

Das Idiopathische Parkinson-Syndrom ist nicht nur eine Bewegungsstörung

Der Chirurg James Parkinson war ein guter Beobachter, als er 1817 das Syndrom der „Shaking Palsy“ anhand von sechs Fallgeschichten beschrieb. Der grobschlägige Tremor in Verbindung mit dem nach vorn gebeugten kleinschrittig tippelnden Gang und der zunehmenden Bewegungseinschränkungen blieb uns und unseren Patienten als Morbus Parkinson im Gedächtnis. Patienten mit unterschiedlichsten Tremorformen kommen in die Praxis und fragen besorgt: „Habe ich Parkinson?“ Oft ist ein beruhigendes „Nein“ möglich, da andere Tremorformen, z. B. der essentielle Tremor, häufiger vorkommen. Und vor allem: Nicht jeder Parkinson-Patient zeigt einen typischen Tremor. Können wir also auch gut beobachten und andere Symptome erkennen?

Diagnose

Das idiopathische Parkinson-Syndrom ist durch 4 Hauptsymptome gekennzeichnet:

1. Bewegungseinschränkung (Hypo- bis Akinese),
2. Muskelstarre (Rigor),
3. Haltungsinstabilität (posturale Instabilität),
4. grobschlägiges Zittern in Ruhe (Tremor).

Um die Diagnose zu stellen, muss die Hypokinese als Kernsymptom vorhanden sein und wenigstens eines der genannten Kardinalsymptome hinzukommen. Entsprechend wird unterschieden zwischen dem Akinetisch-rigiden Typ, dem Tremor-dominanten Typ und dem Äquivalenz-Typ mit annähernd gleich ausgeprägtem Rigor, Tremor und Akinese.

Neuropathologie

Die motorischen Symptome sind überwiegend auf einen Untergang dopaminerger Neurone in der Substantia nigra im Mittelhirn zurückzuführen, deren Bahnen insbesondere in die Stamm-

ganglien projizieren. Das Ungleichgewicht der Transmittersubstanzen in den Basalganglien betrifft jedoch nicht nur das reduzierte Dopamin, sondern auch andere Neurotransmitter wie Glutamat, Serotonin, Acetylcholin und Noradrenalin.

Wie bei vielen „degenerativen“ Erkrankungen des Gehirns sind pathologische Eiweißablagerungen für den vorschreitenden Krankheitsprozess verantwortlich. Beim Parkinsonsyndrom spielen intrazelluläre Ablagerungen von alpha-Synuclein, die sich zu Lewy-Körperchen zusammenklumpen, eine wichtige pathogenetische Rolle.

Und hier wird es spannend. Mit zunehmend genauerer hirnpathologischer Forschung, insbesondere durch die Arbeiten von Prof. H. Braak aus Frankfurt, wird deutlich und erklärbar, dass das idiopathische Parkinson-Syndrom nicht nur eine Bewegungsstörung ist, sondern einen viel größeren Symptombereich umfasst.

In der vorsymptomatischen Phase des idiopathischen Parkinson-Syndroms finden sich bereits Lewy-Körper-Ablagerungen in den Kerngebieten der Hirnnerven IX und X im Hirnstamm. Es wird so erklärbar, dass zum Parkinson Schluckstörungen und Störungen der Blutdruckregulation (N. glossopharyngeus, IX) sowie parasympathische Störungen der Herzfrequenz-Steuerung sowie der Darmmotorik (N. vagus, X) gehören. Diese entstehen bereits früh und verschlechtern sich im Krankheitsverlauf. Auch der locus caeruleus im Hirnstamm, der insbesondere über den Neurotransmitter Noradrenalin Aufmerksamkeit und Orientierung steuert, ist betroffen. Als typisches Frühsymptom können Einschränkungen des Geruchvermögens festgestellt werden, die auf eine Störung des Riechnervs zurückzuführen sind. Erst im Weiteren treten die typischen Bewegungsstörungen auf, die auf den Neuronenuntergang in der Substantia nigra zurückzuführen sind. Der dege-

nerative Prozess schreitet im Krankheitsverlauf weiter voran und betrifft auch die Hirnrinde sowie die entsprechenden Assoziationsbahnen. Spannend ist auch, dass sich Lewy-Körper nicht nur in den beschriebenen Hirnstrukturen, sondern auch in neuronalen Ganglien des Sympathikus sowie der Darmwand und der Nebenniere finden lassen und entsprechende Störungen hervorrufen.

Weg von der fachspezifischen Neuropathologie hin zur Klinik, die nicht nur das neurologische Fachgebiet betrifft, sondern die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Internisten, Urologen, Neurologen und Psychiatern sowie auch Orthopäden und insbesondere auch Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten erfordert.

Nichtmotorische Störungen

Bei der Diagnostik und der Therapie des Parkinson-Syndroms ist es erforderlich, neben den motorischen auch die nichtmotorischen Störungen zu berücksichtigen. Diese schränken die Lebensqualität der betroffenen Patienten und deren Angehörigen erheblich ein und sollten behandelt werden, was ich kurz skizzieren möchte.

Die nichtmotorischen Störungen beim Parkinson-Patienten lassen sich in 4 Gruppen unterteilen:

- Autonome Störungen
- Neuropsychiatrische Störungen
- Schmerz
- Schlafstörungen.

Bei den *Autonomen Störungen* finden sich vorrangig:

- a) *Gastrointestinale Störungen*, hier vor allem Schluckstörungen (Logopädie), Obstipation (die Verordnung von z. B. Movicol® erfolgt bei der Diagnose „neurogene Darmstörung“ auf Kassenrezept!) sowie Völlegefühl, Appetitlosigkeit und Übelkeit (kleine Mahlzeiten).



Fortsetzung von Seite 34

- b) *Kreislauf-Störungen*, hier insbesondere orthostatische Dysregulation (KG, ggf. Stützstrümpfe. Medikamentös: Gutron® / Astonin H®).
- c) *Blasenstörungen*, hier vorrangig die oft behandlungsbedürftige Dranginkontinenz (nichtmedikamentös, z. B. Beckenbodentraining, verschiedene urologische Medikamente).
- d) *Sexuelle Funktionsstörungen*, hier vor allem erektile Impotenz und Lubrikationsstörungen (Gleitmittel), wobei die unter L-Dopa-Therapie manchmal auftretende Steigerung der sexuellen Bedürfnisse und Dranghaftigkeit zum Problem wird und den Wunsch nach Verordnung von Phosphodiesterase-Hemmern (nur auf Privatzept!) nach sich zieht, sowie
- e) *allgemeine vegetative Symptome* wie Störungen der Talgproduktion und ausgeprägtes Schwitzen.

Bei den *Neuropsychiatrischen Störungen* finden sich

- a) *Depressive Symptome*, die neben der reaktiven psychodynamischen Seite auch eindeutig organische Ursachen haben. Depressive Symptome treten bei einer Gesamthäufigkeit von 37% bei eher jüngeren Patienten gehäuft auf. Neben Psychoedukation (vom Arbeitskreis Parkinson Berlin erarbeitet) und verschiedenen Verfahren der Psychotherapie sind Antidepressiva ohne Interaktionspotential wie Citalopram oder Sertralin angezeigt (Trizyklika wie Amitriptylin verstärken u. a. kognitive Störungen und erhöhen die Gefahr von Halluzinationen).
- b) *Demenz bei M. Parkinson*. Sie tritt bei einer Gesamthäufigkeit von 40% bei eher älteren Patienten stark gehäuft auf. Eine orientierende Diagnostik ist mit dem von Calabrese entwickelten PANDA-Test möglich. Die antidementive Therapie mit dem Cholinesterasehemmer Exelon® ist zugelassen.

c) *Psychotische Symptome*. Diese können sowohl durch die medikamentöse Therapie verursacht werden als auch im Rahmen der Erkrankung auftreten. Hier sind dann jedoch weitere differentialdiagnostische Überlegungen (Multi-System-Atrophie u. a.) erforderlich. Gekennzeichnet sind die halluzinatorischen Symptome häufig durch optische Gestalten (in der Wohnung) oder akustische Phänomene (Klopfen, Rufen), die nicht immer mit Angst verbunden sind. Bevor Neuroleptika gegeben werden, sollte versucht werden, die Parkinsonmedikation zu reduzieren (das zuletzt dazugegebene oder erhöhte Medikament zuerst!). Von den Neuroleptika, die keine weiteren Störungen der Motorik induzieren, ist nur Clozapin nicht off label, setzt jedoch eine regelmäßige Kontrolle der Leukozyten-Werte verpflichtend voraus. Das ebenfalls gut wirksame Seroquel® ist off label und daher nicht einsetzbar.

Zu beachten ist, dass das abrupte Absetzen der Parkinsonmedikation, z. B. bei Einlieferung ins Krankenhaus oder vor Narkose bei einer ambulanten Operation, eine schwere bedrohliche delirante Symptomatik auslösen kann.

Die *Schmerz-Symptomatik* ist oft ein Frühsymptom der Erkrankung und auf den Rigor, die eingeschränkte Mobilität und die gestörte Körperhaltung zurückzuführen. Selten kann der Schmerz auch zentral bedingt sein. Orthopäden sollten daher durchaus an die Differentialdiagnose M. Parkinson denken. Die Neurologen sollten aber auch die orthopädischen Probleme der Erkrankung nicht übersehen. Vor allem gilt: Auch Parkinson-Patienten haben ein Recht auf eine angemessene Schmerztherapie.

Schlafstörungen sind vor allem durch einen gestörten Nachtschlaf gekennzeichnet. Neben Komorbiditäten wie Schlafapnoe oder Restless-Legs-Syndrom sind nächtliche Bewegungshemmung (retardiertes L-Dopa zur Nacht)

oder Dyskinesien sowie REM-Schlaf-assoziierte Bewegungsstörungen (Kennzeichen: blaues Auge oder Nasenbeinfraktur des Bettpartners, Therapie mit Rivotril®) durchaus häufig. Eine gesteigerte Tagesmüdigkeit ergibt sich zusätzlich durch die dopaminerge Therapie oder den Einsatz von Antidepressiva oder Sedativa.

Medikamentöse Therapie der Bewegungsstörungen

Hier möchte ich auf die ausführliche Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie verweisen (DGN.org/Leitlinien).

Für Patienten unter 70 Jahren ohne wesentliche Komplikationen gilt, dass zunächst eine Monotherapie mit einem Dopamin-Agonisten eingeleitet werden sollte. Nicht-Ergotamin-Agonisten wie Sifrol® oder Requip® als auch Neupropflaster® bieten sich m. E. an, mit dem in Deutschland neuen (in Frankreich seit Jahren zugelassenen) Clarium® fehlen mir die klinischen Erfahrungen.

Ergotamin-Dopaminagonisten, wie u. a. das Cabergolin, das durch eine längere Halbwertszeit gekennzeichnet ist, bedürfen wegen des Verdachtes, Herzklappenfibrosen zu verursachen, der regelmäßigen kardiologischen Kontrolle inklusive transthorakaler Echokardiographie. Dies ist im GKV-System aus Kosten- und Kapazitätsgründen sicher nur im Einzelfall durchführbar. Eine ergänzende Therapie mit L-Dopa-Präparaten folgt in späteren Stadien.

Über 70jährige Patienten sollten primär auf ein L-Dopa-Präparat (automatisch kombiniert mit einem Decarboxylasehemmer) eingestellt werden, die Kombination mit einem Non-Ergot-Dopaminagonisten folgt.

Kombinationen der L-Dopa-Präparate mit dem COMT-Hemmer Entacapone (Comtess®, als Fixkombination als Stalevo®) reduzieren die beim längeren Behandlungsverlauf mit L-Dopa-Präpa-

raten auftretenden Komplikationen im Sinne von Wirkungsflektuationen und Dyskinesien.

Spannend sind Studien zum Mono-Amino-Oxidase-B-Hemmer Azilect®. Es konnte auch in einer Wiederholungsstudie gezeigt werden, dass die Frühbehandlung mit Azilect® die Krankheitsprogression gegenüber der verzögert behandelten Vergleichsgruppe reduzieren konnte. Die frühe Gabe des MAO-B-Hemmers macht offenbar Sinn, auch wenn die akuten Effekte nicht dramatisch sind.

Auf die therapeutischen Möglichkeiten bei Komplikationen mit Apomorphin-Injektionen, der Tiefen Hirnstimulation oder der Duodopa-Pumpe® (die jedes Arzneimittel-Budget sprengt) möchte ich nicht eingehen. Ebenso lasse ich hier die physikalischen Behandlungsmethoden (KG, Logopädie, Ergotherapie) außer acht.

Hinweisen möchte ich zuletzt auf eine veröffentlichte Erhebung des Arbeitskreises Parkinson Berlin, in der die durchschnittlichen medikamentösen Behandlungskosten für einen Parkin-

son-Patienten pro Fall für das 2. Quartal 2002 erfasst wurden: Dies sind 558,82 €. Das zulässige Budget lag für dieses Quartal bei 63,14 € für Mitglieder, bei 84,03 € für Rentner. Kommentare verneife ich mir an dieser Stelle.

*Hans-Jürgen Boldt
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
10625 Berlin*

Psychosomatische Medizin in der alltäglichen Versorgung:

Ess-Störungen verstehen und behandeln

Menschen mit Ess-Störungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder (BED)) sind oft voller Scham-, Schuld- und Versagensgefühle, sozial isoliert, haltlos, voller Selbstwertzweifel und Selbstdestruktion. Ihr täglicher Kampf besteht häufig darin, ihre äußere Fassade aufrecht zu erhalten, perfekt zu erscheinen: ein Konstrukt, um ihren für sich erlebten inneren Defekt zu über-tünchen.

Das Ausmaß einer Ess-Störung reicht in jeden Lebensbereich hinein und steuert die gesamte Entwicklung und den Lebensweg der Betroffenen. Körperliche Zerstörung mit schwersten Folgeerkrankungen, seelische Folgeerkrankungen bis hin zu Suiziden, Depressionen, Ängsten etc., soziale Probleme wie Einsamkeit, Jobverlust, Schulden und Kriminalität sind oft unausweichlich. Krankheitsverläufe über 20 Jahre und mehrfache ambulante und/oder stationäre Therapieversuche sind keine Seltenheit. Ess-Störungen sind die psychosomatische Erkrankung mit der höchsten Letalitätquote. Es besteht ein Circulus vitiosus mit Suchtcharakter, dessen Heftigkeit und zerstörerischer

Gewalt sich die Betroffenen ohnmächtig ausgeliefert fühlen.

Sichtbare Spitze des Eisbergs

Ess-Störungen selber sind in der Regel nur die sichtbare Spitze des Eisbergs. Unter der akuten Symptomatik verbergen sich Selbstwertprobleme, Beziehungs- und Kontaktängste sowie Fragen nach dem Lebenssinn und der eigenen Identität bei höchstem Leistungs- und Perfektionsanspruch an sich selbst. Auch wenn man die Symptomatik im Griff zu haben scheint, so ist das „Dilemma“ noch längst nicht bewältigt.

Gerade Haus- und Fachärzte sehen die Menschen mit Ess-Störungen oft als erste in ihren Praxen, allerdings sicherlich zunächst aufgrund anderer Fragestellungen. Es ist oftmals sehr schwierig, die Ess-Störung zu erkennen und eine Gratwanderung, mit den Betroffenen darüber ins Gespräch zu kommen. Sie dann noch zu motivieren, aktiv zu werden und sich behandeln zu lassen, ist eine weitere Hürde. Warum ist das so? Die Menschen sind ohnehin schon voller Scham- und Versagensgefühle und

werten sich massiv ab. Für sie ist es selber fast unmöglich, ihr Verhalten als Erkrankung anzuerkennen. Sie geben sich einerseits meistens die Schuld für ihre Zügellosigkeit. AnorektikerInnen definieren sich andererseits stark über das Gewicht und haben Angst, ihre Identität und Autonomie zu verlieren, wenn sie sich zur Erkrankung bekennen würden.

Vertrauen als Voraussetzung für eine Selbstreflektion

Wichtig sind nicht nur die diagnostische Einordnung, sondern vor allem die eigene Haltung diesen Menschen gegenüber, die sich nur wahrgenommen fühlen können, wenn ihnen die Ernsthaftigkeit und die hinter der Symptomatik liegende komplexe Problematik vermittelt wird. Dann kann ein vertrauensvoller Kontakt entstehen, der letztlich zu einer Selbstreflektion und Therapiemotivation führen kann.

Psychosomatiker können die für diese Patientengruppe bedeutsamen körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte im Schweregrad einschätzen, in Zusam-



Fortsetzung von Seite 37

menhänge bringen, integrieren und vermitteln und differentialdiagnostisch einordnen. Gerade auf die mögliche Differenzierung von BED und Übergewicht bzw. Adipositas (BED versus Adipositas: regelmäßigeres Fasten/Diäten, früheres Übergewicht, größere Gewichtsschwankungen und Kcal-Zufuhr, dissoziative Qualität, Auslöser für Essattacken: Affekte, Spannungen, Konflikte, größere Sorgen um Gewicht und Figur, ausgeprägter Selbstwertmangel, häufige Komorbidität mit affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch) sei noch hingewiesen. Der Übergang zwischen beiden Erkrankungen ist fließend.

Umfassendes, flexibles Therapiekonzept anbieten

Die Erfahrung zeigt, dass das Entscheidende ist, wirklich für die Betroffenen individuell da zu sein und sich auf einen authentischen, vertrauenswürdigen Kontakt einzulassen. Das bedeutet aber auch, ein umfassendes, zuverlässiges und sehr flexibles Therapiekonzept anzubieten, das sich an den Betroffenen und deren Prozess variabel orientieren und dem Suchtcharakter der Erkrankung (depressiven Einbrüchen, Ängsten, Spannungszuständen, Leeregefühlen und anfänglichem Gefühlschaos) begegnen kann. Bewährt hat sich die Kombination aus einer Einzeltherapie und einer wöchentlichen Gruppentherapie

nur für Menschen mit Ess-Störungen (wenn Gruppenfähigkeit besteht) über mindestens 2 Jahre.

Ernährungsmedizinische Informationen, der Umgang mit dem „Suchtdruck“ und die den Bedürfnissen des eigenen Körpers entsprechende Wahl von Nahrungsmitteln, das Gefühl für Hunger, Sättigung und Genuss sollten dazu konsequent im Kontext der jeweiligen Ess-Störung besprochen werden. Das gilt insbesondere auch für das „reine“ Übergewicht. Zu Beginn, wie auch während der Behandlung, muss die körperliche Verfassung der Betroffenen immer im Blickfeld sein und thematisiert werden, um nötigenfalls Konsequenzen einzuleiten. Eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten zwecks Labor, EKG etc., den Gynäkologen, Zahnärzten und gegebenenfalls anderen Fachärzten ist unabdingbar.

Ziele

Die Patientinnen und Patienten erleben sich anfangs ohne Sinngefühl, Visionen oder Ziele. Sie erleben eine große Leere in sich selbst. Ihr Potenzial ist für sie nicht spürbar. Das Potenzial dieser Menschen freizusetzen gelingt vor allem in einem Miteinander und in der gegenseitigen Spiegelung, Annahme und dem Verstehen-wollen – genau den „Menschlichkeiten“, die den Betroffenen in den Familien nur unzureichend ent-

gegengebracht werden. Gerade die Jüngeren holen ihre Peergroup-Erfahrungen nach und entwickeln lebbar Visionen, Ziele und Sinnhalte, die wiederum zur Bewältigung der Ess-Störung notwendig sind.

Für viele ist ihre Ess-Störung ihr einziger scheinbarer Halt, die beste Freundin, die Geborgenheit gibt und zuverlässig ist. Sie ziehen ihr ganzes Selbstwertgefühl daraus, stopfen ihre innere Leere und deckeln „verbotene“ Gefühle. Sie werten sich massiv ab und verachten sich nicht nur äußerlich zutiefst und zeigen dies ganz körperlich anhand ihrer Symptomatik. Man kann ihnen diese nicht wegnehmen, sondern muss sie immer wieder zusammen mit den Betroffenen entcodieren und übersetzen. So wird gemeinsam verstanden, was sie damit ausdrücken wollen.

Problematisch ist der Suchtcharakter der Ess-Störung. Auch dieser muss mit den Betroffenen deutlich besprochen werden. Die Sucht sind nicht sie selber, sondern sie ist wie ein Dämon, der sie in die Knie zwingt, der aber – als solcher verstanden – harmlos wird. Dazu gehört aber eine gute Portion Wille, Motivation, Grenzen und vor allem Perspektiven und Ziele, für die sich dieser Weg lohnt.

Resümee

Menschen mit Ess-Störungen symbolisieren wie kaum eine andere Gruppierung die emotionale Beziehungslosigkeit und den emotionalen Hunger unserer Gesellschaft; sie sind auf der Suche nach Halt, Sicherheit, Geborgenheit, Wärme, Verlass und Mitmenschlichkeit und finden diese vermeintlich im Essen. Sie demonstrieren den tiefen Lebenshunger, der auch ausdrückt, was sie gebraucht hätten und was sie zur Genesung brauchen: Vertrauen und Seindürfen.

*Dr. med. Anna Goedel
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie,
Psychoanalyse, Ernährungsmedizin*

Fazit für die Praxis

- Ess-Störungen sind schwerste, sehr komplexe Erkrankungen mit „Suchtcharakter“ und *keine* „Manie“.
- Die Patienten wissen oft selber nichts von ihrer Erkrankung und/oder reden aus Schamgefühlen verständlicherweise ungern über ihr Essverhalten.
- Wechsel zwischen den einzelnen Ess-Störungen sind häufig.
- Ess-Störungen sind nur die sichtbare Symptomatik. Darunter verbergen sich oft starke Selbstwert-, Identitäts- und Kontaktprobleme.
- Betroffene bedürfen eines komplexen Therapiekonzepts, das die Integration von organischen, psychosomatischen und ernährungsmedizinischen Behandlungsstrategien voraussetzt.
- Präventiv sollte unbedingt immer nach dem Essverhalten und nach dem Umgang mit den Kindern und deren Essverhalten gefragt sowie auf Gefahren aufmerksam gemacht werden.