

Eine individual-psycho-neuro-biologische Sichtweise der Alzheimer-Krankheit

An individual-psycho-neuro-biological view on Alzheimer's disease

Petra Eibl-Mörzinger

Kurzzusammenfassung

Das Wissen über die Alzheimer-Krankheit ist seit ihrer ersten Beschreibung vor über hundert Jahren noch immer auf die morphologischen Veränderungen beschränkt.

Die wenigen psychogenetischen Studien bleiben trotz der auffällig übereinstimmenden Ergebnisse scheinbar unbemerkt. Bauer und Kropiunigg beobachteten schon vor mehr als fünfzehn Jahren, dass es typische Muster im Leben der später an Alzheimer Erkrankten gibt. Anhand der Vorstellung einer Patientin und eines Patienten werden diese Persönlichkeitsstrukturen aufgezeigt und die von Kropiunigg aufgestellte Hypothese eines „ephemer-fragilen Selbst“ erweitert. Es ergibt sich das Bild von Menschen, die nicht nur ihr Minderwertigkeitsgefühl vorwiegend in der Partnerschaft und in der Arbeit zu kompensieren versuchen. Durch ihr schwach ausgebildetes Selbst konnten sie auch nie erlernen, wie man negative Erlebnisse verarbeitet und in seiner Persönlichkeit reift. Dieser Sichtweise folgend, kommt es im Laufe des Lebens dieser Personen zu kumulierenden psychogenetischen Stressreaktionen mit neurodegenerativen Effekten, die schließlich in erste Demenzsymptome und letztendlich in die Alzheimer- Krankheit münden.

Abstract

Ever since its first description over a hundred years ago, the knowledge of Alzheimer's disease has been and still is restricted to its morphological changes. The few psychogenetic studies seem to stay unnoticed despite their coinciding results. More than fifteen years ago Bauer and Kropiunigg observed that there are typical patterns in the previous life of the pa-

tients prior to their illness. By introducing two patients these personality traits are presented and Kropiunigg's hypothesis of an "ephemer-fragile self" is extended.

Thus a picture of people emerges who try to compensate their feelings of inferiority in their partnership and at work. Due to their poorly developed self they could never learn to process negative experiences or mature their personality either. Following this view psychogenetic stress reactions with neurodegenerative effects accumulate during the patients' lifetimes which eventually lead to first dementia symptoms and ultimately to Alzheimer's disease.

Schlüsselworte

Alzheimer-Krankheit, psychogenetisch, Individualpsychologie, Minderwertigkeitsgefühl, Lebensstil, ephemer-fragiles Selbst

Keywords

Alzheimer's disease, psychogenetic, Individual Psychology, feelings of inferiority, lifestyle, ephemer-fragile self

1 Eine noch immer nur post mortem und weitgehend morphologisch be- schriebene Krankheit

Alzheimer-Demenz ist eine weltweit immer häufiger gestellte Diagnose.

Die früher oft erzählten Witze sind heute kaum mehr zu hören. Dafür nimmt die Auseinandersetzung damit, was diese Krankheit für Betroffene und deren Bezugspersonen bedeutet, zu. Man kann die wachsende Angst der Menschen, selbst einmal daran zu erkranken, an der steigenden Anzahl der verschiedenen Medien erkennen, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Doch trotz aller Bemühungen um Erkenntnisse aus der Forschung ist das Wissen über die Alzheimer-Demenz immer noch sehr begrenzt. Der derzeit einzig sichere Risikofaktor ist das steigende Lebensalter.

Die Erkrankung ist nach Alois Alzheimer benannt, der 1907 seine wissenschaftlichen Forschungsergebnisse veröffentlichte (Alzheimer, 1907). Die sichere Diagnose einer Alzheimer-Demenz kann erst postmortal auf der Grundlage des neuropathologischen Sektionsbefundes gestellt werden. Makroskopisch findet sich dabei eine fortgeschrittene Hirnatrophie, mikroskopisch charakteristisch sind ein hochgradiger Verlust großer kortikaler Pyramidenzellen und synaptischer Verbindungen sowie die Ausbildung von senilen Plaques, vor allem β -Amyloid und das Tau-Protein, das zu den Neurofibrillenveränderungen in Form von Bündeln und zur neurofibrillären Degeneration führt. Man nimmt an, dass Zytokine wie

Interleukin-6 nicht nur eine Rolle in der Immunantwort im Körper, sondern auch bei Gehirnerkrankungen wie Morbus Alzheimer spielen. (Erta, Quintana & Hidalgo, 2012). Eine Anreicherung dieser stresssensiblen entzündlichen Mediatoren im lokalen Gewebe wurde in den Gehirnen von verstorbenen Alzheimer-Erkrankten gefunden. (Bauer et al., 1991) Nervenzelluntergang, Synapsenverlust und Neurofibrillenveränderung sind mit der Ausprägung der kognitiven Beeinträchtigung assoziiert. Da einige Neurotransmitter, vor allem Acetylcholin, auf Grund des Neuronenverlustes betroffen sind, kommt es auch zu einem cholinergen Defizit, – das also zwar ein sekundäres Phänomen ist, aber derzeit als wichtige – weil einzige – medikamentöse Behandlungsmöglichkeit gesehen wird (Machleidt, 1999).

Die Prävalenz der Krankheit beträgt weltweit 24 Millionen und wird sich bis 2050 voraussichtlich vervierfachen. Die Klassifikation der Alzheimer-Krankheit bezieht sich auf das Alter der betroffenen Menschen. Bei unter 65-Jährigen findet man die frühe Form (early-onset-AD) – die nur in 1–5% aller Fälle vorkommt –, und bei mehr als 95% aller Kranken gibt es die späte Form (late-onset-AD), die bei über 65 Jahre alten Menschen auftritt. Auch in neueren Studien konnte man bestätigen, dass die Alzheimer-Krankheit in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle nicht erblich ist. Es gibt auch keine eindeutige Korrelation von nicht-genetischen Risikofaktoren mit der Entstehung der Alzheimer-Krankheit (Reitz & Maeyoux, 2014).

2 Bleibt also nach über hundert Jahren seit der Beschreibung der Erkrankung weiterhin die Frage, was denn nun zu ihrem Ausbruch führt?

Die morphologischen Veränderungen im Gehirn sind zwar bei den Erkrankten zu finden, aber es gab nicht den erwarteten Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung und den neuropathologischen Auffälligkeiten. Vielmehr wurde mit der „Nonnenstudie“ von Snowdon die Unabhängigkeit des postmortal pathologischen Gehirnbefunds von der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu Lebzeiten bewiesen. Personen, bei denen in der Sektion stark veränderte Gehirnbefunde festgestellt wurden, konnten erstaunlicherweise bis zu ihrem Tod geistig anspruchsvolle Aufgaben ausführen (Snowdon, 2002). Wie könnte man diese widersprüchlichen Phänomene erklären?

Die Fähigkeit zur Neubildung von Synapsen und damit zur Reorganisationsfähigkeit neuronaler Netze („neuronale Plastizität“) bleibt bis ins Alter erhalten (Bauer, 1994; McEwen, 2012). Es kommt hierbei sogar zu einer Zunahme der neuronalen und synaptischen Plastizität, was bei Alzheimer- Dementen allerdings nicht der Fall ist (Bauer, 1994).

Synaptische Verbindungen zwischen den Nervenzellen der Hirnrinde werden durch Aktivitäten gesteuert, wobei es nach dem Konzept „use it or lose it“ bei Zunahme der neuronalen Aktivität zur Interferenz mit der Zellalterung kommt, und damit zur Lebensverlängerung – aber die Verhinderung der neuronalen Aktivi-

tät zu vorschnellem Zelltod führen kann (Swaab, 1991). Es kann bei fehlender Aktivität zur strukturellen Auflösung der synaptischen Verbindung und sogar zur Schädigung der beteiligten Neurone kommen.

Man kann davon ausgehen, dass „der Ausgangspunkt für neuronale Aktivität und damit für die Bildung von Synapsen externe und interne (im eigenen Körper) generierte Stimuli sind, die sich aus der Beziehung des Organismus mit seiner Umwelt ergeben. Diese Synaptogenese beginnt bereits intrauterin [...] und ist das Schlüsselereignis bei allen Lernprozessen“ (Bauer, o.J.). Vielleicht liegt es also nicht am Lebensalter dieser Menschen, ob es zum Ausbruch der Alzheimer-Erkrankung kommt, sondern an der fehlenden Adaptation der neuropsychologischen Funktionen an die Umwelt im Rahmen des Alterungsprozesses? Oder an einer Überforderung dieser Funktionen und einer dementsprechend ungenügenden Adaptation bei den Betroffenen?

3 Mit dieser Hintergrundinformation möchte ich eine Alzheimer- Patientin und einen Alzheimer-Patienten vorstellen:

Frau A., 78 Jahre alt, lebt seit Sommer 2014 in einem Seniorenheim in einem Zimmer auf einer Demenzstation. Sie hat vorher mit ihrem Mann zusammen gewohnt, bis er sie auf Grund seines Alters und gesundheitlicher Probleme nicht mehr versorgen konnte.

Sie hat zwei Kinder, sechs Enkelkinder, war mit ihrem Mann 60 Jahre verheiratet, und sehr

glücklich – wie man meinen könnte. Sie hat immer erzählt, wie glücklich sie schon als Kind war – obwohl es viele Geschichten mit andersklingendem Inhalt gibt. Frau A. kommt aus einer Familie, die im Ausland gelebt hatte, und erst nach Österreich gekommen ist, als sie 14 Jahre alt war – wo sie auch ihren Mann kennenlernte. Sie kam noch ein paar Male in ihr Heimatland zurück, blieb aber dann in Österreich und heiratete mit 18 Jahren. Die Eltern hatten ihr keine Bildung ermöglicht, die vier Geschwister waren eher vernachlässigt, weil der Vater nicht viel zu Hause war und die Mutter sich überfordert und im Ausland allein gefühlt hatte. Frau A. war also sehr jung und der spätere Ehemann zwar nur 4 Jahre älter, wirkte aber für Außenstehende sehr väterlich. Sie fühlte sich auf Grund ihrer Herkunft als Ausländerin und ohne Pflichtschulabschluss dumm und in vielen Bereichen hilflos. Obwohl sie eine Ausbildung zur Buchbinderin gemacht, gearbeitet und kochen gelernt hatte, war für Frau A. der Mann doch immer der Entscheidungsträger. Sie selbst konnte sich nur mit trotzigem Verhalten oder Liebesentzug gegenüber dem Mann wehren, wenn sie in ihren Interessen zu kurz gekommen war. Schon damals fühlte sich Frau A. von Niemandem ernst genommen.

Herr B., 76 Jahre alt, lebt zu Hause mit seiner Frau in zweiter Ehe. Er hat auf Grund einer Prostatavergrößerung eine Überlaufblase und rezidivierendes Nierenversagen. Deshalb braucht er einen Dauerkatheter und dement-sprechende Versorgung. Herr B. musste mit 21 Jahren seine damalige um 18 Jahre ältere Freundin heiraten, weil sie schwanger war und

„ sich das gehört“ – wie vieles andere im Leben von Herrn B. Erwartungsgemäß scheiterte diese Ehe später, und die Beziehung zu der gemeinsamen Tochter gestaltete sich auch schwierig. Die Eltern hatten an Herrn B. noch mehr Erwartungen als an den um 6 Jahre jüngeren Bruder. Der Vater war abgehärtet durch den Krieg und ein sehr dominanter Mann, der sogar die Berufswahl für die Söhne vorgegeben hatte, was für Herrn B. eine weitgehende Aufgabe eigener Wünsche bedeutete. Es war außerdem wichtig, zu den Eltern höflich zu sein, dem Vater zu gehorchen, und sich um die Mutter zu kümmern, wenn sie wieder die „Leidende“ war. Als die Ehe in die Brüche ging, gab Herr B. die Arbeit auf und wurde OP-Gehilfe. Dabei lernte er seine jetzige Frau kennen. Diese hatte mit einem anderen Mann eine Tochter, die von Herrn B. gut aufgenommen wurde. In der Beziehung zwischen der Frau und der Tochter konnte er auch oft vermitteln. Als die Tochter seiner Frau im Ausland arbeitete, besuchte er sie regelmäßig. Seine leibliche Tochter durfte er wenig sehen, hatte sie aber sehr gern. Leider merkte er auch nicht, dass sie ihn oft anlog und von ihm vor allem Geld wollte, und zahlte deshalb brav für ihre immer wieder angefangenen verschiedenen Studien. Dabei fühlte er sich allerdings nicht ausgenutzt. Herr B. konnte sich nie gegen andere wehren und über Gefühle reden auch nicht. In der Ehe mit der jetzigen Frau hat sie diese Kompetenz für ihn übernommen.

Worin könnten die Gemeinsamkeiten in diesen sonst unterschiedlich wirkenden Biographien liegen?

Aus individualpsychologischer Sicht fällt zuerst das Minderwertigkeitsgefühl der Betroffenen auf, worunter beide schon seit frühester Kindheit leiden. Selbstverständlich muss es noch andere psychische Faktoren geben, die in der Entstehung der Alzheimer-Krankheit eine Rolle spielen.

4 Auf der Suche nach psychogenetischen Erklärungsmodellen – Warum gibt es auf diesem Gebiet keine neuen Erkenntnisse?

Im Vergleich zu den unzähligen Studien rund um die genetischen, umweltbezogenen und biologischen Entstehungsfaktoren der Alzheimer-Erkrankung hat es offensichtlich in den letzten 15 Jahren überhaupt keine Fortschritte hinsichtlich der Beteiligung von psychosozialen Faktoren gegeben. In den medizinischen Publikationen und Zeitschriften der „PubMed“ lässt sich seit 1999 kein Beitrag finden, der auf die Einflüsse individueller psychischer Faktoren mit ihren psychodynamischen Effekten auf die betroffenen Persönlichkeiten und damit zusammenhängend auf den Ausbruch dieser Erkrankung eingeht. Aktuelle Studien konzentrieren sich auf Auswirkungen von Lifestyle-Stress auf das Fortschreiten der Erkrankung (Marcello, Gardoni & Di Luca, 2015) oder auf psychische oder psychiatrische Symptome bei Betroffenen nach dem Ausbruch der Krankheit (Li, Tan, Yu & Tan, 2014). Auch psychische Belastungen der pflegenden Partner von Alzheimer-Erkrankten wurden erforscht (Meiland, Kat, van Tilburg, Jonker & Dröes, 2005).

Es gibt eine Untersuchung, die sich auf „Neurotizismen“ in der Vita der beginnenden Demenz-Erkrankten bezieht – und ein erhöhtes Risiko für einen früheren Krankheits- Ausbruch bei Frauen finden, allerdings sind die Studienteilnehmer zu diesem Zeitpunkt schon im Stadium der beginnenden Demenz (Archer, Brown, Reeves, Nicholas, Boothby, & Lovestone, 2009).

Verschiedene Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeits-Eigenschaften wie Offenheit, Extraversion und Pflichtbewusstsein werden in Zusammenhang mit dem Risiko, an Demenz zu erkranken, und in Korrelation zu Cortisol- und Serotonin-Blutspiegel gebracht (Clement & Teissier, 2010). Erhöhte Neurotizität, niedrige Levels von Pflichtgefühl und Offenheit werden dabei als Risikofaktor der Alzheimer-Krankheit gesehen (Duberstein & al.).

Die derzeit aktuellste Meta-Studie besteht aus fünf prospektiven, 22 Jahre andauernden Untersuchungen und kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Terracciano & al. 2014).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der wenigen Studien, die sich mit psychischen Aspekten der Alzheimer-Krankheit beschäftigen, vorwiegend Persönlichkeits- Eigenschaften erfassen, daher einen erheblichen Interpretationsspielraum zulassen und ohne biographische Lebensstilanalysen auch zu keiner genauen Vorstellung der dahinterstehenden Psychodynamik der betroffenen Menschen führen.

Der Vizepräsident der österreichischen Demenzhilfe stellt insbesondere der österreichischen Forschungslandschaft beim Thema De-

menz ein schlechtes Zeugnis aus und bestätigt diesbezüglich einen Stillstand seit zehn Jahren. 70 Prozent der Demenzforscher verlassen nach vier Jahren frustriert das Gebiet (Winkler, 2015).

Daher verdienen die Studien von Kropiunigg (1999) und von Bauer und Mitarbeiter (1995) bei der Erforschung der psychischen Faktoren im Krankheitsgeschehen besonderes Augenmerk.

Kropiunigg beschrieb schon damals die Problematik der Studien – dabei „mangelt den psychoanalytischen Einzelfallstudien die empirische Repräsentanz, und den empirischen Studien fehlt wiederum die empathische Durchdringung und Tiefe. Dieses Dilemma ist nicht aufzulösen“ (Kropiunigg 1999, S. 199).

In allen Fällen sind die Ergebnisse nicht einfach zu interpretieren. Aber auch die Erarbeitung biographischer Anamnesen gestaltet sich schwierig, weil ja die Erkrankten selbst nicht in der Lage sind, über den Forschungsinhalt zu reden und es nur selten Angehörige gibt – wenn überhaupt – die so genau und mit Blick auf die psychodynamischen Hintergründe der Betroffenen Auskunft geben können – noch dazu, wo sie meist im System der Erkrankten eine wichtige Rolle spielen, die sie aber selbst nicht erkennen.

5 Es stellt sich also die Frage, wie man ohne die erwähnten Fehlerquellen Informationen über psychogenetische Entstehungsmöglichkeiten der Krankheit bei Alzheimer-Patientinnen und Alzheimer-Patienten bekommen kann.

Erwartungsgemäß lässt sich hier keine optimale Lösung im Sinne strenger, nomothetischer Ansprüche finden. Vielmehr haben folgende Überlegungen explorativen Charakter und sollen einen evidenzbasierten Beitrag zu einer hypothesengenerierenden Grundlagenforschung liefern.

Mit dieser Arbeit unternehme ich den Versuch, ohne breit angelegte Studie mehrere an Alzheimer erkrankte Menschen in ihren Persönlichkeitsstrukturen und ihrem Lebensstil zu erfassen und so neue Erfahrungen oder auch Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu schaffen.

Innerhalb eines Jahres konnte ich Kontakte zu 15 Betroffenen, ihren Angehörigen, und ihren Betreuungspersonen im privaten Wohnbereich – aber auch auf einer Demenzstation – aufbauen und diese Erkrankten näher kennenlernen.

Interessanterweise zeigte sich hier durchgehend das von Kropiunigg beschriebene „typische Muster“ im Lebensstil von Alzheimer-Erkrankten. Anhand der beiden vorgestellten Personen versuche ich diese Persönlichkeitsstrukturen, die trotz unterschiedlicher Biographien auch bei den erwähnten anderen Be-

troffenen zu finden sind, exemplarisch und anschaulich darzulegen.

In seiner Studie konnte Kropiunigg durch Lebensstilanalysen aus individualpsychologischer Sicht die Bereiche Arbeit, Partnerschaft, Kindheit und Erziehung, und einige illustrierende Bereiche des Lebensstils wie Mottos, Kindheitserinnerungen und Zukunftspläne herausarbeiten.

Er erkannte in der Einstellung zur Arbeit, dem Berufswunsch und dem Arbeitsstil ein deutliches Muster, das er als „verfehlten Wunschberuf“ bezeichnet, und das auch zu einem „aktiv-unproduktiven Arbeitsstil“ führt – also eine „falsche Kompensation“ darstellt (Kropiunigg, 1999, S. 193).

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und der Arbeitshaltung. Bei geringem Selbstwertgefühl kann auch die Arbeit als Kompensationsmittel missbraucht werden. Das erklärt auch den Arbeitsstil der Alzheimer-Kranken, ihre Ziele in dauernder Beschäftigung und Bemühen, ohne den erhofften Erfolg anzustreben, was nur zu weiterem vermehrten Einsatz und erhöhten psychischen Stress führt.

In der Studie von Kropiunigg neigen die Frauen eher dazu, von anderen ausgebeutet zu werden, während Männer die Selbstausschöpfung wählen. Anscheinend haben Frauen und Männer unterschiedliche Strategien, mit dem fehlenden Selbstwertgefühl umzugehen oder ihr Minderwertigkeitsgefühl zu kompensieren (Kropiunigg 1999, S. 196).

Damit komme ich zur Arbeitseinstellung und zum Arbeitsstil unserer beiden Erkrankten.

Frau A. war schon in der Schule interessiert und wäre am liebsten im medizinischen oder pädagogischen Bereich tätig gewesen. Das konnte sie aber nicht entscheiden, da sie ja mit elf Jahren schon von der Schule gehen musste und zur Arbeit geschickt wurde. Mit 14 Jahren ging sie mit ihrer Familie nach Wien – und konnte auch hier nicht mehr in die Schule gehen, weil sie die Sprache nicht ausreichend beherrschte. Die Ausbildung zur Buchbinderin war eine zufällige Möglichkeit, dann auch einen Job zu bekommen. Als Frau A. später Kinder hatte, erledigte sie viel Heimarbeit, und später hatte sie kleine Geschäfte, mit denen sie zum Gelderwerb beitragen wollte, damit der Ehemann als Lohnbuchhalter die vierköpfige Familie nicht ganz allein ernähren musste. Die Arbeit war dabei nie wichtig oder sinnerfüllend. Das fehlende Erfolgsgefühl versuchte sie durch die perfekte Erfüllung ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter zu kompensieren.

Dabei vollzog sie einen Lebensstil, in dem es nicht um die Erfüllung eigener Wünsche, sondern vor allem um die des Mannes ging. Sie versuchte eine Kompensation ihrer fehlenden eigenen beruflichen Laufbahn zu erreichen, was sich in einer „falschen Kompensation“ im Sinne des Ersatzes einer subjektiv sinnvollen Arbeit mit der quantitativ anspruchsvollen, aber in der Gesellschaft nicht angesehenen Hausfrauen- und Mutter-Tätigkeit widerspiegelt.

Herr B. wurde zwar von den Eltern gegenüber dem Bruder bevorzugt, aber der dominante Vater hatte für die Kinder genaue Berufsvorstellungen. Herr B. sollte eine Schneiderlehre machen, sein Bruder Ingenieur werden. Im

Gegensatz zu seinem Bruder, der sogar einmal von der Familie weglief, passte sich Herr B. völlig allen Vorstellungen des Vaters an. Als dann die Ehe geschieden wurde, gab er auch seine bisherige Arbeit auf, die ja nicht seinem Wunschberuf entsprochen hatte. Als er die OP-Gehilfen-Ausbildung machte, lernte er auch eine neue Freundin kennen und konnte im Krankenhaus ein Bild von einem fleißigen, freundlichen, höflichen Helfer aufbauen. Er war sehr beliebt, hatte immer etwas zu tun und half allen. Seine Einstellung zur Arbeit zeigte sich in einer Art dauernder Verfügbarkeit und Pflichterfüllung. Er baute mit seiner jetzigen Ehefrau sogar neben der Arbeit und später in der Pension ein Haus, das sie auch bis vor kurzem im Sommer bewohnten. Zusätzlich half er ausländischen Flüchtlingen und war immer als sehr tüchtig anerkannt. Als Herr B. auf Grund einer Erkrankung vorzeitig, mit 59 Jahren, in Pension gehen musste, war das für ihn eine Niederlage, denn er war dann „nur mehr Pensionist“.

Hier kann man den schon erwähnten engen Zusammenhang der Arbeitshaltung mit dem verminderten Selbstwertgefühl deutlich erkennen.

Kropiunigg sieht in den Biographien der Alzheimer-Kranken kein stabiles und starkes Selbst, diese Menschen erscheinen als konfliktscheu, weil sie sich nicht gegen Angriffe auf ihre Identität und ihr Selbst wehren können. „Vermutlich borgen sie sich sozusagen durch Hingabe und Aufopferung eine flüchtige Identität, bilden sich ihr „ephemer-fragiles Selbst“ (Kropiunigg, 1995, S. 195).

Dieses Muster zeigt sich auch bei Frau A., die ja als Ausländerin und ohne Schulabschluss oft genug mit Abwertungen und Vorurteilen konfrontiert war. Es standen ihr nur ihre Rolle als Ehefrau, Hausfrau und Mutter als Kompensationsmöglichkeit für ihr geringes Selbstwertgefühl zur Verfügung. Dabei versuchte sie, sowohl ihrer Schwiegermutter als auch ihrem Mann in deren Vorstellungen gerecht zu werden. Eigene Konzepte und Vorstellungen hatten bei Frau A. mit ihrer unbeholfenen abhängigen Persönlichkeitsstruktur wenig Platz. Sie schaffte es sogar, selbstbewusst zu erscheinen, indem sie eine nach außen vorlaute und trotzig Art an den Tag legte, – also ein „falsches Selbst“ entwickelte (Winnicott, 2006).

Bei Herrn B. findet sich eben dieses Muster in der lebenslangen Unterordnung an den Vater wieder, der sich auch noch in das Leben seines erwachsenen Sohnes einmischte und seine Vorstellungen am Bau des Hauses verwirklichen wollte. Dem konnte nur die Ehefrau Einhalt gebieten, weil Herr B. sich nicht wehren konnte. Er war immer höflich zu den Eltern und versuchte, alles für sie zu tun,- im Sinne von „Das gehört sich“. Sein eigenes Selbst schien er immer zurückgestellt zu haben, was sich auch an täglichen Besuchen, als der Vater krebserkrank war, zeigte. Beim Begräbnis war ihm ein „friedliches Ende“ für den Vater am wichtigsten – was im groben Gegensatz zum Verhalten des Bruders stand, der erst gar nicht erschien.

Natürlich wirkt sich eine Selbstwertproblematik auch auf die Partnerschaft und andere Beziehungen aus. Daher muss es in diesem Lebensbereich bei Alzheimer-Erkrankten ge-

wisse Auffälligkeiten geben. Auch das zeigt sich in den Ergebnissen der Studien von Kropiunigg und Bauer.

„Bei so starken Selbstwertproblemen scheint es zwangsläufig, dass die ehelichen Beziehungen und Partnerschaften von späteren Alzheimer-Kranken nahezu von Beginn an aus der Balance sind“ (Kropiunigg, 1999, S.196). In den von Bauer untersuchten Biographien „hatte die langjährige Beziehungsgestaltung vor Einsetzen erster Erkrankungssymptome ein erhebliches Ausmaß an alltagspraktischer Abhängigkeit der später Erkrankten von ihrem Partner zur Folge“ (Bauer, o.J.).

Eine Möglichkeit der Kompensation scheint in einer Art Selbstaufgabe oder Unterordnung zugunsten einer dominanten Partnerin oder eines dominanten Partners zu liegen. Die betroffenen Menschen haben immer die Rolle der Unterlegenen, und die Partnerinnen oder Partner scheinen sehr bestimmend zu sein oder haben eine besonders fürsorgliche Persönlichkeit. Dabei ist nicht klar, ob diese die Fürsorge übertreiben, oder in die helfende Rolle hineinrutschen, weil die Alzheimer-Erkrankten das auch so brauchen – lange noch, bevor sie erkranken. Bauer beschreibt den Status der Betroffenen innerhalb ihrer Familien als „quasi entmündigt, obwohl noch keinerlei Anzeichen für eine bereits vorhandene Demenzsymptomatik vorhanden waren“ (Bauer, o.J.).

Prinzipiell muss die Überlegung angestellt werden, dass die Unterwerfung an eine dominante Partnerin oder einen dominanten Partner erst im Zuge der Krankheitsentwicklung

und der damit einhergehenden besonderen Unsicherheit und Hilfsbedürftigkeit geschieht. Diese Annahme könnte nur fallengelassen werden, wenn die Patientin bzw. der Patient bereits früher lebensstiltypisch eine solche Tendenz zeigte.

Bei Frau A. ist das vorher beschriebene Gefälle in der Wertigkeit eindeutig in Richtung ihres Mannes verschoben, der immer alle wichtigen Entscheidungen im Alltag auch für sie übernommen hat. Dabei entspricht sie genau dem Bild der Person, die niemals ernst genommen wurde, auch als sie noch keine Krankheitsanzeichen hatte.

Auch Herr B. passt genau in dieses Schema, weil er sich ja weder bei seinen Eltern und anderen Menschen durchsetzen konnte, aber auch durch die vollkommene Übernahme aller Bedürfnisse und Gefühle dieses Mannes durch seine Frau schon lange vor dem Ausbruch der Krankheit.

Die Partnerin und der Partner der beiden Erkrankten fühlen sich sehr wohl in der Rolle der Starken und Fürsorglichen. Sehr oft kommt es aber durch momentane Überforderungssituationen zu verbalen Herabsetzungen der später Erkrankten, was sich natürlich mit dem Fortschreiten der Krankheit weiter steigert. Bauer beschreibt die Inferiorität in der Beziehung als langjähriges prämorbidestes Muster, wobei er meint, dass „die Mehrzahl alltagsrelevanter Problemlösungen und Entscheidungsfindungen vom Partner des Patienten entschieden wurde“ (Bauer 1995, S. 183). Die Partnerschaften dieser Menschen scheinen im Sinne eines

„psychosozialen Arrangements“ zu funktionieren. (Mentzos, 1993).

In diesem Punkt würde ich die typische inferiore Rolle der später Erkrankten etwas erweitern um die Erscheinung der nach außen und in der Arbeit sehr erfolgreichen, unabhängig und dominant wirkenden Menschen – wovon erfahrungsgemäß mehr Männer betroffen sind. Sie haben allerdings alle anderen alltagsrelevanten Bereiche der Partnerin abgegeben – in Hinblick auf die „Unwichtigkeit“ dieser Tätigkeiten. Diese Menschen konnten zwar die wichtigen Entscheidungen in der Familie treffen, aber offensichtlich nie in Übereinstimmung mit emotionalen Belangen. Das scheinen die Betroffenen nie wirklich erlernt zu haben, deshalb überlassen sie das in den Beziehungen der Partnerin oder dem Partner.

Es zeigt sich in den Studien von Bauer, aber auch in den Biographien der mir bekannten Alzheimer-Patientinnen und Alzheimer-Patienten, eine erhebliche Abhängigkeit in deren Vita von der Partnerin oder dem Partner, die von den später Erkrankten offensichtlich über Jahre kompensiert werden konnte. In einer Zeitspanne von einem halben Jahr bis fünf Jahre vor Ausbruch der ersten klinischen Zeichen einer Demenz konnte immer ein subjektiv schweres Belastungsereignis gefunden werden. Dabei kam es meist zum Verlust der Partnerin oder des Partners – durch Tod – oder auch zu einer Zuspitzung der Partnerschaftsproblematik mit einem schweren Konflikt, der zu einer Veränderung in der Partnerschaft im Sinne eines Wegfalls der bisherigen Unterstützung oder auch zu einer Verschie-

bung des Abhängigkeitsverhältnisses in die umgekehrte Richtung führte – was für die später Erkrankten eine massive Stress-Situation bedeutete (Bauer, 1995). Zusätzlich – oder aber auch im Zusammenhang mit diesen Belastungen – kam es ferner oft zum Verschwinden von anderen motivationalen Bereichen wie Beruf, Hobby oder Kinder.

Wenn man die Biographie der beiden vorgestellten betroffenen Menschen hinsichtlich dieser subjektiv massiven psychischen Belastung betrachtet, kann man auch hier Faktoren erkennen, die vielleicht zum Ausbruch der Krankheit geführt haben.

Frau A. fühlte sich jahrzehntelang in der unterlegenen Rolle in der Beziehung zu ihrem Ehemann subjektiv wohl, solange dieser seine dominante Rolle übernehmen konnte. Als er aber durch seine körperlichen Gebrechen und lebensbedrohlichen Krankheiten auch für seine Frau sichtbar schwächer wurde, begann sich das vertraute Ungleichgewicht zu verschieben, und für Frau A. nahm die Angst, ohne seine Hilfe zurechtzukommen zu müssen, laufend zu. Sie nahm ihre eigene Hilflosigkeit immer mehr wahr, was die Bedrohung nur noch mehr vergrößerte. Sie äußerte immer öfter ihre Angst, dass ihr Mann vor ihr sterben würde, aber das wollte sie am liebsten nicht miterleben. Dazu kam, dass ihr Mann in seiner Verbitterung über seinen körperlichen Zustand Frau A. gegenüber herabsetzend und ungerecht war – was Frau A. nur noch mehr in die Hilflosigkeit trieb, und wodurch die Konflikte ein erhebliches Maß erreichten.

Auch Herr B war viele Jahre in alltagsrelevanten Dingen von seiner Partnerin abhängig. Er konnte ja erfolgreich sein Minderwertigkeitsgefühl in der Arbeit kompensieren. Als er aber verfrüht – wie vorher erwähnt – in Pension gehen musste, fiel damit eine wichtige Möglichkeit weg, sein Selbstwertgefühl zu stützen. Er war ja dann „nur mehr Pensionist“. Ein paar Jahre später begann er auch, unter Potenzproblemen zu leiden, was seinen „Lebensmut“ (wie seine Frau es nannte) zusätzlich extrem schwächte. Als seine Partnerin aber vor fünf Jahren einen Herz-Schrittmacher bekommen sollte, schienen seine psychischen Kompensationsmöglichkeiten letztendlich erschöpft. Erschwerend kam für Herrn B. auch seine Unfähigkeit, über Gefühle zu sprechen, dazu. Seine Frau wusste meist nicht, was in ihm vorging, sie lernte es aber zu erahnen. Dass ihre Schrittmacher-Operation für Herrn B. so belastend und angstbesetzt war – weil er ja fürchten musste, dass er sie auch verlieren könnte – war seiner Partnerin anfangs gar nicht bewusst.

Bei beiden vorgestellten Personen zeigte sich bald darauf eine beginnende Demenzsymptomatik – die natürlich erst später im Sinne einer Krankheit diagnostiziert werden konnte.

6 Die Disposition, sich in den Partnerschaften aus der Problemlöse-Arbeit des Alltags zurückzuziehen, entwickelt sich möglicherweise schon früh im Leben der später Erkrankten.

Snowdon und Mitarbeiter konnten in der vorher erwähnten Nonnenstudie auch zeigen, dass die im Alter an Demenz erkrankten Nonnen schon mit durchschnittlich 22 Jahren im Vergleich zu später nicht Erkrankten weniger ideenreiche und sprachlich weniger komplexe Aufsätze geschrieben haben (Snowdon, 2002). Das könnte ein Hinweis sein auf eine bei diesen Frauen schon in jungen Jahren schwächer ausgebildete neuronale und synaptische Plastizität. Man kann daher vermuten, dass die verschiedenen Denk- und Verhaltensmuster schon in frühester Kindheit erlernt und eingeübt werden, und diese bei den späteren Alzheimer-Erkrankten zu einer Bildung neuronaler Netzwerke in nicht optimaler Form führen (Berger, 2001).

In verschiedenen Studien kommt man zu dem Ergebnis, dass psychische Faktoren der frühen Kindheit einen entscheidenden neurobiologischen Einfluss auf das spätere Stressmanagement haben. Es ist bekannt, dass psychosoziale Stimuli in der Kindheit über Hormone und Transmitter Effekte auf neuronale Netzwerke im sich entwickelnden Gehirn haben und die späteren Funktionen des zentralen Stress Systems prägen (Hüther, 1998). Dabei löst kontrollierbarer Stress eine Stabilisation neuronaler Netzwerke aus, während unkontrollierbarer Stress zur Löschung von unpassenden Mu-

stern führt, was auch notwendig ist, um alles wieder neu zu organisieren (Hüther, Doering, Rüger, Rütger und Schüssler, 1999). Bei übermäßigem oder fehlendem Stress können psychiatrische Störungen wie PTSD (posttraumatic stress disorder) entstehen. Stressreaktion, insbesondere Angst, triggert die strukturelle Verankerung für Bewältigungserfahrungen, die zu erfahrungsabhängiger Neuroplastizität führt (Hüther, 2005). Nicht nur durch Lebenserfahrungen und chemische und physikalische Einflüsse wie Verhalten und Umgebung, sondern auch durch pränatale Stressfaktoren und epigenetische transgenerationale Effekte kommt es letztlich zu Anpassungen in den neuronalen Netzwerken (Mc Ewen, 2012). Daraus kann man folgern, dass es schon in der Kindheit notwendig ist, sich durch ein optimales Maß an psychosozialen Stimuli ein breites und flexibles Spektrum an Verhaltensstrategien anzueignen.

Über individuelle Kindheitserfahrungen und ihre Auswirkungen konnte Kropiunigg in seiner Studie zwar keine eindeutige Aussage treffen (Kropiunigg 1999, S. 191). Allerdings zeigt sich die immer wieder erwähnte massive Selbstwertproblematik nicht nur in den Studien von Kropiunigg und Bauer, sondern auch bei mir bekannten Alzheimer-Erkrankten ganz deutlich.

Aus individualpsychologischer Sicht entsteht das Minderwertigkeitsgefühl als Korrelat der natürlichen Hilflosigkeit in der frühen Kindheit (Adler, 1927a). Der Drang nach Überwindung dieser Unzulänglichkeit führt zu kompensatorischen Aktivitäten, die je nach individueller Möglichkeit des Kindes einerseits und den

Anforderungen der Umgebung mehr oder weniger Erfolg zeigen und schon früh in einen typischen Lebensstil münden (ebend., 1930a).

Von Alzheimer betroffene Menschen scheinen ihr Minderwertigkeitsgefühl über einen mehr oder weniger langen Zeitraum mit den vorher beschriebenen Mechanismen im Sinne einer Kompensation erfolgreich zu bewältigen. Sie können sich offensichtlich mit ihrer aufopfernden Einstellung zur Arbeit und vor allem mit den emotional kompetenteren und alltagsfähigen Partnerinnen und Partnern subjektiv gut in ihrer Rolle oder eben in ihrem mangelhaften Selbst fühlen – ohne dass sie selbst, ihre Partnerinnen und Partner oder die Umgebung ihre Schwierigkeiten erahnen. Vielmehr übernehmen alle Beteiligten im näheren Umfeld bestimmte Anteile der später an Alzheimer Erkrankten und können durch ihre eigenen unbewussten Anteile die Vorgänge nicht objektiv sehen – sofern sie nicht durch psychoanalytische Selbsterfahrung die dafür erforderliche Selbstreflexion erlernt haben.

Mit ihrem Lebensstil scheinen die später Erkrankten auch Herausforderungen und Krisen im Leben zu meistern, die eine psychische Verarbeitung erfordern würden – was die Betroffenen mit ihrem „ephemer-fragilen Selbst“ allerdings nicht wirklich bewältigen können. Offensichtlich gelingt das aber aus oberflächlicher Sicht ganz gut, solange die erwähnten Kompensationsmechanismen funktionieren. Allerdings können auch die liebevollsten Partnerinnen und Partner die psychische Verarbeitung von Verlust, Trauer, Kränkungen und anderen negativen Erlebnissen und die damit einhergehende persönliche

Reifung nicht übernehmen. Weil den späteren Alzheimer-Erkrankten die Verarbeitungsmöglichkeiten fehlen, kommt es oft zu innerpsychischen Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder auch zum Verschwinden in eine Art dissoziative Abwesenheit. Dieses Verhalten erlebt die Umgebung meist als sozialen Rückzug. Den massiven inneren, psychosozialen Stress, unter dem die betroffenen Menschen meist über lange Zeit hindurch leiden, versuchen diese ja zu verbergen.

7 Kann man also postulieren, dass die später an Alzheimer erkrankten Menschen nicht nur jahrzehntelang durch ihr verringertes Selbstwertgefühl beeinträchtigt waren, sondern auch – und damit im Zusammenhang – nie gelernt haben, psychische Erlebnisse in einer befriedigenden und nachhaltig gesunden Weise zu verarbeiten?

Dieser Hypothese folgend, dass die später an Alzheimer Erkrankten schon in ihrer Kindheit ein „ephemer-fragiles Selbst“ ausgebildet haben, muss man davon ausgehen, dass diese Menschen auch in der Reifung ihrer Persönlichkeit stark beeinträchtigt waren. Denn wie beim „falschen Selbst“ im Sinne Winnicotts kann man annehmen, dass eine sehr starre Abwehr die Entwicklung verhindert, um das „wahre Selbst“ zu schützen (Winnicott, 2006). Für die Betroffenen heißt das, dass sie im Laufe der Zeit anstelle von neuen Lebenserfahrungen immer wieder massive psy-

chische Stresserlebnisse durchleiden müssen. Diese lösen entsprechende neuroendokrine Reaktionen im Körper aus, die durch die Aktivierung emotionaler limbischer Netzwerke, wie auch bestimmter Transmittersysteme und über die Stimulation einer neuroendokrinen Stressreaktion, zu langfristigen Veränderungen der Struktur und Funktion neuronaler Verschaltungen im zentralen Nervensystem führen (Hüther, 2005).

Wenn die anhaltenden psychischen Stresssituationen im subjektiven Erleben dieser Menschen die Grenze des Erträglichen erreicht haben, könnte es beim zusätzlichen Versagen aller bisherigen Kompensationsmöglichkeiten zum Zusammenbruch des „ephemer-fragilen Selbst“ kommen, was im Gehirn durch den emotionalen Stress letztendlich neurodegenerative Mechanismen auslöst. Dabei kann es zum irreversiblen Absterben von noradrenergen Axonen im Kortex, aber auch von Pyramidenzellen im Hippocampus kommen (Hüther, 2005). Das scheint auf neurobiologischer Ebene den Eintritt in die Alzheimer-Erkrankung mit ihren neuropathologischen Veränderungen zu markieren.

Erfahrungsgemäß kommt es erst im Zeitraum zwischen einem halben Jahr und fünf Jahren nach dem vorher erwähnten subjektiv überfordernden Belastungsereignis zu den ersten erkennbaren Symptomen der Alzheimer-Demenz. Leider gibt es aber in diesem Stadium der Erkrankung keine ursächliche Heilung mehr, man

kann aus medizinischer Sicht nur durch unterstützende Maßnahmen wie Medikamente, Ergotherapie und Physiotherapie den Krankheitsprozess hinauszögern und die damit verbundenen Beschwerden lindern. Aus psychotherapeutischer Sicht wäre auch liebevolle, stützende Beziehungserfahrung ein protektives, stabilisierendes Element, das allerdings nicht zur Reparatur irreversibler Schäden führen kann.#

8 Was bedeutet die beschriebene psycho-neurobiologische Sichtweise der Krankheit für die Behandlung und Prophylaxe?

Durch die Möglichkeit einer frühzeitigen, an die Erkrankten angepassten psychotherapeutischen Hilfe kann man eine „ motivationale und neuropsychologische Aktivierung und eine bessere Ausschöpfung der kognitiven Reserven des Patienten“ erreichen (Bauer, 1997, S. 424).

Wegen der guten Erfolge bei dementen Personen wird heute zunehmend die Methode der Validation angewandt, die alten dementen Menschen hilft, „ihre Würde wiederzuerlangen und ihre Ängste zu vermindern, und zu verhindern, dass sie in eine Phase des Vegetierens abgleiten“ (Feil, 2007, S. 32). Mit Hilfe dieser Kommunikationstechniken wird offensichtlich, dass es viele Erlebnisse im Leben der Erkrankten gibt, die nicht verarbeitet werden konnten. „Das von nicht erledigten Themen ausgelöste Unbehagen ist nun stärker als das Bedürfnis, sie zur Seite zu schieben“ (De Klerk-

Rubin, 2011, S. 31). Sogar in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz kann man noch immer viel zur Entlastung der Patientinnen und Patienten beitragen.

Hier bestätigt sich auch die beschriebene Hypothese der mangelhaften psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten und der damit zusammenhängenden subjektiv quälenden Beschwerden der Alzheimer-Erkrankten, die sich in Depressionen, andrängenden negativen Gedanken und Gefühlen bis hin zu paranoiden Gedanken, Wahnvorstellungen, Unruhegefühlen und schließlich überwältigenden Aggressionen äußern. Diese können allesamt Symptome der nicht erledigten traumatischen Erlebnisse sein, die sich nun auf diese Weise zeigen. Durch Validation kommt es schnell zur sichtbaren psychischen und dementsprechend auch physischen Entlastung der Betroffenen. Allerdings wird diese Methode der Unterstützung erst nach Diagnosestellung – und oft erst in späteren Stadien der Krankheit – verwendet, um den Betroffenen Erleichterung zu verschaffen, und Beschwerden zu lindern. Leider ist auch damit keine Prophylaxe der Alzheimer-Demenz möglich.

Von einer interessanten Vorbeugung gegen Demenz berichtet der kreative Leibtherapeut und wissenschaftliche Leiter des Instituts für Gerontopsychiatrie in Deutschland, Dr. Udo Baer (2015) unter Verweis auf eine skandinavische Längsschnitt-Studie an mehreren Tausend Personen: Die mit Abstand besten Werte sollen sich bei jenen Personen gefunden haben, welche in ihrem Leben den Paartanz gepflogen hatten. Aus musiktherapeutischer Sicht (persönliche Mitteilung Dr. Dorothea

Oberegelsbacher vom 20.12.2015) sind hierbei eine Reihe von Faktoren wirksam: Neben dem Element der Bewegung, der räumlichen Orientierung, der Merkfähigkeit einerseits zählen auch die affektive Abstimmung und Emotionalität in einer empathischen Beziehungsgestaltung andererseits dazu. Letztere können wir direkt dem individualpsychologischen Begriff „Gemeinschaftsgefühl“ zuordnen (Adler, 1927a)

Aus den beschriebenen psychologischen und neurobiologischen Phänomenen ist aber abzuleiten, dass eine wirkungsvolle Unterstützung unbedingt noch früher ansetzen müsste, um den fortschreitenden neuropathologischen Prozess aufzuhalten, bevor sich die neurodegenerativen Folgen im Gehirn ausbreiten. Es wäre wünschenswert, dass Menschen schon in der Kindheit die Gelegenheit bekommen, „ein möglichst breites Spektrum unterschiedlicher Herausforderungen kennen zu lernen und erfolgreich zu meistern“ (Hüther, 2005, S. 537), damit sich intensive neuronale und synaptische Verschaltungsmuster bilden, was zu einem reichhaltigen Verzweigungsgrad der Nervenfortsätze führt. Dazu bedarf es allerdings der Hilfe von erwachsenen Betreuungspersonen, die in der Lage sind, diese Fähigkeiten zu fördern. Verstärkte Forschung in Richtung der psychosozialen Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz wäre unbedingt nötig, um in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür zu schaffen, wie wichtig diese Einflüsse in der Krankheitsgenese sind.

Alfred Adler betont die angeborene Möglichkeit zur Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls als wesentlichen Baustein für die weitere Ent-

wicklung des Kleinkindes (Adler, 1937b). Diese Sichtweise spiegelt sich im neurobiologischen Ansatz vom Menschen als schon vorgeburtlich lernfähigem Wesen wider, das mit Werkzeugen ausgestattet ist- und mögliche Beziehungs- und Kooperationsfähigkeit trainieren kann (Rabenstein, 2011). Dabei findet sich die Bedeutung der emotionalen Sicherheit für die Entwicklung des Aufbaus und der Stabilisierung neuronaler Netzwerke im individualpsychologischen Konzept des Zärtlichkeitsbedürfnisses des Kindes und der Entwicklung zum Gemeinschaftsgefühl im Zusammenhang mit Beziehungserfahrungen wieder (Sindelar, 2011).

Alfred Adler verwirklichte schon vor ungefähr hundert Jahren seine Idee, individualpsychologisch arbeitende Erziehungsberatungsstellen zu gründen. Über Bildung der Pädagogen könnte man auch ohne Hilfe der Eltern an Kinder herankommen, um fehlerhafte Erziehungsstile in einer vom Gemeinschaftsgefühl getragenen Klassenatmosphäre zu verbessern und die Kinder besser auf das Leben vorbereiten zu können (Ansbacher & Ansbacher, 1995, S.321–325). Adler formulierte :“ Es erwächst dem Lehrer eine Aufgabe, diese Mängel auffindig zu machen und zu korrigieren, einen Weg zu finden, das Kind so weit zu bringen wie die anderen [...]. Die Erfahrung eines ärztlichen Psychologen kommt uns zur Hilfe“ (1929, S.37). Vielleicht sollte diese unverändert aktuelle Möglichkeit wieder verstärkt ins Auge gefasst werden, um den zu Hause weniger unterstützten Kindern die Gelegenheit zu gesunder Persönlichkeitsentwicklung und psychischer Reifung zu geben, und nicht zu-

letzt, um Kreativität und kritischen Geist zu fördern – auch im Hinblick auf mögliche spätere Krankheitsprophylaxe?

Eine Lehrerin, die beim täglichen Unterricht in einer Grundschule in Helsinki durch Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Krankenschwestern unterstützt wird – wie es in Finnland üblich ist – brachte die Problematik in einem Interview auf den Punkt: „Soll es in der Schule um Verwahrung oder um Lernen und Entwicklung gehen“ (Maurer, 2015)?

„Wenn wir mit Angst machenden Gefühlen rechtzeitig umgehen lernen, dann wird uns das Alter nicht mit einem Rucksack voll Schmutzwäsche überrumpeln können. Wir müssen uns vorbereiten, solange unsere Sprache, unsere Logik und unsere sozialen Kontrollen noch intakt sind und wir fähig sind, uns zu verändern“ (Feil, 2007, S. 17f.).

Literatur

- Adler, Alfred. (1927a). Menschenkenntnis. Alfred Adler Studienausgabe, Bd.5. (J. Ruedi, Hrsg.) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007.
- Adler, Alfred (1929/ 1981). Individualpsychologie in der Schule. Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred. (1930a). Kindererziehung. In W. Datler, J. Gstach, & M. Wininger (Hrsg.), Schriften zur Erziehung und Erziehungsberatung (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe Bd. 4 (S. 203–273). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.
- Adler, Alfred (1937b/ 1983a). Psychiatric aspects regarding individual and social disorganization. *The American Journal of Sociology*, 42(6), S. 773–780.
- Alzheimer, Alois (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 64, S. 146–148.
- Ansbacher, Heinz L. & Ansbacher, Rowena R. (Hrsg.). (1995). Alfred Adlers Individualpsychologie (S.321–325). München: Ernst Reinhardt.
- Archer, N., Brown, R.G., Reeves, S., Nicholas, H., Boothby H. & Lovestone, S. (2009). Midlife Neuroticism and the age of onset of Alzheimer's disease. *Psychological Medicine* 39, S. 665–673.
- Baer, Udo (2015). Leiborientierte Musiktherapie mit Demenz-Patienten. Unveröffentlichter Vortrag, 27. Werkstatt für musiktherapeutische Forschung Augsburg "Musiktherapie und Körper", Universität Augsburg, Leopold Mozart Zentrum. Augsburg: 07.02.2015
- Bauer, Joachim, Strauss, Sylvia, Schreiter-Gasser, Ursula, Gantner, Ursula, Schlegel, Petra, Witt, Irene, "...“ & Berger, Matthias (1991). Interleukin-6 and α -2-macroglobulin indicate an acute-phase state in Alzheimer's disease cortices. *Federation of European Biochemical Societies Letter*, 285 (1), S. 111–114.

- Bauer, Joachim (1994). Die Alzheimer- Krankheit. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bauer, Joachim, Stadlmüller Godehard, Qualmann Jörg & Bauer Hedwig (1995). Prämorbid psychologische Prozesse bei Alzheimer-Patienten und bei Patienten mit vaskulären Demenzerkrankungen. Zeitschrift für gerontologische Geriatrie 28, S. 179–189.
- Bauer, Joachim (1997). Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung bei Patienten im Frühstadium der Erkrankung. Der Nervenarzt 68, S. 421–424.
- Bauer, Joachim. (o.J.). Die Alzheimer-Krankheit. Erst eine seelische Situation, dann eine neurobiologische Erkrankung. Abgerufen am 1. März 2015 von Genforschung - Neurobiologie - Seelische Gesundheit. Psychosomatische Medizin - Psychotherapie - Psychiatrie: <http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/>
- Berger, Michael (2001). Neuropsychologische Theorie der Alzheimer-Krankheit: Beugen Kreativität und Selbstentfaltung Alzheimer vor?“ Neuro-Psychiatrische Nachrichten 12/2001, 14. Abgerufen von <http://homepage.univie.ac.at/Michael.Berger/lit/Alzheim3.html> [2. Mai 2015]
- Berger, Michael (o.J.). Eine neuropsychologische Theorie der Alzheimer-Krankheit. Abgerufen von <http://web.utanet.at/leo.berger/wissen/alzheim.htm> [16. Sept.2015]
- Clément, Jean- Pierre, Teissier, Marie- Pierre (2010). Personnalité et risque de démence. Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement 8(4), S. 243 –254.
- De Klerk-Rubin, Vicki (2011). Mit dementen Menschen richtig umgehen. Validation für Angehörige. München: Ernst Reinhardt.
- Duberstein, Paul R., Chapman, Benjamin P., Tindle, Hilary A., Sink, Kaycee M., Bamonti, Patricia, Robbins, John, “...” & Franks, Peter (2011). Personality and Risk for Alzheimer’s Disease in Adults 72 Years of Age and Older: A Six- Year Follow- Up. Psychology and Aging 26 (2), S. 351–362.
- Erta, Maria, Quintana, Albert & Hidalgo, Juan (2012). Interleukin-6, a Major Cytokine in the Central Nervous System. International Journal of Biological Sciences 8, S. 1254–1266.
- McEwen, Bruce S (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. 16. 10. 2012. 17180-17185. PNAS, 109/ 2. Abgerufen von http://www.pnas.org/content/109/Supplement_2/17180.full. [5.Sept.2015] DOI 10.1073/pnas.1121254109
- Feil, Naomi (2007). Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. (5. Aufl.) (S. 17–18). München: Ernst Reinhardt.

Grawe, Klaus (2004). Neuropsychotherapie.
Göttingen: Hogrefe.

Hüther, Gerald (1998). Stress and the adaptive self-organisation of neuronal connectivity during early childhood. *International journal of Developmental Neuroscience*, 16/3, S. 297–306.

Hüther, Gerald, Doering, Stephan, Rieger, Ulrich, Rüter, Eckart & Schüssler, Gerhard (1999). The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatrie Research* 87, S. 83–95.

Hüther, Gerald (2005). Über die Kunst, gute Erfahrungen im Gehirn zu verankern. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 155/ 23-24, S. 537–543.

Kropiunigg, Ulrich (1999). Kompensation und ephemere-fragile Selbst: Eine individualpsychologische Analyse der Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 24/2, S. 187–202.

Kropiunigg, Ulrich, Sebek, Karin, Leonhardsberger, Anna, Schemper, Michael & Dal-Bianco, Peter (Hrsg.).(1999). Psychosoziale Risikofaktoren für die Alzheimer Krankheit. *Psychotherapie-Psychosomatik- medizinische Psychologie* 49, S. 153–159.

Li, Xiao-Ling, Tan, Meng-Shan, Yu, Jin-Tai & Tan, Lan (2014). Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease. *Bio Med Research International*.

Abgerufen von

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/927804> [14.Dez.2015]

Machleidt, Wielant, Bauer, Manfred, Lamprecht, Friedhelm, Rose, Hans K., Rohde-Dachser Christa (Hrsg.).(1999). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. (6. Aufl.). Stuttgart/ New York: Thieme.

Marcello, Elena, Gardoni, Fabricio & Di Luca, Monica (2015). Alzheimer's disease and modern lifestyle: what is the role of stress? *Journal of Neurochemistry* 134, S. 795–798.

Maurer, Marco (2015, 3. Oktober). Mein ungerechtes Land. Bildungschancen und Aufstiegsmöglichkeiten: Warum in Deutschland noch immer die soziale Herkunft zählt. Hörbilder Ö1.

Abgerufen von

<http://oe1.orf.at/programm/416626> [4.Okt. 2015]

Meiland, Franka J.M., Kat, Martin G., Van Tilburg, Willem, Janker, Cees & Dröes, Rose-Marie (2005). The Emotional Impact of Psychiatric Symptoms in Dementia on Partner Caregivers. Do Caregiver, Patients, and Situation Characteristics Make a Difference? *Alzheimer Dis Assoz Disord* 19(4), S. 195–201.

Mentzos, Stavros (1993). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven.

- ven. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Rabenstein, Susanne (2011). Das Gemeinschaftsgefühl im Spiegel der Neurowissenschaften. In Bernd Rieken (Hrsg.), Alfred Adler heute. Zur Aktualität der Individualpsychologie (S. 171–182). Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Reitz C., Mayeux R. (2014). Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *Biochemical Pharmacology* 88 (4), S. 640–651.
- Sindelar, Brigitte (2011). Neurowissenschaften und Individualpsychologie. In Rieken, Bernd, Sindelar, Brigitte & Stephenson, Thomas, *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis: Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 267–273). Wien: Springer.
- Sindelar, Brigitte (2011). Erziehung – Schule – Pädagogik. In Rieken, Bernd, Sindelar, Brigitte & Stephenson, Thomas, *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis: Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft* (S. 335–348). Wien: Springer.
- Snowdon, David (2002). *Aging with grace. What the Nun Study Teaches Us About Leading Longer, Healthier And More Meaningful Lives*. New York: Bantam.
- Swaab, Dick F. (1991). *Brain Aging and Alzheimer's Disease, 'Wear and Tear' Versus 'Use It or Lose It'*. *Neurobiology of Aging* 12, S. 317–324.
- Terraciano, Antonio, Sutin, Angelina R., An, Yang, O'Brian, Richard J., Ferrucci, Luigi, Zanderman, Alan B., Resnick, Susan M. (2014). Personality and risk of Alzheimer's disease: New data and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia* 10(2), S. 179–186.
- Winkler, Andreas, Vizepräsident der Demenzhilfe Österreich (2015, 26. November). Stingl Gudrun in Ö1 Mittagsjournal. Abgerufen von <http://oe1.orf.at/prograymm/421414> [27. Nov. 2015]
- Winnicott, Donald W. (2006). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Bibliothek der Psychoanalyse*. (Hans-Jürgen Wirth, Hrsg). Gießen: Psychosozial.

Autorin

Dr.ⁱⁿ med. Petra Eibl-Mörzinger
 Ärztin für Allgemeinmedizin, freiberufliche Psychotherapeutin (KIP, Individualpsychologie) und Lehranalytikerin im Fachspezifikum Individualpsychologie an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien.
 Langobardenstrasse 176/ 2
 A-1220 Wien
 Tel: +436649834980
 E-Mail: petra.eibl-moerzinger@individualpsychologie.at