

Leseprobe aus Tschainer-Zangl, Demenz ohne Stress, ISBN 978-3-7799-3903-0

© 2019 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3903-0)

isbn=978-3-7799-3903-0

Kapitel 1

Demenzersch[®] verstehen I – Erste Schritte in die andere Welt

Gestern hatte ich es besonders eilig. Vorsorglich hatte ich einen früheren Bus genommen, um pünktlich am Bahnhof zu sein. Züge warten nicht. Doch mein perfekter Plan rechnete nicht mit dem Rollstuhlfahrer. Genauso wenig wie mit dem vielen Schnee, der seit den Nachtstunden vom Himmel fiel. Die notgedrungen umständliche Einsteigeprozedur des gehbehinderten Mannes dauerte nach meinem Gefühl ewig. Auch wenn der technik-bewehrte Bus und sein hilfsbereiter Fahrer ihr Bestes gaben. Das Übrige taten die schneeverstopften Straßen. Ich kam zu spät.

Immerhin konnte mein Gehirn mir dafür eine Erklärung liefern. Denn ich hatte ja *sehen* können, warum die Dinge anders liefen als gewohnt. Die Gründe für den verpassten Zug lagen auf der Hand.

Szenenwechsel. An einem freundlichen Herbsttag machen Sie einen Einkaufsbummel. Besuchen auch eines der guten Kaufhäuser Ihrer Region. Gehen gleich zur Rolltreppe. An deren Fuße streitet sich ein Ehepaar. Beide etwa Mitte 70. Aussehend wie gutbetuchter Mittelstand. Sie hören gerade noch, wie der Mann seine Frau lauthals als „alte Schlampe“ beschimpft. Wahrscheinlich werden Sie leicht konsterniert Ihre Schritte verhalten, innerlich oder auch äußerlich den Kopf schütteln und denken, dass „die“ doch ihre Probleme zu Hause lösen sollen. So ein Verhalten sei ja unmöglich. Was Sie in so einer Situation nicht wahrnehmen, ist das, was Sie *nicht sehen* können. Denn das Ehepaar – nennen wir sie Familie Seifert – will ebenfalls einen ganz normalen Einkaufsbummel machen. Aber vor dem Besteigen der Rolltreppe stoppt Herr Seifert plötzlich. Seine Frau – erschrocken und überrascht – redet ihrem Mann gut zu. Doch alle Erklärungen helfen nicht. Also versucht sie, sich am Arm ihres Mannes einzuhaken. Auch das lehnt dieser schroff ab. Daraufhin wird Frau Seifert etwas energischer, ergreift den Ärmel ihres Ehemannes, um diesen so auf die Rolltreppe zu ziehen. Ebenso vergeblich. Herr Seifert weigert sich strikt. Seine Ehefrau packt zunehmende Nervosität, denn sie bemerkt nun auch noch die wachsende Aufmerksamkeit der Umstehenden. Und das Drängen der hinter ihr an der Rolltreppe Wartenden. Da gehören Sie ja auch dazu. Also fährt sie ihren Mann an, dass er sich nicht so anstellen solle und endlich auf die Rolltreppe steigen möge. Gleichzeitig zerrt sie ihn entschlossen in deren Richtung. Und nun fällt diese unfreundliche Aussage. Die Beschimpfung der Ehefrau, die Sie mitanhören mussten. Was *konnten* Sie in diesem Augenblick sehen? Zwei ge-

sunde normale Menschen, die ihre Eheprobleme in aller Öffentlichkeit aus-tragen.

In unseren Begegnungen mit Demenzerkrankten sind wir auf unsere Art desorientiert. Das ist sehr menschlich: von der Existenz der Dinge lassen wir uns am besten überzeugen, wenn wir sie bemerken. Unsere Sinnesorgane uns die entsprechenden Bestätigungen mitteilen. Wir hören, riechen, schmecken, fühlen – und sehen. Aber bis weit in das mittlere Krankheitsstadium einer (Alzheimer) Demenz sehen wir in der Regel bei den Betroffenen: erstmal nichts. Zumindest bei zeitlich begrenzten oder beiläufigen Begegnungen mit den Erkrankten. Das ist ganz anders, wenn wir einen querschnittsgelähmten Menschen im Rollstuhl an der Bushaltestelle antreffen. Oder jemanden mit dem rechten Arm bis zur Schulter hinauf in Gips im Restaurant vor einem Schnitzel sitzen sehen. Bei diesen Begegnungen reagiert unser Gehirn automatisch. Dafür sorgt ein spezieller Teil unseres Gedächtnisses. Wir *sehen*, dass „etwas nicht in Ordnung ist“. Unser Gehirn veranlasst dann die kulturell angemessene Reaktion. Wir verhalten uns – intuitiv – entsprechend. Wundern uns zum Beispiel nicht, wenn die Abfahrt des Busses sich verzögert, weil das Einsteigen des Rollstuhlfahrers einfach etwas länger dauert. Die Verspätung löst möglicherweise Ungeduld aus. Aber wohl kaum Unverständnis. Möglicherweise bemerken wir im noblen Restaurant, dass der Mensch mit Gipsarm versucht, sein Schnitzel ohne Besteck zu bewältigen. Vielleicht indem er das Fleisch einfach in die Hand nimmt und davon abbeißt. Wir finden das dann vermutlich nicht so schicklich. Aber die Abweichungen vom Vertrauten oder Selbstverständlichen lassen sich einordnen. Wir wissen automatisch Bescheid über das „Warum?“.

Dieser Automatismus fehlt uns noch häufig in der Begegnung mit Menschen, deren Gehirn an einer Demenz erkrankt ist. Denn unsere oben erwähnte „Desorientierung“ hat nun wiederum etwas mit Ihrem oder meinem Gehirn zu tun. Dem, was wir „im Kopf haben“ – oder eben auch nicht.

Haben Sie sich schon einmal mit Ihrem Gehirn unterhalten? Oder es gesehen? Gut, unseren Magen können wir auch nicht mit eigenen Augen erblicken. Das ist richtig. Doch wenn eine Abteilung unseres Gehirns uns mitteilt, dass wir Magenschmerzen haben, sind wir uns über die Existenz dieses Verdauungsorgans sehr bewusst. Haben Sie schon einmal Gehirnschmerzen gehabt? Genau, wir haben Kopfschmerzen. Selbst wenn es weh tut, unterstützt uns unser Gehirn nicht gerade darin, uns seiner Existenz verstärkt zu vergegenwärtigen. Das Vorhandensein wie auch das einigermaßen reibungslose Funktionieren unseres Denkorgans scheint für uns in der Regel ziemlich selbstverständlich. Ganz alltäglich. Und dann funktioniert es auf einmal nicht mehr so richtig. Was wir nicht sehen können. In der Begegnung mit demenzerkrankten Frauen und Männern empfängt unser Gehirn anfänglich keinen Hinweis. Darauf, dass einem Bestandteil des menschlichen Körpers etwas fehlt. So wie unser Denkorgan automatisch den Reiz des Rollstuhls oder des eingegipsten Arms verarbeitet.

Uns blitzschnell ein Indiz gebend, dass aktuell gerade etwas andere Spielregeln gelten. Somit stehen wir vor der Aufgabe, unser Gehirn speziell im Demenzrisch* verstehen zu trainieren. Indem wir lernen, unsere Wahrnehmung zu verändern. Sinneseindrücke in unserem Gehirn neu zu verknüpfen. Streit am Fuße einer Rolltreppe löst bislang innere Distanzierung aus. Künftig auch den Geistesblitz „Demenz“. Ich erlebe, dass der andere sich ungewohnt verhält. Sich nach unserem Erleben und Empfinden „daneben benimmt“. Und dann ziehe ich die Möglichkeit in Betracht, dass da vielleicht eine Demenzerkrankung im Spiel sein könnte. Mein Gehirn lernt, auch an diese Variante zu denken.

1.1 Was ist eigentlich „Demenz“? Haben es „alle“? Was können wir dagegen tun?

Das Wort „Demenz“ existiert im menschlichen Sprachschatz schon seit etwa zweitausend Jahren. Uns modernen Menschen fehlt aber wohl bis heute noch eine Sicherheit im Umgang mit diesem Begriff.

Weiterführend:

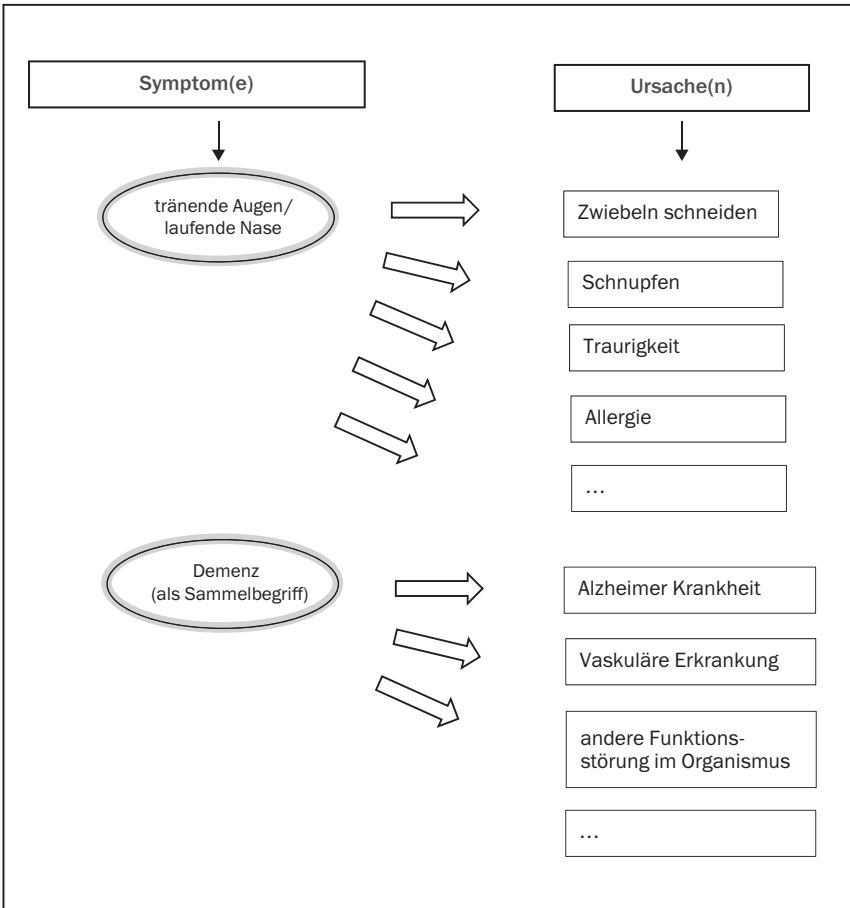
Und aktuell scheint es mir – bedauerlicherweise – eher so, dass ältere Menschen sehr schnell in die „Schublade der Demenz“ gesteckt werden. Jede geistige Leistungsschwäche – oder gar psychische Veränderung – wird häufig sofort mit dem Begriff „Demenz“ bedacht. Wobei „Demenz“ dann vielfach mit der unheilbaren Alzheimer Krankheit verketet ist. Andere sagen, das ist „kein Alzheimer“, der hat eine Altersdemenz. Wir hören von Gedächtnisabbau, Verkalkung, Verwirrtheit, geistigem Verfall und Senilität. Oder begegnen der Meinung, dass geistige und seelische Beeinträchtigungen doch „ganz normal“ fürs Alter seien. Letztere Annahme ist schlichtweg falsch. Richtig durchschaubar ist die Verwendung der verschiedenen Benennungen aber auch nicht.

Einen ersten Schritt zu mehr Klarheit bietet die Unterscheidung zwischen Krankheits*symptomen* und Krankheits*ursache*. Und betrifft die Frage nach „Warum?“ und „Was?“. Ein Beispiel aus dem Alltag: Uns allen tränen immer wieder einmal die Augen. Die Tränen sind das *Symptom*. Das, was wir wahrnehmen. Die äußere Erscheinung. Für deren Auftreten können verantwortlich sein: Trauer, Wut, Zwiebeln schneiden, kalter Wind, eine Allergie, ein Staubkörnchen oder auch Erkrankungen des Auges wie eine Bindehautentzündung. Das alles wären mögliche *Ursachen*.

Wie können wir nun *Symptom* und *Ursache* hinsichtlich unseres Themas „Demenz“ unterscheiden? Der Begriff lässt sich aus dem Lateinischen ableiten: *de mens*. Wortwörtlich übersetzt bedeutet „Demenz“ damit vorerst nichts anderes als „abnehmender/verschwundener Verstand“. Was wir im Kontakt mit „den Demenzerkrankten“ wahrnehmen, sind also die *Symptome* (Krankheits-

zeichen). Gleichzusetzen mit den Tränen in den Augen. Die *Ursache* für diese Zeichen haben wir damit jedoch noch nicht erfasst. Wenn wir also sagen – oder hören –, dass eine Person „eine Demenz habe“, treffen wir lediglich eine Aussage zu Symptomen. Dazu, dass uns eine wohl nicht mehr so gute oder auch auffallend schlechte geistige Leistungsfähigkeit auffällt. Einem Menschen eine „Demenz“ zuzuordnen, stellt lediglich ein Sprechen über ein „tränenendes Auge“ dar. Wenn wir nun aber sagen, dass jemand „Alzheimer“ habe, benennen wir *eine Ursache* des sogenannten geistigen Abbaus. Damit haben wir eine Definition und die erste Grundsäule des Demenzerisch® lernen: *Der Begriff „Demenz“ erfasst und beschreibt Symptome, deren Ursachen recht verschiedene Erkrankungen sein können* (► Grundsäule 1). Im Umkehrschluss bedeutet dies: jede Alzheimer Erkrankung ist eine Demenz, aber nicht jede Demenz Alzheimer (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Erklärung zu Symptomen und Ursachen



Widmen wir uns nun zuerst den *Ursachen*. Fachleute unterscheiden zwischen „primären“ und „sekundären“ Demenzen. Letztere erfassen gut behandel- und zumeist heilbare Ursachen für das schlechte Funktionieren unseres Gehirns. Denn bei sekundären Demenzen läuft irgendetwas anderes in unserem Organismus nicht optimal. Beheben wir diese Probleme, kann auch unser Gehirn wieder zuverlässig seinen Dienst verrichten. Die Demenz-Symptome verschwinden. Leider glückt dies nicht bei den primären Demenzen. Hier liegt der Ursprung direkt in unserem Organ Gehirn. Primäre Demenzen sind gekennzeichnet durch einen Substanzverlust. Das Gehirn wird löchrig. Stellen Sie sich bitte einfach einmal einen frisch geernteten Apfel vor. Seine feste Beschaffenheit, die glatte Oberfläche, rund, solide. Fühlt sich gut an. Und dann im ausgehenden Winter diese runzeligen, schrumpeligen Teile. Aus der wohlgeformten, kompakten Masse wurde etwas Zerfurchtes. Fruchtfleisch, das sich beim Hineinbeißen eher morsch anfühlt. Sollte nun noch eine Hexe mit langen Krallen einmal rundum durch die Oberfläche der Frucht gefahren sein, bliebe ein zerklüfteter Apfel – von tiefen Tälern zusätzlich zerstört – zurück. Beide Bilder – frischer Apfel und zerfurchte Frucht – können eine Ahnung vermitteln. Vom Zustand eines primär demenzerkrankten und eines gesunden Gehirns. Kompakte, glatte Masse im Gegensatz zu einer eindeutig porös aussehenden Oberfläche. Die darunterliegende Materie ebenfalls schadhaft. Primäre Demenzursachen zerstören in unserem Gehirn Nervenzellen und deren Verbindungen untereinander. Derzeit nicht heilbar. Ein unumkehrbarer Verlauf. Ihre weitaus häufigste Ursache stellt die Alzheimer Krankheit dar (etwa 60–70%). Gefolgt von den sogenannten vaskulären Demenzen (etwa 20–30%). Immer wieder finden sich auch Mischformen der beiden häufigsten primären Demenzursachen: eine Alzheimer Demenz, deren Auswirkungen durch vaskuläre Probleme verschärft werden – oder auch umgekehrt. Die Wissenschaftler sprechen dann auch von „gemischten Demenzen“ (vgl. Förstl 2012, S. 44; Kurz et al. 2017, S. 13).

Weiterführend:

Weitere, seltenere Auslöser (ca. fünf bis zehn Prozent) primärer Demenzen stellen zum Beispiel die fronto-temporale oder die Lewy-Körper-Demenz dar. Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, das Korsakow-Syndrom oder auch Demenz bei Morbus Parkinson zählen Fachleuten ebenfalls zu primären Demenzen. Schwankungen und Widersprüche der Prozentangaben liegen an den unterschiedlichen Forschungsergebnissen.

Da die fachlichen Publikationen zum Krankheitsbild Demenz (Ursachen, Therapie, Prävention) zahlreich, vielfältig und sich widersprechend sind, verzichte ich im Buch grundsätzlich auf weiterführende Hinweise zu konkreten Publikationen. Interessierte können Anknüpfungspunkte für weitergehende Recherchen auf folgenden Internetseiten finden: Informationen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (www.deutsche-alzheimer.de), „Wegweiser Demenz“ der Bundesregierung (<http://www.wegweiser-demenz.de>), „S3 – Leitlinie Demenzen“ verschiedener medizinischer

Fachgesellschaften (http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf).

Was verbirgt sich hinter den Bezeichnungen der beiden häufigsten primären Demenzerkrankungen? Die Bezeichnung „Alzheimer“ hat ihren Ursprung im Familiennamen des Arztes, der die Erkrankung als erster beschrieb. Anfang letzten Jahrhunderts erlebte Alois Alzheimer eine seiner Patientinnen, die inzwischen berühmte, damals 51-jährige Auguste D., als für ihr Alter doch schon „sehr senil“ seiend. Bei der Obduktion des Gehirns der alsbald Verstorbenen sah Prof. Alzheimer ein quasi ausgemergeltes Gehirn vor sich. In der folgenden Beschreibung des Krankheitsbildes fand Alzheimer dafür die Formulierung „Die Krankheit des Vergessens“. 1910 führte ein psychiatrisches Lehrbuch dann endgültig die Bezeichnung „Alzheimer Krankheit“ ein. Weltweit arbeiten viele Wissenschaftler an der Erforschung der Ursachen für die Krankheitsmechanismen der Alzheimer Demenz in unserem Gehirn, ohne derzeit jedoch tatsächliche Antworten finden zu können.

Weiterführend:

Sicher ist, dass Nervenzellen und ihre Verbindungen untergehen. Die bio-chemischen Prozesse im Gehirn sind – teilweise – massiv gestört. Dabei wurden und werden für die Schrumpfung des Gehirns bei der Alzheimer Demenz bisher im Wesentlichen zwei pathologische Stoffwechselfvorgänge verantwortlich gemacht. Einerseits entstehen außerhalb der Nervenzellen amyloidhaltigen Eiweißablagerungen (sog. Plaques – vorstellbar als kleine kristalline Klümpchen). Bestimmte solcher Spaltprodukte des Eiweißstoffwechsels kommen in jedem gesunden Gehirn vor. Bei der Alzheimer Krankheit lagern sie sich jedoch zwischen den Nervenzellen als zerstörerische „Kristalle“, eben den Plaques, ab. Dadurch wird zunehmend die Signalübertragung zwischen den Neuronen unterbrochen. Andererseits spielen abnorm veränderte Eiweißbruchstücke eine Rolle (sogenannte Fibrillen oder Neurofibrillen-Bündel). Diese lagern sich – in Form von Fäserchen – innerhalb der Nervenzellen unseres Gehirns ab. Beeinträchtigen so zunehmend deren lebenswichtigen Vorgänge. Beide Begebenheiten führen eben zu dem fortschreitenden Verlust sowohl von Nervenzellen (Neuronen) als auch derer Verbindungsstellen (Synapsenverlust). Des Weiteren führt das Absterben der Nervenzellen zu einer erheblichen Verminderung von Botenstoffen. (Um eine Information von einer Nervenzelle zur anderen weiterleiten zu können, benötigt unser Gehirn eben genau diese „Botenstoffe“. Denn unsere Nervenzellen sind im Gehirn nicht fest oder nahtlos miteinander verknüpft. Die Lücke zwischen den Nervenzellen heißt synaptischer Spalt. Zu dessen Überbrückung wird ein Transportmittel benötigt. Ein Neurotransmitter. Diese sorgen für die Weitergabe jedweder Information zwischen zwei Nervenzellen – also für den reibungslosen Infofluss.)

Bei der Alzheimer Krankheit führt der Nervenzelluntergang zu einem Mangel des Botenstoffes Acetylcholin. Welcher von großer Bedeutung für das reibungslose Funktionieren unserer Aufmerksamkeit ist. Zudem kommt es zu einer ungesteuerten Ausschüt-

tung von Glutamat. Ein Überträgerstoff, der für Lernen und Gedächtnis benötigt wird. Die Informationsverarbeitung im Gehirn wird so durch diese biochemischen Veränderungen zusätzlich beeinträchtigt. Ob die o.g. Ablagerungen ursächlich für die – oder Folgen der – Alzheimer Demenz sind, lässt sich von der Wissenschaft derzeit nicht beurteilen. Man geht davon aus, dass für das Zustandekommen der Erkrankung mehrere – bisher nicht genau identifizierbare – Faktoren zusammenwirken. Da die Alzheimer Demenz eine sogenannte globale Hirnerkrankung ist, sei festgehalten, dass letztendlich fast alle Nerven-Systeme von den degenerativen Veränderungen erfasst werden. Unser im gesunden Zustand kompaktes Gehirn – mit einem ungefähren Gewicht von 1 200 g – verliert in manchen seiner Regionen bis zu 80 % seiner Substanz, womit all das verloren geht, was in all diesen Nervenzellen gespeichert war. Genauso wie die nicht mehr vorhandenen Neuronen auch keine Informationen mehr weiterleiten können (vgl. zum gesamten Absatz: Bigl/Arendt 2003, S. 64f.; Förstl 2012, S. 36; Kurz et al. 2017, S. 10).

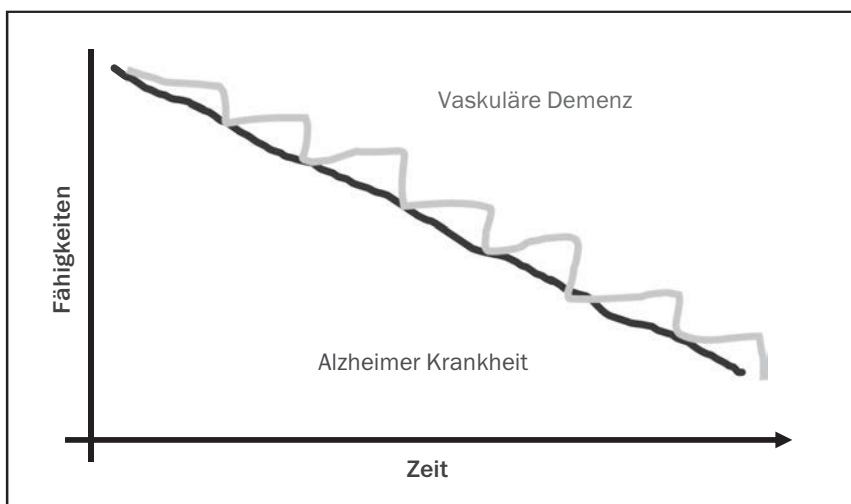
Sicherere Erkenntnisse finden wir für das Entstehen der zweithäufigsten primären Demenzerkrankung, der vaskulären Demenz. „Vaskulär“ bezieht sich auf unsere Blutgefäße. Somit haben wir es dann mit einer „gefäßbedingten Demenz“ zu tun. Unsere Vorfahren nannten diese krankhaften Veränderungen unseres Gehirns einfach „Verkalkung“. Heute sprechen wir eher von kleineren oder größeren Hirninfarkten, deren Resultat ebenfalls ein Untergang von Nervenzellen bzw. das Absterben der betroffenen Hirnregionen ist. Als verantwortlich für diese Prozesse wird die Verschlechterung des Zustandes unserer Blutgefäße (Arteriosklerose/„harte Ader“) angesehen.

Weiterführend:

Bei der Arteriosklerose führen Ablagerungen zu Verengungen, Verhärtungen, Porosität unserer Blutgefäße. Die daraus folgenden Durchblutungsstörungen können vorübergehend sein (transitorische ischämischen Attacke/TIA). Hält die Mangel durchblutung länger an, sterben die Nervenzellen ab (dann sprechen Fachleute vom „Infarkt“/Absterben von Gewebe im Gehirn oder Herz). Dies passiert auch, wenn unelastisch gewordene Blutgefäße reißen (oder platzen) und das austretende Blut (kleine) Teile unseres Gehirns überschwemmt. Nervenzellen in diesem Gebiet ertrinken oder ersticken quasi. Der Nervenzellenuntergang führt – wie bei der Alzheimer Ursache – ebenfalls zu Störungen der Biochemie in unserem Gehirn (vgl. Schönknecht/Pantel/Schröder 2001, S. 105). Bei schweren Krankheitsverläufen ist letztendlich ebenfalls das gesamte Gehirn betroffen. Ähnlich wie bei der Alzheimer Krankheit lässt die Wissenschaft bezüglich der vaskulären Demenzen Fragen offen. Sicher ist, dass diese Demenz-Ursache „keine einheitliche Erkrankung“ darstelle. In der Fachliteratur stoßen wir auf Begriffe wie Multi-Infarkt-Demenz, strategische Einzelinfarkt-Demenz, Mikrozirkulationsstörungen mit Demenz oder hämorrhagische Demenz (vgl. Neumann/Kretzschmar/Schlegel 2003, S. 61). Unterschieden wird, ob kleinere oder größere Blutgefäße betroffen sind oder nach Ort der Schädigung im Gehirn.

Die beiden häufigsten primären Demenzerkrankungen zeigen jeweils typische Abläufe. Bei der Alzheimer Demenz stellt sich der Verlauf relativ gleichbleibend in einer sanft nach unten weisenden Kurve dar. Die vaskuläre Form zeigt sich dagegen eher in einer stufenweisen Entwicklung. Jede erneute Mangel durchblutung – wie auch jegliche wiederholte Einblutung aus einem porösen Blutgefäß – führt zu einer Verschlechterung. Das erkrankte Gehirn kann sich zwar zwischen durch wieder etwas erholen, erreicht aber nicht mehr den Status der Unversehrtheit (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Unterschiedliche Verlaufsformen der Alzheimer Krankheit und der vaskulären Demenz (schematische Darstellung)



Im Gegensatz zu den primären Demenzerkrankungen findet sich bei „sekundären Demenzen“ kein Substanzverlust in unserem Gehirn. Nervenzellen und Nervenzellenverbindungen bleiben erhalten. Sie erinnern sich: unser Gehirn kann nicht so gut funktionieren, weil irgendetwas anderes in unserem Organismus nicht optimal läuft. Zuerst sollten wir dabei an Flüssigkeit denken. Die sogenannte „Austrocknung“ stellt gerade bei älteren Menschen ein unterschätztes Problem dar. Denn die natürlichen Prozesse des Älterwerdens reduzieren den körpereigenen Flüssigkeitshaushalt teilweise enorm. Gleichzeitig lässt das Durstgefühl mit zunehmenden Jahren nach. Immer wieder erlebe ich es, dass eine voreilig festgestellte „schwere Demenz“ plötzlich „geheilt“ war, weil der Flüssigkeitshaushalt eines älteren Patienten per Infusion geordnet und damit die ausreichende Durchblutung des Gehirns wieder sichergestellt werden konnte. Als weitere Ursachen für sekundäre Demenzen gelten Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder Herz-Kreislaufkrankun-