur Genesung, welche zudem manchmal nicht vollständig erfolgt. So können etwa Gangstörungen trotz erfolgreicher Hüftoperation verbleiben.

Fried et al. (2001) haben eine allgemein anerkannte Definition von »Frailty« dargelegt, welche folgende fünf Bereiche umfasst:

- Empfinden von Energielosigkeit
- Ungewollter Gewichtsverlust (mehr als 5 kg pro Jahr)
- Muskuläre Schwäche (bemerkbar etwa beim Auffordern zu einem sehr festen Händedruck)
- Langsame Gehgeschwindigkeit
- Niedriges körperliches Aktivitätslevel (deutlich eingeschränktes Ausmaß an Bewegungsradius und Bewegungsintensität, wenn z.B. Spaziergänge nicht mehr möglich sind)

Ab dem Vorliegen von mindestens drei der genannten Kriterien sprechen Fried et al. vom Vorliegen einer »Frailty«. Diese Patienten sollten mit besonderer Umsicht behandelt werden, da sie u.a. zu vermehrten und schweren Infektionen sowie Stürzen neigen.

## 1.2 Häufige Symptome und Folgen einer Depression im Alter

Laut aktuell gültiger Definition nach ICD-10 (Dilling et al. 2011) werden für die Diagnosestellung einer Depression mindestens zwei der folgenden drei Hauptkriterien, mindestens zwei Wochen lang bestehend, gefordert: Depressive Stimmung, Antriebsmangel und Interessenverlust. Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Nebensymptome vorliegen: Suizidgedanken, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schlafstörungen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Appetitminderung, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven. Die Anzahl der Symptome gibt Hinweise auf die Schwere der Depression. Hinzu kommen gerade bei älteren Patienten als Zeichen der Depression psychosomatische Beschwerden, wie z. B. Verdauungsbeschwerden, rein körperlich nicht erklärbare Schmerzen sowie kognitive Störungen, die mit der Sorge vor einer Demenz einhergehen. Neuropsychologische Untersuchungen zeigen aber in diesen Fällen im Schwerpunkt Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, der psychomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie passagere Defizite im Lernen und Gedächtnis, die sich aber auf eine depressionsbedingte Konzentrationsstörung zurückführen lassen, sodass die Sorge, akut demenzkrank zu sein, oft genommen werden kann. Andererseits erhöhen wiederholte Depressionen das Risiko, an einer Demenz zu erkranken (Lee et al. 2021).

Es ist mitunter schwer, eine Depression im Alter im zeitlichen Querschnitt sicher zu diagnostizieren, wenn körperliche Schwäche und unklarer Appetitmangel im Vordergrund stehen und eine innere Anpassung an den Alterungsprozess des Körpers schwerfällt. Es gilt daher, körperliche Ursachen für die Beschwerden auszuschließen oder parallel zu behandeln.

Die Kriegs- und Nachkriegsgeneration wuchs nicht selten mit Lebensprinzipien und Moralvorstellungen auf, die ein Anerkennen persönlicher individueller Belastung auch heute noch erschwert und damit die Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit und die Therapiemöglichkeiten der eigenen Depression erschwert (Holthoff-Detto 2017). Ressentiments gegenüber psychiatrischen Einrichtungen und Therapien sowie Angst vor Stigmatisierung, wie sie sozial durchaus gängig waren und noch sind, kommen hinzu. Daher werden in der gerontopsychiatrischen Behandlungsklientel Depressionen oft verzögert erkannt und es bedarf nicht selten erheblicher Überzeugungsarbeit, um die Betroffenen zu einer Therapie zu motivieren. Cabanel et al. (2017) haben in den letzten Jahren zeigen können, wie effektiv eine Psychotherapie der Depression gerade im Alter und im multiprofessionellen Behandlungsansatz sein kann. Für ambulante und aufsuchende Hilfen inklusive Home Treatment bedeutet dies die enge Einbeziehung der Angehörigen sowie Aktivierung und Tagesstrukturierung mit oft neuer Sinnfindung in reaktivierten oder neuen Tätigkeiten für den Betroffenen. Insbesondere ein schwerer Antriebsmangel oder eine psychotische (z. B. wahnhaft) Symptomatik führen dazu, dass ein Verlassen der eigenen Wohnung oder sogar des Bettes weitgehend

abgelehnt wird. Gerade in diesen Fällen kann die aufsuchende Behandlung segensreich sein, solange die pflegerische Versorgung des Betroffenen gesichert ist. Bei akuter Eigengefährdung (Suizidalität) ist oft eine zunächst geschlossene stationäre Behandlung erforderlich.

Die Einbeziehung eines erfahrenen Schmerztherapeuten bei depressionsförderndem chronischem Schmerz und die enge Kooperation mit dem Hausarzt (u. a. zur optimierten Einstellung der Pharmakotherapie) sind wichtig. Es sollte neben der Psycho- und Pharmakotherapie rechtzeitig an den Einsatz der Elektrokrampftherapie (EKT) als sinnvolle und effektive Behandlungsform gedacht werden (Chatham et al. 2022), die gerade im Alter in etwa 70% auch bis dato therapieresistenter Fälle Depressionssymptome deutlich zu reduzieren vermag. Wie die Autoren in ihrem Review zeigen konnten, ist EKT auch für Menschen, die zugleich unter einer Demenz und einer Depression leiden, sowie für manche Menschen mit einer Verhaltensstörung bei Demenz geeignet und effektiv. Die aufsuchende häusliche Behandlung kann hier eine wichtige Stütze auch bei laufender EKT-Behandlungsserie sein, sodass für letztere immer nur kurze stationäre Phasen (1–2 Tage) erforderlich sind.

## **1.3 Häufige Symptome und Folgen der Demenzerkrankungen**

Nach ICD-10 (Dilling et al. 2011) gibt es definierte Veränderungen, die jede Demenz ausmachen, damit sie überhaupt als solche erfasst und diagnostiziert werden kann. Dazu gehören Defizite, die über reine Gedächtnisstörungen hinausgehen, mindestens sechs Monate andauern und im Alltag zu Beeinträchtigungen führen. Im Fachbereich Psychiatrie unterliegt die Definition einer Demenz insofern einem Wandel, als dass neuere, vor allem im englischsprachigen Raum bereits angewandte Diagnosesysteme wie das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 5) wie auch die neue 11. Version der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-11) unter dem Begriff der neurokognitiven Störung mit jeweils bestimmten Charakteristika die in vorhergehenden Versionen bestehenden Begriffe Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen subsumieren (Jessen und Frölich 2018).

Bewusst soll an dieser Stelle im Schwerpunkt auf die mit ca. 65% der Fälle häufigste Demenzform, die Demenz bei Alzheimer-Krankheit, eingegangen werden.

### **1.3.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit**

Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit geht schon zu Beginn in den meisten Fällen mit erheblichen Störungen des Neugedächtnisses einher. Beispielsweise können

soeben Besprochenes oder Termine nicht gut erinnert werden. Ebenfalls charakteristisch ist die zunehmende Störung der Orientierung. Unter Orientierung wird das Wissen um das aktuelle Datum und den Wochentag (zeitliche Orientierung), um die eigene Person mit Geburtsdatum und aktueller Wohnadresse (Orientierung zur Person), um die aktuelle Örtlichkeit (örtliche Orientierung) und die Einordnung der aktuellen Situation (situative Orientierung) verstanden. Letztgenannte beinhaltet z.B. das Wissen darum, dass sich der Patient gerade im Beratungsgespräch befindet. Häufig ist es zunächst die zeitliche Orientierung, die nachlässt, erst im weiteren Verlauf die örtliche, situative und zuletzt die Orientierung zur Person. Organische Ursache dieser Veränderungen sind Gewebe-Abbau-Prozesse (Atrophien) in bestimmten Hirnbereichen. Zudem kommt es zu pathologischer Ablagerung unzureichend abgebauter Proteine (Beta-Amyloide), was die Bildung von Amyloid-Plaques außerhalb von Nervenzellen und Tau-Fibrillen innerhalb von Zellen zur Folge hat. Beide Veränderungen stören die normale Hirnfunktion und fördern den Abbau von Nervenzellen insbesondere im Bereich des Schläfenlappens. Für die Demenz bei Alzheimer-Krankheit wurde u.a. ein bereits präsymptomatischer Abbau im Bereich des Hippocampus, einer tiefen, zentral liegenden, paarig angelegten Hirnstruktur, nachgewiesen. Dies ist auch in der Bildgebung des Gehirns (Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT)) darstellbar. Ein Verlaufen, das Vergessen einer offenen Haustür oder einer eingeschalteten Herdplatte kann schwerwiegende Folgen haben. Mit Fortschreiten der Demenz stellen sich meist Störungen in der Handlungsplanung ein. Die vor allem den frontalen Hirnabschnitten zugeordnete Funktion der gerichteten Handlungsplanung ist als höhere kognitive Leistung unerlässlich für die Tages- oder Wochenplanung, aber auch, um einzelne im nächsten Moment gewünschte Handlungen zu initiieren, passend durchzuführen und zu beenden. Bei Auftreten intensiver szenischer Halluzinationen und einer hohen Sensibilität gegenüber der Gabe von Neuroleptika muss an eine parallel bestehende Lewy-Body-Erkrankung gedacht werden. Es ist wichtig, sich dieser klinisch häufigen Überlappung bzw. Gleichzeitigkeit des Auftretens verschiedener Demenzformen bewusst zu sein, die sich u.a. auch in einer Überlappung nachweisbarer Proteinveränderungen in der Hirnflüssigkeit zeigt. Sowohl hirnmorphologisch als auch in der klinischen Beobachtung besteht in manchen Fällen ein fließender Übergang zwischen Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit im Vordergrund stehenden Störungen der Handlungsplanung und einer Demenz bei Frontotemporaler Lobärdegeneration (FTLD), Verhaltensvariante, die im Folgenden orientierend dargestellt werden soll.

### 1.3.2 Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD)

Unter diesem eine gemeinsame morphologische Veränderung des Vorderhirns beschreibenden Krankheitsbegriff werden verschiedene Varianten derselben Krankheitsentität subsummiert – nämlich die primär progressive Aphasie sowie die semantische Demenz, die seltener sind als die häufigste Manifestationsform der FTLD, die Verhaltensvariante (Behavioural Variant, BV).



Treten hier durch eine Atrophie der frontalen Hirnanteile (vor allem bei der Frontotemporalen Demenz, aber auch bei der Parkinson- und Lewy-Body-Demenz) Schwierigkeiten auf, können Handlungen nicht mehr in angemessener Weise begonnen, durchgeführt, begrenzt bzw. beendet werden. Menschen mit FTLD (BV) sind daher nicht selten ratlos, passiv oder auch ungezielt überaktiv. Es zeigen sich oft erhebliche Wesensveränderungen bei den Betroffenen. Ihnen ist es oft nicht mehr möglich, eine adäquate Urteils- und Kritikfähigkeit aufzubringen, die sie davon abhalten würde, schädigende Handlungen durchzuführen. Hierzu zählen z. B. die trotz erkennbarer Unfallgefahr weitergeführte Teilnahme am Straßenverkehr unter Missachtung von Lichtsignalanlagen oder die unsittliche Annäherung an Nachbarn.

Die selteneren Varianten der FTLD betreffen im Fall der primär progressiven Aphasie eine schwere Störung und Hemmung der Sprachproduktion bei erhaltenem Sprachverständnis und im Falle der semantischen Demenz eine hochgradige Einschränkung des Sprachverständnisses mit entsprechend einschneidenden Folgen für die verbale Kommunikation.

### **1.3.3 Vaskuläre Demenz**

Chang und Chang (2022) betonen das Kontinuum an Symptomen bei einer vaskulären Demenz, das von einer schweren Antriebsstörung, die nicht selten initial mit depressiver Antriebshemmung verwechselt wird, über eine psychomotorische Verlangsamung mit entsprechender Gangstörung und Stürzen bis zu individuellen neurologischen Ausfällen je nach betroffener Hirnregion reicht, z. B. Sprech- oder Sehstörungen. Als Ursache der Erkrankung werden sowohl Schlaganfälle als auch Mikroblutungen angesehen, die oft mit zeitlichem Abstand erneut auftreten und daher zu einem im Gegensatz zur meist langsam progredienten Demenz bei Alzheimer-Krankheit eher stufenartigen Krankheitsverlauf führen – mit stabilen, mitunter mehrjährigen Phasen zwischen dem Auftreten neuer oder verstärkter Symptome, die akut oder innerhalb weniger Tage neu auftreten. Auch Demenzen infolge von Subduralhämatomen, also meist sturzassoziierten großflächigen Blutungen von Hirnhautgefäßen, werden unter den Begriff der vaskulären Demenz gefasst. Anders als bei der Demenz bei Alzheimer-Krankheit weisen aktuelle Leitlinien (DGN und DGPPN 2023) darauf hin, dass Antidementiva seltener zu einer Verlangsamung des Krankheitsverlaufs führen.

### **1.3.4 Synucleopathien – Lewy-Body-Erkrankung und Parkinson-Demenz**

Diesen Demenzformen liegen krankhafte Ablagerungen in Form von alpha-Synuclein-Einschlusskörperchen (sog. Lewy Bodies) zugrunde, die in aktuellen Studien (s. Myers et al. 2023) neuropathologisch in verschiedenen Hirnbereichen, vornehmlich in der Substantia nigra, dem Kortex und dem Hippocampus nachweisbar sind. Eine eindeutige Diagnose ist fast nur anhand einer Hirnsektion post

mortem möglich. Aktuelle Diagnosekriterien unter Einschluss der Vorgeschichte, der klinischen Symptome und der aktuellen zerebralen Bildgebung wie auch spezifischer Laborwerte lassen allerdings in den meisten Fällen eine sehr sichere Diagnosestellung zu Lebzeiten zu (McKeith et al. 2017). Im Krankheitsverlauf wird typischerweise aufgrund einer Gangstörung, die jener bei Parkinson-Erkrankung vergleichbar ist, jedoch besonders früh während der Erkrankung auftritt, häufig von Stürzen berichtet. Typisch sind darüber hinaus deutliche Schwankungen der Kognition und Wachheit, oft lebhaftes szenische optische Halluzinationen und eine erhöhte Sensibilität gegenüber Neuroleptika (ebd.). Unter diesen kommt es oft zu ausgeprägten motorischen Nebenwirkungen und verstärkter motorischer Unruhe. Daher muss der Einsatz von Neuroleptika nach erfolgter Diagnosestellung bis auf wenige Ausnahmen (Clozapin, Quetiapin) unterbleiben. Cholinesterasehemmer können den progredienten Verlauf der Erkrankung verlangsamen.

Beim Morbus Parkinson werden im Verlauf der späteren Krankheitsphasen oft demenzielle Symptome beobachtet, die vor allem mit einer Störung der Handlungsplanung und visuell-räumlichen Orientierungsstörungen einhergehen. Typisch für den Morbus Parkinson ist das Auftreten von meist eine Körperseite stärker betreffender Muskelsteife (Rigor), Bewegungsverlangsamung und eines Muskelzitterns (Tremor). Zumeist sind Patienten mit Morbus Parkinson beim Auftreten erster demenzieller Symptome in ihrer Motorik bereits schwer beeinträchtigt, indem durch Instabilität des Stehens und Gehens mit Rückfallneigung, deutlichem Rigor und z. T. erheblichem Tremor trotz Fortsetzung der medikamentösen Behandlung mit L-Dopa und -Agonisten die Mobilität deutlich eingeschränkt ist. Insbesondere bei zu geringer Trinkmenge oder bei Infektionen laufen Patienten mit Morbus Parkinson Gefahr, aufgrund einer dann bestehenden dopaminergen Überstimulation durch L-Dopa Delirien mit oft optischen Halluzinationen zu entwickeln.

### 1.3.5 Seltene Demenzformen

Eine umfassende Übersicht über Demenzerkrankungen muss einschlägigen Lehrbüchern überlassen werden. Ergänzend sei an dieser Stelle aber auf wenige spezielle und seltenere Demenzformen hingewiesen. Zu diesen gehört eine Demenz als Teil eines Korsakow-Syndroms nach chronischem Alkoholmissbrauch, bei der häufig Fehlerinnerungen (Konfabulationen) auftreten und die oft mit einer Wernicke-Enzephalopathie (Gang- und Hirnnervenstörung) aufgrund der toxischen alkoholbedingten Nervenläsionen bei Vitamin-B<sub>1</sub>-Mangel einhergeht. Die Creutzfeld-Jacob-Erkrankung (CJD) geht oft mit einem rasch voranschreitenden Demenzsyndrom einher und ist durch rasch progrediente Immobilität, Bewegungsstörungen und Wesensänderungen charakterisiert.

### 1.3.6 Somatische und psychische Veränderungen im Verlauf von Demenzerkrankungen

Diese Übersicht verdeutlicht, wie vielgestaltig Veränderungen in Denken, Handeln und Wahrnehmung in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Pathologie bei einer Demenzerkrankung sein können. Dies gilt auch für viele alltagspraktische Fertigkeiten wie etwa für die Fahreignung, deren Einschätzung je nach Art und Schwere der Demenz unterschiedlich zu beurteilen ist (Spannhorst und Thomas 2020).

Mit Fortschreiten der Atrophie vor allem im Bereich des Sprachzentrums nimmt bei den meisten Demenzformen die Fähigkeit des Verstehens und des Sprechens einer Sprache ab. Dies beeinträchtigt die Kommunikation erheblich und so muss bei zunehmenden Einschränkungen vermehrt auf non-verbale Kommunikationsformen ausgewichen werden.

Untersuchungen des mit der Sprache eng in Verbindung stehenden Abstraktionsvermögens zeigen eine Minderleistung beim Einordnen visueller Reizkonstellationen. So zeigen aktuelle Forschungsergebnisse (Boedeker et al. 2020), dass von einem konkret gemeinten Begriff stark abweichende Symbole oft nicht mehr mit dem ursprünglich gemeinten Begriff verknüpft werden können. Daher sind zur Kennzeichnung an das Objekt in seiner äußeren Form angelehnte Symbolgestaltungen, etwa die konkrete Abbildung einer Toilette anstelle der Aufschrift »WC«, zielführend. So können Räumlichkeiten sicherer gefunden und es kann akutem Harndrang besser begegnet werden. Ein reduziertes Abstraktionsvermögen kann auch im Sinne der Betroffenen zu deren Sicherheit genutzt werden, indem z.B. sogenannte »Camouflage« eingesetzt wird. Türen, die bei Betroffenen als Reiz immer wieder Unruhe auslösen, da sie versuchen, diese zu durchschreiten, obschon sie nicht gangbar und daher verschlossen sind, können z.B. durch eine Folie mit aufgedruckter Abbildung eines Bücherregals beklebt werden. Dieses visuelle Regal wird häufig als ein reales Möbelstück angesehen, was eher beruhigt und den Drang, durch eine Tür zu gehen, unterdrücken kann. Allerdings sind Camouflage-Maßnahmen als Realitätsverzerrungen ethisch umstritten, zumal die Ermöglichung eines Abgleichs erlebter Eindrücke mit der Realität und die Wahrnehmungsförderung der Umwelt wichtige Behandlungsziele für Menschen mit Demenzerkrankung darstellen (Hendriks und Kamphof 2022).

Im Zusammenhang mit eingeschränkten verbalen Äußerungen ist es erforderlich, sensibel zu bleiben für nicht-verbale Äußerungen und immer ganzheitlich nach Ursachen für Unruhe und Anspannung zu suchen. Zu beachten ist, dass Menschen mit Demenz ganz unabhängig von den hier geschilderten Einschränkungen die Bedürfnisse eines jeden Menschen nach Liebe, Teilhabe, Beschäftigung, Zugehörigkeit und Trost teilen, wie Tom Kitwood bereits Ende der 1990er Jahre ausführte (Brooker 2003).

Bei demenziellen Erkrankungen ist im Verlauf und insbesondere in fortgeschrittenen Stadien eine Einschränkung der Motorik zu erkennen. Stürze treten häufiger auf, werden durch angstbedingte Vermeidung weiteren Laufens nach einem Sturz und durch freiheitseinschränkende Maßnahmen, die die wichtige