

Gerontopsychiatrie: Demenz und Depression¹

1 Theoretische Grundlagen

1.1 Ätiologie und Pathogenese dementieller Erkrankungen

Der diagnostische Begriff „Demenz“ bezeichnet im Unterschied zu angeborenen oder früh manifest gewordenen Formen der Minderbegabung eine spät erworbene, *im Allgemeinen* auf Veränderungen des zentralen Nervensystems zurückführbare Schädigung des geistigen Leistungsvermögens.

In speziellen Theorien gehen die Anschauungen darüber auseinander, ob bestimmte, im Prinzip *reversible* Beeinträchtigungen des intelligenten Verhaltens zu recht mit „Demenz“ zu bezeichnen werden, oder der Begriff für unumkehrbare Abbauerscheinungen reserviert bleiben soll.

Eine prognostische Aussage im Hinblick auf den Krankheitsverlauf ist in anfänglichen Abbauphasen tatsächlich nur schwer zu treffen, denn im Hintergrund dementieller Leitsymptomatik kann eine Fülle recht unterschiedlicher organischer und nicht organische Veränderungen stehen, deren klinisches Erscheinungsbild differentialdiagnostisch nur äußerst schwierig zu beurteilen ist.

Die Mehrheit der Autoren schließt die Möglichkeit einer psychogen bewirkte „Verblödung“ aus, und so kann die Begriffsdefinition von J. Kriegelstein als typisch angesehen werden „Demenz ist eine verhältnismäßig einförmige, nur durch die Lokalisation der ihr zugrunde liegenden Nervenzellenverluste im Gehirn akzentuierte Antwort auf eine Vielfalt von Krankheitsprozessen.“ [1].

Tatsächlich gibt es aber Formen dementieller Beeinträchtigung, in denen eine organische Ursache des beobachtbaren Abbauphänomens eindeutig auszuschließen ist. Als solche sind das „Ganser-Syndrom“, auch „Gefängnisneurose“ genannt und das Krankheitsbild des „induzierten Irreseins“ („Folie à deux“) seit Längerem bekannt. Beide Zustandsbilder treten als psychische Reaktion auf äußere Umstände auf und klingen in kurzer Zeit ab, sobald sich die milieubedingten Einflüsse wieder normalisiert haben.

¹ Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aus der von der Autorin aktuell erarbeiteten Dissertation bei Univ. Prof. Dr. G. Guttmann im Psychologischen Institut der Universität Wien.

1.2 Herleitung des Konstruktes „Depressiv bedingte Pseudodemenz“

Über mögliche Zusammenhänge zwischen depressiver Stimmungslage und *massive* Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit sprach 1979 in seinem bekannt gewordenen Aufsatz „Pseudodementia“ erstmals C. E. Wells [2] Vermutungen aus. Seine Vorstellungen waren dahingehend, dass bestimmte Demenzformen bei intakten hirnorganischen Substraten eindeutig durch die depressive Stimmungslage verursacht werden. Nach erfolgreicher Behandlung des psychogen wirksamen Faktors der Depression soll im Sinne der Annahmen auch die kognitive Leistungsfähigkeit ihr ursprüngliches Niveau wieder erreichen.

Das Konzept wurde seit seiner Entstehung vielfach diskutiert, ein eindeutiger Beweis für seine Stichhaltigkeit konnte bislang nicht geliefert werden. Genauso wenig ließ sich aber die Möglichkeit des Entstehens eines dem Modell entsprechenden Krankheitsbildes ausschließen. Erschwerend zur Untersuchung der Problematik kommt hinzu, dass im klinischen Alltag die gleichzeitige Existenz von Demenz und Depression recht häufig beobachtbar ist. Die Koexistenz der beiden Symptome lässt freilich keine Aussage über die kausale Bedingtheit der Zusammenhänge zu. Man neigt wohl eher zur Ansicht, dass die selbstreflektive Wahrnehmung des geistigen Abbauprozesses die Depression bewirkt und nicht die Depression zur Reduktion kognitiver Leistungsfähigkeit führt. Eine dem Modell entsprechende ursächliche Verkettung der Krankheitsmerkmale scheint aber ebenfalls logisch. V. Szendrödi und E.-J. Friedl [3] sprechen aufgrund der Resultate einer empirischen Studie die Vermutung aus, dass im höheren Lebensalter unter bestimmten Umständen eine spezifische Form der Depression wirksam wird, mit der eine dementielle Beeinträchtigung einher gehen kann. Bedrückende Erlebnisse, wie Krankheit, Umzug ins Pflegeheim, Verlust sozialer Kompetenzen, Vereinsamung, Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod können, laut dieser Hypothese, von den Betroffenen auf intellektueller Ebene nicht mehr verarbeitet werden. Die Reflexion bedrückender Erlebnisse ist auf der emotionalen Ebene in Form depressiver Gestimmtheit angesiedelt. Der vital begründete Sinn intelligenten Verhaltens, nämlich einen positiven Einfluss auf die Lebensumstände auszuüben, ist nicht mehr gegeben. Lerntheoretisch erscheint nun plausibel, dass die Tendenz, intelligentes Verhalten auszuüben, generell reduziert wird.

Bisher vorliegende Untersuchungen mit dem Testinstrument FAMOUS zeigen, dass in Altersgruppen *unter* 60a die generelle intellektuelle Leistungsfähigkeit allein aufgrund der depressiver Gestimmtheit nicht unter ein pathologisch anmutendes Niveau sinkt. Markante Einbrüche lassen sich jedoch entlang der grundsätzlichen Leistungsdimension „*Divergentes Denken*“ beobachten. Ein solches Resultat deutet auf eine Einengung der assoziativen Freiheit bei intakter Merkfähigkeit und ungestörten denkopерativen Fähigkeiten hin.

Nach diesem Befund, der beim gegenwärtigen Anlass keiner detaillierten Betrachtung unterzogen werden soll, führt eine depressive Gestimmtheit in jüngeren Altersgruppen zu partiell fassbaren Beeinträchtigungen, wobei aber die Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit mit dem Vollbild einer dementiellen Erkrankung nicht in

Übereinstimmung steht. Die angeführten Ergebnisse von Szendrödi und Friedl zeigen jedoch, dass für die Entstehung von Altersdepressionen spezielle Faktoren in Frage kommen, die als Effekt möglicherweise eine andere Form der kognitiven Beeinträchtigung mit sich bringen.

2 Empirische Untersuchung

2.1 Fragestellung, Grundannahmen

Bei der Untersuchung der Fragestellung, die ich mir bei der Arbeit gestellt habe, über die hier referiert werden soll, ging ich von der Annahme aus, dass die beiden Kausalitätsformen „*Demenzbedingte Depression*“ und „*Depressiv bedingte Demenz*“ keine komplementäre Möglichkeiten darstellen, sondern vielmehr, mit jeweils unterschiedlichen Gewichten, *nebeneinander* bestehen können. Der relative Anteil der beiden Einflussfaktoren dürfte einer prozessualen Änderung unterworfen sein, in der dem psychogen wirksamen Faktor nur solange eine Bedeutung zukommt, solange die *selbstreflektive Wahrnehmung* dementieller Veränderungen auf der gegebenen Abbaustufe noch möglich ist.

Dieses Modell schließt also automatisch die Möglichkeit schwerer dementieller Beeinträchtigungen aus, die allein auf der Basis eines depressiven Syndroms entstehen. Im Zustand schwerer kognitiver Beeinträchtigung können nämlich naturgemäß keine subjektiv wirksamen Elemente reflektiert werden, welche im Sinne des Konstruktes am Anfang der kausalen Kette einer depressiv bedingten Pseudodemenz stehen.

Die Grundannahme meiner Untersuchung besteht somit in der evident anmutenden These, wonach im Verlauf eines dementiellen Abbauprozesses auch das *selbstreflektive Wahrnehmungsvermögen* einer Veränderung unterworfen ist. Die Konstellation objektiv bestimmbarer Messgrößen soll dabei über die Wahrnehmbarkeit bzw. mangelnde Wahrnehmbarkeit subjektiver Belastungsmomente diagnostisch relevante Informationen liefern.

2.2 Untersuchungsmethode, Auswertungsverfahren

Eine Stichprobe von 70 Versuchspersonen über 60a, bei denen aufgrund einer entsprechenden Vorselektion anzunehmen war, dass unter ihnen *depressive, dementiell beeinträchtigte und gesunde Personen* etwa zum gleichen Anteil aufscheinen, wurde einer Beurteilung mit Hilfe von FAMOUS und einer speziell für die Erfassung von Altersdepressionen konstruierten Fragebogen unterzogen. Die erhobenen Daten wurden zunächst einer Faktorenanalyse und anschließend einer Clusteranalyse unterworfen, welche die Einteilung der Testpersonen in drei Gruppen ermöglichte:

- a) Demenz und Depression fassbar
- b) Nur Demenz, jedoch keine Depression fassbar

c) Weder Demenz noch Depression fassbar

Die Aufgabenstellung weiterer Auswertungsverfahren bestand in der Bestimmung von Strukturmerkmalen, welche die gefundenen Gruppen von einander im oben beschriebenen Sinne trennen und darüber hinaus theoretisch begründbare Aussagen über Zusammenhänge zwischen Demenz und Depression ermöglichen.

2.3 Die Ergebnisse

2.3.1 Darstellung und Erklärung der Diagramme 1–9

Zunächst wurden typische Mittelwerte für die einzelnen Gruppen berechnet, welche über die Verteilung der folgenden Merkmale Aufschluss erteilen:

- 1) Klinische Urteilsskala, „Abbaugrad“ (FAMOUS)
- 2) Ausprägungsgrad depressiver Gestimmtheit (Depr.skala)
- 3) Zustimmung zum Item „Aufmerksamkeit und Gedächtnis lassen nach ...“
- 4) Zustimmung zum Item „Geistige Frische nicht mehr vorhanden ...“
- 5) Summe objektiv fassbarer Belastungsmomente
- 6) Gewicht subjektiver Komponenten der depressiven Verstimmung
- 7) Durchschnittsalter
- 8) MW Ergopsychometrischer Index
- 9) MW Differenziertheitsgrad

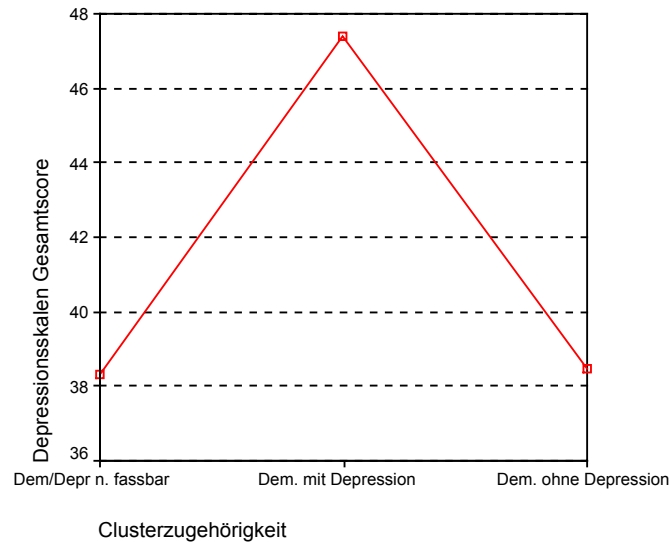
Diagramm 1



Das Diagramm besagt, dass der Ausprägungsgrad depressiver Gestimmtheit mit dem Ausmaß dementieller Einbußen im linearen Zusammenhang steht: „Depressiv

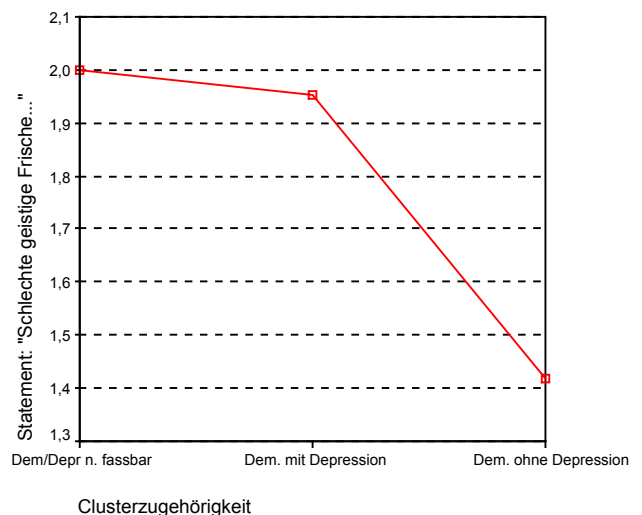
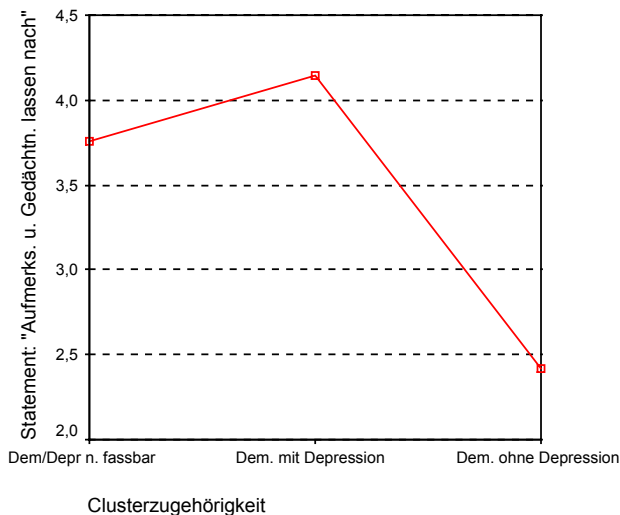
verstimmte Demente erbringen schlechtere Leistungen als nicht depressive Demente“. Ein *additives Zusammenwirken* organischer und psychogener Komponenten beim Zustandekommen eines dementiellen Bildes scheint somit erwiesen zu sein.

Diagramm 2



Im Ausprägungsgrad depressiver Gestimmtheit lassen sich zwischen den Gruppen gesunder und „nur“ dementer Personen keine Unterschiede nachweisen. Dieser Befund lässt die eindeutige Aussage zu, dass *allein der Zustand dementieller Beeinträchtigung keinen Anlass für depressive Gestimmtheit bietet*.

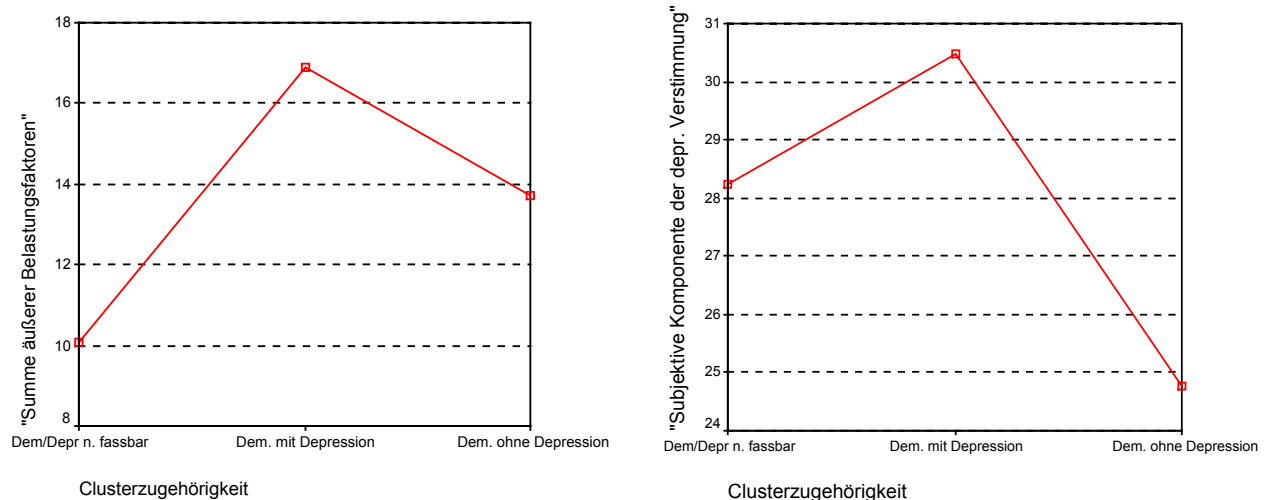
Diagramme 3 und 4



Aus den Diagrammen 4 und 5 geht hervor, dass „depressiv demente“ und „gesunde“ Versuchspersonen im gleichen Ausmaß Statements zustimmen, welche die Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit reflektieren. Der Befund ist als Beweis dafür anzusehen, dass die Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit keineswegs mit dem objektiv fassbaren Niveau variiert, sondern vielfach von subjektiven Momen-

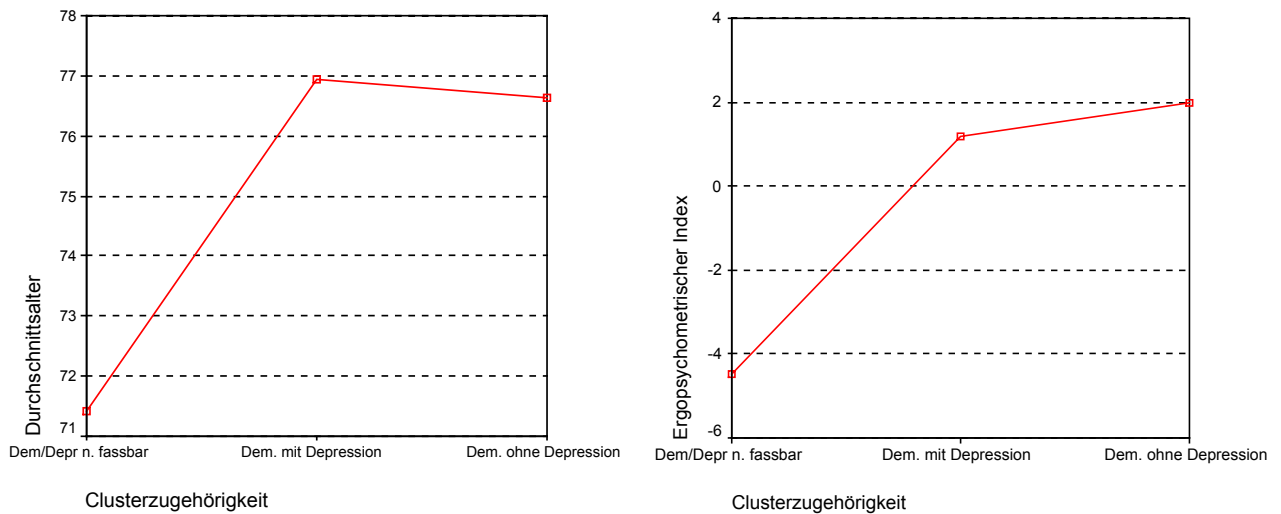
ten überlagert wird. „Depressiv Demente“ scheinen den Umstand ihrer mentalen Beeinträchtigung verdrängen zu wollen und bekennen sich nur in einem Ausmaß zum Nachlassen ihrer geistigen Fähigkeiten, wie dies bei den objektiv gesehen unbeeinträchtigten Personen der Fall ist. Interessant erscheint die *Reaktion „dementer nicht depressiver Personen“*, die sich mit dem geringsten Zustimmungsgrad zur *selbstreflektiven Wahrnehmung von Abbauphänomenen bekennen*. Es gibt ganz offensichtlich eine Gruppe von Personen, die von altersbedingten geistigen Einbußen kaum etwas wahrnehmen – auch dann nicht, wenn hierfür objektiv gesehen ein ernst zu nehmender Anlass gegeben ist.

Diagramme 5 und 6



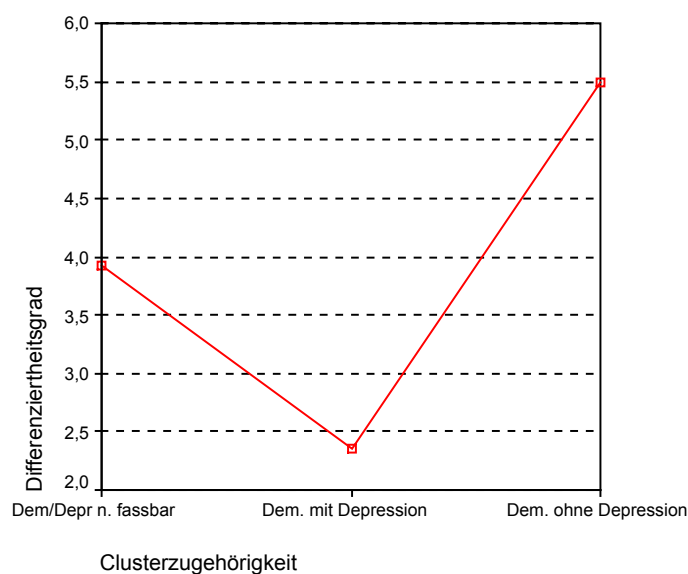
Ausschlaggeben für die Entwicklung bzw. fehlende Entwicklung von depressiv getönten Stimmungslagen scheinen – wie dies die Betrachtung der Diagramme 5 und 6 lehrt – nicht so sehr die äußeren Belastungsfaktoren, sondern vielmehr eine in der gegebenen Persönlichkeit residente Komponente zu sein. Äußere Belastungsmomente beeinflussen die Dementen stärker als die nicht Dementen. Aus dem Vergleich der Abbildungen geht jedoch hervor, dass die *Summe objektivierbarer Belastungsfaktoren zwischen den beiden Gruppen der „Dementen“ nur wenig variiert* (Abb. 5). Größere Unterschiede lassen sich jedoch entlang der Dimension objektiv nicht erklärbarer Momente depressiver Gestimmtheit feststellen (Abb. 6).

Diagramme 7 und 8



Eine beinahe gleichförmige Gestalt lassen die in den Abbildung 7 u. 8 ersichtlichen Kurven erkennen. Aus ihnen wird ersichtlich, dass weder das Alter noch der „Ergopsychometrische Index“ Informationen zur Trennung der beiden Gruppen dementer Personen in sich verbirgt. Der Ausprägungsgrad der beiden Merkmale kann jedoch Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dementieller Syndrome (mit oder ohne Depression) liefern. Während nun die Aussage, wonach die Wahrscheinlichkeit für die Nachweisbarkeit kognitiver Leistungseinbußen mit dem fortschreitenden Alter steigt (Abb. 7) eher banal anmutet, lassen die im Ausprägungsgrad des *Ergopsychometrischen Indizes* (Abb. 8) enthaltenen Informationen interessante Schlüsse zu. Ein Interpretationsversuch wird anlässlich der Besprechung des letzten, aggregierenden Schaubildes unternommen.

Diagramm 9



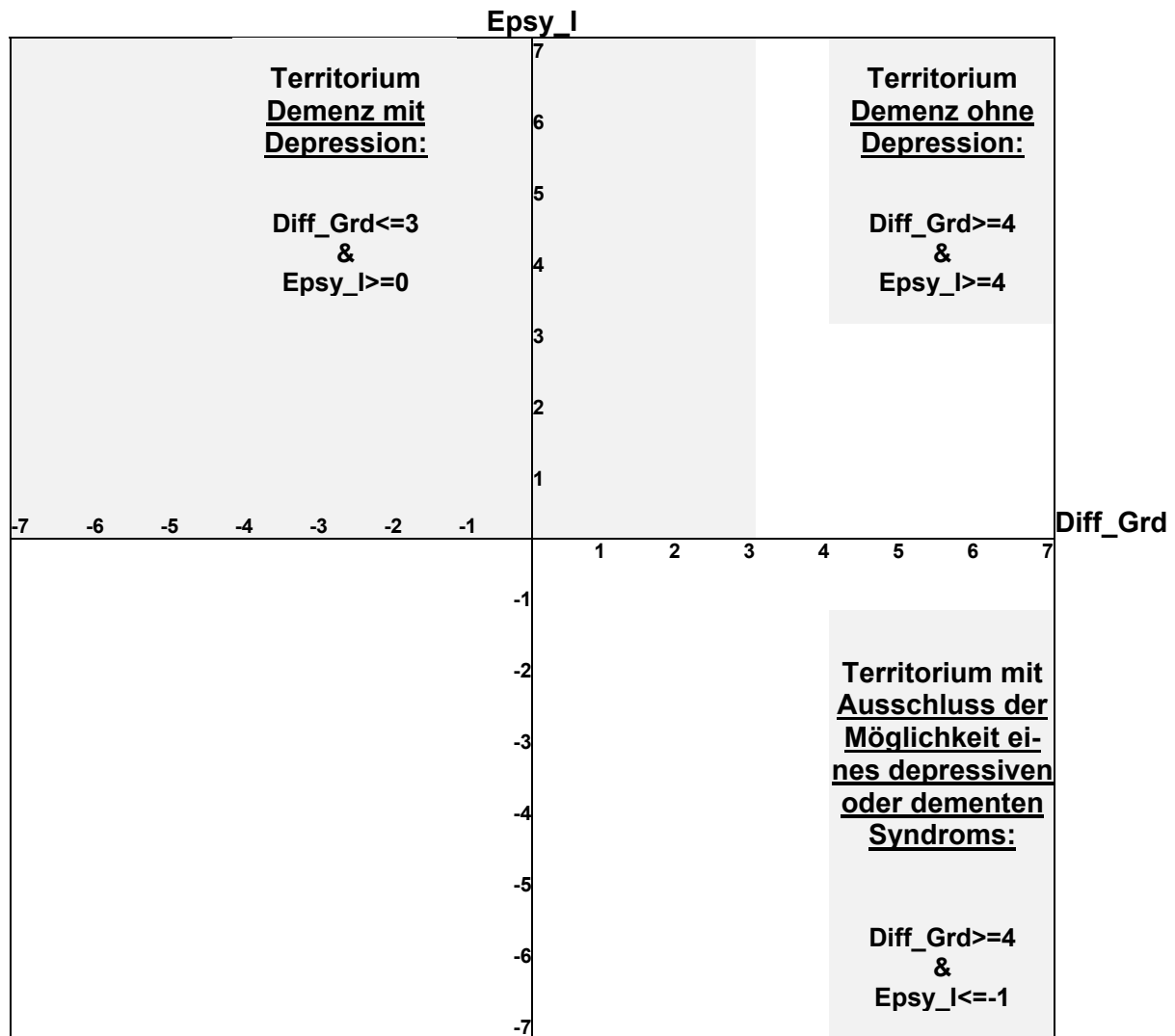
Recht deutlich lassen sich die faktoren- bzw. clusteranalytisch isolierten Gruppen aufgrund der Unterschiede von einander trennen, die im *Differenziertheitsgrad* beobachtbar sind. Eine vorläufige Interpretation soll nur soviel besagen, dass die depressive Gestimmtheit ganz offensichtlich einen reduktiven Effekt auf diese Messgröße ausübt, während der fortschreitende Abbauprozess den *Differenziertheitsgrad* ganz offensichtlich erhöht.

Es sollen die besprochenen Resultate nochmals **zusammenfassend** dargestellt werden:

- 1) Depressiv Demente erbringen kognitiv schlechtere Leistungen als nicht depressiv Demente
- 2) Der Zustand dementieller Beeinträchtigung allein kommt als Grund depressiver Gestimmtheit nicht in Frage
- 3) Die Wahrnehmung oder mangelnde Wahrnehmung des Verlustes geistiger Fähigkeiten variiert nicht mit den tatsächlichen Gegebenheiten. Nicht depressive Demente nehmen altersbedingte Abbauphänomene in einem geringeren Ausmaß wahr als jene Gruppe von Personen, bei denen weder Demenz noch Depression fassbar sind.
- 4) Die Wirkung äußerer Belastungsfaktoren trifft Demente stärker als nicht Demente.
- 5) Externe Umstände tragen zur Entwicklung eines depressiven Syndroms weniger als subjektive Momente bei.
- 6) Bei dementen Personen lässt sich eine positive Ausprägung des *Ergopsychometrischen Indizes*, bei nicht Dementen eine negative beobachten.
- 7) Der *Differenziertheitsgrad* steigt mit dem fortschreitenden Abbauprozess an. Depressive Gestimmtheit scheint jedoch eine gegenläufige Tendenz zu bewirken. Eine Interpretation dieser formal definierten Merkmale soll in dem von ihnen definierten Koordinatenraum versucht werden.

Darstellung der dynamischen Parameter in einem Koordinatensystem

Signifikante Bereiche zur Diagnose depressiver Störbilder im Merkmalenraum "Diff_Grd x Epsy_I"



Signifikante Bereiche zur Diagnose depressiver Störbilder im Merkmalenraum der Famous-Parameter – Ergopsychometrischer Index und Differenziertheitsgrad.

Die negative Ausprägung des *Ergopsychometrischen Indizes*, das als Hauptmerkmal der „Nicht-Dementen“ im dritten Quadrant in Erscheinung tritt, besagt, dass die betreffenden Testpersonen ihre Leistungen unter Belastung verbessern können. Die in der ersten Sequenz der Darbietungen vollzogene „Übung“ kann im Gegensatz zu dementiell beeinträchtigten Personen zu einer Leistungsverbesserung genutzt werden.

Die im zweiten und dritten Quadrant sichtbar werdende positive Ausprägung des Differenziertheitsgrades in den Gruppen der „Nicht-Depressiven“ zeigt an, dass die Unterschiedlichkeiten zwischen „abbauresistenten“ und „abbauanfälligen“ Leistungs-

formen im Alter unabhängig vom erbrachten Niveau recht deutlich in Erscheinung treten. In der althergebrachten Terminologie lässt sich dieser Befund so formulieren, dass „kristalline Momente“ im Alter auch bei geistig nicht beeinträchtigten Personen recht deutlich das intelligente Verhalten dominieren. Dies gilt jedoch für „depressiv Verstimmte“ ganz offensichtlich nicht. In der hauptsächlich im ersten Quadrant angesiedelten Population der „Depressiv Dementen“ lässt sich eine deutliche Abflachung der Kurve beobachten. Die positive Ausprägung des *Ergopsychometrischen Indizes* deutet auf eine (hier organisch bedingte) Reduktion der Stresstoleranz hin. Im negativen Zahlenbereich kommt ihm die Bedeutung einer gewissen „geistigen Verwahrlosung“ zu, die sich durch Übung bis zu einem bestimmten Grad aufheben lässt. Der nicht selten im negativen Wertebereich liegende *Differenzierungsgrad* lässt sich inhaltlich als eine unverhältnismäßig starke Beeinträchtigung des operativen Denkvermögens deuten, die in Folge, vielleicht aber als Ursache der depressiven Verstimmtheit in Erscheinung tritt.

Literatur

- [1] Krieglstein, J. (1990). Hirnleistungsstörungen – Farmakologie und Ansätze für die Therapie
- [2] Wells, C.E. (1979). Pseudodementia. Am. J. Psychiatry 136 895 – 900
- [3] Szendrői, V. & Friedl, E.J. (1996). Das Generationenproblem, depressive Syndrome und depressiv bedingte Pseudodemenz im höheren Lebensalter