

Zu Fragen des Demenz-Begriffes und der Demenz-Diagnostik

Franz Dick

4/2000

in einigen Punkten aktualisiert in 1/2005

1. Begriffliches

a) 'Demenz' und 'Demenzen'

Der Begriff 'Demenz' wird in der Literatur unterschiedlich verwendet. Einerseits: 'Demenzen' und 'dementielle Erkrankungen' als Oberbegriff für (neurologische und internistische) Erkrankungen, welche zu dem näher zu bestimmenden psychologischen Bild hinführen und welche degenerativ verlaufen. (Wenn von „Demenzen“ die Rede ist, kann nicht *das psychologische Syndrom* gemeint sein, sondern die *Gruppe von Erkrankungen*, welche zu dem psychologischen Bild „Demenz“ hinführen.) 'Demenzen' sind dann (organische) neurologische Erkrankungen - Andererseits wird mit 'Demenz' (Singular!) das psychologische Bild gemeint, welches auf eine zugrunde liegende (in der Regel irreversible) organische Erkrankung hinweist. (ZB ICD 10-Taschenführer: „*ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns*“ (S 23))

Das *psychologische* Bild ist charakterisiert durch

- Kognitive und emotionale Entdifferenzierung (dabei vor allem: Gedächtnisstörung; zuerst Störung des Neugedächtnisses, dann auch Störung des Altgedächtnisses);
- „verwaschene Herdstörungen“ (Aphasie, Ng usw),
- emotional-motivational vor allem Störung des Antriebes, der Differenziertheit, Adäquatheit und Stabilität der emotionalen Reaktion, sowie der Kontrolle ihres Ausdrucks.
- Wahnhafte und depressive Symptome sind im ICD 10 als *zusätzliche*, besonders zu berücksichtigende Merkmale aufgeführt)

b) Zur qualitativen Differentialdiagnose

Das *amnestische Syndrom* (ohne *generalisierte* kognitive Defizite, zB als Folge von Alkoholerkrankung) ist im ICD 10 *neben* dem dementiellen Syndrom genannt. Danach reicht auch ein schweres mnestisches Defizit nicht dazu aus, die Diagnose 'Demenz' zu stellen.

Psychopathologische Symptome (wahnhaftige Vorstellungen usw) treten bekanntlich häufig bei Demenz auf, sind im ICD 10 nicht als definitorisch notwendiges Merkmal des Begriffs, sondern solche sind *neben dem Begriff* genannt.

Der Verlust der Selbstkritik (Störungsbewußtsein ...) wird in psychiatrischen Lehrbüchern manchmal als Begriffsmerkmal (als notwendige Bedingung für die Diagnose; zB. in Leonhard) genannt, im ICD 10 ist das nicht der Fall.

Das ICD 10 schreibt eine mindestens 6 Monate andauernde Symptomatik vor. *Ausschlußkriterium* ist eine (quantitative oder qualitative) Bewußtseinsstörung, z.B. Delirium.

Demenz in diesem Sinne ist *irreversibel* und steht notwendig (begrifflich!) im Gegensatz zu einem (reversiblen) Durchgangssyndrom. Ausschlaggebend für die begriffliche Differenzierung und für die Differentialdiagnostik ist dann der *Verlauf, die Entwicklung*.

Vorschlag

Bei der diagnostischen Zuschreibung sollte einerseits der Schwerpunkt der Störung genannt werden (mnestische Störung, Abstraktion, räumlich-praktische Störung...); andererseits sollten Aussagen über Selbstkritik (Störungsbewußtsein) und über psychopathologische Symptome *zusätzlich* enthalten sein.

Sofern das Gesamtbild ausschließlich oder nahezu ausschließlich von mnestischen Störungen bestimmt wird, steht die Diagnose „*mittelschweres oder schweres amnestisches Psychosyndrom*“ zur Verfügung; diese kann differenziert werden nach „*reversibel*“ und „*irreversibel*“. Sie hat nicht so stark negative Konnotationen und weckt nicht die generalisiert-negativen Erwartungen, wie das bei „*dement*“ der Fall ist.

Die Differenzierung zwischen den Einstufungen ‘*Pseudodemenz*’ und ‘*Demenz*’ ist in der Regel testpsychologisch möglich. In der Literatur sind zahlreiche Differenzierungsmerkmale genannt.

c) ‘*Demenz*’ und ‘*Hirnwerkzeugstörungen*’

Die klassischen Hirnwerkzeugstörungen (Aphasie, Agraphie, Agnosie usw) gehen bekanntlich auf *fokale* Hirnverletzungen zurück („Erkrankungsherde“). Spricht man davon, daß ein Patient „*eine Aphasie habe*“, ist damit gemeint und weckt beim Hörer die Erwartung, daß der Patient diese spezifische (und keine generalisierte) Störung habe. Entsprechend bei *Apraxie* usw. - Hat dagegen ein dementer Patient einzelne aphasische Symptome und wird von ihm gesagt, er habe *auch* eine Aphasie (Apraxie usw), so muß man sich im klaren darüber sein, daß diese Begriffe, welche sonst ein eigenständiges Syndrom bezeichnen, hier bloß *beschreibend* gemeint sind, und nicht das „ausgestanzte“ Defizit meinen, welches auf eine Herdstörung zurückgeht, wie es sonst gemeint ist. Typisch ist dann auch, daß Symptome auf dem Hintergrund der allgemeinen kognitiven Entdifferenzierung unprägnant sind, daß sie als diffus erscheinen und gern als „*verwaschen*“ beschrieben werden.

Bei schwerer Demenz sind - in der allgemeinen Entdifferenziertheit der kognitiven Vorgänge - Sprache, Gnosie und die Praxie mit betroffen. Diese - über die allgemeine Diagnose hinaus - gesondert zu nennen, macht nur Sinn, wenn Sprache, Gnosie und Praxie *besonders* („*ausgestanzt*“) - also mehr als andere Bereiche - betroffen sind.

d) Zur quantitativen Differentialdiagnose:

Das ICD 10 unterscheidet zwischen *leichter, mittelgradiger und schwerer* Demenz. Bei „leichter“ Ausprägung ist die selbständige Lebensführung *beeinträchtigt*, bei mittelschwerer und bei schwerer Demenz ist eine selbständige Lebensführung *nicht möglich*.

Der Verlust der geistigen Voraussetzungen *für eine selbständige Lebensführung* ist also bestimmend für die Differenzierung zwischen „leicht“ einerseits und „mittelgradig“ und „schwer“ andererseits.

Vorschläge

a) Entsprechend der Definition des ICD 10 die Einstufung des Schweregrades (Differenzierung zwischen „leicht“ und „mittelschwer“) von der eingeschätzten Selbständigkeit abhängig machen anstatt nach einem cutoff innerhalb der Testergebnisse zu suchen!

b) Das Gedächtnis hat - mehr als andere kognitive Bereiche - Einfluß auf die soziale Selbständigkeit. Eine schwere mnestiche Störung (ohne generalisiert dementielles Bild; zB Ptn nach Hypoxie, mit „Sekundengedächtnis“) ist mit selbständiger Lebensführung unvereinbar. - In einem solchen Falle ist „*schweres amnestisches Psychosyndrom*“ und nicht „*Demenz*“ die richtige Einstufung.

e) ‘Demenz’ als psychologischer Begriff

Andererseits ist vor allem in der amerikanischen Literatur ‘Demenz’ ausschließlich als psychologisches Bild gemeint, unabhängig von seiner Verursachung; dh als Folge einer irreversiblen Erkrankung *oder auch einer reversiblen Erkrankung*. (Auch im ICD 10 wird die Möglichkeit einer *reversiblen* Demenz angedeutet.)

‘Demenz’ ist dann nicht (als irreversible Veränderung) im Gegensatz zu reversiblen kognitiven Veränderungen sondern als *generalisierte* kognitive Veränderung gemeint - also als Gegensatz zu *speziellen Defiziten* (Hirnwerkzeugstörungen, mnestiche Defiziten, Antriebsstörung,).

Das dementielle Bild in *diesem Sinne* steht *nicht* im Gegensatz zum Durchgangssyndrom: ZB kann in der ersten Phase nach einer Hypoxie oder nach einem schweren hämorrhagischen Insult durchaus ein ‘dementielles Bild’ vorliegen.

Vorschlag:

Die Ausdrucksweise ‘dementielles Bild’ ist vorsichtig und ist in bezug auf die Prognose nicht festgelegt. Sie betont die *Allgemeinheit* der Defizite.

II Zum Problem der Diagnostik des dementiellen Bildes (psychologische Diagnostik)

a) Zur psychologischen Diagnostik gehören:

- Prüfung auf Hirnwerkzeugstörungen, insbesondere der Sprache und Zahlenverarbeitung
- Prüfung der räumlichen Auffassung und der konstruktiven Praxis
- Gedächtnis: Neu- und Altgedächtnis; Kurzzeit- und Langzeit; praktische Lernfähigkeit (prozedurales Gedächtnis)
- Prüfung von Selbstkritik und Urteilsfähigkeit
- Prüfung von Motivation und Emotion: Differenziertheit, Adäquatheit, Stabilität, Mitschwingung
- Besondere Bedeutung hat immer die *Fremdanamnese*; d. h. die Angehörigen müssen befragt werden.

b) Zu den *Tests*, die mit dem Anspruch auftreten, ein „*Demenztest*“ zu sein:

- Die *MMSE* ist ein sehr grobes Verfahren, welches *Anhaltspunkte* gibt, aber vor allem im Bereich „leichter“ Demenz - also dort, wo eine Differenzierung besondere Bedeutung hat - nicht ausreichend differenziert. (Siehe zB Zeitschrift für Neuropsychologie 99/4)
- Der *Demenztest* ist bloß die *MMSE* plus ein sehr ausführliches und leider umständliches Fremdrating.:
- Das *Nürnberger Alters-Inventar*: einerseits *umständlich* und *abundant*, andererseits *unvollständig* und *einseitig* in der Gewichtung: Räumliche Auffassung ist untergewichtet; es fehlt vollständig der Aspekt der *abstrakten Auffassung* (sprachliche Abstraktion...)
- Der Alterskonzentrationstest ist ein extrem einseitiger (visuell-räumlicher) „Konzentrations“- Test.
- *CVLT* bzw *Münchener Gedächtnis-Test*: Für die Demenzdiagnostik konstruiert, sehr anspruchsvoll (für Pt und Testleiter) in der Durchführung, (im Jahre 2000 – heute?) schlecht normiert.
- *Reisberg-Skala* usw: Häufig vor allem rating-Skalen für die Fremdeinschätzung; zT nicht für deutsche Verhältnisse standardisiert.
- Die Skala *SIDAM* enthält den *MMSE* plus einige Aufgaben aus den Bereichen Raumauffassung, Konzentration, Abstraktion, plus Fremdrating; ist aber auch ohne Fremdrating zu verwenden; ist etwas umständlich; wir sammeln Erfahrung damit.

d) Zahlreiche Tests werden in der Demenz-Diagnostik verwendet, ohne für diesen speziellen Zweck geschaffen worden zu sein:

HAWIE, SKT, Rey-Test, WMS, ZVT

e) Es gibt über diese Aussagen zu *einzelnen* Tests hinaus das allgemeine Problem der Diagnostik des dementiellen Syndroms *durch psychologische Tests*:

Jegliche psychologische Tests zielen nicht nur auf ein quantifizierendes *Urteil*. Sie arbeiten auch mit Quantifizierungen *als Mittel*: - Es wird ausgezählt, wieviel Aufgaben ein Proband richtig beantwortet, falsch beantwortet oder gar nicht beantwortet. Häufig ist es typisch, daß diese Auszählung sehr schwer fällt: Es ist nicht eindeutig, ob eine Antwort richtig oder falsch ist; die Leistungen sind nicht nach richtig und falsch akzentuiert, sondern sie sind unklar, halb richtig, weder richtig noch falsch; sie sind irgendwie „*verwaschen*“. Es zeigt sich häufig - in

unterschiedlichen Tests - ein *destrukturiertes Vorgehen*, schon bei einfachen Aufgaben. - Manchmal wird gerade diese Verwaschenheit als Charakteristikum dementieller Intelligenz- und Persönlichkeitsstruktur benannt; („*Gestaltzerfall*; der Begriff ‘*Entdifferenzierung*’ geht in die gleiche Richtung. Literatur: Wewetzer und ältere gestalttheoretisch beeinflusste Psychiatrische Literatur.) - Von besondere Bedeutung ist deswegen - über das *Zahlenergebnis* hinaus - die qualitative Verhaltensbeobachtung und Fehleranalyse. - Dem entspricht- im psychologischen Bericht - die *Verhaltens- und Fehler-Beschreibung*.

Aus diesem Grund ist häufig die *isolierte* testmäßige Prüfung der einzelnen Funktionsbereiche (Aufmerksamkeit, Abstraktion, Praxie ...) nicht in der Weise durchführbar wie bei Patienten mit spezifischen Störungen. Z.B ist in solchen Fällen innerhalb von Prüfungen schwer zu differenzieren zwischen Störung der Objekt-Erkennung und -Benennung, zwischen Sprachverständnisstörung und Dyspraxie usw. - Daher ist es häufig nicht möglich, das Bild durch schematisiert untergliederte psychologische Berichte *treffend zu charakterisieren*.

Quintessenz: Nicht immer ist Demenz drin, wenn „*Demenz*“ draufsteht (im bzw. auf dem Test) - Einen wirklich befriedigenden Demenz-Test gibt es nicht.

Vorschlag: Wir gehen zweigleisig vor.

Einerseits machen wir eine standardisierte Einschätzung auf den oben genannten Dimensionen (Gedächtnis, Sprache...; zusätzlich dazu Selbständigkeit bzw Führungsbedürftigkeit in der Klinik).

Andererseits wenden wir die (unbefriedigenden) Skalen an, die üblich sind: Um durch Mitteilung des Ergebnis dem nachfolgend behandelnden Facharzt einen Anhaltspunkt für die Beurteilung des Verlaufs zu geben.

III Zum Verhältnis von neurologischer und psychologischer Diagnostik

Die *neurologische* Diagnostik der Demenz umfaßt klinisch-neurologische Untersuchung, internistische Untersuchung, neurophysiologische Untersuchung, bildgebende Untersuchung, orientierende neuropsychiatrische Untersuchung - und ist natürlich die Aufgabe des Arztes.

Ob z.B. ein Morbus Alzheimer oder eine vaskuläre Demenz (zB eine Multiinfarkt-Demenz) vorliegt, ergibt erst die Zusammenführung der Einzeluntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der Anamnese. (ICD 10 nennt einige Kriterien, ausführlicher das Buch von Maurer über Alzheimer-Demenz). - Die psychologische Untersuchung gibt lediglich Anhaltspunkte für die letztlich neurologische Diagnose: „*Psychologisch ein typisches Bild wie es häufig bei Alzheimer-Demenz vorliegt*:“ Mehr nicht.

IV Besondere Probleme der Demenzdiagnostik innerhalb der neurologischen Rehabilitation

1. Erfahrungsgemäß haben wir (hatten wir; FD 2005) in der Neurologischen Klinik Bad Homburg immer wieder Patienten, bei denen in der postakuten Phase eine *generalisierte kognitive Störung* vorliegt, also mehr als einzelne Hirnwerkzeugstörungen und auch mehr als ein amnestisches Syndrom. Sofern eine deutliche Verbesserungstendenz vorliegt, ist das kein *diagnostisch-begriffliches* Problem. Wir sprechen dann - nach wie vor im Anschluß an alte Neurologen und Psychiater von „*reversiblen* Psychosyndrom“ oder im Anschluß an den Psychiater und Neurologen Wieck - von einem „*schweren -mittelschweren - leichten Durchgangssyndrom*“.

Wir kommen unter Druck, wenn eine Verbesserungstendenz nicht oder nur in minimaler Ausprägung vorliegt. Diese Fälle sind nicht ganz selten. - Der Druck verstärkt sich, wenn Patienten nur kurz stationär aufgenommen sind und wir Aussagen über die jetzige und für die Zukunft zu erwartende geistige Selbständigkeit machen und Empfehlungen für „das Placement“ geben müssen. - Denn - streng genommen dürfen wir entsprechend ICD 10 erst nach 6 Monaten von Demenz sprechen.

Vorschlag:

Vor dem Ende dieser Sechs-Monatsfrist sprechen von einem „*aktuell dementiellen Bild mit Verdacht auf Demenz als dauerhafter Defekt; also weitere Beobachtung ist notwendig.*“ - oder so ähnlich.

2. Es gibt zwei Gesichtspunkte im neurologischen und neuropsychologischen Alltag, welche der Demenz (als progredient verlaufendem, irreversiblen Syndrom) *begrifflich* widersprechen und die Zuschreibung einer Demenz erschweren:

- Das akute Auftreten der Erkrankung (bei einem Insult, einer Hypoxie, einer Entzündung wie Enzephalitis)
- Die lokalisatorisch begrenzte Hirnläsion (bei einem Insult oder einem Tumor, nicht zB bei einer Hypoxie und nicht unbedingt bei einer Enzephalitis).

a) Erfahrungsgemäß zeigt sich im fremdanamnestischen Gespräch häufig, daß es eine „Vorgeschichte“ gibt: Langsame Veränderungen in der Selbständigkeit, Auffälligkeiten..., über welche Angehörige sich erst im Nachhinein Rechenschaft ablegen. („*Mein Mann fährt von sich aus nicht mehr Auto, nachdem er kleine Unfälle verursacht hat.*“ Oder „*Ich habe Angst, noch mit meinem Mann zu fahren, da...*“ - „*Im letzten halben Jahr*“ oder auch länger.) Solche verweisen bekanntlich darauf, daß es schon vor dem akuten Ereignis ein degenerativer Prozeß vorgelegen hat und sie erleichtern die (neurologische Differentialdiagnose und) die Prognose und entsprechend die Empfehlung.

Vorschlag:

Wenn ein dementielles Bild vorliegt, muß immer (durch den Arzt oder den Psychologen) eine Fremdanamnese gemacht werden: Selbständigkeit der Lebensführung, Umgang mit Geld, Autofahren, Zurechtfinden in alter und neuer Umgebung, „Vergeßlichkeit d.h. Alltagsvergeßlichkeit“, usw. ... in der Zeit vor der Erkrankung.

b) Es gibt aber auch einzelne Patienten, bei denen ein Bild kognitiver Entdifferenzierung (Merkschwäche, räumlich-kognitive Störung, destrukturierte Praxie bei ungewohnten aber einfachen Aufgaben; mangelnde Selbstkritik ...) nach einem akuten Ereignis vorliegt, *und* bei welchen keine oder wenig Fortschritte auftreten, *und* bei denen die Vorgeschichte unauffällig war. - Die *psychologischen* Definitionsmerkmale sind dann erfüllt, nicht aber die *neurologischen*.

3. In diesem Fall sind zwei Gesichtspunkte von Bedeutung:

a. Häufig wird die Annahme ausgedrückt, daß es einerseits vor dem akuten Ereignis ein „*vorgeschädigtes Gehirn*“ gab, bei welchem andererseits ausreichend Ressourcen vorlagen, so daß die Schädigung sich (noch) nicht im psychologischen Bild ausdrückte; das akute Ereignis (in der Regel ein ischämischer oder hämorrhagischer Insult) ließ diese Kompensation zusammenbrechen („*Dekompensation*“), so daß sich eine generalisierte kognitive Entdifferenzierung darstellen kann.

b). Bei manchen Gehirnläsionen steht die relativ geringe (lokale) Schädigung (beurteilt nach den Ergebnissen bildgebender Untersuchungen) *in keinem Verhältnis* zu den verhältnismäßig großen Funktionsausfällen. Es wird in der Literatur in diesem Zusammenhang von „*strategisch*“ gesprochen: Betroffen ist eine Gehirnregion, welche besondere Zuständigkeit für die Aktivierung des gesamten Gehirns hat, und bei dessen Verletzung daher das Gehirn besonders empfindlich reagiert - mehr als sonst bei einer lokalisatorisch umschriebenen Läsion.

Vorschlag:

In manchen Fällen müssen wir wohl von einem „*dementiellen Bild nach einem Schlaganfall in der postakuten Phase*“. oder von einem „*dementiellen Bild auf dem Hintergrund einer Gefäßerkrankung*“ oder „... *nach einem strategischen Insult*“ oder „... *mit ungeklärter neurologischer Grundlage.*“ sprechen.