

66953 Pirmasens

VORTRAGS-MANUSKRIFT:

ALZHEIMER- und andere DEMENZ-ERKRANKUNGEN

BEGRIFFE: DEMENZ ist eine ERKRANKUNG/SCHÄDIGUNG DES GEHIRNES. Die Störungsursache kann direkt im Gehirn liegen (= organische psychische Störung) oder von außerhalb des Gehirnes dieses schädigen (= symptomatische psychischen Störung).

DEMENZ ist eine chronische und nicht nur vorübergehende Erkrankung. Die Symptome müssen MINDESTENS 6 MONATE bestanden haben bevor die Diagnose gestellt werden darf. Kurzzeitige Hirnfunktionsstörungen (z.B. Alkoholrausch) sind etwas anderes und auch für deren anders geartete Therapie exakt abzugrenzen (z.B. für Entgiftung).

DEMENZ schränkt die ALLTAGSBEWÄLTIGUNG ein über Störungen des GEDÄCHTNISSES und INTELLEKTES aber auch v.a. in den Anfangsstadien durch Veränderungen der Gemütslage, des Antriebes und des Sozialverhaltens. (Alltagsaktivitäten ungestört → keine Demenz !)

DEMENZ = Oberbegriff für viele chronische Erkrankungen im Gehirn bzw. die von außerhalb das Gehirn schädigen.

ALZHEIMER-DEMENZ: = häufigste Demenz in Form einer Erkrankung des Gehirnes und seiner Nervenzellen selbst.

KRANKHEITEN :

ALZHEIMER -DEMENZ : 60 % aller Demenzen, Stoffwechselstörung
VASKULÄRE DEMENZ: 15 % , Gefäßerkrankung, Schlaganfall
GEMISCHTE DEMENZEN: 15 % , beide vorhergehende Formen
ANDERE DEMENZEN: 10 % aller Demenzen

PARKINSON PLUS D.

LEWY-KÖRPERCHEN D.

CHOREA-HUNTINGTON D.

PICK-KOMPLEX/

FOKALE ATROPHIEN

ALKOHOL/DROGEN

INTERNIST. ERKRANK.

Blutfette, Leber,

Niere, Schilddrüse

VITAMIN-B-MANGEL

STOFFWECHSEL-

STÖRUNGEN

VERGIFTUNGEN

| | Alzheimer Demenz | Lewy- Körperchen Demenz | Parkinson- Demenz | vaskuläre Demenz | Pick- Komplex |
|----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| allmählicher Beginn | + | + | + | (-) | + |
| plötzlicher Beginn | - | - | - | (+) | - |
| langsam progredient | + | + | + | - | + |
| schrittweise progredient | - | - | | + | - |
| Alter | alt | mittel | alt | mittel | mittel |
| v.a. Gedächtnisstörung | + | (+) | + | + | - |
| v.a. Wesensänderung | - | (+) | + | + | + |
| v.a. Perseveration + Stereotypien | - | - | - | - | + |
| v.a. Exekutivfunktionen gestört | (-) | + | + | + | + |
| Orientierungsstörung | + | (+) | (+) | (+) | - |
| Sprachstörung | + | (+) | (+) | (+) | + |
| optische Halluzinationen | - | + | + | (+) | - |
| Aufmerksamkeit schwankt | - | + | (+) | (+) | - |
| unklare Stürze | - | + | + | (+) | - |
| früh Parkinson- Symptome | - | + | + | - | - |
| fokale neurologische Symptome | - | - | | + | - |
| vaskuläre Läsionen in CCT/ NMR | (-) | - | (-) | + | - |

SYMPTOME der DEMENZ

I.): KOGNITIVE STÖRUNGEN:

- = Störungen des Kennenlernens + Erkennens,
 - = Störungen der Selbstorganisation + Alltagsbewältigung
 - = Störungen von Gedächtnis Sprache + Kommunikation (Aphasie)
 - Orientierung Handeln (Apraxie)
 - Urteilen + Denken Erkennen (Agnosie)
- = diagnosetypische + diagnose-sichernde Symptome

II.) STÖRUNGEN der GEMÜTSLAGE, des ANTRIEBES und SOZIALVERHALTENS:

Persönlichkeitszuspitzungen:

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------|
| <u>Genauigkeit</u> | → | <u>Pädanterie</u> |
| <u>Sparsamkeit</u> | → | <u>Geiz</u> |
| <u>Dominanz</u> | → | <u>Tyrannie</u> |
| <u>Passivität</u> | → | <u>Hilflosigkeit</u> |
| <u>Lockerheit</u> | → | <u>Taktlosigkeit</u> |
| <u>Vernachlässigung</u> | → | <u>Verwahrlosung</u> |
| <u>bisher Unterdrücktes</u> | → | <u>Enthemmung bis Straftat</u> |

- | | |
|------------------|------------------------|
| <u>Unruhe</u> | <u>Angst,</u> |
| <u>Mißtrauen</u> | <u>Wahn</u> |
| <u>Agression</u> | <u>Sinnestäuschung</u> |

= Frühsymptome + oft die Angehörigen am meisten belastende Symptome

III.) KÖRPERLICHE STÖRUNGEN als Folge fortgeschrittener Hirnschädigung:

Harninkontinenz

Kachexie (körperlicher Verfall)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <u>neurologische Symptome</u> | <u>Gangstörung</u> |
| | <u>Muskelsteifigkeit (Rigor)</u> |
| | <u>Parkinson-Syndrom</u> |
| | <u>epileptische Anfälle</u> |
| | <u>Schlaganfälle</u> |

= Spätsymptome + die Pflege erschwerende Symptome

Allgemeines zur Funktion von Nervenzellen

Nervenzellen des Gehirnes

... produzieren je 1 bestimmte Überträgersubstanz
schütten diese aus oder schütten sie nicht aus
nehmen sie wieder auf/bauen sie ab oder nicht
erregen/hemmen je nach System damit andere Nervenzellen
an denen sie andocken
mit denen sie über Synapsen wie Schlüssel/Schloß verbunden sind,
mit denen sie in feststehenden Hirnregionen
Netzwerke bilden.

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Nervenzell-Netzwerke und Überträgersubstanzen

| | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| <u>Aktivierung:</u> | v.a. <u>Noradrenalin</u> |
| <u>Stimmungsstabilisierung:</u> | v.a. <u>Serotonin</u> |
| <u>Belohnung:</u> | v.a. <u>Dopamin</u> |
| <u>Euphorie/Schmerzlinderung</u> | v.a. <u>Endorphin</u> |
| <u>Kognition</u> <u>Kennenlernen/Erkennen</u> | v.a. <u>Acetylcholin Ac.-Ch.)</u> |

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Beispiel des Zusammenwirkens von Netzwerken des Gehirnes

Ich sehe etwas (Sinnes-Eindruck des Sinnes-System im Sehfeld des Gehirnes).
Ich erkenne es als Hund (bekannte Kognition bzw. Acetylcholin-System).
Ich will flüchten (Noradrenalin-System) oder ich bin hilflos-gelähmt, weil
so ein gefährlich wirkender Hund frei herumläuft (Serotonin-System).
Oder: Ich freue mich, weil er sich streicheln läßt (Dopamin-System).
Ich habe eine neue Rasse hinzugelernt (neue Kognition/ Acetylcholin-System.)

GEDÄCHTNIS- und DEMENZ-MODELL

Von allem Erlebten wird eine ERINNERUNG angelegt, die mit einer „ZEITUNG/TAGESZEITUNG „ vergleichbar ist. Das GEDÄCHTNIS ist weiter mit einem „ZEITUNGSSTAPEL„ vergleichbar in dem die alten Erinnerungen tief unten und die letzten/jüngsten Erinnerungen oben liegen.

In der DEMENZ kann sich der Mensch zunächst nichts mehr merken- die MERKFÄHIGKEIT ist gestört. D.h. von dem Erlebten werden keine Erinnerungen mehr gebildet. D.h.. es werden KEINE „ ZEITUNGEN/TAGESZEITUNGEN „ MEHR FÜR DEN „STAPEL „ GEBILDET. Mit Fortschreiten der Erkrankung SCHMILZT DER „ ZEITUNGSSTAPEL „ VON OBEN NACH UNTEN weg- die ERINNERUNGSFÄHIGKEIT verliert sich zunehmend vom Alter in Richtung Kindheit rückwärts fortschreitend. Das Alter mit der Demenz wird als erstes vergeßen, dann werden Enkelkinder nicht mehr erinnert und danach Kinder und dann Ehepartner nicht mehr erkannt. Aufopferungsvoll pflegende Verwandte empfinden dies oft als Kälte, Zurückweisung und Abwertung, was die Sinnhaftigkeit ihrer Mühe in Frage stellen und ihre psychische Belastung durch die Pflege weiter vergrößern kann. Der Abschmelzprozeß der Erinnerungen vom Alter in Richtung Kindheit (d.h. eines „ Zeitungsstapels „ von oben nach unten) erklärt auch zwei weitere Phänome: Die Bindung an einen Menschen erfolgte früher als dessen Tod- die Bindung ruht also tiefer in Erinnerung (und „ Zeitungsstapel „). VERSTORBENE werden dann wieder für lebend und nur abwesend gehalten. Da die tiefen Erinnerungen erst zuletzt von dem Auflösungsprozeß gelöscht werden, leben Demente zuletzt in ihrer Kindheit, beschäftigen sich mit Kinderreimen und Spielzeug (Ausspruch: „ DAS ALTER MACHT WIEDER KINDISCH „)

1.) kein „ Zeitungs-Druck „ mehr gebildet (Merkfähigkeit !)

|
V

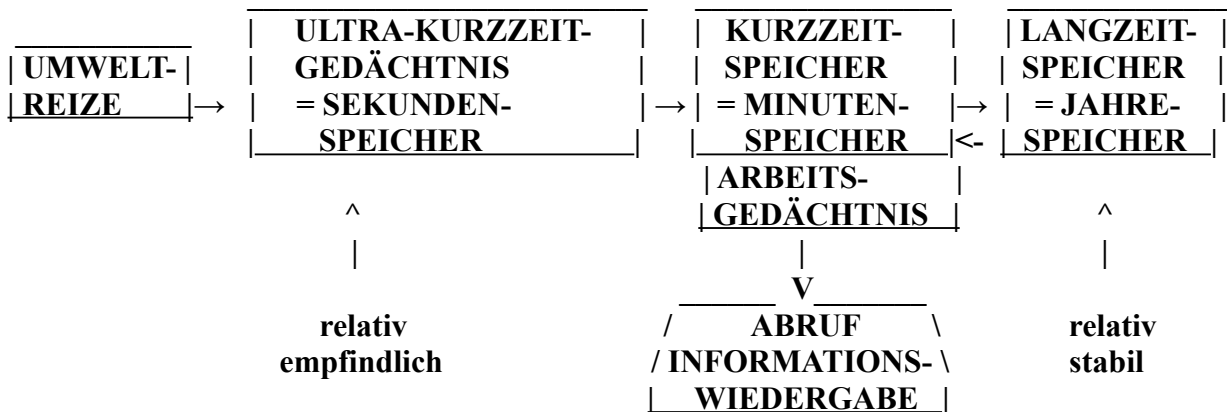
| | |
|-----------------------------------------|--|
| / „ Zeitung „ für Alter \ | |
| / „ Zeitung „ für Erwachsenenendasein \ | |
| / „ Zeitung „ für Jugend \ | |
| / „ Zeitung „ für Kindheit \ | |

2.)
Abschmelz-Prozeß
| (Erinnerungsfähigkeit !)
V

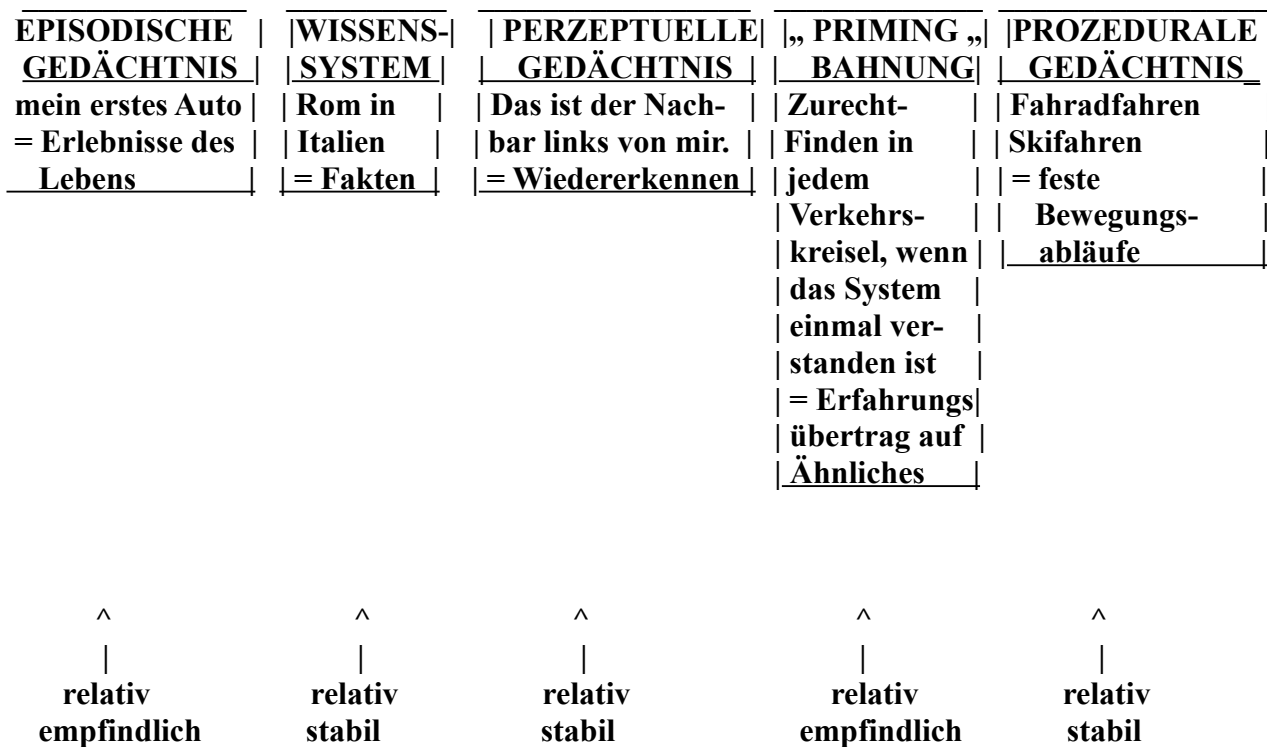
Gedächtnis ist ein „ Zeitungsstapel „

, der wegschmilzt

GEDÄCHTNIS-AUFBAU nach ZEITLICHEN DIMENSIONEN



GEDÄCHTNIS-AUFBAU nach INHALTLICHEN DIMENSIONEN



→ GRUNDLAGE der TESTVERFAHREN

MMST, UHREN-TEST, DEMTEC,
CDT, FAB, TFDD, SKT, CERAD-Testbatterie

KOGNITIVE STÖRUNGEN
=DIAGNOSE-TYPISCHE + DIAGNOSE-SICHERNDE SYMPTOME
IN DER VOLLAUSPRÄGUNG DER DEMENZ

1.) **KURZZEITGEDÄCHTNIS- die/der Demente kann sich nichts mehr merken:**

| | | | |
|---------------------|-------------------|--------|------------------------------------|
| <u>Verwirrtheit</u> | <u>Verlieren</u> | von | <u>Unfähigkeit Neues zu lernen</u> |
| <u>Umherirren</u> | + <u>Verlegen</u> | Sachen | <u>Erzählen immer des Gleichen</u> |

2.) **LANGZEITGEDÄCHTNIS- die Erinnerung an Früheres schwindet Alter → Kindheit**

| | | |
|--------------|-----------|------------------------------|
| Schule | gewinnen | mit Verstorbenen |
| alte Freunde | wieder an | wird geredet, |
| Kindheit | Bedeutung | da ihr Sterben vergessen ist |

3.) **ORIENTIERUNG- das Zeit-Raum-Gitter/die Lebenskoordinaten schwinden:**

Zeit → Ort → Situation (Arzt- + Verwandtenbesuche) → Person

Name + Geburtsdatum (nicht Lebensalter !) werden zuletzt vergessen
als Informationen seit Lebensbeginn, d.h. zuunterst im „ Zeitungsstapel

4.) **URTEILSFÄHIGKEIT/DENKEN - Für ↔ Wider abwägen/ Bezugssystem wechseln:**

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Unterschiede</u> | <u>Aufmerksamkeit</u> | <u>Entscheidungen treffen</u> |
| (zwischen sauberer + schmutziger Kleidung) | <u>Auffassungsgabe</u> | (sich zu Testament durchringen) |
| <u>Zusammenhänge</u> | <u>Konzentration</u> | <u>Probleme lösen</u> |
| (daß ein Vertrag mit einer freundlichen Person auch das Bezahlen deren Rechnung heißt) | sinken | (bei Unwetterschaden oder Unfall) |
| <u>Informationsverarbeitung</u> | <u>Ablenkbarkeit</u> | <u>Planen</u> |
| <u>Exekutivfunktionen</u> | <u>Sugestibilität</u> | (welche Investition im Alter noch sinnvoll, wie überlasse/übergebe ich alles Hinterbliebenen) |
| (Realisierung Geplantens) | <u>Affektgesteuertheit</u> | |
| | steigen | |

5.) **SPRACHE (Aphasie)**

-Kommunikation:
Worte finden
Dinge benennen
Gefühle ausdrücken
Gedanken aussprechen
Gesprächs-Beteiligung

6.) **HANDELN(Apraxie)**

-Handlungsabfolgen:
Auto fahren
Knöpfe schließen
Schuhe binden
Herd bedienen

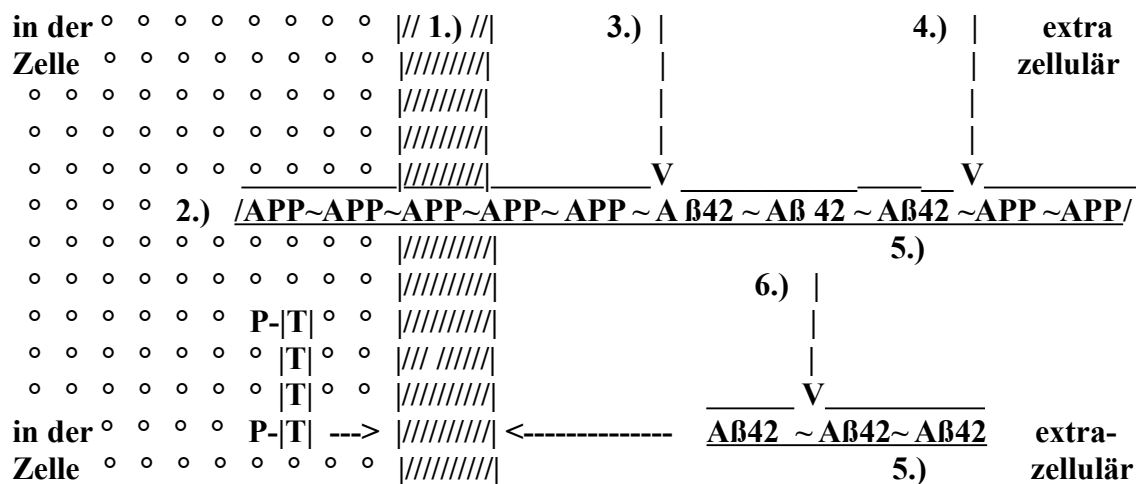
7.) **ERKENNEN (Agnosie)**

-Objektbeziehungen:
Brille
Buch
EIGENE KRANKHEIT
= ANOSOGNOSIE

AMYLOID-HYPOTHESE der ALZHEIMER-DEMENZ
FRÜHFORM (vor 65.Lebensjahr) ICD F00.0
SPÄTFORM (nach 65.Lebensjahr) ICD F00.1

NORMALER STOFFWECHSEL: An der ZELLWAND 1.) haftet intra- und extrazellulär ein Eiweiß AMYLOID-PRECURSOR-PROTEIN (APP) 2.)

Aus APP schneiden GAMMA-SEKRETASE 3.) und BETA-SEKRETASE 4.) AMYLOID β 42 5.), das weiter abgebaut wird durch ALPHA-SEKRETASE 6.)



Bei ALZHEIMER-DEMENZ besteht ein Zuviel an AMYLOID BETA 42 (= Aβ42), einem „löslichen Oligomer“, das toxisch die Zelle schädigt (<----). Aβ42 fällt dann außerhalb der Zellen aus in den ALZHEIMER-PLAQUES., die unter dem Mikroskop erkennbar sind. Aβ42 ist wegen der Plaques dann im LIQUOR weniger nachweisbar als beim Gesunden. Werden die Plaques wieder aufgelöst (= Therapie-Ansatz der Impfung), entstehen wieder die löslich-toxischen Oligomere.

Im Rahmen der Neurodegeneration (= Untergang der Nervenzelle) wird vermehrt TAU PROTEIN PHOSPHORYLIERT. Tau-Protein ist ein intrazelluläres Protein, welches die Form der Nervenzellen aufrechterhält und für die Signalübertragung im Zellinneren wichtig ist. Ist Tau-Protein vermehrt phosphoryliert, führt dies zu den unter dem Mikroskop intrazellulär erkennbaren „tangles“, oder ALZHEIMER-FIBRILLEN, welche die Signalübertragung innerhalb der Nervenzellen hemmen und somit die geistige Leistungsfähigkeit mindern. Tau-Protein/phosphoryliertes Tau-Protein sind nach Zell-Absterben vermehrt im LIQUOR nachweisbar.

Extrazelluläre Aβ42-Bildung (<-----) und intrazelluläre Tau-Phosphorylierung (---->) scheinen sich i.S. eines Teufelskreises gegenseitig anzuregen, wenn die Neurodegeneration der ALZHEIMER-DEMENZ einmal begonnen hat.

Frage: wird zu viel Aβ42 gebildet durch GAMMA-/BETA-SEKRETASE oder zu wenig abgebaut durch ALPHA-SEKRETASE? (Sekretasen = MEDIKAMENTEN-ANSATZPUNKTE zwecks ihrer Hemmung oder Verstärkung ?)

KONSEQUENZEN der AMYLOID-HYPOTHESE für ALZHEIMER-DEMENZ (AD)

1.) DIAGNOSTIK aus LIQUOR CEREBRO-SPINALIS (= Hirnflüssigkeit)

AMYLOID BETA 42 erniedrigt
 AMYLOID BETA 42/40-Quotient erniedrigt (manche Menschen haben von Natur aus niedriges Aβ 42, dann aber auch niedriges Aβ 40- eine alzheimerspezifische Aβ 42 -Erniedrigung ergibt Aβ42/Aβ40-Quotient)

TAU-PROTEIN erhöht (für AD diagnosehinweisend)
 PHOSPHORYLIERTES TAU-PROTEIN erhöht (für AD hochspezifisch !!!)

NORMALWERTE in der LIQUOR-DIAGNOSTIK :

AMYLOID BETA 42 > 550 pg/ml TAU-PROTEIN < 300 pg/ml
 AMYLOID BETA 42/40 > 0,098 PHOSPH.TAU-PROTEIN < 60 pg/ml

2.) THERAPIE-ANSÄTZE für ALZHEIMER-DEMENZ:

Zellsterben = Absinken aller Neutransmitter (= „ Botenstoffe „ des Gehirns) wie ACETYLCHOLIN = ACE (Gedächtniss !) → MEDIKAMENTE die ACE-Abbau aber auch von: Serotonin, Glutamat, GABA, Noradrenalin, Neuropeptide. hemmen = ACE-Hemmer

Glutamat -
 Rezeptor mit
 Mg 2+
 in der
 Zellmembran

→ DONEZEPIL (Aricept),
 → RIVASTIGMIN (Exelon),
 → GALANTAMIN (Reminyl)
 → MEMANTINE (MN)
 = Verbesserung des „ Signal-zu-Rausch-Verhältniss „

||||||| Mg |||||

Mg
 ^
 |
 V
 ||||| Mg |||||

||||||| Mn |||||

„ NORMALFALL „:
 Mg bleibt in Membran
 = ungestörte
 Informations-
 übertragung

KOGNITIVE STÖRUNG:
 Mg „ rein + raus „
 = „ Rauschen
 im Empfang „

BEHANDLUNG:
Memantine Mn bindet stabil
 = „ Rauschen „ schwindet
 → „ Empfang „ klar

3.) KRANKHEITSVERLAUF:

Aβ42 häuft sich kontinuierlich an → Anstieg der ALZHEIMER-FIBRILLEN innerhalb der Zellen (= TAU-PROTEIN)

Aβ42 →kontinuierlichem Zelltod → Anstieg der ALZHEIMER-PLAQUES außerhalb der Nervenzellen (= Aβ42)

BRAAK-STADIEN 30-40 Jahre

→ MORBUS ALZHEIMER
besonders
chronisch-progrediente
Erkrankung
über 30-40 Jahre !!!

I-II :TRANSENDORHINALES STADIUM

= medialer Temporallappen

III-IV: LIMBISCHES STADIUM

= limbisches System

HYPOCAMPUS-ATROPHIE in NMR

V-VI: NEOCORTICALE STADIUM

= Großhirnrinde

KLINISCHE SYMPTOME

= chronisch fortschreitende Abnahme

KOGNITIVER FUNKTIONEN mit im Mittel

= FRÜHSTADIUM = ca. 3,5 Jahre

uncharakteristische Symptome

Frage: AD oder noch normales Alter ?

= MITTLERES STADIUM = ca.3,5 Jahre

diagnose-typische Symptome

= SPÄTSTADIUM nach 6-7 Jahre

schwere Pflegebedürftigkeit

= MITTLERE LEBENSERWARTUNG

nach Diagnosestellung 5- 8 Jahre

DD: VASKULÄREN DEMENZ ICD:

* mit akutem Beginn F01.0

* Multiinfarktdemenz F01.1

* subcorticale Form F01.2

* corticale + subcorticale Form F01.3

= abrupter Beginn, treppenartiger Verlauf

= Schübe mit intermittierender Besserung

= oft etwas mehr Affektlabilität und

zu Anfang weniger Persönlichkeits-

veränderung und mehr Einsicht.

4.)BILDGEBENDE DIAGNOSTIK:

Beginn MEDIALER TEMPORALLAPPEN: GYRUS PARAHYPOCAMPALIS

mit darauf gebettetem HYPOCAMPUS = CCT

CORONARES NMR, T1/T2 gewichtet:

→ HYPOCAMPUS bzw.

MEDIALE-TEMPORALE

ATROPHIE

5.) Frage: WELCHE MENSCHEN zeigen im Verlauf der AMYLOID-ABLAGERUNG den KIPPEFFEKT NORMALE ALTERSVERGESSLICHKEIT → ALZHEIMER-DEMENZ ?

Begriff: LEICHTE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG:

PROBLEME in den BEREICHEN: GEDÄCHTNIS (KURZ-ZEITGEDÄCHTNIS) und ANDERE KOGNITIVE FUNKTIONEN (AUFFASSUNGSGABE, AUFMERKSAMKEIT etc.) bei ERHALTENER ALTAGSKOMPETENZ.

KIPP-EFFEKT

aus

LEICHTE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG

mit erhaltener Alltagsbewältigung in zunehmend Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Pflegebedürftigkeit

* **MILD COGNITIVE IMPAIRMENT MCI ICD 10 F06.7**

zu

* **ALZHEIMER-DEMENZ ICD F00.0 bis F00.2**

* **ALZHEIMER-DEMENZ FRÜHFORM F00.0**

* **ALZHEIMER-DEMENZ SPÄTFORM F00.1**

* **ALZHEIMER-DEMENZ MISCHFORM F00.2**

ILSE STUDIE

Kohorte:

Geburtsjahr:

Untersuchungsjahr:

Ergebniss:

der **UNIVERSITÄT HEIDELBERG**

statistisch anerkannte Zahl Untersuchter

1930/ 1932 und 1950/1952

1993/1994, 1998/1999 und 2006/2007

20 % der Menschen

mit **subjektiven Gedächtnis-Problemen**

entwickeln in den 15 Jahren

zwischen 60. und 75. Lebensjahr

eine **Demenz**

aus **leichten kognitiven Beeinträchtigungen !**

„ Risiko-Patient „

* subjektive Gedächtnisprobleme

* **Liquor: Aβ42**

< 550 pg/ml

TAU-PROTEIN

> 300 pg/ml

PHOSPH.TAU-PROTEIN > 60 pg/ml

• **NMR Hypocampus-Atrophie**

• **weitere RISIKOFAKTOREN**

RISIKOFAKTOREN für ALZHEIMER DEMENZ AD

LEBENSALTER:

Ab dem 65. Lebensjahr verdoppelt sich rein altersbedingt alle 5 Jahre die Zahl Demenz-Kranker:

| | | |
|--------------------|----------|---------------------|
| 65.-69. Lebensjahr | 1,2 % = | 62.000 Patienten |
| 70.-74. Lebensjahr | 2,8 % = | 101.000 Patienten |
| 75.-79. Lebensjahr | 6 % = | 180.000 Patienten |
| 80.-84. Lebensjahr | 13,3 % = | 285.000 Patienten |
| 85.-89. Lebensjahr | 23,9 % = | 190.000 Patienten |
| > 90. Lebensjahr | 34,6 % = | 215.000 Patienten |
| > 65. Lebensjahr | 7,2 % = | 1.033.000 Patienten |

(Zahlen DEUTSCHE ALZHEIMER-GESELLSCHAFT 2008)

GENETIK

Down-Syndrom Trisomie 21 → AD
APP-Gen auf Chromosom 21 → AD
Präsenilin-Gen 1 auf Chromosom 14 → AD
Präsenilin-Gen 2 auf Chromosom 1 → AD
→ weltweit ca. 400 genetisch belastete Familien

APOE-Gen auf Chromosom 21 = RF für AD bei
Hypercholesterinämie
des mittleren Lebensalters !

Familienangehörige mit Alzheimer Demenz

→ Risikofaktor (RF) 2,6 bei 1 Kranken
→ Risikofaktor (RF) 7,5 bei 2 Kranken

WEIBLICHES GESCHLECHT

KOPFUMFANG/HIRNGRÖÙE KLEIN

BEWEGUNGSMANGEL

ALKOHOL-MISSBRAUCH

NIEDRIGER SOZIAL + BILDUNGS-STAND

= niedriger sozialer Hintergrund

= niedrige intellektuelle Ausstattung

= geringe geistige Forderung

SCHÄDEL-HIRN-TRAUMEN

BLUTHOCHDRUCK

DIABETES MELLITUS

HYPERHOMOCYSTEINÄMIE

HYPERCHOLESTERINÄMIE

im mittleren Lebensalter

ÜBERGEWICHT

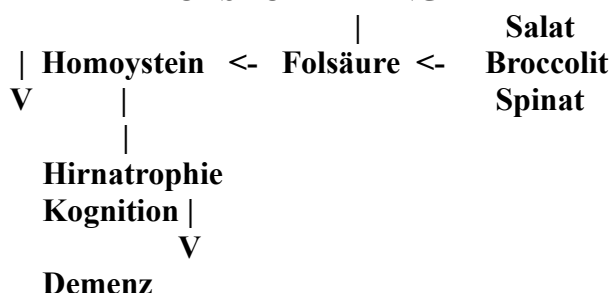
in jungen Jahren

UNGESUNDE ERNÄHRUNG

WENIG FISCH = wenig Omega-3- Fettsäuren

VIELE FESTE FETTE = viele gesättigte/transgesättigte Fette

FOLSÄURE-MANGEL



AUSBLICKE der MEDIKAMENTÖSEN BEHANDLUNG

- FOLSÄURE 800 µg/Tag | im Rahmen ausreichender | Hinweis: viel Folsäure
VITAMIN E 2000 I.E | Vitaminzufuhr insgesamt | + zu wenig B12 = schädlich
OMEGA-3-FETTSAUREN 1,8 – 4,8 g/Tag
→ in Studien als Adjuvans zu ACE-Hemmern bestätigt
→ kein rezeptpflichtiges Medikament in Deutschland bei AD

DIMEBON

- russisches Mittel gegen Reiskrankheit
→ stabilisiert Mitochondrien-Membranen
→ nervenzellen-schützender Effekt
(= neuroprotektiver Effekt)
→ in laufenden Studien:
kognitive Leistung gegenüber Placebo besser

STEATINE wie SIMVASTIN

- Effekt bei ALZHEIMER ERKRANKUNG über die
Regulierung des FETTSTOFFWECHSELS hinaus ?
→ Studien laufen

ANTI-ENTZÜNDLICHE MEDIKAMENTE

- NSAR Nichtsteroidale Antirheumatica
→ ASS Acetylsalicylsäure
→ CORTISON
→ Studien laufen, Cortison verschlechtert eher AD !!!

METHYLEN-BLAU 60 mg/Tag

- Besserung in Einzelfällen mit AD ?
→ Studien laufen

GRÜNER TEE

- reich an Antioxidantien, genaue Wirksubstanz unbekannt
→ in Bevölkerungen mit hohem Konsum weniger AD

„ LEBENSSTIL „ → AD, GESICHERTE THESE

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Problem der (interkulturellen) Übertragbarkeit „ therapeutischer „ Effekte | \ / / | APOE-Träger in Tanzania/Kenia ohne Demenz, da keine Hypercholesterinämie -i.G. zu Afro-Amerikanern in USA- d.h. Ernährung 1 Faktor multifaktoriellen Geschehens-> Übertragbarkeit einer Ernährungsfolge aus anderer Kul- tur (grüner Tee = weniger AD) auf Menschen in Deutsch- land mit AD-Risiko i.S. einer AD-Prävention schwierig ! |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DEPRESSION oder DEMENZ ?

| DEPRESSION | DEMENZ |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| subjektive Klagen > objektiver Befund | eher Bagatellisierungstendenzen |
| eher stabile depressive Verstimmung | Affektlabilität/ emotionale Umstimmbarkeit |
| Depression vor Kognitionsstörung | Kognitionsstörung vor Depression |
| (v.a. affektives) Morgentief | (v.a. kognitives) Abendtief |
| Schuldgefühle, Versagensangst | verneinend, Beschuldigung Dritter |
| rascher Beginn (< 6 Monate) | zumeist schleichender Beginn |
| Schlaflosigkeit | nächtliche Unruhe |
| familiäre Häufung Depression | familiäre Häufung Demenz |
| Alltagsaktivität eher erhalten | Alltagsaktivität eher eingeschränkt |
| Selbstabwertung | Tendenz zu Selbstüberschätzung |
| Antrieb/Leistungsfähigkeit sinken | Kompensationsversuche (Notizen) |
| Antidepressiva → Symptombesserung | Antidepressiva → Kognitionsstörungen unverändert |

Überlegungen zu Umgang und Therapie bei Dementen

Nach dem Philosophen ARTHUR SCHOPENHAUER (1788-1860) ermöglicht die KONKRETE INTUITIVE ERKENNTNISS als Funktion des VERSTANDES die Bildung von VORSTELLUNGEN der Dinge der Welt. Anders als beim Tier ermöglicht beim Menschen weiter die ABSTRAKTE REFLEKTIERENDE ERKENNTNIS der VERNUNF die Bildung von BEGRIFFEN, daraus THEORIEN und WISSENSCHAFTEN. Die BEGRIFFE als VORSTELLUNGEN von VORSTELLUNGEN ermöglichen dem Menschen AUFBEWAHRUNG, MITTEILUNG und ANWENDUNG des als VORSTELLUNG ERKANNTEN.

Nach dem Philosophen ERNST CASSIRER (1874-1945) bildet sich MENCHLICHES BEWUSSTSEIN und SELBSTVERSTÄNDNIS mit Hilfe SYMBOLISCHER FORMEN. Solche Symbolische Formen sind als SPRACHE, RELIGION, POLITIK, KUNST, WISSENSCHAFT, MAGIE und MYTHOS konstituierend für die menschliche Bewußtseinsentwicklung. Das aus ihren variablen und symbolvermittelnden Spannungsgestaltungen resultierende menschliche Selbstverständnis ist ein FRAGILES und KÜNSTLICHES KONSTRUKT. Auf den verschiedenen Ebenen unseres Wachbewußtseins werden Bedeutungsgebungen als symbolische Muster gespeichert und genutzt. IMMER NEUERE und SUBJEKTIV ABSTRAKTERE WEISEN einer SINNSTIFTUNG charakterisieren die „ABSTRAKTE HALTUNG „ des REIFEN ERWACHSENEN.

Wird durch eine HIRNSCHÄDIGUNG wie eine DEMENZ die im DURCHLEBEN IMMER NEUER SINNEBENEN gewonnene ABSTRAKTE HALTUNG des reifen Erwachsenen geschädigt, erfolgt eine AUSGLEICHSREAKTION, ein SELBSTTHEILUNGSVERSUCH: Der Erkrankte sucht sich eine neue Austauschene mit seinem Milieu: einen NATURNÄHEREREN, KONKRETEN, SINNSTIFTENDEN UMGANG. DIE ABSTRAKTEN EBENEN DER WELTERZEUGUNG GEHEN DEMGEGENÜBER WIEDER VERLOREN. Denken und Sprache werden weniger abstrakt. Es sind wieder frühere Ebenen weniger komplexer Welterzeugung erkennbar, wenn zu SINNLICHERER und KONKRETER, UNMITTELBARER HANDLUNGS- und AUSDRUCKSWEISE ZURÜCKGEKEHRT wird. Dieser SELBSTTHEILUNGSVERSUCH sollte von Angehörigen und Ärzten mitvollzogen werden, um dem Kranken den GESUCHTEN RESONANZRAUM nicht zu entziehen.

**Ist es dem Menschen angemessen, immer auf der Höhe der
ABSTRAKTEN HALTUNG DES REIFEN ERWACHSENEN
zu verbleiben oder kennzeichnet diese nicht doch ein
KOMMEN UND GEHEN
auf dem Weg von KINDHEIT zu ALTER ?**

~~~~~  
**Muß der Mensch immer auf der Höhe der  
ABSTRAKTEN HALTUNG DES REIFEN ERWACHSENEN VERBLEIBEN  
um für  
DIE ANGEHÖRIGEN SEINE BEDEUTUNG ZU BEHALTEN ?**

oooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

**Überlegungen zum Status der Dementen im Sozialsystem**

**Beispiel INVERSE CARE LAW:**

**„ ...AMBULANTER BEREICH:  
KRANKENKASSEN-AUSGABEN FÜR  
PSYCHIATRIE/PSYCHOTHERAPIE = 20/80 ... „**

**Prof.Nils Pörksen, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE  
10.12.2008 in Pirmasens: 10 JAHRE PSYCHIATRIE-BEIRAT:**

**Die Gelder und Hilfen landen nicht bei den Schwerkranken.  
Sie landen bei den leichter Kranken die besser und mehr fordern können  
und mit denen sich besser arbeiten läßt.**

**Demente Menschen sind psychiatrische Patienten,  
die ihre Rechte und Ansprüche schlecht oder gar nicht  
einfordern können**

**i.G.**

**zu Patienten in hoch- und straff-organisierten  
Interessens-Verbänden deren Mitglieder  
auch als**

**Beitragszahler, Wähler, Leserbriefschreiber etc.  
interessanter bis relevanter sind.**