

muß das Blutbild in den ersten 18 Wochen wöchentlich und danach in 4wöchentlichen Abständen kontrolliert werden (6).

Parenterale Applikation

Bei akinetischen Krisen kann Levodopa intravenös (5 Levodopa-Ampullen – erhältlich bei Hoffmann La Roche, Grenzach – mit je 25 mg L-DOPA/Ampulle in 225 ml 5% Glukose aufgelöst) gegeben werden.

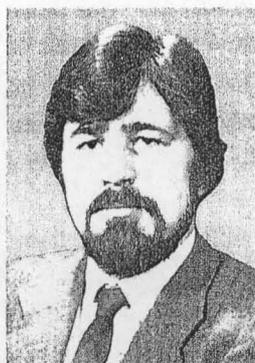
Apomorphin, der derzeit potenteste Dopamin-Agonist, bessert bei subkutaner Gabe als Bolus oder als Dauerapplikation mit Hilfe einer

Pumpe Akinese, Rigor und Tremor. Apomorphin findet therapeutische Anwendung bei ausgeprägten Off-Phasen (siehe oben), bei schmerzhaften Dystonien in Off-Phasen und bei akinetischen Krisen. Indikationsstellung und Therapiebeginn bleiben aus rechtlichen Gründen Fachabteilungen vorbehalten (6).

O. Bandmann und Prof. Dr. W. H. Oertel
Neurologische Klinik, Klinikum Großhadern,
Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninstraße 15
8000 München 70

Literatur beim Verlag

Psychosoziale Aspekte des Morbus Parkinson



J. H. Ellgring

Psychosoziale Implikationen der Erkrankung

Gerade weil der Morbus Parkinson eine eindeutig neurologische Erkrankung darstellt und effektive symptomatische Behandlungsmöglichkeiten zum Ausgleich

des Dopamin-Defizits verfügbar sind, werden die psychologischen Implikationen der Erkrankung bislang nur zögerlich berücksichtigt. Sie werden allerdings deutlich, indem Patienten wie auch Angehörige über lange Jahre hinweg mit einer Vielzahl an psychologischen und Verhaltensproblemen konfrontiert werden. Nur begrenzt können die organischen Veränderungen das gehäufte Auftreten von Depression (Gotham, Brown & Marsden, 1986; Brown, MacCarthy, Gotham, Ger & Marsden, 1988), von sozialem Rückzug, von Sensibilität gegenüber belastenden Situationen und von Einschränkungen kognitiver Funktionen (Dakof & Mendelsohn, 1989) erklären.

Man muß hier von sekundären Symptomen der Parkinson-Erkrankung ausgehen, die ihrerseits die Wirkung der Medikamente modifizieren.

Bei akinetischen
Krisen: Levodopa
intravenös
oder Apomorphin
subkutan.

Psychologische
Probleme als
sekundäre
Symptome des
Morbus
Parkinson.

Als zentrale psychologische Probleme, die jeweils Auswirkungen auf Patienten wie auch deren Angehörige haben, sind zu berücksichtigen:

- Depression und Schwankungen im Befinden
- Verminderung der Motivation und des Antriebs
- Verlangsamung kognitiver Prozesse (Bradyphrenie)
- Soziale Unsicherheit und Angst
- Reduzierter emotionaler Ausdruck in Mimik, Gestik und Stimme
- Streß-Abhängigkeit der motorischen Symptome
- „Soziale Wirksamkeit“ der Symptome (Auffallen in der Öffentlichkeit)

Verstärkung der psychologischen Symptomatik Wechselwirkung mit Reaktionen der Umgebung.

Einige dieser Probleme sind in direkter Weise mit dem Dopamin-Defizit assoziiert oder gar Folge davon. Jedoch können die Bradyphrenie oder der verminderte Ausdruck in Wechselwirkung mit den Reaktionen der Umgebung auch die Apathie und den sozialen Rückzug des Patienten weiter verstärken.

Vor dem Hintergrund „kognitiver Belastungen“ sind verschiedene therapeutische Probleme zu sehen, wie z. B.

- das Wissen, daß trotz anfänglich guter Beeinflussbarkeit der Symptome die Medikamentenwirkung nach einigen Jahren (im statistischen Mittel nach 5 Jahren) nachläßt,
- die schlechte Vorhersagbarkeit der Medikamentenwirkung bei fortgeschrittener Erkrankung.

Angst und depressive Symptomatik

Wenn auch eine erhöhte Co-Morbidität von Parkinson-Erkrankung und Depression unbe-

stritten ist, schwanken die Angaben über das Auftreten von Depression doch erheblich. Es werden Schätzungen zwischen 18% und 90% genannt, wobei nach Dakof & Mendelsohn (1986) 30% bis 40% der Parkinson-Patienten als klinisch depressiv einzustufen sind.

Unklar ist bisher, zu welchem Anteil die depressive Symptomatik als biochemisch bedingter Teil der Parkinson-Erkrankung anzusehen ist, bzw. reaktiv auf die Erkrankung auftritt (siehe z. B. Gotham et al., 1986; Mayeux, Williams, Stern & Cote, 1984). Für eine Beteiligung psychologischer Faktoren spricht u. a., daß bei Parkinson-Patienten Gefühle von Hilflosigkeit, Resignation und erhöhter Angst beobachtet wurden (Diller & Riklan, 1956; Döring, 1984). Zudem spielt offensichtlich auch das Vorhandensein und die Qualität der Partnerschaft eine Rolle (Seller, Perleth, Gasser, Ulm, Oertel & Ellgring, 1992): Patienten, deren Ehe oder Partnerschaft sich im Verlauf der Krankheit ver-

Psychologische Faktoren bei Entstehung depressiver Symptomatik mitbeteiligt.

schlechtert hat, zeigen höhere Depressionswerte als solche mit stabil positiver Partnerschaft. Allein-stehende Patienten zeichnen sich ebenfalls durch höhere Depressionswerte aus, bei allerdings erhöhter Selbständigkeit.

Alter und Persönlichkeit

Insgesamt scheinen jüngere Patienten die mit der Erkrankung verbundenen Probleme stärker zu erleben. Ob die Anpassung bei längerer Krankheitsdauer besser oder schlechter gelingt, ist bisher unklar. Abgesehen von eher