

Mit Parkinson umgehen

Autor(en): **Gschwend, Gino**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(1995)**

Heft 38

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815825>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Mit Parkinson umgehen

Von Dr. Gino Gschwend, Luzern

Die Diagnose M. Parkinson hat den Patienten und seine Angehörigen vollkommen entsetzt, und das, obwohl sie eigentlich so etwas Ähnliches schon befürchtet hatten. In der Familie wagt keiner das Thema anzuschneiden. Doch das wäre dringend notwendig. Der Kranke selbst hat immer mehr Schwierigkeiten bei ganz alltäglichen Verrichtungen, er verändert sich - eigentlich schon seit längerem. In den Augen der Angehörigen ist er „irgendwie komisch“, lieblos und unliebenswürdig. Nun erweist sich auch noch die Therapieeinstellung als schwierig, was die Situation nicht gerade entspannt. Der Arzt spürt etwas von den Spannungen, die den Patienten betreffen, denen die Familie ausgesetzt ist. Er spürt auch, wie der Patient mit der Krankheit - oder mehr noch mit der Diagnose - ringt und dabei schon ein wenig der Resignation verfällt.

Autonomie in paradoxer Situation

Die Mitteilung der Diagnose an den Patienten führt häufig zu einer unmittelbaren psychischen Beeinträchtigung. Die Auseinandersetzung mit der Diagnose kann lange dauern. Der Patient macht dabei psychische Wechselbäder, Phasen der Auflehnung, der Verleugnung, der Apathie und Resignation durch. Manchem gelingt es nie wirklich, die Krankheit anzunehmen. Menschen, die sich selbst nur als stark und unabhängig zu akzeptieren gewohnt sind, sind hier besonders gefährdet. Zuweilen ist die Behandlung einer im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung auftretenden oder sich verstärkenden Depression zur Aktivierung des Patienten nötig.

Die Situation des Parkinson-Patienten ist - ebenso wie die seiner Ange-

hörigen - ein wenig paradox. Eine weitere quasi normale Aktivität ist die beste Garantie für eine kontinuierliche Funktion. Gerade als noch Berufstätiger sollte er möglichst lange im Beruf bleiben. Und doch muss er - und müssen letztlich auch die Angehörigen - ihr Leben ändern. Das Mit-der-Krankheit-Umgehen erfordert in der Regel andere Prioritäten, eine Anpassung von Tages- und Tätigkeitsabläufen. Bei noch berufstätigen Patienten betrifft dies auch die Situation am Arbeitsplatz. Es sind letztlich gerade diese Kompromisse mit der Krankheit, welche die Autonomie des Patienten stützen und erhalten helfen.

Geduld ist unerlässlich

Nicht nur die adäquate medikamentöse Einstellung erfordert oft Geduld. Geduld wird neben Hoffnung zu einem unerlässlichen, die Lebensqualität stützenden Faktor; und dies für Patient und Angehörige(n). Alle Verrichtungen, auch das tägliche Ankleiden, die Körperhygiene, das Es-

Tabelle I

- Eigenen Rhythmus finden
- Nicht mehr alles perfekt machen wollen
- Sich erreichbare Ziele setzen
- Grössere Aufgaben in kleinere "Portionen" aufteilen
- Sich selbst Termine setzen
- Sich Anforderungen stellen, die Freude machen
- Überforderung vermeiden
- Mit rascherer Ermüdbarkeit rechnen
- Längere Erholungszeit einplanen
- Tageszeiten besserer Befindlichkeit für spezielle Tätigkeiten nutzen.

sen, kosten den Patienten mit fortschreitender Erkrankung zunehmend mehr Zeit. Einige gute Vorschläge hierzu hat Dr. Johannes Moser (49), Huttwil, Arzt und selbst Parkinson-Patient, zusammengestellt (Tabelle I).

Zusammenarbeit Arzt/Patient

Aktive Lebensgestaltung mit dem Ziel, trotz der Erkrankung eine möglichst hohe Lebensqualität zu bewahren, erfordert auch vom Patienten eine intensive Mitarbeit bei der Beobachtung der Medikamentenwirkungen und der wechselnden Krankheitsausprägungen, die im Laufe des Tages oder im Zusammenhang mit spezifischen Ereignissen seine Befindlichkeit bessern oder beeinträchtigen. Dies ermöglicht dem Arzt, für den Patienten ein individuell auf ihn abgestimmtes Therapie-schemata zusammenzustellen. Der Patient wird auf diese Weise zudem an den Entscheidungen des Arztes mitbeteiligt und damit erkennbar respektiert.

Emotion, Motivation und Umgebung

Manche Bewegungsmuster, die zuvor unbewusst abliefen, müssen nun bewusst geführt werden; dies und die ständige Förderung der Beweglichkeit erfordern spezielles Training, u.a. durch regelmässige gymnastische Übungen, die in einigen jährlich verordneten Physio- oder Ergotherapiekursen eingeübt werden können. Musik bzw. Rhythmus und Gemeinschaft erleichtern die Gymnastik ebenso wie andere Formen des Bewegungstrainings. Der Patient kann so regelmässige Gemeinschaft ausser Haus finden, seine gesamte körperliche Verfassung wird gestärkt, und er erfährt unmittelbar die Bestätigung, dass er selbst etwas

in der Auseinandersetzung mit der Krankheit tun kann.

Wer gut auf rhythmische Musik anspricht, kann auch mit dem über Walkman zugespielten Radetzky-marsch im Ohr spazieren gehen. Mentales Training verbessert zusätzlich die Beweglichkeit. Bei Blockierungen etwa hilft die Vorstellung, über eine hohe Schwelle steigen zu müssen. Hilfreiche Veränderungen in der räumlichen Umgebung des Patienten (Wohnung, Arbeitsplatz, Auto) und der gezielte Einsatz all-täglich verfügbarer Hilfsmittel (Tabelle 2) bringen Erleichterungen.

Tabelle 2

- Schwellen beseitigen
- Stürze verhindern
- Höhe von Bett und Sitzgelegenheiten anpassen
- Bettgalgen als Unterstützung zum Aufrichten
- PC oder elektrische Schreibmaschine
- Reiss- und Klettverschlüsse an Kleidung
- Servolenkung und Automatikgetriebe im Auto
- Gehhilfen bei Behinderung
- Hilfsgeräte in Küche und Bad.

Den Patienten nicht bemuttern

Wenn man die Selbständigkeit des Patienten solange wie möglich fördert, wird das den Verlauf der Erkrankung in der Regel positiv beeinflussen. Dies gilt es von seiten des Arztes immer wieder auch den Angehörigen zu vermitteln. Sie sollten den Patienten nicht rundum bemuttern. Richtig ist hingegen, ihn je-

weils dann zu unterstützen, wenn er wirklich der Hilfe bedarf. Unterstützung von aussen kann das familiäre bzw. partnerschaftliche Verhältnis entkrampfen: genannt seien hier Einrichtungen wie etwa die Spitex, Samaritervereine und Tageskliniken.

Häufig führen die krankheitsbedingt auftretenden neurophysio- und neuropsychologischen Veränderungen des Patienten sowie mangelnde Information über die verschiedenen Facetten des Krankheitsbildes auch zu Ängsten, Aggressionen und Widerständen. So haben es Angehörige häufig schwer, die Veränderungen der Beweglichkeit und die Stimmungsschwankungen des Patienten richtig einzuordnen. Sie vermuten vielleicht Egoismus des Patienten, wenn dieser im Zusammenhang mit Aufgaben bzw. Terminen - auch Arztterminen - unbewusst alle Reserven mobilisiert, um „gut dazustehen“, und danach „nicht mehr kann“, sich scheinbar gehen lässt und unleidlich ist. In Wirklichkeit ist solch eine Motivation situationsabhängig und wirkt eben nur vorübergehend als Stimulans.

Bradyphrenie ist nicht gleich Demenz

Die Hypomimie (Maskengesicht) verstärkt den Eindruck, der Patient sei emotional erstarrt, kalt oder uninteressiert geworden, Verminderungen der Gedächtnisleistung und der Kreativität sowie eine Verlangsamung der Denkabläufe lassen die Entwicklung einer Demenz fürchten.

Dass der Parkinson-Patient seine Gefühle nicht mehr so gut zeigen kann, heisst jedoch nicht, dass er keine mehr hat. Häufig strengt das Sprechen den Patienten auch sehr an, und weil er leise spricht, wird er meist nicht sofort verstanden und

hält sich immer mehr zurück. Auch Geselligkeiten weicht er oft aus, da er sich möglicherweise seiner motorischen Beeinträchtigung und seiner Verlangsamung wegen geniert und andere nicht aufhalten will. In den meisten Fällen bessert sich mit dem Abklingen der Depression auch die intellektuelle Leistungsfähigkeit. Sowenig also ein resignativer Rückzug als Kälte verkannt werden darf, so wenig die Bradyphrenie (Verlangsamung aller Denkabläufe) als Demenz. Nur ein Drittel aller Parkinson-Patienten entwickelt im Spätstadium der Erkrankung zusätzlich eine von Parkinson abhängige Demenz.

Quelle

Gekürzte Fassung aus: *Neuro-Forum*, Nr. 4/1993, ROCHE PHARMA (Schweiz) AG.