

Wahn und Halluzinationen nach Schlaganfall

Gernot Lämmler & Sven Bölte

Einleitung

Organisch bedingte Wahnsyndrome und Halluzinosen als Folge erworbener Hirnschädigungen kommen in der neuropsychologischen Praxis selten vor. Dennoch können bei einer Vielzahl von Erkrankungen wie Chorea Huntington, Temporallappen-Epilepsie, Neuroleues oder Morbus Alzheimer Wahnphänomene und Halluzinationen auftreten (Cummings, 1985).

Pathogenetisch wird insbesondere die Rolle der rechten Hemisphäre diskutiert (z.B. Cutting, 1991). Vielfach ist nicht zu bestimmen, ob die entstandenen Verhaltensauffälligkeiten psychische Reaktionen auf die zerebrale Schädigung oder primär hirnganisch bedingte Störungen darstellen. Sogenannte funktionelle psychische Syndrome ohne feststellbares physiologisches Korrelat unterscheiden sich hinsichtlich ihres klinischen Erscheinungsbildes kaum von den primär organisch bedingten Syndromen. Generell werden die Diagnosen „organisch bedingtes Wahnsyndrom“ und „organisch bedingte Halluzinose“ nur bei gleichzeitigem Nachweis eines relevanten organischen Faktors gestellt (nach DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

Differentialdiagnostisch sind vor allem nichtorganische psychotische Störungen wie Schizophrenie oder wahnhaftige Störungen, aber auch Delir und Demenz auszuschließen. Wahnphänomene und Halluzinationen treten häufig gemeinsam auf und verstärken sich in der Regel dann gegenseitig.

Personen im akuten Stadium eines organisch bedingten Wahns mit Halluzinose wirken konfus und psychomotorisch agitiert. Sie sind leicht erregbar und fallen durch eine ausschweifende Sprache auf. Auch zwanghafte Verhaltensweisen können entstehen oder stärker als vor dem Einsetzen der Erkrankung hervortreten. Abgesehen vom Wahn und den Halluzinationen sind die Betroffenen aufmerksam und bei klarem Bewußtsein. Kognitive Defizite treten beim organisch bedingten Wahnsyndrom und der organisch bedingten Halluzinose nicht auf oder sind von nachrangiger

Bedeutung. Gewöhnlich werden die soziale Eingebundenheit und die selbständige Lebensführung der Betroffenen erheblich behindert. Bei ungünstigen Umweltgegebenheiten kann die Störung zu dysphorischem Erleben, Suizidalität und aggressivem Verhalten gegenüber der Umwelt führen.

Die häufigsten Wahnstypen sind der Beeinträchtigungswahn und der Verfolgungswahn. Das wahnhaftes Denken manifestiert sich in der Regel in dem unheimlichen Gefühl, es sei etwas im Gange. Die betroffene Person bezieht die Dinge um sie herum nicht nur auf sich, sondern versteht sie als gegen sich gerichtet. Ereignisse werden als Beleidigung, Schädigung oder massive Bedrohung interpretiert. Beim organischen Wahnsyndrom ist der Wahninhalt zumeist auf das Diesseitige und Nächstliegende ausgerichtet, weniger auf das Jenseitige und Bizarre. Halluzinationen können zwar prinzipiell in jeder Modalität auftreten, doch führen spezifische ätiologische Faktoren meist auch zu modalitätsspezifischen Halluzinationen; so sind etwa bei Temporallappen-Epilepsie olfaktorische Halluzinationen charakteristisch. Die Sinnestäuschungen variieren von einfachen bis zu komplexen szenenartigen Vorstellungen. Insbesondere beim Zusammentreffen von Halluzinationen und Wahnphänomenen wird eine Person die Erlebnisse als real erleben und von ihrer Echtheit unkorrigierbar überzeugt sein. Markant ist die subjektive Gewißheit und Unwiderlegbarkeit der Privatwirklichkeit, die jede normale Überzeugung dagegen verblassen läßt. Gemessen an der Dramatik mancher Wahnideen ist die primäre emotionale Resonanz auf den Wahninhalt verhältnismäßig gering. Kennzeichnend für den Wahn ist das Nebeneinander von Gesundem und Krankem; ein Realitätsverlust besteht nur hinsichtlich des Wahninhalts, während das sonstige Verhalten alltagsgerecht ist.

Neben der hirnorganischen Schädigung sind zumeist weitere Faktoren pathogenetisch von Bedeutung, z. B. Hörverlust oder latente intra- und interpsychische Konflikte. U.a. gelten eine mangelnde Fähigkeit zur Vertrauensentwicklung und übermäßiges Kontrollverhalten als prädisponierende Größen für wahnhaftes Störungen.

Zur Intervention bei paranoiden Überzeugungen und Halluzinationen älterer Menschen liegen noch keine überzeugenden psycho- oder pharmakotherapeutischen Behandlungsansätze vor. Allgemein wird eine auf den individuellen Fall bezogene systemimmanente Gesprächsführung empfohlen, wobei die Angehörigen nach Möglichkeit einbezogen werden sollten. Der Therapeut muß dem Patienten, seinen Vorstellungen und Problemen mit Ernsthaftigkeit und Empathie begegnen. Von einem direkten Bestreiten des Wahns ist abzuraten, da sich hierbei meist nur die therapeutische Beziehung verschlechtert. Hauptziel muß die Linderung des Leidensdrucks bei gleichzeitiger Verbesserung beziehungsweise Wiederaufnahme der zumeist beeinträchtigten sozialen Beziehungen sein.

Zwar lassen sich die Symptome des paranoiden Geschehens mit neuroleptischen Substanzen wie Haloperidol auch bei Älteren in der Regel beeinflussen, das Problem selbst lösen sie jedoch nicht. Neuroleptika sollten daher nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans verabreicht werden, der auch psychotherapeutische Maßnahmen beinhaltet (Krebs-Roubicek & Pöldinger, 1991). Einen sehr zurückhaltenden

Einsatz von Neuroleptika in der Geriatrie fordern Borchelt und Steinhagen-Thiessen (1996) unter Verweis auf die sedierenden, kardiovaskulären und anticholinergen Nebenwirkungen. So erhöhen etwa die ausgeprägten extrapyramidalen Nebenwirkungen der Neuroleptika das Sturz- und Frakturrisiko gerade bei motorisch beeinträchtigten Patienten erheblich.

Die wahnerkrankten Patienten selbst verhalten sich einer medikamentösen Therapie gegenüber zumeist reserviert und sehen darin einen nicht gerechtfertigten Eingriff in ihre Persönlichkeit. Andererseits muß angemerkt werden, daß die Etablierung einer psychotherapeutischen Beziehung ohne vorhergehende antipsychotische Medikation oft nicht erreichbar ist. Eine stationäre Unterbringung sollte aufgrund der oft wahnbestätigenden Wirkung einer Abschirmung von der gewohnten Umgebung nach Möglichkeit vermieden werden.

Bei jeder Intervention sollte berücksichtigt werden, daß paranoide Überzeugungen für den Patienten, der komplizierte Ereignisse zu begreifen versucht, einen Erklärungswert und somit eine Anpassungsfunktion besitzen können. Außerdem darf nicht von vornherein ausgeschlossen werden, daß die vermeintliche Wahnidee zumindest partiell der Realität entsprechen könnte.

Nachfolgend werden neuropsychologische Diagnostik und psychorehabilitative Maßnahmen am Beispiel einer älteren Patientin mit organisch bedingtem Wahnsyndrom und organisch bedingter Halluzinose nach rechtshemisphärischem Insult beschrieben. Die tagesklinische Rehabilitation erstreckte sich über einen Zeitraum von sieben Wochen und erfolgte multiprofessionell.

Die Patientin und ihre Erkrankung

Frau B. ist 78 Jahre alt. Nach dem Besuch der höheren Handelsschule hat sie eine Ausbildung als Sekretärin abgeschlossen, war später jedoch bis zum 59. Lebensjahr als Arbeiterin berufstätig. Mit ihrem 80jährigen Ehemann, einem pensionierten Beamten mit Kriegsversehrung, bewohnt sie eine Drei-Zimmer-Wohnung. Sie ist seit 54 Jahren verheiratet und hat zwei Töchter; eine Tochter wohnt im selben Haus. Frau B., die nach eigenen Angaben gerne den Haushalt führt, geht in ihrer Freizeit spazieren, löst Rätsel oder hört klassische Musik. Außerdem pflegt sie den Kontakt zu ihrer Familie und einem kleinen Bekanntenkreis.

Frau B. wurde in der Notaufnahme eines Akutkrankenhauses aufgenommen, nachdem sie dem Ehemann und der Tochter plötzlich wesensverändert erschienen war. Fremdanamnestisch wurden Teilnahmslosigkeit, Verlangsamung, Müdigkeit und Desorientiertheit berichtet.

Beim ärztlichen Aufnahmegespräch reagierte die Patientin zur Situation adäquat und kam den an sie gerichteten Aufforderungen problemlos nach. Allerdings fiel eine Gedächtnis- und Orientierungsstörung auf. Die Computertomographie zeigte

einen frischen ischämischen Insult fronto-parietal rechts im Bereich der Arteria cerebri media, einen älteren ischämischen Insult im Bereich des Stromgebietes der Arteria posterior links sowie weitere kleine einliegende hyperdense Strukturen. Internistisch wurden eine seit Jahren bestehende arterielle Hypertonie, eine links-ventrikuläre Hypertrophie und eine Hypercholesterinämie als Risikofaktoren festgestellt. Motorik, Sensibilität, Muskeltonus und Hirnnerven wurden als unauffällig eingeschätzt.

Nach drei Wochen konnte die Patientin nach Hause entlassen werden. Dort entwickelte sich eine ausgeprägte Wahn- und Halluzinosesymptomatik, die bei der Aufnahme in die geriatrische Tagesklinik drei Monate später jedoch nicht bekannt war. Anmeldegrund war vielmehr ein Schwindel unklarer Genese sowie eine seit dem Schlaganfall bestehende Gangunsicherheit.

In der tagesklinischen Aufnahmeuntersuchung wirkte Frau B. angespannt und zeitweilig desorientiert. Subjektiv beklagte sie Kurzzeitgedächtnisstörungen. Der physiotherapeutische Befund erwies nur leichte funktionelle Einbußen. Im ADL-Bereich war Frau B. völlig selbständig.

Innerhalb der nächsten Tage beklagte sich die Patientin vor Ärzten und Therapeuten mehrfach über ihren Ehemann: Dieser lasse Fremde in der Wohnung übernachten, streite dies aber ab und unterstelle ihr stattdessen „Schizophrenie“. Insgesamt wirkte Frau B. motorisch unruhig, teilweise auch verwirrt. Wiederholt fragte sie etwa das Personal nach ihren Behandlungszeiten und kontrollierte fortwährend Kleidung und Handtasche. Auf der Station war sie oft nur schwer auffindbar, da sie immer wieder verfrüht den Treffpunkt für den Fahrdienst aufsuchte, um ihre Heimfahrt nicht zu verpassen.

Die Patientin und ihre Störungen

Untersuchungsleitende Fragestellung an die Neuropsychologen war die Beurteilung des psychopathologischen Status, die psychometrische Erfassung der kognitiven Funktionen sowie die differentialdiagnostische Abklärung eines dementiellen Prozesses.

Affektive Symptomatik: Während der Befunderhebung zeigte sich die Patientin durchweg kooperativ, war jedoch offensichtlich angespannt und sehr verunsichert. Ihre Kleidung und ihr sonstiges Äußeres waren auffallend gepflegt. Die Verhaltensbeobachtung ließ eine Zwangsstörung vermuten (z.B. wiederholtes Ordnen und Kontrollieren ihrer Handtasche und deren Inhalt, Unterlegen eines Papiertaschentuchs unter ein Glas Wasser, um den Tisch nicht zu „beschädigen“), die später mit dem Hamburger Zwangsinventar validiert werden konnte, das der Patientin zur Bearbeitung nach Hause mitgegeben wurde. Die Auswertung mußte qualitativ erfolgen, da die Patientin im Verlauf mehrerer Tage nur 44 der 188 Items beantwortete mit der glaubhaften Erklärung, sie sei jeden Abend in der Waschküche (!) beschäf-

tigt. Im Sinne des Konstrukts wurden etwa die folgenden Items beantwortet: „Haben Sie schon einmal Kleingeld aus hygienischen Gründen abgekocht“, „Bügeln oder pressen Sie Ihre Geldscheine glatt, damit sie ordentlich aussehen“ oder „Gibt es Tage, an denen Sie soviel Zeit aufwenden, Dinge in einer bestimmten Weise zu berühren, daß Sie zu nichts anderem mehr kommen“. Die Patientin berichtete, sie neige seit jeher sehr zur „Genauigkeit“, leide manchmal auch darunter, könne diesen Wesenszug jedoch nicht abstellen.

Frau B. lenkte das Gespräch rasch auf ihre ehelichen Konflikte und den daraus resultierenden Leidensdruck. Sie gab an, die Familie unterstelle ihr „Schizophrenie und Halluzinationen“. Sie wisse genau, daß sich nachts fremde Männer in ihrer Wohnung aufhielten. Wiederholt habe sie ganz klar Unterhaltungen wahrgenommen; meist würden am darauffolgenden Morgen im Bad und in der Küche Gegenstände fehlen, beziehungsweise seien von ihrem Platz wegbewegt worden. Mehrfach habe sie die Nachbarn, einmal auch die Polizei von dem Treiben unterrichtet. Gesehen habe sie allerdings noch niemanden, wodurch ihr leider der zwingende Beweis fehle, um ihre Umgebung vom Wahrheitsgehalt ihrer Beobachtungen zu überzeugen. Frau B. war der Ansicht, daß ihr Ehemann, der während ihres Aufenthalts im Krankenhaus einmal einer karitativen Organisation Geld gespendet hatte, jetzt von dieser Organisation genötigt werde, Obdachlosen Unterkunft zu geben. Daß er dem Druck nachgebe, könne sie noch verstehen; schlimm sei jedoch, daß er dies rundweg abstreite.

In der Paranoid-Depressivitätsskala (PD-S) erreichte Frau B. einen hohen Paranoia-Wert (P: Stanine 9). Wegen der Vorkommnisse habe es zwischen ihr und ihren Angehörigen, insbesondere dem Ehemann, massive Streitigkeiten gegeben, die mittlerweile zu einer erheblichen Belastung des Ehelebens geführt hätten. Nachdem sie immer eine glückliche Ehe geführt habe, erlebe sie jetzt einen derartigen Vertrauensbruch, daß sie schon mehrfach an Scheidung oder an Suizid (Aufschneiden der Pulsadern) gedacht habe. Bis jetzt habe sie sich von derartigen Gedanken aber lösen können. Die ausgeprägt depressive Stimmungslage zeigte sich auch in der PD-S (D: Stanine 9).

Bei einem daraufhin vereinbarten Treffen mit Herrn B. wurde auch dessen Erregung und Überforderung deutlich. Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus habe sich seine Frau vollkommen verändert. Sie sei zwar seit jeher „übertrieben ordentlich“ gewesen, habe aber nie psychische Probleme gehabt. Er wisse nicht, wie sie auf ihre absurde Idee gekommen sei und habe es auch aufgegeben, mit ihr darüber zu diskutieren, da sie dann nur verbal aggressiv reagiere. Vor einigen Wochen habe er Kontakt mit einer psychiatrischen Praxis aufgenommen. Seine Frau sei aber nicht bereit, die Behandlung fortzusetzen, da sie sich nach einer einmaligen Medikation (Fluspirilen) unangenehm „zahn“ und manipuliert gefühlt habe. Er könne diesen Zustand nicht mehr ertragen und fühle sich von seiner Frau regelrecht terrorisiert („Ich kann nicht mehr, sie leuchtet mir nachts mit der Taschenlampe direkt ins Auge . . .“). Mehr und mehr gerate der Tagesablauf durcheinander; ihr ständiges Kontrollieren führe etwa dazu, daß sie erst um 18 Uhr mit dem Kaffeetrinken beginne.

Kognitive Leistungen: Die Patientin war zu allen Qualitäten (personal, zeitlich, örtlich und situativ) adäquat orientiert. Auf ihr subjektives Erleben kognitiver Veränderungen angesprochen, gab Frau B. Gedächtnisprobleme im Alltag an, die sich jedoch psychometrisch nicht bestätigen ließen. Im Bereich des verbal-assoziativen Lernens (WMS 7: 13 Punkte) sowie des kurzfristigen visuellen Behaltens (Benton-Test, Recognition: 9 Punkte) erzielte sie Werte, die dem unteren Durchschnittsbereich der Altersnorm zuzuordnen sind. Die verbalen Gedächtnisleistungen waren dagegen sowohl bei der unmittelbaren freien Reproduktion als auch beim verzögerten passiven Wiedererkennen überdurchschnittlich ausgeprägt (NAI-Wortliste: PR 92 bzw. PR 84). Die numerische Kurzzeitgedächtniskapazität war unauffällig (Zahlenspanne: 6 Punkte).

Visuo-kognitive Informationsverarbeitungsprozesse gelangen mit altersentsprechendem Tempo (NAI-ZVT: PR 45-55). Dagegen war im Bereich kurzfristiger Aufmerksamkeitsleistungen eine leicht erhöhte Ablenkbarkeit zu verzeichnen (NAI-Farb-Wort-Test, Interferenzwert: PR 20-26).

Als Indikator für das prämorbidem Leistungsniveau wurde der passive Wortschatz herangezogen. Dabei erbrachte die Patientin Leistungen, die bereits dem oberen Leistungsdrittel zuzuordnen waren (WST: PR 75). Die Gegenüberstellung fluider Intelligenzkomponenten zeigte bei nonverbal- oder verballogischer Aufgabenstellung keine Hinweise auf Einbußen (CPM: PR 70-75; WIP-GF: t 58). Bei visuo-spatialen Anforderungen kam allerdings kein altersentsprechendes Ergebnis zustande (WIP-MT: t 38); hier bereitete jedoch hauptsächlich die zeitkritische Durchführung Probleme.

Interventionen und Rehabilitationsverlauf

Aufgrund der erhobenen Daten konnten bei Frau B. drei wesentliche Problembereiche konstatiert werden. Im Vordergrund stand eine ausgeprägte Wahn-Halluzinose-Symptomatik, die sekundär zu einer schweren Depression mit latenter Suizidgefahr geführt hatte. Desweiteren war eine chronifizierte Zwangsstörung mit vorherrschenden Zwangshandlungen feststellbar, die sich infolge der paranoiden Vorstellungen verstärkt hatte, die Patientin aber weitaus weniger belastete. Schließlich klagte Frau B. über mnestiche Defizite, die sich psychometrisch nicht objektivieren ließen und eher als Ausdruck ihrer Zwanghaftigkeit angesehen werden konnten (Nachfragen und Kontrollieren zur „Vorsicht“). Auch die depressive Stimmungslage mag dazu beigetragen haben, daß die Patientin Gedächtniseinbußen wahrnahm. Die testpsychologisch feststellbare Aufmerksamkeitsschwäche wurde von uns - auch unter Berücksichtigung der übrigen kognitiven Leistungen - ebenfalls als Folge der affektiven Störungen und nicht als primäres Leistungsdefizit verstanden. Eine kognitive Therapie war daher nicht indiziert.

Wir teilten Frau B. mit, daß wir bei der Untersuchung keine Gedächtnisstörungen feststellen konnten, daß aber ihre Genauigkeit und Traurigkeit zur Zeit die Konzen-

trationsfähigkeit beeinträchtigten und dementsprechend die Merkfähigkeit scheinbar eingeschränkt sein könne. Diese Erklärung konnte Frau B. akzeptieren; überhaupt hatte sie im Verlauf der Untersuchung zutreffend den Eindruck gewonnen, daß ihre geistige Leistungsfähigkeit doch besser sei als ursprünglich angenommen.

Da bei Frau B.'s labilem psychischen Zustand krisenhafte Zuspitzungen nicht ausgeschlossen werden konnten, wurde kurzfristig eine psychiatrische Untersuchung veranlaßt, die unseren Befund im wesentlichen bestätigte („systematisierter Beeinträchtigungswahn mit Halluzinationen“). Von psychiatrischer Seite wurde eine rasche Wiederaufnahme der neuroleptischen Therapie bei Beobachtung der Suizidalität empfohlen und darüber hinaus die Aufnahme in die gerontopsychiatrische Abteilung angeboten. Verhielt sich die Patientin schon bezüglich einer neuroleptischen Medikation reserviert, lehnte sie eine Behandlung in der Psychiatrie vehement ab und warf uns vor, wir hätten ihr „diesen unglaublichen Unsinn eingebracht“. Diese Irritationen ließen sich jedoch ausräumen. Frau B. nutzte in den folgenden Wochen mehrfach das Angebot, mit uns über ihre Situation zu sprechen.

Da die paranoide Symptomatik mittlerweile erhebliche negative Konsequenzen für die Patientin und ihre Familie ausgelöst hatte, war es unser Ziel, Frau B. zu einer Wiederaufnahme der medikamentösen Therapie in der ihr bekannten psychiatrischen Praxis zu motivieren, um damit nach Möglichkeit eine stationäre psychiatrische Behandlung zu vermeiden. Gleichzeitig konnte dadurch am ehesten sichergestellt werden, daß eine professionelle Behandlung auch nach Entlassung aus der Tagesklinik fortgesetzt werden würde. Wir ermutigten die Patientin zunächst, das augenblickliche Verhältnis zur Familie, ihre Ängste, Wünsche und Zukunftsvorstellungen anzusprechen. Frau B. empfand dies als entlastend; gleichzeitig konnte so die Suizidgefahr besser eingeschätzt werden. Eine offene Diskussion über den Realitätsgehalt ihrer Wahnvorstellungen vermieden wir; erwartungsgemäß hatten entsprechende Versuche der Familie den Konflikt nur verschärft. Wir versuchten Frau B. jedoch nahezubringen, daß offensichtlich kontroverse Sichtweisen parallel existierten und sie zur Toleranz gegenüber anderen Wahrnehmungen zu bewegen. Nachdem Frau B. ein ausreichendes Maß an Vertrauen zu uns aufgebaut hatte, schlugen wir ihr die Wiederaufnahme der neuroleptischen Therapie vor, weil sich dies positiv auf ihr psychisches Befinden und die Qualität des familiären Zusammenlebens auswirken könne, betonten dabei jedoch ihre Entscheidungsfreiheit. Frau B.'s Einstellung hierzu war sehr ambivalent, dennoch stimmte sie schließlich zu.

Fünf Wochen nach der neuropsychologischen Befunderhebung konnte Frau B. nach Hause entlassen werden. Zu diesem Zeitpunkt - nach vierwöchiger neuroleptischer Therapie - wirkte sie vom Wahngeschehen distanzierter bzw. vermochte die paranoiden Vorstellungen in ihrer subjektiven Wertigkeit dem Funktionieren der Ehe unterzuordnen. So äußerte sie etwa, sie vermute (!) weiterhin, daß sich nachts Fremde in der Wohnung aufhielten, wolle ihrem Mann jedoch „verzeihen“. Die Stimmung hatte sich verbessert und die Suizidgedanken hatten abgenommen. In der abschließend vorgelegten Parallellform der PD-S zeigten sich eine Abnahme im Para-

noidie- und im Depressionsscore (P': Stanine 8; D': Stanine 7). Eine Einbeziehung des Ehemannes in den therapeutischen Prozeß war nicht möglich, da Herr B. dies während der Fremdanamnese ausdrücklich mit dem Hinweis abgelehnt hatte, krank sei schließlich seine Frau und nicht er. Gegen Ende der Rehabilitationsbehandlung berichtete er jedoch telefonisch von einer Verbesserung des Zusammenlebens. Meist empfinde er seine Frau schon als „ganz normal“. Allerdings sei ihre Stimmung noch schwankend, und gelegentlich reagiere sie dann recht aggressiv. Die Nächte seien ruhiger geworden.

Zwei Wochen nach der Entlassung erhielt die Tagesklinik einen Brief von Frau B., in dem sie schrieb, sie habe sich wieder gut zu Hause eingelebt. Zur Zeit fehle ihr noch etwas die Ruhe, doch werde sich diese sicher auch noch einstellen. Dem Brief war zu entnehmen, daß sich Frau B. weiterhin medikamentös behandeln ließ.

Fazit

Dargestellt wurde die neuropsychologische Untersuchung und Betreuung einer älteren Schlaganfallpatientin mit organisch bedingtem Wahnsyndrom und Halluzinose. Die Entwicklung dieser Störung infolge eines Schlaganfalls hatte eine chronifizierte Zwangsstörung verstärkt und eine depressive Entwicklung bis hin zur Suizidgefahr sowie erhebliche familiäre Konflikte ausgelöst. Nach siebenwöchiger tagesklinischer Behandlung zeigte die Patientin eine verbesserte Stimmungslage, zunehmende Distanzierung von Wahn und Halluzinationen und ein harmonischeres Eheleben. Der neuropsychologische Beitrag bestand in Diagnostik und der emotionalen Stützung der Patientin sowie der Motivierung zur neuroleptischen Therapie. Obwohl es zu dem in diesem Fall gewählten therapeutischen Prozedere unseres Erachtens keine realistische Alternative gab, sollen doch zwei grundsätzliche Probleme angesprochen werden. Zum einen konnte durch die Gabe eines Neuroleptikums zwar eine Reduktion der psychopathologischen Symptomatik erreicht werden, doch mußten dafür extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, die angesichts anderer behandlungsbedürftiger Probleme - Schwindel, leichte Gangunsicherheit - kritisch zu betrachten sind. Im Einzelfall kann die Abwägung von Nutzen und Risiko einer neuroleptischen Therapie noch weitaus schwieriger sein. Zum anderen wäre nach Einsetzen der antipsychotischen Effekte der medikamentösen Therapie eine intensive psychotherapeutische Behandlung wünschenswert gewesen. In Anlehnung an Falloon et al. (1982) wäre z. B. ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz unter Einbeziehung der Familie sinnvoll gewesen, um über die Möglichkeiten des Umgangs mit der Erkrankung aufzuklären und den konstruktiven Umgang mit Konflikten einzuüben. Beim gegenwärtigen Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen in Deutschland ist dies jedoch kaum durchführbar.

Auch wenn Frau B.'s Symptomatik gemäß den Kriterien des DSM-IV als organisch bedingtes Wahnsyndrom und Halluzinose zu diagnostizieren ist, wird zumindest ein prädisponierender Faktor deutlich, nämlich die Zwangsstörung der Patientin. Frau

B. war sich selbst gegenüber überaus mißtrauisch eingestellt. Ein Großteil ihrer täglichen Arbeit bestand im Kontrollieren von Gegenständen oder Handlungsabläufen, um damit Gefährdungen ihrer Familie zu „verhindern“. Es ist anzunehmen, daß Frau B. anderen Menschen ebenfalls mit großem Mißtrauen begegnete. Der Verlust alltäglicher Rituale sowie der gewohnten Haus- und Ehefrauenrolle durch die stationäre Behandlung dürfte massive Unsicherheit sowie Mißtrauen gegenüber dem Partner ausgelöst und entsprechend die Wahngenesen begünstigt haben.

Hat die Zwangserkrankung vermutlich die Wahngenesen gefördert, hat diese wiederum das zwanghafte Verhalten eskalieren lassen. Dieses Verhalten wurde vom Personal zunächst fälschlicherweise als Symptom eines dementiellen Prozesses gewertet. Tatsächlich lagen der vermeintlichen „Verwirrtheit“ jedoch keine mnestischen Defizite zugrunde, vielmehr war die Patientin kognitiv recht rüstig. Dies unterstreicht die Bedeutung einer sorgfältigen Differentialdiagnostik.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Medikamentöse Therapie. In I. Füsgen (Hrsg.), *Der ältere Patient: problemorientierte Diagnostik und Therapie* (2. Aufl., S. 581-615). München: Urban & Schwarzenberg.
- Cutting, J. (1991). Delusional misidentification and the role of the right hemisphere in the appreciation of identity. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), 70-75.
- Cummings, J. L. (1985). Organic delusions: Phenomenology, anatomical correlations and review. *British Journal of Psychiatry*, 146, 184-197.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J.L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B. & Gilderman, A. N. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- Krebs-Roubicek, E. & Pöldinger, W. (1991). Pharmakotherapie bei älteren Menschen. *Geriatric Praxis*, 3, 26-31.

Computergestützte Therapie in der Gerontoneuropsychologie

Gernot Lämmler

Einleitung

Der Schlaganfall ist eine der häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters, von der in Deutschland jährlich etwa 3 10 000 Menschen betroffen sind. 55 % davon versterben innerhalb der ersten drei Wochen. Die Überlebenden leiden oft an Behinderungen, die ihre Selbständigkeit im Alltag erheblich einschränken können (Jork, 1996; Wade, 1993). Entsprechend besteht das Klientel in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zu einem großen Teil aus zerebrovaskulär Erkrankten; manche Kliniken haben sich gezielt auf diese Problematik spezialisiert.

Die Gerontoneuropsychologie ist hierzulande eine noch kaum etablierte Disziplin (vgl. Lämmler, 1993). Dieses Faktum ist eng verknüpft mit der bisher geringen Bedeutung der Geriatrie innerhalb der Medizin. Noch immer erhalten ältere Menschen zu selten oder zu spät eine altersgerechte Rehabilitation. Mangelnde Aktivierung in akutstationären Abteilungen begünstigt körperliche und geistige Immobilität. Hinzu kommt, daß die Herauslösung aus dem gewohnten Umfeld für den älteren Menschen - und insbesondere den zerebral geschädigten - eine weitaus größere Belastung als für den jüngeren Erwachsenen darstellt. Hospitalisierung und Heimunterbringung sind Folgen, die sich in vielen Fällen durch eine frühzeitige und altersgerechte Rehabilitation vermeiden oder hinauszögern ließen. Die zunehmende Zahl geriatrischer Tageskliniken (so sind etwa in Berlin seit 1990 vier derartige Rehabilitationseinrichtungen entstanden) ist allerdings ein deutliches Zeichen einer Trendwende. Geriatriische Reformkonzepte werden allein schon aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmend Bedeutung erlangen. Im Zuge dieser Entwicklung ist auch mit einer Verbesserung der gerontoneuropsychologischen Versorgung zu rechnen.

Die neuropsychologische Arbeit mit älteren Menschen unterscheidet sich von der Arbeit mit jüngeren Patienten teilweise in entscheidenden Aspekten, die im folgenden skizziert werden sollen.

Charakteristisch für ältere Patienten ist ihre Multimorbidität. In der neuropsychologischen Diagnostik muß daher prinzipiell immer mit Visusminderungen oder Presbyakusis gerechnet werden, was die Auswahl geeigneter Untersuchungsinstrumente erheblich einschränken kann. Da ältere Menschen selten über Erfahrungen mit psychologischen Tests verfügen, ist es entscheidend, in der Untersuchungssituation eine Atmosphäre zu schaffen, die es dem Patienten ermöglicht, sein maximales Leistungsvermögen zu mobilisieren. Eine behutsame Aufklärung über den potentiellen Nutzen der Diagnostik - in der Regel als Indikationsstellung für eine gezielte neuropsychologische Therapie - ist daher ganz wesentlich. Dies wiederum

setzt jedoch eine Mindestausstattung der Klinik voraus, die gerade im Bereich des computergestützten Trainings oft nicht gegeben ist, da negative Altersstereotype (Akzeptanz durch Ältere, therapeutischer Nutzen) die Beschaffung der für eine adäquate Ausstattung erforderlichen Mittel erheblich behindern können.

Ältere Menschen haben aufgrund einer anderen Sozialisation in der Regel wesentlich mehr Schwierigkeiten, ihr emotionales Erleben zu verbalisieren. Desweiteren muß berücksichtigt werden, daß die Beziehungsdynamik zwischen den meist relativ jungen Neuropsychologen und ihren Patienten eine andere - meist kompliziertere - ist als in der Rehabilitation jüngerer Erwachsener. Ohne einen psychotherapeutischen Zugang zum Patienten wird das Rehabilitationsziel u.U. aber nicht zu erreichen sein, stellt doch die sogenannte Poststroke-Depression eine häufige Folge des Schlaganfalls dar (Gordon et al., 1991), deren negativer Effekt auf das Rehabilitationsergebnis belegt ist (Parikh et al., 1990).

Schließlich kann bei älteren Schlaganfallpatienten infolge langjährig bestehender Risikofaktoren das zerebrale Gefäßsystem erheblich vorgeschädigt sein. Neuroradiologisch lassen sich neben dem zur Klinikeinweisung führenden Insult häufig weitere, klinisch bisher stumme Läsionen nachweisen. Für die Rehabilitationsprognose stellt dies unbestreitbar einen limitierenden Faktor dar.

Am Beispiel von Frau O. soll gezeigt werden, wie auch unter den vorgenannten einschränkenden Bedingungen durchaus alltagsrelevante Therapieeffekte erzielt werden können. Die Darstellung ist auch als Plädoyer für den verstärkten Einsatz computergestützter Verfahren in der gerontoneuropsychologischen Rehabilitation zu verstehen. Zur Effektivität computergestützter Therapiemaßnahmen an einer älteren hirnerkrankten Population liegen bislang noch keine kontrollierten Studien vor; gelegentlich finden sich aber ermutigende Hinweise aus der klinischen Praxis (etwa Bodenburg & Technow, 1992).

Die Patientin und ihre Erkrankung

Frau O. ist 80 Jahre alt. Nach Beendigung der Volksschule hat sie als Fabrikarbeiterin - unterbrochen nur durch Zeiten der Kindererziehung - ganztags bis zum regulären Rentenalter gearbeitet. Seit über 50 Jahren ist sie mit einem um fünf Jahre älteren Partner verheiratet. Aus dieser Ehe stammen zwei Söhne, von denen einer im selben Stadtteil wie Frau O. lebt. Der familiäre Kontakt zu den Kindern und Enkelkindern ist eng; das Ehepaar verfügt außerdem über einen intakten Kreis von Freunden und Nachbarn. Beide Partner haben sich bis ins hohe Alter ein erhebliches Maß an Unabhängigkeit erhalten: Frau O. hat bis zu ihrem Schlaganfall den Haushalt selbständig versorgt und daneben eine 90jährige Dame betreut; ihr Mann arbeitet noch immer in einem Kleinbetrieb.

Frau O. bemerkte eines Morgens nach dem Aufwachen ein Schwächegefühl der rechten Körperhälfte, einen kompletten Ausfall des rechten Gesichtsfelds sowie er-

hebliche Sprachschwierigkeiten. Bei der Aufnahmeuntersuchung im Akutkrankenhaus zeigte sich die Patientin wach und ansprechbar. Es fielen eine ausgeprägte Aphasie amnestischen Typs, eine homonyme Hemianopsie rechts sowie eine sehr diskrete, eher beinbetonte rechtsseitige Hemiparese auf. Im CCT zeigte sich ein frischer Infarkt im Versorgungsgebiet der Arteria cerebri media links. Daneben waren Zeichen einer zerebralen Mikroangiopathie nachweisbar. Eine Dopplersonographie der Halsgefäße zeigte Plaques in den Carotisbifurkationen; die linke Arteria carotis interna war zu 60-70 % stenotisiert. Insgesamt wurde die Gefäßerkrankung in den Rahmen eines langjährigen Hypertonus eingeordnet.

Innerhalb von sieben Wochen kam es zu einer fast vollständigen Rückbildung der Hemiparese sowie einer deutlichen Besserung der Aphasie. Im Entlassungsbericht des Akutkrankenhauses heißt es, es sei mittlerweile zu „einer Adaptation an die Hemianopsie“ gekommen. Da sich die Patientin ihrem häuslichen Alltag aber noch nicht gewachsen fühlte, wurde sie in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung mit angeschlossener Tagesklinik verlegt. Nach knapp zweiwöchiger vollstationärer Rehabilitation wurde Frau O. in der Tagesklinik aufgenommen.

Die Patientin und ihre Störungen

Anlaß der neuropsychologischen Untersuchung war zunächst einmal der Eindruck des Teams, daß Frau O. ihre Hemianopsie keineswegs ausreichend kompensierte. Ferner fielen Gedächtnis- und Orientierungsprobleme auf. Im logopädischen Verlaufsbefund zu Beginn der tagesklinischen Behandlung zeigten sich Restsymptome einer amnestischen Aphasie; leichte Auffähigkeiten waren insbesondere beim lauten Lesen, beim Benennen und in der Spontansprache (Wortfindung) nachweisbar.

Bei der Kontaktaufnahme wirkte die Patientin zunächst ängstlich und angespannt, nestelte etwa wiederholt an ihrer Kleidung. Im Zuge der Information über den potentiellen Nutzen der Untersuchung wurde Frau O. ruhiger; sie war nun selbst an der Befunderhebung sehr interessiert. Subjektiv beklagte sie, nicht damit zurecht zu kommen, „rechts blind“ zu sein. Sie habe sich immer noch nicht daran gewöhnt, den „Kopf zu drehen“ und sich infolgedessen im Krankenhaus schon mehrfach verlaufen. Seit dem Insult vergesse sie vieles; belastender sei aber, daß sie bei jeder geistigen Anstrengung sehr schnell ermüde. Sie könne nicht einmal mehr über längere Zeit einem Gespräch folgen.

Da eine massive Aufmerksamkeitsstörung zu erwarten war, erfolgte die Aufmerksamkeitsprüfung mit einem wenig belastenden geriatrischen Screeningverfahren (AKT). Unter Zugrundelegung der Bearbeitungszeit zeigte sich das Informationsverarbeitungstempo deutlich reduziert (PR 10), die Arbeitssorgfalt durch Verwechslungen extrem herabgesetzt (PR 7); der Gesamtwert entsprach einer schweren Störung des kurzfristigen Konzentrationsvermögens (PR 18). Ungefähr 40 Minuten nach Beginn der Untersuchung machte sich klinisch ein recht abrupter Leistungs-

abfall im Sinne einer gestörten Daueraufmerksamkeit bemerkbar, weshalb mehrere Untersuchungstermine erforderlich wurden.

Die anamnestisch bekannte homonyme Hemianopsie rechts war mittlerweile in einer Verlaufspesimetrie bestätigt worden. Hinweise auf einen gleichzeitig bestehenden Neglect ergaben sich in verschiedenen Aufgaben (freies Zeichnen, Abzeichnen) nicht, wogegen auch das ausgeprägte Störungsbewußtsein der Patientin sprach. Da in der Befunderhebung eine Reihe visuell vermittelter Verfahren eingesetzt wurden, sei angemerkt, daß durch eine Sitzordnung rechts von der Patientin sowie durch gezielte Hinweise auf eine sorgfältige Exploration in der jeweiligen Testinstruktion der Gesichtsfelddefekt kompensiert werden konnte.

Gravierende Einbußen waren bei Prüfung der mnestischen Funktionen zu verzeichnen. Die Zahlenspanne war mit sechs reproduzierten Zahlen zwar unauffällig, die figurale Kurzzeitgedächtniskapazität (Benton-Test, Recognition: 7) jedoch nicht altersentsprechend. Besonders kraß zeigte sich das Gedächtnisdefizit im verbalen Bereich bei Vorgabe der NAI-Wortliste: Gelang trotz Aphasie die sofortige aktive Reproduktion recht gut (PR 79) wurden beim verzögerten Wiedererkennen unter Distraktoren nach 30 Minuten nur noch zwei Items erkannt (PR 9). In einem Paradigma zum Lernen verbaler Assoziationen wurden ebenfalls gravierende Probleme sichtbar (WMS 7: 5).

Die Patientin war personal vollständig orientiert, zeitlich, örtlich und situativ jedoch nur teilorientiert. Sie verneinte mehrfach, daß Wortfindungsstörungen hierfür ausschlaggebend sein könnten. Orientierende Fragen zum episodischen und semantischen Altgedächtnis wurden dagegen sicher beantwortet.

Im intellektuellen Bereich wurde zur Einschätzung des prämorbidem Befähigungsniveaus aufgrund einer doch diskret eingeschränkten Lesefähigkeit auf die Vorgabe eines Wortschatztests verzichtet und stattdessen eine Schätzformel verwendet, wonach eine dem unteren Durchschnitt zuzuordnende Befähigung zu vermuten war (SW 95). Die Gegenüberstellung abbausensitiver Intelligenzprüfverfahren aus dem WIP erwies ein in etwa entsprechendes Niveau bei Aufgaben, die das rasche Erfassen wesentlicher visueller Details verlangen (BE: SW 92), nicht jedoch bei visuo-konstruktiven Anforderungen (WIP-MT: SW 88). Letzteres Ergebnis war jedoch eher Ausdruck der allgemeinen Temposchwäche der Untersuchten. In einem ohne zeitliche Begrenzung zu bearbeitenden Test zur Prüfung nonverbaler logischer Denkprozesse (CPM) erreichte Frau O. ein überdurchschnittliches Gesamtergebnis (PR 90). Instruktionsverständnis und Auffassungsgabe erwiesen sich während der gesamten Untersuchung als gut.

Affektiv war eine ängstlich-depressive Stimmungslage mit ausgeprägtem Insuffizienzerleben erkennbar. Frau O.'s Gesichtsausdruck war traurig, dabei hypomimisch, im Gegensatz zu einer deutlichen motorischen Unruhe der Hände und Füße. Auf die Frage nach ihrer derzeitigen Stimmung reagierte sie mit klonischem Weinen, das ihr recht peinlich war. Frau O. gab an, sich sonst sehr zu bemühen, sich ihre

Hoffnungslosigkeit nicht anmerken zu lassen. Sie sei immer sehr aktiv und selbständig gewesen und komme deshalb mit ihrer derzeitigen „Nutzlosigkeit“ nicht zurecht. Daß ihr jemals wieder ein selbständiges Leben möglich sein werde, glaube sie nicht. Sie könne immer noch nicht „richtig gucken“ und traue sich nicht mehr allein auf die Straße. Ihr Ehemann müsse im Haushalt jetzt teilweise ihre Aufgaben übernehmen. Obwohl er es zu verbergen versuche, spüre sie doch, daß sie ihm zur Last falle. Sie grübele oft, schlafe schlecht und habe kaum Appetit (im Akutkrankenhaus hatte die Patientin sechs kg abgenommen). Übereinstimmend mit dem klinischen Eindruck zeigte sich in einer geriatrischen Depressionsskala ein Gesamtscore, der einer mittelschweren Depression entspricht (GDS: 17 Punkte), auch wenn man berücksichtigt, daß einige der Items in diesem Fall eher die hirnorganische Schädigung als die depressive Symptomatik erfassen (Items zur Kognition).

Die im Vorkrankenhaus geäußerte Angst vor einer vorschnellen Entlassung nach Hause wird anhand des neuropsychologischen Befunds nachvollziehbar: Zum einen wurden die kognitiven Fähigkeiten der Patientin überschätzt, zum anderen wurde aber die Depression und deren Auswirkungen auf Frau O.'s Selbstvertrauen nicht erkannt.

Interventionen und Rehabilitationsverlauf

Für die Auswahl des Therapieplans war die subjektive Belastung der Patientin durch die einzelnen Störungen entscheidend; Therapieziel war daher neben der Kompensation der Hemianopsie die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleitungen. Die mnestischen Defizite waren dagegen nicht Gegenstand der Therapie; die subjektive Belastung war in diesem Bereich wesentlich geringer, vermutlich weil Frau O. von sich aus adäquate Strategien einsetzte (Notizzettel).

Ein direktes psychotherapeutisches Angebot zur Verbesserung der Stimmungslage wurde zunächst zurückgestellt, da Frau O. zum Zeitpunkt der Befunderhebung hierzu noch nicht bereit schien. Die Annahme war, daß im Zuge der gemeinsamen Arbeit an der kognitiven Symptomatik und hierbei registrierbarer Erfolge eine Beziehungssituation entstehen würde, in der die emotionale Problematik „beiläufiger“ und damit für die Patientin akzeptabler thematisiert werden könnte.

Kognitive Problematik: Im Vordergrund der kognitiven Rehabilitation stand zunächst eine reaktionsgesteuerte Verbesserung der visuellen Exploration, wodurch indirekt auch eine Verbesserung der Konzentration angestrebt wurde. Nach Erreichen dieses ersten Therapieziels sollten Aufgaben mit reizgesteuerter Vorgabe angeboten werden, um so die Tempoleistungen zu erhöhen und auch unter einer stärker streßprovozierenden Bedingung eine ausreichende Kompensation der Hemianopsie aufrecht zu erhalten.

Frau O. erhielt über sieben Wochen hinweg täglich ein computergestütztes Training, das maximal 45 Minuten dauern sollte, wobei die Patientin anfangs jedoch nur etwa

20 Min. belastbar war. Die Einweisung in die Programme - die Klinik verfügte über verschiedene Programme des „Wiener Testsystems“ - erfolgte durch den Untersucher, die einzelnen Sitzungen wurden durch einen Zivildienstleistenden betreut, dessen Arbeit regelmäßig supervidiert wurde.

Anfangs bearbeitete Frau O. das Programm „Cognitrone“ in einer Parameterversion, in der nur die beiden äußeren Felder besetzt waren; gefordert waren Entscheidungen der Art „Gleich oder ungleich“ unter Exploration der Monitoraußenseiten. Frau O. wurde angewiesen, dies langsam, aber sorgfältig zu tun, und dabei den Kopf möglichst in Neutralposition zu belassen. Letzteres war zunächst schwierig, da sich bereits eine entsprechende Fehlhaltung (Kopfdrehen) eingestellt hatte; außerdem wurden die für die Patientin ungewohnten Instruktionen anfangs wiederholt vergessen. Dennoch zeigte sich nach einigen Tagen eine positive Tendenz, so daß die Normalversion des „Cognitrone“ vorgegeben wurde. Zwei Wochen später konnte dann auf das stärker streßprovozierende Programm „Daueraufmerksamkeit“ gewechselt werden. Frau O. erhielt dabei Reizkonfigurationen, die ein Absuchen der gesamten Monitorzeile verlangten; das Tempo wurde dem langsam zunehmenden Leistungsvermögen der Patientin stetig angepaßt. Die Patientin bearbeitete gerade dieses Programm hochmotiviert, da es sie nach eigener Aussage mehr forderte. Gegen Ende der Therapie konnte Frau O. ca. 40 Minuten lang gleichbleibend aufmerksam die Übung durchführen.

Mit dem Beginn des Programms „Daueraufmerksamkeit“ wurde in Absprache mit der Ergotherapie der Transfer auf Alltagssituationen geübt. Dabei stand Frau O.'s Verhalten im Straßenverkehr im Mittelpunkt. Die Patientin erwies sich hier aber bereits als so sicher, daß diese Form der Behandlung nach kurzer Zeit beendet werden konnte. Frau O. nahm daraufhin die vertrauten abendlichen Spaziergänge zur Familie ihres Sohnes wieder auf. Bedingt durch ihre größere Belastbarkeit wagte sie sich auch wieder mit Erfolg an ihre gewohnten Tätigkeiten im Haushalt.

Affektive Problematik: Zur Schaffung einer vertrauensvolleren Beziehung wurde Frau O. während des Trainings in regelmäßigen Abständen vom Untersucher selbst supervidiert, wobei anschließend der aktuelle Leistungsstand der Patientin besprochen wurde. Über die gemeinsame Arbeit an den noch bestehenden Problemen entstand allmählich eine Beziehung, in der die Patientin von sich aus ihr emotionales Befinden ansprechen konnte. Ihre Gedanken kreisten anfangs fast ausnahmslos um ihre „Unselbständigkeit“ und deren vermeintliche Chronizität. Für die Patientin waren diese Gespräche auch deshalb entlastend, weil eine Thematisierung ihrer Situation innerhalb der ehelichen Beziehung nicht möglich, von beiden Seiten wohl auch nicht gewünscht war. Frau O. gab z. B. an, ihren Mann nicht mit ihren Sorgen belasten zu wollen, da er dies umgekehrt auch nicht tue. Wenn er abends von der Arbeit komme, sei er müde und wolle abschalten. Insgesamt entstand der Eindruck, daß die Beziehung im wesentlichen durch Gewohnheit aufrechterhalten wurde. Ein Kontakt zum Ehemann kam während der gesamten Behandlungszeit nicht zustande, da Frau O. Beratungsangebote unsererseits abwehrte.

Infolge der von ihr registrierten kognitiven Fortschritte und daraus resultierender größerer Selbständigkeit im Alltag kam es allmählich zu einer deutlichen Stabilisierung der Stimmungslage. Frau O. konnte erkennen, daß ihre Annahme bezüglich der Unveränderbarkeit ihrer Situation falsch war. Schritt für Schritt übernahm sie wieder die früher gewohnten Aktivitäten und Aufgaben, benötigte hierfür anfangs aber noch emotionale Unterstützung. Im Laufe der Behandlung war eine zunehmende Rückkehr des Selbstvertrauens zu beobachten. So nahm die Patientin die Einladung ihres in Bayern lebenden Sohnes, sie für einige Wochen zu besuchen, mit folgender Begründung an: „Will doch mal sehen, wie ich da klarkomme . . . Kenne die ganze Örtlichkeit ja nicht . . . Das hält meinen Geist bestimmt beweglich.“

Evaluation der Therapieeffekte: In der Therapiesituation konnten visuelle Exploration, visuo-kognitives Tempo und konzentrierte Belastbarkeit kontinuierlich gesteigert werden. Dabei schienen die Effekte auf eine Verbesserung der tempogebundenen Leistungen am schwächsten. Dieser Eindruck bestätigte sich auch in einem Abschlußscreening mit einer Parallellform des AKT: Das Arbeitstempo verbesserte sich hierbei am wenigsten, näherte sich aber immerhin deutlich dem unteren Durchschnittsbereich (PR 27). Erhebliche Fortschritte zeigten sich bei der Arbeitsgüte (PR 100) und im Gesamtwert für die kurzfristige Konzentration (PR 70). Eine nochmalige Überprüfung der Stimmungslage mit der GDS ergab mit einem Gesamtscore von acht Punkten ein Ergebnis, das in den Normbereich fiel.

Der in Berlin lebende Sohn gab an, er erlebe seine Mutter geistig reger, aufnahmefähiger und selbstbewußter. Die Gedächtnisproblematik habe sich nach seinem Eindruck nur leicht gebessert; seine Mutter könne hiermit aber recht gut umgehen.

Fazit

Der vorliegende Beitrag zeigt, wie auch bei ausgeprägter neuropsychologischer Symptomatik nach einem Schlaganfall bei älteren Menschen alltagsrelevante Therapieeffekte erzielt werden können. Bei der Bewertung des therapeutischen Vorgehens muß die eingangs geschilderte dürftige apparative Ausstattung der meisten geriatrischen Einrichtungen berücksichtigt werden. Dabei hatte Frau O. noch das Glück, in einer Klinik behandelt zu werden, deren therapeutische Möglichkeiten im Vergleich zu anderen geriatrischen Einrichtungen bereits überdurchschnittlich waren. Eine Ausstattung, wie sie die jetzige Arbeitsstelle des Verfassers bietet (drei Computerarbeitsplätze für 40 Patienten mit neuropsychologischen und aphasischen Störungen), dürfte in der Geriatrie noch lange eher Wunschvorstellung als Realität sein. Insofern ist auch nicht beabsichtigt, das in diesem Fall gewählte Therapieprogramm bei Aufmerksamkeitsstörungen und Hemianopsie als Mittel der 1. Wahl darzustellen. Hierfür sei auf andere Beiträge in diesem Band verwiesen.

Am Beispiel von Frau O. werden psychische Effekte computergestützter neuropsychologischer Therapiemaßnahmen erkennbar, die auch für andere ältere Patienten

typisch sind. Wenn diese im folgenden benannt werden, müssen auch gängige Stereotype zum Thema „Alte Menschen und Computer“ kritisch diskutiert werden.

Häufig wird angenommen, ältere Menschen seien gegenüber dem Medium „Computer“ ablehnend eingestellt. Tatsächlich hat sich dieses Problem in der klinischen Praxis des Verfassers kaum gestellt. Vielmehr scheint die Einstellung älterer Patienten eher durch Ambivalenz geprägt. Typisch ist einerseits die unmittelbare Reaktion von Frau O., sie habe keinerlei Erfahrung mit Computern und sei vermutlich mit dem Training überfordert. Dies macht eine besonders sorgfältige Auswahl der Therapieprogramme erforderlich, da ein subjektiv erlebter Mißerfolg sich unter diesen Voraussetzungen auf die weitere Behandlungsmotivation sehr negativ auswirken kann. Frau O. sagte andererseits: „Daß Sie mir das zutrauen . . . Vielleicht muß ich mich ja doch noch nicht aufgeben.“ Gerade das Erleben, eine neuartige Situation erfolgreich bewältigen zu können, kann in erheblichem Maße selbstwertstabilisierende Effekte zeitigen.

Auch der oft geäußerten Befürchtung, der Einsatz von Computern werde den menschlichen Kontakt ersetzen, soll an dieser Stelle widersprochen werden. Ob dies der Fall ist, liegt letztlich in der Verantwortung des behandelnden Neuropsychologen. Am Beispiel von Frau O. läßt sich im Gegenteil demonstrieren, daß die gemeinsame Arbeit mit einem bestimmten Medium vielmehr die Basis für eine Beziehung schaffen kann, die die Thematisierung emotionaler Probleme erlaubt, u.U. erst ermöglicht. Der Rehabilitationsverlauf der Patientin zeigt beispielhaft die Wechselwirkungen zwischen Trainings- und Psychotherapieeffekten. Insofern macht das Fallbeispiel auch deutlich, daß die häufig getroffene Unterscheidung beider Interventionsbereiche in der Praxis nicht haltbar ist: Prinzipiell beinhaltet neuropsychologische Therapie immer auch Merkmale des psychotherapeutischen Prozesses. Dies in der Arbeit mit dem Patienten zu nutzen, ist ein zentrales Anliegen des Beitrags.

Im Falle von Frau O. ist schließlich auch die Rolle der prämorbidem Persönlichkeit zu diskutieren: Ein Charakteristikum ihrer Biographie ist ein starkes Bedürfnis nach Autonomie. Wenngleich gerade der Verlust der gewohnten Unabhängigkeit zunächst eine depressive Verarbeitung des Krankheitsereignisses bewirkte, hat die lebenslang geprägte Bedürfnis- und Motivationsstruktur letztendlich sicher dazu beigetragen, daß Frau O. aktiv an ihrer Rehabilitation mitarbeitete und so schließlich wieder ein psychisches Gleichgewicht erlangen konnte.

Literatur

- Bodenburg, S. & Technow, U. (1992). Neuropsychologische Therapie am Computer mit alten Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 255-258.
- Gordon, W. A., Hibbard, M., Egelko, S., Riley, E., Simon, D., Diller, L., Ross, E. D. & Lieberman, A. (1991). Issues in the diagnosis of post-stroke depression. *Rehabilitation Psychology*, 36, 71-87.

- Jork, K. (1996). Probleme aus hausärztlicher Sicht - am Beispiel von Patienten nach Schlaganfall. In I. Füsgen (Hrsg.), *Der ältere Patient: problemorientierte Diagnostik und Therapie* (2. Aufl., S. 515-531). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lämmler, G. (1993). Die Neuropsychologie in der geriatrischen Rehabilitation. Kognitive und affektive Störungen erkennen und behandeln. *Krankenhaus Arzt*, 66, 531-533.
- Parikh, R.M., Robinson, R.G., Lipsey, J. R., Starkstein, S.E., Fedoroff, J.P. & Price, T. R. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Archives of Neurology*, 47, 785-789.
- Wade, D. (1993). Stroke. In R. Greenwood, M. P. Barnes, T. M. McMillan & C. D. Ward (Eds.), *Neurological Rehabilitation* (pp. 451-458). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Psychologische Interventionen bei Morbus Parkinson

Regina M. Mattes

Einleitung

Bei der Parkinson'schen Krankheit handelt es sich um eine progressive degenerative Erkrankung mit einer Prävalenzrate von 0.1 %. Das Erkrankungsalter liegt meist zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr. Die Prävalenzrate beträgt bei den 60jährigen etwa 0.2 % und bei den 80jährigen ca. 10 % (Stern & Lees, 1990).

Die Krankheit ist gekennzeichnet durch einen degenerativen Zellverlust in der Substantia nigra, wodurch ein Dopaminmangel im Striatum entsteht. Das Striatum ist Teil eines neuronalen Systems, das den Kortex, die Basalganglien und den Thalamus miteinander verbindet.

Das generelle Dopamin-Defizit bewirkt einen erhöhten Output des Pallidums und damit eine Inhibition von thalamokortikalen Neuronen, wodurch die Aktivität des gesamten striato-thalamo-corticalen Kreises vermindert wird.

Die motorischen Symptome Tremor, Rigor und Akinese sind spezifisch für die Parkinson-Erkrankung (Jankovic, 1990; Stern & Lees, 1990). Tremor findet sich bei ca. 85 % der Patienten. Er tritt bei etwa 50 % der Patienten als erstes Symptom auf und äußert sich zunächst als subjektiv erlebtes „inneres“ Zittern. Er hat eine Frequenz von ca. 5 Hz (Unterscheidung zum essentiellen Tremor). Der Parkinson-Tremor tritt vor allem in Ruhe (Ruhetremor, „Pillendreher“) auf, bei zielgerichteten Bewegungen verschwindet er. In Entspannung sowie in tiefem Schlaf ist der Tremor ebenfalls reduziert. Betroffen sind nicht nur die Extremitäten, sondern auch die Wangen, die Zunge oder der Kopf. Selbst die Stimme kann zittern. Das Auftreten und die Ausprägung des Tremors verstärkt sich schon bei geringer psychischer Belastung. Viele Patienten meiden deshalb öffentliche oder als subjektiv streßvoll empfundene Situationen oder versuchen, durch Festhalten der Hand den Tremor zu verbergen.

Rigor bezeichnet eine Steifheit der Muskeln, ein erhöhter Widerstand gegen passive Muskelstreckung. Subjektiv besteht das Gefühl der Steifheit. Der Rigor erhöht sich, wie die meisten Symptome, während psychischer Belastung und wird ferner durch eine Bewegung der kontralateralen Muskelgruppen vergrößert.

Akinese ist eine Verzögerung in der Initiierung von Bewegungen, die auch zu einem Einfrieren („freezing“) von Bewegung führen kann. Mit dem Begriff Bradykinese wird die Langsamkeit in der Ausführung der Bewegung beschrieben, wobei Geschwindigkeit und Amplitude der Bewegung verringert sind. Auch erhöhte Ermüd-

barkeit der Muskulatur ist unter diesem Symptom zu subsumieren. Bei manchen Patienten treten anfänglich auch unerklärliche Muskelschmerzen auf.

Weiterhin gibt das Phänomen der „kinesia paradoxia“ (ein Patient kann einen ihm unerwartet zugeworfenen Ball ohne Probleme fangen) Hinweise darauf, daß motorische Programme an sich intakt, die Initiierung, Selektion und Sequenzierung der Bewegung bei Parkinson-Patienten jedoch gestört ist. Haltungsinstabilität mit Propulsion oder Retropulsion kann Stürze verursachen. Auch die Atemmuskulatur kann von der Akinese betroffen sein und zu Atmungsproblemen und damit zu einer Verringerung des Sprachtempos führen, die Stimme wird leise, monoton und gedämpft.

Ebenfalls zur Akinese oder Bradykinese gehört die Hypomimie, die einen strengen, ärgerlichen oder traurigen Gesichtsausdruck bewirkt, bei Mitmenschen kann der Eindruck entstehen, der Patient sei verstimmt. Soziale Interaktionen werden zudem durch die fehlende mimischen Bewegungen erschwert.

Neben motorischen Problemen und den daraus resultierenden sozialen Unsicherheiten finden sich bei Parkinson-Patienten auch kognitive Defizite. Allerdings werden diese in der Literatur kontrovers diskutiert, da eine Konfundierung mit den motorischen Defiziten schwer auszuschließen ist. Hier sei auf die Sammelartikel von Brown und Marsden (1990) sowie Dubois, Boller, Pillon und Agid (1991) verwiesen.

Die Behandlung des Parkinson-Syndroms erfolgt in der Regel durch medikamentöse Substitution des fehlenden Neurotransmitters Dopamin und einer krankengymnastischen Behandlung. Leider kann die medikamentöse Therapie den Zellverlust nicht aufhalten. Nach acht bis zehn Jahren verlieren in vielen Fällen die Medikamente an Wirkung. Oft treten schon in dieser Periode Wirkungsschwankungen auf, die sich in Form von On-Off-Phänomen (Phasen der Mobilität und Immobilität) bemerkbar machen. Das „Freezing“ kann durch die Substitution von Dopamin wenig beeinflusst werden.

Die medikamentöse und physikalische Therapien sind wichtige Behandlungsmaßnahmen. Allerdings werden die enormen emotionalen und psychomotorischen Probleme der Patienten hierbei kaum berücksichtigt.

Psychosoziale Programme finden sich bisher nur vereinzelt (Leplow, Bamberger, Möbius & Ferstl, 1993; Ellgring, Seiler, Perleth, Gasser & Oertel, 1990). Dies ist um so erstaunlicher, als emotionale Faktoren und bestimmte Verhaltensweisen die Ausprägung der Symptome modulieren können.

So kann z.B. die Beobachtung therapeutisch genutzt werden, daß das Freezing durch sensorische Trigger bzw. Taktgeber wie Marschbefehle, rhythmische Musik, bewußte Gewichtsverlagerung oder das Gehen auf gemusterten Böden aufgehoben werden kann. Weiterhin gibt das Phänomen der „kinesia paradoxia“ (ein Patient

kann ein ihm unverhofft zugeworfenen Ball ohne Probleme fangen) Hinweise darauf, daß motorische Programme an sich intakt, die Initiierung, Selektion und Sequenzierung der Bewegung doch gestört ist.

Im vorliegenden Beitrag wird exemplarisch ein Patient vorgestellt, der an einem von der Bosch-Stiftung geförderten verhaltenstherapeutischen Programm für motorische und soziale Beeinträchtigungen bei Patienten mit Morbus Parkinson teilgenommen hat. Das Projekt wurde am Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie an der Universität Tübingen durchgeführt.

Vorstellung des Patienten und Definition der Problembereiche

Herr N. war bis zur krankheitsbedingten Frührente als Einkaufsleiter einer mittelständischen Firma tätig. Er ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und lebt mit seiner Frau im eigenen Haus in einer Kleinstadt. Die Erstdiagnose „Morbus Parkinson“ wurde im Alter von 39 Jahren gestellt, bei Therapiebeginn war er 54 Jahre alt. Pharmakologisch wurde er polypragmatisch u. a. mit Levo-Dopa behandelt. Die Dosierung wurde im letzten Jahr nicht verändert, es bestand ein „end-of-dose“-Phänomen. Zusätzlich erhielt Herr N. zur Förderung der Mobilität einmal wöchentlich Physiotherapie. Morgens und abends bestand gute Beweglichkeit, nachmittags war die Beweglichkeit stark eingeschränkt.

Herr N. wurde von seiner Ehefrau ins Institut gebracht, während der Therapie war sie zweimal anwesend und wurde an diesen Terminen in die Therapie miteinbezogen.

Als Hauptbeschwerden wurden von Herrn N. sechs Problembereiche genannt:

- 1) Gangprobleme und häufiges Fallen mit zum Teil erheblichen Verletzungen: Durch Start- und vor allem Stoppschwierigkeiten war der Gang unsicher und er stürzte bis zu drei mal pro Tag, verletzte sich dabei häufig und konnte - auch aufgrund seines Übergewichts - nicht mehr selbständig aufstehen. Die Fallhäufigkeit wurde zusätzlich durch Aufregung und mangelnde Umsicht erhöht. Die Angst vor dem Fallen trug auch dazu bei, daß Herr N. die meiste Zeit in einem Sessel verbrachte und das Haus nicht mehr allein verließ.
- 2) Sprachprobleme: Durch die Dysarthrie und die Akinese konnte Herr N. kaum verständlich sprechen, teilweise mußte seine Frau übersetzen. Die Kommunikation war daher sehr umständlich und verstärkte die soziale Unsicherheit.
- 3) Schluckstörung: Diese ging soweit, daß Herr N. die Tabletten bis zu 30 Minuten im Mund hielt, weil er den Schluckvorgang nicht initiieren konnte. Aufgrund eines vermehrten und unkontrollierten Speichelfluß wagte er sich kaum noch in die Öffentlichkeit.

- 4) Vermeiden des Telefonierens: Herr N. ging seit geraumer Zeit nicht mehr an das Telefon, weil er befürchtete, auf dem Weg zum Telefon zu stürzen und weil er sich am Telefon nicht ausreichend verständlich machen konnte.
- 5) Vermeiden von Aktivitäten: Herr N. verließ das Haus nur in Begleitung seiner Ehefrau und unternahm auch keine Aktivitäten innerhalb des Hauses, nicht zuletzt aus Angst vor Stürzen.

Ruhetremor, ein weit verbreitetes Symptom, fand sich bei Herrn N. nicht. Weitere leichte kognitive Defizite wie Vergeßlichkeit und mangelhafte Konzentration (z. B. beim Lesen), die in der psychologischen Untersuchung ebenfalls offensichtlich wurden, wurden nicht in das Behandlungsprogramm aufgenommen.

Neurologische und psychologische Untersuchungen vor und nach der Therapie

Zu Beginn und nach Ende der ambulanten Therapie wurde eine neurologische und psychologische Untersuchung durchgeführt, die folgende Verfahren umfaßte:

- Beck's Depressions Inventar (BDI) zur Erfassung von Stimmungsstörungen (Beck, 1961)
- Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) nach Herschbach (unveröffentlicht)
- Motorische Leistungsserie (Schuhfried, 1987) mit den Untertests Liniennachfahren, „steadiness“, „aiming“ und Stifte umstecken
- „Unified Rating Scale for Parkinsonism Form (UPDRS)“, zur Erfassung aller krankheitsbezogenen Symptome der Parkinson-Krankheit
- Ratingskala von Hoehn und Yahr (Hoehn & Yahr, 1967) zur Einschätzung des Schweregrades der Parkinson-Erkrankung
- Rating der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nach Schwab und England (1969)

Zusätzlich schätzen am Ende der Behandlung der Patient und der Therapeut unabhängig voneinander den Therapieerfolg auf verschiedenen Dimensionen ein. In Tabelle 1 und 2 sind die Untersuchungsergebnisse vor Beginn und nach Ende der Therapie aufgeführt.

Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse zu Beginn und am Ende der Behandlung

	vorher	nachher
BDI	19	19
ADL	50	60
LZF Freunde	2	3
Freizeitgestaltung	2	2
Gesundheit	1	3
Unabhängigkeit von Hilfe	2	4
Fortbewegungsfähigkeit	2	3
Energie/Lebensfreude	1	4
Leben insgesamt	2	4
MLS Stifte umstecken re. (s)	812	830
Stifte umstecken li. (s)	884	749
Linien nachfahren re. (s)	101	145
Linien nachfahren li. (s)	172	130
Steadiness re. (Anz. Fehler)	17	57
Steadiness li. (Anz. Fehler)	31	33
Aiming re. (Anz. Treffer)	11	39
Aiming li. (Anz. Treffer)	19	22
UPDRS Sprache	3	3
Salivation	2	2
Fallen	3	2
Gehen	3	2
Stabilität	3	2
Hoehn & Yahr-Stufe	4	3

Anmerkung. BDI = Beck's Depressions Inventar, ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens, LZF = Lebenszufriedenheit, MLS = motorische Leistungsserie, UPDRS = „Unified rating scale for Parkinsonism form“.

Tabelle 2: Einschätzung der Verbesserung durch den Patienten und den Therapeuten

	Patient	Therapeuten
Haltung	6	5
Tremor	0	0
Feinmotorik	6	4
depressive Stimmung	6	2
Umgang mit krit. Situationen	5	6
Umgang mit anderen Menschen	6	2

Anmerkung. Die Einschätzung erfolgte auf einer siebenstufigen Skala, wobei 0 keine Verbesserung und 7 eine maximale Verbesserung bedeutete.

Das Behandlungsprogramm

Die Therapie wurde im Rahmen einer Gruppentherapie mit jeweils drei bis fünf Patienten nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten durchgeführt. In der Gruppe von Herrn N. befanden sich noch zwei weitere Patienten. Die Therapie erstreckte sich über 20 Sitzungen à 90 Minuten und fand zweimal pro Woche statt. Das Trainingsprogramm umfaßte drei Module:

- Einüben einer Entspannungstechnik
- Sequenzierung und „cueing“ von Bewegungen
- Training sozialer Fertigkeiten (inkl. Aktivitätsaufbau und Streßmanagement)

Alle Übungen waren möglichst alltagsnah gestaltet, so daß sie einen hohen Gewohnheitsgrad erlangten und nach Ende der Therapie leichter fortgeführt werden konnten. Um die Übertragbarkeit in den Alltag zu fördern, wurden zahlreiche Übungen nach Vorbesprechung in der Gruppe als Hausaufgaben durchgeführt. Eine wichtige Rolle spielte im Behandlungsprogramm der Einsatz von externen und internen „Cues“. Diese Hinweisreize dienten einmal der Erinnerung an die Verhaltensweise, mit der sie verknüpft wurden (z.B. eine Bank erinnert daran, große Schritte zu machen), zum anderen lenkten sie die Aufmerksamkeit auf das richtige Bewegungsverhalten (z.B. bringt der Anblick eines Baumes ein Hochhalten des Kopfes und damit einen aufrechten Gang mit sich).

Die Module wurden den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepaßt. Bei Herrn N. lag der Schwerpunkt vor allem auf der Verbesserung des Ganges und der Reduktion der Sturzhäufigkeit.

Jede Gruppensitzung begann mit einer Kurzentspannungs- und Atemübung und wurde mit einem langen Entspannungstraining (beide in Anlehnung an Jacobson, 1938) beendet. Die Entspannung war ein Kernstück der Therapie, da sie dem Rigor und Tremor entgegenwirkt und zudem durch Entspannung emotionaler Streß reduziert werden kann. Herr N. erhielt eine Kassette mit den Instruktionen der Entspannung und führte diese täglich Zuhause durch. Den Grad der erreichten Entspannung dokumentierte er in einem Verlaufsbogen.

Im folgenden werden Inhalt und Verlauf der Therapie anhand der oben genannten Problembereiche dargestellt:

1. Zunächst wurde ein allgemeines Gehtraining durchgeführt. Videounterstützt wurden die einzelnen Komponenten des Ganges (Gewichtsverlagerung durch mehrmaliges Wippen von einem Bein auf das andere vor dem Start, aufrechte Haltung durch Blick nach oben, Anheben und anschließendes Abrollen des Fußes, Armmitbewegung) rückgemeldet und eingeübt (Nutt, 1993).

Um den Übungseffekt zu erhalten, suchte sich Herr N. eine Strecke rund um sein Haus, und versah sie mit Cues, die ihn an eine aufrechte Haltung, Gewichtsverla-

gerung und Anheben der Beine erinnerten. Er lief jeden Tag zweimal diese Strecke und erweiterte diese zunächst auf den Garten, dann auf die Straße.

Um die Häufigkeit des Fallens, das sich als Hauptproblem darstellte, zu reduzieren, wurde zunächst ein Falltagebuch geführt. Dabei stellte sich heraus, daß ein Hauptgrund für die Fallhäufigkeit die zu schnellen und unüberlegten Bewegungen waren. Bewegungsabläufe, die häufig zum Fallen führten (z. B. auf einen Stuhl sitzen) wurden in mehrere Abschnitte unterteilt, die jeweils durch kurze Ruhepausen getrennt wurden: (1) Hinter den Stuhl stellen, (2) den Stuhl vom Tisch wegziehen, (3) um den Stuhl herumgehen, (4) sich vor den Stuhl stellen und (5) hinsetzen.

2. Die Sprachprobleme waren auf den Verlust der lauten Stimme (Akinese) sowie auf einen reduzierten Tonus der Stimmbänder zurückzuführen. Hinzu kam die zu flache Atmung, die zur Propulsion der Sprache beitrug. Die Therapie bestand aus Lockerungsübungen der an der Sprache beteiligten Muskulatur, verschiedene Sprechübungen zur Artikulation und zur Sprachmelodie. Vor jedem Sprechen eines Satzes sollte Herr N. darauf achten, eine aufrechte Haltung einzunehmen und tief durchzuatmen.
3. Die Übungen für das Schlucken und gegen den Speichelfluß deckten sich mit denen für die Sprache. Zusätzlich wurden der Patient vor jedem Essen noch angeleitet, Übungen für die Kaumuskulatur durchzuführen. Herr N. hatte nach wenigen Sitzungen keine Probleme mehr, seine Medikamente zu schlucken. Der Speichelfluß reduzierte sich ebenfalls deutlich.
4. Für das Telefonieren wurde eine Verhaltenssequenz aufgebaut. Wesentlich dabei war, daß Herr N. das Telefon frühestens nach dem sechsten Läuten abnehmen sollte, um Hektik zu vermeiden. Beim ersten Läuten sollte er auf fünf zählen, um ein überhastetes Gehen und Fallen zu vermeiden. Zusätzlich sollte er sich den Satz „Ganz langsam“ als Selbstinstruktion geben, dann langsam zum Apparat gehen und vor dem Abnehmen des Hörers eine aufrechte Haltung einnehmen und tief einatmen.
5. Zum Aufbau von Aktivitäten wurde eine Tagesstruktur erstellt. Nach dem Frühstück und der Morgentoilette führte Herr N. das Entspannungstraining durch, danach putzte er das Waschbecken, las Zeitung und machte anschließend die Gehübungen ums Haus. Die Aktivität „Waschbecken putzen“ suchte sich Herr N. selbst aus; sie war psychomotorisch schwierig und mußte in mehreren Sitzungen geübt werden. Das Hauptproblem bestand darin, daß sich Herr N. zu wenig Zeit nahm und hektisch wurde, weil er schnell fertig werden wollte.

Die erzielten Verbesserungen

Sowohl Herr N. als auch der Therapeut beurteilten die Therapie positiv. Auch die Ehefrau bestätigte die Erfolge. Herr N. schätzte den Therapieerfolg höher ein als die Therapeutin, ein Zeichen seiner hohen Motivation aber auch seines Leidensdruckes und der Hoffnung auf die Therapie.

Bei den objektiven Maßen für feinmotorische Fertigkeiten ergaben sich - vermutlich aufgrund des progressiven Verlaufes - nur geringe Veränderungen. Die Therapieerfolge bei Herrn N. betrafen vor allem komplexe Alltagshandlungen, die nun häufiger und ohne Angst bewältigt werden konnten.

Zu Beginn der Therapie verließ Herr N. das Haus selten und nur in Begleitung seiner Ehefrau. Am Ende der Therapie unternahm Herr N. täglich zwei Rundgänge ums Haus und auf die Straße und konnte in Begleitung mehr als 15 Minuten gehen. Eine große Beruhigung, auch für seine Frau, war die Reduktion der Fallhäufigkeit von mindestens drei Mal täglich auf zweimal pro Woche.

Das Gefühl, sich nützlich machen zu können und sich als vollwertiger Mensch zu fühlen sowie die Strukturierung des Morgens waren für Herrn N. sehr wichtig und befriedigend. So kam er aus der Situation heraus, nur auf die Rückkehr seiner Frau zu warten.

Die verschiedenen Sprachübungen führten zu einer Verbesserung der Sprache, so daß Herr N. sich besser verständlich machen und kleinere Geschichten erzählen konnte. Ein Problem blieb das konsequente Durchhalten der vereinbarten Regeln: Herr N. vergaß oft die Pausen und achtete nicht auf die kontrollierte Durchführung von Bewegungen. Es bestand immer die Tendenz, alles schnell zu machen, „um es hinter sich zu bekommen“.

Die Angst vor dem Telefonieren konnte bei Herrn N. nicht abgebaut werden. Zu groß war die Angst vor einem Sturz.

Schlußbemerkung

Ziel dieser Falldarstellung war es, exemplarisch mögliche psychologische Interventionen bei einem Patienten mit Parkinson-Syndrom vorzustellen. Solche Interventionen sind bisher selten, können aber, wie dieses Fallbeispiel gezeigt hat, die Lebensqualität und das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen deutlich verbessern.

Die Selbständigkeit so gut es geht zu erhalten und sogar wieder zu vergrößern, stärkte das Selbstwertgefühl und lenkte die Aufmerksamkeit zeitweilig von der Krankheit ab. Auch kleine Aktivitäten, wie das Waschbecken putzen, gaben Herrn N. das Gefühl, sich nützlich zu machen und halfen ihm, eine Tagesstruktur aufzubauen. Dies entlastete auch seine Ehefrau. Für Herrn N. war es daher auch wichtig, eine Tagesstruktur zu erhalten, die auch kleine Aktivitäten (z. B. Entspannung, Gang auf die Terrasse) beinhalten kann.

Solche Verbesserungen war auch bei den anderen Patienten, die an dem Therapieprogramm teilnahmen, zu beobachten. Schon nach der ersten oder zweiten Sitzung stellte sich bei ihnen in Verbindung mit dem Entspannungstraining eine Reduktion

des Tremors oder sogar eine völlige Ruhe ein. Die damit erhaltene Kontrolle über ein Symptom reduzierte das Gefühl der Hilflosigkeit und die psychische Belastung.

Bei der Durchführung des Behandlungsprogrammes hat sich gezeigt, daß die Motivation des Patienten eine wichtige Rolle spielt. Diese ist vor allem deshalb wichtig, weil durch die Hausaufgaben der Hauptanteil der Therapie nicht der direkten Supervision des Therapeuten unterliegt. Diese Motivation wird durch sichtbare Erfolge (Verbesserung des Laufens auf der definierten Strecke) erheblich gesteigert. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig darauf hinzuweisen, daß Hausaufgaben intensiv besprochen werden sollten und individuell angepaßt werden müssen, um frustrierende Mißerfolge möglichst zu vermeiden.

Neben der Motivation kommt den Angehörigen eine wichtige Rolle zu. Sie können dem Behandlungserfolg entgegenwirken bzw. die funktionellen Einschränkungen verstärken, wenn sie durch ein überfürsorgliches Verhalten der Selbständigkeit des Patienten entgegenwirken.

Zum Schluß muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Objektivierung der Therapieerfolge ein Problem darstellt, weil die verwendeten Meßinstrumente veränderungssensitive Bereiche nicht erfassen. Verbesserungen zeigten sich vor allem beim Aufbau von Aktivitäten und der Durchführung komplexer Bewegungen (z. B. Aufstehen vom Bett, Dauer eines Spazierganges), für die keine objektiven Meßverfahren existieren. Hinzu kommt, daß bei der Beurteilung des Therapieerfolges der progressive Verlauf des Morbus Parkinson berücksichtigt werden muß. Ein psychologisches Behandlungsprogramm kann nur zum Teil eine Verbesserung der Symptome bewirken, das Hauptziel besteht darin, die Progredienz zu verringern und solange und soviel Alltag als möglich zu erhalten. Durch die Verstärkung der Symptome bei emotionaler Belastung werden hohe Anforderungen an die soziale Kompetenz gestellt, daher ist der Erwerb von spezifischen sozialen Fertigkeiten ein wichtiger Bestandteil. Eine begleitende niedrigfrequente Fortsetzung der Therapie garantiert, daß die gelernten Strategien im Alltag erhalten bleiben.

Literatur

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Meck, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brown, R. G. & Marsden, C. D. (1990). Cognitive function in Parkinson's disease. From description to theory. *Trends in Neuroscience*, 13, 1, 21-29.
- Dubois, B., Boller, F., Pillon, B. & Agid, Y. (1991). Cognitive deficits in Parkinson's disease. In F. Boller & J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*, Vol.5 (pp. 195-214). Amsterdam: Elsevier.
- Ellgring, H., Seiler, S., Perleth, B., Gasser, T. & Oertel, W. (1990). An integrated approach for the neurological and psychological support of Parkinson patients. *New Trends in Clinical Neuropharmacology*, 4, 4.

- Hoehn, M.M. & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: Onset, Progression and mortality. *Neurology*, 17, 427-442.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jankovic, J. (1990). The assessment and therapy of Parkinsonism. In C. D. Marsden & S. Fahn (Eds.), *Clinical aspects of Parkinson's disease* (pp. 53-59). Carnforth: The Parthenon Publishing Group.
- Lepow, B., Bamberger, D., Möbius, T. & Ferstl, R. (1993). Verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme bei Parkinson-Patienten. *Neurologische Psychiatrie*, 7, 59-68.
- Nutt, J. G., Marsden, C. D. & Thompson, P. D. (1993). Human walking and higher level gait disorder, particularly in the elderly. *Neurology*, 43, 268-279.
- Schuhfried, G. (1987). *Program description motor performances test series PC/S (Version 05.87)*. Mödling: Schuhfried GmbH.
- Schwab, R. S. & England, A. C. (1969). Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. In F. J. Gillingham & M.C. Donaldson (Eds.), *Third symposium on Parkinson's Disease* (pp. 152-157). Edinburgh: Livingstone.
- Stern, G. & Lees, A. (1990). *Parkinson's disease. The facts*. Oxford University Press.