

Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Patienten mit beginnender Alzheimer-Demenz

Behavioral Treatment of a Patient with Early-Stage Alzheimer's Disease

T. Ehrhardt A. Plattner F. Padberg H.-J. Möller H. Hampel

Station D2, Forschungsgruppe dementielle Erkrankungen, Gedächtnissprechstunde, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Schlüsselwörter

Alzheimer Demenz · Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining (VKT)

Zusammenfassung

Der folgende Fall berichtet von einer verhaltenstherapeutischen Behandlung eines 53jährigen Patienten mit einer beginnenden Alzheimer Demenz (AD). Die angewandte Methode basiert auf dem von Ehrhardt und Mitarbeitern entwickelten Verhaltenstherapeutischen Kompetenztraining (VKT) für Patienten mit einer AD im Anfangsstadium. Dabei finden in etwa 20 Sitzungen eine Aktivierung der vorhandenen Ressourcen des Patienten und eine Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung statt. Der günstige Therapieverlauf wird zum einen deskriptiv und zum anderen mit Hilfe kognitiver Leistungstests veranschaulicht. In der Diskussion werden neben einer kritischen Reflexion der Therapie und der Methode auch Hinweise über den eigentlichen Fall hinaus auf den aktuellen Stand der Diskussion zur psychologischen Behandlung der AD gegeben.

Key Words

Alzheimer's disease · Behavioral therapy · Behavioral Competency Training (VKT)

Summary

The following case report shows a behavioral treatment of a 53-year-old Patient with Alzheimer's Disease (AD). The treatment includes procedures described in the Behavioral Competency Training (VKT) for patients with early-stage AD developed by Ehrhardt and associates. The program consists of about 20 weekly treatment sessions in which the patient's resources are activated and patient's coping is supported. The therapy and the intervention are debated in the light of the ongoing discussion about a state-of-the-art therapy for AD.

Einleitung

Wegen der erwarteten Zunahme an Patienten mit Alzheimer Demenz (AD) in den nächsten Jahrzehnten droht eine Kostenexplosion in der Gesundheitsversorgung. Ein dringendes gesundheitspolitisches Anliegen ist daher die Entwicklung und Evaluation rehabilitativer Maßnahmen, die in der Lage sind, die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen zu vermeiden oder ihr Eintreten zumindest aufzuschieben. Geeignete Maßnahmen bestehen in einer Verlangsamung des fortschreiten-

den kognitiven Abbaus, aber auch in einer günstigen Beeinflussung von Stimmungsveränderungen und Verhaltensproblemen.

Es gibt Belege, daß ein Nootropikum in Kombination mit einem neuropsychologischen Training bedeutsam größere Effekte auf kognitive Parameter hatte als das Nootropikum alleine [Heiss et al., 1994; Yesavage et al., 1981]. Am Training isolierter kognitiver Funktionen wird allerdings immer wieder kritisiert, daß eine Generalisierung der trainierten Techniken und Übungen auf nichttrainierte Bereiche und somit die All-

tagsrelevanz der Trainings nicht nachgewiesen werden kann [Quayhagen und Quayhagen, 1989; Yesavage et al., 1981].

Ein weiterer schwerwiegender Kritikpunkt an Gedächtnistrainingsprogrammen ist die zu deutliche Konfrontation mit den wachsenden kognitiven Defiziten und den Depressionen und Verhaltensproblemen, die daraus resultieren können [Baines et al., 1987; Scanland und Emershaw, 1993]. Depressive Verstimmungen wirken sich zusätzlich negativ auf die generelle kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten aus. Vor allem bei der Aufnahme von Information spielen psychologische Parameter, wie Einstellung, Interesse und Aufmerksamkeit eine große Rolle [Markowitsch, 1992]. Depressionen und vor allem Verhaltensprobleme von AD-Patienten erhöhen das Risiko, daß auch die pflegenden Angehörigen eine behandlungsbedürftige depressive Erkrankung entwickeln, und führen dazu, daß die Patienten frühzeitig institutionalisiert werden [Rubin und Kinscherf, 1989].

Vor allem immanente Merkmale der Erkrankung, wie ein bereits prämorbid niedriges Aktivitätsniveau [Broe et al., 1990; Friedland et al., 1996], dysfunktionales Coping [Motomura et al., 1996], Partnerschaftskonflikte [Bauer et al., 1994] und die hohe Prävalenz depressiver Symptome zu Beginn der Erkrankung [Patterson und Bolger, 1994], weisen den Weg zu einem psychotherapeutischen Ansatz. Die Pathogenese der dementiellen Symptomatik ist zwar auf die degenerativen Veränderungen in der Hirnrinde zurückzuführen, Auftreten und Schwere der kognitiven Symptome können aber von Faktoren wie emotionaler Zustand und allgemeiner Aktivierung moduliert werden. Das emotionale Wohlbefinden von AD-Patienten kann durch eine Vielzahl von verhaltenstherapeutischen Techniken wie Aktivitätsaufbau, Kognitive Techniken und die Unterstützung einer emotionalen Bewältigung verbessert werden.

Für Patienten mit einer AD im Frühstadium liegen nur vereinzelt psychotherapeutische Erfahrungen vor [Überblick bei Ehrhardt und Plattner, 1999]. Bisher konnte nachgewiesen werden, daß mit Hilfe eines verhaltenstherapeutischen Aktivitätsaufbaus die Depressivität bei beginnender AD erheblich verbessert werden kann [Teri, 1994; Teri et al., 1997]. Wie Studien aus dem stationären Bereich zeigen, können die zu einer selbständigen Lebensführung notwendigen Fertigkeiten mit verhaltenstherapeutischen Techniken gefördert werden [Götestam und Melin, 1990; McEvoy und Patterson, 1986].

Erstmals liegt mit dem von Ehrhardt und seinen Kollegen [Ehrhardt et al., 1998; Ehrhardt und Plattner, 1999] entwickelten Verhaltenstherapeutischen Kompetenztraining (VKT) eine aus bisherigen Forschungsergebnissen abgeleitete psychotherapeutische Arbeitsgrundlage für ambulante oder stationär aufgenommene Patienten mit einer beginnenden AD vor.

Das Programm zielt über die Verbesserung depressiver Verstimmungen und eine individuell angepaßten Aktivierung der Patienten auf eine Stabilisierung der kognitiven Symptomatik hin. Das VKT ist für ein Einzel- oder Kleingruppensetting mit 12–40 50minütigen Therapieeinheiten konzipiert und setzt

verhaltenstherapeutische Standardverfahren ein. Die Therapiebausteine des VKT sind in besonderem Maße für die Behandlung von AD-Patienten geeignet und wurden entsprechend der Bedürfnisse der Zielpopulation modifiziert. In den ersten Sitzungen wird eine ausführliche Anamnese erhoben sowie eine Verhaltens- und Bedingungsanalyse erstellt. Die weiteren Sitzungen beinhalten obligatorisch die Förderung als angenehm erlebter Aktivitäten und psychoedukative Elemente, je nach Indikation Streßmanagement, das Einüben sozialer Kompetenz oder die Modifikation depressiogener Kognitionen.

Falldarstellung

Aktuelle Symptomatik zu Therapiebeginn

Der 53jährige freundlich zugewandte Patient berichtet, seit etwa zwei Jahren «stimme etwas nicht mehr mit ihm». Er habe zunächst unter allgemeinem Energieverlust und großer Müdigkeit gelitten. Danach habe er eine Abnahme seines Gedächtnisses, seines Konzentrationsvermögens und seiner Koordination bemerkt. Er müsse sich Absprachen von Terminen sofort notieren und könne in Gesprächen bei raschem Themenwechsel häufig nicht mehr folgen. Die Orientierung in fremder Umgebung falle ihm im Gegensatz zu früher erheblich schwerer. Auch in seinem Beruf habe er Probleme, die er bisher mit Hilfe kompetenter Mitarbeiter habe kompensieren können. Er habe Angst vor der weiteren Entwicklung und den Folgen seiner Gedächtnisprobleme und sei deshalb an einer psychotherapeutischen Behandlung sehr interessiert. Nach einer stationären Abklärung der dementiellen Symptomatik wurde dem Patienten von dem behandelnden Klinikarzt zu einer ambulanten Verhaltenstherapie geraten.

Der Patient bemühte sich im Erstkontakt darum, heiter und gelassen zu erscheinen. Im weiteren Verlauf der Therapie machte er einen belasteten Eindruck, war zum Teil ratlos, im Affekt erschien er aber auslenkbar und schwingungsfähig. Er war wach, bewußtseinsklar, jedoch nur mäßig örtlich, aber zeitlich und zur Person gut orientiert. Im formalen Denken zeigte der Patient die Tendenz zu perseverieren und redete häufig am Thema vorbei. Inhaltlich stand die Sorge um die Gedächtnisstörung im Vordergrund. Psychotische Ich- oder Wahrnehmungsstörungen fanden sich nicht. Deutlich waren die kognitiven und mnestischen Beeinträchtigungen. Im Vordergrund stand eine Störung der Aufmerksamkeit und der Konzentration, des Kurzzeitgedächtnisses, der Wortfindung und -flüssigkeit sowie visokonstruktiver und praktischer Leistungen. Hinweise auf Suizidalität ergaben sich nicht.

Somatischer Befund: Der sportliche und durchtrainierte Patient befand sich in einem sehr guten Allgemeinzustand (Gewicht: 84 kg bei 1,80 m Körpergröße, Blutdruck: 140/80, Puls: 58). Die allgemeine somatische und klinisch-neurologische Untersuchung ergab keine pathologischen Befunde.

Zusatzuntersuchungen: Im Neuroimaging fanden sich erweiterte innere und äußere Liquorräume. Eine Positronen-Emis-

sions-Tomographie ergab einen ausgeprägten Hypometabolismus beidseits temporoparietal und geringer auch prämotorisch mit relativer Aussparung der Zentralregionen, der typisch für das Vorliegen einer AD war. Der Befund der Liquoruntersuchung war unauffällig, insbesondere bestanden keine Hinweise auf eine entzündliche Erkrankung. Die übrigen laborchemischen Untersuchungen erbrachten keine Befunde im Sinne einer metabolischen, endokrinologischen oder anderen internistischen Grunderkrankung, die eine sekundäre Demenz nahelegen würden.

Psychometrie und Diagnose: Es zeigte sich bei einem geschätzten Verbal-IQ von 107 eine dementielle Symptomatik. Mini-Mental-State: 23 von 30 Punkten, Sisco/Sidam-Score: 26 von 55 Punkten (Verdacht auf Demenz), SKT (Syndrom-Kurztest) 22 von 27 Punkten (mittelschweres organisches Psychosyndrom).

Aufgrund des typischen klinischen Verlaufes, des Musters kognitiver Defizite in der neuropsychologischen Testung sowie des charakteristischen PET-Befundes bei fehlenden Hinweisen auf eine vaskuläre, entzündliche oder durch eine andere Primärerkrankung bedingte Genese wurde nach den NINCDS-ADRDA Kriterien [McKhann et al., 1984] die Diagnose einer wahrscheinlichen AD gestellt. Es wurde ein leichtes bis mittelgradiges dementielles Syndrom bei Verdacht auf Alzheimer-Demenz (ICD-10 F00,0, DSM-IV 290,1) diagnostiziert.

Biographische Vorgeschichte

Der Vater (*1925) des Patienten sei, als der Patient ein Jahr alt war, im Krieg gefallen. Sein Stiefvater (*1932), mit dem die Mutter (*1926) ab dem sechsten Lebensjahr des Patienten zusammenlebte, war ein Polier, der als Montagearbeiter oft monatelang abwesend war. Der Stiefvater habe sich nicht in die Situation seines Stiefkindes einfühlen können, es habe keinen emotionalen Austausch gegeben. Die Mutter sei ängstlich und scheu gewesen. Emotionale Wärme und körperliche Nähe erhielt der Patient durch die Mutter vor allem bei guten Leistungen in der Schule. Eine wichtige Bezugsperson sei die Großmutter mütterlicherseits gewesen, bei welcher der Patient zusammen mit der Mutter bis zum 6. Lebensjahr in Frankreich lebte. Er wurde von der Großmutter bevorzugt behandelt und häufig beschenkt. Der 5 Jahre jüngere Stiefbruder, ein Schlossermeister, wird vom Patienten als zögerlich und ängstlich beschrieben. Die Beziehung zu diesem sei eher distanziert. Im Vorschulalter habe der Patient unter dem ausgrenzenden Verhalten und den Hänseleien der französischen Kinder gelitten. Er reagierte darauf häufig sehr wütend und habe zusammen mit seinem Cousin zurückgeschlagen. Später sei er in der Schule am liebsten in der Rolle des «Unauffälligen» gewesen. Er habe sehr unter den im Vergleich zu den Schulkameraden ärmlichen Verhältnissen Zuhause gelitten, die ihn z.B. gezwungen hätten, Frauenkleider zu tragen. Er habe keine speziellen Freunde gehabt, sei aber in den Klas-

senverband integriert gewesen. Von den Lehrern sei er wegen guter Noten häufig bevorzugt behandelt worden. Der Patient ging gerne zur Schule und zeigte mit zunehmender Dauer des Schulbesuchs gute Leistungen. Es sei dem Patienten schon immer schwergefallen, über Gefühle zu sprechen. In der Kernfamilie sei Sexualität ein Tabuthema gewesen. Die einzige ernstzunehmende sexuelle Beziehung habe zu seiner Ehefrau bestanden, die er 1972 heiratete. Seit ungefähr fünf Jahren lehne sie den Geschlechtsverkehr jedoch ab, was er aber akzeptiere, um die Ehe nicht aufs Spiel zu setzen. Aufgrund seiner Krankheit könne der Patient seinen prämorbid von ihm als sehr stützend erlebten Beruf als kaufmännischer Angestellter nicht mehr ausüben und stehe vor der Frühberentung. In der Vergangenheit habe es immer wieder Schwierigkeiten mit der Ehefrau – einer 5 Jahre jüngeren Verlegerin – gegeben, die schon vor Beginn der Erkrankung dazu geneigt habe, den Patienten zu kontrollieren und zu bevormunden. Überhaupt habe er manchmal den Eindruck gehabt, die Frau habe ihn nur wegen seiner guten beruflichen Leistungen geschätzt. Die dominante, ehrgeizige, konservative und engagierte Ehefrau sei aber gerade jetzt eine wichtige Stütze. Vor allem aber an seinen Söhnen (17 und 22 Jahre alt) hänge er sehr und habe mit ihnen an den Wochenenden stets zahlreiche sportliche Aktivitäten unternommen. Die beiden Kinder leben noch im gemeinsamen Haushalt, seien aber gerade dabei, sich vom Elternhaus abzulösen. Die ersten Gedächtnisprobleme seien etwa vor 2 Jahren aufgetreten.

Verhaltens- und Bedingungsanalyse

Verhaltenstherapeutische Krankheitskonzepte gehen davon aus, daß Erkrankungen Reaktionen auf vier Ebenen des Organismus zeigen können: Neben der psycho-physiologischen Ebene sind auch Verhalten, Emotionen und Kognitionen in den Krankheitsprozeß involviert. Alle Ebenen und ihre Wechselwirkungen spielen sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung der Erkrankung und ihrer Symptomatik eine Rolle.

Darstellung auf Mikroebene

Situation

Beim Abendessen mit Freunden kann der Patient dem lebhaften Gespräch nicht immer folgen. Er möchte antworten, hat aber schon vergessen, was der andere gesagt hatte.

Verhalten

- Emotional: Der Patient fühlt sich deprimiert, gequält, unfähig und hilflos.
- Kognitiv: «Die anderen sprechen so unzusammenhängende Sätze, daß kein Mensch mitkommen kann».
- Körperlich: Der Patient berichtet über Nervosität und Schwitzen.

- Handelnd: Der Patient zieht sich zurück und wird ungewohnt still und passiv.

Konsequenzen

- Kurzfristige Konsequenz: Die unangenehme Situation verliert an Aversivität (Vermeidung, Beendigung des aversiven Stimulus).
- Langfristige Konsequenz: Patient nutzt seine kognitiven Ressourcen nicht, die durch Nicht-Gebrauch schneller verloren gehen.

Darstellung der Makroebene

Aus seinen frühkindlichen Erfahrungen heraus entwickelte der Patient das Bedürfnis nach Geborgenheit, Anerkennung und Wärme. Diese Bedürfnisse wurden früher nur durch sehr leistungsorientiertes Verhalten des Patienten verstärkt. Die Erkrankung an dem dementiellen Syndrom steht in besonders krassem Gegensatz zu der kindlichen Überlebensregel des Patienten. Diese lautet: «Nur wenn ich überdurchschnittliche Leistungen bringe, erhalte ich ausreichend Anerkennung und vermeide meine Angst vor Ablehnung und Liebesverlust.» Der Patient hat daher keinerlei geeignete Coping-Strategien für den Umgang mit dieser Erkrankung zur Verfügung. Alle prämorbidem Selbstwertquellen, wie berufliche Arbeit, Autofahren und Tennisspielen, kann der Patient nicht mehr nutzen. Wegen der Krankheit mußte der Patient seine Arbeit aufgeben. Seither ist der Patient in einen Zustand zunehmender Bemutterung und Fremdbestimmung durch seine Frau geraten. Durch die dementielle Erkrankung kommt es zu weiterer Handlungsunfähigkeit und Passivität, zum Zusammenbruch der Selbstwertregulation und zum sozialen Rückzug. Vorhandene Ressourcen bleiben ungenutzt.

Zusammenfassend läßt sich folgendes SORK-Schema erstellen
Symptomauslösende Lebenssituation (S) – Erkrankung an einem dementiellen Syndrom.

Organismusvariable (O) – objektivierbare Beeinträchtigung des Gedächtnisses; Entwicklung geeigneter Coping-Strategien gelang aufgrund der Lerngeschichte nicht.

Reaktion (R) – Passives Sich-Fallenlassen in die Erkrankung und sozialer Rückzug.

Konsequenzen (K) – Kognitiver Status und alltagsrelevante Fertigkeiten sind stärker beeinträchtigt, als es nach dem Stadium der Erkrankung zu erwarten wäre.

Therapieziel und Prognose

1. Stabilisierung der kognitiven Symptomatik.
2. Bewältigung der Belastungen, die sich aus der Erkrankung selbst sowie aus der Konfrontation mit der Diagnose ergeben. Aufbau von Selbstakzeptanz für die eigenen Leistungseinbußen und Veränderung der Lebensgestaltung im Zusammenhang mit der Gedächtnisproblematik.
3. Mobilisierung vorhandener persönlicher Ressourcen; Aufbau mehrerer erfüllender Aktivitäten, die trotz der Gedächtnisproblematik ausgeübt werden können.

Durch die Bearbeitung von Ziel 2 und Ziel 3, sollte Ziel 1 indirekt erreicht werden. Ziel 3 wurde durch direktes Arbeiten an der Modifikation dieser Verhaltensweisen behandelt. Unter Berücksichtigung der starken Leistungsorientierung des Patienten erscheint die Bearbeitung von Punkt 2 ebenfalls besonders wichtig.

Als prognostisch ungünstig war der zu erwartende progrediente Verlauf der dementiellen Symptomatik zu betrachten. Prognostisch günstig zu bewerten war die Unterstützung durch die Ehefrau und die große Motivation und der Leidensdruck des Patienten. Äußerer Beweggrund für die Therapie waren die auftretenden beruflichen Schwierigkeiten. Innerer Beweggrund waren die massiven Ängste und Sorgen, die sich mit Beginn der Erkrankung eingestellt hatten.

Behandlungsplan

Der Patient nahm an einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Einzelbehandlung teil, die innerhalb von 8 Wochen mit 15 Therapiestunden durchgeführt wurde. Die Methode richtete sich nach dem Therapiekonzept des Verhaltenstherapeutischen Kompetenztrainings für Patienten mit einer beginnenden AD von Ehrhardt und Kollegen [1998].

Das VKT ist für ein Einzel- oder Kleingruppensetting mit 12–40 50minütigen Therapieeinheiten konzipiert und setzt sich aus 6 Therapiemodulen zusammen: (1) Therapieplanung und Verhaltensanalyse, (2) Psychoedukation, (3) Aktivitätenaufbau, (4) Streßmanagement, (5) Förderung sozialer Kompetenz, und (6) Modifikation dysfunktionaler Kognitionen. Die Elemente (1) – (3) sind obligatorisch, während (4) – (6) je nach Schwerpunkt und Dauer der Therapie variabel eingesetzt werden. Für den Patienten wurden die ersten drei Arbeitstechniken und Punkt (6) ausgewählt.

Der Schwerpunkt lag zunächst im Aufbau der Selbstakzeptanz im Zusammenhang mit einer dementiellen Erkrankung sowie mit dem großen Leistungsanspruch des Patienten, und im Aufbau alternativer Aktivitäten. Zum Aufbau von Selbstakzeptanz wurden kognitive Techniken eingesetzt. Der Aktivitätenaufbau sollte mittels Selbstkontrollstrategien mit gezielter Selbstbeobachtung und Selbstbewertung und positiver Verstärkung von Teilerfolgen durchgeführt werden. Im Rahmen der Psychoedukation sollten zwei Behandlungseinheiten zusammen mit der Ehefrau des Patienten durchgeführt werden.

Therapieverlauf

Der Patient machte im Erstkontakt einen unnahbaren und eher verschlossenen Eindruck, gab sich aber heiter und gelassen. Dem Therapeuten fiel auf, daß er Mühe hatte, die bestehende Problematik des Patienten nicht ebenfalls zu verdrängen und sich auf die offensichtlich dahinterliegenden Probleme

Tab. 1. Themen der Therapiesitzungen und angewandte Methoden

Stunde	Thema der Sitzung	Angewandte Methode
1	Psychoedukation/Erstgespräch	Nondirektive Exploration
2	Psychoedukation/Anamneseerhebung	Verhaltensdiagnostik-System [SULZ, 1992]
3	Psychoedukation/Verhaltensanalyse	SORK-Modell
4	Psychoedukation	Interaktive didaktische Methoden
5	Loslassen/Abschiednehmen/Trauern	Fokussierung der Emotionen
6	Loslassen/Abschiednehmen/Trauern	Fokussierung der Emotionen
7	Umgang mit der Krankheit	Kognitive Umstrukturierung
8	Umgang mit der Krankheit	Rollenspiel
9	Paargespräch	Fördern des Dialoges
10	Paargespräch	Fördern des Dialoges
11	Registrierung des Aktivitätsniveaus	Liste angenehmer Aktivitäten – AD
12	Aktivitätenaufbau	Tagesprotokolle / Selbstverstärkung
13	Aktivitätenaufbau	Tagesprotokolle / Selbstverstärkung
14	Aktivitätenaufbau	Tagesprotokolle / Selbstverstärkung
15	Abschluß der Therapie	Interaktiver Dialog

me einzulassen. Im weiteren Verlauf der Therapie wirkte der Patient zunächst bedrückt und ratlos, jedoch gut motiviert. Das hervorstechendste Merkmal seiner Persönlichkeit war seine starke Leistungsorientierung, der Wunsch, möglichst überall perfekt zu sein. In diesem Zusammenhang gelang es dem Patienten nur zögernd, die Expertenrolle des Therapeuten zu akzeptieren.

Im therapeutischen Vorgehen wurde ein der AD angepaßter Stil gewählt. Informationsvermittlung und Therapiegestaltung wurden besonders stark strukturiert. Die Grundgedanken der Therapie wurden immer wieder transparent gemacht. Der Therapeut bemühte sich um kurze und prägnante Ausführungen und benutzte bildhafte Beispiele zur Veranschaulichung. Die Therapiematerialien sind in besonderem Maße für AD-Patienten aufbereitet. Die verwendeten Arbeitsvorlagen sind besonders übersichtlich gestaltet und in Großschrift gedruckt.

Die Strukturierung der Therapie verdeutlicht Tabelle 1. Der erste Termin stand im Zeichen gegenseitiger Information: von Seiten des Therapeuten bezüglich der angebotenen Therapiestrategie, von Seiten des Patienten zu seinen Erwartungen und Beschwerden. Es erfolgte eine Aufklärung des Patienten und seiner Frau darüber, daß die psychotherapeutische Maßnahme der möglichst weitgehenden Ausschöpfung der noch vorhandenen Ressourcen des Patienten dienen soll.

In der nächsten Stunde wurde gemeinsam die Anamnese erhoben, welche die Ehefrau fremdanamnestic bestätigen konnte. In der dritten Stunde stand das Erstellen einer Verhaltensanalyse im Mittelpunkt. Dabei wurde immer wieder deutlich, daß der Patient die durch die Krankheit entstandenen Einschränkungen nicht wahrhaben wollte. Seine Reaktion auf diese Verluste war zunächst der Aufbau einer Fassade: er wich Antworten aus und stritt seine Vergeßlichkeit ab. Daher war es wichtig, dieses Vermeidungsverhalten zu modifizieren. Besonderen Raum in den ersten Gesprächen nahmen immer wieder Reflexionen über die Alzheimersche Erkrankung

ein. Der Patient war schon vor Beginn der Therapie von ärztlicher Seite über seine Diagnose informiert worden.

In den folgenden Stunden gelang es der Psychoedukation, dem Patienten zu verdeutlichen, daß die AD im Frühstadium keineswegs ausschließt, viele Bereiche der persönlichen Lebensführung weiterhin selbständig zu gestalten. Gerade unter dem Aspekt seiner starken Leistungsorientierung litt der Patient besonders unter seiner Frühpensionierung und dem Verlust der Fähigkeit zum Autofahren und Tennisspielen.

Dem Patienten wurde durch Fokussierung der Emotionen die Gelegenheit gegeben, den Abschied von den bisherigen Selbstwertquellen zu betrauern. Dem Patienten war es nicht möglich, durch Weinen dem Druck seiner Emotionen nachzugeben. Er wirkte jedoch am Ende der Stunden emotional sichtlich erleichtert und war nachfolgend in der Lage, alternative Aktivitäten aufzubauen.

Als Vorbereitung für eine veränderte Lebensführung war es von Bedeutung, die Selbstakzeptanz des Patienten in bezug auf die Erkrankung wiederherzustellen. Ein erster Schritt dazu war zunächst die Erkenntnis, wie sehr das heutige Selbstbild noch von kindlichen Grundannahmen geprägt wird. Einige seiner Lebenskonzepte wurden herausgearbeitet. In der kognitiven Restrukturierung wurden die dysfunktionalen Schemata bezüglich des leistungsorientierten Weltbildes («Wenn ich bei meiner Arbeit versage, dann bin ich als ganzer Mensch ein Versager») modifiziert. Die zugrundeliegende kindliche Überlebensregel wurde so lange kritisch hinterfragt, bis der Patient sie umformulieren konnte. Die kindliche Grundannahme lautete: «Nur wenn ich perfekt den Normen eines Mannes entspreche, d.h. überdurchschnittlich beruflich aktiv und emotional zurückhaltend bin, kann ich durch die Umwelt anerkannt werden.» Alternative Gedanken wie «auch ohne Leistung kann ich Anerkennung bekommen» wurden mittels sokratischem Dialog gefunden und führten zu Gefühlen von Erleichterung und Stimmungsbesserung.

Tab. 2. Testergebnisse im ADAS-COG

Test	Maximaler Wert	T1 (Woche 1)	T2 (Woche 5)	T3 (Woche 9)	T4 (Woche 19)
1. Freie Reproduktion	10	7	5	4	4
7. Wort-Wiedererkennung	12	5	4	6	5
<i>Summe: Gedächtnis</i>	<i>22</i>	<i>12</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>9</i>
2. Orientierung	8	4	0	1	0
3. Vorstellungsvermögen	5	1	1	1	1
4. Abzeichnen	5	3	3	3	3
5. Anweisungen	5	3	3	2	2
6. Benennen	5	2	4	5	4
8. Erinnern der Prüfungsanweisungen	5	0	4	1	2
19. Sprachausdruck	5	0	2	1	1
20. Sprachverständnis	5	0	2	2	2
21. Wortfindungsstörungen	5	1	3	3	2
<i>Summe: Kognitive Items außer Gedächtnis</i>	<i>48</i>	<i>14</i>	<i>22</i>	<i>19</i>	<i>17</i>
<i>Gesamt: Kognitiver Bereich</i>	<i>70</i>	<i>26</i>	<i>31</i>	<i>29</i>	<i>26</i>

Ein zweiter Schritt zur Verbesserung der Selbstakzeptanz war das Eingestehen seiner Erkrankung, auch seiner Umwelt gegenüber. Mit dem Patienten wurden verschiedene Arten des Verhaltens gegenüber anderen diskutiert. Der Patient gelangte schließlich zu der Überzeugung, daß es ihn entlasten könnte, offen über seine Krankheit sprechen zu können. Mit dem Patienten wurden in Rollenspielen konkrete Dialoge eingeübt. Dem Patienten gelang daraufhin die Anwendung im Alltag. So war es ihm möglich, mit einem Freund auch über die Krankheit zu sprechen. Mit der außerordentlich verständnisvollen und unterstützenden Reaktion des Freundes hatte der Patient nicht gerechnet. Neben der emotionalen Erleichterung hatte dies auch den Effekt, dem sozialen Rückzug des Patienten entgegenzuwirken.

Da der Patient nach der Frühpensionierung nun den Großteil der Zeit zu Hause verbrachte, wurde eine Integration der Ehefrau in die Therapie angestrebt. Es ging darum, den Dialog zwischen den Partnern zu fördern. Im Gespräch entstand der Eindruck, daß es der Ehefrau darum ging, die Kontrolle über das, was mit ihrem Mann vor sich ging, zu behalten. Sie ergriff häufig für ihren Mann das Wort und unterbrach ihn. Sie entwickelte zunehmend Verständnis für ungünstige Interaktionsmuster innerhalb der Partnerschaft – nämlich zunehmende Übernahme von den Patienten betreffenden Entscheidungen –, nachdem sie von dem Therapeuten auf diese dysfunktionalen Verhaltensweisen vorsichtig hingewiesen worden war.

Auf der Grundlage einer speziell für AD-Patienten geeigneten Liste angenehmer Aktivitäten wurden verschiedene Aktivitäten geplant. Der Patient wurde vom Therapeuten immer wieder auf seine Kompetenzen hingewiesen. Mit dem Freund ging er nun regelmäßig zum Schwimmen. Er unternahm täg-

lich Spaziergänge und ordnete seine Fotos in Alben ein. Das Selbstbewußtsein und die Selbstakzeptanz erschienen durch diese neuen Möglichkeiten selbstverantwortlichen Handelns gestärkt.

Gegenstand der letzten Stunde waren wahrscheinliche zukünftige Krisen und Belastungen und die Möglichkeit des Umgangs. Darüber hinaus wurde auf Hilfsmöglichkeiten durch Alzheimer-Gesellschaften aufmerksam gemacht.

Kognitive Parameter im Verlauf der Therapie

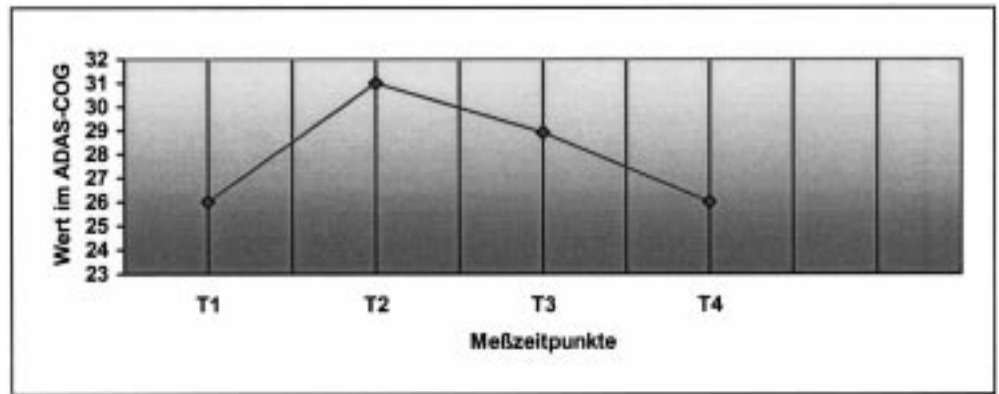
Die Veränderungsmessung des Schweregrades kognitiver Demenzsymptome erfolgte mittels des Kognitiven Leistungstests der Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-COG) [Ihl und Weyer, 1993]. Die Testung erfolgte nicht durch den Therapeuten.

Der ADAS-COG enthält 11 Untertests, welche Beeinträchtigungen in Gedächtnisleistungen und in praktischen, handlungsorientierten Leistungen sowie Beeinträchtigungen der Orientierung und Sprache erfassen. Die Untertests 1–8 bilden den aktiven Testteil, die Untertests 19–21 dienen der Verhaltensbeobachtung – nämlich der sprachlichen Beeinträchtigung – während der Untersuchung. Ein erhöhter Wert im ADAS-COG bedeutet eine Verschlechterung der kognitiven Parameter.

Die Meßzeitpunkte lagen zu Therapiebeginn (T1), in der Mitte (T2 nach 4 Wochen), am Ende (T3 nach 8 Wochen) und 10 Wochen nach Beendigung der Therapie (T4).

In Tabelle 2 sind die Testergebnisse des Patienten des ADAS-COG zu den 4 Meßzeitpunkten wiedergegeben. Der Gesamtwert zeigt einen stabil gebliebenen Wert zwischen erstem Meßzeitpunkt T1 und Katamnese. Zum Meßzeitpunkt T2 er-

Abb. 1. Verlauf der ADAS-COG-Gesamtwerte mit initialer Verschlechterung und Rückkehr zum Ausgangspunkt.



gab sich ein erhöhter Wert, der über den noch leicht erhöhten Wert bei Meßzeitpunkt T3 wieder auf den Ausgangswert abfiel. Der Verlauf des ADAS-COG-Gesamtwertes wird durch Abbildung 1 verdeutlicht.

In den Tests, die den sprachlichen Bereich abfragen, hat sich der Patient vom Meßzeitpunkt T1 zum Meßzeitpunkt T2 leicht verschlechtert, dieser Wert wurde anschließend weitgehend stabil gehalten. In den Untertests zu Gedächtnis und Orientierung verbesserte sich der Patient vom Meßzeitpunkt T1 zu Meßzeitpunkt T2 und blieb dann bis zur Katamnese stabil.

Diskussion

In Anbetracht der bisher noch eingeschränkten Wirksamkeit der medikamentösen Behandlungsstrategien bei einer AD besteht ein großer Bedarf an der Entwicklung und dem kontrollierten Einsatz neuer therapeutischer Interventionen.

Nicht nur die Grenzen der herkömmlichen Therapie, sondern auch die der Erkrankung immanenten Merkmale, wie niedriges Aktivitätsniveau, dysfunktionales Coping, Partnerschaftskonflikte und depressive Symptome, weisen den Weg zu einem psychotherapeutischen Ansatz.

Die Konfrontation mit kognitiven Defiziten wird von AD-Patienten als große Belastung empfunden. In diesen Situationen unterbrechen sie dann häufig befriedigende Aktivitäten. Die Unterbrechung angenehmer Gewohnheiten unter belastenden Bedingungen läßt sich nicht nur als Konsequenz, sondern auch als Bedingung zusätzlicher Belastungen betrachten. Der hier beschriebene Fall zeigt, daß eine niedrige Verstärkungsrates auch per se eine Belastung darstellen oder intensivieren kann. Ist die Aufmerksamkeit durch dominante Belastungsthemen absorbiert, sind die Patienten weniger in der Lage, in anderen Aktivitätsbereichen erfolgreich zu handeln und in ihren Aktivitäten verstärkt zu werden.

Wie bereits angedeutet, ist die Pathogenese der dementiellen Symptomatik zwar auf die degenerativen Veränderungen in der Hirnrinde zurückzuführen, Auftreten und Schwere der kognitiven Symptome können aber von Faktoren wie emotio-

naler Zustand und allgemeiner Aktivierung moduliert werden. Emotionale Faktoren sind für Vorgänge der Informationsverarbeitung und damit für die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses von Bedeutung [Markowitsch, 1992].

Das Aktivitätsniveau hat im Alter außerdem experimentell nachgewiesene Effekte auf die kortikale Plastizität [Swaab, 1991], d.h. auf die Fähigkeit der Hirnrinde, vorhandene Synapsen zu stabilisieren und neue Synapsen zu bilden. Während aktives Verhalten die kortikale Plastizität fördert, stützt Inaktivität neurodegenerative Effekte. Nicht nur im Alter, sondern auch bei degenerativen Hirnerkrankungen lassen sich morphologische Befunde erheben, die auf plastische Reserven des menschlichen Gehirns schließen lassen [Übersicht bei Gehrtz, 1989].

Bei der Demenzbehandlung geht es nicht um eine vollständige Rehabilitation. Die derzeitige Befundlage zeigt, daß ein kognitiver Abbau nicht verhindert werden kann. Es ist daher die Zielsetzung einer Psychotherapie mit Demenz-Patienten im Frühstadium der Erkrankung, Phasen der Symptomstabilität zu maximieren, bzw. die Symptomprogression allgemein zu verzögern.

In der hier durchgeführten Verhaltenstherapie konnte die kognitive Symptomatik insgesamt stabilisiert werden. Der Ausgangswert von 26 im ADAS-COG [Ihl und Weyer, 1993] wurde in der Katamnese nach viereinhalb Monaten wieder erreicht. Die Symptomprogression wird von Kramer-Ginsberg und Mitarbeitern [1988] mit jährlich durchschnittlich 7 Punkten im ADAS-COG angegeben. In diesem Licht erscheint das vorliegende Ergebnis durchaus als Erfolg.

Die Stabilisierung der kognitiven Symptomatik wurde im vorliegenden Fall erreicht durch die Modifizierung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und durch den Aufbau erfüllender Aktivitäten ohne zu über- oder unterfordern. Während der verhaltenstherapeutischen Behandlung konnte zu Beginn sogar eine Verbesserung der kognitiven Parameter Gedächtnis und Orientierung beobachtet werden. Dies könnte als positive Auswirkung einer emotionalen Entlastung interpretiert werden. Ein wichtiges Forschungsziel ist es, diesen kurzfristigen Therapieeffekt über einen längeren Zeitraum hinweg zu optimieren.

Aufgrund der eingeschränkten Validität von Einzelfallanalysen kann hier von einer erstmaligen Pilot-Untersuchung einer verhaltenstherapeutischen Intervention ausgegangen werden. Die hier dargestellten Untersuchungsergebnisse erscheinen hinsichtlich ihrer Quantität nicht ausreichend für eine fun-

dierte Beurteilung der Ökonomie des VKT. Eine wichtige Forschungsaufgabe besteht gegenwärtig darin, die Nützlichkeit des VKT durch replizierte Einzelfallanalysen unter variierten Bedingungen sowie in einem Gruppenexperiment zu evaluieren.

Literatur

- Baines S, Saxby P, Ehlert K: Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *Br J Psychiatry* 1987;151:222-231.
- Bauer, J: Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung bei Alzheimer-Patienten im Frühstadium der Erkrankung. *Nervenarzt* 1997;68:421-424.
- Bauer J, Bauer H, Teising M: Psychosomatische Aspekte der Alzheimer-Demenz; in Hirsch RD (Hrsg): *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt, Steinkopff, 1994, pp 47-62.
- Broe GA, Henderson AS, Creasey H, McCusker E, Korten AE, Jorm AF, Longley W, Anthony JC: A case-control study of Alzheimers disease in Australia. *Neurology* 1990;40:1698-1707.
- Ehrhardt T, Hampel H, Hegerl U, Möller, H-J: Das Verhaltenstherapeutische Kompetenztraining VKT – Eine spezifische Intervention für Patienten mit einer beginnenden Alzheimer Demenz. *Z Gerontol Geriatr* 1998;31:112-119.
- Ehrhardt T, Kötter U, Hampel H, Schaub A, Hegerl U, Möller, H-J: Psychologische Therapieansätze bei Demenz. *Z Gerontopsychol Gerontopsychiatr* 1997;2: 85-98.
- Ehrhardt T, Plattner A: *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen, Hogrefe, 1999.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: 'Mini-Mental-State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12:189-198.
- Friedland RP, Smyth K, Esteban-Santillan C, Koss E, Cole R, Lerner AJ, Strauss MS, Whitehouse PJ, Petot G, Rowland DY, Debanne S: Premorbid environmental complexity is reduced in patients with Alzheimers disease (AD) as compared to age and sex matched controls: Results of a Case-Control Study. *Neurobiol Aging* 1996;17:122.
- Gehrtz H-J: Neuronale Plastizität bei degenerativen Hirnerkrankungen; in Baltus MM, Kohli M, Sames K (Hrsg): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern, Huber, 1989, pp 250-253.
- Götestam KG, Melin L: The effect of prompting and reinforcement of activity in elderly demented inpatients. *Scand J Psychol* 1990;31:2-8.
- Heiss W-D, Kessler J, Mielke R, Szelies B, Herholz K: Long-term effects of phosphatidylserine, pyritinol and cognitive training in Alzheimers disease. *Dementia* 1994;5:88-98.
- Ihl R, Weyer G: *Alzheimer's Disease Assessment Scale*. Weinheim, Beltz Test, 1993.
- Kramer-Ginsberg E, Mohs RC, Aryan M, Lobel D, Silverman J, Davidson M, Davis KL: Clinical predictor of course for Alzheimer patients in longitudinal study: A preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1988;24: 458-462.
- Markowitsch HJ: *Neuropsychologie des Gedächtnisses*. Göttingen, Hogrefe, 1992.
- McEvoy CL, Patterson RL: Behavioral treatment of deficit skills in dementia patients. *Gerontologist* 1986; 5:475-478.
- McKhann G, Drachmann D, Folstein M, Katzmann R, Price D, Stadlan EM: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work-Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-944.
- McKittrick LA, Camp JC, Black FW: Prospective memory intervention in Alzheimers disease. *J Gerontol* 1992;47:337-343.
- Motomura N, Ohkubo F, Asano A, Tomoda J, Akagi H, Seo T: Premorbid behavioral characters in demented patients. *Neurobiol Aging* 1996;17:122.
- Patterson MB, Bolger JP: Assessment of behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease Assoc Disorders*, 1994;8:4-20.
- Pearlson GD, Ross, CA, Lohr WD, Rovner BW, Chase GA, Folstein MF: Association between family history of affective disorder and the depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:452-456.
- Quayhagen MP, Quayhagen M: Differential effects of family-based strategies on Alzheimer's disease. *Gerontologist* 1989;29:150-155.
- Rabins P, Chair MPH: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Am J Psychiatry* 1997;154:1-39.
- Rabins PV, Merchant A, Nestadt G: Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: Validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1984; 144:488-492.
- Rubin EH, Kinscherf DA: Psychopathology of very mild dementia of the Alzheimer type. *Am J Psychiatry* 1989;146:1017-1021.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen, Hogrefe, 1996.
- Scanland SG, Emershaw LR: Reality orientation and validation therapy. *Dementia, depression and functional status*. *J Gerontol Nurs* 1993;6:7-11.
- Swaab DF: Brain aging and Alzheimers disease: 'Wear and tear' versus 'use it or lose it'. *Neurobiol Aging* 1991;12:317-324.
- Teri L: Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer Disease Assoc Disorders* 1994;8:66-74.
- Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry S: Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *J Gerontol* 1997;52:159-166.
- Yesavage JA, Westphal J, Rush L: Senile dementia: Combined pharmacologic and psychologic treatment. *J Am Geriatr Soc* 1981;4:164-171.