

Zum Störungsbild der Alzheimer-Demenz

- 2.1 Erscheinungsbild und Diagnosekriterien – 6**
- 2.2 Affektive und Verhaltenssymptome – 7**
- 2.3 Demenzformen – 8**
- 2.4 Epidemiologie – 8**
- 2.5 Verlauf – 8**
- 2.6 Belastungserleben des Angehörigen – 9**
- Literatur – 10**

In diesem Kapitel werden zunächst die Diagnosekriterien des Demenzsyndroms und der AD dargestellt. Weil affektive und Verhaltenssymptome der Fokus einer Psychotherapie sind, werden diese anschließend beschrieben. Informationen zur Epidemiologie, zum Verlauf einer AD und zum Belastungserleben runden das Kapitel ab.

2.1 Erscheinungsbild und Diagnosekriterien

Auf der Symptomebene lassen sich kognitive, affektive und Verhaltenssymptome bei einer Demenz unterscheiden. Die kognitiven Symptome gehören zum Kernsyndrom einer Demenz. Alle kognitiven Domänen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Sprache, perzeptiv-motorische Kognition können betroffen sein.

Derzeit gibt es einen Umbruch in den Diagnosekriterien des ICD und DSM. Im Jahre 2015 wurde das DSM-5 publiziert, das ganz auf den Begriff Demenz verzichtet und nun von einer schweren neurokognitiven Störung (NKS) redet. Neu wurde die Diagnose der leichten NKS eingeführt, um auch schon leichte Formen einer kognitiven Beeinträchtigung diagnostizieren zu können (bisher meist »leichte kognitive Störung« oder »Mild Cognitive Impairment« genannt).

DSM-5-Kriterien der leichten und schweren neurokognitiven Störung (NKS)

1. Nachweis einer mäßigen (leichte NKS) bzw. ausgeprägten (schwere NKS) Abnahme kognitiver Leistung relativ zum vorherigen Leistungsniveau in einem oder mehreren kognitiven Bereichen (komplexe Aufmerksamkeit, exekutive Funktion, Lernvermögen und Gedächtnis, Sprache, perzeptiv-motorische Kognition oder soziale Kognition), auf Basis folgender Kriterien:
 - a. Besorgtheit des Patienten oder eines sachkundigen Informanten oder des Klinikers, dass eine leichte (leichte NKS) bzw. ausgeprägte (schwere NKS) Ab-

nahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten stattgefunden hat, und
 b. eine mäßige (leichte NKS) bzw. ausgeprägte (schwere NKS) Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, vorzugsweise durch eine standardisierte neuropsychologische Testung bzw. bei deren Fehlen durch eine sonstige quantifizierte klinische Bewertung dokumentiert.

2. Die kognitiven Einschränkungen beeinträchtigen (schwere NKS) bzw. beeinträchtigen nicht (leichte NKS) die Fähigkeit zur selbstständigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (z. B. Verrichten komplexer instrumenteller Alltagsaktivitäten wie Bezahlen von Rechnungen oder Einnahme von Medikamenten).
3. Die kognitiven Einschränkungen treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Delir auf und können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. Major Depression, Schizophrenie).

Die Leistungsfähigkeit in den verschiedenen kognitiven Domänen wird mit entsprechenden Tests gemessen und mit der Alters- und Geschlechtsnorm verglichen. Üblicherweise wird ein Wert von 1,5–2 Standardabweichungen unter der Norm für die leichte NKS und ein Wert ab 2 Standardabweichungen für die schwere NKS verwendet.

In der ICD-10 und auch der Beta-Version der ICD-11 sind mindestens 2 kognitive Symptome für eine Diagnose einer Demenz erforderlich. Während in der ICD-10 auf alle Fälle das Gedächtnis betroffen sein muss, können in der ICD-11 auch 2 oder mehr andere kognitive Domänen beeinträchtigt sein.

Schweregrad Eine Demenz kann in die Schweregrade leicht, mittel und schwer eingeteilt werden. Das Kriterium ist hierbei der Grad der Selbstständigkeit in der Lebensführung.

Schweregrade einer Demenz

- Leicht: Die Fähigkeit, selbstständig zu leben, ist weitgehend erhalten (trotz Beeinträchtigungen in sozialen Aktivitäten und Arbeit).
- Mittelgradig: Eine selbstständige Lebensführung ist nur unter Schwierigkeiten möglich, Pflege ist zu einem gewissen Grad nötig.
- Schwer: Permanente Pflege ist notwendig.

Die leichte AD hat mit 15 Millionen Fällen weltweit den größten Anteil aller AD-Fälle (insgesamt 26,6 Millionen, Brookmeyer et al. 2007).

2.2 Affektive und Verhaltenssymptome

Schon vor Einsetzen der kognitiven Kernsymptomatik, aber besonders im Verlauf der Erkrankung zeigen sich häufig affektive und Verhaltenssymptome, auch nicht-kognitive oder neuropsychiatrische Symptome genannt (Mega et al. 1996). In den allgemeinen Kriterien einer Demenz nach ICD-10 muss mindestens ein affektives oder Verhaltenssymptom vorhanden sein (Kriterium G3). Bei einer Diagnose nach DSM-5 muss das Vorhandensein bzw. Fehlen von Verhaltensstörungen spezifiziert werden. Die Ursache dieser Symptome kann unterschiedlich sein. Sie können durch neuropathologische Schädigungen zustande kommen. Aber es spielen auch psychische Vorgänge wie das Erleben von Insuffizienz, inneren Konflikten, Enttäuschungen oder Scham eine wichtige Rolle.

Fast alle Patienten mit einer beginnenden AD weisen mindestens ein affektives oder Verhaltenssymptom auf. Chen et al. (2000) fanden bei 92 % von Personen mit leichter AD neuropsychiatrische Symptome. Die häufigsten waren Aktivitätsprobleme (73 %), Ängste (69 %), depressive Symptome (62 %), Wahn-Symptome (58 %) und Aggression (54 %). Weniger häufig waren Schlafstörungen (35 %) und Halluzinationen (15 %). Circa 15 % der AD-Patienten erfüllen die Kriterien einer depressiven Episode nach DSM-IV. Sie sind häufig stärker als die kognitiven Symptome dafür verantwortlich,

dass die Lebensqualität des Patienten und des Angehörigen reduziert ist. Folgende Symptome können in allen Stadien einer Demenz vorkommen.

Affektive und Verhaltenssymptome

- Affektive Störungen: Depression, Angst, Aggressivität, Reizbarkeit, Euphorie
- Reduziertes Aktivitätsniveau: Apathie, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
- Gesteigertes Aktivitätsniveau: Herumwandern, Schreien, verbale und physische Aggressivität, Hyperaktivität, Sammeln
- Neurovegetative Veränderungen: gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, verändertes Essverhalten, Hypo- oder Hypersexualität
- Produktiv-psychotische Störungen: Wahn, Halluzination, wahnhafte Missidentifikation

➤ Bei einer beginnenden AD sind Apathie, Depression, Angst und Reizbarkeit die häufigsten nicht-kognitiven Symptome.

Psychologisch können diese Symptome auch als Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen auf erfahrene Leistungsgrenzen bzw. Verletzungen der Intimsphäre verstanden werden.

Bei vorhandener Wahn- bzw. Halluzinations-symptomatik stehen Bestehungs- und Beeinträchtigungsthemen im Vordergrund. In späteren Krankheitsphasen gehen solche Symptome mit einer rascheren Progression einher. Die Gedächtnisstörung kann dazu beitragen, indem das sinnvolle Aufnehmen und Verarbeiten von Erlebtem reduziert sind.

Affektive und Verhaltenssymptome haben eine große praktische Relevanz. Sie hängen mit einer größeren Morbidität, reduzierten Lebensqualität des Patienten sowie einer erhöhten Belastung und Depression des pflegenden Angehörigen zusammen (Shin et al. 2005), zudem mit höheren Pflegekosten (Herrmann et al. 2006). Außerdem kann es bei Vorliegen neuropsychiatrischer Symptome zu einer erhöhten Anwendung psychotroper Medikamente kommen. Ein weiteres Risiko ist der Missbrauch von Patienten aufgrund von mangelnder Kooperation oder der Missbrauch des Angehörigen durch den Patienten bei Vorliegen von Aggressivität (Coyne et al. 1993). Neuropsychiatrische Symptome

sind auch primäre Prädiktoren des Übergangs in ein Pflegeheim (Yaffe et al. 2002). Aus diesen Gründen können Interventionen, die diese Symptome behandeln, enorme positive Effekte für Patienten, Angehörige und die Gesellschaft bedeuten.

Krankheitsverarbeitung Schon in früheren Stadien ist eine Krankheitsbewältigung ohne externe Hilfe oft nicht möglich. Eine große Rolle spielt der vom Patienten erfahrene Kompetenzverlust. Die Kompetenzen, die für eine selbstständige und eigenverantwortliche Lebensgestaltung notwendig sind, sind bei Demenzpatienten beeinträchtigt. Zu betonen ist jedoch, dass es keinesfalls zu einem generellen Kompetenzverlust kommt. Es geht um einen »partiellen Abbauprozess« neben gut erhaltenen Funktionen.

Die Reaktion der Patienten auf die Erkrankung ist abhängig von der Art und dem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung. Aber auch die Persönlichkeit sowie die individuelle Lerngeschichte mit den im Laufe des Lebens erlangten Copingstrategien spielen eine bedeutsame Rolle. Erfahrungsgemäß ist eine Unterstützung der Krankheitsbewältigung im Rahmen der Psychotherapie häufig erforderlich und sehr hilfreich für die Patienten und ihre Angehörigen.

2.3 Demenzformen

Nach der Syndromdiagnose wird die Demenz (bzw. im DSM-5 die NKS) nach den zugrunde liegenden ätiologischen Bedingungen spezifiziert. Am häufigsten kommt die Alzheimer-Erkrankung vor (ca. 70 %). Dann folgen vaskuläre Erkrankungen, d. h. infolge von Durchblutungsstörungen des Gehirns bzw. nach einem oder mehreren Schlaganfällen (10–30 %) bzw. Mischformen zwischen Alzheimer und vaskulärer Demenz (10–35 %). Seltener sind die frontotemporalen Demenz, Demenz im Rahmen einer Parkinson-Krankheit, die Demenz mit Lewy-Körper, die Demenz aufgrund von HIV-Infektionen, die Huntington- und die Prionenerkrankung, Demenz aufgrund von Schädel-Hirn-Traumen bzw. von Substanzgebrauch.

Für jeden ätiologischen Subtyp werden in der ICD-10 und im DSM-5 diagnostische Kriterien de-

finiert. Bei der AD sind dies beispielsweise neuropsychologische Beeinträchtigung von Gedächtnis/ Lernen und in mindestens einem weiteren kognitiven Bereich sowie eine stetig fortschreitende Abnahme der kognitiven Fähigkeiten. Bei der vaskulären Demenz handelt es sich um neuropsychologische Beeinträchtigungen komplexer Aufmerksamkeitsleistungen und exekutiver Funktionen sowie zerebrovaskuläre Ereignisse und deren Zusammenhang mit dem kognitiven Leistungsabfall sowie ggf. aufgrund von bildgebender Diagnostik.

Das vorliegende Behandlungsmanual wurde für Personen mit einer AD oder einer Mischform von AD und vaskulärer Demenz entwickelt. Die Anwendung des Manuals auf andere Demenzformen ist denkbar, wurde aber bisher nicht untersucht.

2.4 Epidemiologie

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung insgesamt ist somit mit einem Anstieg der Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Zukunft zu rechnen. Die Prävalenz der leichten kognitiven Störung (MCI) liegt zwischen 3 % und 19 % bei Menschen über 65 Jahren (Ritchie 2004). Die Prävalenzen der Demenzerkrankungen liegt bei >70-Jährigen bei insgesamt ca. 14 %, allerdings steigen die Prävalenzraten für Demenz im höheren Lebensalter exponentiell an. Sie liegen bei unter 2 % im Alter von 65 Jahren und verdoppeln sich bis zum Alter von 85 Jahren etwa alle 5 Jahre (Bickel 2012). Die AD tritt ab dem 40. Lebensjahr auf. Bei den 65- bis 74-Jährigen leiden 5 % unter einer AD, bei den über 85-Jährigen 40 %.

2.5 Verlauf

Die AD ist dadurch charakterisiert, dass sie schleichend beginnt, mit leichten jedoch konstanten Symptomen. Zu Beginn finden sich am häufigsten kognitive Symptome, v. a. Gedächtnisprobleme (Kurzzeitgedächtnis). Im Verlauf kommt es zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Progression der

kognitiven Symptomatik. Die Verläufe unterliegen dabei einer starken Variabilität. Im Frühstadium sind Plateauphasen mit Stillstand von einem bis zu mehreren Jahren möglich. Die ersten klinischen Symptome sind Defizite im Kurzzeitgedächtnis. Hinzu kommen örtliche sowie zeitliche Orientierungsprobleme. Feststellbar sind Schwierigkeiten, sich neue Inhalte zu merken, sowie Wortfindungsstörungen. Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis sind nicht mehr abrufbar (Sprachstörungen; ggf. Agnosie, Apraxie, Aphasie). In späteren Phasen nimmt das Auftreten von Verhaltensänderungen und Störungen der Motorik zu.

Im Verlauf sind häufig Konzentrationsschwächen sowie Unruhe mit Bewegungsdrang zu beobachten. Es treten »neue« Verhaltensweisen auf und die Patienten sind z. T. aggressiv. Ebenfalls möglich sind Wahn- sowie Verwirrheitszustände und zeitliche sowie örtliche Desorientiertheit. In der letzten Phase werden die Patienten zunehmend körperlich gebrechlich bis hin zur völligen Hilflosigkeit, wodurch sie auf Pflege angewiesen sind.

Das frühe, mittlere und späte Stadium dauern im Mittel je 3 Jahre. Die mittlere Krankheitsdauer insgesamt (ab dem 1. Symptom) beträgt durchschnittlich 10 Jahre. Die Verläufe sind insgesamt jedoch sehr verschieden. Die Progression der AD kann durch Antidementiva um etwa 1 Jahr hinausgezögert werden. Prädiktoren eines schnelleren Verlaufs sind Aggressivität, Wahn, Halluzinationen sowie extrapyramidal-motorische Störungen.

2.6 Belastungserleben des Angehörigen

Es ist nachvollziehbar, dass die Symptomatik des Patienten Auswirkungen auf sein Umfeld, insbesondere das familiäre, hat. Der Partner bzw. die Partnerin erlebt häufig, dass durch die Fähigkeits- und Persönlichkeitsveränderungen die Kommunikation erschwert wird und insgesamt die Beziehung, wie sie einmal war, zunehmend verloren geht. Bedürfnisse nach Gesellschaft, Zärtlichkeit und Bestätigung können immer weniger befriedigt werden. Dies ist bei Menschen im höheren Lebensalter besonders einschränkend, weil das soziale Netzwerk im Alter generell kleiner wird.

Viele Kinder von Personen mit einer Demenz leiden unter den Rollenwechseln, wenn auch sie sich häufig besser distanzieren können als die Partner. Aber auch sie verlieren die Person, die ihnen früher Sicherheit gegeben hat, müssen nun Entscheidungen für sie übernehmen, möglicherweise auch Pflegeaufgaben wie Füttern und Baden ausführen.

Die Belastung der Angehörigen kann auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden (Wilz et al. 2005).

Ebenen der Belastung der Angehörigen

- Soziale Kontakte: Einschränkungen oder Verlust sozialer Kontakte
- Alltagsleben: Störungen der Alltagsroutinen, Einschränkungen des Freizeitverhaltens und persönlicher Freiräume, Gefühl des »Angebundenseins«
- Gesundheitsverhalten: Vernachlässigung der eigenen Gesundheitsvorsorge, erhöhter Konsum von Schmerz- und Schlafmedikamenten, fehlende Erholungsmöglichkeiten
- Psychische Gesundheit: Depression, Angst, Pessimismus, Reizbarkeit
- Körperliche Gesundheit: z. B. Gelenk- und Rückenschmerzen, Erschöpfungszustände, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, erhöhter Blutdruck, Herzbeschwerden, Funktionseinschränkungen des Immunsystems, erhöhte Anfälligkeit gegenüber Infektionen, Verstärkung bereits bestehender Erkrankungen
- Materielle Situation: finanzielle Belastungen, Einschränkungen für die eigene Berufstätigkeit

➤ Die Prävalenz psychischer Störungen bei Angehörigen Demenzkranker ist mit 22 % depressiver Störungen (Cuijpers 2005) und 25 % Angststörungen (Cooper et al. 2007) relativ hoch.

Das Belastungserleben des Angehörigen beeinflusst natürlich sein Verhalten dem Patienten gegenüber und kann damit auch Einfluss nehmen auf die Intensität der affektiven und Verhaltenssymptome. Daher ist eine Beratung und/oder Therapie des An-

gehörigen in einem Gesamtbehandlungsplan des Patienten sehr wichtig.

Literatur

- Bickel, H. (2012). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In C.-W. Wallesch, & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (2. Aufl., S. 18–35). Stuttgart: Thieme.
- Brookmeyer, R., Johnsona, E., Ziegler-Grahamb, K., & Arrighic, H. M. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 3, 186–191.
- Chen, J. C., Borson, S., & Scanlan, J. M. (2000). Stage-specific prevalence of behavioral symptoms in Alzheimer's disease in a multi-ethnic community sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 123–133.
- Cooper, C., Balamurali, T. B., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19, 175–195.
- Coyne, A. C., Reichman, W. E., & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 643–646.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging and Mental Health*, 9, 325–330.
- Herrmann, N., Lanctot, K. L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hebert, R., McCracken, P., et al. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(10), 972–976.
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 130–135.
- Ritchie, K. (2004). Mild cognitive impairment: an epidemiological perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6, 401–408.
- Shin, I. S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., & Cummings, J. L. (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 469–474.
- Wilz, G., Kalytta, T., & Küssner, C. (2005). Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 259–277.
- Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., et al. (2002). Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *Journal of the American Medical Association*, 287(16), 2090–2097.

Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit leichter
Alzheimer-Demenz und ihre Angehörigen

Forstmeier, S.; Roth, T.

2018, X, 251 S. 15 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-662-54848-6