



A. FAHLBÖCK

neuropsychologie des alters

VORSCHAU – Neuropsychologie des Alters

- Einführung
- Neuropsychologische Testdiagnostik
- Kognitives bzw. neuropsychologisches Training
- Neurologische Erkrankungen im Alter
- Themenbezogene Selbstreflexion

EINFÜHRUNG

- <https://oe3.orf.at/player/20220214/3WEK/1644817657000>



*„JEDER WILL ALT WERDEN ABER;
KEINER WILL ES SEIN“*

Martin Held



ASPEKTE DES NORMALEN ALTERNS



- Kalendarisch
- Biologisch
- Psychologisch
- Sozial
- Ökologisch/
kontextuell
- Systemisch



NEUROPSYCHOLOGIE

ist eine Arbeitsrichtung der Psychologie, die sich mit den Zusammenhängen zwischen den biologischen Funktionen des Gehirns einerseits und dem Verhalten und Erleben andererseits befasst.

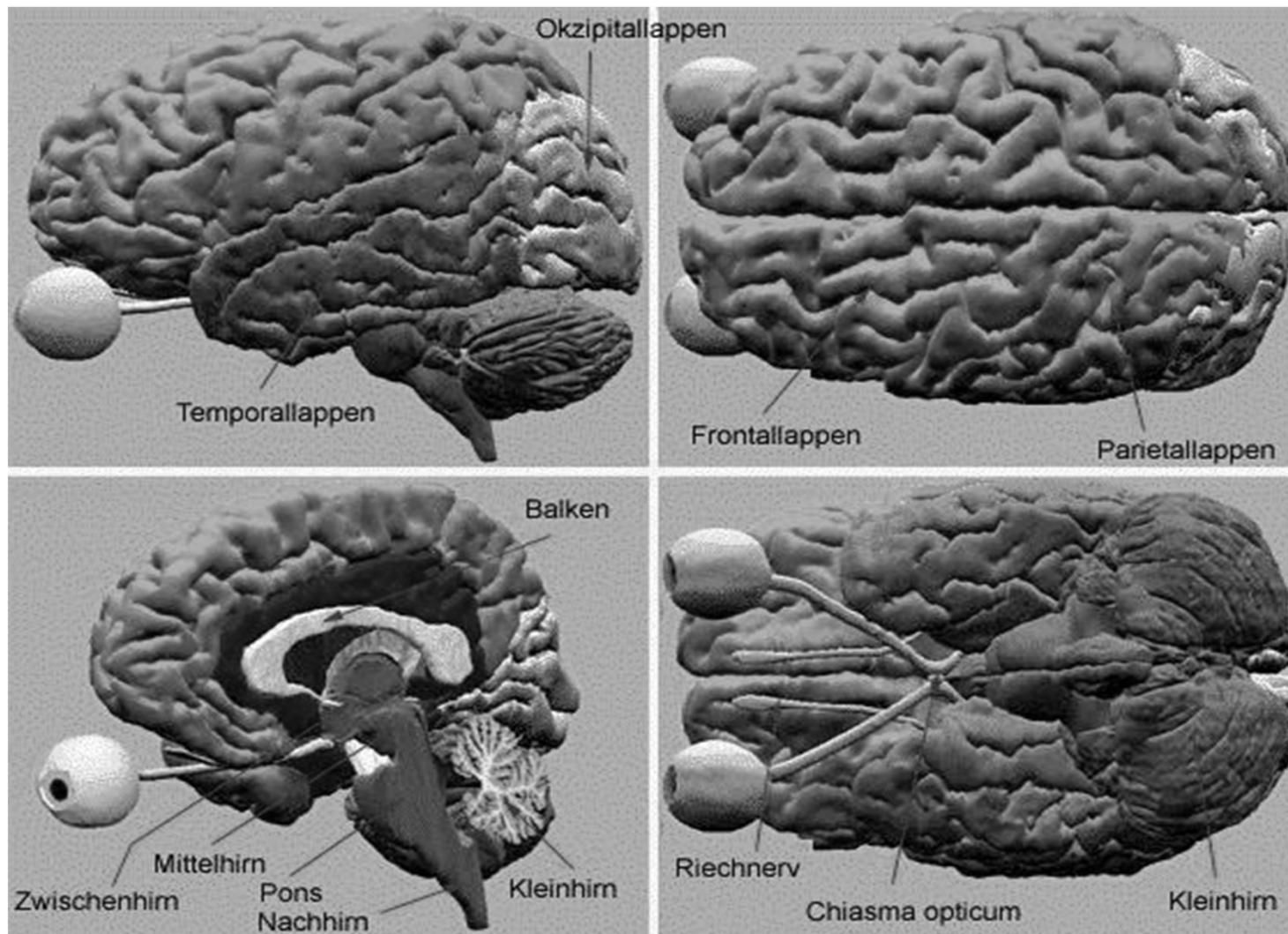


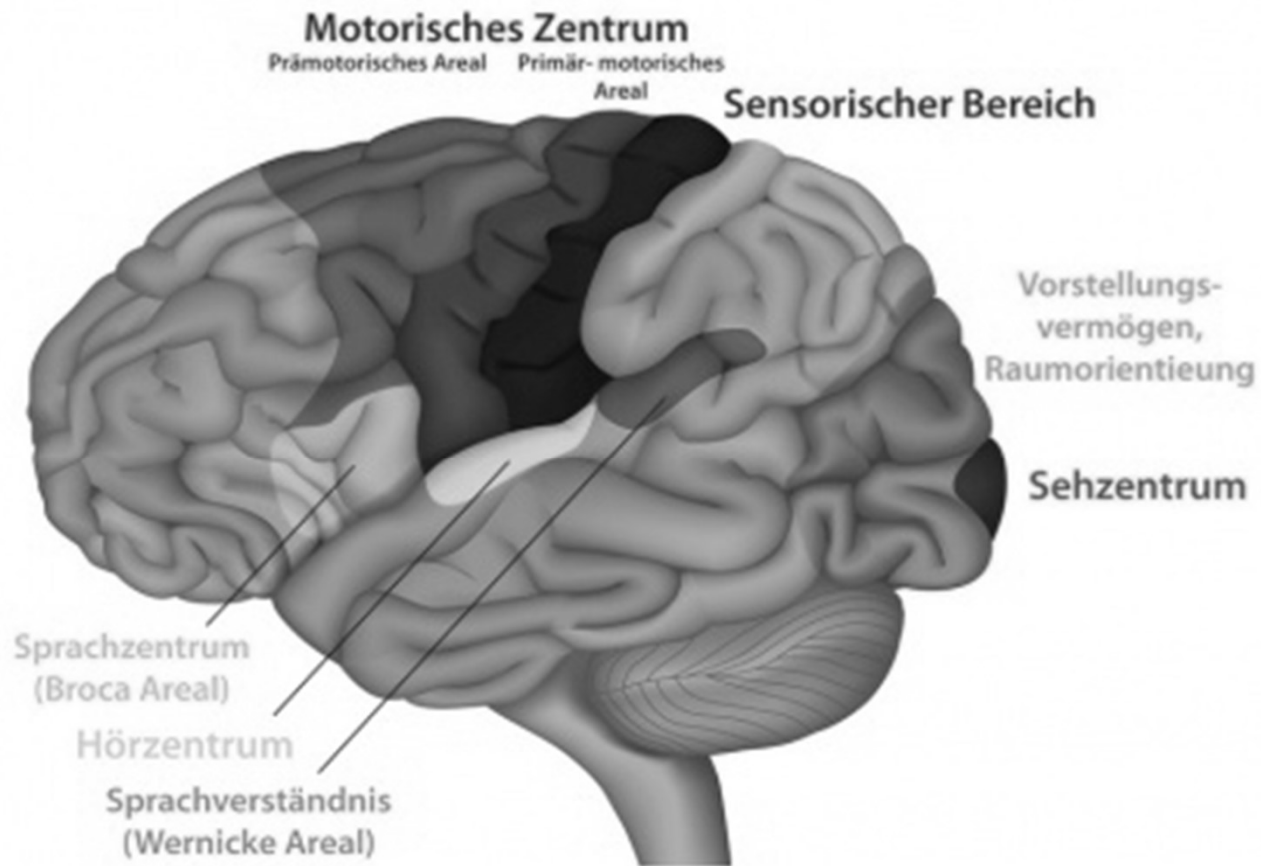
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE

befasst sich mit den funktionell neuroanatomischen und theoretischen Grundlagen der kognitiven und emotional-affektiven Funktionen des Gehirns sowie mit der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation dieser Funktionen bei akuten oder chronischen Erkrankungen und Schädigungen des Gehirns im Kindes- Jugendlichen- und Erwachsenenalter

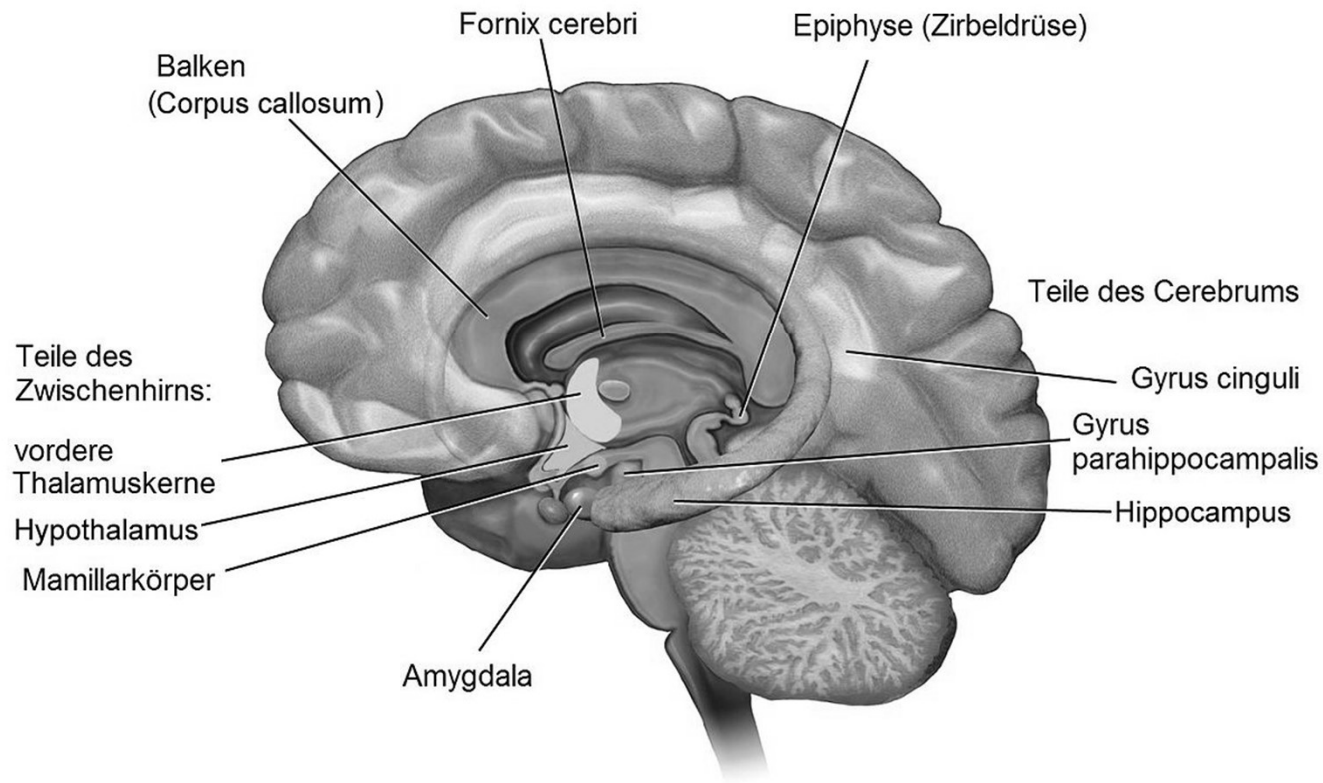
ASPEKTE DER ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER NEUROPSY. REHABILITATION

- Erster Weltkrieg
Poppelreuter (1917) - Speziallazarette
- Zweiter Weltkrieg
Emigration v. Hirnforschern z.B.
Goldstein
- 80er Jahre Forschung im angl. Raum
Sohlberg & Mateer, Prigatano,
Ben-Yishay, Christensen etc





Das limbische System



FOLGEN EINER HIRNSCHÄDIGUNG

- Senso-motorische Störungen
- Aufmerksamkeitsdefizite
- Probleme des Lernens und Gedächtnisses
- Wahrnehmungsprobleme
- Affektveränderungen
- Störungen der Krankheitseinsicht
- Sprachstörungen
- Störungen exekutiver Funktionen
- Störungen der Bewegungsabfolge etc.

NORMALES „KOGNITIVES ALTERN“

- *Beginn von kognitivem Abbau bereits im Alter von 20 Jahren!*
- *Kognitive Leistungen, die auf akkumuliertem Wissen und geübten Fertigkeiten basieren, sind relativ altersstabil.*
- *Eher wissensunabhängige basale kognitive Leistungen zeigen deutlicheren Altersabbau.*

Quelle: Karnath & Thier, 2012

ALTERSSENSITIVE FUNKTIONEN

Gibt es kognitive Funktionen, die schneller altern als andere?

Generalfaktor „Verlangsamung“

- *Viele kognitive Alterseffekte sind durch eine generelle Verlangsamung erklärbar.*
- *Ältere Erwachsene haben eine um den Faktor 1,5-2 langsamere „Grundgeschwindigkeit“.*
- *Neurobiologische Grundlagen für die Verlangsamung liegen vermutlich u. a. in der Reduktion der „isolierenden“ Myelinschicht, Verzögerungen an Synapsenwege, Reduktion kritischer Neurotransmitter, mehr „neuralnoise“ durch die Zunahme von Spontanaktivität oder der Verlust ganzer Nervenzellen.*

Quelle: Karnath & Thier, 2012

Spezifische Funktionen

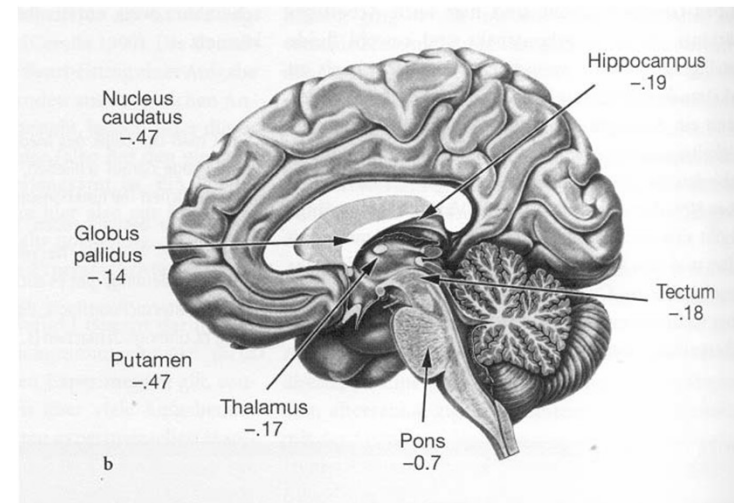
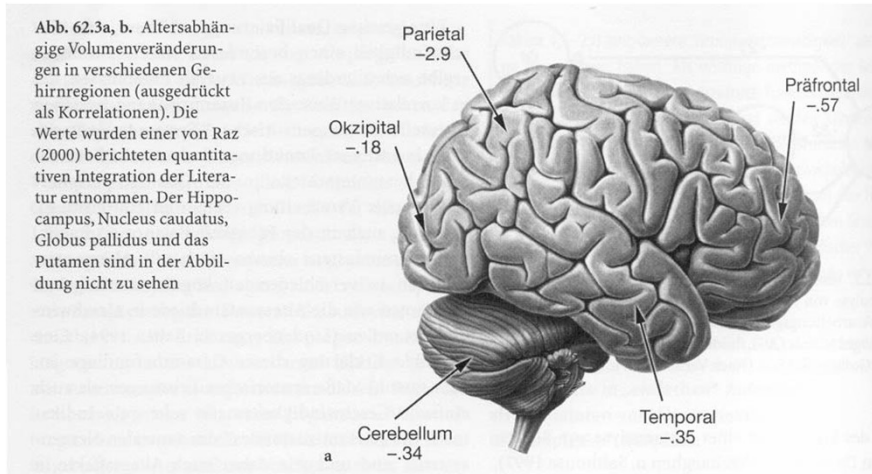
Neben dem Generalfaktor der Verlangsamung, lässt sich auch das Altern spezifischer Funktionen feststellen.

Im Vergleich zu anderen Funktionen lassen sich in den folgenden Funktionen deutlichere Altersabbauwirkungen feststellen:

-Exekutive Funktionen, insbesondere Arbeitsgedächtnis und einige Gedächtnisfunktionen

Quelle: Karnath & Thier, 2012

Altersabhängige Volumenveränderungen in verschiedenen Gehirnregionen

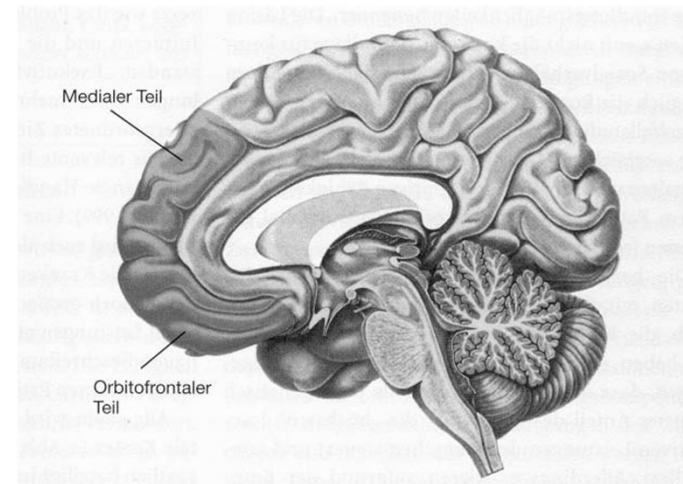
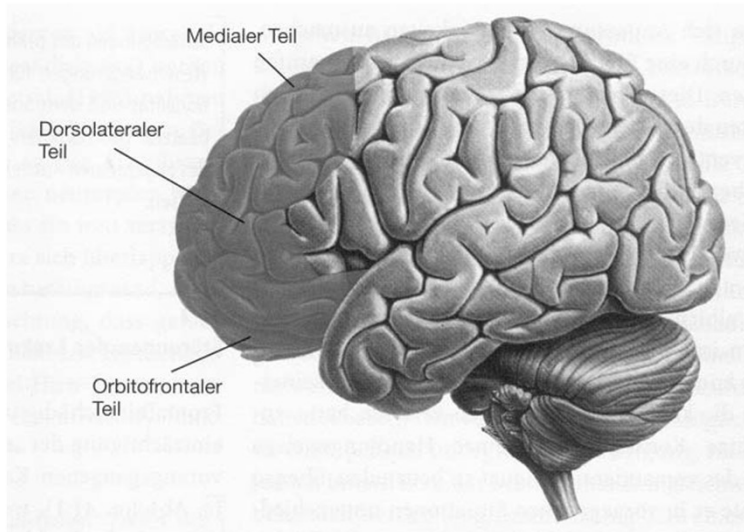


Exekutive Funktionen

- *Unter dem Begriff der Exekutivfunktionen wird eine heterogene Gruppe von Mechanismen zusammengefasst, die flexibles, intentionales Verhalten ermöglichen.*
- *Exekutivfunktionen gelten als die „höchsten“ integrativen Leistungen, die der Mensch auszuführen vermag.*
- *Der frontale Cortex, insbesondere der dorsolaterale präfrontale Cortex ist maßgeblich an der Umsetzung der Exekutivfunktionen beteiligt.*

Quelle: Karnath & Thier, 2012

Quelle: Karnath & Thier, 2003



Exekutivfunktionen

Zu den Exekutivfunktionen zählen u. a.

- *Handlungsplanung,*
- *Handlungsüberwachung,*
- *Inhibition,*
- *Arbeitsgedächtnis,*
- *Gedächtnisabruf.*

Typische Dysfunktionen treten auf, wenn in einer Aufgabe eine fest vorgegebene Struktur fehlt und Organisation und Planung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist.

Quelle: Karnath & Thier, 2012

Das Arbeitsgedächtnis

- *Aufgabe des Arbeitsgedächtnisses ist es, handlungsrelevante Informationen aktiv zu halten, während andere Operationen ausgeführt werden.*
- *Baddley(1986) unterscheidet 3 Komponenten des Arbeitsgedächtnis: eine zentrale Kontrolleinheit, die zentrale Exekutive genannt wird, koordiniert zwei Subsysteme, die phonologische Schleife und den visuell-räumlichen Notizblock. Die Subsysteme dienen der Bereithaltung von Informationen für die weitere Verarbeitung.*

Dorsolaterale präfrontale Hirnareale spielen eine bedeutende Rolle beim Arbeitsgedächtnis.

Quelle: Karnath & Thier, 2012

DAS GEDÄCHTNIS

- *„Wir sind Erinnerung“
(Schachter, 1999)*
- *Eine Minderung der Gedächtnisleistung ist das am häufigsten geklagte subjektive Altersproblem.*

ALTERSSTABILE KOGNITIVE FUNKTIONEN

- *Wissens- und bildungsabhängige Leistungen (kristalline Intelligenz)*
- *Zugriff auf semantische Informationen (z.B. Erinnern von Wortbedeutungen)*
- *Implizite Gedächtnisfunktionen (Priming, prozedurales Gedächtnis)*
- *Altgedächtnis*
- *Prospektives Gedächtnis*

Quelle: Karnath & Thier, 2012

GRÜNDE FÜR DIFFERENTIELLES ALTERN VERSCHIEDENER HIRNREGIONEN

- *Regionen, die ontogenetisch spät reifen (entsprechen auch Regionen, die phylogenetisch spät entstanden sind), zeigen mehr Abbau als ontogenetisch und phylogenetisch ältere Regionen.*
- *Funktional sind „späte“ Regionen besonders wichtig für das flexible Neulernen und die Entwicklungsplastizität.*
- *Dieses permanente Neulernen mit den damit einhergehenden neuronalen Veränderungen könnte verstärkte Alterung als negativen Nebeneffekt haben.*
- *Die hiervon am stärksten betroffene Hirnregion ist der präfrontale Cortex.*

NORMALE VERÄNDERUNGEN

- *Verminderte Speed-Funktion*
- *Power-Funktionen stabil*
- *Primärgedächtnis eher stabil*
- *Sekundärgedächtnis (Arbeitsgedächtnis stärker betroffen)*
- *Altgedächtnis stabil*

Gatterer 2008



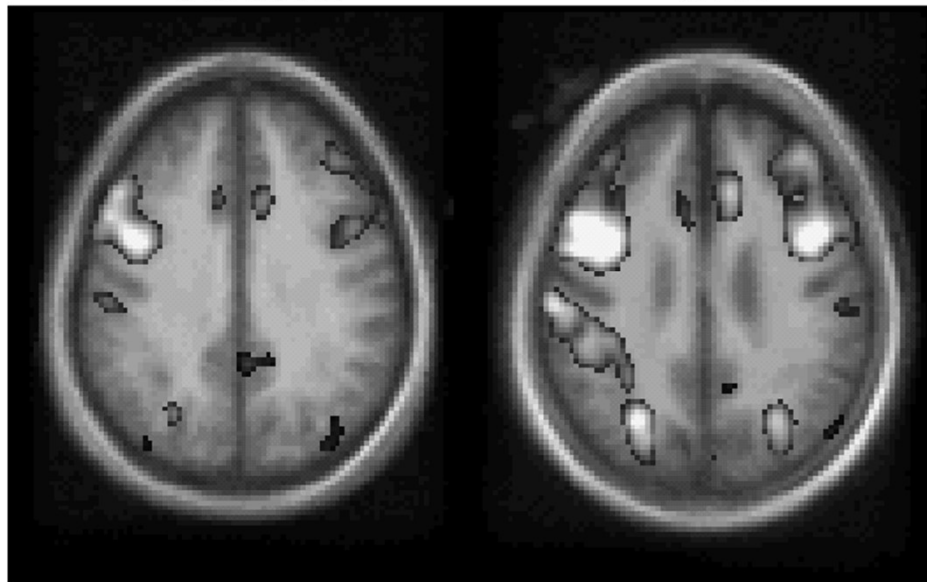
FAZIT

- Gesundes Altern ist ein Altern mit intakten kognitiven und psychischen Fähigkeiten, welche ein selbstorganisiertes Leben ermöglichen.
- Spezifische kognitive bzw. geschwindigkeitsabhängige Funktionsbereiche nehmen etwas ab. Andere Funktionsbereiche bleiben nahezu vollkommen erhalten.

Functional Neuroimaging

YOUNG

OLD



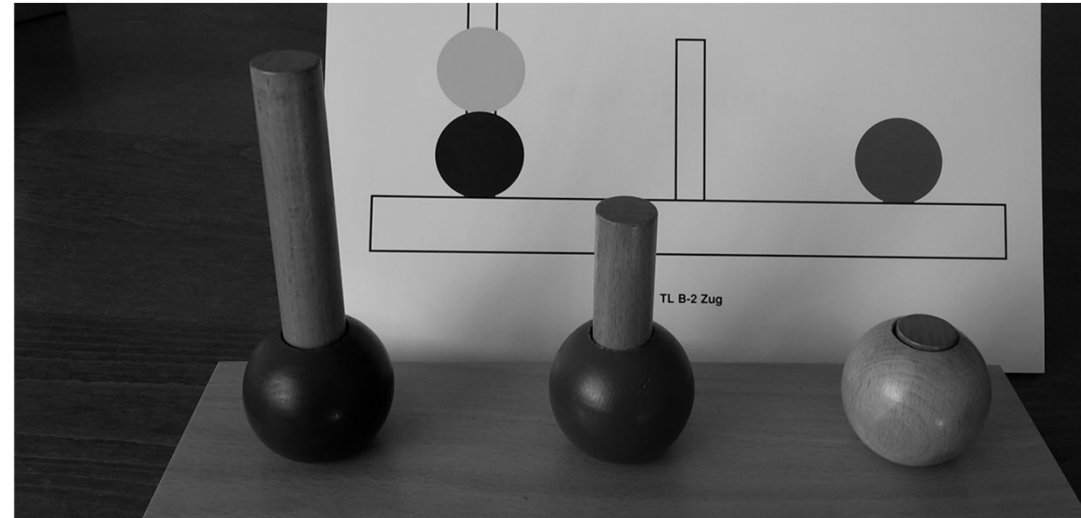
Logan et al, *Neuron* 2002

Studien zu kognitiver Funktionsfähigkeit zeigen, dass es meist bis zum etwa 60. Lebensjahr kaum Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Personen gibt. Stärkere Funktionsverluste zeigen sich zwischen 75 und 80 Jahren, erst mit 90 Jahren erreicht der kognitive Funktionsverlust bis zu einer Standardabweichung von der Gehirnleistung junger Menschen.

Wichtig: Ab dieser Zeit geht es mit den Gehirnfunktionen nicht notwendigerweise rapide bergab: ca. die Hälfte aller 81jährigen hält ihren Leistungsstandard über weitere sieben Jahre unverändert.

R. Schmidt, World Brain Day, (2016)

NEUROPSYCHOLOGISCHE TESTDIAGNOSTIK



NEUROPSYCHOLOGIE

Ist eine nachlassende Gedächtnisleistung eine Krankheit oder eine Alterserscheinung?

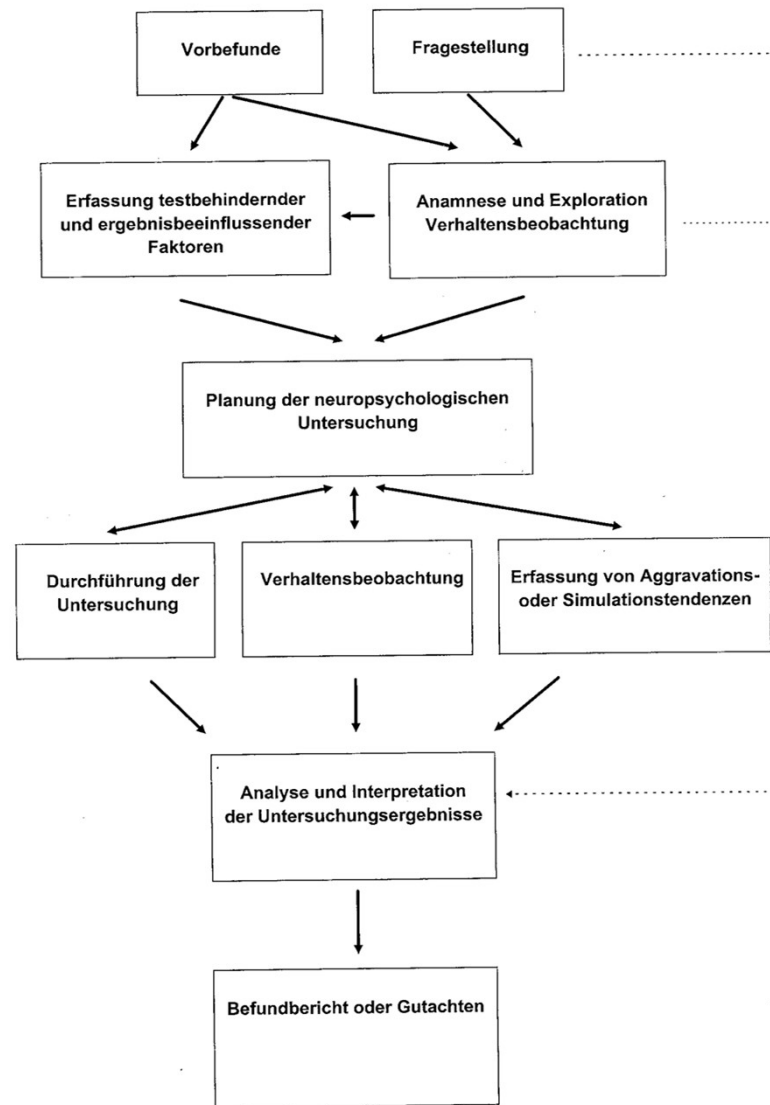
Grundlage einer Behandlung von kognitiven Defiziten = klinisch-neuropsychologischen Diagnostik, welche auch ressourcenorientiert sein muss.

Der klinische Neuropsychologe muss Persönlichkeitsmerkmale, diverse Schädigungsmuster, kognitive Ressourcen, Stressverarbeitungs- und Attributionsmodelle im Prozess seiner diagnostischen Urteilsbildung mit-berücksichtigen.

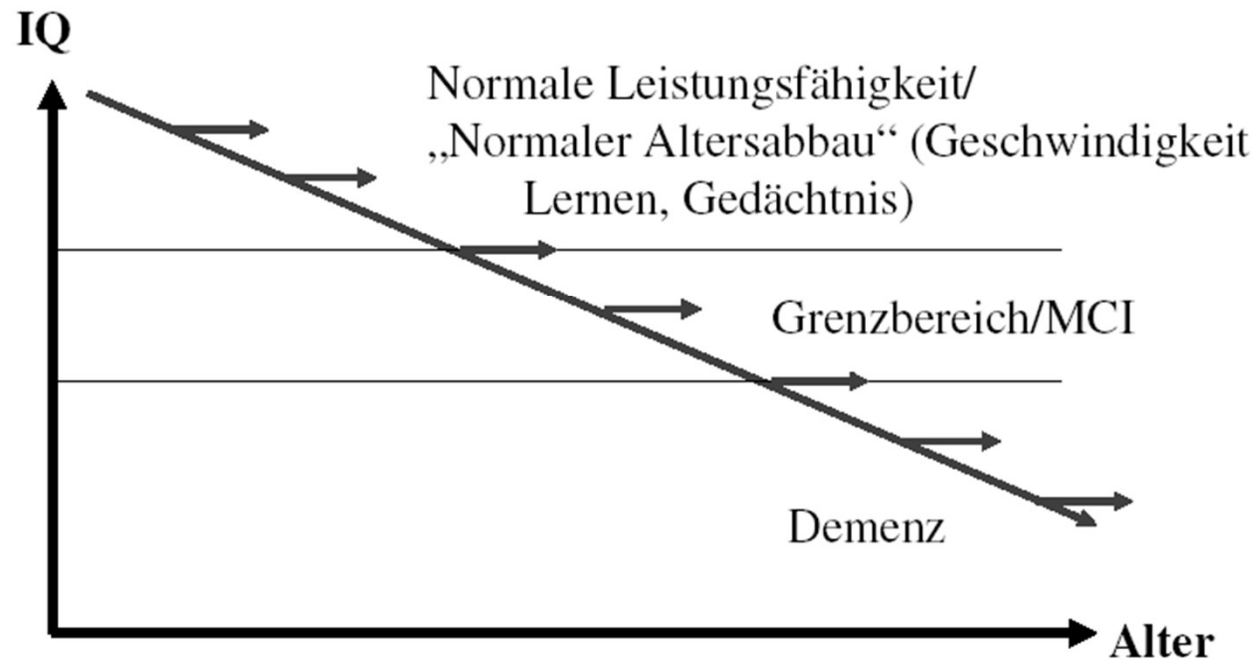
Winneke (2009) Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie.

Es gibt nicht „die neuropsychologische Untersuchung“ mit standardmäßiger Durchführung.

Die Auswahl der Untersuchungsinstrumente erfolgt individuell und am spez. Fall orientiert. Wichtig sind Anamnese, Ätiologie, Fragestellung und die Güte der Testverfahren.



Was ist normal?



- Kognitive Kurztests oder Screeningverfahren
- Neuropsychologische Testbatterien
- Ratingverfahren bzw. Beurteilungsbögen
- Skalen zur Erfassung von Alltagsaktivitäten sowie funktions- und bereichsübergreifende Skalen
- Skalen zur Erfassung psychopathologischer Symptome

KOGNITIVE KURZTESTS

Bamberger Dementia Screening Test (BDST)

Clock Drawing Test (CDT)

Demenz-Detektion (DemTect)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment (PANDA)

Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

NEUROPSYCHOLOGISCHE TESTBATTERIEN

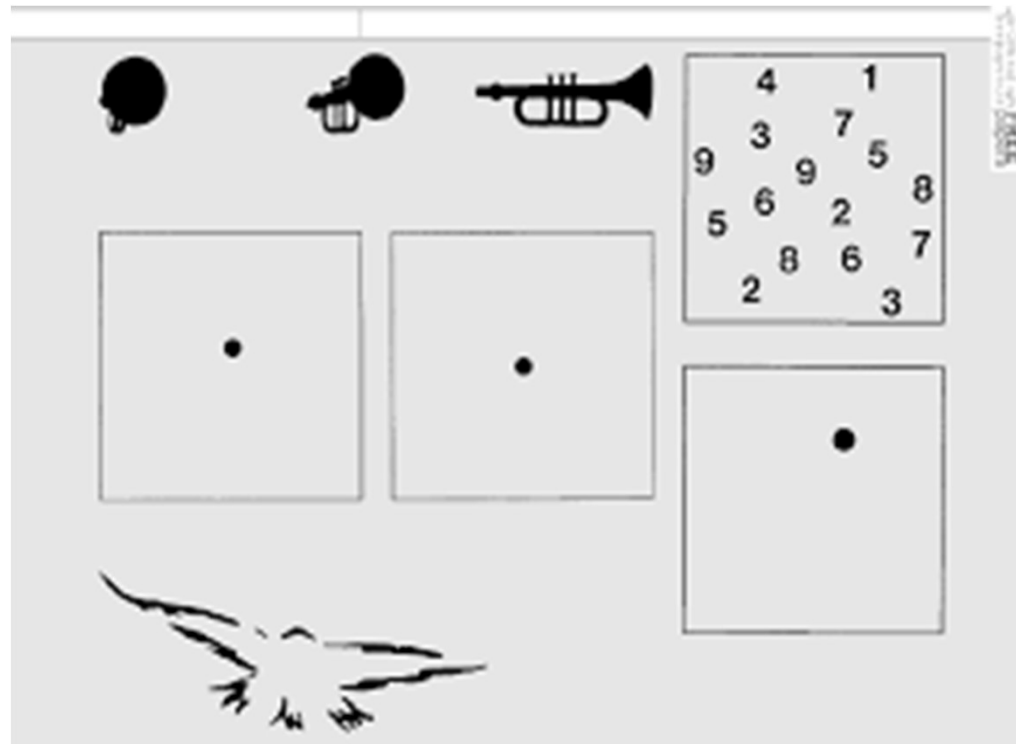
- Alzheimer´s Disease Assessment Scale – Cognitive (ADAS-Cog)
- The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´s Disease (CERAD-NP)
- Neuropsychological Assessment Battery (NAB)
- Syndrom Kurztest (SKT)
- Wechsler Memory Scale (WMS-IV)

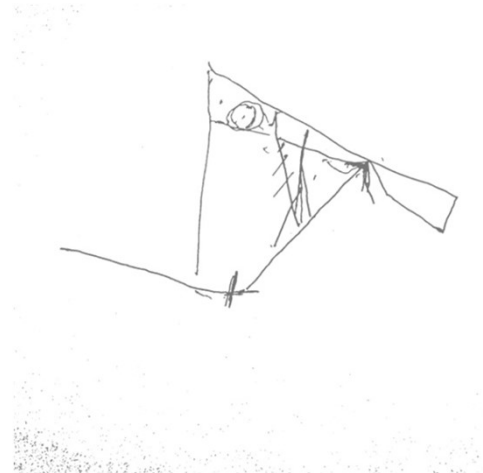
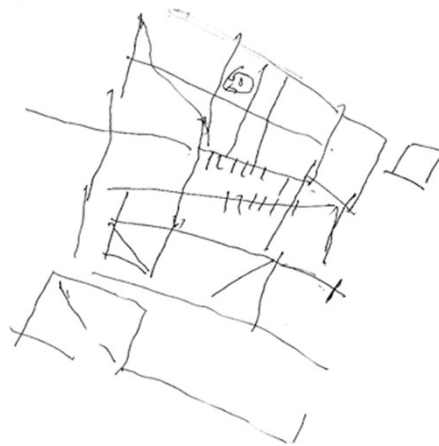
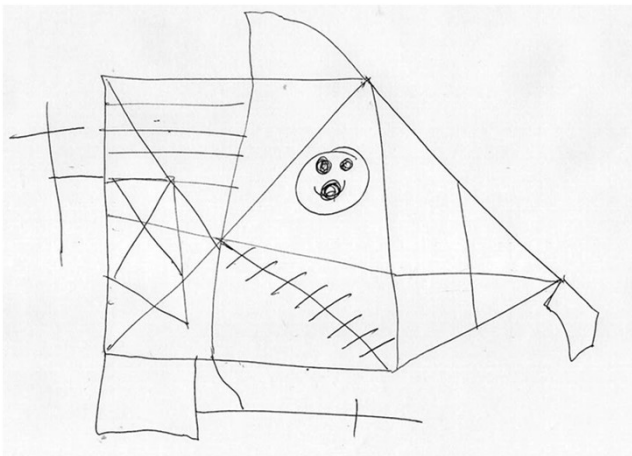
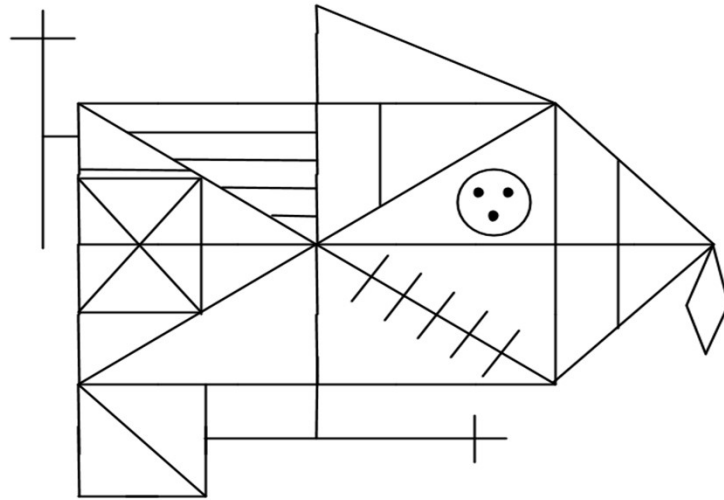
UNTERSUCHUNGSINHALTE

- Globale Orientierung
- Aufmerksamkeitsleistungen
- Gedächtnisfunktionen
- Vis. räumliche Wahrnehmung
- Exekutive Funktionen
- Sprache
- Emotionalität

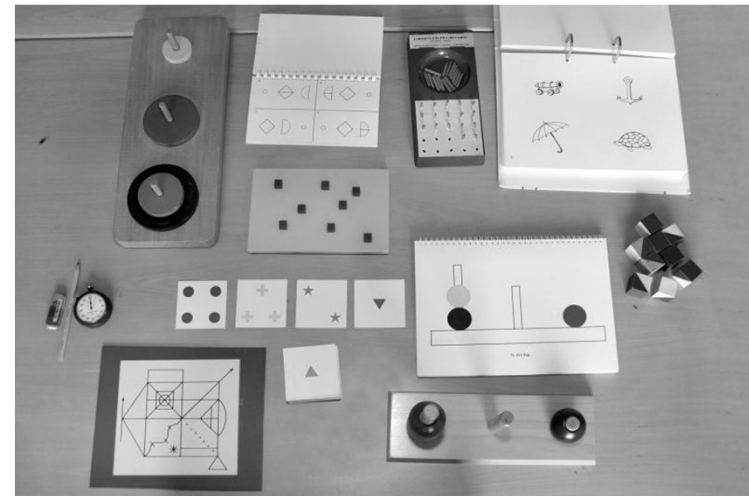


VOSP - Testbatterie für visuelle Objekt- und Raumwahrnehmung





WEITERE NEUROPSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE



RATINGVERFAHREN BZW. BEURTEILUNGSBÖGEN

Clinical Dementia Rating (CDR)

Global Deterioration Scale (GDS)

SKALEN ZUR ERFASSUNG VON ALLTAGSAKTIVITÄTEN SOWIE FUNKTIONS- UND BEREICHÜBERGREIFENDE SKALEN

Nürnbergger-Alters-Beobachtungs-Skala (NAB)

Nürnbergger-Alters-Alltagsaktivitäten-Skala (NAA)

Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

SKALEN ZUR ERFASSUNG PSYCHOPATHOLOGISCHER SYMPTOME

Geriatric Depression Scale (GDS)

The Neuropsychiatric Inventory (NPI)

KOGNITIVES TRAINING MIT ÄLTEREN

Leben, lieben, laufen, lernen, lachen!"

bzw.

„Use it or lose it!"



Wichtig für die Gehirngesundheit:

Mehrmals wöchentliches körperliches und kognitives Training im mittleren Lebensalter kann dazu beitragen, den Demenzbeginn im Alter zu verzögern.

Bei gesunden älteren Menschen oder Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (mild cognitive impairment, MCI) — sorgen regelmäßige körperliche Aktivität und kognitives Training für eine Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns. Ob sie in dieser Gruppe auch zu einer Verzögerung des Demenzbeginns beitragen können, ist nicht bewiesen bzw. umstritten. R. Schmidt, World Brain Day, (2016)

.

Eine wichtige Fähigkeit unseres Gehirns ist die sogenannte „Kognitive Reserve“. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, kognitive Dysfunktionalitäten zu kompensieren sowie deren klinischen Auswirkungen im Alltag zu minimieren.

Unser Ziel muss es sein einerseits kognitiven Abbau vorzubeugen, andererseits günstig zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist wichtig diese Faktoren zu entschlüsseln, welche diese kognitive Reserve erhöhen oder vermindern. Studien haben einige interessante Möglichkeiten aufgezeigt, wie wir unser Gehirn fit halten können: Sozialkontakte, Bewegung, Spielen und Musizieren.

- So zeigt sich etwa, dass negativer Stress, Einsamkeit und Depression, einzeln und erst recht gemeinsam auftretend, ebenso negativ auf die Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten wirken wie vaskuläre Risikofaktoren (zum Beispiel Bluthochdruck, ungünstige Blutfett- und Blutzuckerwerte).
- Wichtig ist es, das Gehirn mit neuen Reizen in der Aktivität zu halten. So verringert, wie eine im New England Journal of Medicine publizierte Studie zeigt, das häufige Spielen von Brettspielen das Demenzrisiko um 74 Prozent, intensives Lesen um 35 Prozent, das Spielen eines Musikinstruments um 69 Prozent und das Lösen von Kreuzworträtseln um 41 Prozent. R. Schmidt, World Brain Day, (2016)

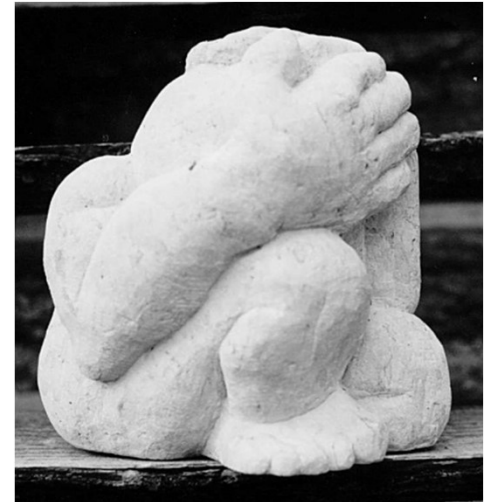
ÄLTERWERDEN GESTALTEN

- Trainieren der Basisfunktionen
(Geschwindigkeit der Denkabläufe, Flexibilität des Denkens und Problemlösens, Neugedächtnis etc.)
- Kombination mit körperlichen Aktivitäten
- Trainiert werden sollte 3-mal in der Woche
- Wichtig lebenslanges Lernen und Trainieren

Theo Mulder (2007):

Generell sei es in der Therapieplanung wichtig, die Kluft zwischen Therapie- und Alltagskontext so gering wie möglich zu halten.

WICHTIG!
DEN PATIENTEN DORT ABHOLEN
WO ER SICH BEFINDET!



Identität- und Biographie Arbeit

Die Folgen einer Hirnschädigung können nur im Kontext der Biographie und der Persönlichkeit des betroffenen Menschen sowie seiner sozialen und beruflichen Lebensumstände erfasst und beurteilt werden.



PRINZIPIEN DER BEHANDLUNG

- Therapeutisches Milieu bzw. Kontext
- Sinnvolle Ziele
- Gemeinsames Verständnis
- Psychologische Interventionen
- Kompensatorische Strategien und Umlernen
- Angehörigenarbeit - Mitbetroffenen

BEHANDLUNGSFORMEN

- FUNKTIONSTHERAPIEN (RESTITUTIONSTHERAPIE)
- KOMPENSATIONSTHERAPIEN Ausgleich der „verlorenen“ Fähigkeiten.
- INTEGRATIVE VERFAHREN
- HOLISTISCHE THERAPIEPROGRAMME

Funktionsstherapie (drill and practice)

Durch spezifische Wiederholung bestimmter kognitiver Funktionen werden neue neuronale Verbindungen etabliert und so kommt es zu einer Reorganisation der geschädigten funktionellen Systeme.

KOMPENSATIONSTHERAPIE

Wenn Funktionstherapie nicht mehr möglich ist kommt es meist zur Kompensationstherapie. Bei dieser kommt vor allem den intakten kognitiven Fähigkeiten sowie dem engeren sozialen Umfeld eine wesentliche Bedeutung zu.

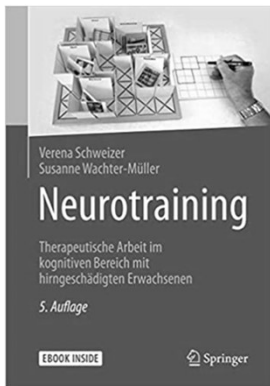
INTEGRATIVE BEHANDLUNGSMETHODEN

Hier handelt es sich vorwiegend um psychotherapeutische Verfahren.

HOLISTISCHE THERAPIEPROGRAMME

Diese Therapieprogramme erwiesen sich insbesondere für die Reintegration der Patienten in das soziale Leben und für die Produktivität als wirksam.

Überblick Cicerone et al 2000, 2005



STRUKTUREMPFEHLUNG FÜR EINE BEHANDLUNGSEINHEIT – 1:1

- Türöffner
- Befindlichkeit – Wohlfühlen – Zufriedenheit
- Vorläufiger Zeitplan
- Besprechen der HÜ
- Vorbesprechung der Aufgabenstellung
- Abarbeiten der Aufgabenstellung
- Nachbesprechung der Aufgabenstellung
- Besprechen der HÜ
- Zusammenfassen der Sitzung
- Befindlichkeit – Wohlfühlen - Zufriedenheit

AUFGABENSTELLUNG

- VORBESPRECHUNG

Sinn und Zweck

z.B. Woran erkennen Sie Ihr Problem?

Wo begegnet es Ihnen?

IST ----- SOLL

Transfer i.d. Alltag

Instruktion : Verstehen – Handling – Cave

Einschätzung Fehler – Zeit etc.

- HANDLUNG

- NACHBESPRECHUNG

Transfer in den Alltag



BEHANDLUNGSSETTING

- Einzel- und Gruppentherapie
- Indoor- und Outdoortraining

NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IM ALTER

Nach der WHO wird ein Drittel der Krankheitsbelastungen in der westlichen Welt durch neurologische Erkrankungen verursacht. 2035 werden rund 3 Millionen Österreicherinnen und Österreicher über 60 Jahre sein. Da spezifische Erkrankungen des Nervensystems einen klaren Altersbezug aufweisen, ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme zu rechnen. Neurologische Erkrankungen tragen einen erheblichen Teil zu den komplexen geriatrischen Problemen bei.



Häufigsten neurologischen Erkrankungen im Alter

- Demenzen
- Schlaganfälle
- Morbus Parkinson
- Epilepsien
- Exogene Psychosen
- Polyneuropathien etc.

Wichtig: Neuropsychiatrische Störungsbilder müssen mitberücksichtigt werden wie: Depressionen , Angst- und Schlafstörungen, Missbrauch von Medikamenten und Alkohol etc.

DEMENZEN

- Bei den neurokognitiven Erkrankungen ist das Alter als größter Risikofaktor anzusehen.
 - 80-jährigen - 10-12 %
 - 90-jährigen – 30 % betroffen

Erkrankungen in Österreich bis 2050 – derzeit 120.000 auf eine Viertelmillion ansteigen. Therapeutisch haben sich ca. seit 20 Jahren keine entscheidenden medizinischen Fortschritte ergeben. Der Verlauf kann durch Antidementiva um ca. ein Jahr verzögert werden. Nebenwirkungen der Medikamente können sein Gewichtsabnahme, Bradykardie, Synkopen, Halluzinationen und Unruhe. Iglseider Bernhard 2017

Schlaganfälle (zerebrovaskuläre Erkrankungen)

Nehmen mit steigendem Alter zu – es verdreifacht sich die Inzidenz zwischen dem 70 (500-700 pro 100.000 Jahr) und 85 Lebensjahr (> 1500 pro 100.000 und Jahr). Prognose in Bezug auf die Sterblichkeit und Funktion wird mit zunehmendem Alter schlechter. Rehabilitative Maßnahmen sind auch im Alter wirksam. 1990er Jahre konnte 25 % der Betroffenen wieder ein selbständiges Leben führen dieser Anteil beträgt aktuell 50bsi 60 %.

Jährlich erleiden ca. 20.000 Menschen in Österreich einen Schlaganfall, das bedeutet ein Schlaganfall alle 6 Minuten.

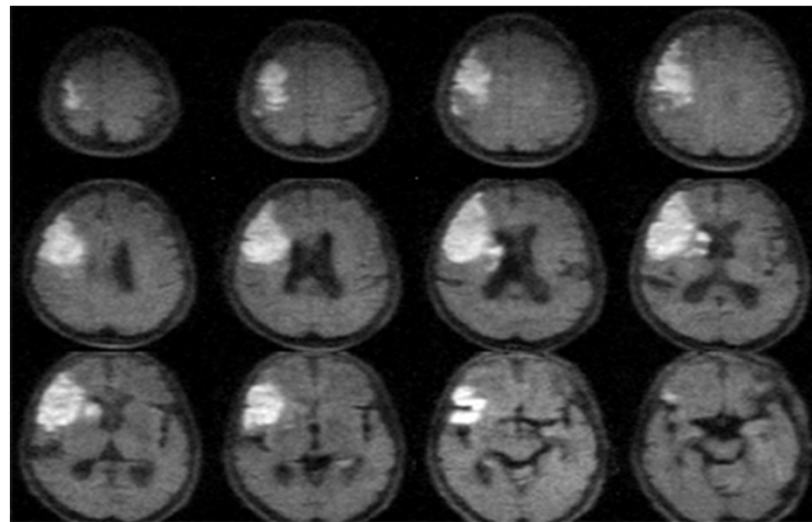
Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache.

- Ischämien (Durchblutungsstörungen) – 80 %
- Intrazerebrale Blutungen (ICB) – 10 %
- Subarachnoidalblutung – ca. 5 %
- Sonstige z.B. venöse Ischämie - ca. 5 %

Risikofaktoren

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Blutfetterhöhung
- Rauchen
- Übergewicht
- Stress etc.

Die Auswirkungen von Hirninfarkten hängt meist von Ihrer Lokalisation ab. Auch kleinste Infarkte können schwere Defizite zur Folge haben.



Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Jeder Schlaganfall ist ein neurologischer Notfall, eine rasche Behandlung ist zentral - „time is brain“!

Akutphase – „Lysetherapie“ – „Stroke Units“

Weitere Versorgung erfolgt meist im Rahmen der neurologischen Rehabilitation

EPILEPSIEN

Von Epilepsie spricht man erst nach mehreren spontan auftretenden Anfällen ohne erkennbaren Auslöser. Mit einer Häufigkeit von 4 bis 8 Betroffenen pro 1000 Einwohner zählt die Epilepsie weltweit zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Sie kann in jedem Alter auftreten.

Die Epilepsie zeigt neben einem Höhepunkt in Kindesalter/ Adoleszenz einen Anstieg (> 65) mit etwas 160 pro 100 000 und Jahr. Die Ursachen sind meist in neurodegenerativen und vaskulären Faktoren zu sehen.

Im Alter sind Auren und psychische Auffälligkeiten weniger beschrieben, mehr verlängern sich postiktale Delire (Tage bis Wochen). Es besteht im Alter auch ein höheres Risiko für anfallsassoziierte Verletzungen.

MORBUS PARKINSON

Synonyme: Schüttellähmung

M.P. ist eine neurodegenerative Erkrankung, des extrapyramidal-motorischen Systems. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch das Absterben der Nervenzellen in der Substantia nigra (Struktur im Mittelhirn). Dieser Mangel führt zu einer Verminderung der aktivierenden Wirkung der Basalganglien auf die Großhirnrinde.

= die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung nach Morbus Alzheimer. In Österreich gibt es ca. 30.000 Betroffenen, das mittlere Erkrankungsalter beträgt 73 Jahre.

Die Hauptsymptome sind: Bradykinese, Rigor, Tremor, posturale Instabilität. Im Alter zeigt sich seltener ein Ruhetremor jedoch häufiger eine Gangstörung. Nach ca. fünf Jahren zeigen ältere Patienten stärkere motorische Einschränkungen (Rigor, Bradykinese und posturaler Instabilität) jedoch weniger Dyskinesien. Wichtig ist das Medikamentenmanagement.

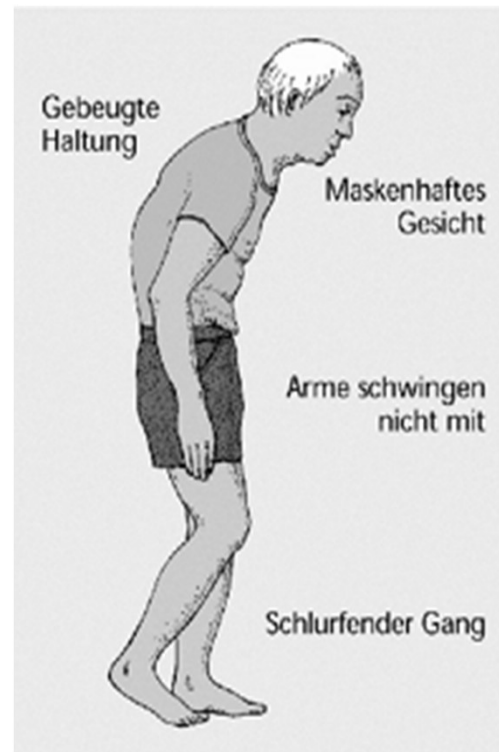
Leitsymptome

- Rigor (Muskelstarre)
- Bradykinese (verlangsamte Bewegungen)
bis zur Akinese (Bewegungslosigkeit)
- Tremor (Muskelzittern)
- Posturale Instabilität (Haltungsinstabilität)
- Bradyphrenie (Verlangsamung der Denkabläufe)

Im Bevölkerungsdurchschnitt sind 100 bis 200 Personen pro 100.000 davon betroffen.

Es handelt sich um eine kontinuierliche fortschreitende neurologische Erkrankung. Derzeit lässt sich die Erkrankung zwar nicht heilen, jedoch können die Beschwerden deutlich gelindert werden.

Der Morbus Parkinson beginnt meist zwischen dem 50 und 79 Lebensjahr. Selten vor dem 40 Lebensjahr



POLYNEUROPATHIE (PNP)

= die häufigste Erkrankung des peripheren Nervensystems im Alter. Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt bei 1 %, bei älteren Betroffenen bei ca. 7 %. Meist handelt es sich um diabetische PNP. Die PNP trägt zu funktionellen Einschränkungen, reduzierter Mobilität und einem erhöhtem Sturzrisiko bei.

EXOGENE PSYCHOSEN

Ältere Menschen meist mit kognitiven Defiziten haben ein höheres Risiko eine Psychose zu entwickeln. 40 % entwickeln visuelle Verkennungen, Halluzinationen oder paranoide Störungen.

FOLGEN EINER HIRNSCHÄDIGUNG

- Senso-motorische Störungen
- Aufmerksamkeitsdefizite
- Probleme des Lernens und Gedächtnis
- Wahrnehmungsprobleme
- Affektveränderungen
- Störungen der Krankheitseinsicht
- Sprachstörungen
- Störungen exekutiver Funktionen
- Störungen der Persönlichkeit und d. Verhaltens
- Störungen der Bewegungsabfolge etc.

VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN:

- Erhöhte Aggressivität
- Antriebsminderung
- Impulsives Verhalten
- Erhöhte Ungeduld
- Distanzlosigkeit
- Emotionale Unerreichbarkeit
- Erhöhte Zwanghaftigkeit
- Regressives Verhalten
- Reduzierte Frustrationstoleranz
- Rascher Stimmungswechsel
- Kognitive Defizite etc.

THEMENBEZOGENE SELBSTREFLEXION

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

www.fahlboeck.at

andrea.fahlboeck@gmail.com



LITERATUR

