

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Erfolgreiches geistiges Altern

Kurze Übersicht aus wissenschaftlicher Sicht

„Alle wollen es werden - keiner will es sein: alt“. Wer kennt ihn nicht, diesen tiefsinnigen Satz. Was also empfiehlt uns die Wissenschaft, die sich zunehmend mit den Möglichkeiten, leider aber auch Grenzen, Risiken und Gefahren einer (dafür ständig zunehmenden) Lebenserwartung beschäftigt? Einfache Studien-Erkenntnisse und damit Empfehlungen sind leider nicht zu erwarten. Zu komplex ist das Phänomen und zu vielfältig das Spektrum der Betroffenen.

Gleichwohl eine kurz gefasste Übersicht, die trotz erschwelter wissenschaftlicher Bedingungen in dieser Frage zu den einen oder anderen Empfehlungen zu führen versucht, die nachvollziehbar und vor allem umsetzbar sind.

Erwähnte Fachbegriffe:

Alter und geistige Defizite – Alter und seelische Störungen – erfolgreiches geistiges Altern – Altern, Gedächtnisprobleme und Lebensstil – Demenz-Diagnose – Demenz-Therapie – Biochemie des Alterns – Neurophysiologie des Alterns – organische Risiken beim Altern – psychische Risiken beim Altern – wissenschafts-theoretische Aspekte des Alterns – psychosoziale Aspekte des Alterns – körperliche Aktivität im Alter – geistige Aktivität im Alter – exekutive Funktionen im Alter – erfolgreiche Alterns-Konzepte – körperliche Aktivität im höheren Lebensalter – geistige Aktivierung im höheren Lebensalter – psychosoziales Netzwerk im Alter – u. a. m.

Die Menschen in der Westlichen Welt werden immer älter. Rund acht Jahrzehnte stehen ihnen inzwischen zur Verfügung, jedenfalls statistisch. Auch die 90- und sogar 100-Jährigen werden immer häufiger (in Deutschland derzeit etwa 16.000 100-Jährige und Ältere). Frauen etwas mehr als Männern; letztere

holen auf. Acht Jahrzehnte - fast doppelt so viel wie zur Reichsgründung durch Kanzler Bismarck. Das ist nebenbei nicht jeder Region dieser Erde gegeben, obgleich sich dieser Trend auch anderenorts ohne längere kriegerische Auseinandersetzungen abzeichnet. Gleichwohl: Sind die Menschen, die älter werden dürfen, damit auch zufriedener, wenn nicht gar glücklicher?

Das ist eine Frage, die sich erstaunlicherweise rasch beantworten lässt: „Ja, wenn die Gesundheit mitmacht...“. Das gilt vor allem für die körperlichen Belange, wobei hier die Medizin je nach Fachbereich spektakuläre Erfolge vorweisen kann. Dafür sollten wir dankbar sein. Wie aber steht es im geistigen Bereich? Hier sind noch einige Fragen offen, bezeichnenderweise umso mehr, je älter wir werden (dürfen). Deshalb zuerst einmal die zunehmend aktuelle wissenschaftliche Frage:

Erfolgreiches kognitives Altern – was heißt das?

Einzelheiten zu Demenz-Erkrankungen von der Definition über die Statistik bis zu Krankheitsbild, Verlauf, Versorgung etc. siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie zum Thema Alter, Alzheimer-Krankheit, Demenz-Erkrankungen u. a. Nachfolgend eine komprimierte Übersicht zum erwähnten kognitiven Altern aus wissenschaftlicher Sicht, vor allem, was die Möglichkeiten, aber auch Grenzen betrifft. Grundlage dazu sind die gängigen wissenschaftlichen Beiträge und Lehrbuch-Kapitel, unterstützt durch zwei schon ältere, aber nach wie vor empfehlenswerte Publikationen zu diesem Thema (siehe am Ende dieses Beitrages). Im Einzelnen:

Als Erstes gilt es den Fachbegriff *kognitiv* zu erläutern. Er kommt vom Lat.: *cognitio* = Erkennen und ist eine Sammelbezeichnung für alle Funktionen und Prozesse, die damit zusammenhängen. Beispiele: Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Erwartungen, Bewertung, Wollen, Vorstellen, Erinnern, Urteilen etc. In der psychiatrischen Alltagssprache wird er meist nur auf den reinen Denkprozess bezogen, dann überwiegend adjektivisch („kognitiv“). In der psychologischen Fachsprache geht es meist um Prozesse der Informations-Verarbeitung einschließlich Emotion und Motivation, ganze Forschungsrichtungen belebend (Kognitionswissenschaften). Inzwischen auch zunehmend in der Alltagssprache zu finden, am ehesten im ursprünglichen Sinne des Wortes, nämlich *cognoscere* = erkennen, vermehrt auch als geistige Anlage oder Möglichkeit schlechthin.

Altern, Gedächtnisprobleme und Lebensstil

Obwohl also die überwiegende Mehrzahl in der Westlichen Welt immer älter wird und sich - zumindest in bestimmten Regionen - einer eigentlich optimalen Versorgung erfreuen kann, wächst schier bedrohlich etwas Anderes, Negatives: Gemeint ist die Demenz bzw. die Furcht davor. Einzelheiten dazu, um es

zu wiederholen, siehe die wachsende Vielfalt entsprechender Informationen in den Medien und auch in dieser Serie.

Dabei irritieren unerfreuliche Prognosen (Vorhersagen), was die Demenz-Gefährdung im „dritten Lebensalter“ anbelangt. So spricht man davon, dass bis zum Jahr 2050 die Zahl der Betroffenen weltweit von derzeit 50 Millionen auf 150 Millionen steigen dürfte (Weltgesundheitsorganisation-WHO), wobei - nachvollziehbarerweise - diejenigen am ehesten betroffen sind, die auch am ältesten werden dürfen. Allerdings nicht alle, wie aus entsprechenden Wissenschaftskreisen immer wieder einschränkend bzw. hoffnungsvoll betont wird. Man muss nur etwas dagegen tun, d. h. eine minimale Eigen-Leistung abrufen und bei Krankheitsbeginn rechtzeitig erkennen, was sich hier anbahnt. Dabei ist die Prävention (Vorbeugung) natürlich der konstruktivere Weg, die Diagnose im Erlebnisfall und damit ggf. entsprechende therapeutische Maßnahmen die andere Seite, und zwar die folgenschwerere und damit ggf. unerfreuliche.

Nun hat uns aber gerade hier die Medizin, konkreter die Pharma-Industrie, eine Zeit lang versichert, dass vor allem den Alzheimer-Patienten mehrere synthetisch hergestellte Wirkstoffe zur Verfügung stünden, die zu berechtigter Hoffnung Anlass gäben. Dafür setzen sich schließlich auch weltweit Tausende von Wissenschaftlern ein, die sich mit der gezielten Behandlung der Demenz befassen (ein nebenbei lohnenswertes Unterfangen für die entsprechenden Industriezweige, man kann es sich denken). Die tatsächlichen Behandlungsergebnisse halten sich aber leider in Grenzen, wie man neuerdings weiß. Und es geht noch weiter: Selbst die Grundlagenforschung muss derzeit herbe Erkenntnis-Einbußen verkraften, besonders was die so genannte Amyloid-Hypothese, weniger das offenbar hoffnungsvollere Tau-Protein betrifft.

Weitere therapeutische Projekte sind noch in einer frühen Phase der Entwicklung, wobei es neben der biochemischen Seite auch um eine zwischenmenschliche, ja individuelle geht. Gemeint ist die vielerorts bittere Erfahrung, dass eine spezifische (z. B. medikamentöse) Intervention nur in einem sehr frühen Stadium Aussicht auf Erfolg hat (weshalb man jetzt zusätzlich den Einsatz der Künstlichen Intelligenz (KI) diskutiert).

Damit schiebt sich ein bestimmter Aspekt in den Vordergrund der Diskussion, die sich um das rechtzeitige Erkennen und damit ggf. erfolgreiche Abmildern geistiger Alters-Defizite dreht. Will heißen: Welchen Einfluss haben die direkten und indirekten Umweltfaktoren und was kann man selber tun, um rechtzeitig zu erkennen, was sich hier (in den meisten Fällen immerhin alters-typisch) abzuzeichnen droht. Und um damit selber aktiv gegenzusteuern, unabhängig von dem, was die Medizin darüber hinaus noch zu bieten haben könnte.

Was man bisher weiß bzw. zu wissen meint

Aus diesem Grund haben sich nicht nur die erwähnten Wissenschaftler mit biochemischer Aufgabenstellung an die Arbeit gemacht, auch die Ärzte und

Psychologen der entsprechenden Forschungs-Einrichtungen zu Diagnose, Therapie und vor allem Prävention stellen immer häufiger ihre Ergebnisse vor, war erfolgreiches Altern, körperliche, soziale, seelische und kognitive Aktivitäten im Alltag, Lebenszufriedenheit etc. aus neuropsychologischer Sicht betrifft. Das ist umso interessanter, insbesondere für diejenigen, die sich dem kritischen Alter nähern, weil es hier nicht nur gilt „Pillen zu schlucken und zu hoffen, dass einem das alternde Gehirn noch etwas Zeit lässt“ (Zitat), sondern selbst aktiv zu werden, und zwar rechtzeitig, d. h. schon weit im Vorfeld möglicher seelischer, geistiger, sozialer und schließlich körperlicher Warnsignale oder gar ernster Einbußen.

Dabei zeigt sich allerdings, dass nicht nur die Biochemie kompliziert und damit schwer zu durchschauen ist, auch der Alltag aus psychologisch strukturierter Sicht ist mit vielerlei Stolpersteinen gepflastert. Was gilt es also zu beachten, wenn man mehr wissen will über das

Konzept eines erfolgreichen Alterns

Erfolgreich Altern heißt nun wohl in der Mehrzahl der Fälle, dass man nicht einfach so weitermachen kann, wie es die vorangegangenen sechs oder gar sieben Jahrzehnte zuließen (unabhängig von Schicksalsschlägen, körperlichen Einbußen durch Erblast u. ä.). Jeder halbwegs selbstkritisch veranlagte Ältere weiß abzüglich naiver Vorstellungen, was ihn in der Regel erwartet. Was er gerne zusätzlich wissen möchte, sind erst einmal die organischen Risikofaktoren für Alzheimer-Demenz. Und diese sind den meisten durchaus bekannt, ob realisiert oder nicht, man hat jedenfalls schon einmal davon gehört.

Beispiele: Diabetes (Zuckerkrankheit), Hypertonie (Bluthochdruck), Adipositas (Übergewicht bis zur Fettleibigkeit, vor allem in der Lebensmitte), Nikotinkonsum, Depressionen, aber auch kognitive (geistige) und körperliche Inaktivität sowie geringe Bildung (was nicht nur Ausbildung betrifft, sondern auch Eigenleistung, trotz weniger glücklicher Start-Umstände).

Das meiste leuchtet ein, wobei allerdings Experten schon hier einschränken: Damit lässt sich höchstens die Hälfte aller Alzheimer-Erkrankungen nachvollziehbar erklären. Weitere Hinweise im nachfolgenden Kasten der WHO-Empfehlungen zur Demenz-Prävention:

WHO-Empfehlungen zur Demenz-Prävention*

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine Liste evidenz-basierter Empfehlungen vorgelegt, um die drohende Demenz-Epidemie einzudämmen. Dazu gehören:

- Körperliche Aktivität

- Raucher-Entwöhnung
- Blutdruckkontrolle bei Hypertonikern
- Vorsicht vor unkritisch eingesetzten Vitamin- und Fettsäure-Supplementen (vor allem die isolierte Einnahme von Vitamin B, E und mehrfach ungesättigte Fettsäuren)
- Ausgewogene Ernährung, nicht zuletzt mit mediterraner Ernährung (viel Obst, Gemüse, Nüsse, Vollkornprodukte, wenig Zucker und Salz, wenig ungesättigte Fettsäuren)
- Alkoholreduktion
- Kognitives Training
- Soziale Aktivitäten
- Gewichts-Management
- Behandlung von Diabetes, Dyslipidämie, Depressionen und Hörverlust

* WHO Guideline: Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia.
www.who.int/mental/health/neurology/dementia/guidelines-risk-reduction/in

Wissenschafts-theoretische und -praktische Hindernisse

Im Weiteren gibt es natürlich auch rein wissenschafts-theoretische und -praktische Probleme. Jede Arbeitsgruppe hat letztlich ihre eigenen Zielsetzungen und Methoden, Konzepte, Möglichkeiten und Grenzen der Realisierung und schließlich Interpretation der gefundenen Resultate. Damit erschwert sie allerdings das, was man einen wissenschaftlichen Konsens nennt (ein Begriff, den man vor allem aus der Politik kennt, nämlich schlichtweg Übereinstimmung). Und wenn es um den Menschen, vor allem seine soziale Einbettung in kritischer Zeit geht, wird es noch komplexer. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur, was in diesem Zusammenhang beispielsweise die verfügbaren neuropsychologischen Tests betrifft.

Außerdem versucht man die komplexe Vielschichtigkeit des menschlichen Organismus einschließlich geistiger und seelischer Funktionen sowie seines Umfelds in der entsprechenden Zeit und Gesellschaft dadurch auf ein halbwegs prüfbares Maß zu reduzieren, indem man sich beispielsweise beim Aspekt des Alterns auf wenige Fragen bzw. Faktoren beschränkt, um wenigstens diese halbwegs befriedigend gezielt untersuchen zu können. Da fängt aber bereits das Problem an, da sich natürlich kaum ein allgemein akzeptierter Konsens über möglichst viele Aspekte eines erfolgreichen Alterns finden lässt. Dennoch

wird das gerne als übergeordnetes Konzept behandelt, vor allem mit drei Komponenten, die durchaus einleuchten: 1. Keine oder kaum Krankheiten und dadurch bedingte Beeinträchtigungen, 2. gut erhaltene geistige und körperliche Funktionen und 3. die erhaltene und vor allem weiter geführte Teilhabe am (gesellschaftlichen) Leben inklusive sozialer Beziehungen, ehrenamtliche Berufstätigkeit etc.

Andere Arbeitsgruppen bevorzugen ein so genanntes prozess-gestütztes Konzept, das sich aus vier Komponenten zusammensetzt: 1. körperliche Bedingungen, 2. mentale (geistige) Gesundheit, 3. psychosoziale Faktoren und 4. rein soziale Aspekte. Hier kommen dann noch Generations-Unterschiede und die Entwicklung über die gesamte Lebensspanne dazu.

Wieder andere Forscher-Gruppen konzentrieren sich auf die rein kognitive Entwicklung im hohen Alter mit Schwerpunkt bezüglich Selbsteinschätzung von Gesundheit, Gedächtnis, Denken und so genannten exekutiven Funktionen, ergänzt durch Sehschärfe, seelische Beeinträchtigungen wie Depressionen, Angststörungen, Stimmungseinbrüche, aber auch Persönlichkeitsstruktur, Temperament, Ausmaß der Beschäftigung, geistige und körperliche Aktivitäten usw. Dabei zeigen sich übrigens im höheren Lebensalter Schwerpunkte bezüglich Gesundheit, speziell Depression und Stimmung sowie Persönlichkeit, Temperament und geistige Aktivität.

Wieder andere Wissenschaftler konzentrierten sich bei der Frage nach erfolgreichem Altern vor allem auf Einschränkungen z. B. motorischer (d. h. Bewegungsart) oder kognitiver (geistiger) Funktionen; ferner Zufriedenheit-Wohlbefinden und schließlich sozial-produktives Engagement. Wieder andere fokussieren neben der Motorik und kognitiven Entwicklung auf Sprache und soziale Aspekte einschließlich emotionaler Faktoren (vor allem möglichst große Autonomie bezüglich Alltagsaktivitäten sowie körperliche, soziale und kognitive Aktivität).

Zusammenfassend lässt sich *erfolgreiches Altern* offenbar am besten mit den drei Faktoren umschreiben:

- Aktivität im Sinne von aktiver Lebensgestaltung
- Zufriedenheit im Sinne einer emotionalen Stimmungslage und kognitiven Bewertung der Lebenssituation sowie
- Kognition im Sinne guter Leistungen in den Bereichen Gedächtnis, exekutive Funktionen (s. Kasten) und Geschwindigkeit

Exekutiv-Funktionen

Neuropsychologischer Fachbegriff, der übergeordnete Vorgänge im Gehirn beschreibt (vom Lat.: exequi = verfolgen). Beispiele:

Bereich geistiger Grundleistungen wie schlussfolgerndes Denken, Entscheidungsfindung, vorausschauende und zielgerichtete Handlungsplanung, ferner Arbeitsgedächtnis und abstraktes Denkvermögen zur Auslösung, Überwachung und Beendigung komplexer Verhaltensweisen u. a.

Man vermutet, dass diese bewusstseins-nahen (aber oft nicht bewussten) Funktionen vor allem im vorderen Teil des Stirnhirns, aber auch in anderen Hirnregionen (Kleinhirn, Basalganglien u. a.) lokalisiert sind.

Nach Schädigung bzw. entsprechender Funktionsstörung (am eindrücklichsten im Stirnhirn-Bereich) kommt es zu bestimmten Funktionsstörungen wie erhöhte Impulsivität, geringe Selbst- und vor allem Verhaltensregulation (Wutausbrüche, instabile Beziehungen), zu erhöhtem Risikoverhalten, mangelnder Verhaltenssteuerung, reduzierter Sensibilität bzw. negativen Konsequenzen durch solche Dysfunktionen.

Zusammenspiel der erfolgreichen Alterns-Konzepte

Nachdem sich die einzelnen Konzepte in den jeweiligen Untersuchungen als ergiebig oder weniger erfolgreich erwiesen haben, bleibt die nachvollziehbare Frage: Ist es das Zusammenspiel der einzelnen Alterns-Konzepte? Hier gibt es noch Forschungsbedarf, denn eine solche Frage braucht natürlich den größten Einsatz, und zwar nicht nur für zeitlich begrenzte Querschnitts-, sondern längerfristige Langzeit-Studien, was bekanntermaßen besonders aufwendig ist. Eines aber ist schon theoretisch nachvollziehbar: Die meisten, wenn nicht gar alle Faktoren sind irgendwie miteinander verknüpft. Bei Einzelnen konnte das schon bewiesen werden. Beispiele:

So gibt es eine positive Korrelation zwischen Zufriedenheit und gemessenen kognitiven (geistigen) Fähigkeiten, nicht zuletzt den selber eingeschätzten (siehe später).

Ähnliches gilt für deutliche Belege zum Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und verschiedenen Aktivitäten, sei es generell, sei es körperlich oder sozial.

Besonders häufig wurde der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität bzw. Sport und geistiger Leistungsfähigkeit untersucht. Einzelheiten dazu siehe später.

Eines fiel aber schon früher den meisten Untersuchern auf und konnte inzwischen auch bestätigt werden: Sowohl die Aktivität als auch kognitive Leistung und Zufriedenheit sinken mit zunehmendem Alter. Allerdings erst ab etwa 80 Jahren, wo man ja tatsächlich auf mehreren Ebenen mit entsprechenden Einbußen zu rechnen hat. Manche Untersucherguppen finden das schon ab etwa 75 Jahren.

Dabei zeigt sich aber immer wieder, dass alltags-nahe befriedigende kognitive Leistungen besonders stark mit einer aktiven Lebensgestaltung zusammenhängen. Das bestätigt die Theorie, dass im Alter zwar eine generelle Abnahme geistiger Fähigkeiten hingenommen werden muss, was sich aber nicht unbedingt auf den Alltag auszuwirken braucht. Das liegt vor allem daran, dass Alltags-Aktivitäten zumeist eine größere Anzahl von kognitiven Fähigkeiten benötigen (was sich unter Laborbedingungen nicht einfach messen lässt), was sich dann aber gleichwohl als biologische und kognitive Kompensations-Strategien nutzen lässt.

Drei Aspekte aber sind es, die sich als besonders bedeutsam erwiesen haben: 1. körperliche Aktivität, 2. Zufriedenheit und 3. psychosoziale Aktivitäten im sozialen Netzwerk. Im Einzelnen:

- **Körperliche Aktivität**

Was versteht man unter körperlicher Aktivität? Jeder weiß es. Gleichwohl das Problem: Nicht wenigen (oder den meisten erst einmal?) fällt dazu vor allem der Begriff „Sport“ ein. Das ist nicht falsch, aber auch nicht zutreffend, jedenfalls was den medizinisch gewünschten Bewegungs-Umfang betrifft. Natürlich sind Sport- und Gymnastikgruppen, durchaus auch Krafttraining, allein oder in der Gruppe, von unbestrittenem Vorteil; allerdings für das dritte Lebensalter entsprechend angepasst.

Denn es zählen auch regelmäßige Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad, Gartenarbeit, Hausarbeit, ja Putzen und Wäschewaschen dazu, auch wenn das weniger spektakulär erscheint. Und tatsächlich: Sie lassen sich sogar testpsychologisch bzw. damit statistisch als positive Faktoren für erfolgreiches kognitives Altern beweisen. Das schlägt sich selbst in medialen Schlagzeilen, wissenschaftlichen Stichworten und volkstümlichen Aufrufen nieder. Beispiel: „Wie man der Demenz davonläuft“ (übrigens genauso nutzbar bei Depressionen und sogar Schmerzbildern).

Dabei empfiehlt sich allerdings eine vorgezogene Strategie, auch (und vor allem?) im mittleren Lebensalter, wo noch keine alters-bedingten Defizite beunruhigen. Das soll vor allem für jene Betroffene gelten, bei denen eine familiäre Veranlagung für ein höheres Demenz-Risiko zur Diskussion steht. Auf jeden Fall gilt die Erkenntnis: Wer sich bereits in den mittleren Jahren körperlich ak-

tiv hält, ist im Alter nicht nur körperlich, sondern auch geistig fitter (was auch im Tierversuch-Modell offenbar beweisbar ist, sprich Lernfunktionen und Gedächtnis bei Tieren mit und ohne körperliche Aktivierung).

Körperliche Aktivität wirkt jedoch nicht nur vorbeugend, sie hat auch dann ihre Vorteile, wenn sich bereits geistige Einbußen andeuten. Man muss allerdings „am Ball bleiben“. Hier macht sich etwas bezahlt, was jedem einleuchtet: Körperliche Aktivität ist ja nicht nur für Herz und Kreislauf, Übergewicht, Diabetes, hohe Blutfette, Wirbelsäule und Gelenke, ja Immunsystem und Krebsrisiko von Bedeutung, sondern auch und vor allem für die Gehirn-Durchblutung (nicht zuletzt für die entsprechend verursachte bzw. damit benannte vaskuläre Demenz, also durchblutungs-abhängig). Denn eine gute Durchblutung hilft auch zelluläre Abfallprodukte besser zu entsorgen, mehr schützende Substanzen zur Verfügung zu stellen und die Regenerations-Prozesse durch neu entstehende Nervenzellen zu verbessern.

Dies leuchtet ein und wird auch wissenschaftlich immer wieder bestätigt. Irritierend für die Allgemeinheit sind dabei allerdings die unterschiedlichen methodischen Ansätze mit entweder zu nachgiebigen („es reicht auch...“) oder zu (über)fordernden („mindestens...“) Schlussfolgerungen bzw. dann konkreten Empfehlungen.

Um also den alterstypischen Einbußen auf körperlicher Seite (z. B. Kraft, Gleichgewicht, Koordination) sowie geistiger Ebene (z. B. Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit etc.) entgegenzuwirken, braucht es entsprechende körperliche Aktivitäten auf verschiedenen Beanspruchungsebenen wie Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Schnelligkeit, Kraft etc. Oder kurz: regelmäßige und angepasste körperliche Aktivität. Dazu die erste Erkenntnis:

Es existiert offenbar keine Sportart, Beanspruchungsform oder deren Kombination, welche sich „am besten“ eignet oder den anderen eindeutig überlegen ist. Entscheidender ist Intensität und Art der Aktivität, was sich nach dem individuellen Gesundheitszustand und den Vorlieben des Betreffenden richten muss bzw. sollte. Bedeutsam scheinen auch die Kombination und nicht zuletzt neue (An-)Reize zu sein, z. B. neue Bewegungsmuster erlernen, kognitive (geistige) Aufgaben einfügen, wobei sogar das im Alter sehr mühsam gewordene Multitasking (d. h. mehrere Aufgaben auf einmal) diskutiert wird.

Wissenschaftlich kontrovers diskutiert wird auch die empfehlenswerte Dosierung körperlicher Aktivität. Hier herrscht offenbar noch Forschungsbedarf oder noch einmal: individuelle Anpassung empfohlen.

Laut Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten ältere Menschen mindestens 150 Minuten pro Woche moderater (maßvoller) körperlicher Aktivität nachgehen. Hierbei handelt es sich jedoch offenbar um einen Mindestwert. Denn auch die Wissenschaftler machen sich natürlich nichts vor,

was die tatsächliche Umsetzung ihrer Empfehlung betrifft. Deshalb werden auch 300 Minuten pro Woche empfohlen, was sich aber bei nüchterner Betrachtung noch weniger realisieren lassen dürfte.

Deshalb empfiehlt man auch nicht nur „Kraft und Ausdauer“, sondern auch ein Koordinations-Training, weil es durch gesteigerte soziale Interaktion, neue externe Stimuli und damit zwischenmenschliche Aktivitäten durch die Umgebung ausgiebiger stimuliert als rein konditionelles und Kraft-Training. Am besten also mehrere Komponenten kombinieren, lauten die Therapie-Empfehlungen trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Und damit der aktuelle Empfehlungs-Katalog:

Aktiver Lebensstil, regelmäßiges Training, Sport und körperliche Aktivitäten in Gruppen, Beanspruchungsformen miteinander kombinieren oder abwechseln, neue Trainingsreize setzen (sprich kognitive Aufgaben, Multitasking, neue Bewegungsmuster lernen oder verändern) und alles mindestens zweimal wöchentlich und vor allem an den individuellen Gesundheitszustand angepasst.

Fazit: Körperliche Aktivität in individueller Form und angepasstem Ausmaß zählt zu den wichtigsten Grundvoraussetzungen im Ringen um ein erfolgreiches Altern, nicht zuletzt in geistiger Hinsicht.

- **Geistige Aktivierung**

Was man unter körperlicher Aktivität zu verstehen hat, weiß jeder, auch wenn man es aus durchschaubaren Gründen (Schuldgefühle, Abwehr, Widerstand?) nicht sofort konkret zu benennen vermag (es sei denn, man hat einen Hund, der zum täglichen Ausgang zwingt). Schwieriger wird es bei der geistigen Aktivierung. Letztlich geht es dabei vor allem um die Bereiche Aufmerksamkeit, Sprache, Gedächtnis, Wahrnehmung und exekutive Funktionen (siehe Kasten).

Allerdings ist das kein abstrakter Bereich, sondern hängt mit den alltags-nahen kognitiven Leistungen zusammen, sprich mit einer aktiven Lebensgestaltung (siehe später). Und mit etwas anderem, was natürlich auch eine persönliche, ja schicksalhafte Komponente haben kann. Gemeint ist der Bildungsgrad. Hart und unverblümt ausgedrückt herrscht nämlich wissenschaftlich weitgehend Übereinstimmung, dass geringe Bildung ein bekannter Risikofaktor für Alzheimer-Demenz werden kann. Ein entsprechendes Stichwort ist die so genannte „kognitive Reserve“, eine Hypothese die besagt, dass sich bei höherer Bildung die befürchteten Einschränkungen erst (deutlich?) später zeigen als bei Menschen mit geringerem Bildungsgrad. Auch soll hier das Nachlassen der kognitiven Funktionen schneller beeinträchtigen, sprich der Schweregrad der Erkrankung werde schon früher folgenschwer.

Das hat zu einer bildhaften Erklärung aus dem Luftverkehr geführt. Oder schlicht gesprochen: Ein Flugzeug in 6000 m Höhe, dem die Motoren ausfallen, kann noch segelnd eine längere Strecke bis zum nächsten (Notfall-)Flugplatz zurücklegen, während die gleiche Maschine in 1000 m Höhe hier ihre Probleme haben dürfte. Das wäre dann - für den Menschen gesprochen - eine eher genetisch orientierte Erklärung (Erbfaktoren).

Alltags-praktisch nachvollziehbarer, leider selbst-verantwortlich auch häufiger und damit realistischer ist jedoch die Erkenntnis, dass Menschen mit niedriger Bildung nicht selten einen ungesünderen Lebensstil und damit mehr kardio-vaskuläre (Herz-Kreislauf)Risikofaktoren haben sollen, was allerdings wissenschaftlich kontrovers diskutiert wird. Auf jeden Fall hat der Bildungsgrad einen Einfluss auf die klinische Manifestation einer Demenz, wie es wissenschaftlich heißt. Ein ungesunder Lebensstil kann jedoch in jedem Fall dazu beitragen, dass sich die seelisch-körperlichen Reserven rascher erschöpfen, auch wenn sie nicht direkt die krankhaften Demenz-Prozesse im Gehirn beeinflussen.

- **Psycho-soziale Aktivitäten und soziales Netzwerk**

Zum Einfluss des Lebensstils gehören auch entsprechende Alltags- und kognitive Aktivitäten, besonders im Alter. Dazu gibt es zwar viele Wenn und Aber, nicht nur bei den Wissenschaftlern, es leuchtet aber auch ein. Nicht zuletzt deshalb, weil unter dem Begriff „psycho-sozial“ ein weites Feld von Plus und Minus zu verstehen ist. Wer hier im sozialen Netzwerk surft, findet kein Ende, gleichgültig welche Schlüsselwörter er verwendet.

Statistisch(!) gehäuft scheint die Demenz aber vor allem jene Personen zu belasten, die alleine leben, keine engen sozialen Kontakte haben, nicht an gesellschaftlichen und Freizeit-Aktivitäten teilnehmen, einen unproduktiven Arbeitsstil pflegen und nicht nur körperlich, sondern eben auch sozial im weitesten Sinne inaktiv bleiben (wollen oder müssen).

Umgekehrt soll das Risiko für eine Demenz niedriger ausfallen bei Menschen mit vielen Freizeitaktivitäten, sprich Reisen, Ausgehen, Freunde oder Verwandte besuchen, körperlich aktiv sein, einen, wenn auch kleinen „Ausflug“ machen, Musizieren, Spiele nutzen, Tanzen u. a. m.

Fazit: Soziale Aktivität, die dann ja auch mit mehr körperlicher und geistiger Aktivität verbunden ist, und das möglichst früh und über alle Lebensjahrzehnte durchgehalten, einschließlich höherem Lebensalter (wenngleich dort entsprechend angepasst), ist also eine relativ sichere Erfolgs-Empfehlung.

Neuro-wissenschaftlich bleibt allerdings noch unklar, wie sich das medizinisch erklären lässt. Diskutiert wird beispielsweise eine emotionale (gemütsmäßige) und/oder intellektuelle (geistige) Stimulation oder eine größere Reserve-Kapazität des Gehirns. Nicht zu vergessen der Einfluss auf die Gehirn-Reifung und

später auf seinen Abbau. Und nicht zu vergessen die Effekte der erwähnten körperlichen Aktivität auf das Immun- und Herz-Kreislauf-System und damit die Aufrechterhaltung des zerebralen (Gehirn-)Blutflusses u. a. m. Eine endgültige Klärung der ätiologischen (Ursachen-)Rolle der psycho-sozialen Aktivität im weitesten Sinne steht noch aus, einschließlich Überraschungen. Nachvollziehbar ist es aber auch ohne wissenschaftliche Hypothesen und experimentelle Belege.

Zufriedenheit – ein wichtiger Faktor?

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch eine gleichsam *charakterologische Komponente*: Gemeint ist der Einfluss von Zufriedenheit, ein Faktor, der sich in unserer Zeit und Gesellschaft - paradoxerweise - nicht gerade vordergründig aufdrängt. Er ist aber wichtig, ja gesundheitlich bedeutsam. Man kann es sich denken.

Dahinter steckt auch eine gesundheits-relevante Strategie: Aktivität ist grundsätzlich sinnvoll, haben wir gehört. Sie ist aber auch irgendwie mit anderen Komponenten verbunden, nicht zuletzt mit der geistigen Leistungsfähigkeit. Für die Zufriedenheit gilt das nicht, erklären die Experten. Denn wenn sie Ausdruck einer guten Adaptivität (Anpassungsleistung) ist, können persönliche Defizite in welcher Form auch immer, sobald sie auftreten, einfach umgedeutet und der individuellen Bezugsgruppe („mein Umfeld“) angepasst werden. Will heißen: Die eigenen Leistungen bleiben im subjektiven Verständnis noch immer auf dem gleichen Niveau - und die Zufriedenheit ist garantiert (was auch den bekannten selbst-stabilisierenden Satz einschließt: „Ich bin nicht krank, sondern alt...“).

Fazit: Nicht die tatsächliche, sondern die subjektiv wahrgenommene geistige Leistung und Gesundheit ist und bleibt offenbar bedeutsam. Das fördert natürlich das Wohlbefinden, ein weiterer Faktor zur innerseelischen (und damit auch körperlichen und psycho-sozialen) Stabilisierung.

Zufriedenheit ist also eine wichtige emotionale Dimension, nicht zuletzt im Alter mit seinen ja meist nicht mehr umkehrbaren Defiziten.

Resilienz – die Widerstandkräfte stärken

Das leitet zu einem weiteren Faktor über, nämlich zu dem in letzter Zeit vermehrt in der Diskussion stehenden Begriff der Resilienz (Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie).

Darunter versteht man das Ausmaß jener Widerstandskräfte, die es einem ermöglichen, negativen Einflüssen standzuhalten, ohne beispielsweise eine seelische Störung zu entwickeln. Und in der Tat, Biographien von Menschen,

die noch im hohen Alter geistig lebendig geblieben sind, ergaben eine gewisse Zähigkeit im bewältigenden Umgang mit den Misslichkeiten des Alltags, selbst unter Stress, Traumatisierung, Angst, Depression usf.

Schlussfolgerung: Dagegen halten, Widerstand leisten gegen alle Misslichkeiten - jetzt erst recht.

Literatur

Grundlage dieses Beitrages ist allgemeines Lehrbuchwissen sowie die beiden schon älteren, aber empfehlenswerten Publikationen

*Mona Bornschlegel, R. Fischer und F. Petermann: **Erfolgreiches kognitives Altern: Zusammenhang der kognitiven Leistungen mit Aktivität und Zufriedenheit.** Zeitschrift für Neuropsychologie 27 (2016) 173*

*Carolin C. Knorr, L. Fröhlich: **Lebensstil als Risikofaktor für eine Demenzentwicklung.** Klinikarzt 38 (2009) 240*