

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### LEICHTE KOGNITIVE STÖRUNGEN IM ALTER

#### Zwischenstadium zwischen dem normalen geistigen Abbau im Alter und der eigentlichen Demenz

Die Demenz, die man gar nicht mehr im Einzelnen erklären muss, gehört inzwischen zu den häufigsten Befürchtungen in unserer Zeit und Gesellschaft. Doch solche Ängste ziehen Kreise. Und dazu inzwischen die so genannte leichte kognitive Störung im Alter, also ein Zwischenstadium zwischen dem normalen geistigen Altern und dem eigentlichen Demenz-Syndrom, international als mild cognitive impairment (MCI) genannt. Um was handelt es sich? Auf was muss man achten? Ist das die beunruhigende Vorstufe einer demnächst zu ertragenden Demenz? Wie verläuft eine solche Entwicklung? Wie wird sie diagnostiziert und vor allem: gibt es wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeiten? Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht.

#### Erwähnte Fachbegriffe:

Kognition – kognitiv – kognitive Kompetenzen – Kognitions-Defizite – kognitive Therapie – leichte kognitive Störung im Alter – mild cognitive impairment - MCI – MCI-Diagnostik – MCI-Definition – neuro-degenerative Demenz-Prozesse – Demenz-Erkrankung – Alzheimer-Demenz – gestörte Alltags-Kompetenz – gestörte kognitive Leistungsfähigkeit – Gedächtnis-Störungen – Orientierungs-Störungen – mangelhafte Urteils-Fähigkeit – mangelhafte Problem-Lösefähigkeit – gestörte soziale Anpassung – Beeinträchtigungen im Haushalt – mangelhafte Körperpflege – mäßige Vergesslichkeit – Amnestisches MCI – Nicht-amnestisches MCI – Multiples-Domänen-MCI – MCI-Beschwerdebild – MCI-Verlauf – MCI-Häufigkeit – MCI-Ursachen – MCI-Diagnose – klinisch-neuro-psychologische Untersuchung der leichten kognitiven Störung im Alter – Eigen-Anamnese der leichten kognitiven Störung im Alter – Fremd-Anamnese der leichten kognitiven Störung im Alter – neuro-psychologische Untersuchung der leichten kognitiven Störung im Alter – neuro-psychologische Tests der leichten kognitiven Störung im Alter – Unterscheidung zwischen leichter kognitiver Störung im Alter und Demenz-Syndrom – organische Ursachen einer kognitiven Störung – Untersuchungs-Verfahren zur leichten kognitiven Störung

im Alter: Liquor, bild-gebende Hirn-Untersuchungen, genetische Untersuchungen, Elektroenzephalographie (EEG) u. a. – Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie bei leichten kognitiven Störungen – u.a.m.

Wir werden immer älter – und das findet durchaus unsere Zustimmung, obgleich wir den seelisch-körperlich-geistig-psychozialen Preis, der damit verbunden ist, ungern akzeptieren oder gar beklagen.

Wer sich über seine geistige Leistungsfähigkeit Sorgen macht und ggf. gezielt umhört, den beschäftigt immer mehr ein englischer Fachbegriff: Mild cognitive impairment. Und der gewinnt in Fachkreisen, sprich Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Gerohygiene, Neuropsychologie u. ä. immer mehr an Bedeutung – und wird schon gar nicht mehr ins Deutsche übersetzt. Das kann man dann selber tun und findet: mild = mild, sanft, leicht, cognitive = erkenntnismäßig (so auch im Deutschen s. o.) und impairment = Schwäche oder Beeinträchtigung. Soweit so gut, oder auch nicht.

Fragt man seinen Arzt, dann übersetzt er definitionsgemäß: leichte kognitive Störung, was vor allem an der Schwelle zum Alter oder im Laufe des Rückbildungsalters irritiert. Was versteht man darunter?

Dazu in Ergänzung zu einer ganzen Reihe von Kapiteln in dieser Serie eine kurz gefasste Übersicht, basierend auf einem Fachartikel in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* 11/2011 von den Experten Dr. F. M. Reischies, Friedrich von Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin sowie Dr. F. Wertenaue, Mental Health, Justice Health and Alcohol & Drug Services, ACT Government Health, Canberra/Australien, beide aus der Arbeitsgruppe Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Im Einzelnen:

## Begriff

Als Erstes der aus dem lateinischen stammende Begriff: *kognitiv*. Was versteht man konkret darunter? Dazu eine kurze Übersicht im Kasten:

- *Cognoscere: lat.* = erkennen, wiedererkennen, wahrnehmen, aber auch Erkundigungen einziehen, auskundschaften, untersuchen. Dazu – je nach Wort-Kombination – eine große Zahl von zusätzlichen Bezeichnungen: (z. B. jemanden als tapfer, Mann von Größe oder hoher Qualität kennen lernen, erkennen, dass etwas wahr ist, juristisch die Identität bezeugen, prüfen, untersuchen oder verhören u.a.m. Also ein Kern-Wort mit vielen Bedeutungen von erheblicher Wichtigkeit.

- Und so geht es dann auch im wissenschaftlichen, konkret psychiatrischen, psychopathologischen, inzwischen auch neuropsychologischen Sinne weiter: Kognition als Sammelbezeichnung für jeden Vorgang, durch den man etwas wahrnimmt oder weiß. Das schließt wahrnehmen, erkennen, denken, vorstellen, erinnern, urteilen, lernen, bewerten, ja erwarten u. a. ein. In der psychiatri-

schen Alltagssprache bezeichnet man damit in der Regel den reinen Denkprozess, z. B. im Unterschied zu Stimmung, Gefühlswallungen usw.

Als Substantiv (Kognition) relativ selten, als Adjektiv häufig gebraucht (kognitiv). Beispiele: als kognitive Strukturen wie Langzeitgedächtnis, Prozesse der inneren Informations-Verarbeitung, und als psychologische Forschungsrichtung die Kognitions-Wissenschaft, die bestimmte Methoden der Daten-Gewinnung und -Analyse nutzt.

Von klinischer Bedeutung finden sich vor allem Begriffe wie kognitive Kompetenzen (förderliche bzw. funktionale Kognitionen), oder Kognitions-Defizite (hilfreiche Kognitionen unzureichend oder gar nicht vorhanden), Kognitions-Hemmung (funktionale Kognitionen sind vorhanden, werden aber nicht angemessen genutzt, z. B. aus Angst oder im Rahmen einer Depression - s. u.) usw. Bekannt sind die depressions-typische Kognition wie dysfunktionale Kognition, oder selbst-abwertende Kognition usf. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur.

Häufig zu hören ist auch der Begriff der kognitiven Therapie (heute bedeutungsgleich: kognitiv-behaviorale Therapie oder kognitive Verhaltenstherapie), einer Psychotherapieform, die dazu veranlasst, seine Situation zu überdenken, neu zu beurteilen und schließlich konstruktiv zu verändern. Oder schlicht gesprochen: Der Patient soll unsinnige und/oder für ihn schädliche Überzeugungen erkennen und aufgeben, zum Beispiel in der endogenen Depression, in der er sich als minderwertig, unfähig und sogar gesellschaftlich belastend fehlinterpretiert.

*Fazit:* Ein viel verwendeter Fachbegriff für ein allerdings auch hoch bedeutsames neuropsychologisches Gebiet und ggf. folgenschweres krankhaftes Phänomen bzw. hilfreicher Psychotherapie, der inzwischen auch immer öfter im Alltag zu hören ist.

Hier soll es also um die *leichte kognitive Störung im Alter* gehen, Fachbegriff: *mild cognitive impairment*, abgekürzt MCI. Was wissen wir bisher über Häufigkeit, Ursachen, Hintergründe, Beschwerdebild, klinische, neuro-psychologische, labor-technische und bildgebende Erkenntnisse in der MCI-Diagnostik? Und kann man etwas dagegen tun?

## Definition

Die meisten sogenannten neuro-degenerativen Demenz-Prozesse (also schlicht gesprochen: der Niedergang der dafür zuständigen Zellen im Gehirn) brauchen Jahre, bevor sie zu einem klinischen Syndrom führen, also einem mehr oder weniger zusammenhängenden Leidensbild, das man dann als Demenz diagnostizieren kann (vom lat.: dementia = Unsinn, Wahnsinn, Raserei; volkstümlich: Tollheiten; medizinisch: Schwachsinn). Einzelheiten - wie erwähnt - vor allem die Kapitel Demenz-Erkrankungen und Alzheimer-Demenz in dieser Serie.

Im Rahmen einer solchen neuro-degenerativen Entwicklung verschlechtert sich die kognitive Leistung, und zwar zunächst meist schleichend. In diesem Zusammenhang wird dann auch ein Stadium durchlaufen, das man leichte kognitive Störung nennt, d. h. es werden bereits kognitive Fehlleistungen beobachtet, allerdings noch kein eigentliches Demenz-Syndrom diagnostiziert.

Deshalb hat sich in den letzten Jahren ein Konzept für dieses Zwischenstadium zwischen dem normalen kognitiven Altern und dem eigentlichen Demenz-Syndrom entwickelt, das die Wissenschaftler international *mild cognitive impairment-MCI* nennen. Für die Experten gibt es dabei definitionsgemäß so genannte Standard-Abweichungen in der Verteilung kognitiver Leistungen in der Bevölkerung. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Nachvollziehbar für jeden aber heißt das:

- Die Patienten selber oder ihre Angehörigen berichten über eine Verschlechterung ihrer kognitiven Leistungen oder es gibt einen objektiven Beleg für eine Verschlechterung über die letzte Zeit hinweg.
- Die grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens sind nicht gestört bzw. komplexere Funktionen sind nur minimal gestört (d. h. es findet sich eine normale Alltags-Kompetenz und normale allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit). Auch ist noch keine globale Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten wie beim voll ausgebildeten Demenz-Syndrom beobachtbar (weshalb auch die entsprechenden Demenz-Kriterien nach den tonangebenden internationalen Institutionen ICD-10 der WHO oder DSM-IV-TR der APA nicht erfüllt sind).

Mit anderen Worten: Hier wird unterschieden zwischen einer latenten Demenz-Erkrankung (latent = lat.: verborgen, unsichtbar, heimlich, medizinisch ausgedrückt: noch ohne eindeutige Krankheitszeichen verlaufend, wenn auch versteckt oder zumindest zeitweilig verborgen) und den offenkundigen Demenz-Krankheiten wie der bekannteste Untertyp, nämlich die Alzheimer-Krankheit.

Dieses Konzept hat sich inzwischen durchgesetzt. Es entspricht der Alltags-Erfahrung im Umgang mit Patienten, deren kognitive Defizite vermuten lassen, dass ihre geistigen Leistungen zwar nicht mehr mit dem normalen Altern vereinbar, trotzdem aber ihrem Alltag noch gewachsen sind.

Bei solchen kognitiven Fehlleistungen handelt es sich beispielsweise um vergessene Verabredungen oder vergessene Details aus Erzählungen, ferner um Wortfindungs-Störungen oder Probleme, mit einem neuen elektronischen Gerät zurechtzukommen u. a.

Nachfolgend eine anschauliche Beschreibung der leichten kognitiven Störungen im Alter anhand des *Clinical Dementia Rating*, wobei zwischen fraglicher Demenz = entspricht dem MCI-Stadium und leichter Demenz unterschieden wird.

## Beispiel der leichten kognitiven Störung anhand der „fraglichen Demenz“\*

| CDR-Bereiche  | CDR: fragliche Demenz   | CDR: leichte Demenz  |
|---|---|--|
| Gedächtnis  | Andauernde leichte Vergesslichkeit; nur teilweise Erinnerung an bestimmte Ereignisse; „benigne“ (gutartige) Vergesslichkeit (s. u.) | Moderate (mäßige) Vergesslichkeit; stärker ausgeprägt für kurz zurückliegende Ereignisse; die Störung beeinträchtigt die täglichen Aktivitäten                         |
| Orientierung  | Voll orientiert; z. T. leichte Schwierigkeiten mit zeitlichen Abfolgen  | Moderate Schwierigkeiten mit zeitlichen Abfolgen; orientiert für Ort der Untersuchung, aber Orientierungsstörung in Bezug auf andere Orte möglich                      |
| Urteils- und Problemlösefähigkeit   | Leichte Störung im Problemlösen, z. B. bei „Ähnlichkeiten und Unterschieden“  | Moderate Störung in der Bearbeitung von Problemen, z. B. bei „Ähnlichkeiten und Unterschieden“; Urteilsfähigkeit im sozialen Bereich meist erhalten                    |
| Soziale Angelegenheiten   | Leicht gestört  | Nicht mehr in der Lage, unabhängig alle sozialen Angelegenheiten zu regeln, obwohl noch in manchem engagiert; erscheint bei oberflächlicher Betrachtung noch ungestört |
| Haushalt und Hobbys   | Hobbys und intellektuelle Interessen sind leicht gestört  | Leichte, aber definitive Beeinträchtigung im Haushalt; schwierige Aufgaben und kompliziertere Hobbys und Interessen wurden aufgegeben                                  |
| Körperpflege und Kleidung   | Vollkommen selbstständig  | Benötigt Aufforderung  |
| * CDR – Clinical Dementia Rating, zitiert nach F. M. Reischies und F. Wertenaueer, 2011 |   |  |

## Unterteilung nach MCI-Typen

Im weiteren Verlauf dieses MCI-Konzeptes hat man auch die Unterteilung in verschiedene Typen vorgeschlagen. Beispiele:

- *Amnestisches MCI*: hier ist die wichtigste Leistungsstörung die Amnesie, die Erinnerungslosigkeit, d. h. vor allem eine Störung des episodischen Gedächtnisses (z. B. der Fähigkeit, sich kürzlich erlebte Ereignisse zu merken).
- *Nicht-amnestisches MCI*: wenn das Gedächtnis nicht beeinträchtigt ist.
- *Multiples-Domänen-MCI*: wenn die MCI-Fehlleistungen sich auf mehrere neuro-psychologische Bereiche verteilen.

## Seelisches Beschwerdebild

Zwar ist das MCI durch Störungen kognitiver Leistungen definiert, doch finden sich regelhaft auch seelische Störungen, und zwar bereits in diesem frühen Stadium der Demenz-Erkrankung. Besonders häufig sind affektive Symptome (Gemütsstörungen) wie Depressivität und Angst, aber auch leichte Irritabilität (schnell durcheinander zu bringen) und aggressive Verhaltensweisen.

Eine oft von Angehörigen beklagte Störung im Bereich des Antriebs und der Emotionalität (Gemütslage), die aber vom Patienten nicht als besonders belastend erlebt zu werden pflegt, bezeichnet die Fachwelt als Apathie, also keine Gemüts-Reaktionen mehr, verringerter Antrieb und damit eine Art Leidenschaftslosigkeit bzw. Teilnahmslosigkeit.

## Verlauf

Bei vielen Betroffenen mit einem amnestischen MCI (s. o.) verschlechtert sich in den folgenden Jahren die kognitive Leistungsfähigkeit. Und damit breitet sich die Störung meist auch auf weitere neuro-psychologische Bereiche aus, bis schließlich ein augenscheinliches Demenz-Syndrom diagnostiziert werden muss (wobei das Überschreiten der so genannten Demenz-Schwelle fachlich als Konversion bezeichnet wird).

In entsprechenden Bevölkerungs-Stichproben kann man lesen, dass etwa zehn Prozent der MCI-Fälle im nächsten Jahr eine Demenz-Diagnose erhalten. Im Vergleich: In einer Gesamt-Stichprobe sind es ein bis zwei Prozent.

Jene Patienten, die bereits darauf reagiert haben und beispielsweise eine Gedächtnis-Sprechstunde aufsuchen, liegen mit bis zu 20% deutlich höher. Dies ist nachvollziehbar, denn es sind vorwiegend Patienten mit entsprechenden Defiziten, die sich zu einem solchen Schritt entscheiden (müssen). Solche

Schritte werden nebenbei nicht nur von den Betroffenen, sondern auch (oder sogar öfter) von den Angehörigen bzw. dem näheren Umfeld angeregt, die solche schleichenden Einbußen naturgemäß besser zu beurteilen vermögen als die Betroffenen selber, so die Experten F. M. Reischies und F. Wertenaueer.

## Häufigkeit

Wie häufig sind nun solche leichten kognitiven Störungen im Alter? Auch dazu gibt es entsprechende Bevölkerungs-Stichproben, die allerdings erheblich variieren, nämlich zwischen drei und 25%. Das hängt mit der jeweiligen Klientel zusammen, die untersucht wurde. Im Mittel – so die Experten – rechnet man mit etwa 15%, aber – wie gesagt – abhängig vom Alter. So werden beispielsweise die über 90-Jährigen mit über 30% belastet. Das Verhältnis von amnestischen zu nicht-amnestischen MCI ist etwa 2 : 1.

## Ursachen

Alle langsam voranschreitenden Hirn-Erkrankungen bzw. Hirn-Schädigungen, die zu einem Demenz-Syndrom führen (d. h. auch körperliche Krankheitsprozesse, Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie), verlaufen über eine mehr oder weniger lange MCI-Phase bis zum Vollbild eines Demenz-Syndroms. Dabei muss man allerdings die erwähnte Ursache berücksichtigen, was zu deutlichen Differenzen führen kann. Bei den üblichen Demenz-Ursachen siehe das Kapitel über die Demenz-Erkrankungen.

Weitere Hinweise siehe später.

## Wie diagnostiziert man eine leichte kognitive Störung im Alter?

Das Wichtigste ist die Anamnese, die lebensgeschichtliche Vorgeschichte mit den jeweiligen Krankheitszeichen, Beschwerden, Ursachen, Verläufen und psychosozialen Konsequenzen. Dabei unterscheidet man zwischen Eigen-Anamnese vom Patienten selber und Fremd-Anamnese seitens seiner Umgebung (von den Angehörigen über die Pflegepersonen bis ggf. zu Freunden, Nachbarn, Mitarbeitern u. ä., sofern der Patient mit deren Befragung einverstanden ist).

Ausgangspunkt ist also die eigen-anamnestische und fremd-anamnestische Beobachtung von Fehl-Leistungen im Alltag. Dabei würde man meinen, dass die eigenen Hinweise, auch wenn sie noch so subjektiv sind, den größeren Stellenwert haben, was Klagen über entsprechende kognitive Defizite und Leistungs-Einbußen anbelangt. In der Psychiatrie muss man dabei aber vorsichtig sein. Es gibt nämlich seelische Störungen, die eine solche Schilderung „negativ verzerren“. Dazu gehören vor allem depressive Patienten, aber auch Kranke mit Angstzuständen u. ä. Hier hilft also die Fremd-Anamnese einiges zu korrigieren.

Auf was muss man nun aber im Einzelnen achten, dargestellt in dem Beitrag von F. M. Reischies und F. Wertenaueer in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2011?

- **Störungen der kognitiven Leistungen**

*Spiegelbild und Art der Beschwerden:* Eine Störung des Alltags-Gedächtnisses ist zwar deutlich erkennbar, entspricht jedoch meist noch der „gutartigen Altersvergesslichkeit“. Diese wird umschrieben mit nachlassender Fähigkeit, sich mühelos Zusammenhänge einzuprägen, auch unsinnige Sachverhalte, wobei noch wichtige Informationen erinnert werden (z. B. bedeutsame Familien-Ereignisse). Einzelheiten zur gutartigen Altersvergesslichkeit siehe das Kapitel Alzheimer-Krankheit.

- *Klinische Beobachtung:* Dabei fällt auf, dass der Patient sich immer wiederholt, weil er vergessen hat, dass alles schon erzählt worden ist. Auch das Vergessen von Terminen und Erlebnissen aus dem Urlaub, Unsicherheiten im Zeitgitter (wann unter welchen Bedingungen), Schwierigkeiten mit dem Datum u. a. zählen zu diesem *Amnesie*-Bereich.

Im Gespräch fallen dann vereinzelt Sprachfehler auf, beispielsweise bei der Wortfindung. Auch das Verstehen von komplexeren Fragen ist beeinträchtigt (Fachbegriff: Aphasie).

Und schließlich leiden auch die praktischen Fähigkeiten, z. B. das Aus- und Ankleiden, das Schreiben auf Formularen u. ä. (Fachbegriff: Apraxie).

In der so genannten **klinisch-neuropsychologischen Untersuchung** geht es vor allem um die zeitliche und örtliche Orientierung sowie das Merken von elementaren Informationen (z. B. drei Wörter). Hier finden sich aber bei leichten kognitiven Störungen im Alter keine größeren Beeinträchtigungen. Was konkrete neuro-psychologische Beeinträchtigungen anbelangt, so ist die erwähnte Fremd-Anamnese hilfreich. Denn da geht es um Fehler im Alltag, die zum einen nicht gleich auffallen müssen, zum anderen aber spezifische Gerätschaften voraussetzen, beispielsweise Werkzeuge oder Haushaltsgeräte in speziellen Situationen (also was sagen Partner, Tochter, Sohn, Enkel, sonstige Angehörige u. a.).

- **Verschlechterung der kognitiven Leistung**

Bei der Frage: Hat sich die geistige Leistungsfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert? kann man fast nie auf vorangegangene Untersuchungen zurückgreifen (wie das beispielsweise bei längerfristigen Krankheitsverläufen der Fall wäre). Vorausgehende Testungen liegen in den meisten Fällen nicht vor. Deshalb sind die Hinweise der Angehörigen gleichsam unersetzlich. Ist diese Mög-



lichkeit nicht gegeben (z. B. allein lebende Personen) muss die kognitive Leistung mit den Erwartungen verrechnet werden, die dem jeweiligen Bildungs- und Sprach-Niveau, den kulturellen Aktivitäten, Hobbys und dem jeweiligem Berufs-Niveau entsprechen. Nebenbei nicht einfach und relativ theoretisch, aber aushilfsweise halbwegs nützlich.

- **Keine bedeutsamen Alltags-Beeinträchtigungen**

Wichtig bei der Beurteilung eines MCI ist natürlich auch die Wertung entsprechender Beeinträchtigungen. So kann es vorkommen, dass Fehler bei schwierigeren Hobbys irritieren, z. B. bei Reparaturen im Haushalt oder beim Kochen nach Rezept. Im Alltag finden sich jedoch keine kognitiven Probleme und demzufolge auch keine Hilfs-Bedürftigkeit. Auch hier wieder: Eine Fremd-Anamnese ist notwendig, um solche Unterschiede entsprechend werten zu können. Außerdem neigen naturgemäß viele Betroffene zum Bagatellisieren ihrer Alltags-Probleme, was dann auch nicht zum Thema wird.

- **Kein Demenz-Syndrom**

Schließlich ein wichtiger Erkenntnis-Schritt: Es liegen keine alltags-relevanten neuro-psychologischen Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Sprache, Handlungsgeschick und so genannten exekutiven Funktionen vor (z. B. Handlungskontrolle und planendes Handeln).

Außerdem müssen bestimmte differential-diagnostische Ursachen ausgeschlossen werden, vor allem ein Delir und andere Erkrankungen, die zu einer Minderung der kognitiven Leistungen führen können. Auch unerwünschte Wirkungen von verordneten Medikamenten müssen berücksichtigt werden.

## **NEURO-PSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG**

Neuro-psychologische Tests sind vielfach der schwierigste Punkt der MCI-Diagnostik. Hier sind die Anforderungen rein methodisch erheblich höher als bei einer Demenz-Diagnose. Dem werden in der Regel nur die Experten spezialisierter Gedächtnis-Sprechstunden gerecht, geben F. M. Reischies und F. Wertenaue zu bedenken.

Denn die so genannte Testbarkeit der zu untersuchenden Personen kann sich aus verschiedenen Gründen als beeinträchtigt erweisen, das muss man erkennen. Beispiele: motorische (Bewegungs-)Probleme, sensorische Schwierigkeiten (Sinnesorgane), aber auch depressive Hemmungen mit schwerer Regression (Rückschritt, gleichsam in sich selber zurück), Halluzinationen (Sinnestäuschungen), oder nur die innere Ablehnung der Untersuchung, sie alle können die Test-Ergebnisse wertlos werden lassen.

Und nicht zu unterschätzen: die Motivation. Viele der zur Verfügung stehenden Lern- oder Schnelligkeits-Aufgaben sind kaum auswertbar, wenn die Motivation dazu nicht gegeben ist.

Auf der anderen Seite stellt – wie erwähnt – die Durchführung und Auswertung der entsprechenden Tests (s. u.) hohe Anforderungen auch an die entsprechend geschulten Experten. Beispiele: Keine Hilfestellungen, die nicht in der Test-Prozedur vorgesehen sind, keine negativen Rückmeldungen (der Fehler), dafür gleichbleibend aufmunternd motivierend und natürlich konkrete Erfahrungen in Auswertung und Interpretation dieser Tests.

Auch die Anforderungen an die verwendbaren Tests sind klar definiert: ausreichende Normwerte für das entsprechende Alter, differenziert nach Bildung und Geschlecht, neuropsychologisch validiert (also nach wissenschaftlicher Wertigkeit beurteilt) u. a. Dazu kommen die schon erwähnten psychopathologischen Gefahren, z. B. eine Depression mit ihren das Test-Ergebnis beeinflussenden Unfähigkeits-Gefühlen und damit einer ggf. falsch-positiven MCI-Diagnose u.a.m.

Optimal wäre die Testung durch beispielsweise zwei Einzeltests, die verschiedene Testkonstrukte abdecken. Hier aber bringt schon der verfügbare Zeitrahmen Probleme. Die Experten F. M. Reischies und F. Wertenaueer von der Arbeitsgruppe Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie der Universitätsmedizin Berlin stellen in ihrem Beitrag in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2011 eine Reihe von deutschsprachigen neuro-psychologischen Tests zur Diagnose leichter kognitiver Störungen im Alter vor, die je nach neuro-psychologischer Dimension (also Amnesie, Aphasie, Apraxie, exekutive Störung - s. o.) genutzt werden können (z. B. Cerad-NP, RAVLT, WMS, RBMT usw.).

### **Wie unterscheidet man zwischen MCI und Demenz-Syndrom?**

Es klang mehrfach an: Wie unterscheidet man eine leichte kognitive Störung im Alter (MCI) von einem Demenz-Syndrom? Das ist nebenbei nicht einfach, von verschiedenen Unwägbarkeiten, aber auch nachvollziehbaren Einflüssen und damit diagnostischen Schwierigkeiten abhängig – und auch durch neuropsychologische Testung nicht optimal zu realisieren, so die Experten selber. Trotzdem braucht es entsprechende Tests zur Ergänzung der psychopathologischen Beobachtungen und Berichte über das Alltags-Verhalten aus der Fremd-Anamnese des näheren und weiteren Umfelds.

Deshalb verwenden viele Gedächtnis-Ambulanzen beispielsweise die Mini-Mental State Examination (MMSE), um zu belegen, dass der Schweregrad der neuro-psychologischen Funktionsstörungen, ab dem man ein Demenz-Syndrom diagnostizieren muss, noch nicht erreicht ist. Einzelheiten siehe die Fachliteratur (Stichwort: MMSE 24/23). Zur Einschätzung des Demenz-Schwere-

grades greifen die Fachleute zum Clinical Dementia Rating-CDR (Einzelheiten s. o.). Daneben bieten sich einige Kurztests an, die aber zum einen noch nicht optimal „greifen“, zum anderen für den deutschen Sprachraum auch noch nicht hinreichend alters-, geschlechts- und bildungs-korrigiert sind, so die Experten F. M. Reischies und F. Wertenaue. Kurz: Es braucht einen erfahrenen Untersucher, der auch über die neuro-psychologischen Tests hinaus zu einer angemessenen Interpretation der gewonnen Befunde kommt.

Darüber hinaus gilt es noch seelische Störungen zu berücksichtigen, die ohnehin schon für sich mitunter schwer zu erkennen sind. Man denke nur an Depressionen (früherer Begriff: larvierte oder maskierte Depressionen, die sich vor allem unter körperlichen, d. h. psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden verstecken). Hier fällt dann auch der Fachausdruck: depressive Pseudo-Demenz, also ein scheinbar dementielles Bild kognitiver Beeinträchtigungen, das sich nach Genesung aber wieder auflöst (fachärztlicher Trost: „Es bleibt nichts zurück ...!“). Zwar erreichen kognitive Einbußen bei Patienten mit einer Depression selten den Schweregrad einer Demenz, können aber durchaus mit den leichten kognitiven Störungen verwechselt werden.

Deshalb sollte die Testung nach erfolgreicher Depressions-Therapie erfolgen, auch wenn manche Experten den Einfluss der depressiven Stimmung auf die aktuelle Leistungs-Höhe als eher gering einschätzen. Auf jeden Fall muss der Untersucher eine so genannte ko-morbide Depression (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt) in seiner differential-diagnostischen Bewertung berücksichtigen und entsprechend interpretieren. Da dies nicht immer einfach und damit der Fall ist, sind mehrere Untersuchungen in bestimmten Zeiträumen nicht falsch, auch wenn sie vermutlich eher selten organisierbar sind.

### **Weitere medizinische Untersuchungen**

Wie schon angedeutet und in den entsprechenden Beiträgen dieser Serie über Demenz-Erkrankungen und speziell Alzheimer-Erkrankung konkreter ausgeführt, können einige der seelischen Störungen und auch verschiedene organische Krankheitsbilder ein so genanntes reversibles Demenz-Syndrom auslösen, also entsprechende dementielle Einbußen, die nach erfolgreicher Behandlung des Grundleidens wieder zurückgehen. Deshalb müssen solche Krankheiten zuvor ausgeschlossen werden. Beispiele: Hirntumor, Mikroembolien (also Loslösung von kleinen Blutpfropfen) bei Vorhofflimmern des Herzens sowie allgemein-medizinische Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), metabolisches Syndrom (Übergewicht oder gar Fettsucht) u. a. Das Gleiche gilt für die internistischen Ursachen kognitiver Leistungs-Störungen wie Anämie (Blutarmut), Hypothyreose (Unterfunktion der Schilddrüse), Hypoglykämie (Unterzuckerung), Vitamin B12-Mangel u. a. Auch bestimmte neurologische Leiden sind zu berücksichtigen (z. B. Parkinson).

## Was gibt es für Untersuchungs-Verfahren?

Durch entsprechende Untersuchungen erscheint es heute vielen Experten möglich, eine Alzheimer-Krankheit schon in einem Stadium zu erkennen, in dem noch kein Demenz-Syndrom vorliegt. Beispiele:

- Hier spielt vor allem ein typisches Befundmuster des *Liquors* (*Nervenwassers*) bei Alzheimer-Demenz eine Rolle. Einzelheiten siehe die Fachliteratur (z. B. ein erniedrigtes A $\beta$ -42-Protein, eine verringerte Relation von A $\beta$ -42 zu A $\beta$ -40, das Gesamt-Tau und – noch spezifischer – das phosphorylierte Tau). Offenbar zeigen viele (oder gar alle?) der exakt diagnostizierten MCI-Patienten mit entsprechendem Liquor-Befund in den folgenden fünf Jahren die Entwicklung eines Demenz-Syndroms vom Alzheimer-Typ, was bei MCI-Patienten mit normalem Liquorbefund nur selten der Fall ist, so der Hinweis der Experten F. M. Reischies und F. Wertenaue von der Arbeitsgruppe Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie der Universitätsmedizin Berlin auf Grund entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse.

- Auch die so genannten *bild-gebenden Hirn-Untersuchungen*, konkret eine kraniale Computer-Tomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (cMRT) kann hilfreich sind. Dies vor allem dann, wenn ein MCI diagnostisch gesichert ist und die erwähnten Ursachen wie Hirntumor, behandelbare Entzündung des Gehirns, Liquor-Abflussstörungen u. a. auszuschließen sind. Auch finden sich vielfach stumm gebliebene Hirn-Infarkte, die einen Hinweis auf eine sich entwickelnde vaskuläre (hirngefäß-bedingte) Demenz geben können. Hier greifen die dafür zuständigen Neuroradiologen zu ganz bestimmten Untersuchungsschritten (konkret: Schnitt-Ebenen), die eine jeweils gute Beurteilung der entsprechenden hirnorganischen Beeinträchtigungen zulassen.

Ähnliches gilt für die so genannte Fluor-18-Desoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET). Hier sind in absehbarer Zeit weitere Forschungsfortschritte zu erwarten.

- Weitere Untersuchungen betreffen die *genetische Situation* (Erbanlagen). Doch nur in seltenen Fällen und besonders bei früh auftretender familiärer Demenz (erbliches Risiko, s. der Beitrag über Demenz-Erkrankungen in dieser Serie) kann es angezeigt sein, die bereits bekannten Gen-Mutationen zu identifizieren (genetische Beratung der Angehörigen).

- Bei der *Elektroenzephalographie (EEG)* lässt sich im typischen Fall der Alzheimer-Entwicklung eine Grundrhythmus-Verlagerung ohne fokale (örtlich zentrierte) Störung beobachten, die einen weiteren Hinweis auf eine Alzheimer-Demenz geben kann.

- *Fazit:* In allen Fällen dieser weiterführenden Untersuchungen bei ja meist noch nicht offenkundigen ernsteren Belastungen ist eine umfassende Aufklärung des Betroffenen und seine Einwilligung einzuholen (zumal der Patient im

Stadium der leichten kognitiven Störung ja einwilligungsfähig ist). Da sich aber derzeit noch keine spezifischen Therapie-Möglichkeiten für eine dementielle Entwicklung erkennen lassen (s. u.), ist die Indikation für solche Untersuchungen eng zu stellen, so die Experten. Natürlich mit Ausnahme der Diagnostik von behandelbaren Demenz-Krankheiten bzw. solchen Hirnschädigungen und Störungsfaktoren, die therapierbar zu einem Demenz-Syndrom führen können (s. o.). Manche Experten wollen dies aber noch erweitert sehen, vor allem für besondere Situationen bzw. spezielle Lebens-Entscheidungen von größerer und längerfristiger Bedeutung. Das aber ist eine individuelle Frage.

### **Wie schnell kann sich eine leichte kognitive Störung im Alter entwickeln?**

Im Stadium des MCI wird natürlich immer wieder die Frage nach der Geschwindigkeit gestellt, mit der sich die kognitiven Defizite von einer leichten kognitiven Störung bis zu einem Vollbild des Demenz-Syndroms entwickeln können. Das ist jedoch schwierig, man kann es sich denken. Auch liegen bisher nur unzureichende Erfahrungen über diesen so genannten neuropsychologischen Verlauf und seine Mess-Möglichkeiten vor. Außerdem sind viele der bisher verfügbaren neuro-psychologischen Testbatterien (z. B. CERAD-NP-Batterie) nur für einen einmaligen diagnostischen Einsatz eingerichtet, nicht jedoch für eine Verlaufs-Untersuchung. Vor allem fehlen Normwerte für die Verschlechterungs-Rate kognitiver Leistungen, um beispielsweise eine raschere Verschlechterung gegen die sehr langsame beim normalen Altern zu unterscheiden – und um damit entsprechend therapeutisch abzufangen.

Kurz: Die so genannte *Progrediens-Diagnose* ist noch mit vielen Unsicherheiten behaftet, so die Experten F. M. Reischies und F. Wertenaue in ihrem Artikel in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 11/2011.

### **Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie**

Zum Schluss noch einmal die Zusammenfassung eines Themas, das allseits interessiert, vor allem die Betroffenen und ihre Angehörigen – und das aber leider noch unbefriedigt lässt. Gemeint ist die Therapie und damit ihre Möglichkeiten und Grenzen. Einzelheiten zur Behandlung des Vollbilds einer Demenz, speziell einer Alzheimer-Demenz, siehe die Fachliteratur und in verkürzter populärmedizinischer Form die erwähnten Beiträge in dieser Serie. Wie aber steht es mit einer spezifischen Therapie im Stadium des MCI?

Sie existiert zurzeit noch nicht. Auf Grund der bisherigen wissenschaftlichen Datenlage kann eine medikamentöse oder auch nicht-medikamentöse Therapie für das Stadium einer leichten kognitiven Störung im Alter *nicht* empfohlen werden, so die Experten der Arbeitsgruppe Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie der Universität Berlin. Vor allem konnte bislang nicht

gezeigt werden, dass sich dadurch der Übergang von MCI zur Demenz allmählich verringern lässt.

Ohne jetzt auf Einzelheiten einzugehen (siehe Fachliteratur), ist für die Experten erwiesen: „Es scheint keinen Nutzen zu bringen, Antidementiva schon vor der Diagnose eines Demenz-Syndroms einzusetzen.“ Kurz: Der vorbeugende Effekt ist bisher nicht überzeugend bewiesen worden. Dies gilt für alle bisher auf dem Markt angebotenen Arzneimittel, ob chemisch oder aus der Gruppe der Phytopharmaka (Pflanzenheilmittel).

Anders liegen die Dinge, wenn im Rahmen einer leichten kognitiven Störung im Alter zusätzlich depressive und Angst-Zustände belasten. Hier ist es durchaus sinnvoll, ein Antidepressivum (stimmungsaufhellendes Psychopharmakum) zu nutzen.

Wie aber steht es nun mit den in letzter Zeit immer häufiger ins Gespräch gebrachten *nicht-medikamentösen Behandlungsmaßnahmen*? Auch dazu gibt es in dieser Serie eine Reihe von Kapiteln. Doch was die entsprechenden Interventionen bei MCI anbelangt, so sind die erwünschten Effekte offenbar nur gering. Trotzdem wird auf Grund der zum Teil positiven Erfahrungen und vor allem mangelnden Nebenwirkungen im Allgemeinen dazu geraten, dass Personen mit MCI sich aktiver geistig betätigen. Das ist allerdings so oder so von Vorteil.

Ähnliches gilt für *körperliche Aktivität*, obgleich auch hier nach heutigem Wissensstand nicht bewiesen werden kann, dass sich dadurch der Übergang von einer leichten kognitiven Störung zum Demenz-Syndrom wesentlich verlangsamten ließe. Trotzdem: Körperliche Aktivität ist ganz allgemein eine tägliche Gesundheits-Pflicht, auch wenn sie bei der überwiegenden Mehrzahl der Bevölkerung unterschätzt, vernachlässigt oder völlig ausgeblendet wird.

Dasselbe gilt natürlich für *negative Ernährungs-Gewohnheiten*, wie man das heute freundlich umschreibt. Dazu siehe die entsprechende Fachliteratur – und die eigentlich jedem von der Natur mitgegebene Vernunft.

## LITERATUR

Zunehmend interessant werdendes Teilgebiet der Neuropsychologie und experimentellen Psychopathologie, vom nervenärztlichen und psychiatrischen, gerontopsychiatrischen und psychologischen Alltag ganz zu schweigen. Deshalb auch zunehmende wissenschaftliche Erkenntnisse und entsprechende Fachbeiträge, meist in englischer Sprache. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen, gelegentlich auch populärmedizinische Artikel und Sachbücher.

Grundlage vorliegenden Beitrags einschließlich seiner empfohlenen Fachliteratur ist der Weiterbildungs-Artikel

*F. M. Reischies, F. Wertenaue*r. **Leichte kognitive Störung im Alter. – Diagnostik und Prognostische Bedeutung.** Der Nervenarzt 11 (2011) 1483