

Bildungsakademie für Alten- und Krankenpflege

Lehrgang: Gerontopsychiatrische Fachkraft in der Altenhilfe

Abschlussarbeit

Thema:

Demenz vom Alzheimer Typ – Gnade des Vergessens?

Der Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung auf die Neurodegeneration des Gehirns und mögliche Bedeutung für Therapie und Betreuung von an Morbus Alzheimer erkrankten Menschen

Fach: Psychologie

Dozent: Herr Diekers

Abgabetermin:

Vorgelegt von: Ante Caljkusic

Kurs: Gerontopsychiatrische Fachkraft 05/11

Hinweis 1:

In der folgenden Arbeit habe ich darauf verzichtet, sowohl die weibliche als auch die männliche Form von Personenbezeichnungen anzuführen. Die grammatikalisch männliche Form wird von mir geschlechtsneutral verwendet.

Hinweis 2:

Bei Zitaten wurde die grammatikalische Schreibweise unverändert belassen

Hinweis 3:

Ich habe mir vorbehalten, mich bei der Beschreibung komplexer neurochemischer, biologischer oder auch technischer Zusammenhänge auf eine stark vereinfachte Darstellung (teils durch Zitierung) und nur in einem für das weitere Verständnis notwendigen Maße zu beschränken, um den gesetzten Rahmen meiner Arbeit nicht zu überschreiten.

Mein Leben kommt zu Ende
ich hatte meinen Anfang vergessen.
Mein Ende führt mich zum Anfang.
Ich habe mich selbst gefunden
ein letztes Mal
ganz.
Thea, 67

(Eigene Aufzeichnungen, 2006, Quelle unbekannt)

Inhaltsverzeichnis	Seite
1 Einleitung	
1.1 Begründung der Auswahl.....	5
1.2 Ziel der Abschlussarbeit.....	6
2 Allgemeines und Theorie zum Krankheitsbild der Demenz	
2.1 Allgemeine Definition.....	6
2.2 Kurze Symptom- und Verhaltensbeschreibung.....	7
2.3 Prävalenz und Prognose.....	8
2.4 Bisherige Theorien zu Krankheitsursachen.....	8
3 Alzheimer-Demenz als psychobiologischer Prozess	
3.1 Nichts genaues weiß man nicht - die Alzheimer-Forschung tritt auf der Stelle.....	9
3.2 Eine andere Sichtweise der Alzheimer-Krankheit.....	11
3.3 Directed forgetting - die Kunst, Dinge absichtlich vergessen zu können.....	13
3.4 Struktur des Gehirns - die Synapsen.....	13
3.5 Die neuronale Plastizität - "Use it or lose it".....	14
3.6 Schwerwiegende seelische Belastung und ein geistig inaktivierender Lebensstil als Risiko- faktor für die Alzheimer-Demenz.....	15
3.7 Ein Fallbeispiel.....	17
4 Fazit	
4.1 Überlegungen zu Therapie und Betreuung von Alzheimer-Erkrankten.....	19
4.2 Das Fehlen eines Gesamtkonzeptes für die Gerontopsychiatrie.....	20
4.3 Das Fundament.....	21
4.3.1 Notwendigkeit einer spezifischen Diagnostizierung der Erkrankung.....	21
4.4 Die psychotherapeutische Säule.....	22
4.4.1 Notwendigkeit von Psychotherapie im Anfangsstadium der Demenz.....	22
4.4.2 Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) nach Barbara Romero.....	24
4.5 Die Säule der Verhaltens- und Sozio-Therapie.....	25
4.5.1 Das Milieu.....	25
4.5.2 Nicht somatische Betreuungsansätze.....	25
4.6 Notwendigkeit einer sensiblen, psychologische und soziologische Hintergründe berücksichtigenden Biografiearbeit.....	26
4.7 Aufnahme- und Integrationsmanagement für Demenzerkrankte in stationären Einrichtungen.....	27
4.8 Nachgedanken.....	28
Anhang	
Endnoten.....	30
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	32
Ausdrucke.....	34

1 Einleitung

1.1 Begründung der Auswahl

Als regelmäßiger Besucher von Trödelmärkten stieß ich eines Tages an einem Bücherstand zufällig auf ein Taschenbuch, das meine Aufmerksamkeit erregte: „Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile Gene steuern“¹. Autor dieses Buches ist Prof. Dr. Joachim Bauer, Professor und Mediziner, der mir bis dato unbekannt war. Meine Kenntnisse in der Lehre der Genetik beschränkten sich zu diesem Zeitpunkt auf vage Erinnerungen an weit zurückliegende und nicht unbedingt von überbordendem Interesse der geneigten pubertierenden Schülerschaft begleiteten Unterrichtsstunden in Biologie zum Thema Mendelsche Vererbungslehre. „Chromosomen-Erna“ nannten wir seinerzeit unsere Biologielehrerin, was - neben dem Vererbungsvorgang bei grünen und gelben Erbsen - auch schon meine Kernerinnerung gut umschreibt.

Im oben genannten Buch beschreibt Prof. Dr. Joachim Bauer unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der neueren Hirnforschung den Einfluss von "zwischenmenschlichen Beziehungen, Umwelteinflüssen und individuellen Erfahrungen“² auf die Biologie unseres Körpers. Er zeigt auf, dass Gene nicht nur steuern, sondern auch gesteuert werden - von Signalen, die aus unserem sozialen Beziehungsmuster, unseren Alltagserfahrungen kommen.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass die Beziehungsgeschichte zwischen Umwelt und Person messbare neurobiologische und neuropsychologische Veränderungen bewirkt, geht Prof. Dr. Joachim Bauer auf diverse seelische Phänomene und ihre körperlichen Erkrankungsformen ein: Stress, Depression, Schmerzen, posttraumatische Belastungsstörungen, Gewalt und Missbrauch bei Kindern, Burnout-Syndrom.

„Gene sind keine Autisten“³ ist seine Aussage, sie reagieren auf die Erfordernisse der Umwelt, um die „Körperfunktionen an die jeweiligen Erfordernisse anpassen zu können.“⁴ „Gesundheitsschädliche, durch Lebensstile verursachte Signale regulieren bzw. fehl regulieren so lange, bis eine Gesundheitsstörung eingetreten ist.“⁵

Nach der Lektüre dieses Buches fing ich an darüber nachzusinnen, inwieweit nicht auch die mittlerweile als drohendes Damoklesschwert ins Bewusstsein der Bevölkerung verankerte Alzheimer-Erkrankung, die bedeutendste der neurodegenerativen Erkrankungen aus der Gruppe der primären Demenzen, in Verbindung mit der sogenannten neuronalen Plastizität unseres Gehirns (über dieses Thema hielt ich während meiner Ausbildung am Fachseminar für Altenpflege mein erstes Referat) vielleicht ebenfalls mit Signalen von unglücklichen Lebensstilen im Sinne lebenslänglicher psychosozialer Traumata zusammenhängen könnten, die die von der Medizinforschung immer noch als Ursache angesehenen neurodegenerativen mikroskopischen (Neurofibrillen, Beta-Amyloid-Plaques, Lewy-Körperchen), makroskopischen (globale Hirnatrophie, Vergrößerung der liquorgefüllten Hirnventrikel) sowie biochemischen (Neurotransmitterstörungen, v.a. Acetylcholin und Glutamat) Veränderungen letztlich verursachen.

Und ab wann wird dieser Prozess unumkehrbar? Schließlich neigen wir alle dazu, schmerzvolle und traurige Erinnerungen zu verdrängen, ohne gleich an Demenz zu erkranken. Gibt es außer den genannten noch andere dafür verantwortliche Faktoren?

1.2 Ziel der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich die Ergebnisse meines „Studiums“ dieses durchaus spannenden, ja faszinierenden Themas anhand von Internetrecherchen und Buchauszügen präsentieren.

Zunächst werde ich im Abschnitt 2 das Thema Demenz in allgemeiner und kurzgefasster Form erörtern (Definition, Symptomatik, Prävalenz und Prognose, Krankheitsentstehung), um schließlich im Abschnitt 3 unter Bezugnahme vor allem von Texten von Prof. Dr. Joachim Bauer, Adelheid von Stösser und anderer ausführlicher auf die Grundlagen einer neuen Sichtweise der Alzheimer-Demenz und seiner Entstehung einzugehen. Ich habe mir zum Zwecke der Beschreibung einer "typischen" Patientenkarriere erlaubt, ein Fallbeispiel aus dem Recherchenfundus von Adelheid von Stösser als kompletten Textauszug zu übernehmen. Eine gekürzte Zusammenfassung würde aus meiner Sicht die Bedeutung der psychologischen Hintergründe nur eingeschränkt vermitteln können.

Es ist nicht Ziel meiner Arbeit, einzelne Demenzformen ausführlich zu beschreiben (dies ist zu Genüge getan worden). Ebenso beabsichtige ich nicht, auf die unterschiedlichen Betreuungs- und Behandlungsansätze an sich einzugehen. Auch darüber gibt es umfangreiche und gute Literatur, die allen zugänglich ist.

Ziel meiner Abschlussarbeit ist es, für eine differenzierte Sichtweise der Entstehungsgeschichte von primär neurodegenerativen Erkrankungen, speziell der Demenz vom Alzheimer-Typ zu plädieren und damit auch bei allen in der Pflege direkt und indirekt, theoretisch und praktisch Tätigen zu einem besseren Verständnis der von uns betreuten alten Menschen mit Demenz beizutragen. Ich möchte einen neu zu definierenden Rahmen aufzeigen, in denen bestimmte Konzepte und Ansätze, die - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die psychosoziale Komponente berücksichtigen, Platz haben können.

Daher werde ich - im Abschnitt 4 - persönliche Überlegungen zu Therapie und Betreuung von an der Alzheimer-Krankheit erkrankten Menschen hinsichtlich einer schwerpunktmäßig psychobiografisch orientierten Pflege und Betreuung ziehen, insbesondere jener Erkrankten, die sich noch im Frühstadium ihrer Erkrankung befinden.

2 Allgemeines und Theorie zum Krankheitsbild der Demenz

2.1 Allgemeine Definition

Die Demenz "(lat. Dementia „ohne Geist“ bzw. Mens = Verstand, de = abnehmend⁶)" ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche Formen neurodegenerativer Erkrankungen und gehört zu der Gruppe der exogenen Psychosen. Es handelt sich bei der Demenz also nicht um eine einzelne

Krankheit, sondern um unterschiedliche Störungen der Gedächtnisleistungen. Dieses Krankheitsbild wird auch als "dementielles Syndrom" bezeichnet.⁷ Die WHO definiert diese als

ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.⁸

Im Gegensatz zu den endogenen Psychosen (depressive Erkrankungsformen, Schizophrenie) sind exogene psychische Störungen organisch bedingt. Innerhalb dieser Gruppe wird unterschieden zwischen eher kurzweiligen akuten Psychosyndromen mit oder ohne Bewusstseinstörung - Durchgangssyndrom nach stationären Behandlungen, Halluzinosen, Delirien, Amnesien beispielsweise aufgrund von Alkoholismus, Vergiftungen, Fieber - und chronischen (nach ICD 10 mindestens über 6 Monate bestehenden) hirnorganischen Erkrankungen, zu denen die Demenzen zählen.

Nach vorherrschender Lehrmeinung wird allgemein zwischen primär hirnorganisch verursachten Gehirnstörungen, die entweder degenerativ oder vaskulärer Art sind und den sogenannten sekundären Demenzen unterschieden, die als Folge einer anderen Grunderkrankung auftreten, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Medikamentenmissbrauch, Vitaminmangelzustände oder auch Depressionen. Hierzu gehören beispielsweise das Korsakow-Syndrom und die Demenz bei Morbus Parkinson.

Die Demenz vom Alzheimer-Typ gehört - neben der sogenannten Multi-Infarkt-Demenz (MID) - zur ersten Gruppe und ist die häufigste Demenzerkrankung (ca. 60 - 70 % aller Demenzformen). Sie ist im Gegensatz zu den sekundären Erkrankungsformen - hier ist eine Behandlung über ein therapeutisches Vorgehen gegen die zugrunde liegende Grunderkrankung grundsätzlich (zumindest teilweise) möglich, auch ein Rückgang der demenziellen Symptomatik ist nicht auszuschließen - nach heutigem Kenntnisstand der medizinischen Forschung weder heil- noch umkehrbar. Weitere primäre Hirnerkrankungen sind vaskuläre (gefäßbedingte) Demenzen, die Lewy-Körperchen-Demenz (DLB) und die frontotemporale Demenz (FTD). Sehr selten ist die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK). Im weiteren Verlauf meiner Abschlussarbeit werde ich mich ausschließlich auf die Alzheimer-Krankheit beziehen.

2.2 Kurze Symptom- und Verhaltensbeschreibung

Einschränkungen der Gedächtnisleistung stehen zu Beginn der Erkrankung (meist ab dem 65. Lebensjahr): Orientierungsstörungen, Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, Wortfindungs- und andere Sprachstörungen, reduziertes Konzentrationsvermögen. Hinzu kommen mit zunehmendem Verlauf der Erkrankung weitere Symptome wie Persönlichkeitsstörungen, ein

unangemessenes Gefühlsverhalten (Affektlabilität), Depressionen, Antriebsverminderung bis hin zur Antriebslosigkeit, Angetriebenheit (Agitiertheit), eine eingeschränkte Fähigkeit zum abstrakten Denken (Abstraktionsstörungen), Wahnvorstellungen (Bestehlungswahn, Eifersuchtswahn), Angstgefühle, stereotypes Wiederholen eines Wortes bzw. Festhalten eines Gedankens (Perseveration), Verlust des Urteils- und Kritikvermögens (Assessmentstörungen), zunächst Harn-, dann Stuhlinkontinenz, Störungen bei Planung und Vollzug von Handlungsfolgen (Apraxie), Wahrnehmungsstörungen (Agnosie). Während in der Anfangsphase einer Demenz ein normales Leben im angemessenen sozialen Rahmen selbständig noch möglich ist, benötigen Betroffene zunehmend Pflege und Betreuung, Hilfe und Unterstützung durch Dritte rund um die Uhr. Im weiteren Verlauf der Krankheit sind auch die einfachsten alltäglichen Verrichtungen nicht mehr möglich, sie gehen nicht mehr zur Toilette, können sich nicht mehr an- und ausziehen, nicht selbständig ihre Mahlzeiten annehmen, verlieren den natürlichen Tag- und Nachtrhythmus, werden schließlich bettlägerig und immobil. Der Beginn der SDAT ist unmerklich schleichend, der Verlauf chronisch progredient. Die Prognose beträgt ca. 8 bis 11 Jahre verbleibende Lebenserwartung nach Diagnostizierung, Todesursache ist meist eine nosokomiale Infektion oder Unfall.

2.3 Prävalenz und Prognose

Allein in Deutschland sind ca. 1,4 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, davon zwei Drittel aufgrund einer Alzheimerkrankheit. Bis zum Jahre 2040 wird mit bis zu 4 Millionen Kranken gerechnet.⁹ Die Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI) schreibt dazu:

Jedes Jahr sind mehr als 200.000 Menschen von der Diagnose Alzheimer betroffen.

Man vermutet, dass die Dunkelziffer noch weit höher liegt. Alzheimer ist im Wesentlichen eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Während nur 2-3 Prozent bei den 70-75-Jährigen betroffen sind, steigt die Häufigkeit der Erkrankung mit zunehmendem Alter an. Bei den über 90-Jährigen sind mehr als ein Drittel erkrankt.¹⁰

2.4 Bisherige Theorien zu Krankheitsursachen

Obwohl bereits seit dem beginnenden 20. Jahrhundert mit der Entdeckung amyloider Plaques (kleine Ablagerungen von Resten eines Proteins, das in Nervenzellwänden vorkommt und normalerweise vom Körper mit Hilfe eines Enzyms abgebaut werden) zwischen den Neuronen (Nervenzellen) des Kortex (Hirnrinde) von Kranken durch den Wiener Neuropathologen Emil Redlich sowie der sogenannten Neurofibrillenbündel (Bündel von Tau-Protein) innerhalb von Neuronen durch den Arzt Alois Alzheimer die Alzheimer-Forschung begann, ist die eigentliche Ursache der Erkrankung trotz wichtiger medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse unklar.

Ins Spiel gebracht werden neben den neurobiologisch-zerebralen Veränderungen genetische Faktoren, Intoxikationen durch Umweltgifte (Aluminiumtheorie), Störungen im Neurotransmitter-Haushalt, Infektionstheorien (Slow-Virus), zerebrale Vorschädigungen (z.B nach Unfällen), Autoimmun-Prozesse sowie Stoffwechsel- und Durchblutungsstörungen. Als Hauptrisikofaktor gilt das Alter.¹¹

3 Alzheimer-Demenz als psychobiologischer Prozess

3.1 Nichts genaues weiß man nicht - die Alzheimer-Forschung tritt auf der Stelle

Vor allem auf dem Gebiet der Molekularbiologie hofft man bis heute, den oder die krankheitsauslösenden Faktor(en) auf molekularer und genetischer Ebene zu finden. Doch trotz milliardenschwerer Forschung und unzähliger klinischer Medikamentenstudien hat die Pharmaindustrie bisher weder gesicherte Erkenntnisse über die eigentliche Krankheitsentstehung noch kann sie "das Alzheimer-Medikament" in absehbarer Zeit zur Verfügung stellen. Die Financial Times Deutschland (FTD) spricht mittlerweile vom "Milliardengrab Alzheimerforschung" und einer verzweifelten Pharmabranche. In einem Artikel vom 20.07.2011 auf der Website der FTD schreibt Michelle Röttger, Hamburg :

Verzweifelte Pharmabranche - Milliardengrab Alzheimerforschung

36 Millionen Menschen leiden weltweit an Alzheimer. Die globale Pharmaindustrie wittert die Chance auf einen Blockbuster und investiert Milliarden in die Forschung. Doch die Ergebnisse sind niederschmetternd.

Die Alzheimer-Forschung tritt trotz Milliarden-Investitionen mehrerer Unternehmen auf der Stelle. Bei der Erprobung neuer Medikamente haben Rückschläge nun sogar den Erfolg einer ganzen Wirkstoffklasse infrage gestellt. Weder Patienten noch Investoren können damit derzeit auf Fortschritte hoffen, nachdem Ende vergangenen Jahres das Patent auf den bisher wichtigsten Umsatzbringer ausgelaufen ist.

Stattdessen verlängert sich die Serie von Fehlschlägen. Bereits für ein Dutzend Wirkstoffe mussten die Pharmafirmen seit 2003 weit fortgeschrittene klinische Studien abbrechen.¹²

Die Süddeutsche Zeitung sieht in einem Artikel die Alzheimer-Forschung als gescheitert an:

Seit Mediziner versuchen, die Alzheimer-Krankheit zu behandeln, erleben sie eine Enttäuschung nach der anderen. Auch die Ratschläge, wie sich die Demenz vermeiden lässt, sind umstritten. Nun fordern Experten ein Umdenken.

(...) Die Alzheimer-Krankheit narret die Forscher seit sie diese zu heilen versuchen. Mit jedem neuen Wirkstofftest beginnt das gleiche Spiel, von dem Experten derzeit auf der Jahrestagung der internationalen Alzheimer-Gesellschaft in Paris berichten. Zunächst erscheint eine Substanz erfolgversprechend; manchmal bessern sich bei den Betroffenen tatsächlich einige Laborwerte.

Und doch steht am Ende stets die Kapitulation der Mediziner: Wir haben keine wirksamen Medikamente gegen Alzheimer. Es gibt keine effektive Therapie und erst recht keine Chance auf Heilung. Die Misserfolge und Rückschläge lassen Forscher zunehmend an der molekularen Alzheimerforschung zweifeln, die seit 25 Jahren als der einzige Schlüssel zum Erfolg gilt.

'Die bemerkenswerteste Eigenschaft der klinischen Medikamentenstudien ist ihr

wiederholtes Scheitern darin, irgendeine wirksame Therapie zu finden', spottet Peter Whitehouse von der Case Western Reserve University in Cleveland, Autor des Buches 'Mythos Alzheimer'.¹³

Die in der Neurobiologie favorisierte Theorie der Krankheitsentstehung aufgrund von durch Amyloid-Plaques und Neurofibrillenbündel verursachten hirnrorganischen Veränderungen gilt nicht mehr als gesichert wie Prof. Dr. Joachim Bauer in einem Vortrag auf einer Tagung der Alzheimer-Ethik e.V. in Verbindung mit der DGGPP (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.) zum Thema "Neue Aspekte der Alzheimer-Krankheit" erläutert:

Nicht nur bei der Amyloidpathologie, auch bei der neurofibrillären Degeneration stellt sich die Frage der Spezifität. Wir sehen die neurofibrilläre Degeneration bei einer ganzen Reihe von Hirnerkrankungen, so daß die Neuropathologen mit Recht annehmen, daß diese von Alzheimer entdeckte Form des Nervenzell-Untergangs eine Art gemeinsame Endstrecke bei einer ganzen Reihe unterschiedlicher Hirnerkrankungen ist. Sowohl die Amyloidpathologie als auch die neurofibrilläre Degeneration haben sich, für sich alleine betrachtet, als eine weder notwendige noch hinreichende Bedingung für die Entwicklung einer Alzheimer'schen Demenzerkrankung herausgestellt.¹⁴

Aus dieser Sicht scheint der Wissenszuwachs bezüglich der Krankheitsentstehung letztendlich nicht beeindruckend, denn 1911 hatte schon Alois Alzheimer die Amyloidpathologie in Frage gestellt.

Denn neurodegenerative Veränderungen in Form von zum Teil sogar massiven Amyloid-Ablagerungen fand er auch in Hirnen geistig gesunder Menschen.

So schrieb er 1911, "dass die Drusen (also die Amyloid-Plaques) nicht die Ursache der senilen Demenz, sondern nur eine Begleiterscheinung der senilen Involution des zentralen Nervensystems sind".¹⁵

In einer von David Snowdon, Neurologe an der Universität Kentucky, in den 90er Jahren durchgeführten Studie, der sogenannten "Nonnenstudie", wird der ungenügende ursächliche Zusammenhang zwischen pathologischen Eiweißablagerungen in menschlichen Hirnen und dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Gedächtnisleistungen ebenfalls festgestellt. Man fand heraus, dass Nonnen, die im Verlaufe ihres Lebens keinerlei Symptome einer Erkrankung zeigten, stark degenerativ veränderte Gehirnstrukturen besaßen, während tatsächlich demenziell erkrankte Nonnen kaum krankhafte Plaques-Ablagerungen in ihren Gehirnen aufwiesen. Fazit der Untersuchungen: "Es müssen noch andere Faktoren bei der Entstehung von Alzheimer eine wesentliche Rolle spielen".¹⁶

Auch das theoretische Gebäude, in der das Vorhandensein genetischer Veränderungen als ursächlich für die Alzheimer-Krankheit gesehen wird, hat Risse bekommen. So konstatiert Prof. Dr. Joachim Bauer in seinem (oben erwähnten) Vortrag, dass gerade mal 1 bis 2 % aller Alzheimer-Demenzen aufgrund nachweisbarer genetischer Veränderungen entstehen. Somit handele es sich

bei der Erkrankung nicht um einen erblichen Krankheitsfall.¹⁷

Der deutsche Molekularbiologe Konrad Beyreuther, Professor am Zentrum für Molekulare Biologie der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg, der an den Grundlagen der Alzheimer-Krankheit forschte und eines der mit Alzheimer in Verbindung gebrachten Gene ausfindig machte, stellt fest: "Es gibt keine einzige klinische Studie, die Erfolg gebracht hat. Dabei dachten wir anfangs, wenn wir den molekularen Schurken finden, haben wir die Krankheit im Griff."¹⁸

3.2 Eine andere Sichtweise der Alzheimer-Krankheit

Eine alte Weisheit der Dakota-Indianer besagt: "Wenn Du entdeckst, dass Du ein totes Pferd reitest, steig ab."¹⁹

Prof. Dr. Joachim Bauer vermutet, dass die Erfolglosigkeit der Medizin in Sachen Alzheimer etwas damit zu tun haben könnte, dass sie nur somatische Ursachen sucht "und nicht am Menschen ansetzt."²⁰

Das angesichts dessen notwendige Umdenken in der Sichtweise der Alzheimer-Krankheit könnte zunehmend ein ganzheitliches Verständnis der Erkrankung ins Spiel bringen, in der schon seit längerem bestehende Erkenntnisse der Stressforschung und der Psychobiologie berücksichtigt werden.

So schreibt die deutsche Pflegeexpertin Adelheid von Stösser, die in einem Artikel ihre Ausführungen auf die psychosoziale Verursachung der Alzheimer-Erkrankung fokussiert und eben hier den Ansatzpunkt setzt, um "anderen wie sich selbst diese Krankheit ersparen zu können."²¹, dass die Theorie der primär neuropathologisch verursachten Gehirnstörung angesichts neuester Erkenntnisse der Neurowissenschaften "in einem völlig anderen Licht" erscheint.²²

Sie sieht in Übereinstimmung mit Prof. Dr. Joachim Bauer vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren in Form einer unbefriedigenden, das Selbstwertgefühl beeinträchtigenden sozialen Interaktion des Menschen mit seiner Umwelt als Ursache für neurodegenerative Veränderungen an. Dies um so mehr je dürftiger das soziale Netz sei. Dies werde durch neuere Studien unterstützt.²³

Im 2002 erschienenen Buch "Integrierte Medizin" stellt Prof. Dr. Joachim Bauer in einem Auszug die Frage:

Lässt sich die Alzheimer-Krankheit vor dem Hintergrund der Erkenntnisse über die neuronale Plastizität als ein psychobiologischer Prozess verstehen, bei dem die Beziehung zwischen Person und Umwelt im Wechselspiel steht mit den neuropsychologischen und neurobiologischen Veränderungen?²⁴

Gedanklicher Exkurs: Der Einfluss der Psyche auf körperliche Vorgänge wird übrigens auch in der Existenz des relativ jungen Forschungsgebietes der Psychoneuroimmunologie (PNI) deutlich, die sich in zahlreichen Projekten mit der Wirkung der Psyche auf das Immunsystem und dem Nervensystem beschäftigt.

Schon im "Das Gedächtnis des Körpers" schreibt Prof. Dr. Joachim Bauer, dass es Signale aus der

Umwelt bzw. der Seele sind, die die Genaktivität im Körper regulieren und es dem Menschen somit ermöglichen, sich fortwährend an veränderte Bedingungen im sozialen Bereich anzupassen. Er stellt fest, dass Lebensstile Signale verursachen können, die die Genaktivität solange negativ beeinflussen bis gesundheitsschädliche Auswirkungen eintreten. Dieses Prinzip sei für fast alle großen Volkskrankheiten verantwortlich. Zwischenmenschliche Erfahrungen und psychische Prozesse spiegeln sich in unserem Gehirn in Form von biologischen Signalen wider. Diese regen die Ausschüttung von Neurotransmittern an, die wiederum für die Regulation von Genen im Gehirn und im Körper verantwortlich sind.

Prof. Dr. Joachim Bauer verweist dabei auf Untersuchungen einer deutsch-amerikanischen Forschergruppe um Angelika Bierhaus und Clemens Kirschbaum, die ultimativ nachweisen konnten, "dass psychosozialer Stress direkt Transkriptionsfaktoren (Anm.d.d.Verf.: Proteine, die direkt an die menschliche DNS anbinden und die Aktivität der Gene erhöhen oder erniedrigen können) aktivieren und die Genaktivität regulieren kann."²⁵

Dass schwerwiegende Dauerstresserfahrungen Auswirkungen auf die neurochemischen Prozesse im Gehirn haben und auf diese Weise für degenerative Veränderungen im Gehirn verantwortlich zeichnen, zeigt Prof. Dr. Joachim Bauer in seinen Ausführungen über Untersuchungen an Menschen, die während des zweiten Weltkrieges lange Zeit unter massivem Stresssituationen gestanden haben (Seeleute und Insassen von Konzentrationslagern). Bei vielen von ihnen wurden schwere Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistungen festgestellt. Es gelte als medizinisch gesichert, dass dies negative Folgen von lang andauerndem Stress sei.²⁶

Zum Thema Demenz geht Prof. Dr. Joachim Bauer in seinem Buch zwar nicht ein, allerdings behandelt er im Kapitel 13 "EFFEKTE VON TRAUMEN AUF GENE UND STRUKTUREN DES GEHIRNS: DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG", Abschnitt "VOM EIGENEN KÖRPER WIE GETRENNT: DISSOZIATION ALS TRAUMAFOLGE" die Folgen von traumatischen Lebenserfahrungen und -situationen.

Bei diesem Phänomen handelt es sich um eine sehr typische Reaktionsweise der Seele in Situationen, die ein Mensch in keiner Weise mehr ertragen beziehungsweise seelisch nicht mehr aushalten kann. Diese Entfernung von sich selbst, um aus der tatsächlichen unerträglichen Situation herauszukommen, bezeichnet man als *Dissoziation*.

(...) Aus psychologischer Sicht ist die Dissoziation ein so genannter "Abwehrmechanismus" beziehungsweise ein "Bewältigungsversuch", um aus einer emotional nicht mehr aushaltbaren Situation herauszukommen.²⁷

Diese Aussage beschäftigte mich sehr. Ich fing an darüber nachzudenken, ob dieser seelische Mechanismus, der Abstand zur eigenen Identität schafft, der sozusagen dafür sorgt, dass man sich vom eigenen Befinden entfernt, nicht nur bei einmaligen traumatischen Erlebnissen, sondern auch bei lebenslänglichen seelischen Traumata funktioniert und in seiner schwersten Form, nämlich

einer irreversiblen von fortschreitenden hirnrorganischen Schäden begleiteten "Derealisation" zur Demenz vom Alzheimer-Typ führen kann.

Der Mediziner und Gerontologe Erich Grond spricht von der "Regression im Dienste des Ichs":

"wenn Ältere äußere und innere Belastungen nicht mehr bewältigen können, brauchen sie eine Regression im Dienste des Ichs, ...".²⁸

Tom Kitwood, englischer Sozialpsychologe und Psychogerontologe und Entwickler der Theorie des person-zentrierten Ansatzes, geht davon aus, dass jeder Mensch individuelle Bedürfnisse hat, die es im Laufe des Lebens zu befriedigen gilt. Gelingt dies nicht, treten diese verstärkt in den Vordergrund. Als Folge der unerfüllten Bedürfnisse zieht sich der Mensch in sich zurück. Dies sieht Kitwood als potenziellen Auslöser für eine demenzielle Erkrankung an.

"Eine maligne Sozialpsychologie kann das Nervengewebe möglicherweise schädigen. Eine Demenz kann möglicherweise durch die Belastungen des Lebens induziert werden."²⁹

Ein seelischer Rückzug als Flucht vor unlösbaren Problemen, sozusagen als letzter Rettungsversuch der Seele? Die Alzheimer-Demenz als Gnade des Vergessens?

3.3 Directed forgetting - die Kunst, Dinge absichtlich vergessen zu können

In "wissenschaft-online" stieß ich auf einen Artikel über das sogenannte "direct forgetting", eine in der Kognitionsforschung so bezeichnete lebenswichtige Eigenschaft des menschlichen Gedächtnisses, Dinge absichtlich vergessen zu können, um sich wichtiges besser merken zu können. Dieser Trick, so paradox er auch erscheinen mag, funktioniert auch und gerade bei emotional sehr belastenden Erlebnissen. "Die traumatische Amnesie gilt auch als Schutzmaßnahme des Gehirns."³⁰

Demenz als möglicherweise radikalste Form des Vergessenwollens traumatischer, unerträglicher Lebenssituationen? In meiner Tätigkeit in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ausprägungen hatte ich in Gesprächen mit diesen und den Angehörigen wiederholt erfahren, dass sich die Erkrankten - meist nach einem belastendem Ereignis wie zum Beispiel Tod des Ehepartners oder Trennung - zunehmend schwer getan haben, sich in der Gegenwart zurecht zu finden. Sie waren nicht mehr in der Lage, das von einer traumatisch empfundenen Vergangenheit (häufig mangelnde Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen als lebenslanger roter Faden) und einer scheinbar trostlosen Zukunft in dramatischer Weise eingesperrte Hier und Jetzt zu bewältigen, zogen sich immer mehr in sich selbst zurück, in die eigene Gefühlswelt, bis schließlich die Gegenwart "nackt" da stand, dauerhaft ihrer Grundlage, der Vergangenheit und ihrer Zukunft beraubt.

3.4 Struktur des Gehirns - die Synapsen

Bevor ich nun auf das Thema "neuronale Plastizität" zu schreiben komme, um dann im anschließenden Kapitel den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungsfaktoren auf die Stabilität der Gehirnstrukturen zu konkretisieren, möchte ich die Gehirnstrukturen anhand einer Textstelle aus dem oben erwähnten Vortrag von Prof. Dr. Joachim Bauer zum Thema "Neue Aspekte der

Alzheimer-Krankheit:..." skizzieren, da er diese in knapper, übersichtlicher und für das weitere Verständnis ausreichender Form beschreibt. Detailliertere Informationen über die Gehirnstruktur bieten Anatomiebücher und unzählige Webseiten.

Im Abschnitt "Die Beziehung zwischen persönlichen Erfahrungen, Lebensweise und synaptischen Verbindungen von Nervenzellen" heißt es dort:

Die „Grundausstattung“ des gesamten menschlichen Gehirns besteht nach neuesten Schätzungen aus über 20 Milliarden (d. h. über 20×10^9) Nervenzellen. *(Anm.d.d.Verf.: mittlerweile vermutet man, zwischen 100 Milliarden und 1 Billion Nervenzellen)* Davon stehen über 10 Milliarden Nervenzellen dem mit seinen Windungen über die Hirn- Oberfläche ausgebreiteten Hirnmantel (Cortex) zur Verfügung. Im Hirnmantel (Cortex) haben die „höheren“ Wahrnehmungs- und Steuerungsfunktionen ihren Sitz, hier ist unsere intellektuelle Intelligenz beheimatet.

Das Gehirn lässt Denken und Fühlen, Wahrnehmen und Beurteilen, Planen und Handeln durch eine Arbeitsweise geschehen, die auf einer einheitlichen Grundregel beruht: Alle mentalen Operationen werden durch Verbindung von Nervenzellen (oder von Nervenzell- Gruppen) ermöglicht. Diese Verbindungen werden durch Fortsätze vollzogen, die jede Nervenzelle in ihr näheres und in ihr weiteres Umfeld schickt. An den Enden dieser Fortsätze befinden sich kleine Kontaktflächen, die Verbindung zu einer anderen Zelle haben und eine sogenannte Synapse bilden. Jede Nervenzelle ist mit bis zu 10.000 solcher Synapsen mit anderen Nervenzellen „verbunden“, „verschaltet“ oder „verknüpft“. Synapsen dienen dem Austausch von Nerven-Botenzstoffen („Neurotransmitter“). Auf der Verbindung zwischen Nervenzellen der Hirnrinde beruhen alle geistigen Vorgänge, von einfachen Wahrnehmungen angefangen bis hin zur Fähigkeit, komplexe oder abstrakten Vorstellungen und gedankliche Operationen auszuführen. Komplexe Wahrnehmungen und Vorstellung beruhen auf synaptischen Verschaltungen von Nervenzellen zu Nervenzell-Netzwerken.³¹

3.5 Die neuronale Plastizität - "Use it or lose it"

In der Zeit meiner Ausbildung zum Altenpfleger lernte ich während der Vorbereitung eines von mir im Fachseminar gehaltenen Referates zum Thema "Neuronale Plastizität" (Aufzeichnungen nicht mehr vorhanden) zum ersten Mal die Tatsache kennen, dass die Nervenzellstruktur, also die synaptischen Verbindungen im menschlichen Gehirn, keine unveränderbare "Hardware" ist, sondern sich lebenslang verändert. Das Gehirn ist nicht mit der Platine eines Computers zu vergleichen, auf dem alles statisch verdrahtet ist. Es passt sich ständig an die Erfordernisse der Umwelt an und verändert dafür ihre Nervenzellstruktur. Erst dies ermöglicht das Lernen, ist aber auch im Falle einer zerebralen Schädigung (z.B. nach einem Trauma oder einem Apoplex) überlebensnotwendig, wenn ausgefallene Hirnareale von benachbarten Nervenzellgebieten

kompensiert werden müssen.

"Use it or lose it" - "Nutze es oder verliere es" - dieser von amerikanischen Wissenschaftlern geprägte Ausdruck ist die Quintessenz der neuronalen Plastizität. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass Nervenzell-Verbindungen, die ständig gebraucht (und damit erregt) werden und somit Neurotransmitter (Botenstoffe) austauschen, über die Aktivierung von dafür zuständigen Genen die Stabilität ihrer Netzwerkstruktur verstärken. Es ist bekannt, dass geistig früh und intensiv geförderte Kinder eine sehr viel komplexere Gehirnstruktur entwickeln als Kinder, die in einem geistig anspruchslosem Milieu leben.

Noch einmal Prof. Dr. Joachim Bauer, der folgendes in seinem oben erwähntem Vortrag ausführt:

"Synapsen entstehen und bleiben nur dann erhalten, wenn sie auch gebraucht werden. Synaptische Aktivität hat den Erhalt und die strukturelle Verstärkung der Synapse und der beiden an ihr beteiligten Nervenzellen zur Folge."³²

Das Wissen um die Formbarkeit und Anpassungsfähigkeit unseres Gehirns stammt nicht nur aus zahllosen Tierversuchen, sondern auch aus neu entwickelten Untersuchungsmethoden mit diversen bildgebenden Verfahren wie zum Beispiel der Magnetresonanztomografie (MRT), der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) und der Positronenemissionstomographie (PET), die es ermöglichen, dem Gehirn quasi bei seiner "Arbeit" zuzuschauen, ohne den Schädel dafür öffnen zu müssen.³³ Von einer näheren technischen Erklärung der o.g. Bildgebungsverfahren möchte ich hier absehen, weil diese für das Thema meiner Abschlussarbeit nicht relevant ist.

Mittlerweile haben Hirnforscher herausgefunden, dass die Wandlungsfähigkeit des Gehirns bis ins hohe Alter erhalten bleibt und die Lernfähigkeit des Menschen lebenslanglich besteht.³⁴

Das Mythos vom unaufhaltsamen stetigen Zerfall der Hirnkapazitäten bei fortschreitendem Alter ist widerlegt, wie Lawrence C. Katz und Manning Rubin, führende Hirnforscher, in ihrem Buch "Neurobics - Fit im Kopf" aufzeigen. Mit einer neuen Disziplin, der "Neurobics" (aus "Neuronen" und "Aerobics" beschreibt Katz in diesem Buch wie man seine mentalen Fähigkeiten - ähnlich wie Muskeln trainieren kann.³⁵

Die andere Seite der Medaille ist die Tatsache, dass nicht benutzte, quasi stillgelegte synaptische Verbindungen nicht nur dauerhaft inaktiv bleiben, sondern sich zurück bilden und so zerstört werden. Prof. Dr. Joachim Bauer: "Fehlende geistig-seelische oder fehlende körperliche Aktivität kann zur strukturellen Auflösung der synaptischen Verbindung und in der Folge sogar zur Schädigung der beteiligten Neurone führen."³⁶

3.6 Schwerwiegende seelische Belastung und ein geistig inaktivierender Lebensstil als Risikofaktor für die Alzheimer-Demenz

Unter Berücksichtigung der vorherigen Kapitel lässt sich die Vermutung aufstellen, dass ein "Sich-Zurückziehen-Von-Dieser-Welt" als seelische Kapitulation vor Lebensproblemen dazu führen kann, dass entsprechende Synapsen und ganze Nervenzellwerke aufgrund von Nichtbenutzung abgebaut werden. Dieser Synapsen-Untergang gehört nachweislich zu den pathologisch relevanten Faktoren

wie Prof. Dr. Joachim Bauer in seinem Vortrag ausführt.

In zahlreichen Studien weltweit hat man die Lebensläufe von Alzheimer-Patienten vor allem auf die Art der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung untersucht.³⁷

In der wissenschaftlichen Fachzeitschrift "Proceedings of the National Academy of Sciences" wurden im Jahre 2001 die Ergebnisse einer Untersuchungsreihe des Neurologen Dr. Robert Friedland veröffentlicht:

Robert Friedland fand, ähnlich wie viele andere Studien zuvor, Folgendes: Seelisch-geistige Aktivität und die Ausübung aktiver Hobbies in der Lebensphase zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr vermindert das Risiko, später an Alzheimer zu erkranken, um das dreifache. Andererseits fanden sie: Fernsehen und andere Merkmale eines passiven Lebensstils erhöhen das Risiko einer späteren Alzheimer-Krankheit.³⁸

Weitere Untersuchungen von Alzheimer-Lebensläufen ergaben, dass es vergleichbare Gestaltungsmuster von Beziehungen sowohl zum Partner als auch zur Umwelt gegeben hat.³⁹

So wurden bei den später Erkrankten übereinstimmende Charaktereigenschaften beschrieben wie zum Beispiel Warmherzigkeit, Weichheit und Anteilnahme. Allerdings zeigte die Studie auch auf, dass eben diese sich aus der "selbständigen und aktiven Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse"⁴⁰ zurückgezogen hatten. Entscheidungen wurden nicht mehr getroffen, Probleme wurden nicht mehr gelöst. Dies wurde überwiegend dem Partner überlassen. Demnach führte eine bestehende Abhängigkeit des später Erkrankten von der jeweiligen Bezugsperson zwar zur Alltagsuntauglichkeit, solange sich dieser jedoch der Unterstützung des Partners sicher sein konnte, profitierte er aber auch davon, denn er musste keine Entscheidungen mit Konfliktpotential treffen, der Partner - der subjektiv aus der Sicht des "Beschützers" davon ebenfalls einen seelischen Nutzen zog - nahm ihm ja alles ab. Eine derart gekennzeichnete Partnerschaft konnte es dem später Erkrankten auf dieser Weise ermöglichen, sein Leben in einer Art "Elfenbeinturm" (im Sinne von Weltabgeschiedenheit) zu führen. Doch diese Form symbiotischer Partnerbeziehung scheint sich jahrelang hinziehen zu können, ohne dass es zu erkennbaren klinischen Zeichen einer Demenz kommt. Erst ein zusätzliches schweres Belastungsereignis, das zum Beispiel aufgrund von Beziehungskonflikten oder Tod zum Wegfall der beschützenden Unterstützung des dominanten Partners führt, vermag den Elfenbeinturm zum Einsturz zu bringen und damit den allein Gelassenen in eine seelische Konfliktsituation, die dieser als ausweglos und unentrinnbar empfinden musste.⁴¹

Adelheid von Stösser fasst anschaulich zusammen:

Am Anfang dieses Kreislaufes stünde demnach nicht, wie bislang von der Wissenschaft angenommen, der Abbau von Synapsen, sondern eine seelische Belastungssituation, eine dem Betroffenen unerträgliche und ausweglos erscheinende Lage, die ihn kapitulieren lässt. Infolgedessen verliert er das Interesse an der Umwelt, also auch an den Daten und Erinnerungen. (...) Gefährdet für diese Krankheit scheinen

vor allem Menschen, in deren Bild persönliche wie auch familiäre Probleme schlecht passen, empfindsame, harmonieliebende Naturen, die Konfrontationen und offene Auseinandersetzungen zeitlebens zu meiden versuchten.⁴²

3.7 Ein Fallbeispiel

Ich möchte nun zum Zwecke der Veranschaulichung der Auswirkungen psychosozialer Belastungsfaktoren innerhalb einer seelisch-traumatisierenden Gestaltung einer Partnerschaftsbeziehung im Hinblick auf eine mögliche Alzheimer-Erkrankung ein Fallbeispiel aus dem Recherchenfundus von Adelheid von Stösser in voller Länge aufführen. Hier wird nicht nur deutlich wie sich eine als ausweglos empfundene Lebenssituation in einen schleichenden seelischen Rückzug entwickeln kann, der schließlich zur Demenz-Erkrankung führt, sondern auch wie sich eine unspezifische, zwar gut gemeinte, jedoch die psychosozialen Ursachen der Alzheimer-Demenz nicht berücksichtigende therapeutische Intervention zum Teufelskreis von zunehmender Affektlabilität, Abhängigkeit und medikamentösen Gegenmaßnahmen, dem Circulus vitiosus, führt und zur weiteren Verschlechterung des Geisteszustandes des erkrankten Menschen beitragen kann.

In dem Fallbeispiel geht es um eine 68jährige Frau, deren Leben innerhalb der klassischen Rollenverteilung als Mutter, Ehe- und Hausfrau von ihr als eine Aufgabe empfunden wird, zu der sie sich verpflichtet gefühlt hatte, nämlich klaglos für ihren Mann und die Kinder da zu sein und ihre (Haushalts-)Pflichten zu erfüllen. Anschaulich beschreibt Adelheid von Stösser die verhängnisvolle psychologische Entwicklung in Richtung Resignation, Selbstaufgabe, Rückzug, beginnender Einschränkung der Alltagskompetenz bis hin zur Diagnose einer Alzheimer-Demenz.⁴³

Die 68 jährige Frau A verspürte schon lange keine Lust mehr täglich kochen zu müssen. Vielleicht hatte ihr diese Tätigkeit nie besondere Freude gemacht, und vermutlich hatte sie auch nicht besonders gut gekocht, weshalb ihr Essen selten gelobt wurde. Die meisten Frauen würden diese Unlust zum Ausdruck bringen - also z.B. ihrem Mann sagen: "Du, ich habe jetzt lange genug jeden Tag gekocht, ich möchte auch mal meine Rente von diversen leidigen Hausfrauenpflichten einreichen." Jedenfalls würden sie versuchen, diese Belastung bewusst abzubauen. Aber Frau A war da anders veranlagt. Ihr "Selbstanspruch" (tyrannisches Gewissen) konnte ein Eingeständnis von Unlust nicht zulassen, gegenüber einer als Verpflichtung erlebten Aufgabe, weder sich selbst noch ihrem Mann oder ihren Kindern gegenüber. Schließlich war die Hausarbeit im klar reglementierten Familienleben ein Hauptbestandteil ihres Lebenswerkes. Sie hatte nie laut gegen die klassische Rollenverteilung opponiert und bis zu ihrer Krankheit gewissenhaft diese vermeintliche Pflicht erfüllt. Ihre Unlust steigerte sich ins unerträgliche, nachdem ihr Mann berentet worden war, und in seiner gewohnt dominierenden Art alles und jedes was im Haushalt passierte oder aus seiner Sicht passieren müsste, kommentierte. Frau

A fühlte sich hierdurch ständig in Ihrer "Berufsehre" als Hausfrau gekränkt, gab sich Anfangs jedoch große Mühe, ihrem Mann alles recht zu machen. Hinzu kam, dass sie Streitereien hasste, sehr empfindsam und harmoniebedürftig war und sich in Auseinandersetzungen ihrem Mann gegenüber unterlegen fühlte.

Mit der Zeit gärte und brodelte es in ihr immer mehr, sie mag manches mal innerlich gekocht haben, schluckte ihren Ärger jedoch herunter. Während sie sich nach Außen hin weiterhin Mühe gab, entwickelten sich in ihrem Inneren jedoch bereits Rückzugserscheinungen, etwa in Form mangelnder Konzentration und Aufmerksamkeit. Beispiel Einkaufszettel: Früher brauchte Frau A keinen Einkaufszettel, sie hatte im Blick was fehlte und es reichte zu wissen, was sie kochen wollte, um die erforderlichen Zutaten einkaufen zu können. Nun, da sie einerseits unter Druck stand, andererseits jedoch innere Ablehnung verspürte, konnte es passieren, dass sie im Geschäft stand und beim besten Willen nicht mehr hätte sagen können, was sie kaufen wollte. Erwartungsdruck - Aversion - Interesselosigkeit - Nachlässigkeit wirken hier zusammen. So stand Frau A mitunter im Geschäft vor den Regalen, ohne Plan und Einkaufszettel, und griff gewohnheitsgemäß Dinge heraus, die man irgendwie immer braucht, wie beispielsweise Salz oder Mehl oder Toilettenpapier. Zu Hause angekommen, stellt ihr Mann sie vielleicht zur Rede, weil auf diese Weise schon 10 Päckchen Salz gehortet wurden, und er nun nochmals los musste, um die notwendigen Zutaten für das Mittagessen zu kaufen. Solche Vorkommnisse trugen natürlich nicht zur Verbesserung des Klimas oder der Kochlust bei, sondern im Gegenteil. Als sie sich häuften, kompensierte Herr A die Lage, indem er regelmäßig Einkaufszettel schrieb und irgendwann den Einkauf alleine tätigte. Doch bei dieser Ausfallerscheinung blieb es nicht, immer häufiger kam es vor, dass Frau A z.B. Salz mit Zucker verwechselte oder Zutaten miteinander vermischte, die das Essen ungenießbar machten. Der Höhepunkt war jedoch, als Frau A eines Tages eine Plastikschißel, anstatt des Metalltopfes, auf die Herdplatte stellte, um darin die Kartoffeln zu kochen und anschließend mit einer Rauchvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden musste. Mit diesem Ereignis war der Verdacht auf Alzheimer quasi besiegelt, der sich durch entsprechende Tests tatsächlich bestätigte.

Nun hatte Frau A eine anerkannte Krankheit, die sie ein Stückweit von persönlichen Schuldgefühlen entlastete und von den ungeliebten Haushaltspflichten entbunden hat. Vergessen/Verdrängen lästiger Pflichten auf der einen Seite, Krankheitsbescheinigung auf der anderen, verhalfen dieser Frau zu einer vorübergehenden Entlastung.

Wie verhängnisvoll sich eine unspezifische Ergotherapie auswirken kann, in der das - psychosoziale Aspekte der Krankheitsentstehung nur vordergründig berücksichtigende - Postulat, ehemals ausgeübte, verlorene Fertigkeiten wieder zu "aktivieren", die Spirale der

persönlichen Abwärtsentwicklung vorantreiben kann, zeigt dann der Schluss:

Ironie des Schicksals: Doch weil er den Zusammenhang nicht sah, verordnete ihr Arzt eine Ergotherapie, die vor allem darauf abzielte, der Patientin durch beharrliches Training, die verlorengegangene Fähigkeit des Kochens erneut anzueignen. Und wieder mühte sich diese arme Frau ab, es allen recht zu machen, denn nun litt sie daran, dass sie so vergesslich war und das Leben ihr buchstäblich aus den Händen glitt. Ihrer Abhängigkeit von anderen wuchs von Tag zu Tag, bald konnte sie nicht mehr alleine zu Hause bleiben, geschweige denn, das Haus verlassen, ohne dass Unheil zu befürchten stand. Phasen von Apathie und innerer Getriebenheit bis hin zu nie gekannten Wutausbrüchen, wechselten sich ab. Medikamentös versuchte man diesen auch für den Angehörigen schwer erträglichen Zustand zu kaschieren. Hin- und hergerissen von Bedauern und Verärgerung ob des unberechenbaren Verhaltens seiner Frau, erkrankte schließlich auch Herr A, musste mehrere Wochen ins Krankenhaus. Frau A kam ins Pflegeheim. Als ihr Mann sie dort besuchte, erkannte sie ihn nicht mehr, behandelte ihn wie einen Fremden, reagierte sogar mit lautstarker Abwehr wenn er sie anzufassen versuchte.⁴⁴

Dieses Beispiel, so Adelheid von Stösser, sei durchaus ein exemplarisches Beispiel, wenn auch Hausarbeit und die Partnerbeziehung "nicht der springende Punkt sein muss".

4 Fazit

4.1 Überlegungen zu Therapie und Betreuung von Alzheimer-Erkrankten

An dieser Stelle möchte ich erneut auf die für die folgenden Überlegungen notwendige Voraussetzung hinweisen, dass der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellte kausale Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren, deren subjektiv krankmachende Erfahrung zu einem Abbau des Selbstwertgefühls führt, und hirndegenerativen Prozessen (Hirnatrophie, Amyloidplaques-Bildung, Neurofibrillendegeneration) wie sie Prof. Dr. Joachim Bauer, Kropiunigg, Kondo und Mitarbeiter und viele andere in Studien und Untersuchungen aufzeigen konnten, sowohl in der Alzheimer-Forschung als auch in der Pflegewissenschaft und in gerontopsychiatrischen Einrichtungen als reale Möglichkeit berücksichtigt wird.

Die Forderung nach Implementierung einer neuen Sichtweise mag sich zunächst utopisch anhören, (Adelheid von Stösser zieht hier einen Vergleich zu Kopernikus und seiner Theorie der Erdbewegung um die Sonne), doch mittlerweile weisen Wissenschaftler und Pflegeexperten in zahlreichen Vorträgen, Schriften, Büchern auf die psychische Komponente der Alzheimer-Demenz hin. Prof. Dr. Joachim Bauer, Erich Grond, Adelheid von Stösser seien hier nur stellvertretend genannt. Dass die offizielle Alzheimer-Forschung davon noch weit entfernt ist und immer noch nach DER alleinigen Ursache im neuropathologisch-biochemischen Bereich sucht, sollte nicht entmutigen. Der Verdacht, dass hier auch finanzielle Aspekte der weltweiten Forschung der Pharmaindustrien an der eher einseitigen somatischen Ausrichtung eine Rolle spielen, sei an dieser

Stelle gestattet.

4.2 Das Fehlen eines Gesamtkonzeptes für die Gerontopsychiatrie

Auffallend ist, dass für Deutschland empirische Studien über die Auswirkungen von gerontopsychiatrischen Konzepten fehlen. Internationale Untersuchungen entsprechen aus Sicht der hiesigen Forschung nicht den nationalen Standards, das Fehlen standardisierter Instrumente lässt einen Vergleich unterschiedlicher Studien nicht zu und die Bedingung, dass eine Datenerhebung durch "unabhängige Experten" erfolgt, wird zumeist nicht erfüllt.⁴⁵

Doch sei die Frage erlaubt, ob in der Pflege nur das wissenschaftliche Erwiesene zählen darf, ohnehin ist der größte Teil der Pflegemaßnahmen bisher nicht "evidenzbasiert". Fast alle nichtsomatischen Konzepte und Ansätze beruhen auf persönlichen und therapeutischen Erfahrungen und ihre "Wissenschaftlichkeit" begründet sich ausschließlich darin, dass sie den Menschen in der Praxis geholfen hat. Es ist Aufgabe der Wissenschaft, die einzelnen Methoden auf ihren anhaltenden praktischen Nutzen im Verhältnis zum Aufwand zu vergleichen und Aussagen zu treffen. Das Prinzip "Was hilft ist recht - was schadet ist schlecht!"⁴⁶ hat sich bei vielen Erfolg versprechenden Konzepten in der Praxis bewährt. Die pragmatische Frage lautet: tut es nach subjektiver Einschätzung der Einrichtung oder der Betreuungspersonen den Erkrankten gut oder nicht? Im ersten Fall wird der Ansatz dann weiter verfolgt, ein wissenschaftlicher Beweis scheint hier eher zweitrangig zu sein. "Just do it!"⁴⁷

Doch was letztendlich fehlt ist *ein* Gesamtkonzept in der Gerontopsychiatrie statt vieler isoliert nebeneinander liegender Ansätze. Ein praktisch-theoretisches "Gebäude", das auf drei Säulen ruhen könnte: der biologisch-somatischen (medikamentösen) Therapiesäule, der psychotherapeutischen Säule und der Säule der Verhaltens- und Sozio-Therapie - unter Einbeziehung neuester (pflege-) wissenschaftlicher Erkenntnisse, wobei endlich auch die moderne Ernährungsforschung aus ihrem Schattendasein geholt werden könnte. In so einem "Gebäude" könnten - ganz im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit - alle weiter unten erwähnten in der Praxis schon erprobten und bewährten Betreuungskonzepte und Therapien ein "Zuhause" finden, abhängig von der Entscheidung der jeweiligen Verantwortlichen. Das Fundament würde auf der Arzt-Patient-Beziehung aufbauen können und wäre hier eine frühzeitige Erkennung und Diagnostizierung der Alzheimer-Demenz.⁴⁸ Und warum sollten in diesem Gebäude nicht auch spirituelle Elemente Eingang in eine Pflge-theorie finden, die den Menschen ganzheitlich als bio-psycho-sozio-spirituelles Wesen begreifen und nicht nur philosophischen und ethischen Aspekten Raum gibt, sondern auch in Verbindung mit psychotherapeutischen Ansätzen neue Möglichkeiten der persönlichen Weiterentwicklung aufzeigen?⁴⁹

Für die Pflegewissenschaft wäre die Ausarbeitung eines solchen ganzheitlichen, die positiven Aspekte der unterschiedlichen Ansätze vereinigenden Konstruktes, seine wissenschaftlich-theoretische Beschreibung sowie die anschließende modellhafte praktische Implementierung eine spannende Herausforderung. Die Aufgabe der Pharmaindustrie würde sich - in Abkehr vom

Postulat der rein somatischen Sichtweise der Erkrankung - auf die medikamentöse Behandlung von therapierschwerenden bzw. -verhindernden neurophysiologischen Veränderungen beschränken, um Betroffenen Zugang zu den soziopsychologischen Angeboten zu ermöglichen und ihr Leiden zu vermindern.

Welche positiven Auswirkungen und Effekte auf das seelische Wohlbefinden sich aus dem Wechselspiel von - sich vielleicht sogar als symbiotisch erweisenden - unterschiedlichen Therapie- und Betreuungsansätzen ergeben, ist noch gar nicht abzusehen, bietet aber sicherlich eine spannende und vielleicht auch verblüffende Aussicht. In welchem Ausmaß Auswirkungen auf die volkswirtschaftlichen Bilanzen im Sinne von Kostenersparnissen zu erwarten sind, kann ich hier nicht beurteilen, ist meiner Meinung nach jedoch nicht auszuschließen. Die Berechnung soll den Experten der entsprechenden Institutionen überlassen bleiben.

4.3 Das Fundament

4.3.1 Notwendigkeit einer spezifischen Diagnostizierung der Erkrankung

Die notwendige Voraussetzung eines solchen Gesamtkonzeptes ist und bleibt eine rechtzeitige und richtige Diagnose der jeweiligen Demenzform. Doch trotz mittlerweile umfangreicher wissenschaftlich fundierter Instrumente und Leitlinien aber auch von bildgebenden Verfahren sowohl für die hausärztliche als auch die neurologische Diagnostik sind immer noch unspezifische Diagnosen wie HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) oder DEMENZ anzutreffen.

Eine richtige Diagnose wird nur durch 16% der Hausärzte und 68% der Fachärzte gestellt.⁵⁰

In der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) Leitlinie Nr.12 "Demenz" heißt es: "Wissen über diagnostische Verfahren und adäquate Behandlungsmöglichkeiten ist nicht ausreichend vorhanden" sowie "eine Diagnosestellung erfolgt oft spät".⁵¹

Beziehungswise gar nicht: In der Mai-Ausgabe der Fachzeitschrift "Neurology" (2011) wird eine Untersuchung von spanischen Wissenschaftlern vorgestellt, die unter anderem das Ergebnis hatte, dass bei jüngeren Alzheimer-Patienten (vor dem 55 Lebensjahr) nur jede zweite Alzheimer-Erkrankung aufgrund unspezifischer Symptome von den Medizinern erkannt wurde.⁵²

Wie ich in 2.1 ausgeführt habe, gibt es neben der Alzheimer-Erkrankung noch weitere, meist organisch bedingte Demenzen, die ihre Ursachen in Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen haben. Hierzu zählt man die vaskuläre Demenz als zweithäufigste aller Demenzen. Da der Behandlungsschwerpunkt hier auf einer kausalen Therapie wie der Behandlung der für die Durchblutungsstörungen im Gehirn verantwortlichen Grunderkrankung sowie der Risikofaktoren liegt und auch die medikamentöse Therapie einen anderen Schwerpunkt hat als bei der Alzheimer-Erkrankung, halte ich eine möglichst genaue Diagnose der Demenzform durch den Hausarzt - als meist ersten Ansprechpartner - für eine im Sinne des in den vorherigen Kapitel meiner Arbeit ausgeführten psychosozial geprägten Behandlungs- und Betreuungsstrategie für unabdingbar.

Pfleger sollten bei vorliegender unklarer Diagnose bei einem Patienten/Bewohner den Arzt darauf

ansprechen. Mit dem o.g. DEGAM-Leitlinie Nr.12 "Demenz" stehen - neben medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlungsformen - speziell für den Hausarzt ausführliche Informationen über geeignete Untersuchungs- und Testverfahren für die Eigen- und Fremdanamnese zur Verfügung (Die Leitlinie ist im Internet bzw. über die DEGAM frei zu beziehen).

Erwähnenswert erscheint mir an dieser Stelle die Arbeit von sogenannten Gedächtniskliniken, auch Memory-Kliniken genannt. Seit den frühen 80er Jahren bieten diese ambulanten Einrichtungen - im Betrieb häufig neben stationären psychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen aber auch Universitäten laufend - eine umfassende und ausführliche Diagnostik in Sachen Demenz. Dabei geht es neben der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Demenzkrankheiten auch um die Beratung von Familienangehörigen. Ein breites Spektrum an Fachleuten (Psychiater, Internisten, Neurologen, Psychologen und Sozialpädagogen) ist hier interdisziplinär tätig und bietet auch psychotherapeutische Hilfen in Form von Vermittlungen von psychosozialen Therapien, Training oder Selbsthilfegruppen an.

4.4 Die psychotherapeutische Säule

4.4.1 Notwendigkeit von Psychotherapie im Anfangsstadium der Demenz

Eine psychobiologische Sichtweise der Entstehungsgeschichte von primär neurodegenerativen Erkrankungen, speziell der Demenz vom Alzheimer-Typ scheint meines Erachtens ein in sich stimmiges und schlüssiges Erklärungsmodell zu sein und wird in Fachkreisen auch zunehmend diskutiert. Leider ist diese Theorie in der breiten Bevölkerungsschicht nicht bekannt und alle Welt - und hier sind insbesondere Betroffene und Angehörige zu nennen wie ich aus zahlreichen Gesprächen erfahren habe - hofft auf eine rein medikamentöse Hilfe der Pharmaindustrie. Auch in der Gruppe der Hausärzte und Neurologen scheint sich diese Sichtweise auf die jeweiligen therapeutischen Ansätze nicht durchgesetzt zu haben: man verschreibt sogenannte Antidementiva. Dies sind Medikamente, die den Krankheitsverlauf zwar nicht aufhalten, jedoch verzögern können sollen. Hierzu gehören Medikamente aus der Gruppe der Memantine, der Acetylcholinesterasehemmer und der Nootropika.

Körper und die Psyche werden immer noch getrennt gesehen, und nur ersterer wird behandelt, obwohl vieles darauf hindeutet, dass es auch und gerade die Psyche ist, die Hilfe bräuchte. Nur zu häufig werden seelische Störungen bei der Alzheimer-Demenz nicht diagnostiziert und damit auch nicht behandelt. Eine als begleitende Therapiemaßnahme durchgeführte medikamentöse Behandlung hat sicher seine Berechtigung, reicht als Schwerpunkt therapeutischer Interventionen erfahrungsgemäß jedoch nicht aus.

Häufiger wird die medikamentöse Behandlung mit ergotherapeutischen Interventionen kombiniert. Dies erweist sich nach meinen Erfahrungen zwar als sinnvoll, ist als alleinige therapeutische Maßnahme jedoch nicht ausreichend, um die im Frühstadium der Demenz auftretende massive seelische Belastung zu reduzieren.

Da psychosoziale Faktoren wie mangelnde Wertschätzung eines Menschen und fehlende als befriedigend erfahrene Beziehungen bei der Alzheimer-Entstehung eine so große Rolle zu spielen scheinen, ist nach Prof. Dr. Joachim Bauer hier ein therapeutischer Ansatzpunkt zu sehen: die psychologische Hilfe für durch das Wort noch zu erreichende Menschen im Anfangsstadium der Erkrankung.

In einem im Informationsdienst Wissenschaft schon 1997 veröffentlichten Pressemitteilung über die Ergebnisse einer an der Uni Freiburg durchgeführten Studie wird berichtet, dass Menschen im Frühstadium der Demenz in einer seelisch sehr belastenden Situation sind und eine starke Verunsicherung erleben. In Verbindung mit der gut gemeinten Hilfe von "überfürsorglichen" Angehörigen zögen diese sich noch weiter von der Teilnahme am Alltagsleben zurück. Nun habe man überraschenderweise herausgefunden, dass im Anfangsstadium Erkrankte "von psychotherapeutischen Gesprächen ueberraschend gut profitieren koennen."⁵³

In meiner bisherigen Tätigkeit als Altenpfleger ist mir bisher kein einziger Fall von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen bei demenziell erkrankten Menschen begegnet. Dabei sind nicht nur die seelischen Auswirkungen der Psychotherapie sondern auch die körperlichen hirnganischen Veränderungen aufgrund dieser Behandlungen durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt - und zwar unabhängig von der Art der geistigen Erkrankung.⁵⁴

Mittlerweile gibt es genügend Erfahrungswerte von Anwendungen psychotherapeutischer Ansätze an Bewohnern von stationären Einrichtungen. Ergebnisse von Studien weisen auf positive Aspekte sowohl in objektiv messbaren Faktoren (Psychopharmakaverbrauch, Krankenhausaufenthalte etc.) als auch in subjektiven Beurteilungen der Patienten und der beteiligten Berufsgruppen.⁵⁵

Da die psychosoziale Problematik in der Regel innerhalb partnerschaftlicher Beziehungsgestaltung begründet liegt, ist es von großer Bedeutung, dass auch die Angehörigen in die psychotherapeutischen Interventionen mit einbezogen werden.

In seinem o.g. Vortrag führt Prof. Dr. Joachim Bauer aus, dass wissenschaftliche Untersuchungen einer Arbeitsgruppe um Mary Mittelmann aus New York gezeigt haben, dass

auf das Beziehungssystem des Patienten ausgerichtete Interventionen (also Paar- und/oder Familientherapie) zu einer massiven seelischen Entlastung von Patient und Angehörigem führen und bereits in relativ geringer Therapie-„Dosis“ signifikante positive Effekte auf den Krankheitsverlauf zeigen. Aus gesundheitspolitischer Sicht bedeutsam erscheint, dass, wie die Studie von Mary Mittelman zeigte, durch eine paar- und familientherapeutische Intervention insbesondere die kostenrelevante Übersiedlung aus der Familie in ein Heim signifikant hinausgezögert werden konnte.⁵⁶

Das Werkzeug des Psychotherapeuten ist das Wort. Meiner Meinung nach weisen die oben erwähnten Untersuchungen darauf hin, dass es sich um ein überaus wirksames Werkzeug handelt.

Was kann schlimmer sein als bewusst den Zerfall all dessen zu erleben, was einen als Person ausmacht, der langsame Verlust des eigenen Selbst noch vor dem körperlichen Tod.

Der Forderung Prof. Dr. Joachim Bauers nach Angeboten einer psychotherapeutischen Behandlung für im Frühstadium an Alzheimer erkrankte Menschen und ihrer wichtigsten Bezugsperson kann ich nur zustimmen. Dies setzt dann aber auch eine ausführliche psychiatrische Befunderhebung voraus. Die vielgepriesene Interdisziplinarität in Einrichtungen der Altenpflege könnte hier eine sinnvolle Erweiterung erfahren.

4.4.2 Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) nach Barbara Romero

Eine besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang nach die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) nach Dr. Barbara Romero. Die SET, die ich an dieser Stelle nur skizzieren möchte, ist eine (neuro-)psychologisch basierte Therapieform, in der die Erhaltung des Selbst des Kranken in jeder Phase der (Alzheimer-)Krankheit das Ziel ist. In einem interdisziplinärem Team von Psychotherapeuten, Pädagogen und Ärzten wird - unter Einbeziehung der Angehörigen (s.o.) - mit dem Kranken sowohl in Einzel- als auch in Gruppeninterventionen daran gearbeitet, seine Lebensqualität, aber auch das seiner Angehörigen zu verbessern, sein Selbstverständnis immer wieder neu aufzubauen und den fortschreitenden Verlust der Fähigkeiten durch kontinuierliches Üben (hier wird der Begriff des "Überlernens" benutzt) aufzuschieben. Zum Konzept gehören zum Beispiel die gemeinsame Erarbeitung von Beschäftigungsprogrammen auf der Grundlage biographischer Erinnerungen, Möglichkeiten und Interessen, kunst- und sporttherapeutische Aktivitäten ebenso wie gemeinsame erlebnisorientierte Freizeitgestaltung und therapeutische Anregungen für die Alltagsgestaltung. Nicht Korrektur, sondern Unterstützung steht im Vordergrund. Beispielfhaft sollen hier einige der Betreuungsprinzipien im SET aufgeführt werden:

1. Das Vermeiden von vermeidbaren Veränderungen

Eine kontinuierliche Erhaltung des Selbst benötigt auch eine milieuspezifische Kontinuität, d.h. eine vertraute Umgebung, Möbel, Gegenstände, Räume, ebenso wie eine überschaubar gestaltete regelmäßige Tagesstruktur. Dies soll einen stabilisierenden Einfluss auf das Selbst haben.

2. Eine kontinuierliche Beziehung zu einer Bezugsperson

Zur Förderung eines kontinuierlichen Selbsterhalts wird hier die Notwendigkeit stabiler Beziehungen zu einer Bezugsperson thematisiert, gerade in Institutionen der Altenpflege wirkt ein häufiger Personalwechsel diesem Prozess der Erhaltung des Selbst entgegen.

3. Vermeidung von Erlebnisarmut und Eintönigkeit.

Hier wird im Rahmen der Therapie auch auf die Bedeutung kleiner Erlebnisse wie zum Beispiel körperliche Erschöpfung nach einer Bergtour, Einladungen, Friseurbesuche etc. hingewiesen.⁵⁷

Die SET nach Barbara Romero scheint mir in besonderer Weise der von Prof. Dr. Joachim Bauer in seinem Buch "Die Alzheimer-Krankheit. Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie." beschriebenen Wichtigkeit einer "multimodalen"⁵⁸, d.h. körperlichen, motivationalen und kognitiven Aktivierung zu entsprechen. Auch hier ist der biografische Ansatz zum Verstehen der inneren Erlebenswelt und des Verhaltens des Erkrankten ein wichtiges Element.

Ob und wie weit der Kostenfaktor psychotherapeutischer Behandlungen für die abrechnenden

gesetzlichen Krankenkassen eine Rolle bei der mangelnden Inanspruchnahme dieser Leistungen oder die Beschränkung auf bestimmte Therapieformen spielt oder einfach nur mangelndes Wissen der Verantwortlichen in der Pflege ausschlaggebend ist, soll in meiner Arbeit nicht Gegenstand meiner Ausführungen sein. Es scheint mir jedoch einleuchtend zu sein, dass eine Verzögerung bzw. Verlangsamung des Abbaus geistiger Fähigkeiten und ein dadurch bedingtes Hinausschieben des Eintritts der Schwerstpflegebedürftigkeit mit einer Kostenersparnis für Pflegeversicherungen verbunden sein dürfte.

4.5 Die Säule der Verhaltens- und Sozio-Therapie

4.5.1 Das Milieu

Da die Möglichkeit, dass am Beginn der Alzheimer-Erkrankung zunächst eine seelische Verletzung gestanden hat und sich erst nachfolgend eine neurodegenerative Symptomatik entwickelte, nach dem oben genannten durchaus realistisch zu sein scheint, ist es meiner Meinung nach geboten sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegebereich eine Umgebung zu schaffen, in der "die Beziehung zum Pflegenden das wichtigste Medikament für Menschen mit Demenz darstellt"⁵⁹. Ein Ort, der geprägt ist von Empathie und einer akzeptierenden Grundhaltung der dort tätigen Menschen und "in der Emotion und Gefühl viel mehr Raum gegeben wird".⁶⁰ Ein Zuhause, in der eine seelisch-geistige Atmosphäre herrscht, welche sich wohltuend auf die Seele auswirkt. Wo niemand dem Erkrankten seinen zunächst fehlenden Willen zur Gestaltung seiner kommunikativen Wirklichkeit übel nimmt. Dieses Umfeld sollte im Gegenteil unausgesprochen die Möglichkeit berücksichtigen, dass diese Menschen letztlich vergessen und verdrängen wollen, was sie ein Leben lang belastet hat. Sie suchen ihr Glück in der Flucht in Scheinwelten, weil sie es in der realen Welt nicht länger ausgehalten haben. Wenn sie dort ihr seelisches Gleichgewicht finden, dann sollen sie ein Recht darauf haben. Die fehlende Mitwirkung des Erkrankten an der Konstruktion seiner Umgebung sollte auf empathisch-effektive Weise kompensiert werden.

Ein recht einzigartiges Konzept hat man in den Niederlanden entwickelt, in dem eine passend zugeschnittene "Scheinwelt" eben dies "so normal wie möglich" ermöglichen soll: das "Alzheimerdorf" De Hogeweyk bei Amsterdam, ein künstliches Dorf, in dem mehr als 150 Demenz-Kranke in einer Welt leben, die ihnen "leichte Orientierung, Geborgenheit und Sicherheit gewährt".⁶¹ Es gibt viele Wege.

Erich Schützendorf, Diplom-Pädagoge und Autor zahlreicher Bücher über die Altenpflege hat den wunderbaren Slogan "In Ruhe verrückt werden dürfen" geprägt.⁶²

Genau darum geht es.

4.5.2 Nicht-somatische Betreuungsansätze

Auch wenn in der deutschen Pflegelandschaft immer noch die körperliche Verrichtungsfähigkeit des alten Menschen im Vordergrund steht und häufig Überbehütung (durch Angehörige oder durch die stationäre Einrichtung) und Fremdbestimmung die Verwirrung der Erkrankten noch steigern und das Gesundheitswesen durch ebenfalls körperlich orientierte Pflegeeinstufungs-Leitlinien

diejenige Pflege belohnt, die die ihnen anvertrauten Menschen kränker macht statt sie gesunden zu lassen, gibt es nichtsdestotrotz eine Vielzahl von gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsansätzen sowie Pflgetheorien, die die seelische Komponente der Erkrankung berücksichtigen und in der der Mensch nicht auf einen Pflegefall reduziert wird, sondern als Person mit seinen Gefühlen und seinem Erleben im Mittelpunkt des Geschehens steht. Die Aktivierung findet hier neben der körperlichen auch auf der Ebene der Motivation, der Kognition und der Psyche statt. Zunehmend erarbeiten Pflegeeinrichtungen Pflege- und Betreuungskonzepte mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, wobei auch ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, in denen man die Enge eines stationären Alltags vergeblich suchen wird, eine stetig wachsende Rolle als Alternative zur Heimeinweisung spielen werden.

Nur der Vollständigkeit halber sollen diese Konzepte beispielhaft Erwähnung finden, ein ausführliches Eingehen liegt nicht in der Intention meiner Arbeit, auch findet meinerseits durch die Reihenfolge der Aufzählung keine Favorisierung einzelner Konzepte statt.

Da wären die person-zentrierte Pflege nach Kitwood, der mäeutische Ansatz (erlebensorientierte Pflege nach Cora van der Kooij), Validation, die Milieuthérapie, die Reminiszenz-Therapie (REM), Erinnerungspflege, Tiere im Heim, Basale Stimulation®, Snoezelen, Musiktherapie, Humor in der Pflege, weitere kreative Therapien und die Aromapflege.⁶³

Vielversprechend und somit der besonderen Erwähnung wert halte ich eine in Frankreich bekannte Pflegemethodik insbesondere für Menschen mit Demenz, die "Zuwendungsorientierte Pflege" nach dem Vorbild von Yves Gineste und Rosette Marescotti. Auch bei dieser Methodik geht es vor allem um den Erhalt des Selbstwertgefühls alter Menschen, insbesondere im täglichen Umgang miteinander. Auf der Grundlage der Annahme, dass ein Mensch sich erst durch die Wahrnehmung anderer als Mensch fühlt, wird der täglichen Beziehungsgestaltung große Aufmerksamkeit zuteil. Die Basis bilden vier Säulen, die einem Menschen das Selbstwertgefühl geben sollen, nämlich der Blick, die Ansprache, die Berührung, die aufrechte Position. Hierauf wird an einer Beziehungskonstruktion gearbeitet, die einen entspannten, freundlichen und zugewandten Umgang mit dem Bewohner ermöglicht, frei von jedem Aggressionspotential von Seiten des Personals und des Bewohners. Natürlich ist dieser Gedanke auch in oben aufgeführten Konzepten enthalten, entscheidend in der französischen Methodik ist jedoch die Konsequenz und Durchgängigkeit dieser Einstellung. Das Konzept wird sowohl kurativ als auch präventiv angewandt und ist in der Lage, Menschen auch im fortgeschrittenem Stadium der Demenz vor der totalen Regression zu bewahren. Ähnlich wie beim Mäeutik-Konzept sind für den Erfolg keine technischen Hilfsmittel und auch keine Medikamente maßgeblich. Es ist allein die Art der menschlichen Begegnung, der Berührung, der Nähe und der Ansprache in Kombination mit Fachwissen und Technik.⁶⁴

4.6 Notwendigkeit einer sensiblen, psychologische und soziologische Hintergründe berücksichtigenden Biografiearbeit

In der Pflege alter Menschen ist biografieorientiertes Arbeiten zwar schon seit längerem Usus und

eine große Zahl von Biografiebögen und Dokumentationsblättern wurde entwickelt, um eine ganzheitliche Pflege und Betreuung, in deren Mittelpunkt der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Gewohnheiten steht zu ermöglichen. Nur in wenigen Fällen existieren jedoch Standards zur Biografiearbeit, die Vorgehensweise ist meist uneinheitlich und beschränkt sich häufig auf die Auflistung chronologischer Lebensdaten und gelegentlich auf bestimmte Gewohnheiten und Rituale, die eine individuelle Tagesgestaltung (die sich erstaunlicherweise bei der überwiegenden Zahl der Altenheimbewohner in der Regel sehr gleich) ermöglichen sollen und eher einen Bezug zu körperlichen Verrichtungen haben (Ess-, Schlafgewohnheiten, Körperpflege, Hobby etc.). Biografiearbeit fristet - psychologisch gesehen - immer noch ein Nischendasein, ist im besten Fall ein "must-have" der Qualitätssicherung, das schließlich auch vom MDK kontrolliert wird. Eine Biografie, die auch die oben genannten psychologischen Zusammenhänge aus dem Leben eines an Alzheimer erkrankten Menschen berücksichtigt, ist jedoch nicht die Regel. Häufig ist über die Person mit Demenz nur wenig bekannt.

Es gibt unterschiedliche Pflegemodelle, in denen der einzelne, ganz persönliche Mensch mit seiner ganz besonderen Lebensgeschichte und -weise gewürdigt wird und in denen die Erhebung einer sogenannten Seelen-Biografie die Grundlage eines person-zentrierten Ansatzes von Betreuung und Pflege für Menschen mit Demenz darstellt.

Zu nennen ist hier beispielhaft die Psychobiographische Pflegelehre und das Psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm („Jeder Mensch sollte wenigstens eine Stunde pro Tag der Wichtigste sein“), in der die Demenzerkrankung nicht als rein organische Erkrankung gesehen wird, sondern als im obigen Sinne auf seelisch-affektiver Grundlage interpretierbares Problem. Böhm spricht von einer thymopsychischen Biografie⁶⁵, in der es um die Prägung der Gefühlswelt des demenziell veränderten Menschen geht.⁶⁶ Dies setzt nach Böhm das Wissen um seelisch bedeutsame Ereignisse im Leben des Betroffenen, um Lebensbewältigungsstrategien (copings) und um die jeweiligen kulturellen, sozialen und zeitgeschichtlichen Hintergründe voraus. Nur eine solcherweise erstellte Biografie lässt - auf dem ersten Blick vielleicht merkwürdig erscheinende - Verhaltensweisen des demenziell veränderten Menschen verstehen. Ebenfalls sei der Vollständigkeit halber an dieser Stelle das Integrative Pflegekonzept® nach Maria Riedl genannt, auch hier spielt die Biografiearbeit in der "Betonung und Förderung des Selbsthilfepotentials alter Menschen" eine wesentliche Rolle.⁶⁷

Dass eine gefühlsbetonte, frühere Genüsse und Sinnesfreuden sowie Lebensbewältigungsstrategien (copings) freilegende Biografie im Hinblick auf den Umgang mit den sensiblen Informationen und Daten ganz besonders hohe ethische und moralische Anforderungen an Einrichtungen und Pflegekräfte stellt, scheint mir diskussionswürdig, soll jedoch in dieser Arbeit nicht erörtert werden.

4.7 Aufnahme- und Integrationsmanagement für Demenzerkrankte in stationären Einrichtungen

Schon seit einigen Jahren gibt es einen vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der

Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandard "Entlassungsmanagement" für stationäre Einrichtungen, die das Ziel hat, eine angemessene poststationäre Versorgung in der Behandlung und Betreuung von entlassenen Patienten oder Pflegebedürftigen zu gewährleisten.⁶⁸

Da eine Alzheimer-Demenz meist erst nach Auftreten klinischer Symptome diagnostiziert wird und bis dahin schon einige Jahre unerkannt bestanden haben kann, ist gerade nach einschneidenden Ereignissen wie einem längerem Krankenhausaufenthalt (z.B. aufgrund von bei Alzheimer-Erkrankten häufig vorkommenden Sturzereignissen mit Verletzungsfolgen) eine auffällige Verschlechterung der Gedächtnisleistungen sowie der Verringerung der Alltagskompetenzen zu beobachten), so dass ein Heimaufenthalt die einzige Alternative zu sein scheint. Dort angekommen, kann sich dieser Prozess in der ungewohnten, neuen Lebenssituation einer stationären Einrichtung fortsetzen. Man fühlt sich irgendwie abgeschoben, in die Entscheidung nicht mit einbezogen, von der eigenen Familie übergangen. Die Pflegeexpertin Adelheid von Stösser spricht hier sogar von einem rasanten Verlauf der Verschlechterung. Anschaulich beschreibt sie die möglichen Folgen einer daraus resultierenden Abwärtsspirale in der geistig-seelischen Entwicklung des alten Menschen bis hin zur völligen Desorientiertheit und den Verlust der Eigenständigkeit, wenn es dem Heim nicht gelingt, ihn in dieser kritischen Phase der Lebensumstellung zu unterstützen und aufzufangen.⁶⁹

Hier erweist sich meiner Meinung nach die Notwendigkeit eines auf das Entlassungsmanagement aufbauenden Aufnahme- und Integrationsmanagement für Demenzerkrankte in Heimen als Teil eines gerontopsychiatrischen Gesamtkonzeptes. Dabei sollte - und zwar in Abhängigkeit der diagnostizierten Demenzform - nicht nur der technische Ablauf des Einzugs in das Seniorenzentrum beschrieben werden, sondern auch psychosoziale Komponenten sollten Berücksichtigung finden. Wie ist die seelische Situation des Bewohners, wie die der Angehörigen? Welche konkrete psychotherapeutische Intervention wird benötigt? Welche Aufgaben kommen der Bezugspflege vor allem in den ersten Wochen der Eingewöhnung zu (Integrationsphase)? Welche gerontopsychiatrischen Betreuungsangebote können gleich zu Beginn gemacht werden?

Wünschenswert wäre es aus meiner Sicht, hierzu einen Expertenstandard zu entwickeln, in denen unter anderem auch Erkenntnisse der psychobiologischen Wissenschaft und Forschung einfließen. Dieser könnte und sollte auch in modifizierter Form in ambulanten Einrichtungen der Altenpflege und den sogenannten Demenz-Wohngemeinschaften implementiert werden.

4.8 Nachgedanken

In meinem Referat "Rotwein in der Demenzprävention - mit Dionysos gegen die Demenz"⁷⁰ habe ich die gesundheitsfördernden Auswirkungen moderaten Weingenusses im Hinblick auf die Entwicklung einer Alzheimer-Erkrankung beschrieben ("Das französische Paradoxon"). Ich berichtete darüber, dass tausende von wissenschaftlichen Studien die demenzprotektive Wirkung von moderatem Rotweinkonsum belegen und beschränkte mich in meinem Vortrag überwiegend auf die somatischen Prozesse, die - wissenschaftlich belegt - von den im Rotwein enthaltenen

Substanzen, den Polyphenolen, positiv beeinflusst werden. Während der Ausarbeitung der vorliegenden Abschlussarbeit drängte sich mir - parallel zum Erkenntnisprozess - die folgende Frage in den Vordergrund:

Wenn psychosoziale Belastungsfaktoren ursächlich für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz sind, könnte dann nicht der Umkehrschluss erlaubt sein, dass Rotweintrinker deswegen weniger erkranken als Abstinenzler, weil der Genuss von Wein etwas mit einem positiven Lebensgefühl, einem aktivierenden, weil motivierendem Lebensstil zu tun hat, der sozusagen neurobiologische Stressfaktoren außen vor lässt? Der klassische (maßvolle) Weintrinker lässt im Moment des Genusses "die Seele baumeln", an schönen Sommerabenden, am Ufer eines gemächlich dahintreibenden Flusses sitzend, auch die Füße. Er ist ganz im Hier und Jetzt, genießt die "Welt im Weine". "L'Art de Vivre", diese genüsslich alle sinnlichen Bedürfnisse befriedigende, "atraumatische" Art und Weise sein Leben zu gestalten als die geistige Gesundheit bis ins hohe Alter erhaltender Anti-Stressfaktor? Interessant wären hier sicherlich wissenschaftliche Inhaltsanalysen von Biografien im Hinblick auf typische Beziehungsmuster und -geschichten von geistig gesunden alten Menschen aus dem Land des französischen Paradoxons.

Versicherung:

Ich versichere, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit eigenständig erarbeitet und gestaltet habe.

Ante Caljkusic, Dortmund, den 06.02.2012

- 1 Das Gedächtnis des Körpers, Autor Joachim Prof. Dr. Joachim Bauer, Piper Verlag GmbH München, erweiterte Taschenbuchausgabe, 2007
- 2 s.o., Klappentext
- 3 s.o., S.5
- 4 s.o., S.23
- 5 s.o., S.23
- 6 Wikipedia; de.wikipedia.org/wiki/Demenz, s. Anhang
- 7 Pfizer 2003a
- 8 WHO 1999: 23
- 9 vgl. Bak/ Dortmund - Basiswissen: Überblick über gerontopsychiatrische Erkrankungen, Skript Manuela Ahmann, Juni 2011,, S.3
- 10 www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/index.htm, s. Anhang
- 11 vgl. Bak/ Dortmund - Basiswissen: Überblick über gerontopsychiatrische Erkrankungen, Skript Manuela Ahmann, Juni 2011, S.11
- 12 www.ftd.de/unternehmen/industrie/:verzweifelte-pharmabranche-milliardengrab-alzheimerforschung/60081670.html, s. Anhang
- 13 www.sueddeutsche.de/wissen/demenz-das-scheitern-der-alzheimer-forschung-1.1122726; s. Anhang
- 14 www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm, s. Anhang
- 15 www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm, s. Anhang
- 16 www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2010/0413/006_alzheimer.jsp
- 17 Vortrag Prof. Dr. Joachim Bauer, s.o., s. Anhang
- 18 www.sueddeutsche.de/wissen/demenz-das-scheitern-der-alzheimer-forschung-1.1122726; s. Anhang
- 19 Indianische Weisheiten : www.strunk02.de/cms/index.php?id=7,0,0,1,0,0 , s. Anhang
- 20 Vortrag Prof. Dr. Joachim Bauer, s.o., s. Anhang
- 21 Alzheimer: Ein vermeidbares Schicksal !?, Adelheid von Stösser, 2003, Zusammenfassung; www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Manuskript%20AvS.htm, s. Anhang
- 22 ebenda, 1.Absatz, s. Anhang
- 23 ebenda, 2.Absatz, s. Anhang
- 24 Integrierte Medizin: Modell und klinische Praxis, Autoren Thure von Uexküll (Hrsg.), Werner Geiggas, Reinhard Plassmann, Schattauer Verlag Stuttgart, 2002, gebundene Ausgabe
- 25 Das Gedächtnis des Körpers, S.22, vgl. auch S.22f
- 26 Das Gedächtnis des Körpers, S. 33
- 27 Das Gedächtnis des Körpers, S.167
- 28 Erich Grond, 1992, 1993
- 29 Demenz, Tom Kitwood, S.40, 4. unveränderte Auflage 2005, Verlag Hans Huber, Hrsg. Müller-Hergl,
- 30 www.wissenschaft-online.de/artikel/678359
- 31 www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm
- 32 ebenda
- 33 vgl. auch Max-Planck-Gesellschaft, Forschungsmeldung ,18.10.2010, www.mpg.de/print/21486, s. Anhang
- 34 vgl. FOCUS Magazin | Nr. 13 (2000), www.focus.de/wissen/wissenschaft/neurobiologie-neue-zellen-fuer-neues-denken_aid_184080.html, s. Anhang
- 35 Neurobics, Fit im Kopf (Lawrence C. Katz, Manning Rubin), München: Goldmann, 2001
- 36 www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm
- 37 siehe auch Lebenslaufuntersuchungen bei Alzheimer- Patienten, Bauer J, Qualmann J, Stadtmüller G, Bauer H., 1998
- 38 www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm; s. auch Datenbank PubMed: (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors, Lancet Neurol. 2008 Sep;7(9):812-26. Epub 2008 Jul 28. Review. Erratum in: Lancet Neurol. 2008 Oct;7(10):867. PMID: 18667359 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 39 Bauer, 1995, 1998
- 40 Vortrag Bauer, s.o., Bezüge zwischen psychosozialer Umwelt(...), 3. , 4.Absatz, s. Anhang
- 41 vgl. Vortrag Bauer, s.o. :Bezüge zwischen psychosozialer Umwelt(...), 4., 5.Absatz, s. Anhang
- 42 Alzheimer: Ein vermeidbares Schicksal !?, Adelheid von Stösser, 2003, www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Manuskript%20AvS.htm, s. Anhang
- 43 ebenda, s. Anhang
- 44 ebenda, s. Anhang
- 45 BMFSFJ 2001a: 27f
- 46 Adelheid von Stösser, www.alzheimer-alternativ-therapie.de/ s. Anhang
- 47 vgl. BMFS 2001a: 28
- 48 s. Grafik Manuela Ahmann, Skript Verabreichung von Medikamenten und Beobachtung(...), 2011
- 49 s. auch Krankheit als Symbol, Rüdiger Dahlke, Bertelsmann, 14. überarbeitete Auflage, 2007
- 50 vgl. Bak/ Dortmund - Basiswissen: Überblick über gerontopsychiatrische Erkrankungen, Skript Manuela Ahmann, Juni 2011, S.5ff

- 51 DEGAM Leitlinie Nr.12, S.8, Kapitel 1.2
- 52 www.augsburger-allgemeine.de/wissenschaft/Alzheimer-Krankheit-zu-spaet-erkannt-id15164941.html, s. Anhang
- 53 idw-online.de/pages/de/news992
- 54 vgl. S. 216 ff, Das Gedächtnis des Körpers, Bauer
- 55 vgl. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, Thema: Psychotherapie im Seniorenheim 01/08
- 56 Vortrag Bauer, s.o., s. Anhang
- 57 vgl. Barbara Romero, Heim aktuell - Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen, Vinzenz Vrl., Hannover, S. 30c-31, vgl. auch Skript Selbsterhaltungstherapie, Dipl.-Psych. C. Diekers, Januar 2012, vgl. auch www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/nerven/fortschreitend/demenz/therapie/art/02881/, s. Anhang
- 58 s. auch: www.alzheimerforum.de/4/1/2/aupvle.html , Interview mit Joachim Bauer,
- 59 Demenz, Tom Kitwood, S.9 , 4. unveränderte Auflage 2005, Verlag Hans Huber, Hrsg. Christian Müller-Hergl,
- 60 Demenz, Tom Kitwood, S.23
- 61 Berliner Zeitung, Artikel vom 26.10.2010, Der Zauber von Hogewey, Sebastian Stoll; s.auch www.vivium.nl/information_in_deutsch, s. Anhang
- 62 Erich Schützendorf, 1991
- 63 vgl. Vom gerontopsychiatrischen Betreuungskonzept zur praktischen Umsetzung, Skript Manuela Ahmann, Bak
- 64 vgl. www.pflege-shv.de/index.php?page=gineste-marescotti, s. Anhang
- 65 vgl. Böhm, ENPP - Europäisches Netzwerk für psychobiographische Pflegeforschung
- 66 vgl. Betreuungskonzept nach Prof. Erwin Böhm, Waldecksche Diakonissenhaus Sophienheim, 2012, s. cms.pieks.org/kunden/1837/Dokumente/diverse%20PDF-Dateien/Homepage_Böhmkonzept.pdf, s. Anhang
- 67 vgl. Das Integrative Pflegekonzept®, Bericht der bei der Wiener Pflege, Patientinnen und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission, 2010
- 68 vgl. DNQP, 2004
- 69 vgl. Alzheimer: Ein vermeidbares Schicksal !?, Adelheid von Stösser, 2003, www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Manuskript%20AvS.htm, s. Anhang
- 70 gehalten im Kurs 'Psych. med. GL', Manuela Ahmann, Dezember 2011

Literatur- und Quellenverzeichnis

Literatur

- 1) Das Gedächtnis des Körpers, Autor Joachim Bauer, Piper Verlag GmbH München, erweiterte Taschenbuchausgabe, 2007
- 2) Integrierte Medizin: Modell und klinische Praxis ,Autoren Thure von Uexküll (Hrsg.), Autoren Werner Geigges, Reinhard Plassmann, Schattauer Verlag Stuttgart, 2002, gebundene Ausgabe
- 3) Demenz, Tom Kitwood, 4. unveränderte Auflage 2005, Verlag Hans Huber, Hrsg. Christian Müller-Hergl
- 4) Überblick über gerontopsychiatrische Erkrankungen, Skript von Manuela Ahmann, Juni 2011
- 5) Bauer J, Qualmann J, Stadtmüller G, Bauer H. Lebenslaufuntersuchungen bei Alzheimer-Patienten: Qualitative Inhaltsanalyse präorbiter Entwicklungsprozesse. In: Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (E. Brähler, M. Bullinger, H.P. Rosemeier, B. Strauß, Hrsg.) Bd. 16: Psychosoziale Gerontologie (A. Kruse, Hrsg.), Band 2: Intervention, 1998, pp 251-274. Hofgreffe, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle
- 6) Bauer, J. Die Alzheimer-Krankheit. Neurobiologie, Psychosomatik, Diagnostik und Therapie., Schattauer 1994
- 7) Rüdiger Dahlke, Krankheit als Symbol, Bertelsmann, 14. überarbeitete Auflage, 2007
- 8) Eigene Aufzeichnungen

Internetadressen und Ausdrücke

- 1) Endnote 6: de.wikipedia.org/wiki/Demenz, aufgerufen 04.01.2012
- 2) Endnote 10: www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/index.htm, aufgerufen 04.01.2012
- 3) Endnote 12: www.ftd.de/unternehmen/industrie/:verzweifelte-pharmabranchemilliardengrab-alzheimerforschung/60081670.html, aufgerufen 05.01.2012
- 4) Endnote 13, 18: www.sueddeutsche.de/wissen/demenz-das-scheitern-der-alzheimerforschung-1.1122726; aufgerufen 05.01.2012
- 5) Endnote 14, 17, 20, 40, 41, 56, www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Vortrag%20J.Bauer.htm, aufgerufen am 09.12.2011
- 6) Endnote 16: www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2010/0413/006_alzheimer.jsp, aufgerufen am 03.01.2012
- 7) Endnote 19: www.strunk02.de/cms/index.php?id=7,0,0,1,0,0, aufgerufen am 27.01.2012
- 8) Endnote 21, 22, 23, 42, 43, 44, 69: <http://www.alzheimer-alternativ-therapie.de/Manuskript%20AvS.htm>, aufgerufen 26.01.2006
- 9) Endnote 30: www.wissenschaft-online.de/artikel/678359, aufgerufen am 18.12.2011

- 10) Endnote 33: www.mpg.de/print/21486, Max-Planck-Gesellschaft, Forschungsmeldung , 18.10.2010, aufgerufen am 18.12.2011
- 11) Endnote 34: www.focus.de/wissen/wissenschaft/neurobiologie-neue-zellen-fuer-neues-denken_aid_184080.html, aufgerufen 18.12.2011
- 12) Endnote 46: www.alzheimer-alternativ-therapie.de, aufgerufen am 09.12.2011
- 13) Endnote 52: <http://www.augsburger-allgemeine.de/wissenschaft/Alzheimer-Krankheit-zu-spaet-erkannt-id15164941.html>, aufgerufen am 12.01.2012
- 14) Endnote 53: idw-online.de/pages/de/news992, aufgerufen 09.12.2011
- 15) Endnote 57: www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/nerven/fortschreitend/demenz/therapie/art/02881/, aufgerufen am 13.01.2012
- 16) Endnote 58: www.alzheimerforum.de/4/1/2/aupvle.html, aufgerufen am 09.12.2012
- 17) Endnote 61: www.vivium.nl/information_in_deutsch, aufgerufen am 03.02.2012
- 18) Endnote 64: www.pflege-shv.de/index.php?page=gineste-marescotti, aufgerufen am 03.01.2012
- 19) Endnote 66: cms.pieks.org/kunden/1837/Dokumente/diverse%20PDF-Dateien/Homepage_Böhmkonzept.pdf, aufgerufen am 13.01.2012

Ausdrucke auf den folgenden Seiten mit gesonderter Nummerierung.