

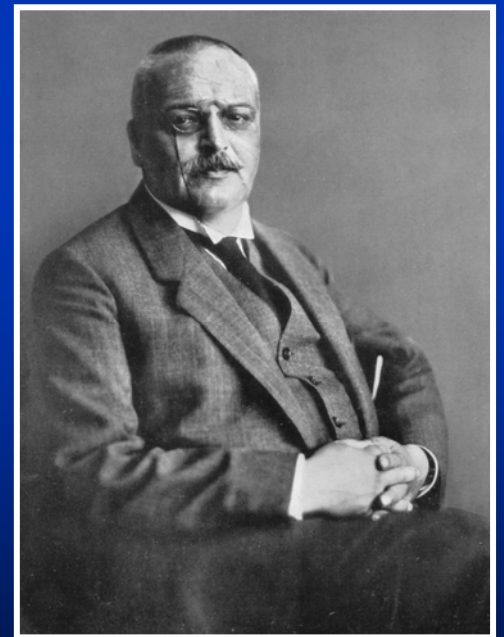
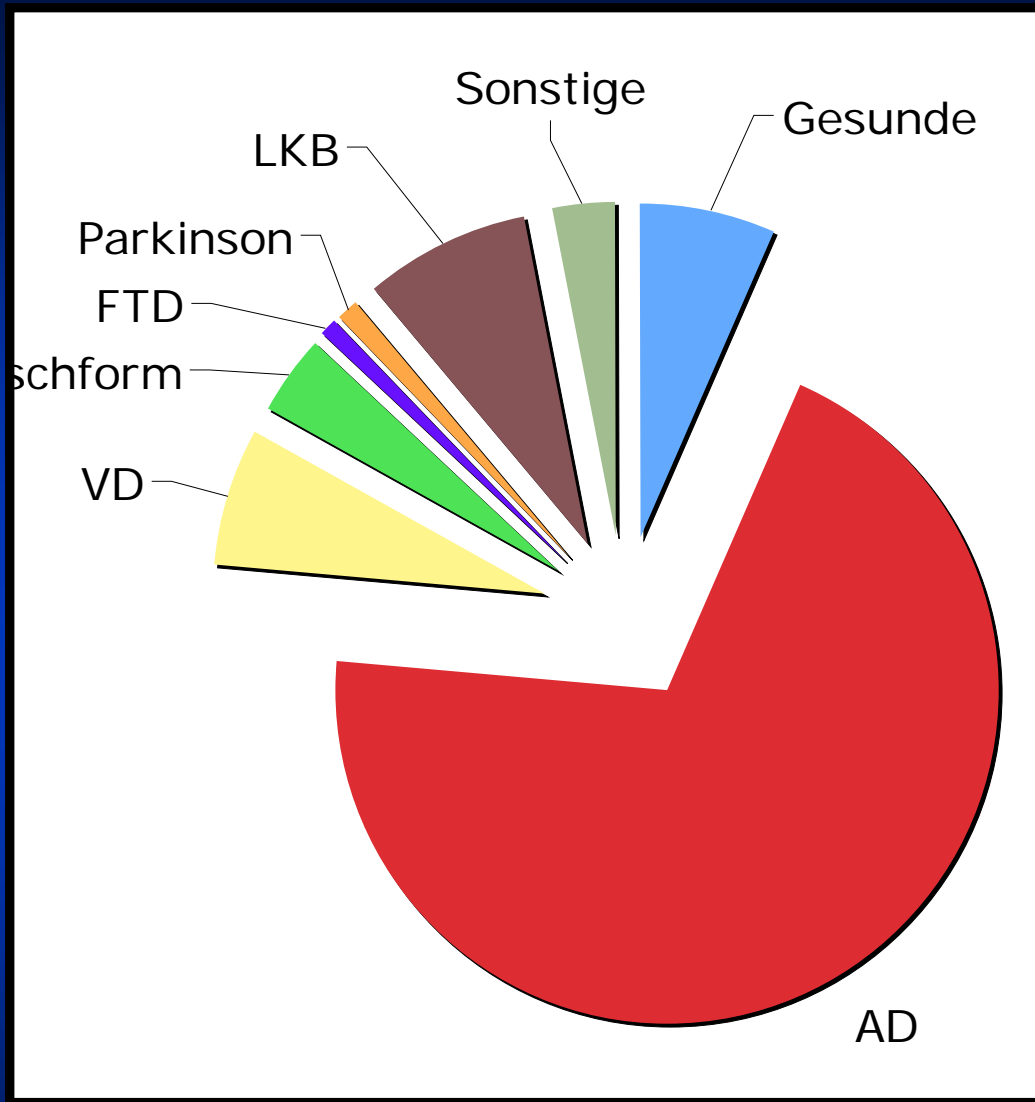
Gerontopsychiatrische Diagnostik und Therapie

Potenziale für die Lebensqualität Demenzkranker

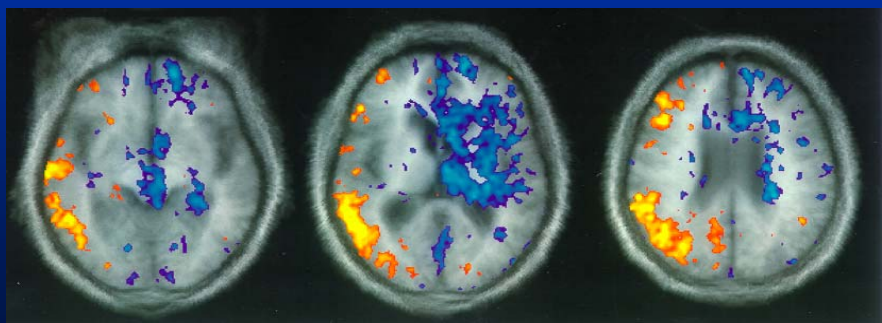
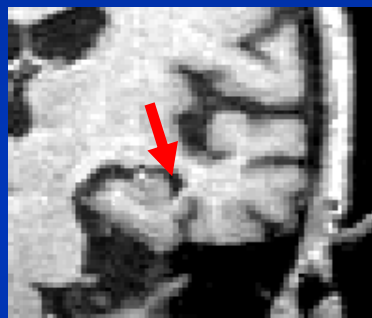
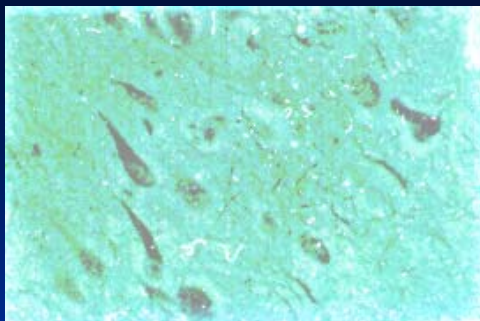
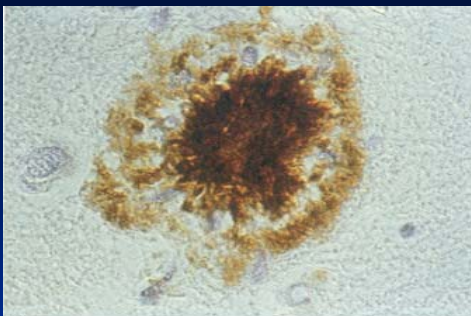
J. Schröder, U. Seidl

Sektion Gerontopsychiatrie

Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg



Alois Alzheimer (1864 - 1915)



Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)

- Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, n=500
Raum Heidelberg + Leipzig
- Rekrutierung über die Einwohnermeldeämter
Geburtsjahrgänge 1930/32
1950/52

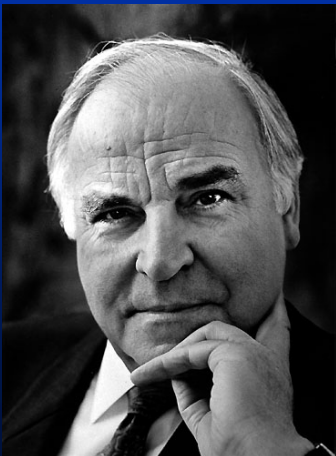
1. Untersuchung

2. Untersuchung

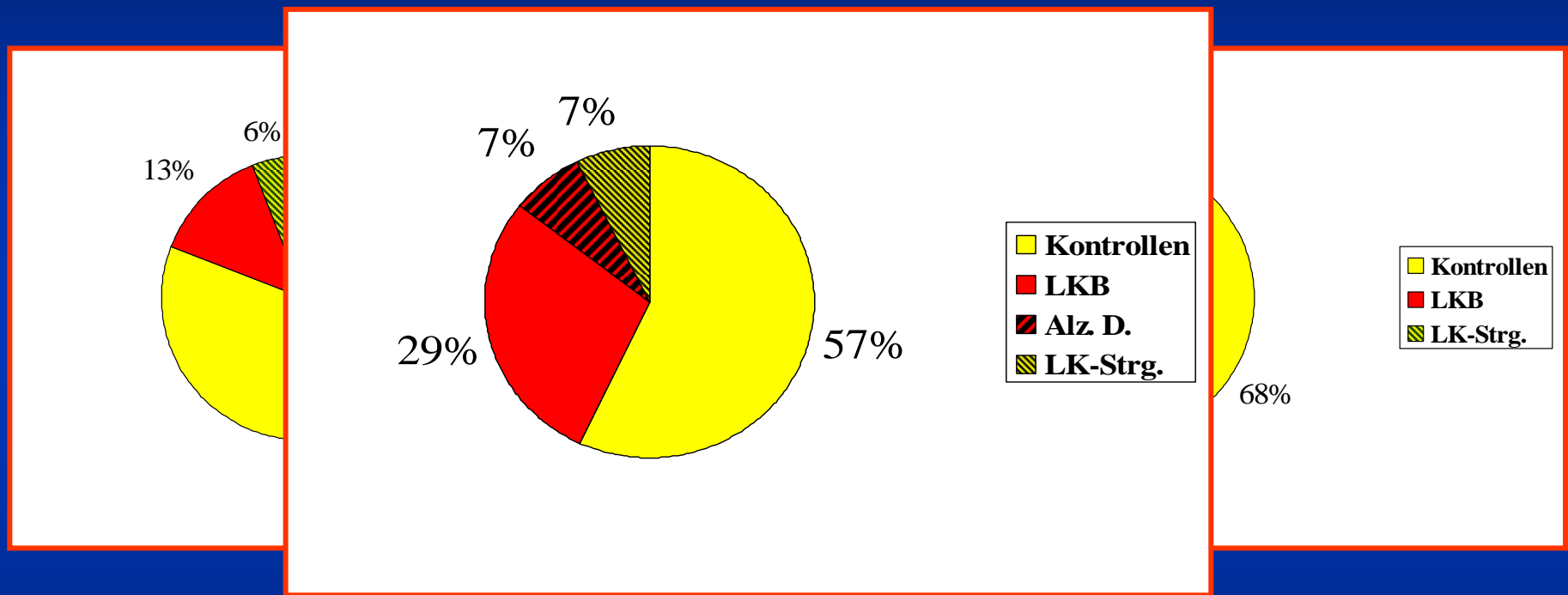
3. Untersuchung

MRT

MRT



Prävalenzen: leichte kognitive Beeinträchtigung und Alzheimer Demenz in der ILSE



Erststudie

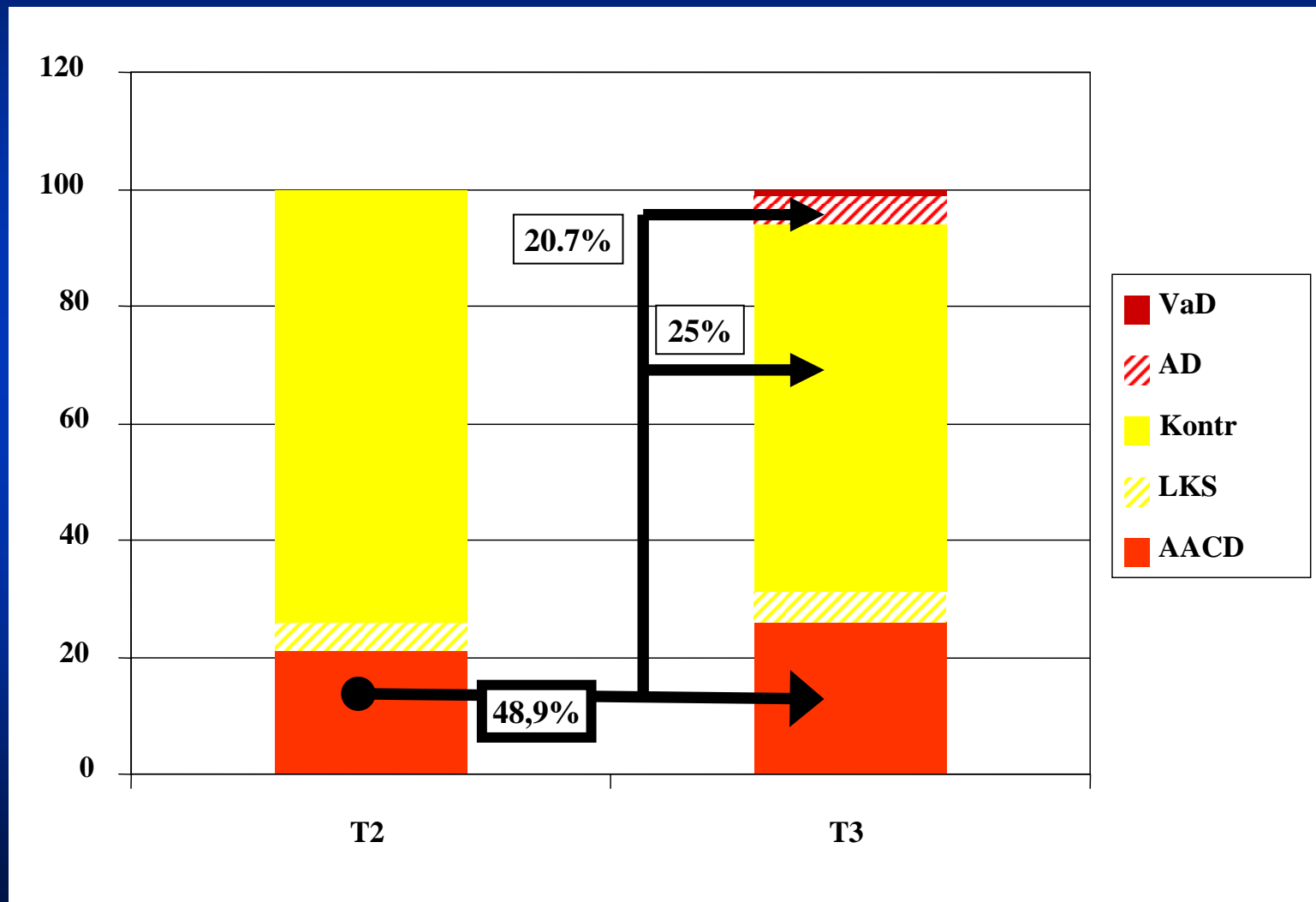
12-Jahresverlauf

n=372

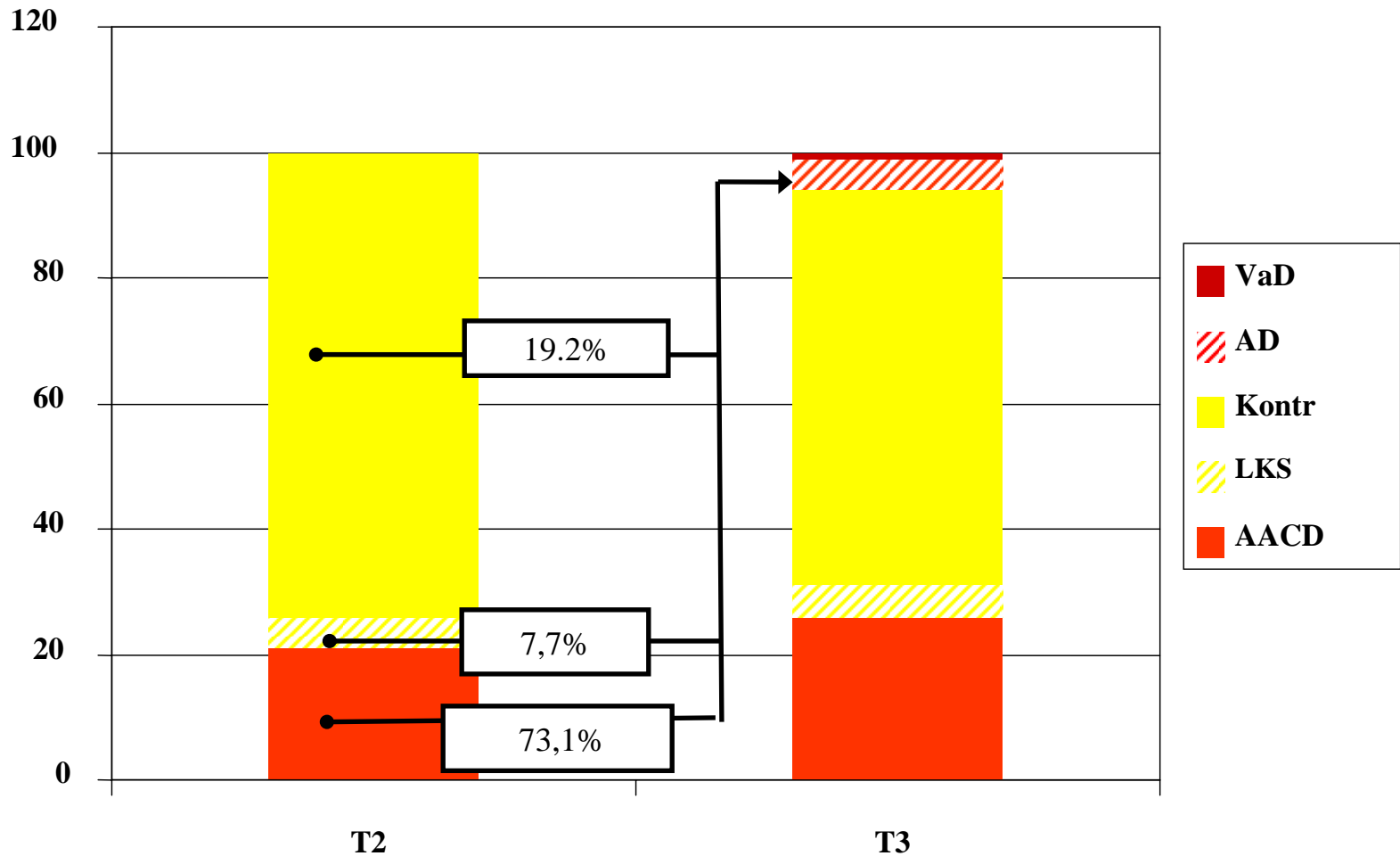
4-Jahresverlauf

n=449

Verlauf der AACD



Entstehung der AD



Risiko- und protektive Faktoren:

erste Ergebnisse aus der ILSE

- Cholesterin und LDL
 - Erhöhte Werte zu t1 + t2
erhöhtes Risiko
- Körperliche Aktivität und Fitness
 - k. sign. Effekte
- Schulbildung
 - *Protektiver* Effekt
- Genetische Polymorphismen
 - APOe 4 *erhöhtes Risiko*
 - COMT *protektiver* Effekt

„Eine Frau von 51 Jahren zeigte als erste auffällige Krankheitserscheinung Eifersuchtsideen gegen den Mann.“

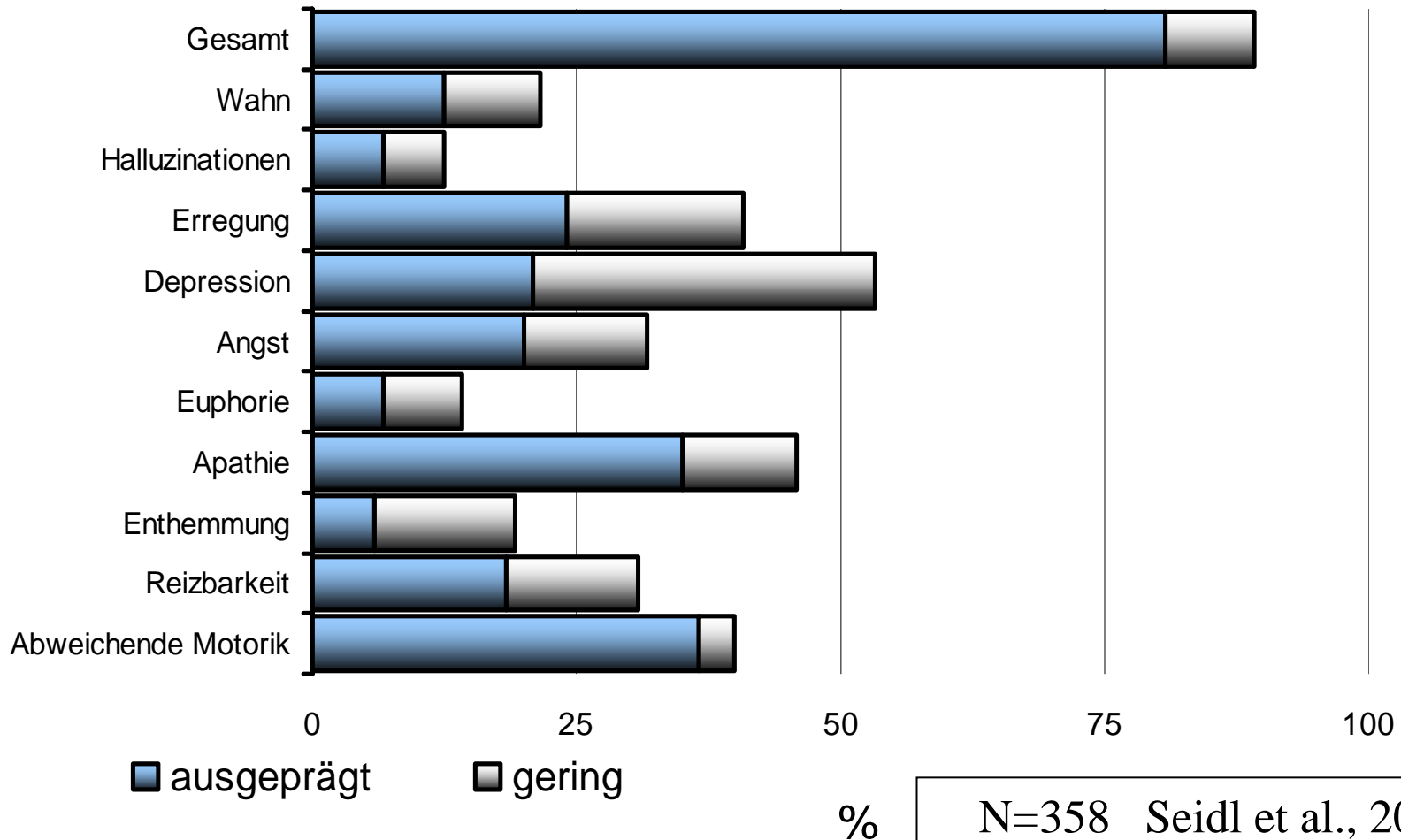


Alzheimer

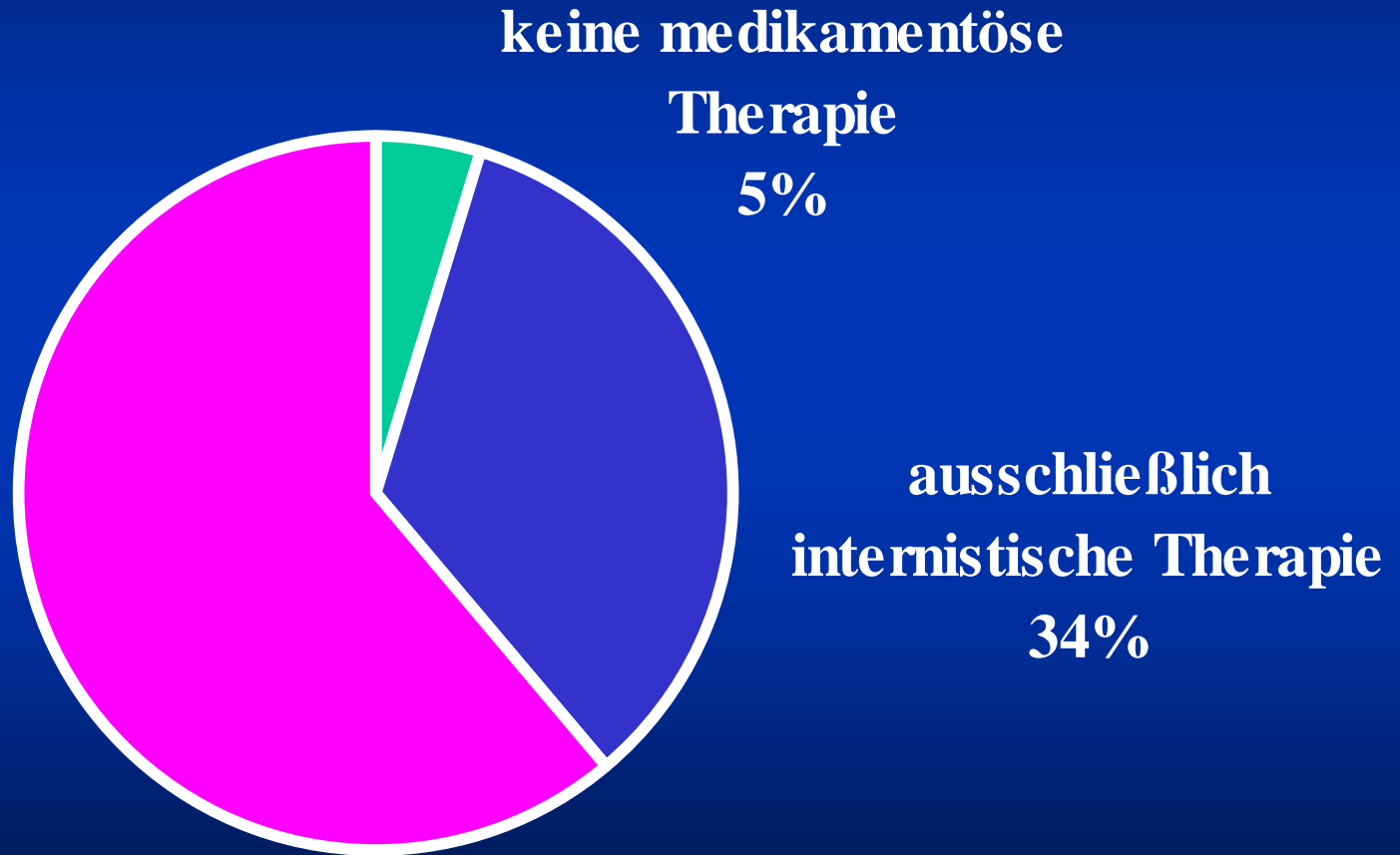
„Zeitweilig ist sie völlig delirant [...] und scheint Gehörshalluzinationen zu haben. Oft schreit sie viele Stunden lang mit grässlicher Stimme.“

Aus der Beschreibung Alois Alzheimers

Psychopathologische Symptome: Ausprägung in % der Heimbewohner



Medikamentöse Behandlung



keine medikamentöse
Therapie

5%

ausschließlich
internistische Therapie

34%

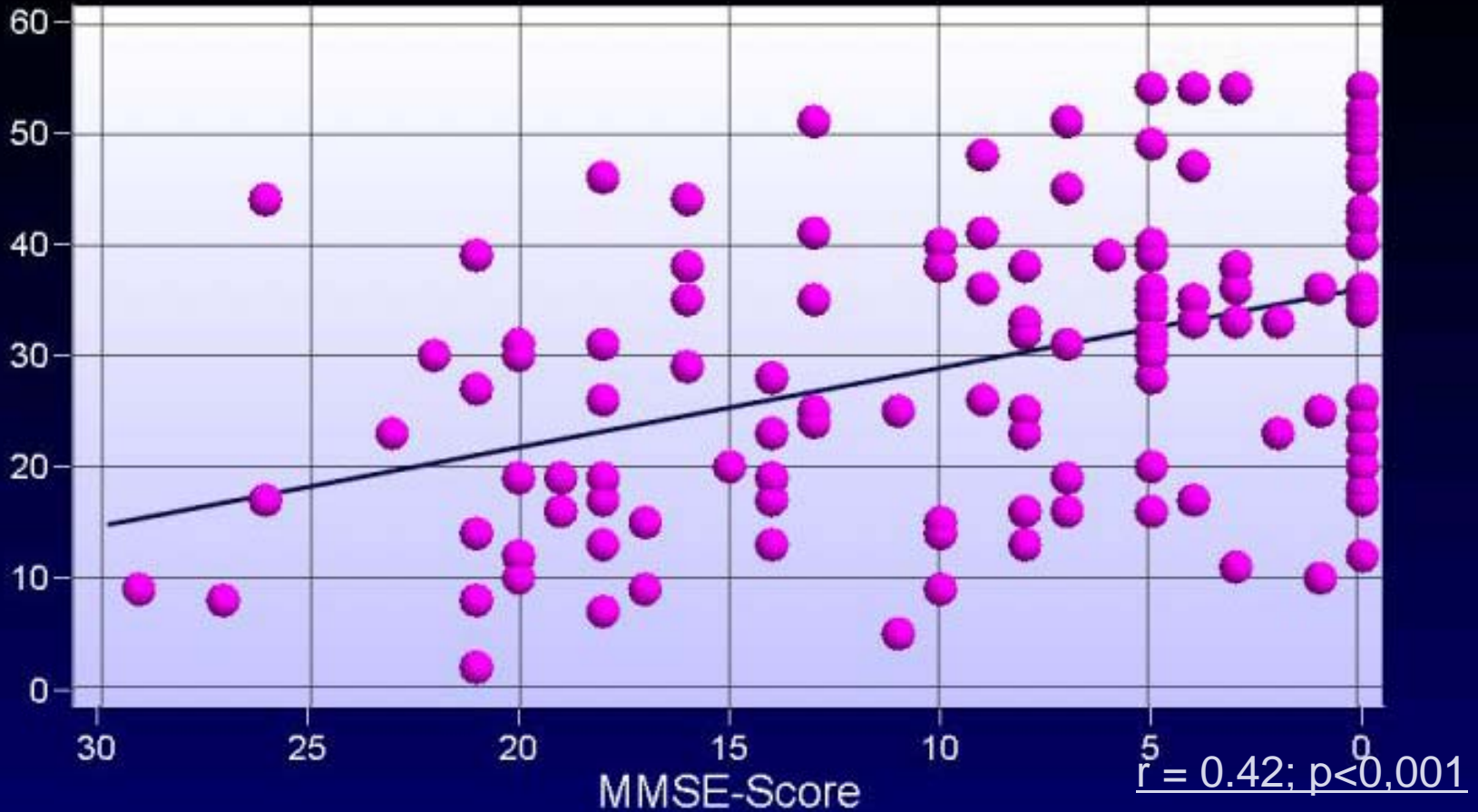
psychiatrische Therapie

61%

- 60% der Bewohner erhielten eine ausreichende Therapie
- Nur 27% der dementen Bewohner werden psychiatrisch mitbehandelt
- kaum 10% erhielten einen Acetylcholinesterasehemmer
- Verbesserte medizinische Versorgung vor Ort
 - senkt die Häufigkeit der Klinikaufenthalte (Intrator et al., 1999; Barker et al., 1994) und
 - trägt zur Vermeidung unangemessener Aufenthalte bei (Saliba et al., 2003)

Apathie bei demenzkranken Heimbewohnern

AES-Summenscore



Determinanten der Apathie:

1. Zerebrale Atrophie

insbesondere ant. Zingulum und andere Teile
des *limbischen Systems*

2. Stimulationsarme Umgebung

gezielte Stimulation mit *emotional positiv* besetzten
Reizen, z.B. autobiographischen Material

3. Konflikte und Limitationen im Pflegesystem

Schulungsansätze mit Fallbesprechungen

Potenziale der Gerontopsychiatrie im Hinblick auf die Lebensqualität Demenzkranker:

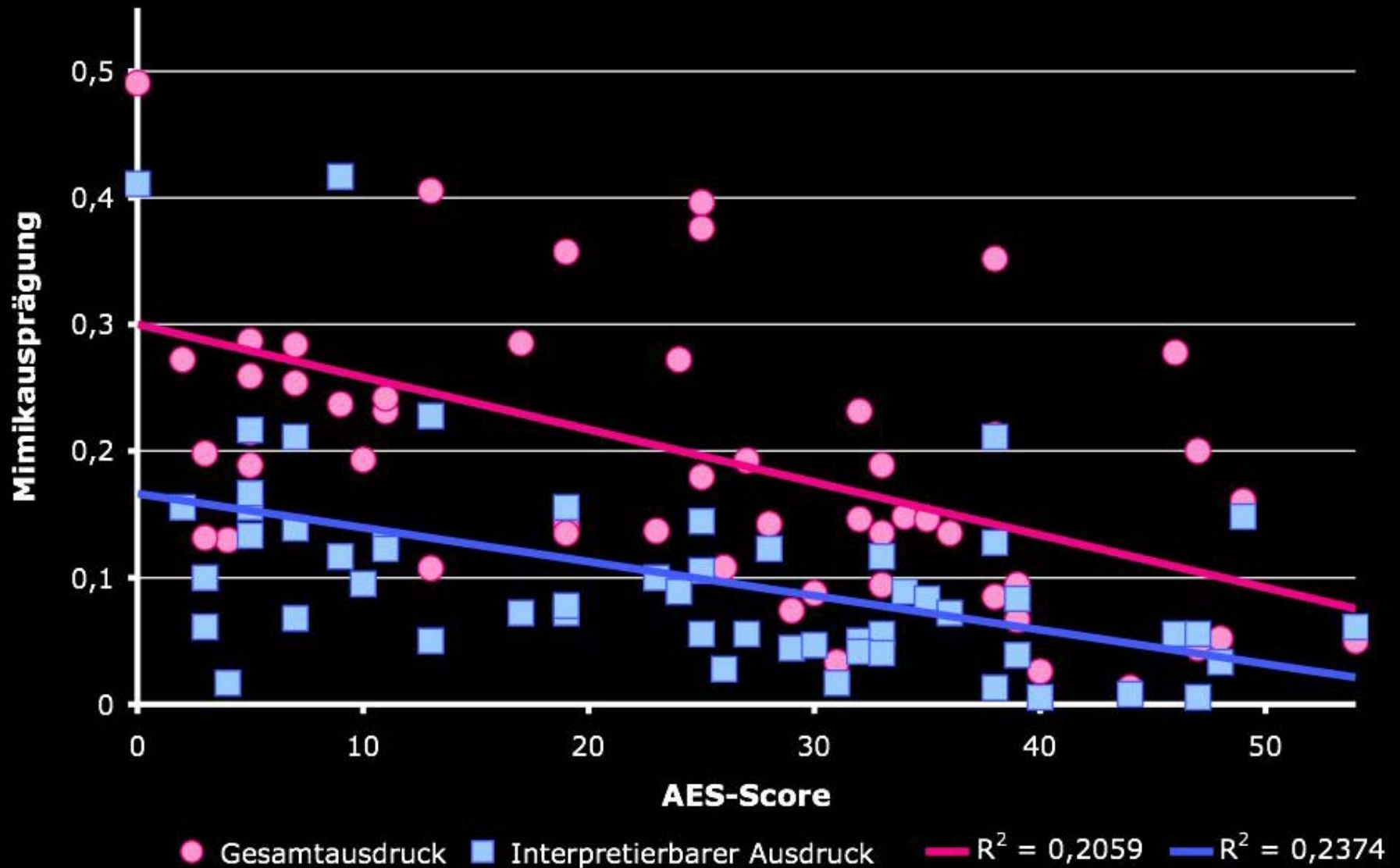
1. Früherkennung und Diagnostik, Verbesserung von Beratung und trainierender Therapiekonzepte

1. Identifikation von Risiko- und protektiven Faktoren für präventive Programme

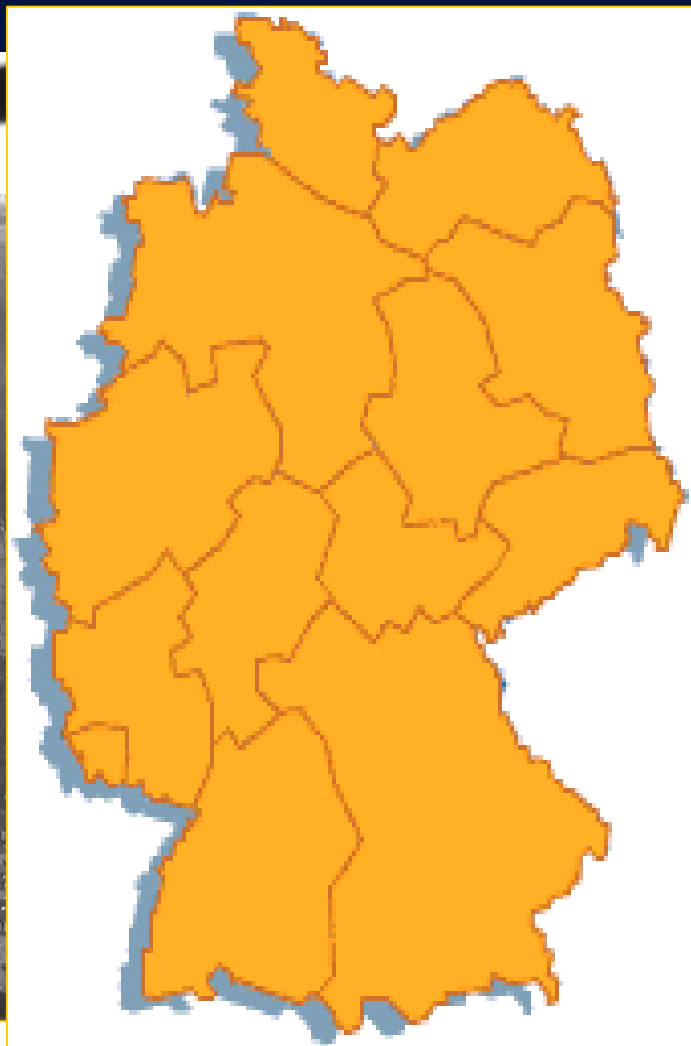
3. *Tertiärprävention* im Hinblick auf psychopathologische Symptome und Pflegesituation

(z. B. H.I.L.DE & Quadem)

Apathie und Mimik



**ca. 1,2 Millionen Demenzkranke
(Verdopplung bis 2030 prognostiziert)**



Heidelberg:

**ca. 2000 Demenzkranke/ca.140.000 Einwohner
ca. 300 Neuerkrankungen p. Jahr**