

6/2006
Juni

Deutscher Verband der
Ergotherapeuten e.V. 

ERGOTHERAPIE & REHABILITATION

Wissenschaft – Praxis – Berufspolitik



**Aus der Praxis
für die Praxis**
Lagerung – ein Thema
auch für Ergotherapeuten
ab S. 6

Gerontopsychiatrie
Psychiatrische und psychometrische
Befunderhebung bei Demenzen
ab S. 11

Grundlagen
Therapeutische Wirklichkeiten –
Konstruktionen unseres Geistes?!
ab S. 18

Praxistipp
Lachen verleiht
der Seele Flügel
ab S. 22



DIPL.-PSYCH. E. BLITZ (3. von links): Diplom-Psychologin, im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Warendorff tätig und in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin Verhaltenstherapie befindlich

H.-H. BENECKE (ganz rechts): Krankenpflegestaatsexamen 1994, 2004 das Medizinstudium abgeschlossen, seitdem in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Assistent im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

I. KOWALEWSKI (2. von links): Ergotherapeutin, Examen 2002 in Wolfsburg. Fachtrainerin für kognitives Training. Seit 2002 als Ergotherapeutin ebenfalls im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie beschäftigt

DR. T. GÖDECKE-KOCH (ganz links): Krankenpflegestaatsexamen 1985, 1997 das Medizinstudium abgeschlossen. Seit 2003 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Weiterbildung in Qualitätsmanagement, seit 2004 Leitender Arzt des Zentrums für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie.

Psychiatrische und psychometrische Befunderhebung bei Demenzen

Erika Blitz, Inga Kowalewski, Hans-Heinrich Benecke, Thomas Gödecke-Koch

1. Einleitung

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, [1]) klassifiziert die demenziellen Erkrankungen in Kapitel F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Hierbei werden drei Hauptkategorien demenzieller Syndrome unterschieden: F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, F01 Vasculäre Demenz und F02 Demenz bei sonst andernorts klassifizierten Krankheiten.

Abbildung 1 verdeutlicht die wesentlichen diagnostischen Kriterien einer Demenz. Hierbei müssen zum einen Verluste von Gedächtnisfunktionen auftreten, zum anderen auch weitere höhere corticale Funktionen (z.B. Exekutivfunktionen, Sprache, Erkennen) beeinträchtigt sein.

Diese Beeinträchtigungen führen zu einer Einschränkung im alltäglichen Lebensvollzug und gehen oftmals mit einer Stimmungsveränderung einher. Die Symptome müssen so schwerwiegend sein, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung bzw. zu einer Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus führen. Erst dann darf von einer Demenz gesprochen werden [2]. Eine isolierte Störung der Gedächtnisfunktion rechtfertigt ggf. nur die Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI). Die Beschwerden müssen für die Diagnose einer Demenz seit mindestens sechs Monaten vorhanden sein. Gleichzeitig darf keine Bewusstseinsstrübung vorliegen.

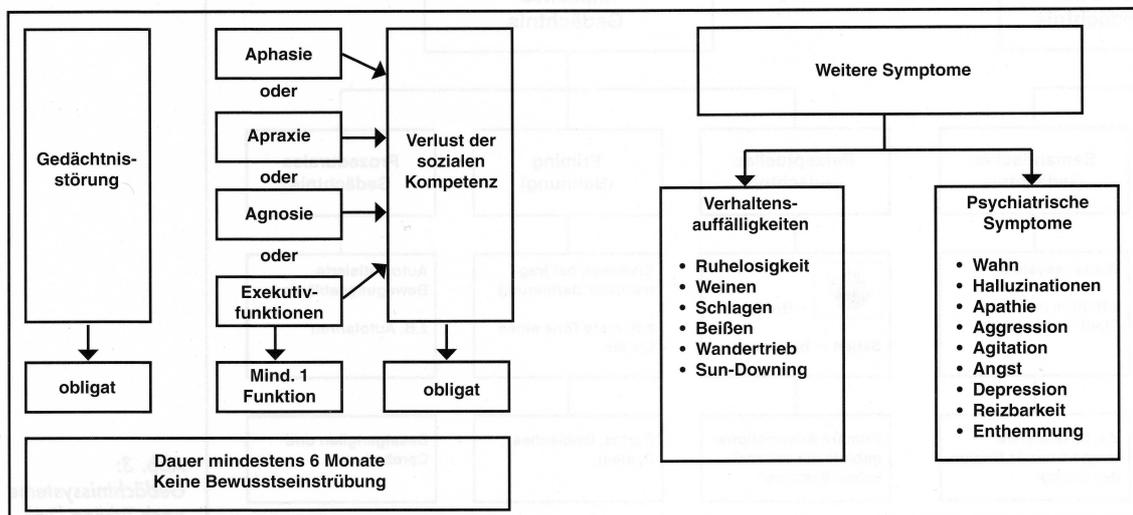


Abb. 1: Kriterien der Alzheimer Demenz sowie weitere häufige Symptome

Der Schweregrad einer Demenz kann in drei Stufen untergliedert werden. Bei der leichten Demenz ist das Lernen neuen Materials gestört, der Betroffene verlegt Gegenstände und vergisst Verabredungen; die unabhängige Lebensführung ist möglich, komplexere Aufgaben können jedoch nicht mehr ausgeführt werden. Bei Bestehen einer mittelgradigen Demenz werden nur gut gelernte und vertraute Materialien noch behalten, neue Informationen können nur sehr kurz gespeichert werden, selbständiges Einkaufen oder Umgang mit Geld sind nicht mehr möglich. Besteht eine schwere Demenz, so kann neues Material nicht mehr behalten werden. Nur Fragmente früher gelernter Materialien bleiben erhalten, somit sind selbständiges Leben und soziale Integration nicht mehr möglich [2].

Heimeinweisungen erfolgen zumeist nicht aufgrund der kognitiven Beschwerden sondern aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten (Wanderdrang, Enthemmung, Ruhelosigkeit, Aggressivität, Sundowning) oder aufgrund psychiatrischer Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Depression oder Verknennung [3].

In der westlichen Welt leiden 6-8 % der Bevölkerung über 65 Jahren unter mittelschweren und schweren Demenzen [4]. Die Prävalenz von Demenzen steigt mit dem Alter exponentiell an. So sind ca. 1,4% der Menschen im Alter zwischen 65 und 69 Jahren dement, aber schon ca. 21% der Menschen im Alter zwischen 85 und 89 Jahren. Der größte Risikofaktor, eine Demenz zu entwickeln, ist demnach das Alter. Aufgrund der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung, wonach im Jahre 2050 die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung älter als 48 Jahre alt sein wird [5], kann von einer Zunahme der altersassoziierten Erkrankungen ausgegangen werden. Die verbesserten Möglichkeiten, demenzielle Prozesse zu verlangsamen und damit die Lebensqualität der Patienten sowie deren Angehörigen zu verbessern, begründen die Notwendigkeit, demenzielle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen.

2. Neuropsychologische Grundlagen

Befasst man sich mit der Diagnostik von Demenzen, so erscheint es wesentlich, sich mit einigen neuropsychologischen und neuroanatomischen Grundlagen vertraut zu machen. Das Gedächtnis kann zum einen über seinen zeitlichen Verlauf gegliedert werden, zum anderen aufgrund der in verschiedenen Speichersystemen abgelegten Informationsinhalte.

Zeitlich wird das Gedächtnis untergliedert in das sensorische Gedächtnis, das nur wenige Sekunden andauert und eine neuronale Repräsentation der äußeren Stimuli im sensorischen Areal darstellt (Leinwandprinzip). Das Kurzzeitgedächtnis kann bis zu einigen Minuten anhalten; in ihm sind 7 ± 2 Einheiten enkodiert. Einheiten (sogenannte „Chunks“) können hierbei einzelne Buchstaben, Wörter oder Zahlen, aber auch sinnhafte Informationsblöcke, wie z.B. Schachpositionen darstellen. Das Memorieren der Chunks ist hierbei abhängig von ihrer Komplexität sowie von der Vertrautheit des Materials. Durch Wiederholung gelangen die Informationen vom Kurzzeitgedächtnis in das Stunden bis Wochen andauernde Langzeitgedächtnis, bis sie schließlich in das Altgedächtnis transferiert werden (s. Abb. 2).

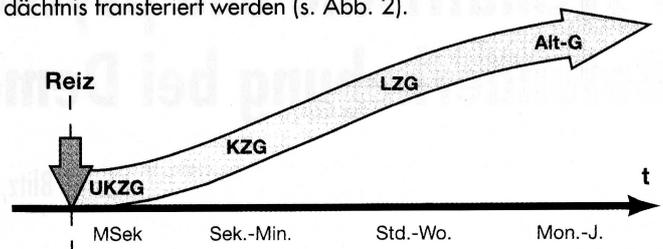


Abb. 2: Zeitliche Struktur des Gedächtnisses (aus: Calabrese und Förstl, 2001, S. 9, [13])

Inhaltlich erfolgt die Unterteilung des Gedächtnisses nach Tulving und Markowitsch (Markowitsch, 2005 [6]) in das explizite und das implizite Gedächtnis (s. Abb. 3).

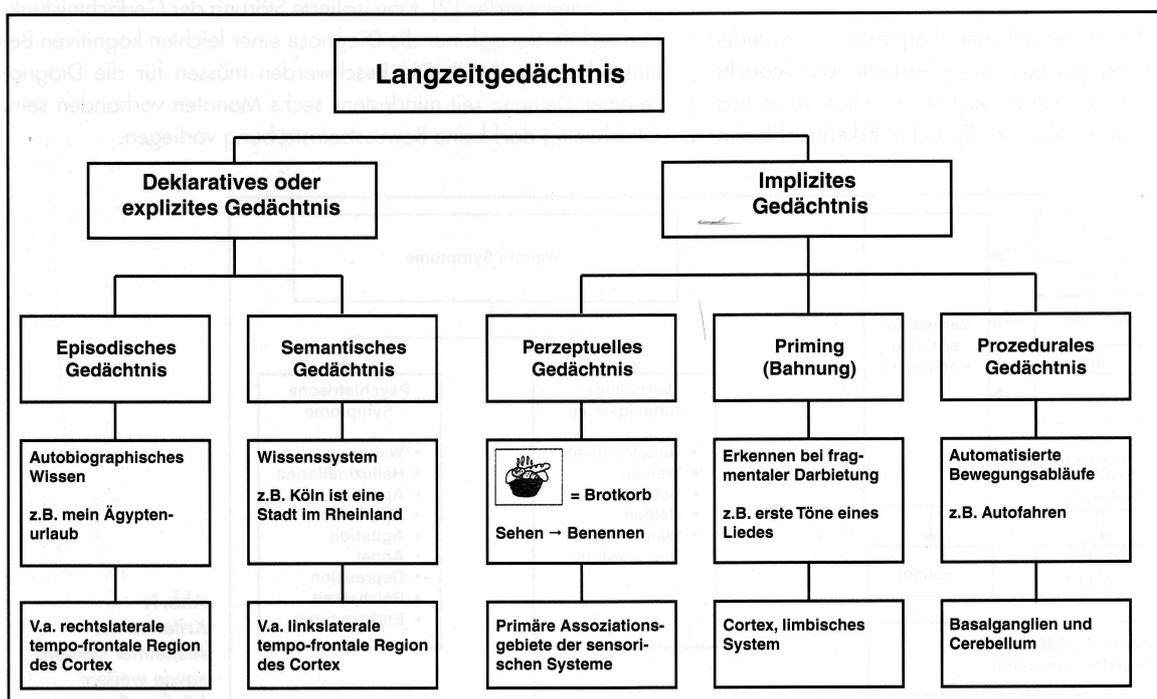


Abb. 3: Gedächtnissysteme nach Tulving [14]

Das explizite oder deklarative Gedächtnis beinhaltet das episodische Gedächtnis mit dem Wissen um biografisches Erleben und das semantische Gedächtnis mit Faktenwissen.

Das implizite Gedächtnis umfasst das perzeptuelle Gedächtnis, welches das Erkennen von Objekten aufgrund von Bekanntheitsurteilen ermöglicht, das Priming, welches das Erkennen von Objekten auch bei fragmentaler Darbietung ermöglicht sowie das prozedurale Gedächtnis, welches automatisierte Bewegungsabläufe speichert. Ein weiteres Gedächtnissystem stellt das prospektive Gedächtnis dar, die Fähigkeit, sich an Pläne zu erinnern.

Der Informationsverarbeitung liegen vier hier beschriebene, zeitlich hintereinander ablaufende Prozesse zugrunde: Zunächst wird die Information über die Sinnesorgane aufgenommen. Es erfolgt dann die Einspeicherung (=Enkodierung) der Information durch Rückkoppelung der hippocampalen Struktur und des Cortex. Die Informationsspeicherung erfolgt auf Cortexebe, wo die Information durch Einbau der neuen Information in ein assoziatives Netzwerk konsolidiert wird, durch Wiederholung bzw. aufgrund hoher persönlicher Relevanz der Information. Der Informationsabruf wird meist durch die emotionale Valenz einer Information in einer bestimmten Situation ausgelöst, welche u.a. durch die Amygdala vermittelt wird.

Neuroanatomisch werden zwei wichtige Strukturen und Faserverbindungen unterschieden (s. Abb. 4), die für Gedächtnisleistungen relevant sind [7]. Der Papezsche Schaltkreis beinhaltet u.a. den Hippocampus, eine für die Enkodierung neuen Materials wesentliche Struktur. Sind Strukturen dieses Schaltkreises gestört, so ist eine Speicherung neuer Informationen nicht mehr möglich; das

Altgedächtnis sowie emotionales und implizites Lernen sind jedoch weiterhin intakt.

Bei der Konsolidierung emotionaler und impliziter Gedächtnisinhalte erscheint der basolateral-limbische Schaltkreis wesentlich. Eine wichtige Struktur hier ist die Amygdala, ein Teil des limbischen Systems, welcher eine wichtige Rolle bei der Emotionsmodulation spielt und ein wesentlicher Kern zur Speicherung emotional betonter Gedächtnisinhalte ist.

Eine weitere wichtige Struktur hinsichtlich der Gedächtniskomponenten stellt der präfrontale Cortex dar. Er ist an nahezu allen Gedächtnisfunktionen beteiligt. In ihm werden die Exekutivfunktionen (Planen, Aufmerksamkeitsfokussierung etc.), die emotionale Verarbeitung von Inhalten sowie die Steuerung des Sozialverhaltens lokalisiert (s. Abb. 5).

Im Alter kommt es sowohl zu strukturellen als auch neurochemischen Veränderungen des Gehirns. So verringert sich das Gehirnvolumen durch Neuronenuntergang, was sich in einer Erweiterung der Ventrikel und Sulci zeigt. Die dendritischen Verzweigungen und synaptischen Verbindungen nehmen ab. Von dieser Veränderung sind v.a. das basale Vorderhirn (Nucleus Basalis Meynert), der Hippocampus und der präfrontale Cortex betroffen. Ferner kommt es zu neurochemischen Veränderungen, wobei sich die Dichte der postsynaptischen Rezeptoren reduziert und die Neurotransmittersynthese verringert. Bei den verschiedenen Formen der Demenz sind unterschiedliche Areale geschädigt, wodurch im Rahmen der Befunderhebung auch unterschiedliche Performanzmuster resultieren können.

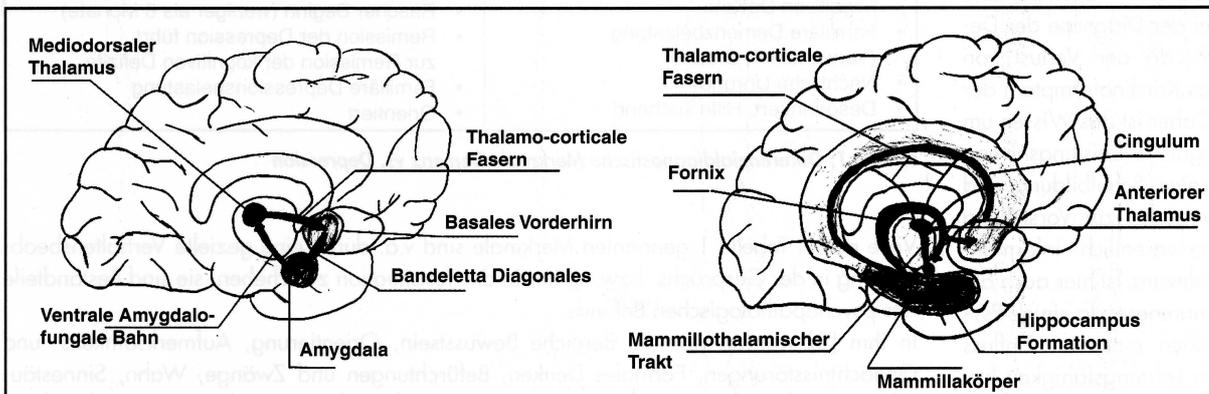


Abb. 4: Basolateral-limbischer Kreis und Papezscher Schaltkreis

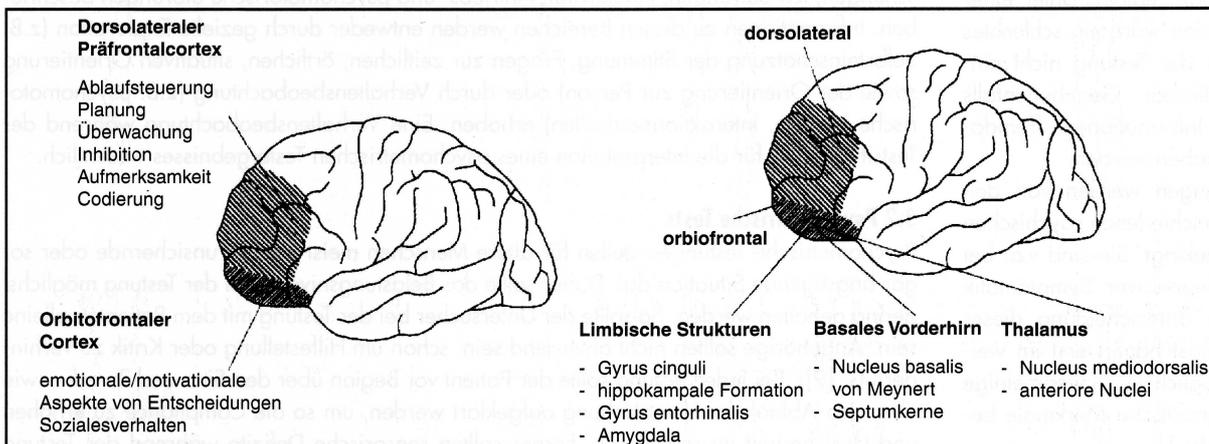


Abbildung 5: Funktionen und wesentliche Strukturen des präfrontalen Cortex (aus: Brand und Markowitzsch, 2004, S. 11, [15])

3. Diagnostik und Befunderhebung in der psychiatrischen und ergotherapeutischen Praxis

Die Befunderhebung bei neuropsychologischen Fragestellungen basiert auf Vorbefunden, einer ausführlichen Exploration und Anamnese, einer psychometrischen Testung der kognitiven Leistung sowie psychopathologischer Bereiche und – als wesentlicher Bestandteil – auf der Verhaltensbeobachtung während und außerhalb der Testsituation (s. Abb. 6).

Die Diagnosekriterien einer Demenz verlangen Einschränkungen in der Gedächtnisleistung sowie in mindestens einer höheren Cortexfunktion (Sprache, Praxie, Urteilsbildung sowie Planen). Die Untersuchungsinhalte müssen diese Funktionen abbilden.

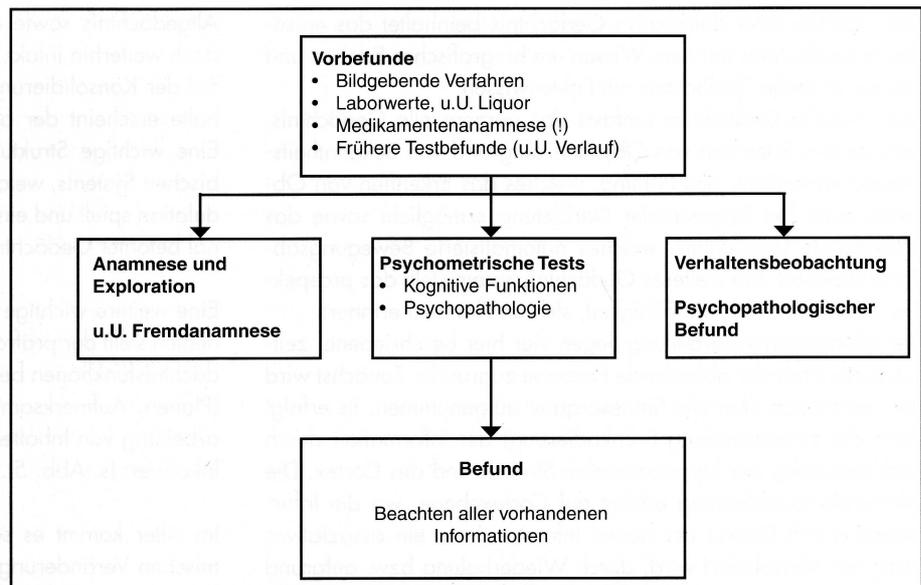


Abb. 6: Neuropsychologische Befunderhebung

3.1 Das therapeutische Gespräch – Anamnese, Exploration, Verhaltensbeobachtung und psychopathologischer Befund

Der erste Schritt der Befunderhebung ist das diagnostische Gespräch, in dem Anamnese und Exploration der aktuellen Beschwerden stattfinden. Erste Hinweise auf eine Störung der Gedächtnisleistung ergeben sich aus Fragen nach der Alltagsgestaltung der Patienten. Eine Anamnese ist bei der Diagnose der Demenz wesentlich, da der Verlust von Kompetenzen das Kardinalsymptom der Erkrankung ist. Daher ist das Wissen um das frühere kognitive Leistungsniveau des Patienten, seine Schulbildung und das Aktivitätsniveau bis zur Vorstellung in der Praxis eine wesentliche Information. Von hoher Relevanz ist hier auch die Medikamentenanamnese, da einige Psychopharmaka einen massiven Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben (z.B. Benzodiazepine). Unter einer solchen Medikation wäre ein schlechtes Abschneiden in der Testung nicht eindeutig interpretierbar. Gegebenenfalls müssen diese Informationen fremdanamnestisch erhoben werden.

Gedächtnisstörungen werden von den Patienten bei verschiedenen psychischen Erkrankungen beklagt. Sie sind v.a. bei Patienten mit depressiver Symptomatik vorhanden; die Unterscheidung dieser Krankheitsbilder ist häufig erst im weiteren Verlauf möglich, auch wenn einige differenzialdiagnostische Merkmale bekannt sind (s. Tab. 1).

Demenz	Depression
<ul style="list-style-type: none"> Keine Reiheneffekte keine Lerneffekte Bagatellisiert Affektlabil Leicht umstimmbar Verneint, beschuldigt, konfabuliert Wahnideen oberflächlich Langsamer Beginn, erste Zeichen länger als 1 Jahr zurück Antidepressiva nimmt nicht die kognitiven Defizite Familiäre Demenzbelastung (Verwandte 1. Grades) Nächtliche Unruhe Desorientiert, Hilfe suchend 	<ul style="list-style-type: none"> Primacy und Recency Effekte Lerneffekte In Speedtests schlechter, in Powertests wenig eingeschränkt Subjektives Klagen stärker als objektiver Befund Depressive Stimmung Schuldgefühle, Versagensangst Selbstunsicherheit Stimmung Wahngedanken kongruent Rascher Beginn (weniger als 6 Monate) Remission der Depression führt zur Remission der kognitiven Defizite Familiäre Depressionsbelastung Orientiert

Tabelle 1: Differenzialdiagnostische Merkmale Demenz vs. Depression

Viele der in Tabelle 1 genannten Merkmale sind v.a. durch eine gezielte Verhaltensbeobachtung in der Gesprächs- bzw. später in der Testsituation zu erheben; sie sind Bestandteile des psychopathologischen Befunds.

In ihm [8] werden v.a. die Bereiche Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Formales Denken, Befürchtungen und Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen beschrieben. Informationen zu diesen Bereichen werden entweder durch gezielte Exploration (z.B. Selbsteinschätzung der Stimmung, Fragen zur zeitlichen, örtlichen, situativen Orientierung sowie der Orientierung zur Person) oder durch Verhaltensbeobachtung (z.B. psychomotorische Unruhe, Interaktionsverhalten) erhoben. Eine Verhaltensbeobachtung während der Testsituation ist für die Interpretation eines psychometrischen Testergebnisses wesentlich.

3.2 Psychometrische Tests

Psychometrische Testungen stellen für ältere Menschen meist eine verunsichernde oder sogar ängstigende Situation dar. Daher sollte das Belastungsniveau bei der Testung möglichst gering gehalten werden. So sollte der Untersucher bei der Testung mit dem Patienten alleine sein. Angehörige sollten nicht anwesend sein, schon um Hilfestellung oder Kritik zu verhindern (s. [9]). Bei jeder Testung sollte der Patient vor Beginn über den Sinn und Zweck sowie über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt werden, um so die Compliance zu erhöhen und Unsicherheit zu reduzieren. Ferner sollten sensorische Defizite während der Testung

z.B. durch Sehhilfen oder Hörgeräte ausgeglichen bzw. diese bei der Durchführung berücksichtigt werden (lautes Sprechen). Bei der Testdurchführung ist eine wertschätzende und ressourcenorientierte Grundhaltung hilfreich, um negative affektive Auswirkungen zu minimieren.

Zum Erheben eines ersten Befundes werden häufig einfache Screeningverfahren verwandt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die wichtigsten Screeningverfahren in der Demenzdiagnostik. Sie dienen der ersten Informationssammlung und als Grundlage für eine weiterführende Untersuchung auf medizinischer oder psychometrischer Ebene. Bei mittelschweren und schweren Ausprägungsgraden einer Demenz sind diese Verfahren häufig ausreichend, um die Diagnose abzusichern. Beginnende oder leichte Demenzen hingegen werden oftmals mit Hilfe der Screenings nicht erfasst, sodass eine weitere testpsychologische Untersuchung notwendig wird. Eine gesicherte Diagnose kann allein anhand dieser Untersuchungsverfahren nicht gestellt werden.

Neben den Screeningverfahren gibt es einige umfangreichere Testbatterien, die im Rahmen einer Demenzdiagnostik zum Einsatz kommen (s. Tabelle 3). Ferner können mit speziellen Testverfahren die verschiedenen höheren kognitiven Funktionen untersucht werden (s. Tabelle 4).

Ein weiterer wesentlicher Teil der Diagnostik sollte das Erfassen der alltagspraktischen Fähigkeiten des Patienten darstellen. Hierbei wird die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens entweder durch Beobachtung, Exploration oder Fremdanamnese eingeschätzt. So werden mit Hilfe des Barthel-Index [10] die Funktionen „Essen, Umlagern (Rollstuhl / Bett), Körperpflege, Toilettengang, Baden, Gehen, Treppensteigen, Kleiden, Harn- und Stuhlkontinenz“ auf einer jeweils dreistufigen Ratingskala (0 – 5 – 10) beurteilt. Die "Nurses Observation Scale for Geriatric Patients" (NOSGER, [11]) erfasst anhand von 30 Items neben einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens auch instrumentelle Aktivitäten (z.B. Pflege von Hobbies), Gedächtnis, Stimmung und Sozialverhalten. Hierzu erfolgt eine Fremdbeurteilung anhand

einer fünfstufigen Ratingskala („Immer – Meistens – Oft – Hie und da – Nie“) durch Pflegepersonal oder Angehörige.

Weitere Tests sowie Hinweise zur Interpretation und Auswertung dieser Testverfahren finden sich u.a. bei Ivemeyer und Zerfaß [9] sowie bei Hartje und Poeck [12].

Ein Testergebnis macht keine Diagnose. Psychometrische Testverfahren können immer nur Hinweise im Rahmen einer umfangreicheren klinischen und medizinischen Untersuchung geben. Die so erhobenen Teilbefunde müssen zusammen mit den Ergebnissen der bildgebenden neurologischen Befunde sowie der Labordiagnostik (Blutbild, ggf. Liquor) und psychopathologischen Diagnostik (z.B. Depressivität) gesehen und unter Berücksichtigung dieser Befunde interpretiert werden.

Im Anschluss an die Diagnostikphase beginnt die Umsetzung des multimodalen, multiprofessionell getragenen Therapieplans mit der Gabe von Antidementiva (Acetylcholinesterasehemmer, NMDA-Rezeptor-Antagonisten), ergotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen (Alltagsstrukturierung, Realitäts-Orientierungs-Training, Basale Stimulation), sozialarbeiterischer Unterstützung und psychotherapeutischer Begleitung (Ressourcenaktivierung, Krankheitsverarbeitung, Angehörigenarbeit). Damit stellt die psychiatrische und psychometrische Befunderhebung, die physische Merkmale sowie unterschiedliche Ebenen von Verhalten und Erleben berücksichtigt, die Grundlage für den multiprofessionellen Behandlungsplan bei Demenzen dar.

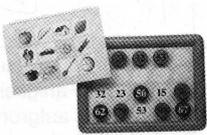
<p>Mini Mental Status Test (MMST, [16])</p>	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientierung (zeitlich / örtlich) 2. Merk- und Erinnerungsfähigkeit (3 Wörter) 3. Aufmerksamkeit (Rechnen) 4. Sprache (Schreiben, Lesen, Benennen) 5. Anweisung befolgen 6. Visuo-konstruktive Fähigkeiten <p>Dauer: 5-10 Minuten Bildungs- und altersabhängig Nicht geeignet zur Frühdiagnostik (Mild Cognitive Impairments) Test steht kostenlos zur Verfügung.</p>
<p>DemTect [17]</p>	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbales Gedächtnis (Wortliste) 2. Kognitive Flexibilität (Zahlenumwandeln) 3. Wortflüssigkeit (Supermarktaufgabe) 4. Arbeitsgedächtnis (Zahlenspanne rückwärts) 5. Mittelfristiges Gedächtnis (Wortliste verzögert) <p>Dauer: 8-10 Minuten Test steht kostenlos zur Verfügung.</p>
<p>Syndrom Kurztest (SKT, [18])</p> 	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gegenstände benennen, unmittelbar erinnern, verzögert erinnern, verzögert wiedererkennen 2. Zahlen lesen, ordnen, zurücklegen 3. Symbole zählen 4. Interferenztest <p>Dauer: 10-15 Minuten Auch für jüngere Menschen geeignet (17-85 Jahre) erfasst nicht alle wesentlichen Kriterien einer Demenz, ist also nicht als alleiniges Testverfahren nutzbar</p>
<p>Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD, [19])</p>	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unmittelbare und verzögerte Wortreproduktion 2. Zeitliche Orientierung 3. Anweisungen befolgen 4. Uhrentest (konstruktive Praxis) 5. Wortflüssigkeit (Tiere nennen) 6. Fremd- und Selbstbeurteilung Depression <p>Dauer: 5-10 Minuten</p>
<p>Uhrentest (UT)</p>	<p>In die Vorlage eines Kreises ein Ziffernblatt mit der Uhrzeit 10 nach 11 einzeichnen, Gedächtnis, Planen, konstruktive Praxis</p> <p>Dauer: 2-5 Minuten</p> <p>Wenn hier schlecht, empfiehlt sich eine weitere Testung; wichtig ist die Verhaltensbeobachtung während der Durchführung.</p> <p>Der Test steht kostenlos zur Verfügung.</p>

Tabelle 2: Screeningverfahren in der Demenzdiagnostik

4. Diagnostik und Therapie im Überblick

Die Befunderhebung bei demenziellen Erkrankungen beruht damit auf mehreren Schritten. Neben der Verhaltensbeobachtung während der Testung, während des Erstgesprächs sowie im Alltag sind psychometrische Tests, die verschiedene kognitive Funktionsbereiche erfassen, notwendig. Dabei können zunächst die schnell und kostengünstig durchführbaren Screeningverfahren (z.B. MMST, DemTect) angewandt werden. Zeigen sich hier leichte Einschränkungen, sollte eine weiterführende neuropsychologische Untersuchung erfolgen. Zusammen mit medizinischen Befunden wie Laborwerten, bildgebenden Befunden sowie der Verhaltensbeobachtung können solche Testverfahren wichtige differenzialdiagnostische Hinweise liefern, welche die individuelle multiprofessionelle Therapieplanung ermöglichen. ■

Literatur:

www.forum-ergotherapie.de
(kostenloser Download)

Korrespondenzanschrift:

E. Blitz, Klinikum Wahrendorff
Zentrum für Gerontopsychiatrie
und Psychotherapie
Großer Knickweg 11
31319 Sehnde
blitz@wahrendorff.de

Nürnberger Altersinventar (NAI, [20])	<p>Kognitive Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zahlen-Verbindungstest (Zahlen schnell verbinden) 2. Labyrinth-Test (Weg aus Labyrinth finden) 3. Zahlen-Symbol-Test (Zahlen Symbolen zuordnen) 4. Farb-Wort-Interferenztest 5. Verschiedene Gedächtnistests (visuell, verbal) 6. Assoziationslernen (Wortpaare) 7. Latentes Lernen <p>Fremd- und Selbstbeurteilung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nürnberger Alters Beobachtungs Skala (ADL-Liste) 2. Nürnberger Alters Rating (Verhalten in Testsituation) 3. Selbstbeurteilung zum Befinden, Lebensqualität, Affektivität u.ä. <p>Dauer: 4-8 Minuten pro Untertest, teilweise länger. Es liegen Normen für hochbetagte Menschen vor.</p>
Strukturiertes Interview zur Diagnose von Demenzen: Alzheimer Typ, Multiinfarktdemenz und Demenzen anderer Ätiologie (SIDAM, [21])	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurzexploration medizinischer Beschwerden 2. Kognitiver Testteil <ol style="list-style-type: none"> a) Orientierung b) Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis c) Abstraktes Denken, Urteilsvermögen d) Aphasie, Agnosie, Visuo-Konstruktive Fähigkeiten 3. Beurteilungsbereich hinsichtlich Persönlichkeitsveränderungen, Alltagsbeeinträchtigungen etc. <p>Dauer: ca. 45 Minuten Test beschreibt alle relevanten Demenzkriterien. Eine alleinige Nutzung des kognitiven Testteils ist möglich.</p>
Geriatrisches Basisassessment (www.alois.de) [22]	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MMST 2. Barthel-Index (ADL-Liste) 3. Timed up & Go Test (Assessment der Sturzgefahr)
Wechsler Memory Scale (WMS-R, [23])	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mentale Kontrolle (z.B. Alphabet aufsagen) 2. Figurales Gedächtnis 3. Logisches Gedächtnis (Geschichte erinnern unmittelbar und verzögert) 4. Visuelle Paarerkenntnis unmittelbar und verzögert 5. Visuelle Wiedergabe unmittelbar und verzögert 6. Zahlenspanne 7. Blockspanne <p>Dauer: für den gesamten Test mindestens 60 Minuten; die Untertests können jedoch auch getrennt eingesetzt werden Altersnormierung für Altersgruppen von 16-75 Jahre Auch für jüngere Menschen geeignet; umfassende Testbatterie</p>

Tabelle 3: Testbatterien in der Demenzdiagnostik

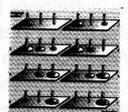
Tests zur Praxis (vgl. Wettstein et al., 2001, S. 122, [24])	 <ul style="list-style-type: none"> · Finger aneinanderlegen · Mit Daumen und kleinen Finger Ringe bilden und diese ineinander verhängen · Handteller zum eigenen Gesicht wenden und Daumen überkreuzen
Wisconsin Card Sorting Test (WCST, [25])	<p>Testung der Exekutivfunktionen v.a. logisch-abstraktes Denken Erfasst die Fähigkeit zur Konzeptbildung und Kategorisierung Patient soll aufgrund von richtig oder falsch Rückmeldungen Karten mit verschiedenen Mustern in Kategorien einordnen und einen Kategorienwechsel vollziehen</p>
Turm von Hanoi, [26]	 <p>Testung der Exekutivfunktionen, v.a. Planen, Einschränkungen bei Frontalhirnschäden sowie bei M. Parkinson. Die Scheiben sollen mit möglichst wenigen Zügen vom ersten zum letzten Stab bewegt werden. Nie darf eine größere Scheibe auf einer kleineren liegen.</p>
Aachener Aphasie Test (AAT, [27])	<p>Untertests</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spontansprache 2. Token-Test 3. Nachsprechen 4. Schriftsprache 5. Benennen 6. Sprachverständnis <p>Dauer: ca. 90 Minuten</p>

Tabelle 4: Testverfahren für spezielle Funktionsbereiche

Zusammenfassung

PSYCHIATRISCHE UND PSYCHOMETRISCHE BEFUNDERHEBUNG BEI DEMENZEN

Die Klärung und Behandlung kognitiver Defizite sind häufige Fragestellungen in der gerontopsychiatrischen Praxis. Das Wissen um neuropsychologische Grundlagen sowie um das diagnostische Vorgehen ist für die Arbeit mit älteren Patienten wesentlich. In dem Beitrag werden Gedächtnisleistungen differenziert, sodann die diagnostischen Kriterien von unterschiedlichen Formen einer Demenz sowie die Methoden der Diagnostik kognitiver Veränderungen im Alter näher beschrieben. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf der psychiatrischen und psychometrischen Befunderhebung. Zugleich wird verdeutlicht, dass Tests allein nie ausreichen, die Diagnose Demenz stellen zu können.

SCHLÜSSELWÖRTER: ■ Demenz ■ psychometrische Tests ■ Verhaltensbeobachtung ■ Fremdanamnese ■ Gedächtnisfunktion

Summary

PSYCHIATRIC AND PSYCHOMETRIC ASSESSMENT OF DEMENTIA PATIENTS

Clarification and treatment of cognitive deficiencies are frequent topics in geropsychiatry. Knowledge of neuropsychological principles and of diagnostic procedures is essential for work with elderly patients. In this article memory capabilities are differentiated, followed by a description of the diagnostic criteria for various forms of dementia and the methods of diagnosis for cognitive changes in old age. The emphasis lies on the psychiatric and psychometric assessment. At the same time it becomes clear that tests alone are insufficient for the diagnosis of dementia.

KEY WORDS: ■ dementia ■ psychometric tests ■ behavioural observations ■ third-party anamnesis ■ memory function

Resumé

EVALUATION PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOMÉTRIQUE LORS DE DÉMENCES

La définition, ainsi que le traitement de déficits cognitifs constituent souvent un point d'interrogation dans la pratique en gériopsychiatrie. Les connaissances de base neuropsychologiques ainsi que de l'intervention diagnostique occupent une place prépondérante dans le travail auprès de patients âgés. L'article fait la distinction des différentes performances de la mémoire, puis il décrit plus précisément les critères de diagnostic des différentes formes de démences, ainsi que les méthodes permettant de diagnostiquer les changements cognitifs liés à l'âge. L'article porte essentiellement sur l'évaluation psychiatrique et psychométrique. Il met en évidence, que des tests seuls ne sont jamais suffisants pour permettre de diagnostiquer une démence.

MOTS CLEFS: ■ démence ■ tests psychométriques ■ observation du comportement ■ anamnèse par tierce personne ■ fonction de la mémoire