

# Funktionelle Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen

K. Schmidtke, B. Metternich, M. Hüll

*Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg, Kompetenznetzwerk Demenzen*

---

## Zusammenfassung

Funktionelle, nicht-organische Störungen der Gedächtnis- und Konzentrationsleistung sind häufig und für die Betroffenen belastend und beängstigend. Die stereotype Klinik der FGK rechtfertigt es, sie als ein eigenständiges Krankheitsbild aufzufassen. Als wesentlichen Entstehungsfaktor für die FGK, die nosologisch den somatoformen Störungen nahe steht, postulieren wir eine chronische psychosoziale Stressbelastung. Charakteristische Symptome der FGK wurden zu einer Symptomcheckliste zusammengefasst, deren diagnostische Wertigkeit in einer Validierungsstudie mit 57 Patienten und 50 Kontrollpersonen bestätigt wurde. Im Weiteren wurde, im Rahmen einer Katamnesestudie, der Spontanverlauf der FGK-Patienten beobachtet. Es zeigte sich, dass das Beschwerdebild mittelfristig weitgehend stabil war und nur wenig auf psychoedukative Gespräche ansprach. Erste Ergebnisse einer kontrollierten Therapiestudie zeigen, dass eine multimodale psychotherapeutische Gruppenbehandlung effektiv ist.

**Schlüsselwörter:** Gedächtnisstörung, funktionelle Störungen

## Functional disturbances of memory and attention

K. Schmidtke, B. Metternich, M. Hüll

### Abstract

Functional, non-organic disturbances of memory and attention (FDMC) are frequent and highly disturbing for affected patients. The stereotyped presentation of FDMC justifies defining it as a syndrome in its own right, which is nosologically related to the somatoform disorders. We postulate chronic psychosocial distress to be essential in the etiology of this disorder. Here, we compiled characteristic symptoms of FDMC in a symptom check list. Its diagnostic value was confirmed in a validation study with 57 patients and 50 control subjects. In a second study, the natural history of FDMC was examined in a follow-up study. The condition was found to remain essentially unchanged on median term, and thus to respond little to a one-session psychoeducation. In a third study, a multi-modal psychotherapeutic group treatment was examined. First results show that this treatment program is effective in reducing failures of memory and related anxiety.

**Key words:** memory disorder, functional disorders

© Hippocampus Verlag 2007

---

## Einleitung

Störungen des Gedächtnisses und der Konzentration, die letztlich ohne organischen Befund bleiben, sind in Gedächtnissprechstunden, Nervenarzt- und Hausarztpraxen ein häufiges Beschwerdebild [22]. Ursache sind affektive Störungen wie Depression und Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion. In vielen anderen Fällen liegt jedoch keine oder eine nur gering ausgeprägte depressive Symptomatik vor. Diese Patienten, die in unserer Gedächtnissprech-

stunde ca. zehn Prozent aller Fälle ausmachen, werden teilweise als überbesorgt oder hypochondrisch eingeschätzt (»complainer«), leiden aber zum Teil stark unter Gedächtnisdefiziten im Alltag. Die Häufigkeit und das einheitliche Beschwerdebild sprechen dafür, dass Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen ohne organischen Befund und ohne Depression keine Nicht-Diagnose, sondern ein abgrenzbares und krankheitswertiges Syndrom darstellen. Die Defizite im Alltag können die Betroffenen stark belasten, Ängste vor einer Alzheimer-Krankheit erzeugen und zu unnötigen appa-

rativen Untersuchungen führen, beispielsweise wiederholten Kernspintomographien. Das Fehlen einer diagnostischen Kategorie trägt zur Verunsicherung des Patienten bei. Die Diagnose einer »funktionellen Gedächtnis- und Konzentrationsstörung« (FGK) kann – wie zum Beispiel auch bei somatoformen Störungen – helfen, Arzt und Patienten ein neues Verständnis des Beschwerdebilds zu vermitteln und gezielt Therapien zu entwickeln.

Die Auffassung, dass funktionelle (nicht-organische) Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen ein Syndrom darstellen, stützt sich auf die Hypothese eines einheitlichen Entstehungsmechanismus und auf eine stets ähnliche, in Teilen sogar stereotype Symptomatik. Dabei handelt es sich um Symptome, die auch bei gesunden Personen ab und zu auftreten, bei Patienten mit FGK aber seit einem gewissen Zeitraum stark zugenommen haben und zu einer relevanten Beeinträchtigung im Berufs- und Alltagsleben führen:

- Fehler des prospektiven Gedächtnisses (Vergessen von Vorhaben, Terminen, Aufträgen, Verabredungen)
- Defizite des Langzeitgedächtnisses (Verarbeiten und Aufnehmen neuer Gedächtnisinhalte)
- Störungen des Abrufs von Altgedächtnisinhalten
- Blockierungserlebnisse und Fehlleistungen bei Alltagstätigkeiten
- Störung des Konzentrationsvermögens
- wechselhafte Ausprägung in Abhängigkeit von inneren und äußeren Bedingungen

Diese Symptomatik kann nur zum Teil als Gedächtnisstörung interpretiert werden, zum anderen Teil betrifft sie den Abruf alten Wissens und überlernter Fähigkeiten. In einer früheren Untersuchung [21] wurden die in Tabelle 1 aufgelisteten Symptome als häufig identifiziert. Dabei wurden nur Patienten ohne organische Schädigung und mit normaler Testleistung des verbalen Gedächtnisses und der Aufmerksamkeitsleistung berücksichtigt.

#### Symptome einer Neugedächtnisstörung:

1. Vergessen von Aufträgen, Terminen, Vorhaben
2. Nicht-Aufnehmen von Nachrichten, Lektüre, Vorträgen etc.

#### Symptome einer Abrufstörung:

3. Vorübergehende Blockierung von überlerntem Wissen wie Namen, Telefonnummern, Schreibweisen
4. Flüchtigkeitsfehler, Fehlleistungen und Blockierungserlebnisse bei Routine-tätigkeiten
5. Wortfindungsstörungen

#### Symptome einer Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung:

6. Vergessen von Vorhaben noch auf dem Wege zu ihrer Ausführung, z. B. beim Gang in den Keller oder Nebenraum
7. Vergessen der Inhalte von Telefonaten und Gesprächen kurz nach ihrer Beendigung
8. Zerstreuung, Geistesabwesenheit oder Gedankenwandern
9. »Fadenriss«-Erlebnisse bei Gesprächen

#### Verlaufsmerkmal:

10. Wechselnd starke Ausprägung der geistigen Leistungsmängel in Abhängigkeit von Belastung und Allgemeinbefinden

Tab. 1: FGK-Symptomcheckliste (0 bis 10 Punkte)

#### Hypothese zur Entstehung der FGK

Die FGK tritt nach unserer Beobachtung häufig bei aktiven Patienten im mittleren Lebensalter auf, die unter psychischen Belastungen leiden, welche per se meist nicht krankheitswertig im Sinne einer psychiatrischen Diagnose sind. Nur in einem Teil der Fälle werden die Kriterien einer Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung erfüllt. Den Auslösefaktoren der FGK gemein ist eine *chronische Stressbelastung* und *Stresserleben*. Beispiele für relevante Belastungen sind interpersonelle Konflikte am Arbeitsplatz und in der Familie, Schmerzen und Behinderungen, Überarbeitung und Überlastung, finanzielle und familiäre Sorgen, Arbeitslosigkeit und andere biographische Krisen etc. In anderen Fällen besteht eine in der Persönlichkeit angelegte Disposition zu verstärktem Stresserleben. Eine begleitende leicht depressive Reaktion kann vorliegen.

Die reguläre Funktion des Neu- und Altgedächtnisses erfordert eine aktive Informationsverarbeitung bei der Aufnahme von Inhalten (Analyse, assoziative Verknüpfung) und bei ihrem Abruf (strategische, anstrengende Suche). Psychische Belastungen führen einen Zustand chronischer *innerer Abgelenktheit*, mangelnder Fokussiertheit und verminderter Fähigkeit zur konzentrierten Hinwendung herbei. Dies bedingt eine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung und damit auch – auf dem Wege einer Störung von Aufnahme und Abruf – »Gedächtnisstörungen«. Symptome einer kognitiven Minderleistung treten auch bei anderen Tätigkeiten wie Lesen, Autofahren, Gesprächen und aller Art von geistiger Arbeit auf. Entsprechend klagen Patienten mit FGK nicht nur über Vergesslichkeit, sondern auch über andere Fehlleistungen, im Gegensatz zu Patienten mit isolierter organischer Gedächtnisstörung.

Bezeichnend für das Syndrom der FGK ist ferner das Einsetzen eines *circulus vitiosus*: Häufige Episoden von Vergesslichkeit und Fehlleistungen führen zu Ängsten und zum Erleben subjektiver Inkompetenz, was seinerseits einen potenten sekundären Stressfaktor darstellt und das Beschwerdebild verschärft. Dies gilt in besonderem Maße, wenn Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen zu Problemen am Arbeitsplatz führen oder wenn Ängste vor einer Demenz entstehen (Abb. 1).

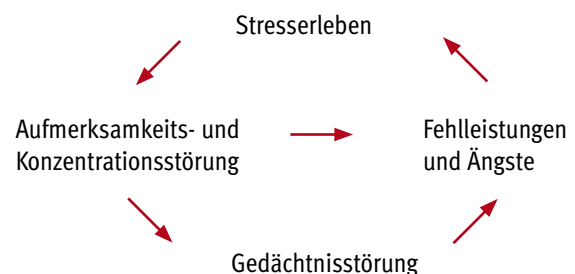


Abb. 1: Circulus vitiosus aus Stresserleben und kognitiven Defiziten im Alltagsleben

In neuropsychologischen Testungen erzielen FGK-Patienten in der Regel *normale Leistungen*. Es ist nahegelegt, dass in der artifiziellen Untersuchungssituation eine annähernd normale Konzentrationsleistung mobilisiert werden kann, obwohl Stresserleben, damit verbundene negative Emotionen und eine Minderung der Aufmerksamkeitskapazität im Alltag der Patienten fast ständig präsent sind.

Zusammenfassend sollte die Diagnose einer FGK erwogen werden, wenn:

- im Berufs- und Privatleben *neu aufgetretene oder in jüngerer Zeit verstärkte*, relevante und störende Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite geklagt werden
- kein Hinweis für eine relevante organische Erkrankung oder Funktionsstörung des Gehirns besteht
- eine chronische Stressbelastung aufgrund äußerer oder innerer Belastungen besteht
- keine mehr als leichtgradige oder alleinige depressive Symptomatik vorliegt
- die Testleistungen des Gedächtnisses und der Konzentration normal oder annähernd normal sind

In Bezug auf die Nosologie der FGK postulieren wir eine Beziehung zu den somatoformen Störungen, insofern als eine auf psychischer Ebene angesiedelte Störung zu einer im weiteren Sinne organischen Fehlfunktion (hier: der Kognition) führt. Differentialdiagnostisch abzugrenzen sind kognitive Defizite bei Depression und anderen psychiatrischen Erkrankungen, altersbedingtes Nachlassen der Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeits-Defizit-Störung im Erwachsenenalter, eine lange bestehende, persönlichkeitsimmanente Aufmerksamkeitschwäche (»Zerstretheit«), dissoziative Störungen und hypochondrisch getönte Ängste ohne relevante Defizite im Alltagsleben.

Im vorliegenden Beitrag werden drei Studien zur FGK zusammenfassend dargestellt: Validierung einer diagnostischen FGK-Symptom-Checkliste, Katamnesestudie zum Spontanverlauf der FGK und erste Ergebnisse einer Pilotstudie zu einem Gruppentherapie-Programm für FGK-Patienten.

### Validierung einer Symptom-Checkliste zur Diagnose der FGK

Die Erkennung des Syndroms der FGK ist in der Praxis von hoher Bedeutung, um eine Fixierung der Patienten auf organische Ursachen zu vermeiden, unnötige apparative Diagnostik und medikamentöse Behandlungen zu verhindern, dadurch entstehende Kosten zu sparen, eine gegebenenfalls notwendige Änderung der Lebensumstände zu motivieren oder eine psychotherapeutische Behandlung zu indizieren. Wir untersuchten die Validität eines diagnostischen Fragebogens, der die in Tab. 1 aufgelisteten, als häufig und typisch für die FGK postulierten Symptome umfasst. Der FGK-Fragebogen wurde bei Patienten angewendet, die die oben angeführten Kriterien erfüllten. Bei einer Nachuntersuchung nach mindestens einem Jahr wurde überprüft, ob nicht doch eine zunächst unerkannte organische oder psychiatrische Erkrankung vorlag, die die Symptomatik erklären könnte

(siehe folgenden Abschnitt, »Katamnesestudie«). In die Validierungsstudie wurden 57 FGK-Patienten eingeschlossen, die zu einer Nachuntersuchung erschienen waren und bei denen auch zu diesem Zeitpunkt keine Hinweise für eine organische Grunderkrankung festgestellt wurden. Patienten mit der Diagnose »Dysthymie« wurden eingeschlossen, nicht jedoch Patienten mit einer klinisch mehr als leichtgradigen depressiven Symptomatik. Das Gedächtnis wurde je nach Lebensalter mit dem Wortlistenlernen nach Rey (15 Worte, 5 Durchgänge, bis 60 Jahre) oder mit dem Wortlistenlernen der CERAD geprüft [10, 19], die Konzentrationsleistung mit dem Zahlenverbindungstest (Durchgänge A bis D [16]). Die Testleistungen mussten zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung im Normbereich, das heißt oberhalb von minus einer Standardabweichung der Alters-Vergleichsgruppe, liegen oder oberhalb von minus zwei Standardabweichungen und bei der Verlaufsuntersuchung stabil oder gebessert sein. Die 57 FGK-Patienten wurden zwei Vergleichsgruppen gegenübergestellt: einer alters-parallelierten Gruppe von 50 Personen ohne subjektive und objektive Gedächtnisstörung und einer Gruppe von 16 Patienten mit subjektiver und objektiver Gedächtnisstörung im Rahmen einer »Leichten Kognitiven Störung« (MCI).

Der durchschnittliche Punktwert lag für FGK-Patienten bei 7,9 von 10, für MCI-Patienten bei 3,4 und für Kontrollpersonen bei lediglich 0,8. Von den FGK-Patienten erzielten 88% 6 oder mehr Punkte. Keine Kontrollperson erzielte mehr als 3 Punkte. Im Vergleich von FGK- und MCI-Patienten war die Fläche unter der Receiver-Operating-Characteristic-Kurve 0,91. Die Abgrenzung von FGK-Patienten gegenüber gesunden Kontrollen war annähernd perfekt (Fläche unter der ROC-Kurve 0,995).

Die einzelnen Symptome wurden über alle Teilnehmer vergleichbar häufig bejaht (41%–58%). Die Trennschärfekoeffizienten der einzelnen Fragen (Korrelationen zwischen Antwort und Gesamt-Punktwert) lagen zwischen 0,68 und 0,82. Das Cronbachs Alpha (innere Konsistenz) des Fragebogens lag bei 0,91.

Die Symptomcheckliste bildet das Syndrom der funktionellen Konzentrations- und Gedächtnisstörung somit valide und reliabel ab. Sie zeigt eine hohe Sensitivität und Spezifität in der Abgrenzung gegenüber Normalpersonen und in etwas geringerem Maße auch gegenüber MCI-Patienten. In Bezug auf die Differentialdiagnose von nicht-organischen und organischen Störungen des Gedächtnisses sind weitere Studien in Vorbereitung.

### Katamnesestudie zum Spontanverlauf der FGK

In dieser zweiten Studie untersuchten wir die Frage der Stabilität der FGK im zeitlichen Längsschnitt. Bei der oben dargestellten Erstuntersuchung waren die Patienten über Ursachen und vermutete Mechanismen ihrer Beschwerden aufgeklärt und beraten worden, speziell über die normalen Testleistungen und den vermuteten Zusammenhang zwischen FGK und psychischen Belastungsfaktoren. Eine weitere Intervention erfolgte nicht. Ein bis drei Jahre nach der Erstdia-

agnostik bestellten wir die Patienten zu einer Verlaufsuntersuchung wieder ein. Die FGK-Symptomcheckliste und die neuropsychologischen Testverfahren wurden wiederholt.

57 Patienten konnten nachuntersucht werden. Der mittlere Zeitabstand seit der Basisuntersuchung betrug 19,5 Monate. Bei der Nachuntersuchung ergab sich in keinem Fall ein Anhalt für eine zwischenzeitlich manifest gewordene, relevante organische zerebrale Erkrankung, zum Beispiel Demenz.

Die Wiederholung der Symptomcheckliste ergab eine nun zwar statistisch signifikante, aber nur geringe Minderung der Beschwerdeintensität von zuvor 7,9 auf jetzt 6,3. Nur einzelne Patienten zeigten eine weitgehende Normalisierung.

Die Aufklärung über die erzielten normalen Testleistungen und ein psychoedukatives Gespräch über das Beschwerdebild und seine Bedingungsfaktoren waren somit in der Regel nicht ausreichend, um eine nachhaltige Symptomreduktion zu erzielen. Eine naheliegende Interpretation ist, dass die zugrundeliegenden psychosozialen Belastungs- und Stressfaktoren fortwirkten. Die FGK ist somit in der Regel kein kurz andauerndes, sondern ein lang anhaltendes Beschwerdebild.

Die Ergebnisse unserer Katamnesestudie zeigten, dass Patienten mit FGK einer gezielten therapeutischen Intervention bedürfen. Ponds et al. führten bei einer vergleichbaren Patientengruppe ein Therapieprogramm mit psychoedukativem Schwerpunkt über drei bis fünf Einzelsitzungen durch [17]. 16 Patienten wurden vor, direkt nach und drei Monate nach der Therapie untersucht. Die erzielten positiven Ergebnisse waren zum Nacherhebungszeitpunkt am deutlichsten: Die Patienten schätzten sich als weniger vergesslich und im Hinblick auf das eigene Gedächtnis weniger ängstlich und perfektionistisch ein. Jedoch sind diese Ergebnisse in Ermangelung einer Kontrollgruppe nur eingeschränkt aussagekräftig. Wir entwickelten ein eigenes psychotherapeutisches Behandlungskonzept, zu dem erste Daten vorliegen.

### Ein Gruppentherapie-Programm zur Behandlung der FGK

Es wurde ein gruppentherapeutisches Setting gewählt, um die Interaktion der Teilnehmer als therapeutischen Ko-Faktor nutzbar machen zu können [15]. Das Therapieprogramm setzt sich aus 13 Sitzungen zu je 90 Minuten zusammen. Es umfasst u. a. Information und Übungen über das Syndrom der FGK, Zusammenhänge von Kognition und Emotion, angemessene und dysfunktionale Einstellungen zu Gedächtnis und Altern, selektive Aufmerksamkeit und Achtsamkeit, Problemanalyse und Problemlösestrategien, Entspannungsverfahren, »Stressimpfungstraining« und Stressbewältigung, Organisations- und Zeitmanagementverfahren, Bedeutung von Arbeitspausen und Freizeit. Das Therapieprogramm ist »multimodal« und macht Anleihen bei den Konzepten der Kognitiven Therapie [23, 25], der Sozial-Kognitiven Theorie der Selbstregulation [2] und bei Modellen der Stressbewältigung (z. B. [12]). Fehlleistungen und gedächtnisbezogene Ängste sollen reduziert und somit der *circulus vitiosus* aus Gedächtnismängeln und Stresserleben unterbrochen werden. Die Patienten führen Tagebücher über Episoden von Ver-

gesslichkeit und Fehlleistungen. In den Gruppensitzungen berichten sie über diese, die begleitenden Gedanken und die daraus resultierenden Emotionen. Sie werden aufgefordert, Alternativgedanken zu formulieren. Grübeleien und Ängste in Bezug auf die Symptomatik und eigene, möglicherweise übersteigerte Erwartungen werden thematisiert. Mit dem Ziel einer besseren Stressbewältigung werden kurzfristig (Atemtechniken, »time out«) und langfristig wirksame Verfahren (Problemanalyse und -lösungsstrategien [4], »Stressimpfung« [14]) behandelt. Um das stressinduzierte Aktivierungsniveau abzusenken, wird die Progressive Muskelrelaxation eingeführt [11]. Diese Strategien und Techniken werden in der Gruppe besprochen und zu Hause geübt. Ein übergreifendes Ziel des Therapieprogramms ist die Steigerung des Erlebens von gedächtnisbezogener Selbstwirksamkeit. Laut *Bandura* ist Selbstwirksamkeit die Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann [3].

Die Studie war kontrolliert, mit Wartekontrollgruppen-Design und randomisierter Zuordnung per Münzwurf nach Stratifizierung für Alter, Ausbildung und Geschlecht. Nach der Basisuntersuchung erfolgte die Zuordnung zu einer in Kürze beginnenden oder zu einer sechs Monate später beginnenden Therapiegruppe. Fragebögen zur Therapieevaluation wurden zu drei Zeitpunkten ausgehändigt und bearbeitet: Basisuntersuchung vor Therapiebeginn (T1), Verlaufsuntersuchung bei Therapieende (T2) und Nacherhebung drei Monate später (T3). Zum Zeitpunkt T3 der ersten Gruppe begann in identischer Abfolge die Therapie der Wartegruppe.

Folgende Einschlusskriterien wurden angewendet:

- klinische Diagnose einer FGK gemäß den oben aufgeführten Kriterien
- Punktwert < 18 im Beck-Depressionsinventar [9]
- mindestens fünf Punkte im FGK-Fragebogen (siehe Tab. 1)
- objektive Testleistung =  $\geq -1,5$  Standardabweichungen (alterskorrigiert) im Wortlistenlernen (Sofortabruf, 15 Wörter, Summe der fünf Durchgänge) und im Zahlenverbindungstest (Durchgänge A bis D)
- geschätzte prämorbid Intelligenz  $\geq$  IQ 80 (Mehrfachwahlwortschatztest Version B [13])
- keine Vorgeschichte von Schädel-Hirn-Traumen > 1. Grades, Schlaganfall, Epilepsie, Multipler Sklerose oder anderen relevanten zerebralen Schädigungen (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I: Psychological disorders [24])
- keine psychiatrische Hauptachsendiagnose (DSM-IV): Posttraumatische Stressstörung (PTSD), Suchterkrankung, Psychose, Major Depression, bipolare Störung, Angst- oder Zwangserkrankung
- keine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Punktwert in der Wender Utah Rating Skala > 30 [18])
- keine Einnahme von Psychopharmaka, die das Gedächtnis beeinträchtigen könnten
- keine Frühform einer Demenz bei Erstgradangehörigen
- 30 bis 69 Jahre

Primärer Zielparameter war die *gedächtnisbezogene Selbstwirksamkeit*, gemessen mit dem Metamemory in Adulthood Questionnaire (MIA [6]). Der MIA-Fragebogen umfasst 108 Fragen auf sieben Unterskalen: Strategie, Aufgabenwissen, Kapazität, Ängstlichkeit, Veränderung, Leistungsanspruch und Locus of control. Die Skalen Kapazität, Ängstlichkeit und Veränderung können zu dem Faktor »gedächtnisbezogene Selbstwirksamkeit« zusammengefasst werden. Die Einschätzung erfolgt auf einer fünf-Punkte-Skala von »starke Zustimmung« bis »starke Ablehnung« oder von »nie« bis »immer« (Skalenumfang 1–5).

Sekundäre Parameter waren:

- *wahrgenommener Stress*, gemessen anhand einer 20-Fragen-Version des »Perceived Stress Questionnaire« [7], mit Einschätzung auf einer vier-Punkte-Skala von »nie« bis »meistens« (Skalenumfang 1–4)
- *Ausprägung psychiatrischer Symptome*, gemessen mit der Symptom-Checkliste SCL-90-R [5, 8]
- *Behandlungszufriedenheit*, gemessen mit dem Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8 [20]), der deutschen Version des CSQ-8 [1]
- *objektive Gedächtnisleistung*, gemessen durch Wiederholung der neuropsychologischen Eingangstests. Diese Messung diente primär dem nochmaligen Ausschluss organischer Ursachen.

Die Daten zu den Messzeitpunkten T1 bis T3 der ersten Behandlungsgruppe wurden mit den Daten der Wartekontrollgruppe verglichen, die in gleichen Zeitabständen gewonnenen wurden (Varianzanalyse mit Messwiederholung). Für Variablen, die einen signifikanten Haupteffekt zeigten, wurde ein Vergleich der Veränderungswerte durchgeführt (Differenz der Fragebogen-Summenwerte zu den Zeitpunkten T2 minus T1 sowie T3 minus T1). Dabei wurden Basiswerte als Kovariablen berücksichtigt. Schließlich erfolgte im dritten Schritt ein Gruppenvergleich der Veränderungswerte durch zweiseitige T-Tests. Ergänzend erfolgten Vergleiche der Veränderungswerte innerhalb der beiden Gruppen.

Von 49 geeigneten und angesprochenen Patienten willigten 40 in die Studienteilnahme ein (17 Männer, 23 Frauen). Neun Patienten schieden vor oder nach Behandlungsbeginn aus. Von 31 Patienten lagen komplette Daten aller Messzeitpunkte T1 bis T3 vor (15 aus der Behandlungs- und 16 aus der Wartekontrollgruppe). Die ANOVA zeigte einen Interaktionseffekt bezüglich der wahrgenommenen Gedächtnisleistung im Alltag zugunsten der Therapiegruppe ( $p=0,033$ ). Die ANCOVA der Veränderungswerte (mit Basiswerten als Kovariablen) bestätigte diesen Effekt, der jedoch erst bei der Nachbeobachtung (T3) signifikant wurde ( $p=0,04$ ). Die T-Tests zeigten ein analoges Resultat. Bei einer mittleren Symptomausprägung von 5,41 und 6,13 (T1) kam es bei der Behandlungsgruppe zu einer mittleren Besserung von 0,75 Punkten und bei der Kontrollgruppe zu einer mittleren Verschlechterung von 0,12 Punkten (T3).

Die sekundären Zielparameter zeigten keine signifikanten Therapieeffekte. In der Therapiegruppe ergab sich auf der

ZUF-8 ein Mittelwert von 27,6, der eine hohe Behandlungszufriedenheit anzeigt. Das wahrgenommene Stressniveau (PSQ-90) nahm in beiden Gruppen von T1 zu T2 ähnlich leicht ab und blieb dann bis T3 etwa stabil.

Diese Resultate zeigen, dass die angewendete multimodale Gruppentherapie der FGK zu einer signifikanten Erhöhung der gedächtnisbezogenen Selbstwirksamkeit führte, das heißt zu einer Reduktion der wahrgenommenen Schwere von Gedächtnismängeln im Alltag und damit verbundenen Ängsten. Dies wurde erst bei der Nachuntersuchung (T3) deutlich und signifikant, vermutlich weil die angestrebte kognitive Restrukturierung erst schrittweise einsetzt. Das wahrgenommene Stressniveau sank bei beiden Gruppen leicht, aber nicht signifikant unterschiedlich ab, obwohl Stressreduktion ein Element der Behandlung war. Möglicherweise stand hier eine Sensibilisierung der Wahrnehmung in der Therapiegruppe einem stärkeren Absinken entgegen. Ob Stressreduktion zum Therapieerfolg beigetragen hat, bleibt damit unklar. Die Behandlungszufriedenheit war hoch. In keinem Fall ergaben sich bei der Nachuntersuchung Anhalte für eine zuvor unerkannte organische Komponente der kognitiven Störung.

Wir erachten das Ergebnis der vorliegenden Pilotstudie als positiv, die Datenbasis genügt bisher jedoch nicht für weitreichende Schlussfolgerungen. Die Resonanz der Patienten unterstützt unsere Auffassung, dass die FGK ein relevantes Beschwerdebild darstellt, das bisher wenig beachtet ist, aber bei den Betroffenen zu hohem Leidensdruck führt, und das durch eine geeignete therapeutische Strategie wirksam behandelt werden kann.

## Literatur

1. Attikson CC, Zwick R: The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning* 1982; 5: 233-237
2. Bandura A: *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman, New York 1997
3. Bandura A: *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological review* 1977; 84: 191-215
4. Bartling G, Echelmayer L, Engberding M: *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Kohlhammer, Stuttgart 1999
5. Derogatis LR: *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University school of Medicine, Baltimore 1977
6. Dixon RA, Hultsch DF, Hertzog C: The Metamemory in Adulthood (MIA) questionnaire. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 671-688
7. Fliege H, Rose M, Arck P, Levenstein S, Klapp BF: Validierung des »Perceived Stress Questionnaire« (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica* 2001; 47: 142-152
8. Franke G: *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual*. Beltz-Test, Göttingen 1995
9. Hautzinger M: *Das Beck-Depressionsinventar (BDI) in der Klinik*. *Nervenarzt* 1991; 62 (11): 689-696
10. Helmstaedter C, Lendt M, Lux S: *Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest VLMT*. Beltz Test GMBH, Göttingen 2002
11. Jacobson E: *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago 1938
12. Lazarus RS: *Psychological stress and coping in adaptation and illness*. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1974; 5 (4): 321-333
13. Lehrl S: *Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest*. MWT-B. Straube, Erlangen 1995
14. Meichenbaum D: *Stress inoculation training: A twenty year update*. In: Woolfolk RL and Lehrer PM (Hrsg): *Principles and practices of stress management*. Guilford Press, New York 1993

15. Metternich B, Schmidtke K, Dykierok P, Hüll M: Functional memory disorder: effects of a pilot group therapy program (eingereicht)
16. Oswald W, Roth E: Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT). Hogrefe, Göttingen 1978
17. Ponds RWHM, Schmidt AJM, de Lugt M, Lulofs R, Verhey FRJ, Jolles J: De angst om te vergeten: behandeling van functionele geheugenklachten. Tijdschrift voor Psychiatrie 1995; 37: 62-68
18. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz R-D, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rösler M: Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform: Retrospektive Erfassung von Symptomen aus dem Spektrum der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung. Nervenarzt 2003; 74: 987-993
19. Satzger W, Hampel H, Padberg F, Bürger K, Nolde T, Ingrassia G, Engel RR: Zur praktischen Anwendung der CERAD-Testbatterie als neuropsychologisches Defizitscreening. Nervenarzt 2001; 72: 196-203
20. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother med Psychol 1989; 39: 248-255
21. Schmidtke K: Funktionelle Gedächtnisstörungen. Eine Untersuchung an 25 Patienten. Nervenarzt 1995; 66: 338-346
22. Schmidtke K, Pohlmann S: Gedächtnisstörung ohne organische Grundlage – häufige Diagnose in Memory-Ambulanzen. Neurogeriatrie 2005; 2: 40-41
23. Sharpe M, Peveler R, Mayou R: The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. Journal of Psychosomatic Research 1992; 36 (6): 515-529
24. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I und II). Deutsche Bearbeitung. Hogrefe, Göttingen 1997
25. Wright JH, Beck AT: Cognitive therapy of depression: theory and practice. Hosp Community Psychiatry 1983; 34: 1119-1127

**Interessenkonflikte:**

keine

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. K. Schmidtke  
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg  
Lehener Str. 88  
79106 Freiburg  
e-mail: klaus.schmidtke@uniklinik-freiburg.de