

Inhalt

1. Aktuelles aus dem Expertenforum
2. Morbus Parkinson und Depression
3. Parkinson und Kunst
4. Gentherapie gegen Parkinson

1. Aus unserem Expertenforum

Autor	Nachricht
Gesundheit10	<p>PARKINSON UND KUNST</p> <p>Ich habe auf Parkinson-web.de gelesen, dass sich nach Ihrer Erkrankung viele in künstlerische Tätigkeiten stürzen, bzw. ihre künstlerische Ader nicht verlieren und weiter malen oder sonstige Kunstarbeiten vollbringen, und dies von einem Ihrer Ärzte unterstützt wird.</p> <p>(Anmerkung zwischendurch: mir geht es zur Zeit wieder besser, weshalb ich nun wieder auf die Groß- und Kleinschreibung achte, die mir vorher viel Mühe bereitete.)</p> <p>Ich hatte vorher bereits eine kleine künstlerische Ader in mir, die sich u.a. aufgrund meiner vielen schlaflosen Nächte verstärkt hat. So baue ich Möbel ganz aus Styropor, mit realer Funktion, sowie zur Zeit Weihnachtskrippen oder alte Seemannskisten. Mir macht dies sehr viel Freude, zumal ich dann auch in der Nacht beschäftigt, sprich von meiner Krankheit ein wenig abgelenkt bin. Wie manche vielleicht wissen, bin zusätzlich an Diabetes mit Insulinbehandlung und an einer Herzinsuffizienz erkrankt, die vielleicht auch eine Rolle in meinen täglichen Schlafstörungen spielen....</p> <p>Ich male seither auch viel, und habe ständig neue Ideen, was ich so alles aus Styropor herstellen kann. Wohlbemerkt alles aus Hand und reinem Styropor, keine maschinelle Einwirkung auf die Kunstgegenstände. Somit kann ich eigentlich nur bestätigen, das man durchaus - es geht nicht jeden Tag so gut - künstlerisch dabei bleibt und sich vielleicht darin neu findet. Ich wünsche allen ein paar künstlerische Tage...Wochen...Monate....und Jahre....Gesundheit10</p>
Viktoria	<p>Hallo Gesundheit 10...Du hast recht es gibt viele Parkis die ihre künstlerische Ader austoben und das finde ich wunderbar. Eine gute Freundin von mir die ich auch hier im Forum kennenlernte , malt phantastische Bilder, obwohl sie Tremor hat. Ich selber 18 J.MP mache Patchwork und Quiltdecken, Teddys usw und zeichne. Meine Feinmotorik wär e nicht so gut ,würde ich das nicht konsequent weiter machen. Mein Neurologe ist jedesmal erstaunt, wie beweglich ich und meine Finger sind! also machst Du es genau ganrichtig mit Deinen Arbeiten und es beruhigt die Seele, die ja auch mal leidet....noch viel Kreativität und Schaffensdrang wünscht Dir Viktoria</p>
Experte Dr. Fornadi	<p>Über die künstlerischen Tätigkeiten von Parkinson-Patienten ist ein kleines Buch erschienen.</p>

	<p>Siehe unter</p> <p>http://www.parkinson-foerderverein.de/kunst.htm</p> <p>MfG Dr. Fornadi</p>
<p>Maja</p>	<p>Auch ich kann nur bestätigen, dass die kreative Ader bei mir vor 11/2 Jahren sich deutlich zeigte, nachdem ich früher u.a. Seidenmalereien u.ä. hergestellt hatte. - M.P. wurde vor 7 Jahren festgestellt-</p> <p>Ich male auf Leinwänden in kleinen und großen Formaten mit Acryl,-Öl- und Lackfarben, von abstrakt bis plakativ-gegenständlich , wobei mich auch der Tremor oder eine on-off- Phase nicht stören.</p> <p>Die Malerei ist für mich neben allen anderen Therapien eine total wichtige in meinem Leben geworden, denn hier kann ich schwelgen in Farben und Formen, nur konzentriert auf die Pinselführung und die Überlegungen für die Umsetzung des jeweiligen Motivs oder Themas, mit dem ich mich gerade beschäftige.</p> <p>Im Sommer werde ich meine erste Ausstellung haben, auf die ich mich schon sehr freue.</p> <p>MfG</p> <p>an alle Kreativen und die, die es vielleicht auch versuchen wollen</p> <p>Maja</p>
<p>MIRINDA</p>	<p>Hallo gesundheit, Viktoria und Maja,</p> <p>meine künstlerische Betätigung hat sich seit ein - zwei Jahren auch enorm gesteigert. Vor allem das Farbverständnis - das war mir vorher ein Grauen - ist plötzlich vorhanden. In diesem Jahr habe ich ca. 50 Bilder gemalt bzw. skizziert. In Acryl, Aquarell, Öl-Pastell oder einfach nur Bleistift oder Kohlestift.</p> <p>Ab dem 2.12.09 stelle ich einige meiner Bilder aus. Manche habe ich verschenkt und andere kann ich nicht hergeben, weil mein Herz daran hängt.</p> <p>Ich finde, das ist eine positive Nebenerscheinung!</p> <p>LG MIRINDA</p>

2. Morbus Parkinson und Depression

Dr. Ilona Csoti und Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis-Klinik Biskirchen

Bei kaum einer anderen neurologischen Erkrankung steht ein derart umfangreiches medikamentöses und operatives Behandlungsangebot zur Verfügung, wie bei der Parkinson-Krankheit. Trotzdem gibt es eine Gruppe von Patienten, denen man allein durch die Behandlung ihrer Bewegungsstörungen wie Steifheit oder Zittern nicht ausreichend gerecht wird. Im Laufe seiner Erkrankung erleidet jeder zweite bis dritte Parkinson-Patient eine depressive Episode. Mit

etwa 35 bis 45 % ist die Depression somit die häufigste neuropsychiatrische Begleitsymptomatik des Morbus Parkinson. Diese verdient besondere Aufmerksamkeit, da sie häufig hartnäckig ist und das subjektive Erleben der eigenen Befindlichkeit wesentlich verschlechtern kann. In Umfragen zur Lebensqualität von Parkinson-Patienten gehören Depressionen unabhängig von der motorischen Behinderung zu den wichtigsten beeinträchtigenden Faktoren. Ihre sichere Erkennung, Zuordnung und Behandlung ist deshalb für die erfolgreiche Behandlung eines Parkinson-Patienten von besonderer Wichtigkeit.

Was ist eine Depression?

Die Bezeichnung Depression kommt aus dem Lateinischen von "depressio" und bedeutet "Niederdrücken". Gemeint ist eine Störung der seelischen Befindlichkeit mit gedrückter Stimmungslage, Antriebshemmung, Lust- und Interesselosigkeit, Freudlosigkeit und vermindertem Selbstwertgefühl. In der Regel ist diese Gefühlsstörung zeitlich begrenzt, sodass in der Medizin häufig von einer depressiven Episode gesprochen wird.

Depressionen können eigenständig oder im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten. In diesem Fall spricht man von organischer oder somatogener Depression (z. B. bei Morbus Parkinson).

Wie kommt es zu Depressionen bei Morbus Parkinson?

Unser zentrales Nervensystem besteht aus mehreren Milliarden Nervenzellen, welche über hochkomplizierte Schaltpläne miteinander vernetzt sind. Die einzelnen Nervenzellen treten durch elektrische Impulse und bestimmte chemische Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter, miteinander in Verbindung. Eine Nervenzelle erzeugt einen elektrischen Impuls und schickt diesen über ihre Fortsätze wie über elektrische Kabel an die nächste Nervenzelle weiter. Am Ende des Fortsatzes wird das elektrische Signal in eine chemische Information in Form eines Botenstoffes umgewandelt. Die Botenstoffe im Gehirn werden deshalb auch als „Briefträger“ zwischen den Zellen bezeichnet. Fallen diese aus, werden zu wenig oder gar keine Informationen weitergeleitet.

Wie wir alle wissen, besteht bei der Parkinson-Krankheit ein Mangel an Dopamin. Dopamin ist ein Botenstoff, welcher in der Schwarzen Substanz des Hirnstamms gebildet und über neuronale Verbindungen, sogenannte Schleifen, in bestimmte Regionen des Gehirns transportiert wird. Es ist für die Steuerung der extrapyramidalen Motorik (Fähigkeit des Körpers, sich kontrolliert zu bewegen) zuständig, spielt aber auch eine wichtige Rolle für unser Denken und Fühlen und unsere Wahrnehmungen. Dopamin gehört neben Serotonin und Noradrenalin zu den "Glückshormonen", eine Bezeichnung für die Neurotransmitter, die unsere Stimmungslage beeinflussen. Seine Aktivität hat neben der Regulation der Motorik viel mit Motivation, emotionaler Erregung, Wachsamkeit und Lust zu tun.

Durch den Mangel an Dopamin bei Morbus Parkinson kommen auch die anderen Glückshormone wie Serotonin und Noradrenalin in ein Ungleichgewicht. Untersuchungen haben gezeigt, dass neben Veränderungen dopaminerger Nervenzellen bei depressiven Parkinson-Patienten auch Störungen in serotonergen und noradrenergen Zellgebieten des Gehirns nachweisbar sind.

Warum bekommt dann nicht jeder Parkinson-Patient eine Depression?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Ähnlich wäre die Frage, warum nicht jeder Mensch eine Depression bekommt. Die Ursache einer Depression als eigenständige Erkrankung ist durch viele Faktoren bedingt, d. h. sowohl von genetischen als auch von sozialen und Umweltfaktoren abhängig. Die Fortschritte in der Molekulargenetik in den letzten Jahren haben viel Licht in bisher unklare Krankheitsentwicklungen gebracht. Krankheitsverursachende Mutationen (Veränderungen des Erbgutes) oder Veranlagungen für gewisse Krebsarten oder Erbkrankheiten können mittels genetischer Untersuchungen heute zuverlässig nachgewiesen werden. Auch bei der primären Depression werden genetische Faktoren ursächlich diskutiert.

Diese Möglichkeit kann man sicher auch auf die Parkinson-Depression übertragen. Es muss jedoch auch noch andere, uns unbekanntere Gründe geben, da es ein Risikoprofil für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson gibt:

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression bei Morbus Parkinson

(nach Klein 2004)

- Junges Alter bzw. früher Krankheitsbeginn des Morbus Parkinson
- Weibliches Geschlecht
- Rechtsseitige Betonung der Parkinson-Symptomatik
- Hypokinetisch-rigide Verlaufsform
- Schwere der körperlichen Beeinträchtigung (Akinese)
- Angst
- Psychotische Symptomatik

So leiden jüngere Parkinson-Patienten etwa doppelt so häufig an Depressionen wie ältere Patienten. Die Depression tritt bei jüngeren Patienten oft bereits vor Auftreten der motorischen Krankheitszeichen auf und kann als Frühsymptom gewertet werden. Frauen mit Morbus Parkinson erkranken häufiger an Depressionen, ebenso Patienten mit hypokinetisch-rigider Verlaufsform ohne Zittern und Patienten mit rechtsseitiger Betonung der motorischen Symptome. Überdurchschnittlich häufig findet man eine familiäre Belastung mit depressiven Erkrankungen, was möglicherweise die oben angeführte These einer genetischen Komponente stützen könnte.

Wie sieht die Parkinson-Depression aus?

Die klinische Symptomatik der Parkinson-Depression ist durch Verlust der Lebensfreude, Hoffnungslosigkeit, emotionale Leere und Verlust von Initiative und Selbstwertgefühl gekennzeichnet. Es kommt häufiger als bei der primären Depression zu Angst, Panik, gereizter Verstimmung, Traurigkeit, Pessimismus und Suizidgedanken, seltener zu Schuldgefühlen und Suizidhandlungen. Das Vorhandensein einer Depression ist häufig weder dem Patienten noch seinen Angehörigen bewusst, sodass die Veränderung der Stimmungslage insbesondere bei jüngeren Patienten zu erheblichen familiären Konflikten führen kann. Erschwert wird die Diagnosestellung auch durch die Überschneidung von Symptomen der Depression mit denen der Parkinson-Erkrankung.

Wie wird eine Depression bei Morbus Parkinson diagnostiziert?

Zur Diagnosestellung werden neben einer ausführlichen Anamnese die Kriterien der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) herangezogen. Eine Reihe klinisch bewährter, gut geprüfter Selbstbeobachtungsverfahren und Fragebögen erlauben die Bestimmung des Schweregrades der Depressivität sowie die Dokumentation des Verlaufes der Erkrankung. Für die Parkinson-Depression geprüft und als geeignet befunden sind das Beck-Depressionsinventar (Beck 1961), die Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery 1979) und das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings 1997). Bei älteren Patienten wird in Studien auch die Geriatrische Depressionsskala verwendet:

Geriatrische Depressionsskala

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?
4. Ist Ihnen oft langweilig?
5. Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?
6. Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
9. Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?

10. Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?
13. Fühlen Sie sich voller Energie?
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?

Für die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 gibt es für die Antwort "nein", für die übrigen Fragen für die Antwort " ja " jeweils einen Punkt (Maximale Punktzahl 15).

Auswertung: 5 Punkte und mehr: Depression wahrscheinlich

Wie wird die Parkinson-Depression behandelt?

Grundlage einer jeglichen Behandlung ist ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten, an welches sich eine Zusatzdiagnostik zur Einordnung der Art und Schwere der Depression anschließt. Danach wird über ein medikamentöses oder eher psychotherapeutisch orientiertes Konzept entschieden. An erster Stelle steht jedoch immer eine Überprüfung und Optimierung der Parkinson-Medikation. Auch sollten Medikamente für Begleiterkrankungen daraufhin überprüft werden, ob sie eventuell Depressionen auslösen oder unterhalten können.

Vor der Auswahl eines geeigneten Antidepressivums (AD) müssen folgende Parkinson-spezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden:

- Nebenwirkungsprofil des Antidepressivums
- Schwere der Parkinson-Erkrankung
- Schilddrüsenfunktion
- Interaktionen mit der vorhandenen Anti-Parkinson-Medikation
- unerwünschte Nebenwirkungen im motorischen/kognitiven Bereich

Zur Verfügung stehen zahlreiche Antidepressiva, welche je nach Wirkstoff mehr den Serotonin- oder den Noradrenalin-Stoffwechsel oder beide gleichzeitig beeinflussen. Von Bedeutung ist auch, ob der Patient unter Unruhe und Schlafstörungen leidet oder eher unter einer vermehrten Müdigkeit und Antriebsminderung. Je nach klinischer Symptomatik erfolgt dann der Einsatz eines beruhigenden und schlafanstoßenden oder eines anregenden und aktivierenden Antidepressivums. Auch auf eine zusätzlich bestehende Angststörung sollte Rücksicht genommen werden, da die angstlösende Wirkung der verschiedenen Antidepressiva unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Ausgewählte Antidepressiva zeigen besonders gute Eigenschaften in der Schmerzbehandlung und sollte bei Patienten mit vordergründigen körperlichen Beschwerden, wie z.B. Schmerzen, zum Einsatz kommen. Einige Dopaminagonisten haben in Studien einen besonders guten Effekt auf die typische Freud- und Lustlosigkeit der Parkinson-assoziierten Depression gezeigt und sollten bei depressiven Parkinson-Patienten anderen Dopaminagonisten vorgezogen werden.

Viele Patienten haben Angst vor Abhängigkeit und Sucht. Antidepressiva erzeugen keine Abhängigkeit und keine Sucht, sollten jedoch immer vorsichtig eindosiert und auch wieder schrittweise abgesetzt werden. Ein plötzliches Absetzen kann durchaus zu körperlichen Beschwerden und zu einem Wiederkehren der Depression führen. Die Wirkung einer antidepressiven Behandlung tritt erst nach 2 bis 4 Wochen ein, bei älteren Patienten kann es durchaus auch noch länger dauern. Man sollte also etwas Geduld aufbringen und das Medikament nicht wegen Wirkungslosigkeit nach 3 Tagen wieder absetzen. Nach 6 bis 8 Wochen ist eine gute Besserung der Symptome zu erwarten, trotzdem sollte sich die Behandlung über weitere 4 bis 6 Monate erstrecken, um einen Rückfall zu vermeiden.

Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Parkinson-Depression

Bei schweren, therapieresistenten Depressionen kann trotz bestehendem Morbus Parkinson an die Möglichkeit einer Elektrokrampftherapie oder einer Vagusnervstimulation nachgedacht werden. In den letzten Jahren hat sich jedoch eher die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) einen festen Platz in der antidepressiven Behandlung erobert. Nach eigenen Erfahrungen ist der Einsatz bei therapierefraktären Depressionen bei Parkinson-Patienten gut verträglich (kurzzeitig kommt es auch zu einer Besserung der motorischen Symptome) und führt zu einer besseren Ansprechbarkeit auf die antidepressive Therapie.

Lichttherapie

Jahreszeit-bedingte Depressionen, oder auch Herbst-Winter-Depressionen genannt, sprechen gut auf eine Behandlung mit Licht an. Die Wirkung auf andere Depressionsformen ist noch unklar. Da sich Parkinson-Patienten auch bezüglich ihrer Grunderkrankung in den Wintermonaten eher schlechter fühlen, könnte eine unterstützende Lichttherapie einen positiven Effekt haben. Auch ähneln die Besonderheiten der Winterdepression der Depression bei Morbus Parkinson.

Psychotherapie

Die besten psychotherapeutischen Ansätze sind die kognitive Verhaltenstherapie (bewusstes Umgestalten falscher Denkmuster und Verhaltensweisen), Strategien zur Stressbewältigung und Entspannungsverfahren. Gruppentherapien, individuelle Beratung, Entspannungsverfahren und Training sozialer Fertigkeiten verbessern die Lebensqualität und den Verlauf der Erkrankung. Der Schweregrad der Behinderung und Besonderheiten des Verlaufes der Parkinson-Krankheit sind zu berücksichtigen und die Frage zu klären, welche innere Bereitschaft angesichts dieser Situation bei dem Patienten vorliegt, sich auf eine Psychotherapie einzulassen.

Entspannungstherapie

Besonders geeignet sind Entspannungsverfahren, welche auch in der Therapie der motorischen Krankheitssymptome eine gute Wirkung zeigen, z.B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, ein Muskelentspannungstraining, das autogene Training oder besondere Atemtechniken.

Kreative Therapie

Die Kunst- und Musiktherapie ermöglichen dem depressiven Parkinson-Patienten, sich über andere Zugangswege Klarheit über seine innere Befindlichkeit zu schaffen. Viele Patienten entdecken hier ungeahnte eigene künstlerische Fähigkeiten, welche ihnen zu einem neuen Selbstbewusstsein verhelfen. In Bildern oder mit Hilfe der Musik können Stimmungen und Gefühl zum Ausdruck gebracht und anderen mitgeteilt werden.

Insbesondere Musik hat außerdem noch einen weiteren, sehr positiven Einfluss auf Parkinson-Patienten. Ähnlich wie Drogen können bestimmte Arten von Musik, aber auch Lachen oder Sport, die Produktion von Dopamin im Gehirn anregen.

Zusammenfassung

Depressionen gehören zu den häufigsten nichtmotorischen Störungen bei Morbus Parkinson. Sie sind hartnäckig, oft mit Angststörungen kombiniert, können zu Gedächtnisstörungen führen und haben unabhängig von der motorischen Behinderung einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten und deren Angehörige. Durch die Überlappung einzelner Symptome einer Depression mit Parkinson-Symptomen wird die Diagnostik erschwert und die Depression oft nicht erkannt. Unkontrollierte Studien und klinische Erfahrungen zeigen, dass eine antidepressive Behandlung gut toleriert wird und effektiv ist. Wenn also trotz optimierter Therapie der motorischen Parkinson-Symptome weiterhin Zeichen einer depressiven Stimmungslage bestehen bleiben, ist der Einsatz eines Antidepressivums in Kombination mit psychotherapeutischen- oder Entspannungsverfahren sehr zu empfehlen.

3. Parkinson und Kunst

35 Jahre sind seit der Einführung der ersten wirksamen Therapie der Parkinson-Krankheit vergangen. Die L-Dopa-Therapie, später die Dopamin-Agonisten und die anderen Behandlungsmöglichkeiten haben die Lebensqualität der Patienten hochgradig verbessert und die Lebenserwartung normalisiert. Die früher als "Schüttellähmung" bezeichnete Krankheit hat aus ihrem schrecklichen Ruf sehr viel verloren.

Es ist heute im allgemeinen möglich, dass die Parkinson-Kranken ihrem Beruf weiter nachgehen können und dass sie auch ihre Hobbys nicht aufgeben müssen. Erfreulicherweise erfahren wir aus Medienberichten immer wieder, dass bekannte Künstler trotz ihrer Erkrankung ihre künstlerischen Fähigkeiten erhalten. Andererseits erleben wir oft, dass kreative, positiv denkende Parkinson-Patienten durch neue künstlerische Aktivitäten neue Lebensinhalte finden.

Die feinmotorischen Fähigkeiten der Kranken sind beeinträchtigt, auch das Zittern stört beim Arbeiten. Der Gesichtsausdruck und die Stimme verändern sich, im späteren Krankheitsverlauf treten Schwankungen der Medikamentenwirkung und Überbewegungen auf. Diese Erscheinungen führen dazu, dass die Umgebung dem Patienten – aber häufig auch er sich selbst – nichts mehr zutraut.

Die Konfrontation mit der Diagnose – ein tiefer Einschnitt in die bisherige Lebensplanung – verursacht bei den meisten Patienten ein seelisches Tief. Sie haben verständlicherweise starke Zukunftsängste, befürchten den Verlust der bisherigen Fähigkeiten und Lebensziele; jüngere Patienten auch den Verlust des Arbeitsplatzes und somit des Familieneinkommens. Alles was bis jetzt wichtig und erstrebenswert war, rückt plötzlich in unerreichbare Ferne.

Auch der durch die Krankheit entstandene Rollenwechsel in der Familie und im Freundes- und Kollegenkreis und der damit verbundene Verlust des Selbstwertgefühls trägt zur Vertiefung der pessimistischen, depressiven Grundhaltung vieler Patienten in dieser Anfangsphase der Krankheit bei. Das Gefühl der Wertlosigkeit, das negative Denken und der Antriebsmangel führen zur Isolation der Patienten in der Gesellschaft.

Die meisten Kranken überwinden diese schwere Phase der Krankheitsbewältigung verhältnismäßig schnell. Das erste Licht im Tunnel ist der Erfolg der eingeleiteten Therapie. Die Besserung der Symptome kann fast wie ein Wunder wirken. Die adäquate Parkinson-Therapie – und hier meine ich nicht nur die Tabletten, sondern auch eine die verlorenen Fähigkeiten wiederherstellende Begleittherapie und die psychische Unterstützung – verhelfen dazu, dass sich der Kranke mit der Krankheit und mit den krankheitsbedingten Einschränkungen des Lebens abfindet. Er wird dann seine Lebensziele und Lebenserwartungen, seine Arbeit, seine Hobbys und nicht zuletzt seinen Platz in der Familie und in seiner Umgebung neu ordnen. Das Suchen und Finden neuer Lebensinhalte ist sehr bedeutsam in diesem Bewältigungsprozess.

Während meiner jetzt 35-jährigen Tätigkeit in der Behandlung von Parkinson-Patienten hat mich die trotz Krankheit erhalten gebliebene und sich sogar weiterentwickelnde künstlerische Fähigkeit meiner Patienten immer wieder erstaunt. Die meisten Künstler, die sich nicht aufgaben, waren auch nach dem Auftreten der Krankheit in der Lage, weiterhin künstlerisch Wertvolles zu schaffen. Andererseits besonders erfreulich war zu sehen, dass Patienten, die früher künstlerisch nicht tätig waren, sich während der Krankheit der Kunst zuwandten. Die meisten von ihnen machten die erste Begegnung mit Kunst in der Beschäftigungstherapie. Sie lernten Materialien und Techniken kennen, die sie auch "ohne künstlerische Vergangenheit" zu kreativen Tätigkeiten und dadurch zu neuen Hobbys und sogar zu neuen Lebensinhalten führten.

Diese erfreulichen Erfahrungen waren der Hintergrund dafür, dass meine langjährigen Mitarbeiter und ich der sogenannten "Kreativitätstherapie" in der Parkinson-Behandlung eine besonders wichtige Rolle zuschrieben. Diese Therapie ist eine besondere Art der Beschäftigungstherapie, bei der neben der Wiedererlangung von Fingerfertigkeiten das Heranführen der Patienten an neue Tätigkeiten, Hobbys und gleichwohl an neue Lebensinhalte die wichtigste Rolle spielen.

Bilder aus der Stille

Um die Patienten weiter zu motivieren und die Öffentlichkeit über die Aktivitäten der Kranken zu informieren, veranstalten wir in der Klinik jährlich mehrmals Vernissagen mit den Arbeiten der "Parkinson-Künstler". Einige der schönen Bilder und Gegenstände wurden von den Patienten der Klinik überlassen; diese sind in ständiger Ausstellung zu sehen.

Unter diesen Umständen kam uns schon vor geraumer Zeit der Gedanke, die künstlerischen Aktivitäten der Parkinson-Patienten für eine breitere Öffentlichkeit bekannt zu machen. Dieses Vorhaben sollte neben dem Informationsgehalt den heutigen und zukünftigen Parkinson-Patienten als positives Beispiel dienen und ihnen Mut zu machen, das Leben mit der Krankheit zu meistern. Das Vorhaben konnte im Jahre 2001 in Form eines kleinen Kunstbuches endlich verwirklicht werden. Das Büchlein mit dem Titel "Bilder aus der Stille" wurde anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Selbsthilfeorganisation der Parkinson-Patienten, der Deutschen Parkinson-Vereinigung e.V. (dPV) den Parkinson-Patienten gewidmet und entstand unter der Mitwirkung der dPV, des Parkinson-Fördervereins e.V. in Leun und des Parkinson-Zentrums in Biskirchen.

In dem Kunstbuch wurden Arbeiten von 50 Parkinson-Künstlern veröffentlicht. Die Bilder und Kunstgegenstände wurden von den Werken von mehr als 100 Parkinson-Patienten durch eine Jury ausgewählt. Die Jury arbeitete unter der Leitung von Herrn Dr. Wolfgang Götz, 1. Vorsitzender der dPV. Er war der Sachkundigste in der Jury: erstens als Künstler, zweitens als Betroffener.

Bei der Herausgabe des Buches schrieb Herr Friedrich Mehrhoff, Geschäftsführer der dPV folgende Zeilen: "Parkinson-Patienten werden oft als zurückgezogen, sozial und gesellschaftlich isoliert sowie depressiv beschrieben. Dieses Kunstbuch soll Ihnen zeigen, dass dieses Vorurteil nicht stimmt. Ich freue mich, dass es gelungen ist, hiermit erstmals einen Überblick über die künstlerischen Aktivitäten der Parkinson-Patienten zu geben und damit mit dazu beizutragen, dass bestehende Vorurteile abgebaut werden."

Nach diesen Anfängen können wir jetzt erfreut registrieren, dass die Aktivität von "Parkinson-Künstlern" in Deutschland immer bekannter wird. In den letzten 3 Jahren wurden schöne Jahreskalender mit Bildern von Parkinson-Patienten veröffentlicht, die Bilder stammten von Patienten der verschiedenen Parkinson-Kliniken. Wenn wir im Internet stöbern, finden wir zahlreiche Hinweise auf Ausstellungen, Vernissagen und sogar Auktionen mit Werken von Parkinson-Patienten. Kunstausstellungen mit Parkinson-Kunst sind ständige Begleiter von internationalen Parkinson-Kongressen.

Es bleibt nur zu hoffen, dass die zahlreichen Informationen sehr viele der in Deutschland lebenden ca. 250.000 Parkinson-Patienten erreichen und ihnen Mut gibt, dem Beispiel der kreativ gebliebenen oder der kreativ gewordenen Mitpatienten zu folgen.

4. Gentherapie gegen Parkinson

Eine neue Gentherapie lässt Affen mit Parkinson-Symptomen wieder völlig normal werden. Das berichten französische und britische Forscher im Journal „Science Translational Medicine“. Für eine Gentherapie an Menschen sei es zwar noch viel zu früh, betonen die Forscher. Die Ergebnisse zeigten aber einen vielversprechenden neuen Therapieweg auf, und an klinischen Vorstudien werde bereits gearbeitet. Béchir Jarraya vom CNRS-Forschungszentrum in Fontenay-aux-Roses (Frankreich) und Wissenschaftler der Universitäten Paris und Oxford hatten bei Makaken durch ein Nervengift die Produktion des Botenstoffs Dopamin im Gehirn blockiert. Daraufhin entwickelten die Tiere Parkinson-ähnliche Symptome. Mittels eines Virus wurden ihnen anschließend drei Schlüsselgene für die Dopaminsynthese ins Gehirn eingeführt. Die Forscher fanden daraufhin, dass sich über ein Jahr lang die Dopaminproduktion normalisierte und keine Muskelzuckungen mehr auftraten.

Für Sie gelesen: Dr. Fornadi (Gießener Allgemeine Zeitung (dpa))

Impressum

Herausgeber: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Vertreten durch die GlaxoSmithKline Verwaltungs GmbH, Luxemburg

Geschäftsführer: Dr. Cameron Marshall (Vors.), Jean Vanpol, Pamela Somerset, Georges Dassonville

Anschrift: Theresienhöhe 11
D-80339 München
Germany
Tel. +49 (0) 89 360 44-0
Fax +49 (0) 89 360 44-8000

Internet: www.glaxosmithkline.de

Diesen Newsletter können Sie kostenlos per E-Mail abonnieren. Melden Sie sich an unter www.parkinson-web.de. Der Newsletter wird Ihnen regelmäßig einmal im Monat zugesandt und informiert Sie über aktuelle Nachrichten und Neuigkeiten von www.parkinson-web.de.