

Asmus Finzen

Die „Pseudodemenz“ – ein diagnostischer Bastard.

Ausschluss durch Predemtec-Bluttest.

Die „Pseudodemenz“ geistert seit 1880 durch die deutsche Psychiatrie. Sie war als Diagnose von Anfang an umstritten, zumal sie zunächst schweren ans „hysterischen“ Zuständen wie im Ganser-Syndrom vorbehalten war. Heute steht sie vor allem für die falsche Einschätzung von Gedächtnisstörungen und kognitiven Defiziten bei depressiven Grundkrankheiten und unklaren anderen psychischen Störungen, ohne dass eine Demenzerkrankung vorliegt. Leider wird bei älteren Menschen relativ häufig fälschlich eine Demenz angenommen – mit der Konsequenz, dass die Grundkrankheit nicht behandelt wird und die Kranken als „Demente“ in Kliniken und Heime eingewiesen werden. Dass der Begriff der „Pseudodemenz“ sich hat halten können, verweist auf eklatante Mängel in der ärztlichen Wahrnehmung von Demenzerkrankungen und in der Demenzdiagnostik.

Die Diagnose „Pseudodemenz“ kommt in den internationalen Klassifikationssystemen nicht vor (ICD 10 und DSM 5). Wenn man so will, kann man sagen, sie ist gar keine Diagnose. Sie ist immer eine Fehldiagnose. Das „Pseudo“ wird der „Demenzdiagnose“ aus diesem Grund in der Regel erst hinzugefügt, wenn sie verworfen worden ist. In Wirklichkeit ist die „Pseudodemenz“ keine Demenz – deshalb das Pseudo. Und deshalb ist die „Pseudodemenz“ ein diagnostischer Bastard. Meist werden solche Fehldiagnosen bei Menschen mit schweren oder mittelschweren Depressionen jenseits des sechszigsten Lebensjahres mit kognitiven Ausfällen oder Gedächtnisstörungen gestellt. J. Kipp hält in einer frühen Arbeit (1993) fest, dass sich bei katamnesticen Untersuchungen herausstellte, dass 7 % der Patienten mit Demenzdiagnosen falsch eingeordnet gewesen waren: etwa 5 % litten in Wahrheit an depressiven Erkrankungen (und wurden retrospektiv als „Pseudodemenz“en geführt) weitere 3 % hätten an einer anderen Form der „Pseudodemenz“ gelitten (hysterischen Störungen, „simulierten“ Störungen und anderen nicht näher beschriebenen psychischen Störungen).

Wie häufig eine solche falsche Zuordnung im Praxisalltag ist, weiß niemand. Vermutlich sind die bekannt gewordenen Irrtümer nur die Spitze des Eisbergs. Es ist allgemein bekannt, dass kaum die Hälfte der Demenzkranken einer nach heutigen Standards ausreichenden Diagnostik unterzogen wird. Es ist schon viel, wenn in der Praxis zusätzlich zur ärztlichen Untersuchung ein einfacher neuropsychologischer Test durchgeführt

wird. Allzu oft bleibt es bei einer prima-facie-Diagnose – einer Diagnose nach dem klinischen Eindruck, günstigenfalls nach Erhebung einer gründlichen Anamnese und einer Befragung der Angehörigen.

Im „Öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs Gesundheit“ (2016) heißt es unter dem Stichwort „Pseudodemenz“: „Bei der genaueren Untersuchung möglicher Demenzsymptome kann sich zeigen, dass keine degenerative Demenzerkrankung, sondern eine andere Erkrankung zu Grunde liegt. Nach erfolgreicher Behandlung gehen die geistigen Störungen meistens zurück. Häufige Ursachen für einer ... Pseudodemenz sind Depressionen: *rund 25 % der Patientinnen und Patienten, bei denen Gedächtnisprobleme untersucht werden, leiden tatsächlich an einer psychischen Erkrankung, meistens an Depressionen...* (kursiv A. F.). Auf eine Depression können Symptome wie Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Schuldgefühle, Freud- und Antriebslosigkeit hinweisen. Depressive Verstimmungen sind jedoch auch bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimer-Demenz häufig. Deshalb ist eine Differenzialdiagnose schwierig.“

Lexika-Definitionen: Pschyrembel und Peters

Im „Klinischen Wörterbuch“ von Pschyrembel (2011) heißt es unter dem Stichwort „Pseudodemenz“:

1. „Scheinbare oder vorgetäuschte Symptome einer Demenz mit scheinbarem Versagen selbst bei einfachsten Aufgaben bei tatsächlich normaler Intelligenz; beruht oft auf situativer oder allgemeiner Überforderung, kann unter Umständen aber auch von Krankheitswert und behandlungsbedürftig sein. Vorkommen bei Ganser Syndrom oder Rentenneurose.
2. Erscheinungsform der Depression, bei der Symptome kognitiver Leistungseinbußen im Vordergrund stehen. Schwierige Differenzialdiagnose zur Demenz, insbesondere bei Patienten über 60.“

Das „Peters'sche Lexikon der Psychiatrie“ (2009) ist etwas ausführlicher:

„Pseudodemenz: (C. Wernicke 1880). Psychisches Zustandsbild, welches eine Geisteschwäche oder -krankheit vortäuscht. Darstellung eines Geisteskranken oder Dementen, wie ihn sich der Laie vorstellt. Wernicke beschrieb Symptome, die teilweise auch beim Ganser-Syndrom auftreten, das zu seiner Zeit jedoch Gegenstand einer heftigen Kontroverse war.

Symptome:

1. Charakteristisch ist der Ausfall elementarer Kenntnisse und Erfahrungen, die sonst auch bei schweren Formen organischer Hirnkrankheiten erhalten bleiben. Falsche Antworten auf Fragen liegen oft so dicht neben den richtigen, dass sie die Kenntnis der richtigen Antwort verraten. Beispiel: Wie viele Beine hat die Kuh? Antwort: Fünf.
2. Verblödet erscheinendes Auftreten. Die Betroffenen kommen gewöhnlich nur in Begleitung, können sich nicht allein entkleiden, nicht allein essen, nicht ohne Unterstützung gehen.
3. Vorgeben einer allgemeinen Gedächtnisschwäche. Auf Fragen wird stereotyp geantwortet: »Ich weiß nicht.«
4. Falsche Handlungen. Der Löffel wird am umgekehrten Ende angefasst, das Zimmer neben der Tür durch die Wand zu verlassen versucht.
5. Emotionale Enthemmung: Erregungszustände, sinnlose Aggressivität, Wutausbrüche. Vorkommen als Rentenwunschreaktion, psychogene Symptomverstärkung bei organischen Hirnkrankheiten, nach Gehirnerschütterungen und Vergiftungszuständen.“

Ernst Kretschmer hat vor vielen Jahren gemahnt, bei vergleichbaren Zuständen sei bei Menschen aus unserem Kulturkreis immer ein Hirntumor auszuschließen.

Glossar Psychiatrie

Aufschlussreicher als die beiden Lexika-Beschreibungen sind die Ausführungen des Nervenarztes K. C. Mayer im Glossar Psychiatrie im Internet unter dem Stichwort „Pseudodemenz“. Sein Text sei hier ausführlich zitiert:

„Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer meist schweren Depression mit nachlassen von Konzentration, Gedächtnis, Interesse und sozialem Rückzug, die Anlass zur Verwechslung mit einem organischen Psychosyndrom oder einer Demenz geben kann. Besonders bei älteren depressiven Patienten, können die subjektiven kognitiven Defizite, vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen. Unter dem Begriff Depressive »Pseudodemenz« wird eine Reihe von klinischen Bildern zusammengefasst, bei denen kognitive Störungen unterschiedlichen Schweregrades bei gleichzeitig diagnostiziertem depressiven Syndrom bestehen.

Depressive Patienten klagen häufig über Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, nachlassen der Aufmerksamkeit etc., dies unterscheidet sie eher von Demenzkranken, die oft dazu neigen ihre Defizite zu verstecken. Dieses in der Regel reversible Defizit lässt sich bei schwerer Ausprägung auch testpsychologisch feststellen. Nach vielen depressiven Episoden und besonders bei »double depression« können auch leichte Kognitive Störungen dauerhaft vorhanden sein. (...) Hinzu kommt, dass bei starker Grübelneigung die kreisenden Gedanken oft die wesentliche Aufmerksamkeit des Kranken in Anspruch nehmen.

Die Defizite im Rahmen einer depressiven »Pseudodemenz« sind nie so ausgeprägt, wie bei einer tatsächlichen Demenz. Je eher die kognitiven Minderleistungen durch die depressive Störung allein bedingt sind, desto vollständiger werden sie sich nach Ansprechen auf eine antidepressive Therapie zurückbilden.

Differentialdiagnostische Unsicherheiten ergeben sich aus der Tatsache, dass depressive Symptome auch in frühen Stadien der Alzheimer-Demenz oder anderer Demenzformen auftreten können. Am Beginn des differentialdiagnostischen Prozesses zur Abklärung einer Demenz sollte die Abklärung einer Depression stehen. Das Ansprechen auf die antidepressive Behandlung klärt oft die Diagnose. Auch bei dementen Patienten wird allerdings eine Depression durch Behandlung gebessert, hierdurch können sich auch die kognitiven Störungen etwas bessern. Kognitive Störungen werden im mittleren Alter nicht selten überdiagnostiziert und entsprechende Beschwerden werden nicht selten im Rahmen von sozialrechtlichen oder Entschädigungsverfahren vorgebracht.

Alle Testungen auf das Vorliegen einer kognitiven Störung setzen eine motivierte Mitarbeit des Patienten für ein zutreffendes Testergebnis voraus. Die Motivation und Mitarbeit bei der Testung kognitiver Fähigkeiten ist ebenfalls testpsychologisch überprüfbar. Solche Überprüfungen werden allerdings in den meisten Fällen auch in Gedächtnisambulanzen oder von Neuropsychologen nicht durchgeführt. Ohne eine solche Testung lässt sich ein kognitives Defizit nicht von artifiziellen Symptomen unterscheiden.“

Berger'sches Lehrbuch

Im Berger'schen Lehrbuch der Psychiatrie (2009, S. 272) schließlich wird die „echte Demenz“ der depressiven „Pseudodemenz“ in einer Tabellenübersicht gegenübergestellt:

Demenz	Depressive „Pseudodemenz“
Kognitive Defizite werden eher dissimuliert	Ausgeprägtes Klagen über kognitive Defizite
Semantische „Paraphrasien“	Gedächtnisprobleme werden in Vordergrund gestellt und detailliert beschrieben
Testleistungen und Alltagsverhalten entsprechen sich	Widersprüche zwischen Testleistungen und Alltagsverhalten
Affekt im Frühstadium oft depressiv, in mäßig fortgeschrittenem Stadium eher ausgeglichen	Oft ausgeprägter depressiver Affekt, Grübeln Früherwachen, Selbstzweifel
Keine Besserung der kognitiven Symptome durch antidepressive Symptome auf antidepressiven Therapie	Besserung der kognitiven Symptome im Rahmen einer erfolgreichen Therapie

Die „Pseudodemenz“ als Diagnose verwerfen

Die vorgelegten Quellen lassen nur eine Schlussfolgerung zu: die Diagnose der „Pseudodemenz“ ist zu verwerfen. Mehr noch: Sie muss ausgemerzt werden. Ihre Existenz belegt allerdings eines mit allem Nachdruck: die Demenzdiagnostik muss verbessert werden. Vor allen Dingen muss jeder Verdacht einer beginnenden Demenz gründlicher abgeklärt werden als das bisher oft geschieht. Dabei macht es allerdings keinen Sinn, auf die Ärzte einzuschlagen, die in der Grundversorgung tätig sind. Die Alzheimer-Diagnostik ist bis heute komplex und aufwändig. Zum Standard gehört neben der ärztlichen Untersuchung die testpsychologische Abklärung, die Untersuchung des Liquors und die Durchführung eines MRTs. Das zu verlangen ist unrealistisch, ist geradezu weltfremd.

Der Praxisalltag schreit geradezu nach einem einfachen Test, der nach der ärztlichen und der neuropsychologischen Untersuchung ein hohes Maß an Sicherheit bietet. Dafür

kommt nur ein Serumstest infrage, an dem mehrere internationale Arbeitsgruppen fieberhaft arbeiten, darunter eine Deutsche: die Predemtec GmbH in Hennigsdorf bei Berlin (Finzen 2016).

Literatur

M. Berger (2009): Psychische Erkrankungen. Urban und Fischer.

A. Finzen (2016): Bluttest zur Demenzdiagnose. Online unter www.finzen.de/demenz.

J. Kipp (1993): [Links.springer.com/chapter/10.1007](http://links.springer.com/chapter/10.1007).

E. Kretschmer (1967): Von Kretschmer-Schülern überlieferte mündliche Mitteilung.

K. C. Mayer (2016): Glossar Psychiatrie. [www.neuro24/de](http://www.neuro24.de).

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. www.gesundheit.gv.at

U. H. Peters (2009): Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie. München.

Predemtec Website: www.predemtecdx.com

Psyhyrembel (2011): Klinisches Wörterbuch. 262. Auflage, Berlin.