

**Müssen wir dement werden?**  
**Eine existenzanalytische Betrachtungsweise**

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in  
Existenzanalyse

eingereicht von Sabine König, BA. pth.

im November 2018

Mag. Susanne Pointner .....

Mag. Karin Steinert .....

## **Abstract**

Ausgehend von der Annahme, dass Demenz nicht ausschließlich in Folge von Abbauprozessen im Gehirn entsteht, sondern auch aufgrund eines Lebensstils, der die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Gehirns verhindert, soll das Phänomen Demenz als Symptom eines existentiellen Mangels betrachtet und die Einsatzmöglichkeiten und Wirkfaktoren von Logotherapie und Existenzanalyse als mögliche Demenzprophylaxe beleuchtet werden. Phänomenologisch gesehen werden die Ich-Funktionen im Laufe einer dementiellen Erkrankung schrittweise eingeschränkt, sodass die Person, das Wesenhafte, immer weniger in den Dialog mit der Welt treten kann. Damit die Verbindung zwischen Ich und Person wieder hergestellt wird (und erhalten bleiben kann) ist aus existenzanalytischer Sicht eine Stärkung der Grundmotivationen sowie eine Wiederherstellung der Dialogfähigkeit durch die Personale Existenzanalyse hilfreich.

**Schlagworte:** Demenz, Demenzprophylaxe, Existenzanalyse, Logotherapie, Grundmotivationen, Personale Existenzanalyse

This thesis is based on the assumption that dementia is not only resulting from the destruction or degeneration of brain cells, but can also be attributed to a lifestyle that prevents activation of the brain's self-healing powers. It deals with dementia as a symptom of existential deficiencies as well as the potential applications and effects of Logotherapy and Existential Analysis as a potential dementia prophylaxis. From a phenomenological point of view, ego functions are gradually restricted in the course of a dementia. Thus the person – the authentic, true essence of oneself – is no longer able to enter into a dialogue with the outer world. In Existential Analysis, for the connection between ego and person to be re-established (and to be maintained) a strengthening of the Existential Fundamental Motivations as well as the restoration of dialogue ability by the method of Personal Existential Analysis are helpful.

**Keywords:** dementia, dementia prophylaxis, Logotherapy, Existential Analysis, Existential Fundamental Motivations, Personal Existential Analysis

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Demenz</b> .....	<b>6</b>
1.1 Terminologie/diagnostische Einordnung .....	6
1.2 Die gesellschaftliche Herausforderung .....	9
<b>2 Risikofaktoren</b> .....	<b>11</b>
2.1 Depression .....	11
2.2 Ernährung .....	13
2.3 Alkoholkonsum .....	14
2.4 Rauchen .....	15
2.5 Einsamkeit .....	16
2.6 Bewegungsmangel .....	17
2.7 Stress .....	18
2.8 Bildungsmangel .....	19
<b>3 Existenzanalyse und Logotherapie</b> .....	<b>20</b>
3.1 Begriffsbestimmung .....	20
3.2 Das Strukturmodell der Grundmotivationen .....	22
3.2.1 Die erste Grundmotivation – Der Weltbezug .....	23
3.2.2 Die zweite Grundmotivation – Der Lebensbezug .....	24
3.2.3 Die dritte Grundmotivation – Der Selbstbezug .....	25
3.2.4 Die vierte Grundmotivation – Das Handeln-Sollen .....	26
3.2.5 Altern als existentielle Herausforderung .....	27
<b>4 Faktoren, die das Demenzrisiko senken</b> .....	<b>29</b>
4.1 Die Nonnenstudie .....	29
4.2 Neuroplastizität .....	35
<b>5 Existenzanalytische Ansätze für eine Demenz-Prophylaxe</b> .....	<b>36</b>
5.1 Das Da-Sein-Können sichern (1. Grundmotivation) .....	38
5.2 Den Lebensbezug wieder herstellen (2. Grundmotivation) .....	39
5.3 Den Selbstbezug stärken (3. Grundmotivation) .....	42

5.4 Einen Lebenssinn finden (4. Grundmotivation) .....	43
5.5 Das existenzanalytische Prozessmodell (PEA) .....	47
<b>6 Zusammenfassung .....</b>	<b>51</b>
<b>7 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>52</b>

Anmerkung zu gendergerechter Formulierung:

Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, betrifft die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit abwechselnd die weibliche und die männliche Form gewählt wurden.

## **Einleitung**

Während meines Praktikums im Wiener Maimonides-Zentrum, dem Altenheim der Israelitischen Kultusgemeinde, hatte ich erstmals Kontakt mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Ich erinnere mich noch genau daran, dass mir gleich zu Beginn des Praktikums eine Dame, die sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befand, zugeteilt wurde und ich die Klientin zunächst abgeben wollte. Ich hatte den Eindruck, sie konnte mich doch nicht einmal mehr wahrnehmen. Was sollte ich also mir ihr für meinen zukünftigen Beruf als Psychotherapeutin lernen, wenn ich doch offensichtlich für diese Klientin nichts mehr tun konnte. Eine erfahrenere Kollegin überzeugte mich dann davon, dass meine bloße Anwesenheit mit einer zugewandten und offenen Haltung für die Klientin sehr wohltuend sein konnte. Entsprechend motiviert habe ich Frau M. in weiterer Folge Operetten-Musik vorgespielt und als sie im Rhythmus der Musik zu schunkeln begann, hat das mein bisheriges Bild von Demenz nachhaltig verändert. Auch auf Berührung reagierte Frau M. zwar kaum merklich, aber eindeutig positiv. Mir ist auch noch gut erinnerlich, wie Frau M.s Tochter sich im Beisein der Patientin mit ihrem Mann darüber unterhielt, dass das alles doch keinen Sinn mehr habe. „Sie bekommt ja eh nichts mehr mit, vegetiert nur noch vor sich hin, schrecklich ...“. Auch der Umgang so mancher Pfleger mit den Patienten hat mich betroffen gemacht. Damals ist mir bewusst geworden, wie wichtig es ist, sowohl die Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen als auch das Pflegepersonal entsprechend zu beraten bzw. zu schulen.

Meine Erfahrungen im Maimonides-Zentrum haben mich über die Zeit der Praktika hinaus beschäftigt und dabei vor allem die Frage, ob es ein unvermeidliches Schicksal (des einzelnen Betroffenen) ist, sein Lebensende mit dieser schweren Krankheit zu verbringen, oder ob es Möglichkeiten der Prävention gibt.

Dass die Zahl der Demenzerkrankungen in unserer Gesellschaft zunimmt, ist

offensichtlich, jedenfalls angesichts der Alterung der Gesellschaft. Eine seriöse (therapeutische) Hoffnung auf Heilung der Demenzkrankheit scheint derzeit nicht in Aussicht. Umso wichtiger wird dadurch die Frage, wie das Auftreten der Erkrankung zu verhindern oder zumindest hinauszuschieben ist.

Die physische Degeneration des Gehirns ist eine der Ursachen für Demenzerkrankungen. Was wäre aber, wenn dieser physiologische Prozess nicht in jedem Fall und zwingend zum vollen Krankheitsbild der Demenz führte, sondern nur bei Patienten, deren Selbstheilungskräfte versagen beziehungsweise deren Gehirn nicht mehr in der Lage ist, die physiologischen Defizite zu überbrücken?

Von dieser Hypothese ausgehend, möchte ich in der folgenden Arbeit die Einsatzmöglichkeiten der Logotherapie und Existenzanalyse als mögliche Demenzprophylaxe darlegen.

## **1 Demenz**

### **1.1 Terminologie / diagnostische Einordnung**

„Demenz ist ein klinisches Zustandsbild, ein Syndrom, das auf viele verschiedene Ursachen zurückgeführt werden kann. Es besteht aus folgenden Symptomen:

1. Abbau der Gedächtnisleistungen (Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis).
2. Einbuße und Verlust intellektueller Fähigkeiten, des abstrakten Denkens und des Urteilsvermögens. Die Kritikfähigkeit ist beeinträchtigt. Diese betrifft auch die eigene Störung, welcher der Betroffene uneinsichtig gegenübersteht.
3. Manifestation von ‚Werkzeugstörungen‘, d. h. von Aphasie (Wortfindungsstörungen), Apraxie und Agnosie. Die Demenz ist keineswegs eine normale Alterserscheinung, die jeden mehr oder minder betrifft, sondern eine Erkrankung, die typischerweise im Alter auftritt.

Diese Beeinträchtigungen verschiedener Funktionen haben eine Verschlechterung der Lebensqualität des Betroffenen zur Folge. Auch die Befindlichkeit ist verändert. Der Betroffene kann depressiv, reizbar, missmutig oder auch unmotiviert heiter und distanzlos sein. Dies wirkt sich auf sein Sozialverhalten aus. Das Gehirn steuert eben die Beziehung des Menschen zu sich selbst und zu seiner Umwelt“ (Gatterer / Croy 2005, 10–11).

Im ICD 10 findet sich folgende Definition: „Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (Dilling / Freyberger 2011, 24).

Demenz bezeichnet nicht ein eng umfasstes Krankheitsbild und einen immer gleichen Krankheitsverlauf, sondern eine ganze Gruppe von vermutlich degenerativen Erkrankungen. „Leitsymptom ist die Gedächtnisstörung, die am Anfang nur das Kurzzeitgedächtnis betrifft, später aber auch das Langzeitgedächtnis“ (Gatterer / Croy 2005, 10). Alzheimer, die Frontotemporale Demenz, die Vaskuläre Demenz, sowie die Lewy-Körperchen-Erkrankung zählen zu den am häufigsten auftretenden primären Arten von Demenz. Unter die sekundären Demenz-Formen fallen beispielsweise das Korsakow-Syndrom, diverse Stoffwechselerkrankungen, Gehirntumore, die Demenz bei Morbus Parkinson, manche Vergiftungserscheinungen, Vitaminmangelzustände oder Medikamentenmissbrauch. Der Anteil der Alzheimer-Krankheit beträgt in etwa 60-70 % und stellt somit die häufigste unter allen Demenzformen dar (Ludwigkeit 2014, 110).

„Demenz ist eine psychische Störung, die auf den Verlust von neuronalen Verbindungen zwischen den Ganglienzellen und auf den Zerfall bzw. die Zerstörung von Ganglienzellen selbst zurückzuführen ist. Man unterscheidet (primäre) hirnorganische und (sekundäre) nicht-hirn-organische Demenzformen. Die primären Formen treten am häufigsten auf und machen 90 Prozent aller Demenzfälle bei über 65-jährigen aus. Es liegen neurodegenerative oder vaskuläre (gefäßbedingte) Veränderungen vor. Spezialisten unterscheiden, ob die Nervenzellen des Gehirns ‚degenerieren‘, also ohne äußerlich erkennbare Ursache untergehen – wie bei der Alzheimer-Krankheit – oder ob sie z.B. wegen Durchblutungsstörungen schwere Schäden erlitten haben (eine solche Form wird als vaskulärer Demenztyp bezeichnet). Mit zunehmendem Alter treten häufig Mischformen der vaskulären und neurodegenerativen Demenzen auf“ (Gatterer / Croy 2005, 12).

Nach wie vor ist es nicht einfach, eine diagnostische Formel zu finden, die die Krankheit eindeutig identifiziert. Einigkeit scheint allerdings darüber zu bestehen, dass drei Symptomarten erkennbar sein müssen, um von einer Demenzerkrankung sprechen zu können: „eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses, die Beeinträchtigung einer weiteren kognitiven Fähigkeit (wie etwa der Sprache) sowie drittens, der Ausfall von sozialen beziehungsweise Alltagsfunktionen (wie etwa des selbständigen Ankleidens)“ (Snowdon 2001, 101). Bei Alzheimer-Patienten beginnen die ersten Beeinträchtigungen allmählich und werden daher zunächst kaum bemerkt. Nicht jede kurzzeitige Störung des (Kurzzeit-) Gedächtnisses ist ein Hinweis auf eine beginnende Demenzerkrankung, erst wenn dieses Symptom bestimmend wird und überhand nimmt, weist das auf Alzheimer hin. Um eine sogenannte „Pseudo-Demenz“ auszuschließen, ist die Abgrenzung zu einer Depression wichtig, was oft gar nicht so einfach ist. Die Diagnose ist also – vor allem in frühen Phasen der Erkrankung – letztlich eine Erfahrungssache. Mit fortlaufender Entwicklung der Krankheit verstärken sich allerdings die Symptome wesentlich. Die Sprachkompetenz nimmt stetig ab, den Kranken fällt es immer schwerer, Gegenstände richtig zu benennen, Erlebtes zu beschreiben. Lesen und Schreiben sind nur mehr eingeschränkt möglich, und dann geht nach und nach die Fähigkeit verloren, vertraute

Menschen zu erkennen. Der Kontakt mit der Welt beginnt also gewissermaßen abzureißen, oft können Demenzerkrankte nicht einmal mehr die Jahreszeit benennen (Snowdon 2001, 101–103).

„Zu den schwierigsten Symptomen zählen die emotionalen: Der Betroffene kann unter plötzlichen Stimmungswechseln, Depression und Beziehungslosigkeit, Sinnestäuschungen, Paranoia und aggressiven Schüben leiden. Dazu kommt, dass die meisten Alzheimer-Patienten, sofern sie lange genug leben, allmählich die Fähigkeit verlieren, sich anzuziehen, sich zu waschen, zur Toilette zu gehen und selbständig zu essen, obwohl ihre Muskeln womöglich noch bestens funktionieren. Hier geraten viele Familien, die den Patienten zu Hause versorgen, an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. In den letzten Stadien, oft acht bis zehn Jahre nach der Diagnosestellung, werden die Patienten bettlägerig und inkontinent und stellen jede verbale Kommunikation ein“ (Snowdon 2001, 103).

„Die zeitliche, örtliche und personale Orientierung gehören zu unseren geistigen Grundfähigkeiten; bei Patienten mit Demenz nimmt sie in genau dieser Reihenfolge ab – Zeit, Ort, Person. [...] Am Ende bleibt nur noch eine Hülle, das Äußere des Menschen; sein Geist jedoch, seine unverwechselbare Persönlichkeit, seine Besonderheiten und Eigenarten, seine Geschichte sind verloren“ (Spitzer 2012, 41–42).

## **1.2 Die gesellschaftliche Herausforderung**

Die Alterung der Bevölkerung als Ergebnis des medizinischen und sozialen Fortschritts scheint einen starken Anstieg der an Demenz erkrankten Menschen zur Folge zu haben. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft etwa wies 2014 darauf hin, dass mit jährlich bis zu 40.000 zusätzlichen Demenzkranken allein in Deutschland und einer Verdoppelung der Gesamtzahl der Erkrankten bis 2030 zu rechnen sei (Freter 2014). Die Wiener Gebietskrankenkasse schätzt die Entwicklung ähnlich ein: „Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Österreich

115.000 bis 130.000 Menschen mit irgendeiner Form der Demenz. Aufgrund des kontinuierlichen Altersanstiegs in der Bevölkerung wird sich dieser Anteil bis zum Jahr 2050 verdoppeln und der Betreuungs- und Pflegebedarf wird somit weiter steigen. Hierbei wird die Versorgung von Menschen mit Demenz eine der größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft werden“ (Oberhauser 2014, VIII).

Dieser Anstieg der Erkrankungen bedeutet, neben einer dramatischen Kostensteigerung im Pflege- und Gesundheitssektor, auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung: Wenn immer mehr Patienten an Demenz erkranken, sind auch immer mehr Menschen indirekt davon betroffen, eine immer größer werdende Zahl von Menschen wird in Therapie und Pflege der Erkrankten eingesetzt werden müssen, entsprechende Kliniken oder Demenzaltersheime werden zur Verfügung stehen müssen.

„Wir Wissenschaftler reden immer von der Problematik des Alterns im Jahr 2030, dem Anstieg dementieller Erkrankungen und den damit verbundenen Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Nur die wenigsten von uns bedenken jedoch, welche Menschen zu diesem Zeitpunkt dieser Gruppe angehören werden. Es sind die derzeit 40–50-Jährigen, also wir, die sich damit schon jetzt Gedanken über unser späteres Altern machen sollten. Altern beginnt nicht erst mit der Pensionierung mit 60 oder 65 Jahren, sondern ist ein ständiger Prozess in unserem Leben. Insofern ist ‚Leben lernen‘ gleich ‚Altern lernen‘ und sollte unter dem Motto ‚Leben, lieben, laufen, lernen und lachen!‘ stehen. Denn Altern ist kein Schicksal, sondern eine Herausforderung, der man sich positiv stellen sollte“ (Gatterer 2007, XV).

Die Frage, wie Demenzerkrankungen verhindert beziehungsweise die Verläufe von Demenzerkrankungen abgemildert werden könnten, hat also auch eine hohe gesellschaftliche Relevanz.

## **2 Risikofaktoren**

Ursachen und Auslöser von Demenzerkrankungen sind ganz offensichtlich noch nicht restlos geklärt. Daher verwundert es auch nicht, wenn nicht nur in der Fachliteratur ein breites Spektrum von teils spekulativen Theorien und Denkansätzen publiziert wird. Lange wurde Demenz vor allem als degenerativer Vorgang des Gehirns, also als physiologischer Prozess beschrieben, doch mehr und mehr zeichnet sich ab, dass diese Erklärung zumindest nicht ausreichend ist. Unstrittig scheint nur der Zusammenhang mit dem Altern. Mehr und mehr setzt sich auch der Ansatz durch, dass Alzheimer „kein Schicksal [ist], das einen zwangsläufig im Laufe eines langen Lebens ereilt, [sondern] Alzheimer ist Folge eines für die westliche Welt heute üblichen Lebensstils“ (Mosetter / Cavelius 2016, 9)

In unterschiedlichen Gewichtungen setzen verschiedene Autoren in diesem Sinne bei diversen Faktoren ungesunden Lebens an: zucker-, fett-, stärkereiche Ernährung, Alkohol- und Zigarettenkonsum, Bewegungsmangel und eine ganze Reihe psychischer Faktoren wie Stress, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Einsamkeit usw. werden ebenso angeführt wie psychosoziale Faktoren wie etwa Bildung. Einigen dieser Forschungsergebnisse soll auf den nächsten Seiten nachgegangen werden.

### **2.1 Depression**

Unter den verschiedenen Faktoren, die, wenn schon nicht als Ursache, so doch als häufige Vorbedingung einer Demenz genannt werden, stechen depressive Erkrankungen besonders hervor. „Depression und Demenz sind neben Angststörungen die am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen älterer Menschen, und zwischen beiden gibt es Zusammenhänge. Depression ist ein Risikofaktor für Demenz, sie kann ein Frühsymptom der Demenz sein, kann reaktiv (= als Folge) auf die Diagnosestellung auftreten und schließlich im Laufe der Demenz auftreten“ (Eschweiler 2014).

Auch Snowdons Nonnenstudie – auf die ich später noch ausführlich zu sprechen komme – geht in ihrer Grundaussage von der Annahme aus, dass Depression ein entscheidender Faktor für Entstehung und Auftreten von Demenzerkrankungen ist. Er bezieht sich dabei u.a. auf Forschungsergebnisse, die bei depressiven Menschen eine Atrophie des Hippocampus zeigen – interessant ist, dass eine Abnahme des Hippocampus-Volumens auch bei Alzheimer der Fall ist (Snowdon 2001, 110).

Das betrifft nicht nur Depressionen in jungen oder mittleren Jahren. „Gerade im Alter münden depressive Zustände in dementielle Abbauprozesse, weil der mit Depression einhergehende zusätzliche Stress und der (bei etwa 60 Prozent aller depressiven Patienten) erhöhte Blutspiegel von Stresshormonen das Gehirn schädigt. Stresshormone bewirken das direkte Absterben von Nervenzellen“ (Spitzer 2012, 273).

Amerikanische Studien (Raymond Ownby von der Miller School of Medicine der Universität Miami) gehen sogar so weit, den Zusammenhang zwischen Stress und Demenzerkrankungen zu quantifizieren. Nach Auswertung einer Vielzahl von entsprechenden Studien, in denen die Daten von insgesamt über 100.000 Patienten weltweit analysiert wurden, kamen sie zu dem Schluss, dass das Risiko, eine Demenz vom Typ Alzheimer zu entwickeln, für Menschen, die im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkrankt waren, genau doppelt so hoch liegt wie bei anderen Patienten (Förstl / Kleinschmidt 2009, 68).

Abgesehen davon, dass eine Depression Ursache oder Vorerkrankung der Demenz sein kann, können depressive Störungen, wie bereits erwähnt, auch am Beginn einer Demenzerkrankung stehen. „Da einige Symptome von Demenz und depressiver Störung ähnlich sind, ist eine genauere Differenzierung wichtig, vor allem deswegen, weil depressive Episoden behandelbar sind“ (Gatterer / Croy 2005, 25).

## 2.2 Ernährung

Die Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit durch richtige Ernährung steht in Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung. Dabei geht es vor allem um die Vermeidung jener Erkrankungen, die das Risiko einer Demenz zur Folge haben. Zu diesen Erkrankungen gehören Übergewicht, Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck. „Wer schon mit 40 einen dicken Bauch hat, bei einem Body-Mass-Index (BMI) über 30, verdreifacht sein Risiko für Alzheimer“ (Oswald 2011, 107). „Übergewicht und Diabetes verursachen langfristig Durchblutungsstörungen, die sich ebenfalls im Gehirn abspielen und ihrerseits zu einer Demenz führen können“ (Spitzer 2012, 273).

Es geht dabei um mehr als die Vermeidung falscher Ernährung, die richtige Ernährung hat positive Auswirkungen. „Studien haben inzwischen gezeigt, dass sich eine gesunde, eher kalorienarme Ernährung mit reichlich Obst und Gemüse positiv auf die Gesundheit unseres Gehirns auswirkt. Auch der regelmäßige Verzehr von Fisch statt Fleisch scheint unserem Gehirn gut zu bekommen. Warum genau das so ist, kann bisher nur vermutet werden: Omega-3-Fettsäuren, die in Fisch reichlich vorkommen, senken beispielsweise den Cholesterinspiegel. Folsäure (identisch mit Vitamin B9), die in grünem Blattgemüse und Weizenkeimen reichlich vorhanden ist, senkt dagegen den Homocysteinspiegel. Sowohl erhöhte Cholesterin- als auch erhöhte Homocysteinspiegel stehen dagegen in engem Zusammenhang mit Herz-Kreislauferkrankungen und einem erhöhten Risiko für eine Altersdemenz“ (Förstl / Kleinschmidt 2009, 77–78).

„In einer Studie aus dem Jahr 2013 warnten US-Forscher davor, dass Diabetiker ein höheres Risiko haben, an Demenz zu erkranken. Demnach sind Menschen mit Typ-2-Diabetes im Alter zwei- bis viermal häufiger von einer vaskulären Demenz betroffen. Auch haben sie ein doppelt so häufiges Risiko, an einer Demenz vom Typ Alzheimer zu erkranken“. Aber nicht nur das Risiko, an Alzheimer zu erkranken ist bei Diabeteskranken erhöht, auch der Verlauf der Krankheit, so zeigt eine weitere Studie, ist beschleunigt (Mosetter / Cavellius 2016, 64).

„Außerdem ist bekannt, dass Nierenerkrankungen, Schlaganfälle, Bluthochdruck und Hyperlipidämie, die alle zu den Spätkomplikationen des Typ-2-Diabetes gehören, mit kognitiven Einbußen einhergehen. Die Hauptursachen für die Zuckerkrankheit sind schnell benannt: ungünstige Ernährungsgewohnheiten gekoppelt an einen weitgehend unbewegten Lebensstil. So steht auf der einen Seite eine Überfülle an zucker- und fettreichen Nahrungsmitteln, die rund um die Uhr verfügbar sind. Auf der anderen Seite führt genau diese Überfülle zu einer Unterversorgung der (Nerven-)Zellen mit lebenswichtiger Energie, da durch sie der Zucker- und Insulinstoffwechsel entgleist“ (Mosetter / Cavellius 2016, 65).

### **2.3 Alkoholkonsum**

Auf den ersten Blick sticht ein Zusammenhang zwischen Demenzerkrankungen und (übermäßigem) Alkoholkonsum ins Auge. Die Symptome, die langjähriger Alkoholmissbrauch hervorruft, gleichen jenen der Demenzerkrankungen. „Bei chronischen Alkoholikern treten häufig Amnesien auf, die das Vergessen alter Inhalte (retrograde Amnesie) bedeuten, aber auch die Unfähigkeit, sich Neues zu merken (anterograde Amnesie). [...] Neben dem amnestischen Syndrom beginnen viele Patienten zu konfabulieren, was bedeutet, dass sie neben der Merkfähigkeitsstörung die Tendenz entwickeln, ihre Gedächtnislücken mit frei erfundenen Geschichten zu füllen. All diese Beeinträchtigungen führen schließlich auch zu einer situativen und zeitlichen Orientierungslosigkeit, wie bei Menschen mit Alzheimerdemenz“ (derStandard.at 2016).

Das deutsche Wissenschaftsmagazin Scinexx berichtet etwa unter Berufung auf eine Studie der Medizinischen Universität Danzig, dass übermäßiger Konsum von Alkohol bereits bei Menschen ab 40 zu Symptomen einer Altersdemenz führen kann und auch Angststörungen und Depressionen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen (Sieminski 2007).

Während es (nach der „Rotterdam-Studie“) eine gewisse statistische Evidenz

gibt, dass maßvoller Alkoholkonsum (Förstl / Kleinschmidt 2009, 79) von einem Glas alle drei Tage die Wahrscheinlichkeit von Demenzerkrankungen (und von Vaskulärer Demenz) senken, kippt der Effekt bei Alkoholmissbrauch ebenso eindeutig. „Französischen Forschern zufolge sind 39 Prozent aller Demenzerkrankungen auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen. Regelmäßiger starker Alkoholkonsum ist [...] ein entscheidender Faktor bei allen Formen der Demenz, insbesondere bei frühzeitigem Gedächtnisverlust“ (derstandard.at 2018).

## **2.4 Rauchen**

Man könnte den Eindruck gewinnen, exzessives Rauchen habe keine vergleichbaren sozial auffälligen Folgen wie Alkoholmissbrauch. Vermutlich treten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hier zeitversetzt ein, aber außer Zweifel steht, dass Rauchen eine stark verbreitete Sucht ist. 27 % der Männer und 22 % der Frauen rauchen laut Statistik Austria in Österreich täglich (Statistik Austria 2018).

Aber gibt es auch darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen Rauchen und der Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung? Mit Sicherheit trifft es auf die vaskuläre Demenz zu. „Rauchen stellt einen Hauptrisikofaktor für die Entstehung vaskulärer Erkrankungen und somit einer vaskulären Demenz dar“ (Gatterer / Croy 2005, 64).

Immer wieder werden Studien publiziert, die das Gegenteil behaupten. „Nikotin als Wirkstoff gegen Parkinson und Alzheimer?“ (Lips 2016). Jahrzehntlang hatte die Tabakindustrie diese Behauptung verwendet und sich dabei auf Forschungsergebnisse berufen. Allerdings bewies im Jahr 2009 eine Studie der University of California, dass die zahlreichen Studien, die positive Auswirkungen bei Rauchern ergeben hatten, im Auftrag beziehungsweise finanziert von der Tabakindustrie zustande gekommen waren und das Bild verzerrt hatten. Die nicht von der Industrie gesponserten Studien zeichneten ein anderes Bild, nämlich ein fast doppelt so hohes Alzheimer-Risiko für Raucher

gegenüber Nichtrauchern (Cataldo, Janine K. / Prochaska, Judith J. / Glantz, Stanton A. 2010).

Das Demenzrisiko für Raucher ist in einer großen amerikanischen Studie mit 21.000 Beteiligten mit eindeutigen Ergebnissen untersucht worden: „Das Risiko für eine Demenz war bei Personen, die im mittleren Lebensalter mehr als zwei Päckchen am Tag geraucht hatten, um 114 Prozent erhöht (Relatives Risiko: 2,14). Im Hinblick auf die Entwicklung einer Alzheimer-Krankheit war das Risiko um 157 Prozent, für vaskuläre Demenz um 172 Prozent erhöht“ (Wallner, 2011).

„Schon 2007 haben niederländische Wissenschaftler am Erasmus Medical Center in Rotterdam festgestellt, dass Raucher ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko haben als Nicht- und Exraucher. Von knapp 7000 älteren Teilnehmern an der Studie von Monique Breteler entwickelten die Raucher nach sieben Jahren mit 50 Prozent größerer Wahrscheinlichkeit eine Demenz als Nicht- und ehemalige Tabakkonsumenten“ (Mosetter / Cavelius 2016, 73).

## **2.5 Einsamkeit**

Einsamkeit hat viele Formen. Gemeint ist in der Folge nicht nur das objektive Alleinsein, sondern alle Formen, in denen ein Mangel zum Ausdruck kommt, eine Abkapselung, Beziehungsunfähigkeit, Kommunikationshemmung oder Vereinsamung, wie sie unsere Gesellschaft hervorbringt.

Die intensivste Art der Verarbeitung von Information gelingt dem Menschen im Dialog oder in einer Diskussion. Der Mensch ist also ein Beziehungswesen, fehlt ein Gegenüber und damit die persönliche Kommunikation, beeinträchtigt das die tiefe Verarbeitung (Spitzer 2012, 107). Es liegt nahe, darin eine Ursache für Depression zu sehen. Eine immer größere Zahl alter Menschen, deren Mobilität in Folge körperlicher Beeinträchtigung eingeschränkt ist, droht zu vereinsamen. Josef Marksteiner, Psychiater am Landeskrankenhaus Hall in Tirol, etwa warnte, „dass ein Zusammenhang zwischen Demenz, Depression

und der steigenden Einsamkeit und Vereinsamung von alten Menschen in der Gesellschaft vorhanden sei“ (Marksteiner 2017).

Aber auch die Tatsache, dass junge Menschen ihre Sozialkontakte immer mehr in sozialen Medien statt in Form von unmittelbaren zwischenmenschlichen Kontakten leben, birgt das Risiko von Vereinsamung und Depression (Spitzer 2018). Auch der Psychologe und Psychotherapeut Gerald Gatterer stellt fest: „Derzeit sehen wir, das zeigen auch Studien, eine umgekehrte Entwicklung: immer größere Social-Media-Gruppen, die immer unpersönlicher werden, und immer mehr Menschen, die allein oder nur mit einem Haustier leben. Der Anteil der Menschen, die über längere Zeit in Beziehungen leben, sinkt. Das sind Veränderungen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen“ (Blatakes 2018).

„Mangelnde Selbstregulation, Einsamkeit und Depression sind in unserer modernen Gesellschaft die wichtigsten Stressoren. Sie bewirken das Absterben von Nervenzellen und begünstigen damit langfristig die Entwicklung einer Demenz“ (Spitzer 2012, 128).

## **2.6 Bewegungsmangel**

Wenn die Schädigung des Gehirns eine der Hauptursachen von Demenzerkrankungen darstellt, so gehört alles, was das Funktionieren des Gehirns beeinträchtigt, zu den Risikofaktoren. Tatsächlich ist Bewegungsmangel eine häufige Ursache beziehungsweise ein Verstärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie das Gesundheitsportal der Österreichischen Bundesregierung anführt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2017). Bewegung fördert die Durchblutung und versorgt das Gehirn mit Sauerstoff. „Denn die moderne Gehirnforschung zeigt: Das beste Gehirnjogging ist schlicht und einfach: Jogging“ (Spitzer 2012, 58).

„Dabei wirkt sich Bewegung ganz offensichtlich nicht nur günstig auf die allgemeine Gesundheit aus, sondern auch ganz speziell auf die Gesundheit

unseres Gehirns. In einer Langzeitstudie mit 1740 Teilnehmern über 65 konnte der Internist und Leiter des amerikanischen Group Health Center for Health Studies, Eric Larson, zeigen, dass die Menschen, die sich mindestens drei Mal wöchentlich sportlich betätigen können, sehr viel seltener an einer Demenz erkrankten als die bewegungsarmen Studienteilnehmer. In neueren Studien konnte sogar gezeigt werden, dass ein leichtes Walkingprogramm oder ein ausgiebiger Spaziergang täglich die geistige Fitness sogar bei denjenigen alten Menschen zumindest ein wenig verbessern, die bereits leichte Gedächtnisschwierigkeiten haben“ (Förstl / Kleinschmidt 2009, 73).

Regelmäßige und ausreichende Bewegung ist ein entscheidender Faktor für ein gesundes Altern. Bewegung scheint ganz konkret die Entstehung von Demenz zu verhindern beziehungsweise zumindest hinauszuzögern. „So hatten Männer zwischen 71 und 93 Jahren, die weniger als 400 Meter täglich liefen, gegenüber Männern, die sich täglich drei und mehr Kilometer bewegten, ein doppelt so hohes Risiko, innerhalb der nächsten sechs Jahre an Alzheimer zu erkranken. Andere Studien zeigten, dass es schon genügt, wenn man sich mindestens viermal pro Woche so kräftig bewegt, dass man leicht ins Schwitzen kommt, um sein Risiko für Alzheimer zu halbieren. [...] Regelmäßige, ja tägliche Bewegung ist somit die wichtigste Vorbeugung gegen Alzheimer und unterstützt den Erhalt der Lebensqualität bis ins hohe Alter“ (Oswald 2011, 107).

## **2.7 Stress**

Auch Stress, sei er akut, chronisch oder traumatisch, erhöht das Risiko einer späteren Alzheimer-Erkrankung. Einerseits mittelbar, weil Stressbelastung Depressionen auslösen kann, andererseits unmittelbar, weil die im Stress ausgeschütteten Stresshormone Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol „alzheimer-ähnliche Protein- und Verhaltensänderungen beschleunigen können“ (Mosetter / Cavellius 2016, 74). Tierversuche am Max-Planck-Institut für Psychiatrie im Jahr 2011 legen das nahe: „Stress und eine verstellte Stressachse bestimmen darüber hinaus die Feinabstimmung der gesamten Insulinsignalübersetzung.

An mehreren wichtigen Schnittstellen dieses Stoffwechselweges können Fehlfunktionen zu den unterschiedlichsten Erkrankungen führen (zum Beispiel Angstzuständen, Depressionen, Schmerz und der Alzheimer-Demenz)“ (Mosetter / Cavelius 2016, 74).

„Das Leben kommt einem unter dem Einfluss einer Depression häufig als Überforderung und extrem belastend vor. Der Körper produziert vermehrt Stresshormone wie Cortisol. Zugleich ist die Produktion der Stress abbauenden Hormone wie Serotonin häufig gestört. Es kommt zu einer Dauerbelastung des Gehirns mit Stresshormonen – die wiederum die Nervenzellen schädigen können“ (Förstl / Kleinschmidt 2009, 68).

Stress ist nicht nur, wie man meinen könnte, ein Phänomen, das von Überbelastung, wie sie für das Berufsleben oder das Familienleben, also das „aktive“ Leben typisch sein mag, ausgelöst wird, auch Phänomene, die ebenso das höhere Lebensalter begleiten können – wie Einsamkeit, Angst, das Gefühl der Sinnlosigkeit –, können, vor allem wenn sie als ausweglos erlebt werden, zu Stressreaktionen führen.

## **2.8 Bildungsmangel**

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen Bildung und Demenzerkrankungen gibt. David Snowdon etwa war in seiner Nonnenstudie – auf die ich im Kapitel 4.1 näher eingehen werde – das überdurchschnittlich hohe Bildungsniveau der von ihm untersuchten Nonnen aufgefallen, die eine atypisch niedrige Demenzrate aufwiesen (Snowdon 2001, 44–45). Das Deutsche Ärzteblatt übertitelt einen Bericht sogar mit „Bildung schützt vor Demenz“, relativiert die Aussage aber in dem entsprechenden Artikel: „Seshadri geht auch keineswegs davon aus, dass Bildung für sich genommen vor einer Demenzerkrankung schützt, etwa weil es die kognitiven Reserven im Alter erhöht. Wahrscheinlicher ist, dass sich der Bildungsstand auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung auswirkt“ (Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016).

Auch Snowdon hatte seinen Befund mit der kritischen Frage ergänzt, ob das Bildungsniveau nicht auch Ausdruck allgemein besserer Lebensbedingungen und Gesundheit sei (Snowdon 2001, 45).

Andererseits bedeutet Demenz nicht nur wörtlich sondern buchstäblich „geistiger Abstieg“. Dieser Abstieg, dieser Verlust an Funktionalität steht aber gewissermaßen in Relation zur Anfangshöhe, also der ursprünglichen Leistungsfähigkeit des Gehirns, bevor der degenerative Prozess der Erkrankung eingesetzt hat. Wenn man davon ausgeht, dass diese ursprüngliche Leistungsfähigkeit wie bei einem Muskel auch von der Verwendung, dem Training des Gehirns abhängt, dann spielt die Anstrengung beim Lernen und Erlernen eine Schlüsselrolle (Spitzer 2012, 60–61). „Geistig strengen wir uns an, wenn wir uns aktiv mit der Welt auseinandersetzen. Beim Lernen verändern sich die Synapsen, also die Verbindungen zwischen den Nervenzellen. Die Leistungsfähigkeit des Gehirns wird gesteigert. Hinzu kommt, dass im Hippocampus, der für die Speicherung neuer Sachverhalte zuständig ist, neue Nervenzellen nachwachsen, die nur dann am Leben bleiben, wenn sie richtig gefordert werden. Lernen nutzt nicht nur vorhandene neuronale Hardware, sondern benutzt auch neu nachgewachsene und hält sie am Leben. Damit ist eines klar: Wie leistungsfähig wir geistig sind, hängt davon ab, wie viel wir geistig leisten“ (Spitzer 2012, 60–61).

### **3. Existenzanalyse und Logotherapie**

#### **3.1. Begriffsbestimmung**

Die psychotherapeutische Richtung Logotherapie und Existenzanalyse wurde von Viktor Emil Frankl in den dreißiger Jahren als „Dritte Wiener Schule der Psychotherapie“ entwickelt und vor allem durch den Arzt und Psychotherapeuten Alfred Längle ab den achtziger Jahren weiterentwickelt (Kriz 2007).

Die Existenzanalyse ist ein phänomenologisches Psychotherapieverfahren. Ihr Ziel es ist, den einzelnen Menschen in seiner Einzigartigkeit zu begreifen, seine ihm eigene, ursprüngliche Wesensart sichtbar zu machen und ihm ein Leben in Freiheit, Verbundenheit und Eigenverantwortung zu ermöglichen: „Existenzanalyse kann definiert werden als eine phänomenologisch-personale Psychotherapie mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischer Stellungnahme und zu eigenverantwortlichem Umgang mit ihrem Leben und ihrer Welt zu verhelfen. Allgemein betrachtet ist Existenzanalyse eine Analyse der Bedingungen, um zu einer erfüllenden Existenz zu gelangen“ (Längle 2013a, 13).

Im therapeutischen Prozess sollen die Umstände, die die Basis für eine erfüllende Existenz bilden könnten, ebenso erkannt und benannt werden wie jene Faktoren, die dieser Erfüllung im Weg stehen. Dabei geht es darum, es dem Klienten zu ermöglichen, die verloren gegangene Verbindung mit seinem wahren Selbst zu aktivieren und so blockierte oder verschüttete Potentiale zu erwecken. Indem es dem Menschen ermöglicht wird, „mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können“ (Längle 2016, 16), wird die Grundlage geschaffen für ein wahrhaftiges und sinnerfülltes Leben, damit der Klient verantwortungsvoll mit dem eigenen Leben und der Welt umgehen kann.

Der Ansatz der Existenzanalyse reicht über das Psychologische hinaus ins Philosophische. Sehr spezifisch ist dabei, dass auch Positionen bezogen werden, also Inhalte vermittelt, Anregungen gegeben, Haltungen vertreten werden und die offene und respektvolle Begegnung auch einen konfrontativen Charakter annehmen kann. Das Besondere an der Existenzanalyse ist, dass sie „bei aller Offenheit und allem Freilassen und Respektieren des je Eigenen, das in einem personalen Ansatz ganz zentral ist – eine Struktur der Existenz und eine klare, schrittweise Abfolge von Verarbeitungsprozessen vorweist, die sich für die Lebensführung und -gestaltung als sehr hilfreich und orientierend erweisen“ (Längle 2016, 15).

Die Existenzanalyse versteht Existenz als ein „sinnvolles, in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben, das der Mensch als das seinige erlebt und

worin er sich als Mitgestalter versteht“ (Längle 2016, 18) und setzt dieser gelungenen Existenz den negativen Gegensatz des bloßen „Vegetierens“ gegenüber. Der dahinvegetierende Mensch bestimmt nicht mehr über sein Leben, er ist Passagier in seinem Leben, er erlebt sich als Opfer der Umstände, denen er sich machtlos ausgeliefert fühlt. (Geglückte) Existenz hingegen beschreibt den Menschen als aktiven und engagierten Gestalter seines Lebens (Längle 2013a, 20–21).

Es geht also um die Auseinandersetzung, den Dialog der Person mit sich und der Welt, um Offenheit, Verstehen, Erleben und somit auch um die eigene Positionierung in der Welt, um persönliche Werte – alles Voraussetzungen für eine als erfüllend erlebte Existenz. „Ziel und zentrales Wirkelement der EA ist die Herstellung einer inneren und äußeren dialogischen Offenheit, in der die Person ihre Grundfähigkeiten (gemäß der Personalen Existenzanalyse) zum Einsatz bringen kann und wo die Grundbedingungen personaler Existenz erfüllt sind“ (Längle 2016, 33).

### **3.2 Das Strukturmodell der Grundmotivationen**

Das Konzept der Grundmotivationen (GM), das Alfried Längle 1992 eingeführt hat, sieht den Menschen in seinem Streben nach einem geglückten Leben, oder, wie die Existenzanalyse es bezeichnet, einer erfüllten Existenz in vier strukturelle existenzielle Grundbedingungen eingebettet, Gegebenheiten des Daseins, mit denen der Mensch unweigerlich konfrontiert ist, beziehungsweise die sein existenzielles Ringen definieren (Längle 2013a, 62–63).

„Die Grundmotivationen nehmen Bezug auf die Grundbedingungen der Existenz, die jene Themenbereiche beschreiben, mit denen sich der Mensch auseinandersetzen muss, um existieren zu können. Durch diese Unausweichlichkeit, dieses Den-Bedingungen-nicht-entkommen-Können, ist der Mensch ständig mit ihnen befasst und von ihren Inhalten bewegt. Daher sind sie Grundmotivationen, die hinter allen Motivationen des Menschen stehen“ (Längle 2013a, 63). Von diesen Grundmotivationen ist der Mensch ständig gefordert,

indem er zu ihnen Stellung nimmt, wird er zum Gestalter seines Daseins. Unterlässt er das, setzt er sich damit nicht ausreichend auseinander, kann er nicht mehr Gestalter seines Lebens sein, es entstehen Defizite, die ihn in seiner Entfaltung behindern und psychodynamische Schutzreaktionen bzw. psychische Störungen hervorrufen können (Längle 2013a, 63).

Das Ziel der Existenzanalyse ist es, „dem Menschen [...] zu einer authentisch empfundene[n] Zustimmung zur Lebensführung zu verhelfen“ (Längle 2000, 9). Für diese Bejahung des Selbst und der eigenen Welt bilden die Grundmotivationen die psychologischen Voraussetzungen. Sie bedeuten eine vierfache Zustimmung:

die *Akzeptanz* der Umstände und Bedingungen (1. GM), einem Ja zur Welt;

die *Zuwendung* zu Werten, die den Menschen berühren und ansprechen (2. GM), einem Ja zum Leben;

die *Achtung* der Einzigartigkeit der Person (3. GM), einem Ja zum Selbstsein;

das *Einverständnis* mit dem Anspruch der Situation (4. GM), einem Ja zum Sinn (Längle 2000, 9).

### **3.2.1 Die erste Grundmotivation – Der Weltbezug**

„Der Mensch ist darauf ausgerichtet, in der Welt *sein und überleben zu können*“ (Kolbe 2014, 34). Es geht also um das „Dasein-Können“, darum, die Realität anzunehmen, dass er am Leben ist, was sich auf die Frage konzentrieren lässt: „Ich bin – kann ich sein?“ (Längle 2012, 67). Teil dieser scheinbaren Selbstverständlichkeit ist auch die Erkenntnis, dass unser Sein und Überleben endlich ist und mit dem Tod endet. „Mit dem Faktum des Daseins ist primär die Frage nach den eigenen Fähigkeiten (dem Können) verbunden und nach dem Erkennen und Wahrnehmen der Möglichkeiten, um inmitten der Fakten und Bedingungen des eigenen Daseins ‚sein zu können‘. Die basale Form des Könnens ist *annehmen* und *aushalten*. Aushalten ist die Bereitschaft, ‚da zu sein‘ und nicht zu weichen. Das bedeutet, die Kraft zu haben, dem

Schweren, Ängstigenden, Problematischen usw. einen Widerstand entgegenzustellen, zu ‚tragen‘, was (noch) nicht zu ändern ist, z.B. einen Schmerz, eine Unsicherheit“ (Längle 2016, 100). Im Kern geht es also um Erkennen, Wahrnehmen, Aushalten und Annehmen.

Die Voraussetzung, um das Leben „meistern“ zu können, um die Tatsache, am Leben bzw. auf der Welt zu sein, überhaupt empfinden zu können, ist es, *Schutz, Raum und Halt* zu spüren, woraus sich *Können, Vertrauen* und ein *Grundvertrauen* entwickeln können. Fehlen Schutz, Raum und Halt und ist die Fähigkeit des Wahrnehmens beeinträchtigt, kann es zu Verunsicherung, Misstrauen, Ängsten, Zwängen bis hin zu ängstlichen Persönlichkeitsstörungen und Psychosen kommen (Längle 2013a, 74–76).

### **3.2.2 Die zweite Grundmotivation – Der Lebensbezug**

Eine gut ausgestaltete erste Grundmotivation, auf einem stabilen Fundament gut im Leben stehen zu können, ist für einen unverstellten Zugang zu den eigenen Emotionen essentiell. „Es genügt dem Menschen nicht, einfach da zu sein; es ist in ihm ein angeborenes Verlangen, dieses Dasein subjektiv als *gut* zu erfahren, es genießen und sich an ihm erfreuen zu können“ (Längle 2016, 104). Die Frage, ob sein Leben lebenswert ist, also die nach der Qualität seines Lebens, bestimmt sich für den Menschen nämlich nach dessen emotionalem Gehalt, danach, was ihm nahe geht, wovon er berührt wird – in der ganzen Bandbreite vom Positiven bis zum Negativen. Der Mensch hat das Bedürfnis, gemocht und geliebt zu werden, das geht nur in der Begegnung und im Austausch mit einem anderen. Das Leben als wertvoll erleben zu können stellt die Basis dar, aus der heraus der Grundwert entstehen kann (Längle 2016, 104–109).

Das Verlangen nach Beziehung ist tief im Menschen verankert. Der Mensch strebt nach *Verbundensein*. Dazu „benötigt er Beziehung, Zeit und Nähe, um sich Wertvollem zuwenden zu können und Zugang zum Grundwert des Lebens

zu haben“ (Kolbe 2014, 34).

Nicht unwesentlich für die zweite Grundmotivation ist der Faktor *Zeit*, schließlich ist die Zeit als Maß aber auch als Dauer und Verlauf eine Konstante der Existenz. Sich Zeit und somit Lebenszeit zu nehmen für sich selbst, für jemand anderen oder für etwas bedeutet Verdichtung. Lebenszeit bewusst bereitzustellen bietet Gefühlen und Beziehungen Raum und Verstärkung (Längle 2013a, 77).

Fehlen Zuwendung, Beziehung, Nähe, Zeit, Offenheit – die Voraussetzungen für das Grundmotiv, also Lebensfreude, das Leben mögen, sind –, entstehen Defizienzgefühle wie Freudlosigkeit, Schwere, Belastung, Depression, Burnout. (Längle 2013a, 78). In der pathologischen Entwicklung umfasst das sämtliche Erscheinungsbilder des depressiven Formenkreises (Längle 2013b, 129).

### **3.2.3 Die dritte Grundmotivation – Der Selbstbezug**

Die dritte Grundbedingung der Existenz ergibt sich aus der Tatsache, dass der Mensch sein Dasein als „Ich-haft“ erlebt, also als auf sich gestelltes, vielleicht sogar einsames Subjekt. Dieses *einzigartig sein*, das der Mensch in der Unterscheidung zwischen seinem „Ich“ und einem „Du“ erlebt, bringt auch „eine große Vielfalt, Schönheit und Unvergleichlichkeit mit sich“ (Längle 2008, 46). Sie lässt sich auf die Fragen reduzieren „Darf ich so sein?“, „Kann ich dies nach außen hin vertreten und mich so sehen lassen?“ (Längle 2013a, 79). Denn der Mensch ist „auf *Entfaltung seines Selbst-Seins* ausgerichtet“ (Kolbe 2014, 34).

Alle Aspekte der Persönlichkeit, der Individualität und des Subjekts, ja der Existenz sind von diesem Bedürfnis geprägt, authentisch, einmalig und unverwechselbar zu sein. Individualität kann sich aber nur ausdrücken, wenn das Grenzen ziehen, also die Distanzierung vom Du möglich ist. Es ist eine Wechselwirkung, die sowohl dem Wahrnehmenden als auch dem Wahrgenommenen durch den Prozess der Distanzierung die Gelegenheit bietet, das jeweilige Ich-Sein, seine Einmaligkeit zu erleben. (Biberich 2015, 84–85).

Dem Menschen genügt es nicht wahrgenommen zu werden, er möchte in seinem Wesen erkannt werden. Die Erfahrung von Wertschätzung, Gerechtigkeit und Beachtung durch andere ist für die Entwicklung eines gesunden Selbstwerts unerlässlich. „Die Person, der wertschätzende und gerechte Beachtung widerfährt, kann [...] einen sorgfältigen bzw. rücksichtsvollen und wertschätzenden Umgang mit sich selbst erlernen. Sie bringt Achtung und Wohlwollen für sich auf, das Ich wird gestärkt und der Selbstwert aufgebaut“ (Biberich 2015, 85).

Sind diese Voraussetzungen gesichert, so wird es der Person also möglich sein, „authentisch zu leben, eine Identität zu entwickeln und ein eigenes Gespür für das ethisch Richtige zu finden“ (Kolbe 2014, 34).

Fehlen Wertschätzung, Gerechtigkeit und Beachtung – die Voraussetzungen für das Grundmotiv der Entfaltung des „Selbst-Seins“ – entstehen Defizienzgefühle wie „funktionales Verhalten, Widerwilligkeit, Einsamkeit, übertriebene Scheu, Scham und Schüchternheit, leichte Verletzlichkeit und als klinische Störung das Bild der Hysterie“ (Längle 2008, 51– 52).

### **3.2.4 Die vierte Grundmotivation – Das Handeln-Sollen**

In der vierten Grundmotivation geht es um die existenzielle Frage des *Sinns des Lebens*. „Wenn man da sein kann, das Leben mag und sich selbst darin finden kann, dann fehlt zur Erfüllung der Existenz noch eines: das Erkennen dessen, *worum* es im Leben gehen soll“ (Längle 2008, 52). Es lässt sich auf die existenzielle Frage bringen: *Wofür* bin ich da? Dass sein Dasein *sinnvoll*, also für etwas gut ist, kann der Mensch durch Tätigkeiten und Zusammenhänge erfahren, denen er einen Wert beimisst. Es geht der Existenzanalyse um mehr als einen abgeschlossenen Zustand, also nicht bloß um das (statische) Sein, sondern um einen Prozess, um aktives Handeln (Längle 2016, 118–119).

Dieser Sinn im Tun kann, wie erwähnt, nicht aus sich heraus entstehen oder gebildet werden, der Mensch muss ihm einen gefühlsmäßigen Wert beimessen und dazu in der Lage sein, ein größeres Ganzes, ein sinnstiftendes Korrelatensystem zu erkennen. Erst durch diesen Kontext wird das Sinnvolle in seinem Handeln definiert, wird eine Orientierung an Veränderungspotentialen, die durch das eigene Tun realisiert werden können, ermöglicht.

Ohne Freiheit und Verantwortung ist sinnorientiertes Handeln allerdings nicht denkbar, denn erst sie ermöglichen es dem Menschen, zu prüfen und zu entscheiden, was zu tun gut und richtig ist – für ihn ebenso wie für andere. Die drei ersten Grundmotivationen versetzen den Menschen in die Lage des Könnens, Mögens und Dürfens. Seine Entscheidung wird davon abhängen, welche hinter den Optionen steckenden Botschaften beziehungsweise Fragen er erkennen kann, die zu den existenziellen Fragen seines Lebens führen.

In anderen Worten geht es – nicht nur bei „großen“ Entscheidungen – darum, das in einer Situation Gefragte zu erkennen und zu prüfen, ob die gewählte Option auch für andere Menschen Gutes bringt. Die Lebenserfüllung beziehungsweise der Sinn des Lebens erfordert mehr als die bloße Erkenntnis, nämlich deren Umsetzung, ein Handeln und Tun. Erst dadurch wird der Sinn existenziell und real (Längle 2013a, 83).

Fehlt diese Fähigkeit, in Übereinstimmung mit sich selbst sinnvoll zu handeln und dadurch zur Lebenserfüllung zu gelangen, kommt es zu Leere im Leben, Verzweiflung, existenzieller Frustration, Sucht (Längle 2013a, 86).

### **3.2.5 Altern als existentielle Herausforderung**

Wenn wir an Demenzkranke denken, so haben wir das Bild alter bis hochbetagter Menschen vor Augen. Es ist daher lohnend, sich der Frage des Alterns – unabhängig von dementiellen Erkrankungen – prinzipiell aus existenzanalytischer Sicht zu nähern. „Das Charakteristikum des Alters kann im Hinblick auf die existenziellen Belange am mehrdimensionalen Verlust von

Kompetenzen festgemacht werden. Es ist gekennzeichnet durch einen irreversiblen, fortschreitenden und nicht durch Krankheit bedingten Abbauprozess. [...] Existenziell bedeutsam am Alterungsprozess ist weiters der zunehmende *Verlust der Beziehung zur äußeren Welt* und ein verstärktes *Verwiesen-Sein auf die innere Welt*“ (Längle 2015, 29–30). Doch Alter muss nicht bloß Abbau und Verlust bedeuten, geglücktes Altern wäre durch einen Prozess der Weiterentwicklung und einer Zunahme an Erfahrung und Fertigkeiten gekennzeichnet. Denn die „Fähigkeit zur geistig-personalen Auseinandersetzung bleibt [...] bis ins hohe Alter eine Ressource und ein entscheidender Wirkfaktor“ (Luginbühl 2015, 53).

Der alternde Mensch ist mit den Grundfragen seiner Existenz, die ihn sein Leben lang begleitet haben neuerlich konfrontiert. Ob das in verstärkter oder in abgemilderter Form der Fall ist, hängt maßgeblich davon ab, ob er diese Themen in seinem bisherigen Leben wahrgenommen und beachtet, oder ob er sie geleugnet und verdrängt hat. Das Unbearbeitete droht nun vehement und unerbittlich auf ihn einzudrängen, was zur Entwicklung von Psychopathologien führen kann (Längle 2015, 30).

Luginbühl etwa weist darauf hin, wie sehr der Mensch dank seines geistig-personalen Potentials imstande ist, sich auch mit leidvollen Lebensumständen eigenverantwortlich auseinanderzusetzen, was im gelungenen Fall zur Selbstentfaltung und zur Ausbildung einer reifen Persönlichkeit beitragen kann (Luginbühl 2015, 50).

Zu den prägenden Erfahrungen und Umständen des Alterns gehört die schrittweise Einschränkung der eigenen Fähigkeiten, der körperliche Abbau und die Erkenntnis vom unweigerlichen Zuendegehen des eigenen Lebens. Diese Erfahrungen und Empfindungen können die Existenz des betagten Menschen dominieren und Angst auslösen. Krankheit, Hospitalisierung und der Verlust ihm nahestehender Menschen können Depressionen auslösen, weil sie ihm die Nähe des eigenen Sterbens, das Schrumpfen der ihm verbleibenden Lebenszeit und seiner Handlungsspielräume zu Bewusstsein bringen. All das verstärkt das Gefühl der Einsamkeit, der Sinnlosigkeit und kann zu hysterischen

Verhaltensmustern führen. Nun ist der Moment im Leben, in dem der Mensch versucht, Bilanz zu ziehen, grundsätzliche existenzielle Fragen tauchen auf: Wozu lebe ich noch? Wofür habe ich gelebt? Habe ich richtig und gut gelebt? (Längle 2015, 30–31).

Die geglückte, positive Variante des Alterns ist die persönliche Reife. Der Mensch erlebt das altersbedingte Schwinden der Kräfte und Kompetenzen nicht resignativ vor allem als Verlust, als etwas, das ihm genommen wird, sondern aktiv, als Entlastung, als etwas, das er loslässt, von dem er Abschied nimmt. Es ist ein Abschied von der Aufgeregtheit der Jugend, an deren Stelle Reflexion, gelassen Sein und Lebenserfahrung treten. Diese ermöglichen auch dem geschwächten alten Menschen am Leben teilzunehmen, sich zu engagieren und Anteil zu nehmen an der Welt (Längle 2015, 31). Damit das Altern glücken kann und nicht bloß die Reduktion des bisherigen Lebens darstellt, mehr ist, als eine Reihe von Verlusten und Einschränkungen, nämlich ein Prozess der Verdichtung von Leben und so ein Zustand der Reife erreicht werden kann, ist es notwendig, sich im Alter neu zu finden und zu sich zu kommen. „Der tiefste, persönliche Wert des Lassens und Aufgebens der äußeren Welt liegt vielleicht darin, sich die *innere Welt weiter erschließen* zu können. Darin mag der größte *Gewinn des Alters* liegen: *sich bei sich selber einrichten zu können*“ (Längle 2015, 31–32). „Existenziell betrachtet ist es nicht das Schlimmste sterben zu müssen. Viel schlimmer ist es, nicht gelebt zu haben“ (Nindl 2015, 40).

## **4 Faktoren, die das Demenzrisiko senken**

### **4.1 Die Nonnenstudie**

Die vermutlich bekannteste, jedenfalls herausragende Studie zur Entstehung beziehungsweise zum Ausbruch der Alzheimer-Demenz ist die sogenannte Nonnenstudie. Der Arzt und Epidemiologe David Snowdon führte ab dem Jahr 1986 auf der Suche nach den Mechanismen des Alterungsprozesses eine Langzeitstudie zur Erforschung des menschlichen Gehirns durch. Als „Studienobjekte“ hatte er Nonnen ausgewählt, daher der Name der Studie. Die Wahl der

Schulschwwestern von Notre-Dame in den USA als Untersuchungsgruppe war einerseits biografisch motiviert (Snowdon 2001). Vor allem aber hatte sie praktische und systematische Gründe: „Religiöse Gruppen mit ihrem gleich bleibenden und gemeinschaftlichen Tages- und Lebensverlauf bieten viele Vorteile für epidemiologische Studien. Zudem haben die Ordensschwwestern alle einen ähnlichen Lebensstil und gehen meist, wie bei diesem Schulorden, gleichen beruflichen Tätigkeiten nach“ (Schukai 2014, 102). Der gemeinsame Lebensstil, der bei Nonnen ja noch weitere Aspekte umfasst – Enthaltensamkeit etwa, geringe Einkommensunterschiede, keine materiellen Existenzängste, gleichartige medizinische Versorgung, ritualisierte Abläufe des Alltags – würde die Chance bieten, wirklich aussagekräftige Ergebnisse zustande zu bringen, weil die einzelnen biografischen Unterschiede aus dieser homogenen Anordnung besser herauszufiltern wären. Damit sollte es möglich sein, aussagekräftige Daten über krankheits- beziehungsweise gesundheitsfördernde Umstände zu gewinnen (Snowdon 2001, 24).

Snowdon ging es zunächst nur um die Qualität des Alterns. „Warum – fragt die Nonnenstudie – altern manche Schwestern in Würde, fahren fort in Lehre und häuslichem Dienst, bewahren sich ihre geistigen Fähigkeiten bis in die Achtziger und Neunziger, ja sogar bis jenseits der Hundert? Und weshalb scheinen sich andere – die ein ganz ähnliches Leben geführt haben – gänzlich abhanden zu kommen, ihre engsten Freunde und Verwandte zu vergessen und am Ende fast jede Verbindung zu ihrer Umwelt zu verlieren?“ (Snowdon 2001, 12).

Snowdon bezog insgesamt 678 Nonnen in die Langzeitstudie ein. Er erforschte ihre Biografien und Bildungsbiografien und unterzog jede der Frauen regelmäßig umfassenden gesundheitlichen Untersuchungen sowie kognitiven Testungen. Außerdem hatten alle Teilnehmerinnen zugestimmt, dass ihre Körper und vor allem ihre Gehirne nach ihrem Tod zu weiteren Forschungszwecken autopsiert werden durften (Schukai 2014, 102).

Bei seiner Suche nach Faktoren für „gutes Altern“ stieß Snowdon auf das auffällig hohe Bildungsniveau der Nonnen – 85 Prozent hatten einen Bachelor-, 45 Prozent ein Magisterstudium absolviert, was für Frauen aus ihrer Generation

einen außergewöhnlich hohen Anteil von Akademikerinnen bedeutete. Schon aus Studien aus dem 19. Jahrhundert wusste man von einer Wechselbeziehung zwischen Bildung (oder war das nur ein anderes Wort für den sozioökonomischen Status?) und Gesundheit (Snowdon 2001, 44–45).

Die Evaluierung kognitiver Fertigkeiten in der Studie war zu diesem Zeitpunkt „noch ziemlich grob“ (Snowdon 2001, 47). Bald verlagerte sich Snowdons Interesse jedoch hin zur Alzheimer-Demenz und damit, in Analogie zur Hauptfrage, zur Frage nach den Faktoren, die Schutz vor Alzheimer bieten könnten. Impulsgeber war für ihn die Auseinandersetzung mit dem Leiter der geriatrischen Forschungsstelle am Minneapolis Veterans Administration Medical Center, Jim Mortimer, und der Hypothese der „Gehirnreserve“. In diese Hypothese ist der Gedanke gefasst, dass die Entwicklung der Alzheimer-Demenz nicht ausschließlich vom physiologischen Zustand des Gehirns abhängig ist, sondern weitere Faktoren entscheidend sind (Snowdon 2001, 57–58). Das Konzept geht nämlich „davon aus, dass das Ausmaß der Beeinträchtigungen, unter dem Alzheimer-Kranke leiden, nicht allein auf den Grad der krankheitsbedingten Hirnschädigung zurückzuführen ist. Vielmehr glaubt man, dass bereits die Entwicklung des Gehirns im Mutterleib und während der Adoleszenz eine stärkere oder schwächere Struktur zur Folge hatte. Ein stärkeres Gehirn, so die Theorie, verfügt über größere Reserven bezüglich seiner Leistungsfähigkeit, sodass unter Umständen keine Symptome auftreten obwohl Alzheimer bereits beträchtliche strukturelle Schäden im Gewebe angerichtet hat. Mortimer beschrieb dieses stärkere Gehirn als eines, das effizienter funktioniert und größere Verarbeitungskapazitäten besitzt. Dies steigere seine Flexibilität oder ‚Plastizität‘. Indem es neue Verbindungen zwischen den Nervenzellen herstelle und quasi um den Alzheimer-Schaden herumkleistere, sei es auf diese Weise womöglich in der Lage, die Gewebeschäden zu kompensieren“ (Snowdon 2001, 57–58).

1990 dehnte Snowdon die Studie also auf die Erforschung der Alzheimer Demenz bei seinen Probandinnen aus (Snowdon 2001, 65–68). Am Beispiel von zunächst zwei Schwestern kam er zu verblüffenden Ergebnissen:

Schwester Maria, aus Deutschland, die 1937 in die USA gekommen und dann in den Orden eingetreten war, hatte Snowdon in ihren letzten Lebensjahren 1991 im Altersheim von Elm Grove kennengelernt. Sie war bereits stark von Alzheimer gezeichnet, bis zu ihrem Tod 1996 verlor sie nahezu alle ihre mentalen Fähigkeiten (Snowdon 2001, 76–92) Die Analyse ihrer Biografie brachte Depressionen bald nach ihrer Ankunft in Amerika zum Vorschein. Das war kein überraschendes Ergebnis: „Je nachdem, welcher Studie man Glauben schenkt, sind zwischen 15 und 40 Prozent der Alzheimer-Patienten depressiv“ (Snowdon 2001, 96). Die große Überraschung brachte allerdings die Autopsie nach Schwester Marias Tod. Sie hatte nicht das Gehirn einer Dementen, sondern die organischen Schäden an ihrem Gehirn, wie sie für Demenz typisch sind, waren nur gering – und das obwohl ihre Ergebnisse bei den laufenden kognitiven Testungen einer weit fortgeschrittenen Demenz entsprachen. Ursache war eine sich gegenseitig aufschaukelnde Wechselwirkung zwischen beginnender Demenz und Depression (Snowdon 2001, 110).

Bei einer weiteren Nonne namens Bernadette hingegen, die 85-jährig verstarb, und die bei den regelmäßigen Tests nicht die geringste Spur eines geistigen Verfalls gezeigt hatte, ergab die Untersuchung ihres Gehirns nach ihrem Tod das Bild einer ausgewachsenen Alzheimer-Demenz (Snowdon 2001, 113–114). „Trotz der zahlreichen Plaques und Tangles im Neokortex, schien sich die Funktion dieses Gehirnareals bei ihr auf unglaubliche Weise erhalten zu haben. So, als sei ihr Neokortex aus irgendeinem Grunde gegen Zerstörung gefeit“ (Snowdon 2001, 114). Ihr Gehirn war also offensichtlich in der Lage gewesen, die organischen Schäden zu kompensieren.

Die beiden Beispiele – und viele weitere, die folgen sollten – bewiesen also, dass der Ausbruch der Alzheimer-Krankheit, beziehungsweise ihrer Symptome, „nicht alleine eine Funktion von hirnganischem Abbau ist. Es geht auch um andere Faktoren“ (Heimerl 2012, 45).

Nun begann Snowdon, die Lebensläufe aller beteiligten Nonnen auf Gemeinsamkeiten und Differenzen hin zu untersuchen, um so Korrelationen von biografischen Faktoren und der Entstehung bzw. dem Ausmaß von Alzheimer-

Erkrankungen herauszufinden. Da alle Nonnen bei ihrem Eintritt in das Kloster ausführliche Lebensbeschreibungen abgeben hatten, konnte er auf umfangreiches schriftliche Material zurückgreifen (Snowdon 2001, 78–79). „So konnte ich aus den Aufzeichnungen des Ordens nicht nur Bildungsgang und Krankheitsgeschichte einer Schwester rekonstruieren, sondern auch einen Blick auf ihre Kindheit und andere frühe, Geist und Persönlichkeit prägende Einflüsse werfen“ (Snowdon 2001, 79).

Abweichend von Mortimers Konzept der „Gehirnreserve“ verwendet Snowdon für die Analyse der Autobiografien den Begriff der „Ideendichte“, also der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und -intensität der einzelnen Nonnen und kam zu der verblüffenden Erkenntnis, dass 90 Prozent der Nonnen, die mit einer manifesten Alzheimer-Erkrankung verstorben waren, eine niedrige Ideendichte aufwiesen – gegenüber 13 Prozent der Nonnen ohne Anzeichen von Alzheimer. Aus dieser signifikanten Zahl schloss er, „dass wir mit 85- bis 90-prozentiger Wahrscheinlichkeit – allein durch Auswertung der jeweiligen Autobiografie – vorhersagen konnten, wer etwa sechzig Jahre später an Alzheimer erkranken würde und wer nicht“ (Snowdon 2001, 131).

Man könnte diese Schlussfolgerung Snowdons so verstehen, als würden die frühesten Lebensjahre, in denen ja das Hirnwachstum im Wesentlichen stattfindet, allein ausschlaggebend sein für die Wahrscheinlichkeit, eines Tages an Demenz zu erkranken. Aber bliebe man bei dieser Erkenntnis stehen, hätte sie auch einen ernüchternden Teil, denn es hieße ja, dass beim Adoleszenten und erst Recht beim Hochbetagten bereits alle Entscheidungen (irreversibel?) gefallen sind. Das stimmt glücklicher Weise nicht. Es ist nie zu spät, die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zu beeinflussen, denn es ist bekannt, „dass unser Gehirn das ganze Leben lang wachsen und sich verändern kann“ (Snowdon 2001, 135). Zwar ist die Abnahme von Nervenzellen, Zellfortsätzen und -verbindungen ein ständiger körperlicher Prozess, der sich im Alter und unter bestimmten (ungünstigen) Bedingungen stark beschleunigt. Der Wiederaufbau, also das von Snowdon erwähnte Wachsen und sich Verändern des Gehirns, ist ein wesentlich schwierigerer Prozess, der (mit zunehmendem

Alter ansteigend) besondere Bedingungen braucht (Hüther 2017, 39–40). „Neuroplastische Umbauprozesse kommen auch dann nicht mehr so recht in Gang, wenn nicht mehr allzu viel Neues passiert, wenn es immer weniger gibt, für das es sich anzustrengen lohnt, wenn nur noch selten neue Herausforderungen bewältigt werden und deshalb auch die Freude am eigenen Entdecken und Gestalten nachlässt“ (Hüther 2017, 40). Das Thema Neuroplastizität behandle ich auch noch im folgenden Kapitel.

Anders gesagt: Für seine Vitalität und sein Wachstum benötigt das Gehirn Stimulation, Herausforderungen und Erfolgserlebnisse. Alles, was diese beeinträchtigt, schadet auch der Vitalität des Gehirns. Dazu zählt unter anderem das gesamte depressive Spektrum, Ängste, Probleme, Druck, denn dann ist das Gehirn unter Stress und es können sich keine Verbindungen mehr bilden (Hüther 2017, 40–41).

Etwas vereinfachend lässt sich das Gesamtergebnis der Nonnenstudie folgendermaßen zusammenfassen: Es gibt zahlreiche Faktoren, die den organischen Abbau beziehungsweise eine Schädigung des Gehirns bewirken können. Diese Schädigungen können die Ursache einer Alzheimer-Demenz sein. Aber: Das Auftreten der Alzheimer-Erkrankung steht nur in einem mittelbaren Zusammenhang mit diesen messbaren Faktoren. Nicht unmaßgeblich für den Ausbruch der Krankheit sind psychische Komponenten. Denn nicht die Schädigung des Gehirns ist letztlich ausschlaggebend, sondern die Fähigkeit oder Nicht-Fähigkeit, diese durch neuroplastische Kompensation auszugleichen, also neue Verbindungen herzustellen. Dafür scheinen psychische Faktoren entscheidend zu sein. Depressionen, das Gefühl der Leere und Sinnmangel können als Demenz fördernd, Lebensfreude, Sinnerfüllung und geistige Lebendigkeit hingegen als Demenz mindernd betrachtet werden.

„Snowdons Schlussfolgerungen unterstreichen meine These, dass die Lebensweise ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Alzheimer und Desorientierung im hohen Alter ist“ (Feil 2017, 50).

## 4.2 Neuroplastizität

Laienhaft könnte man annehmen, das Alter und vor allem das hohe Alter seien vor allem von körperlichem Verfall und vom unaufhaltsamen Abbau des Gehirns bis hin zu einer Demenzerkrankung geprägt. Tatsächlich aber ist das menschliche Gehirn bis ins hohe Alter in der Lage „neue Nervenzellkontakte herzustellen, neue Nervenfortsätze auszuwachsen und sogar neue Nervenzellen zu bilden“ (Hüther 2017, 36). So weiß man von Patienten, deren gesamte linke Großhirnrinde in Folge eines Schlaganfalls abgestorben ist, denen es aber gelingt, die verloren gegangenen Funktionen zurückzugewinnen. Verantwortlich dafür ist der gesunde Teil des Gehirns, also die rechte Großhirnrinde, die die entsprechenden Aufgaben übernimmt, indem neue Verbindungen geknüpft werden (Hüther 2017, 37).

Alzheimer-Demenz, das zeigen Forschungsergebnisse, entsteht im Bereich des Hippocampus und breitet sich von dort aus „dann entlang der zahlreichen Verbindungen mit anderen Arealen der Großhirnrinde“ (Spitzer 2012, 37) aus. Könnte also die neuroplastische Aktivität gegen die Erkrankung helfen? „Wenn sogar ein ‚halbes Gehirn‘ durch plastische, regenerative Wiederaufbauprozesse der noch verbliebenen anderen Hälfte ersetzbar war, weshalb sollte es dann nicht möglich sein, die im Gehirn von älteren Personen auftretenden Abbauprozesse durch eine Neubildung von Nervenzellverknüpfungen an anderen Stellen zu kompensieren?“ (Hüther 2017, 37).

Die Nonnenstudie und Snowdons Schlussfolgerungen deuten in genau diese Richtung. Auch er sieht einen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur Kompensation des Abbaus im Gehirn und der Lebensform beziehungsweise der psychischen Verfassung der betroffenen Person. Es ist nachvollziehbar, dass der Wiederaufbau neuronaler Verknüpfungen schwieriger ist als der Abbau. Es braucht, damit diese Fähigkeit der Neuroplastizität bis ins hohe Alter erhalten bleibt, günstige, stimulierende Rahmenbedingungen.

Die neuroplastische Aktivität kann gefördert werden, wenn die betroffene Person motiviert und neugierig ist, wenn sie sich neuen Herausforderungen

stellen kann, wenn es ihr gut geht und sie einen Sinn in ihrem Leben (und ihren Anstrengungen) erkennen kann.

## **5 Existenzanalytische Ansätze für eine Demenz-Prophylaxe**

Die vermutlich effektivste Maßnahme zur Prävention von dementiellen Erkrankungen ist die Vermeidung der oben aufgezählten Risiken. Therapeutisch ist sie also vor allem durch eine Verhaltensänderung des Patienten zu erreichen. Natürlich wird kein 30-Jähriger psychotherapeutische Unterstützung mit dem Ziel in Anspruch nehmen, sein Demenzrisiko zu senken. Er wird aber vielleicht auf Grund eines anderen Leidensdrucks, Hilfe suchen. Jedes der oben genannten Risiken bietet also eine Chance, in einen therapeutischen Dialog zu treten, eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten herzustellen und dabei, ohne dass dieses Ziel explizit vereinbart wäre, sein Demenzrisiko zu senken. Das gilt besonders für Depressionen und damit zusammenhängende Folgen wie Einsamkeit, Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch bis hin zu selbstschädigender falscher Ernährung.

Das Phänomen Demenz könnte als Symptom eines existentiellen Mangels gesehen werden: Phänomenologisch betrachtet, löst sich das Ich im Verlauf einer dementiellen Erkrankung nach und nach auf. Die Person als das authentische, das wahre Wesen des Menschen verliert zunehmend die Fähigkeit, mit der Welt in Kontakt zu treten.

Um diesen Verlust der Verbindung zwischen *Ich* und *Person* zu vermeiden, ist aus existenzanalytischer Sicht eine Stärkung der Grundmotivationen notwendig. Die vier personal-existentiellen Grundmotivationen als Fundamente der Existenz, stellen die Grundlage für die Entwicklung und Stabilisierung der Ich-Funktionen dar (Längle 2014, 19).

Wie schon erwähnt, können nicht gut integrierte bzw. unbearbeitete existentielle Grundthemen zur Entwicklung von psychischen Erkrankungen führen und, so auch die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Demenz erhöhen.

Alterungsprozesse verlaufen individuell sehr unterschiedlich. Neunzigjährige, die geistig wach, körperlich kaum eingeschränkt und lebensfroh geblieben sind, stehen im Kontrast zu Menschen, die in ihrem achten, oder oft erst siebenten Lebensjahrzehnt angekommen ausgepowert, physisch und in ihren geistigen Fähigkeiten stark beeinträchtigt und unglücklich nur mehr eine stark geminderte Lebensqualität haben – und als extreme Variante die steigende Zahl Demenzkranker.

Gibt es aber so große individuelle Unterschiede, könnte das auch bedeuten, dass Alterungsprozesse – ebenso wie das Leben selbst – gestaltbar sind. Altern spielt sich weder biologisch, noch psychologisch, noch sozial gleichförmig und ohne individuelle Einflussmöglichkeiten ab, es scheint beachtliche – oft nicht genutzte – Ressourcen und Potentiale alter Menschen zu geben. In einem Interview in der Hannoverschen Allgemeinen etwa weist Hüther, mit Bezug auf die aktuelle neurobiologische Forschung, darauf hin, dass das menschliche Gehirn lebenslang umbaufähig bleibt, weil es – sogar bis ins hohe Alter – in der Lage ist, neue Nervenzellen zu bilden (Münch 2017).

Daraus ergibt sich neben der oben angedeuteten Demenzprophylaxe bei Patienten in jungen oder mittleren Lebensjahren quasi als Nebennutzen ein zweiter therapeutischer Ansatz: die Behandlung betagter Patienten. Auch bei ihnen, kann die Bearbeitung von psychischen Störungen noch einen positiven, schützenden Einfluss auf die Kompensationsfähigkeit gegenüber einem allfälligen physiologischen Abbau des Gehirns bewirken.

Davon ausgehend, dass sich die Lebensqualität (und damit implizit, wie oben beschrieben, die Demenzprophylaxe) am Ausmaß der Verwirklichung der im Kapitel 3.2 beschriebenen vier Grundmotivationen festmachen lässt, möchte ich mich in der Folge den entsprechenden therapeutischen Zielsetzungen bei Klienten zuwenden, die mit einer oder mehreren Beeinträchtigungen – die weiter oben als Risikofaktoren ausgemacht wurden – in Behandlung kommen.

## 5.1 Das Da-Sein-Können sichern (1. Grundmotivation)

Wie bereits erwähnt, zählen auch Angststörungen zu den Risikofaktoren für Demenzerkrankungen. Aus existenzanalytischer Sicht ist die Grundangst die Folge einer nicht gut ausgestalteten ersten Grundmotivation. Dem Patienten fehlt es grundsätzlich an Halt. Hier setzt die Therapie mit einer Wahrnehmungsschulung an. Denn Wahrnehmen, also Realisieren, bedeutet Feststellen und Annehmen, etwas anzunehmen, so wie es tatsächlich ist, ist wiederum der erste Schritt beziehungsweise die Grundlage für Veränderung (Längle 2016, 163–165). Ich erinnere mich an eine Patientin im Maimonides-Zentrum, die von der Angst geplagt war, zu stürzen und sich einen Bruch zuzuziehen. Tatsächlich war Frau R. Mitte 80 und noch ziemlich rüstig. Die Angst war bei ihr so dominant, dass sie nur mit Mühe dazu zu bewegen war, ihr Zimmer auf eigenen Beinen zu verlassen. Die Pflegerinnen taten ihre Angst immer mit Bemerkungen in der Art von „Aber gehen’s, was soll denn passieren!“ ab, was bei Frau R. das Gefühl verstärkte, unverstanden und allein mit ihrer Angst zu sein. Ich versuchte, das Thema immer wieder anzusprechen und ermutigte Frau R., mir ausführlich zu beschreiben, wie ihr Stürzen passieren würde und was die Konsequenzen wären. Sie erzählte von ihrer besten Freundin, die sich, allein lebend, vor Jahren nach einem Sturz in ihrer Wohnung, erst nach Stunden von einer Nachbarin gefunden, einen komplizierten Oberschenkelhalsbruch zugezogen hatte und im Krankenhaus „jämmerlich und alleingelassen“ verstorben sei. Als ich Frau R. bei einer der folgenden Begegnungen animierte, die Unterschiede ihrer Lage zu der ihrer verstorbenen Freundin zu beschreiben – sie war körperlich in einem besseren Zustand, sie lebte nicht allein, sondern betreut im Maimonides-Zentrum, ständig von Menschen umgeben, sie wurde regelmäßig von ihren drei Kindern besucht – war sie ganz verblüfft und beinahe spontan erleichtert. Sie hatte genau hingesehen. Im weiteren Verlauf entwickelten wir eine zusätzliche Präventionsstrategie: Frau R. würde künftig einen (eleganten) Stock benutzen, den ihr Sohn für sie erworben hatte. Ihre behindernde Angst war einer (nicht unvernünftigen) Vorsicht gewichen. Sie hatte buchstäblich Halt gefunden. (Eine weiter führende Therapie hätte wohl hier ansetzen können, um mit Frau R. jene

tieferen Ängste ansprechen zu können, die hinter dieser Sturzangst lagen. Aber dafür war der Rahmen meines Praktikums nicht geeignet.)

Die objektiven Ursachen für Frau R.s Ängste waren also nicht verschwunden, aber sie hatte sie genauer angesehen, sie war in die Lage gekommen, sie einzuordnen, und sie hatte aktiv eine Strategie ergriffen, etwas dagegen zu tun. Das Hinschauen und Annehmen eröffnet Lebensraum, es ermöglicht, Ruhe und Gelassenheit zu gewinnen. Die Energie muss nicht mehr für die Abwehr gebraucht werden (Längle 2012, 67).

Auf der Suche nach dem Halt, der uns das Da-sein-Können ermöglicht, müssen wir uns psychisch-geistig durch Abstand Raum schaffen. Dieser Raum ermöglicht uns, nicht kognitiv eingeschränkt an den Problemen zu kleben, sondern sie aus der nötigen Distanz wahrnehmen, einordnen und reflektieren zu können. Es gibt zahlreiche Formen, diesen wohltuenden Abstand, die „Selbstdistanzierung“, zu erreichen. Einige Möglichkeiten sind: spazieren gehen, laufen gehen, musizieren, ins Kaffeehaus gehen, darüber schlafen, schreiben, darüber sprechen etc. Frau R. beispielsweise war das im therapeutischen Gespräch gelungen. Man kann nun am inneren Gefühl der Weite erkennen, wie viel Raum man hat, auch am freien Atem und in der Art des Umgangs mit anderen Menschen. Die unterschiedlichsten Dinge und Umstände können Halt geben: sich auf etwas verlassen können, geistige Haltungen, Struktur, Naturverbundenheit, Regelmäßigkeiten, Beruf, Kleidung, Beziehungen, zu Menschen und Tieren, Nationalität, Heimat, Kultur, Verlässlichkeit, Treue, Verbindlichkeit, Fähigkeiten, Rituale, Mut, Gesetze, ein gutes Körpergefühl (Bewegung), zu sich stehen etc. (Längle, 2012, 45–46).

## **5.2 Den Lebensbezug wieder herstellen (2. Grundmotivation)**

Für die Existenzanalyse ist die Depression – wie im Kapitel 3.2.2 bereits beschrieben – vor allem Folge der Beeinträchtigung der zweiten Grundmotivation, des Lebensbezugs, also der gefühlsmäßigen Beziehung zu dem, was ist. In der Depression gelingt diese Verbindung zum Leben nicht ausreichend,

weshalb dessen Wert nicht empfunden werden kann. Die Folge ist das Gefühl wertlos zu sein, es kommt zu einem Schwinden von Lebenslust und Interesse. Dem Patienten gelingt die Beziehung zum Leben nicht mehr, er stumpft ab, ist nicht mehr in der Lage, Wertbezüge zu erleben oder herzustellen. Dieser Rückzug vom Leben, der nicht nur für die Depression sondern letztlich auch für die Demenz symptomatisch ist, ist die Reaktion darauf, dass diese Beziehung nicht möglich ist (Längle 2016, 172–173). „Lebensfreude und Lebenslust gehen verloren, der Tod wird zur Erlösung (Suizidalität)“ (Längle 2016, 173).

In der Behandlung von Depression geht es also darum, dem Patienten dazu zu verhelfen, diesen verloren gegangenen Lebensbezug wieder herzustellen; er soll wieder in die Lage versetzt werden, das Leben zu bejahen, es zu mögen, Werte zu erleben, also Lust und Freude am Leben zu finden. „Die Aktivität, die es braucht, um Depression überwinden zu können, ist grundsätzlich Zuwendung – Zuwendung zu dem, was wir üblicherweise als wertvoll erleben wie z.B. Natur, einem Spaziergang, Ruhe, einem Menschen, dem Essen, dem Schlaf. In der Depression sind es vor allem einfache Werte, denen wir uns widmen sollen. Zuwendung soll auch zu dem sein, was uns weh tat, was wir nie hatten, was wir verloren haben“ (Längle 2004, 10–11).

Dem Faktor Zeit kommt eine wesentliche Bedeutung zu, wenn es darum geht, etwas als wertvoll empfinden zu können, denn „sich Zeit zu nehmen, enthält schon im Keim die Zuwendung“ (Längle 2016, 108), Zeit bietet einen Ort und Raum für die Entfaltung von Gefühlen und Beziehungen. Ein erfülltes Leben ist nicht möglich, wenn man nicht in der Lage ist, die eigene Lebenszeit bewusst einzusetzen (Längle 2016, 108). Hektik verhindert das. „Was ich immer nur schnell erledige, wird selten ein Mögen. Es braucht Zeit und Zuwendung, damit Gefühle aufkommen können, Zeit für die Hinwendung“ (Längle 2013b, 15–16). Der Patient soll also verstehen und lernen, dass er Zeit hat beziehungsweise sich Zeit nehmen kann. Das ist nicht selbstverständlich in einer Gesellschaft, die so stark von Beschleunigung bestimmt ist, von der Durchtaktung des Lebens, von ständiger Verfügbarkeit. Schon Viktor Frankl stellte in einer Zeit, die aus heutiger Sicht noch wesentlich „langsamer“ war, fest: „Ich halte das

beschleunigte Tempo des Lebens von heute für einen wenn auch vergeblichen Selbstheilungsversuch der existentiellen Frustration; denn je weniger der Mensch um ein Lebensziel weiß – nur desto mehr beschleunigt er auf seinem Lebensweg das Tempo“ (Frankl 1991, 77). Aber all das steht dem echten Erleben im Weg. „Zum ‚Erlebnis‘ wird eine Reise, eine Musik, ein Gespräch dann, wenn man sich dem Inhalt hingeben kann, ohne ständig auf die Uhr schauen zu müssen. Das Erleben ist aber nicht nur zur persönlichen Bereicherung und ‚Durchpulsung‘ des Daseins wichtig, sondern stellt auch eine Basis dar für den echten, personalen Dialog“ (Längle 2011, 73).

Depressionen haben einen schmerzhaften Kern als Ausgangspunkt. Gemeinsam mit dem Patienten muss ich, wenn Beziehung, Zeit und Nähe wieder hergestellt sind, den Blick auf dieses Leid richten. Wie beim Thema der Angst (s.o.) ist es unumgänglich, sich diesem Schmerz zuzuwenden, ihn anzusehen. Erst dadurch wird der Prozess der Trauer möglich. Trauer ist im Gegensatz zur Depression ein aktiver und gesunder Verarbeitungsprozess. „Ohne Trauer bleibt das ‚Abgeschnitten-Sein‘ vom Leben bestehen, und es bleibt das Leid, die Lebens-Schwere, der Energieverlust. Es wird beziehungslos, leblos, es kann wie tot werden in einem“ (Längle 2013b, 31). Ein gelungener Trauerprozesses, also die Verarbeitung der Ursachen der Depression, bietet die Voraussetzung für eine deutlich fühlbare positive Einstellung zum Leben (Längle 2013b, 31).

Die Stärkung der zweiten Grundmotivation könnte also ein therapeutischer Ansatz zur Senkung des Alzheimer-Demenz-Risikos sein.

### **5.3 Den Selbstbezug stärken (3. Grundmotivation)**

Einsamkeit und Gefühle von Leere sind häufig auch Folgen einer beeinträchtigten dritten Grundmotivation. Patienten, die auf Distanz gehen, die sich die Begegnung oder Konfrontation mit anderen nicht zutrauen, leiden, existenzanalytisch betrachtet unter einem mangelnden Selbstbezug. Für sie ist die Frage: „Ich bin ich – darf ich so sein?“ nicht beantwortet. Ihnen fehlt das

Selbstwertgefühl, das Gefühl der eigenen Mitte, auch die Fähigkeit, Recht von Unrecht zu unterscheiden ist mangelhaft ausgebildet (Längle 2008, 46–52).

Die therapeutische Herausforderung liegt hier – wie bereits im Kapitel 3.2.3 dargelegt – darin, dem Patienten Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung zu vermitteln. Ziel ist es, dass es ihm (wieder) gelingt, gut mit sich allein sein zu können, sich zu mögen, seine Lebensgeschichte anzunehmen. Eine Möglichkeit dafür bietet die Biografiearbeit, also die (angeleitete) Selbstreflexion des eigenen Lebens. Inwieweit ist die Biografie abgerundet, gelingt es, Unverarbeitetes zu integrieren, eine Beziehung zur eigenen Vergangenheit herzustellen? Auch hier ist Trauerarbeit hilfreich. Naomi Feil vermutet, der „Versuch, unerledigte Lebensaufgaben zu lösen, ist einer der Hauptursachen für das bizarre Verhalten mangelhaft orientierter und desorientierter alter Menschen“ (Feil 2017, 24).

„Fehlten dem Ich zur Ausbildung seiner Funktionen ausreichend (gute) Begegnung mit anderen Personen, dann stellen Therapie, Beratung und Coachings eine wichtige Möglichkeit dar, das Ausstehende nachzuholen“ (Längle 2014, 22). Der Klient soll zu einem besseren inneren Dialog gelangen und eine gute Beziehung zu sich selbst herstellen können. Dazu ist es notwendig, ihm in der Therapie Beziehungsangebote zu machen. Diese Selbstreflexion ist ein Angelpunkt existenzanalytischer Psychotherapie und Grundlage eines guten Selbstwertgefühls. „Entwicklungsgeschichtlich bedarf es des Aufbaus der Ich-Strukturen, des Ansehens, Ernstnehmens und Wertschätzens, damit der einzelne selbst einen erweiterten und besseren Zugang zur Person hat“ (Längle 2014, 25).

„Wir brauchen den inneren Austausch mit uns selbst, um gut alleine sein zu können. Psychopathologie entsteht dann, wenn die Person innerlich verstummt oder sich selbst zum Gegner wird und in ein feindliches Reden mit sich kommt. Innerer, offener Dialog ist jedoch basaler Wirkfaktor der Existenzanalyse“ (Steinert 2014, 47).

Mithilfe des inneren Gesprächs wird auch der Zugang zum Gewissen – dem Gespür für richtig oder falsch – wieder ermöglicht. Das Handeln nach dieser Stimme hat eine personale Entscheidung zur Folge und steht im Gegensatz zu einem Handeln nach dem Über-Ich, das von außen kommt und anerzogen ist. Das Über-Ich kann bedrohlich, einschränkend, angstmachend sein, während das Gewissen es stets gut mit mir meint: „Das tiefste Gespür der Stimmigkeit ist das Gewissen“ (Steinert 2014).

Das innere Gespräch macht mich also mir selbst gegenüber präsent. Ich bin mir innere Gesellschaft, was einen guten Wirkfaktor gegen Einsamkeit bietet.

#### **5.4 Einen Lebenssinn finden (4. Grundmotivation)**

Die gut ausgebildete vierte Grundmotivation sichert gewissermaßen die Vollendung des geglückten Lebens. Das existentielle Vakuum (Frankl 1991, 32), das Gefühl der Sinnlosigkeit und der Orientierungslosigkeit – alles Zeichen einer brüchigen vierten Grundmotivation – sind charakteristisch für depressive Klienten, auch für Klienten mit Suchterkrankungen, bei Einsamen und Antriebslosen, auch (negativer) Stress hat sehr viel mit Sinnleere zu tun. Damit wären grob noch einmal jene Faktoren aufgezählt, die das Risiko, an Demenz zu erkranken, relevant erhöhen.

Existenzanalytisch betrachtet ist etwa Sucht ein „Kompensationsversuch eines Mangels an existentieller Erfüllung“ (Längle 1997, 150). Beschrieben werden „[ein] unsicherer Grundwert (Gefühle der Leere und Spannung), [ein] geringer Selbstwert (Freiheitsverlust und Selbstverleugnung), [ein] Wertemangel, Sinnverlust, die zuständige Seite des Lebens, der Wille zur Lust wird überbetont, [eine] Beeinträchtigung der noetischen Ebene, [eine] Kompromißbildung zwischen Wunsch und Abwehr (suchen und fliehen)“ (Guth 1997, 69).

„In den leichten Formen von Abhängigkeit, die praktisch jeder Mensch dann und wann erlebt, sind bereits die Charakteristika enthalten, die sich in den schweren, krankhaften Abhängigkeitsentwicklungen wieder finden, wie z.B. der Mangel an emotional erfüllendem Erleben, von authentischem Gespür für sich

selbst, von Fähigkeiten im Umgang mit Leid und Problemen, einer regressiven Erwartungshaltung mit Wunschmotiven und einem Defizit an Sinn“ (Längle / Probst 1997, 7).

Das Ziel existenzanalytischer Intervention muss es daher sein, die Sinnlosigkeitsgefühle zu überwinden und Sinnfindungsprozesse (wieder) in Gang zu setzen. Wenn es gelingt, in einer Therapie die Themen der ersten drei Grundmotivationen gut zu stärken, dem Klienten dazu zu verhelfen, dass er gut da sein kann (1. GM), dass er sich und das Leben mögen (2. GM) und dass er sich selbst darin finden kann (3. GM) – und das ist für viele Klienten bereits ein großer Zugewinn an Lebensqualität – dann fehlt immer noch das Erkennen, worum es in seinem Leben gehen soll, was sein Beitrag dazu sein kann (4. GM).

Selbst in meiner nicht sehr langjährigen Erfahrung als Therapeutin (in Ausbildung unter Supervision) bin ich schon häufig im Dialog mit Klienten mit der Sinnfrage konfrontiert gewesen. Sei es bei der gemeinsamen Suche nach Positivem, Lebenswertem im Leben des Klienten, sei es bei der Frage, ob sich eine Mühe zur Veränderung, zur Arbeit an sich selbst denn überhaupt lohne – immer wieder taucht in Therapien, die Frage nach dem „Wozu das alles“ auf.

In der Therapie geht es darum, den Patienten dabei zu unterstützen, dass er diesen seinen eigenen Sinn selbst herausfinden und aktiv umsetzen kann.

„Worauf es der Existenzanalyse im allgemeinen ankommt, ist sonach, den Menschen seine Verantwortlichkeit für die Erfüllung je seiner Aufgaben erleben zu lassen; je mehr er den Aufgabencharakter des Lebens erfaßt, um so sinnvoller wird ihm sein Leben erscheinen“ (Frankl 2011, 105).

Dieses konkrete Tun und Werden benötigt einen Bereich, der einen interessiert, wo man sich gerne einbringt und etwas bewirken kann (Ehrenamt, berufliches oder familiäres Umfeld etc.) und wo man sich als gebraucht erlebt und daher Verantwortung empfindet (Längle 2016, 120). „Im Dienst an einer Sache oder in der Liebe zu einer Person erfüllt der Mensch sich selbst. Je mehr er aufgeht in seiner Aufgabe, je mehr er hingegeben ist an seinen Partner, um so mehr ist er

Mensch, um so mehr wird er er selbst. Sich selbst verwirklichen kann er also eigentlich nur in dem Maße, in dem er sich selbst vergißt, in dem er sich selbst übersieht“ (Frankl 1991, 18).

Einem Klienten, der etwa mit einer Depression, mit einer Soziophobie, mit einer Suchterkrankung oder einer sonstigen Beeinträchtigung zu mir kommt, kann ich natürlich nicht einfach den Rat geben, sich in seinem Umfeld oder karitativ einzubringen und so einen Sinn im Leben zu finden. Genau das kann er in seiner Situation aufgrund von Defiziten in einer oder mehreren der ersten drei Grundmotivationen nicht. Die Hoffnung ist, dass er durch die Stärkung der Grundmotivationen in einer Nahaufnahme seines Lebens einzelne, noch so kleine Sinnangebote entdecken kann. Wir könnten den Sinngehalt dieser einzelnen (kleinen) Aufgaben gemeinsam herausarbeiten und so könnte es dem Klienten an diesen Beispielen gelingen, Gefordertes oder Angebotenes in Übereinstimmung mit sich selbst zu bringen.

„Es gibt keine Lebenssituation, die wirklich sinnlos wäre. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die scheinbar negativen Seiten der menschlichen Existenz [...] auch in etwas Positives, in eine Leistung gestaltet werden können, wenn ihnen nur mit der rechten Haltung und Einstellung begegnet wird“ (Frankl 1991, 32). Diese einzelnen, kleinen Aufgaben können sich zu einem größeren System vernetzen, wenn es dem Klienten gelingt, sich in strukturgebenden Zusammenhängen (z.B. Familie, Arbeitsplatz, Natur, Weltanschauung, Ideale, Glaube) zu finden und aus der reinen Selbstbezogenheit hinauszufinden (vgl. Längle 2016, 120).

Die therapeutische Arbeit an einem sinnerfüllten Leben, an der gelungenen vierten Grundmotivation, sind die adäquate Antwort auf die oben genannten Risikofaktoren für Demenzerkrankungen. Es geht um die Arbeit an den Einstellungswerten und Haltungen des Klienten: Der Sinn kann auch darin gefunden werden, aus der jeweiligen Situation das Beste für mich oder andere zu machen, also aktiv und gestaltend mit meinem Leben und seinen

Gegebenheiten umzugehen.

Ich begleite seit vielen Jahren eine Klientin, Frau E., die mittlerweile 89 Jahre alt ist, und deren Beispiel anschaulich zeigt, wie lebenswert das Leben sein kann, wenn es an einem existentiellen Sinn orientiert ist. Noch bevor ich mich mit Frankls Schriften auseinandergesetzt habe, hat mir Frau E.s Leben und ihre Einstellung das Konzept des „Trotzdem ja zum Leben sagen“ vor Augen geführt. Frau E., deren Mutter verstarb, als sie noch nicht einmal ein Jahr alt war, wuchs teilweise in Kinderheimen auf. Als „Mischling“ war sie in der Nazizeit Verfolgung und Einschränkungen ausgesetzt und rechnete, wie sie mir erzählt hat, immer damit, bei einem der nächsten Transporte (ins KZ) „dranzukommen“. Ein Teil ihrer Familie überlebte die Nazizeit nicht, ein Teil ging ins Exil. Ihr Leben nach der Befreiung verlief in geordneten Bahnen, sie heiratete, sie bekam drei Kinder, hat inzwischen neun Enkelkinder und zwei Urenkel. In ihrer Jugend und auch im späteren Leben hat Frau E. eine ganze Reihe von schweren Erkrankungen überstanden. Auch eine Brustkrebserkrankung in den siebziger Jahren meisterte sie, aber vor rund zehn Jahren wurde neuerlich eine Krebserkrankung bei ihr diagnostiziert und seit damals ist die hochbetagte Dame regelmäßig in chemotherapeutischer Behandlung. Ihr Ehemann, der in Folge einer Parkinson-Erkrankung zum Pflegefall geworden war, verstarb vor zwei Jahren. Er war selbständig tätig und Frau E. verbrachte einen großen Teil ihres Lebens mit wirtschaftlichen Existenzängsten. Diese Biografie und diese Krankengeschichte würde auf eine gebrochene, vielleicht sogar verbitterte Person schließen lassen. Das Gegenteil ist der Fall, und der Grund dafür ist, *wie* Frau E. ihr Leben lebt und *wofür*.

Frau E., die aufgrund der Nazigesetze keinen Schulabschluss hat, hat ihr ganzes Leben mit Wissenserwerb, mit Kultur und Bildung und mit sozialem Engagement verbracht. Sie liest viel – Klassiker ebenso wie Gegenwartsliteratur – sie ist eine geradezu fanatische Opern- und Theaterliebhaberin, bis vor wenigen Jahren ging sie noch auf Stehplatz. Aber Frau E. reichte es nicht, Konsumentin von Kunst und Kultur zu sein, ihr Anliegen war immer, diesen Schatz weiterzugeben. Dabei beschränkte sie sich nicht darauf, ihre Kinder zu

betreuen, sie ist bis heute eine wesentliche Stütze und Orientierung für ihre Enkelkinder, für die sie auch heute noch regelmäßig kocht. Frau E. ist in ihrer Kirchengemeinde (evangelisch reformiert) und politisch aktiv (neuerdings bei den „Omas gegen rechts“), und sie hat über all die Jahre immer zwei bis drei Migrantenkinder betreut, denen sie nicht nur (unentgeltlich) Nachhilfe gibt, sondern für die sie auch nach wie vor den Dialog mit den Eltern und den Lehrern pflegt. Auch wenn Frau E. angesichts ihres Alters und ihrer chronischen Erkrankung immer müder wird, so ist sie doch nach wie vor emsig und aktiv. Kein Wunder, sie weiß, wofür sie (sicherlich nicht ohne Mühe) in der Früh aufsteht, sie hat einen Platz im Leben, sie hat konkrete Tätigkeitsfelder, sie hat einen Sinn gefunden. Ein kleines Detail am Rande: Frau E. und ihr Mann, die natürlich mit den Jahren ein wenig vergesslich geworden waren, artikulierten ihren Kindern gegenüber immer wieder die wechselseitige Sorge, der andere leide an einer beginnenden Demenz. Neurologische Untersuchungen zeigten, dass das nicht der Fall ist. Bis heute spielt Frau E. regelmäßig mit ihren Kindern Scrabble, gewiss ein gutes Instrument, um die Neuroplastizität zu trainieren. Auch Snowdons Nonnenstudie weist deutlich auf die Sinnfrage hin. Snowdon war aufgefallen, dass Nonnen ein substantiell niedrigeres Demenz-Risiko aufweisen als andere Bevölkerungsgruppen. Eine der biografischen Gemeinsamkeiten der Nonnen ist zweifellos die Sinnorientierung. In anderen Worten legt auch die Nonnenstudie den Schluss nahe, dass ein sinnerfülltes Leben, wie es die Existenzanalyse anstrebt und mit der vierten Grundmotivation verwirklicht sieht, einen Schutz gegen Demenzerkrankungen darstellt (Snowdon 2001).

### **5.5 Das existenzanalytische Prozessmodell (PEA)**

Die Personale Existenzanalyse (PEA) ist eine existenzanalytische Methode, bei der das Erleben des Menschen im Mittelpunkt steht. Dem Klienten wird analog zu den Inhalten der vier Grundmotivationen zur Wahrnehmung der konkreten Realität, zu einem vertieften Verstehen der eigenen Gefühle, zu einer personalen Stellungnahme und zu einem konkreten Handeln, das seinem

Wesen entspricht, verholten. Die dadurch angeleitete Interaktion mit sich und der Welt soll es ihm ermöglichen, die Ursachen seiner psychodynamischen, nicht authentischen Schutzreaktionen zu verstehen und ihm gleichzeitig dazu verhelfen, das eigene, ursprüngliche, unverstellte Wesen – das als Potential in jedem Menschen schlummert – zur Blüte zu bringen (Längle 2016, 124–126).

Das menschliche Gehirn verändert sich lebenslang, allein durch seine Aktivität. „Wahrnehmen, Denken, Erleben, Fühlen und Handeln – all dies hinterlässt sogenannte Gedächtnisspuren“ (Spitzer 2012, 14–15). Existieren bedeutet eine ständige Konfrontation mit Situationen. Der Mensch muss auf diese Situationen reagieren, indem er das Erlebte und Erfahrene laufend verarbeitet, was in der Regel nicht bewusst geschieht. Wird diese Verarbeitung – aus welchen Gründen auch immer – behindert, kann er sich das Erlebte nicht mehr aneignen beziehungsweise es integrieren. Damit geht der Kontakt zum Sich-selbst-Sein als Person verloren. „Wir müssen versuchen, die verlorengegangene Einheit von Denken, Fühlen und Handeln, von Rationalität und Emotionalität, von Geist, Seele und Körper wiederzufinden. Sonst laufen wir Gefahr, uns selbst zu verlieren“ (Hüther 2010, 77). Demenz ist ja gleichbedeutend mit dem Verlust der Ich-Funktionen und schlussendlich des Ichs. Hier setzt die PEA an und versucht, den Verarbeitungsprozess in methodische Schritte zu zerlegen und personale Ressourcen zu mobilisieren. „Mithilfe der PEA soll nun die Person von außen erreicht bzw. für sich selbst von innen her zugänglich werden“ (Längle 2008, 59).

„Wenn wir von Person sprechen, meinen wir das *Echte* im Menschen, das Tiefe, Authentische, das Eigentliche, das wahre Selbst. Nicht die Maske ist gemeint (Wurmser 1993), nicht die Rolle, nicht die Funktion, nicht das Gespielte, nicht das Oberflächliche, nicht das Verführerische oder Manipulative, sondern das Ursprüngliche, das unmittelbare, unprätentiöse Angesprochen-Sein in der Tiefe, im Herzen, in der Intimität. Dieser Tiefe sprechen wir auch eine heilende Kraft zu – denn wer so im Einklang mit sich selber in seinem Grunde ist, der ist ganz (d.h. ‚heil‘), ganzheitlich, und regt im anderen Menschen dasselbe spiegel-

bildlich an. Sie ins Gespräch einzubringen und sie in den Klienten zu wecken ist daher von großer therapeutischer Relevanz“ (Längle 2014, 17).

Wenn eine, zwei oder alle drei aufeinander aufbauenden Grundfähigkeiten personaler Begegnung – Eindruck, Stellungnahme und Ausdruck – beeinträchtigt sind, so hat das zur Folge, dass das Erleben, wie erwähnt, nicht verarbeitet und integriert werden kann. Die Reaktion auf das Erlebte wird daher häufig weder für Außenstehende noch für den Betroffenen selbst nachvollziehbar sein, denn sie wird von Schutzmechanismen angetrieben sein, die im Verborgenen liegen. Diese Copingreaktionen laufen unbewusst ab und hindern den betroffenen Menschen daran, sein wahres Wesen zu zeigen, sich selbst gerecht zu werden. Die PEA setzt hier an und analysiert die unbewusst wirkenden psychodynamischen Prozesse, um es dem Klienten zu ermöglichen, zu einem grundsätzlichen Wandel seiner Haltungen und Einstellungen zu gelangen. „Bei stärkeren Fixierungen findet sich regelmäßig eine Kette von fehlenden Stellungnahmen zu früheren Erlebnissen, die deshalb eine – zwar in der Geschichte wurzelnde, aber noch immer bewegende – Aktualität beibehalten haben. In solchen Fällen kann die PEA auf biographische Inhalte angewandt werden“ (Längle 2000, 15).

Wie Manfred Spitzer beschreibt, ist die Verarbeitung und Interpretation von Wahrnehmung ein aktiver Prozess im Gehirn. Eindrücke werden aufgrund bisheriger Erfahrung nach ihrem Gehalt gefiltert, nach Nützlichkeit oder Schädlichkeit und danach, welche Reaktion sie erfordern. Das bedeutet, dass das, was wir registrieren nicht immer in derselben Intensität und Tiefe verarbeitet wird. Das kann ganz oberflächlich und vorübergehend geschehen, ohne besondere Synapsenaktivierung im Gehirn, oder ein tieferer Verarbeitungsprozess sein. Je größer die Intensität der Verarbeitung ist, umso mehr Dimensionen des Wahrgenommenen treten auf und umso mehr Gehirnareale sind involviert. Der entsprechend aufwändige Lern- und Speicherprozess ist nur durch die Veränderung einer großen Zahl von Synapsen möglich: „Je oberflächlicher ich einen Sachverhalt behandle, desto

weniger Synapsen werden im Gehirn aktiviert, mit der Folge, dass weniger gelernt wird“ (Spitzer 2012, 69–70).

Die Förderung der personalen Auseinandersetzung mit Situationen mittels der PEA stellt also meiner Meinung nach ein gutes Training für das Gehirn dar und fördert die Neuroplastizität, da personales Handeln viel fordernder für das Gehirn ist als psychodynamisches, bloßes Reagieren.

Wie weiter oben beschrieben, ist die Neuroplastizität, also gewissermaßen die Mobilisierbarkeit der Gehirns substanz, maßgeblich für die Qualität des Alterns verantwortlich. Snowdons Nonnenstudie beweist ja, dass es weniger der physiologische Abbauprozess im Gehirn ist, der für die Demenz-Erkrankung verantwortlich ist, als die mehr oder weniger vorhandene Kompensationsfähigkeit.

## 6 Zusammenfassung

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Frage, ob Demenzerkrankungen schicksalhaft, also unausweichlich sind, oder ob der Einzelne Einfluss auf sein Demenzrisiko nehmen kann und ob es also eine Möglichkeit der Demenzprophylaxe gibt. Dazu wurden jene Faktoren untersucht, die das Risiko, an Demenz zu erkranken, signifikant erhöhen. Alle diese Faktoren – Depressionen, Einsamkeit, falsche Ernährung, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, Bewegungsmangel, Stress – wurden als Ausdruck eines existentiellen Mangels herausgearbeitet. Weiters wurde dargestellt, dass Demenzerkrankungen nicht ausschließlich auf physiologische Schädigungen des Gehirns zurückzuführen sind, sondern dass die Frage der Kompensationsfähigkeit bzw. der Neuroplastizität ausschlaggebend ist. Demenzprophylaxe, so die Folgerung, bestünde also einerseits in der psychotherapeutischen Bearbeitung der genannten Risikofaktoren und andererseits in der Erhaltung der Lern- und Verknüpfungsfähigkeit des Gehirns bis ins hohe Alter.

Mit Hilfe des existenzanalytischen Konzepts der vier Grundmotivationen und des existenzanalytischen Prozessmodells konnte dargestellt werden, bei welchen Defiziten, auf welchen Wegen und mit welchen Zielen Therapien zu den genannten Erkrankungen eingesetzt werden könnten.

Die beschriebenen Risiken stellen natürlich nur statistische Größen dar. Sie können, wie bei anderen Erkrankungen auch, keine Aussage über das einzelne Schicksal treffen. Aber sie geben eine allgemeine Orientierung. Das gilt auch für das Ergebnis meiner Arbeit, das ich vorsichtig so formulieren würde: Ein sinnerfülltes Leben, in dem also die vier Grundmotivationen gesichert sind, bietet eine große Chance, das eigene Demenzrisiko deutlich zu senken.

## 7 Literaturverzeichnis

Biberich Roman (2015): Existenzanalytische Grundlagen und ihr potenzieller Beitrag zur Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: ders. / Andrea Kunert / Birgit Adenbeck / Raimund Steinbacher (Hrsg.): Existenzanalytische Psychotherapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte. Wien: GLE, 73–100

Blatakes, Saskia (2018, 3./4. Februar): „Jeder Mensch hat das Recht auf Unvernunft“. Der Gerontopsychologe Gerald Gatterer erklärt im Interview wie man im Alter geistig fit bleibt – und warum eine Demenz auch Auswirkungen auf das Sexualleben hat. In: Wiener Zeitung extra, 36–37

Cataldo, Janine K. / Prochaska, Judith J. / Glantz, Stanton A. (2010): Cigarette Smoking is a Risk Factor for Alzheimer's Disease: An Analysis Controlling for Tobacco Industry Affiliation. In: Journal of Alzheimer's Disease, 19/2, 465–480

Dilling, H. / Freyberger H.J. (2011): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 5. Auflage, Bern: Hogrefe

Feil, Naomi / Vicki de Klerk-Rubin (2017): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 11. Auflage, München: Reinhardt

Frankl, Viktor E. (1991): Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. 5. Auflage. Wien: Herder

Frankl, Viktor E. (2011): Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. 3. Auflage. München: dtv

Förstl, Hans / Kleinschmidt, Carola (2009): Das Anti-Alzheimer-Buch. Ängste, Fakten, Präventionsmöglichkeiten. München: Kösel

Gatterer, Gerald / Croy, Antonia (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien: Springer

Gatterer, Gerald (2007): Zur zweiten Auflage. In: ders. (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2. Auflage, Wien: Springer

Guth, Elisabeth (1997): Der suchtkranke (abhängige) Mensch aus der Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Längle, Alfred / Probst, Christian (Hrsg.): Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 63–70

Heimerl, Katharina (2012): Menschen mit Demenz haben uns etwas Wichtiges zu lehren. In: Gröning, Katharina / Heimerl, Katharina (Hrsg.): Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang. Wien: Picus, 41–61

Hüther, Gerald (2010): Onto-Genese der Humanität. Neurobiologische Einsichten in die Bildung zum Menschen. In: Rösen, Jörn (Hrsg.): Perspektiven der Humanität. Menschen im Diskurs der Disziplinen. Bielefeld: transcript, 59–91

Hüther, Gerald (2017): Raus aus der Demenz Falle! Wie es gelingen kann, die Selbstheilungskräfte des Gehirns rechtzeitig zu aktivieren. München: Arkana

Kolbe, Christoph (2014): Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. In: Existenzanalyse 31/2, 32–40

Kriz, Jürgen (2007): Logotherapie und Existenzanalyse. In: ders.: Grundkonzepte der Psychotherapie. 6. Auflage, Weinheim: Beltz, 195–202

Längle, Alfried (1997): Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle, Alfried / Probst, Christian (Hrsg.): Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 149–170

Längle, Alfried (2000): Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: ders. (Hrsg.): Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9–37

Längle, Alfried (2004): Existenzanalyse der Depression. Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge. In: Existenzanalyse 21/2, 4–17

Längle, Alfried (2008): Existenzanalyse als Menschenbild – Verständnis und Zugang zum Menschsein. In: Längle, Alfried / Holzhey-Kunz, Alice: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Längle, Alfried (2011): Erfüllte Existenz. Entwicklung, Anwendung und Konzepte der Existenzanalyse. Wien: Facultas

Längle, Alfried (2012): Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie). Die Grundbedingungen der Existenz: Sein-Können in der Welt oder Die 1. Grundmotivation. 6. Auflage. Wien: GLE

Längle, Alfried (2013a): Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: Facultas

Längle, Alfried (2013b): Lehrbuch zur Existenzanalyse (Logotherapie). Zweite Grundmotivation. Der Lebensbezug. Wien: GLE

Längle, Alfried (2014): Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. In: Existenzanalyse 31/2, 16–26

Längle, Alfried (2015): Was bringt das Alter? Leiden und Reifen als existentielle Herausforderung. In: Existenzanalyse 32/1, 29–32

Längle, Alfried (2016): Existenzanalyse. Existenzielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas

Längle, Alfried / Probst, Christian (1997): Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas

Ludwigkeit, Astrid (2014): Ressourcen orientierte Pflege- und Betreuung dement betroffener Menschen. In: Existenzanalyse 31/2, 110–112

Luginbühl, Erika (2015): Die Behandlung älterer Menschen: Ein Erfahrungsbericht. In: Existenzanalyse 32/1, 48-53

Mosetter, Kurt / Cavellius, Anna (2016): Zuckerkrankheit Alzheimer. Warum Zucker dement macht und was gegen das Vergessen hilft. München: Riemann

Nindl, Anton (2015): Endlich leben. Vom Zauber des Anfangens und der Kunst des Lassens. In: Existenzanalyse 32/1, 39-43

Oberhauser, Sabine (2014). Vorwort Bundesministerium für Gesundheit. In: Höfler, Sabine / Bengough, Theresa / Winkler, Petra / Griebler, Robert (Hrsg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium

Oswald, Wolf D. (2011): Training gegen Alzheimer. Freiburg im Breisgau: Kreuz

Schukai, Thomas (2014): Gesundheit und Alter – Perspektiven aus der Salutogenese. In: Existenzanalyse 31/2, 100–105

Snowdon, David (2001): Lieber alt und gesund. Dem Altern seinen Schrecken nehmen. München: Karl Blessing

Spitzer, Manfred (2012): Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer

Spitzer, Manfred (2018, 15. März): Gesundheitsrisiko Einsamkeit. In: Radiodoktor – Medizin und Gesundheit. Ö1, 16:05

Steinert, Karin (2014): (Wie) sprichst du mit dir? Anleitung zum Inneren Dialog. In: Existenzanalyse 31/2, 46–49

#### Internetquellen:

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016, 12. Februar): Framingham-Studie: Bildung schützt vor Demenz. In: aerzteblatt.de. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65708/Framingham-Studie-Bildung-schuetzt-vor-Demenz.%20Und%20S.Alladi> (13.8.2018)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018, 14. Februar): So kommt es zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Verfügbar

unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/herz-kreislauf/erkrankungen/ursachen>

derStandard.at (2016) Alkohol & Demenz Alkohol: Regelmäßiges Trinken erhöht Demenz-Risiko enorm. (2018, 25. Februar). Verfügbar unter: <https://derstandard.at/2000074661422/Alkohol-Regelmaessiges-Trinken-erhoeht-Demenz-Risiko-enorm> (8.7.2018)

Eschweiler, Gerhard W. (2014): Nachlese zum Vortrag Depression und Demenz – genau hinsehen lohnt sich. In: Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. Verfügbar unter: [https://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW\\_Medien/Dokumente/Nachlesen/2014/140312-Depression-und-Demenz-Eschweiler.pdf](https://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2014/140312-Depression-und-Demenz-Eschweiler.pdf) (13.8.2018)

Freter, Hans-Jürgen (2014, 23. Juni): Die Zahl der Demenzkranken steigt jährlich um 40.000. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/die-zahl-der-demenzkranken-steigt-jaehrlich-um-40000.html> (13.8.2018)

Lips, Mario (2016, 22. September): Nikotin als Wirkstoff gegen Parkinson und Alzheimer? In: welt.de. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/gesundheit/article158305047/Nikotin-als-Wirkstoff-gegen-Parkinson-und-Alzheimer.html> (13.8.2018)

Marksteiner, Josef (2017, 24. April): Vereinsamung und Demenz hängen zusammen. In: diepresse.com. Verfügbar unter: <https://diepresse.com/home/leben/gesundheit/5206098/Vereinsamung-und-Demenz-haengen-zusammen> (7.8.2018)

Münch, Theresa (2017, 29. September): Demenz und Gesellschaft. Neue Bausteine gegen die Demenz. In: haz.de. Verfügbar unter: <http://www.haz.de/Sonntag/Top-Thema/Neue-Bausteine-gegen-die-Demenz> (21.9.2018)

Sieminski, Mariusz (2007, 20. Juni): Alkohol macht vorzeitig dement. In: Scinexx.de. Das Wissensmagazin. Verfügbar unter: <http://www.scinexx.de/wissen-aktuell-6685-2007-06-20.html> (13.8.2018)

Statistik Austria (2018, 9. Juli): Täglich Rauchende im langfristigen Zeitvergleich. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#index1](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#index1)

Wallner, Peter (2011, 18. Jänner): Demenzrisiko wird durch Rauchen erhöht. In: Ärzte Zeitung. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/636149/demenzrisiko-durch-rauchen-erhoeht.html> (13.8.2018)