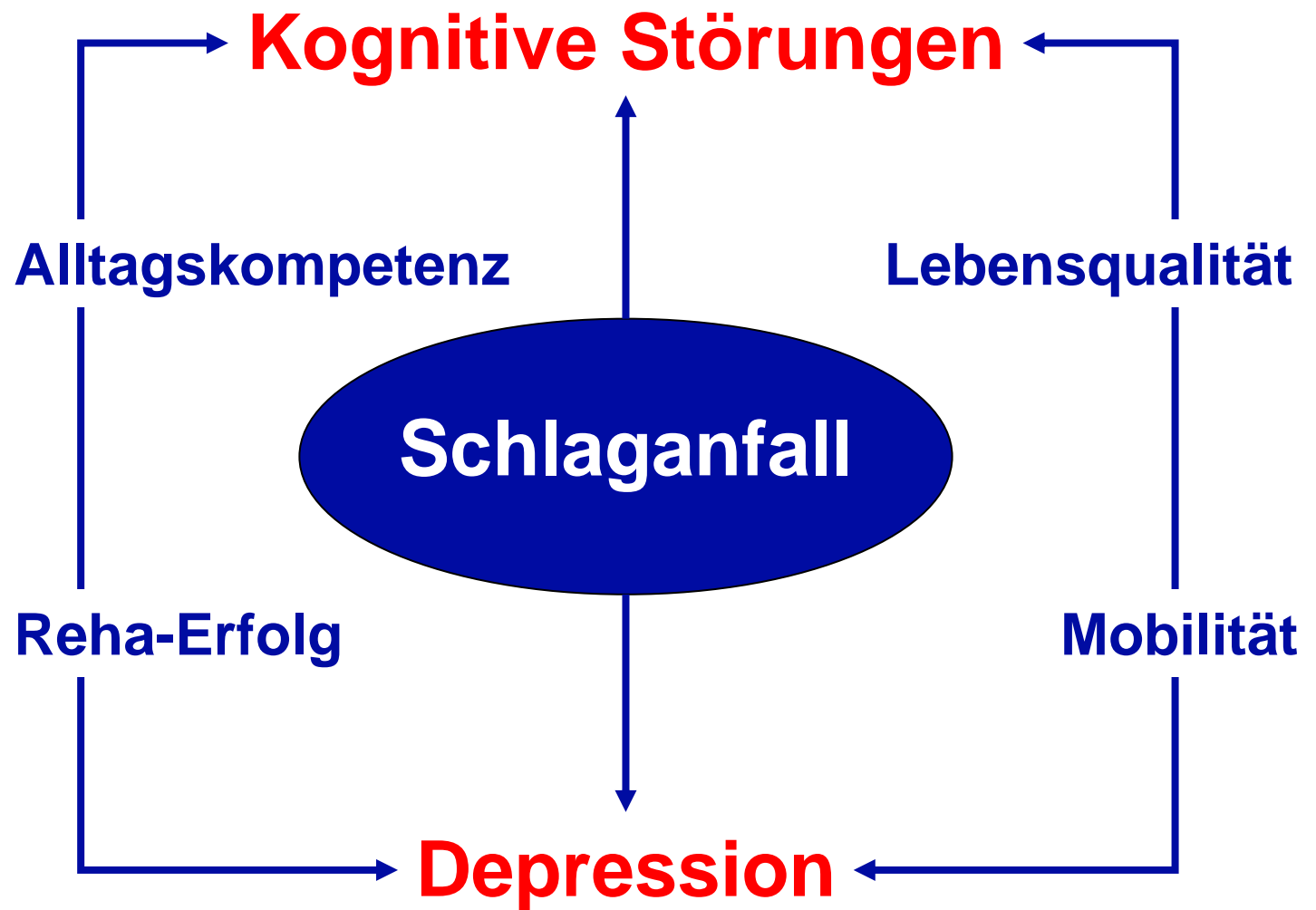


Apoplex
Schlaganfall



Schlaganfall und Depression

Ischämischer Schlaganfall oder primäre Hirnblutung innerhalb des letzten Jahres

♣ 60 Jahre

MMST ♣ 21

keine mittelgradige oder schwere
Aphasie

ausreichende Deutschkenntnisse

Depressionsdiagnose mittels SKID

Stichprobe

Schweregrad Depression (T1) N=238

leicht

25 / 11%

mittel

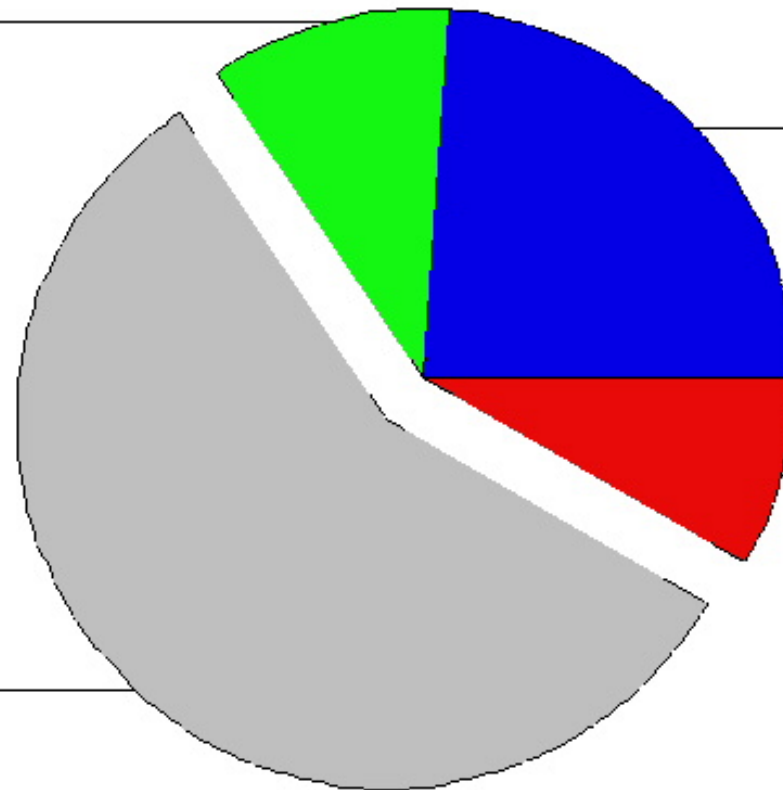
57 / 24%

schwer

20 / 8%

keine

136 / 57%



Stichprobe

Depressive

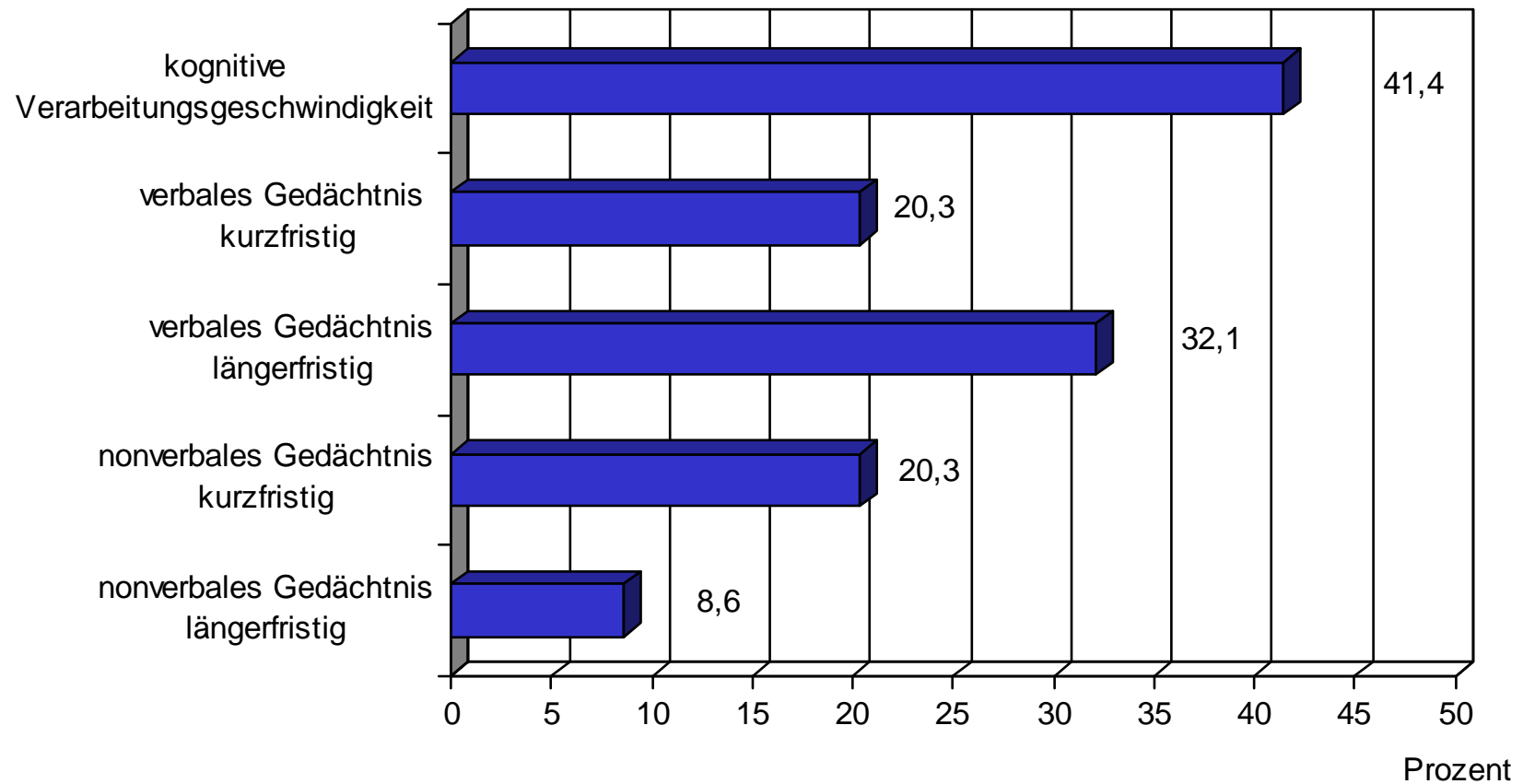
- N = 99
- Alter 78,0 Jahre
- MMST = 25,3
- Barthel = 58,5
- Apoplex 4,4 Wochen
- 72% weiblich
- 28% männlich

nicht Depressive

- N = 139
- Alter 78,1 Jahre
- MMST = 25,8
- Barthel = 64,9
- Apoplex 4,4 Wochen
- 52% weiblich
- 48% männlich

Neuropsychologische Beeinträchtigungen

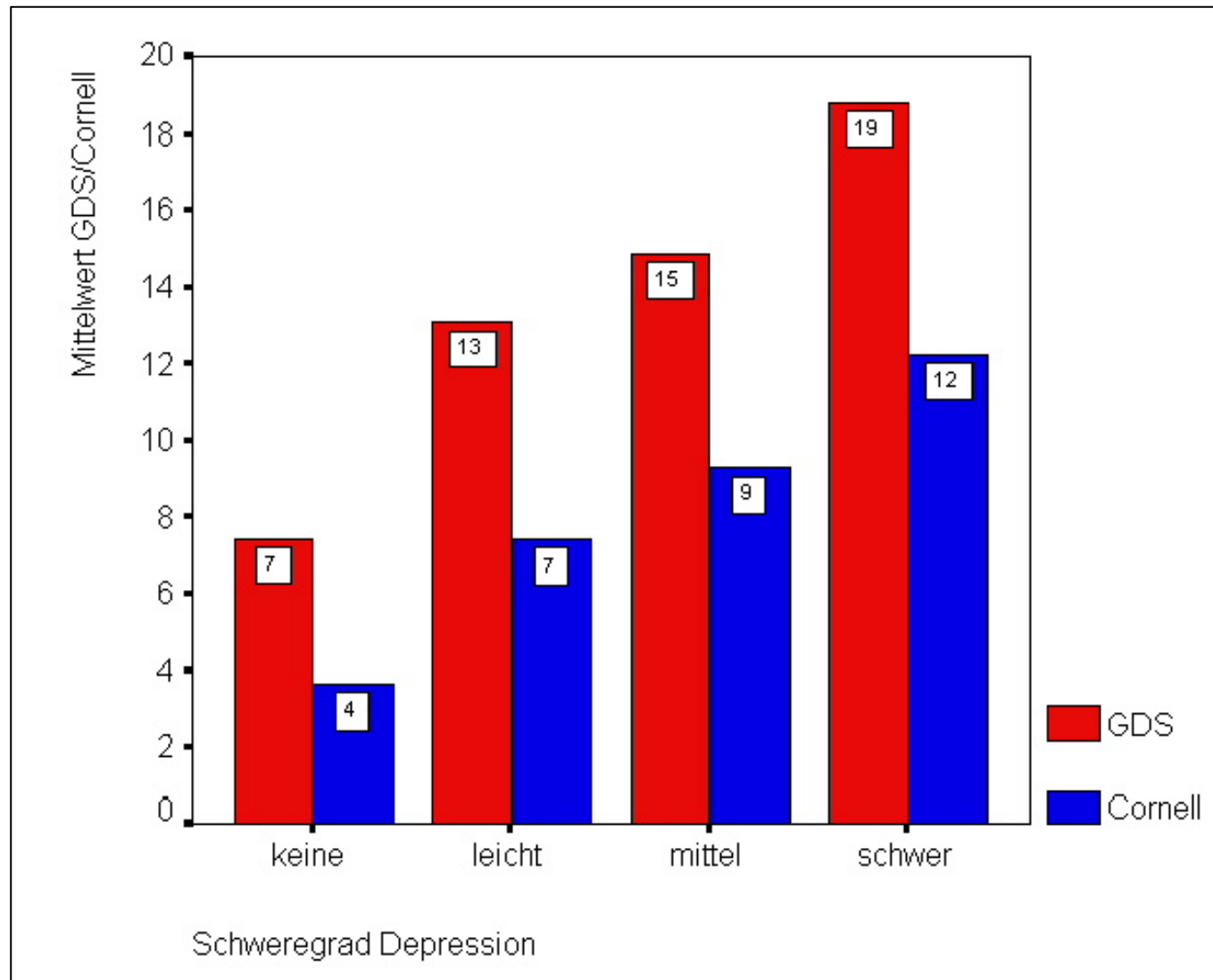
N=128



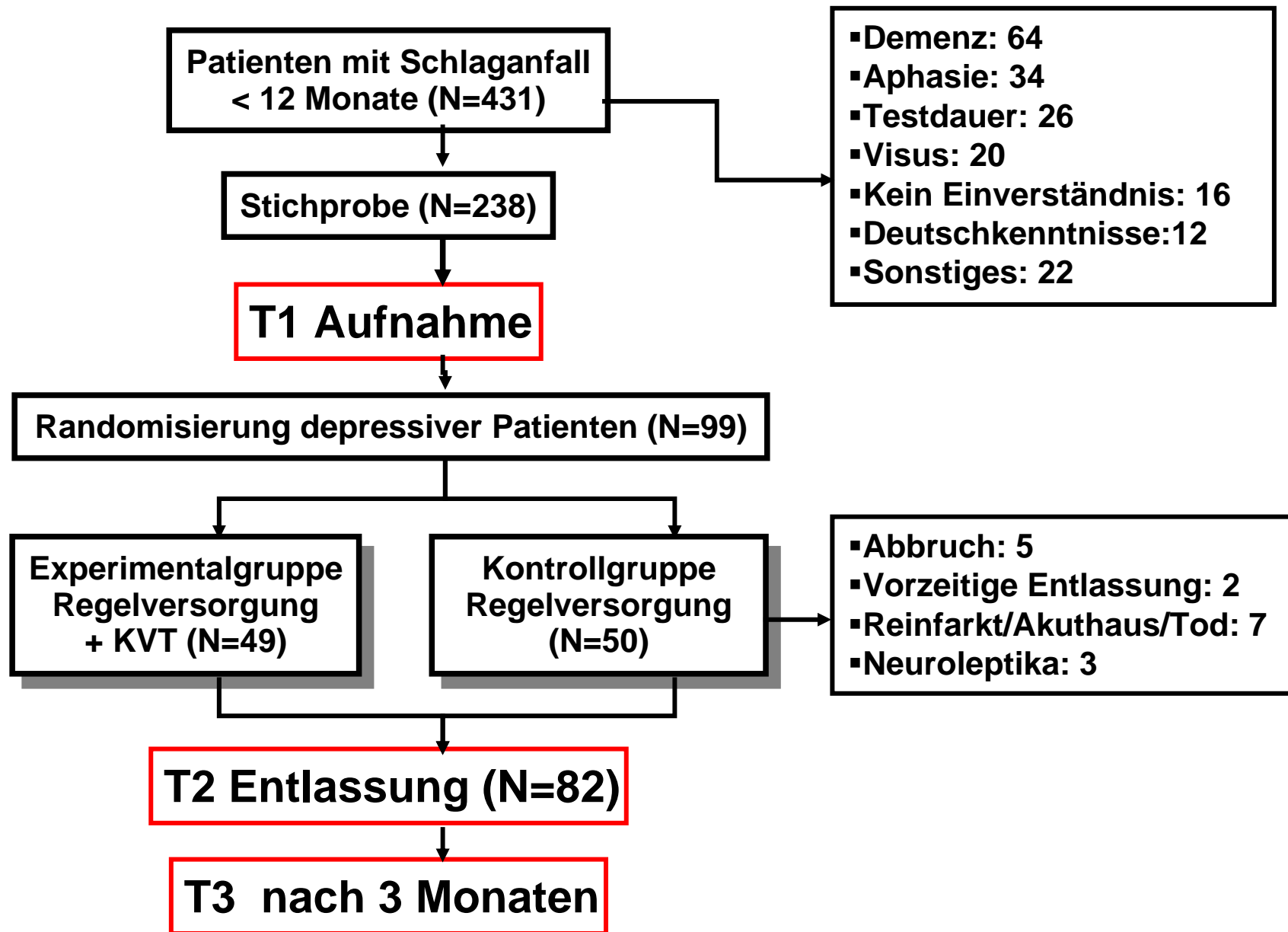
- ▶ Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit nimmt deutlich zu
- ▶ Kurzfristige Behaltensleistung verbessert sich
- ▶ Längerfristige Erinnerungsleistung verändert sich nicht.
- ▶ Kurzfristiges Behalten von Bildern lässt sich durch das neuropsychologische Training positiv beeinflussen
höhere Zufriedenheit (SS-QOL; $p=.03$)
- ▶ Keine Verbesserung durch spezifische Module

- ▶ Mobilität steigt in der behandelten Gruppe
- ▶ Verbesserung nach der Intervention
- ▶ Zufriedenheit über die Mobilität ist höher (SS-QOL; $p < .01$)
- ▶ Keine Unterschiede in den ADL's

Stichprobe



Design



Kognitive Verhaltenstherapie

9 Sitzungen mit folgenden Schwerpunkten:

- Aufbau positiver Aktivitäten
- Veränderung von Kognitionen
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten

Kognitive Verhaltenstherapie

Aufbau positiver Aktivitäten:

- Handeln und Fühlen
- Tätigkeiten und Stimmung
- Planung angenehmer Tätigkeiten

Veränderung von Kognitionen:

- Gedanken beeinflussen das Denken
- Die eigenen Gedanken kontrollieren
- Gedanken bei unerfreulichen Ereignissen

Verbesserung sozialer Fertigkeiten:

- Sozial kompetentes Verhalten lernen
- Soziale Kompetenz und eigene Bedürfnisse
- Soziale Kompetenz und soziale Kontakte

Kognitive Verhaltenstherapie

Patient erscheint vom Programm kognitiv überfordert (Therapeuteneinschätzung):

- vollständig 6%
- teilweise 20%
- nicht 74%

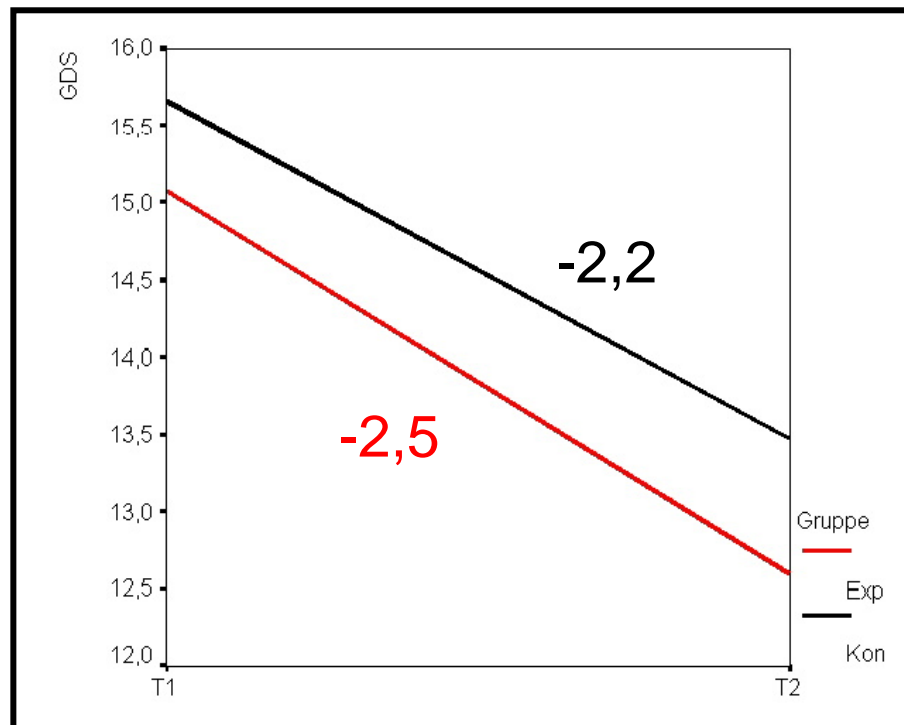
„Hausaufgaben“ wurden wie folgt bearbeitet:

- nicht 38%
- teilweise 44%
- regelmäßig selbständig 18%

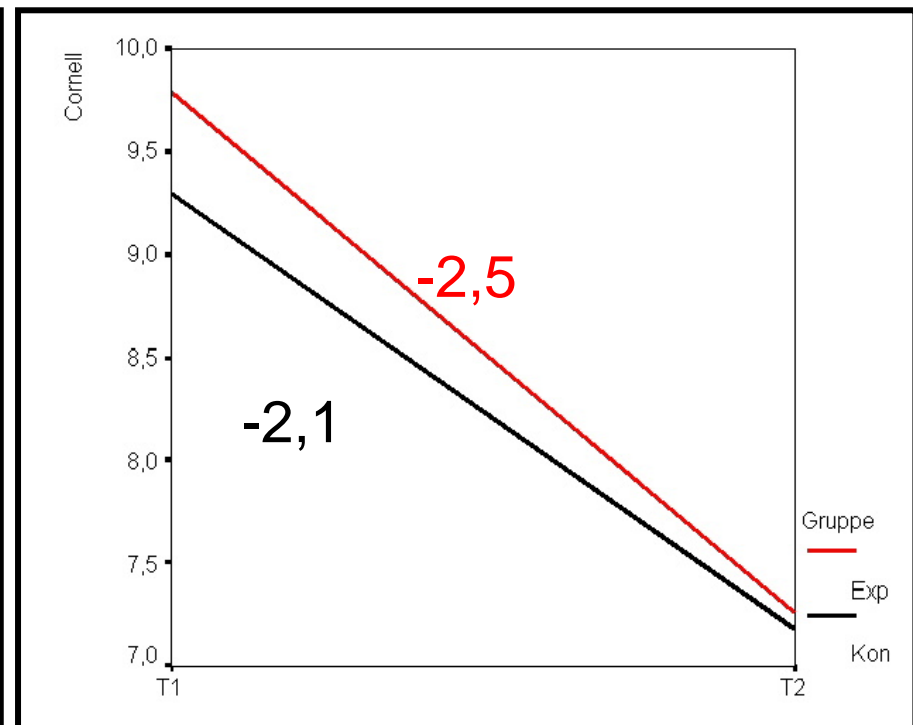
Ergebnisse

Alle Patienten

GDS T1/T2

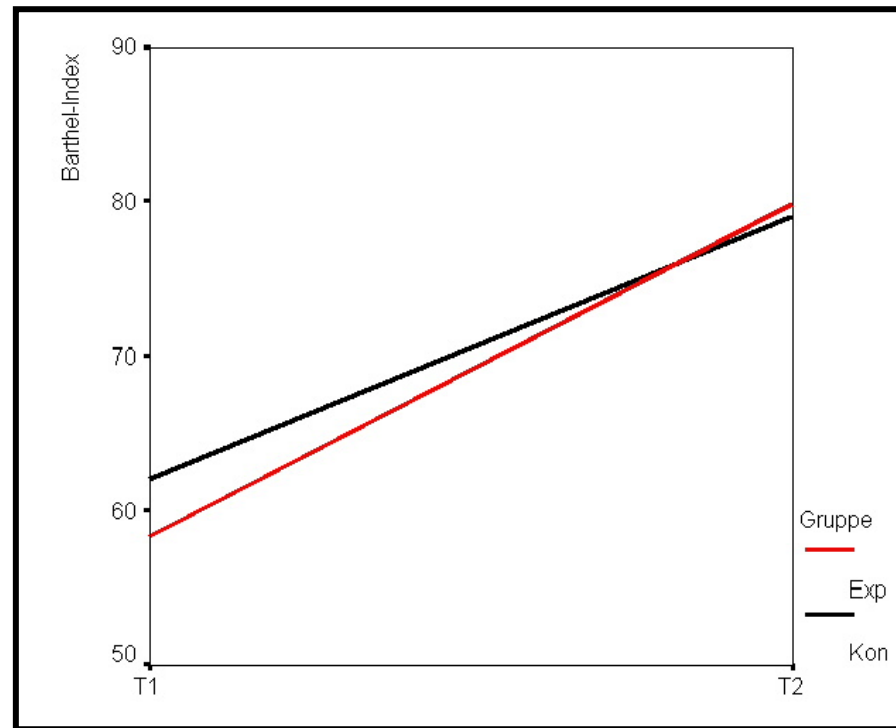


Cornell T1/T2



Ergebnisse

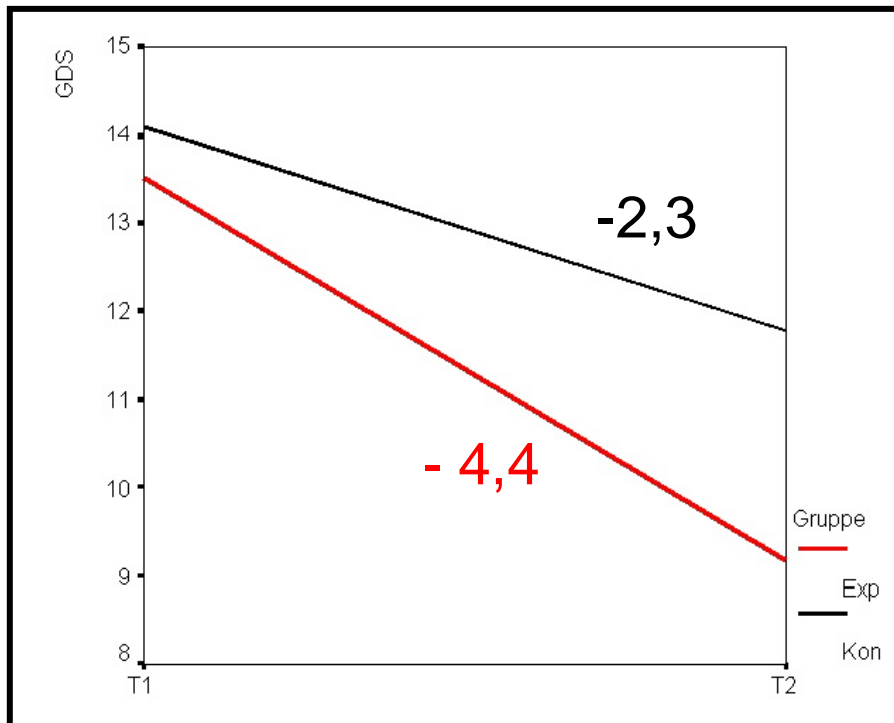
Alle Patienten



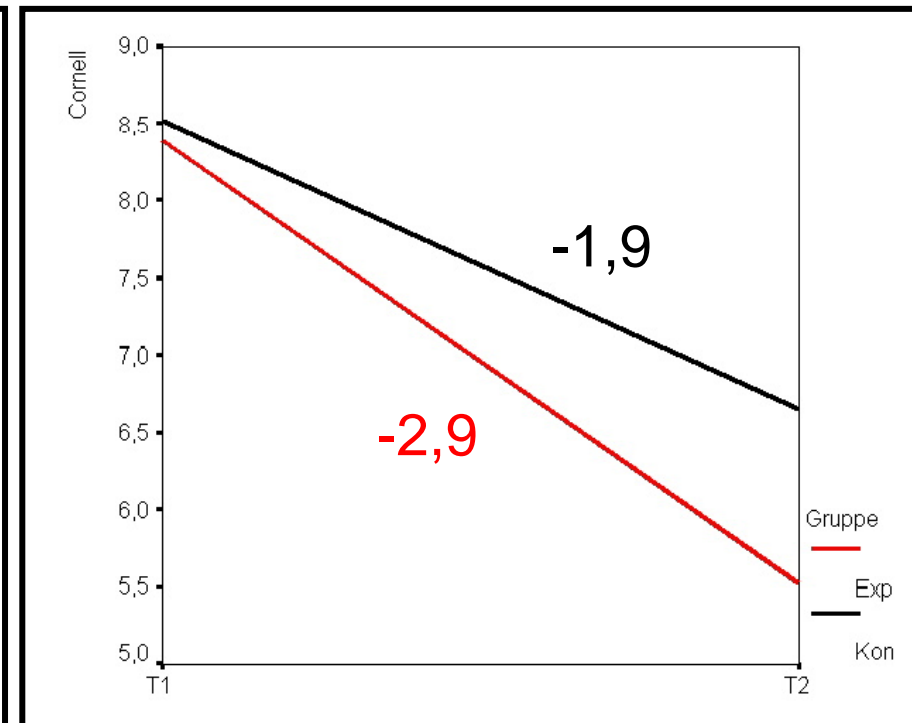
Ergebnisse

Patienten ohne depressive Episode in der Vorgeschichte

GDS T1/T2



Cornell T1/T2



Antidepressiva: GDS/Cornell T2 (Diff.)

	GDS	Cornell
1/3 mit Antidepressiva	16,0* (-1,2)	9,3* (-1,6)
2/3 ohne Antidepressiva	11,4* (-2,9)	6,0* (-2,7)

Ergebnisse

Als Prädiktoren für ein erfolgreiches Programm zeichnet sich folgendes ab:

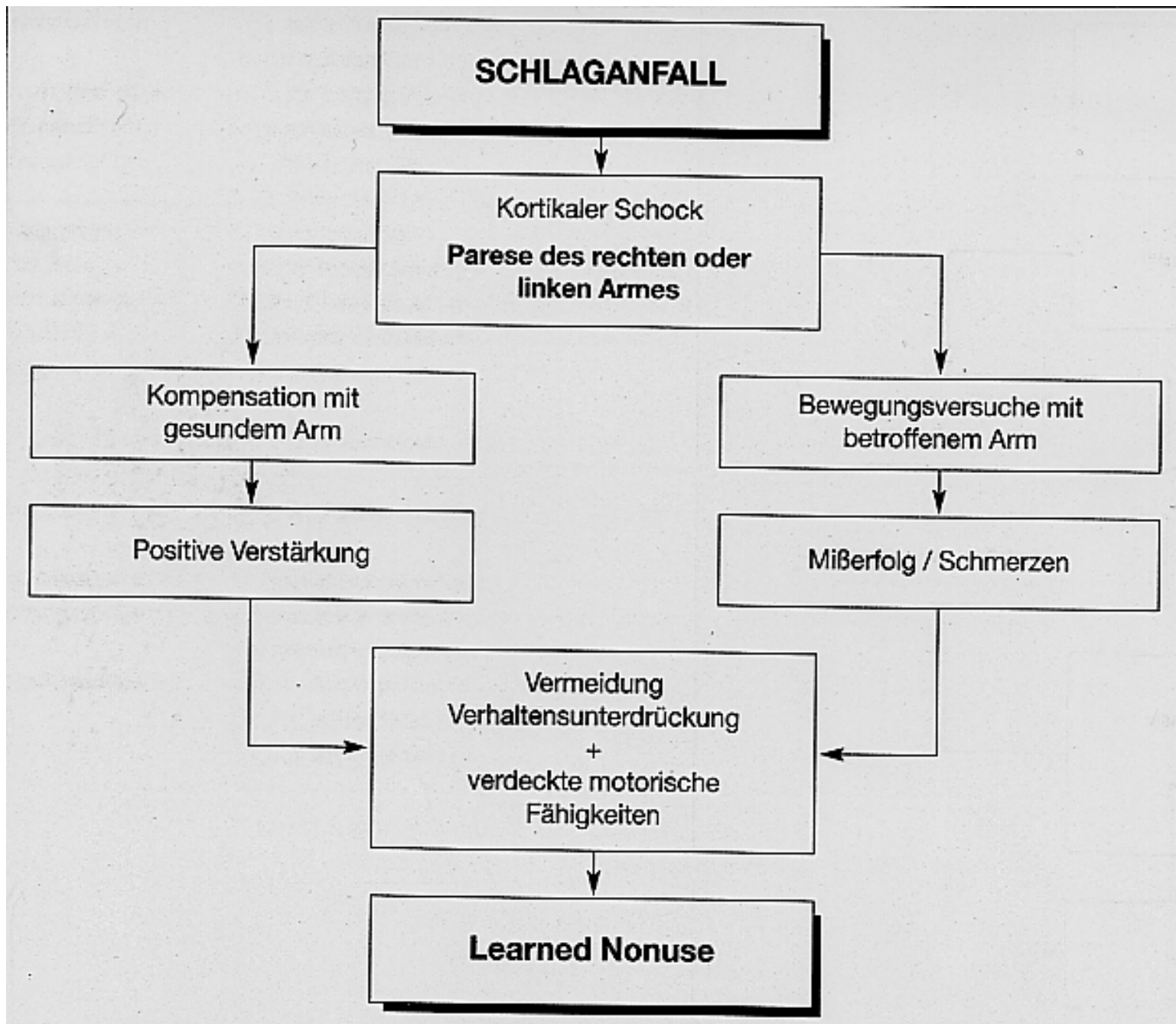
- Patienten ohne frühere depressive Episode verbessern sich deutlich mehr im Programm (4,4 vs. 1 Punkt bei Patienten mit früheren depressiven Episoden, $p=0,05$)
- niederer Cornell bei Aufnahme
- insgesamt geringere Beeinträchtigung

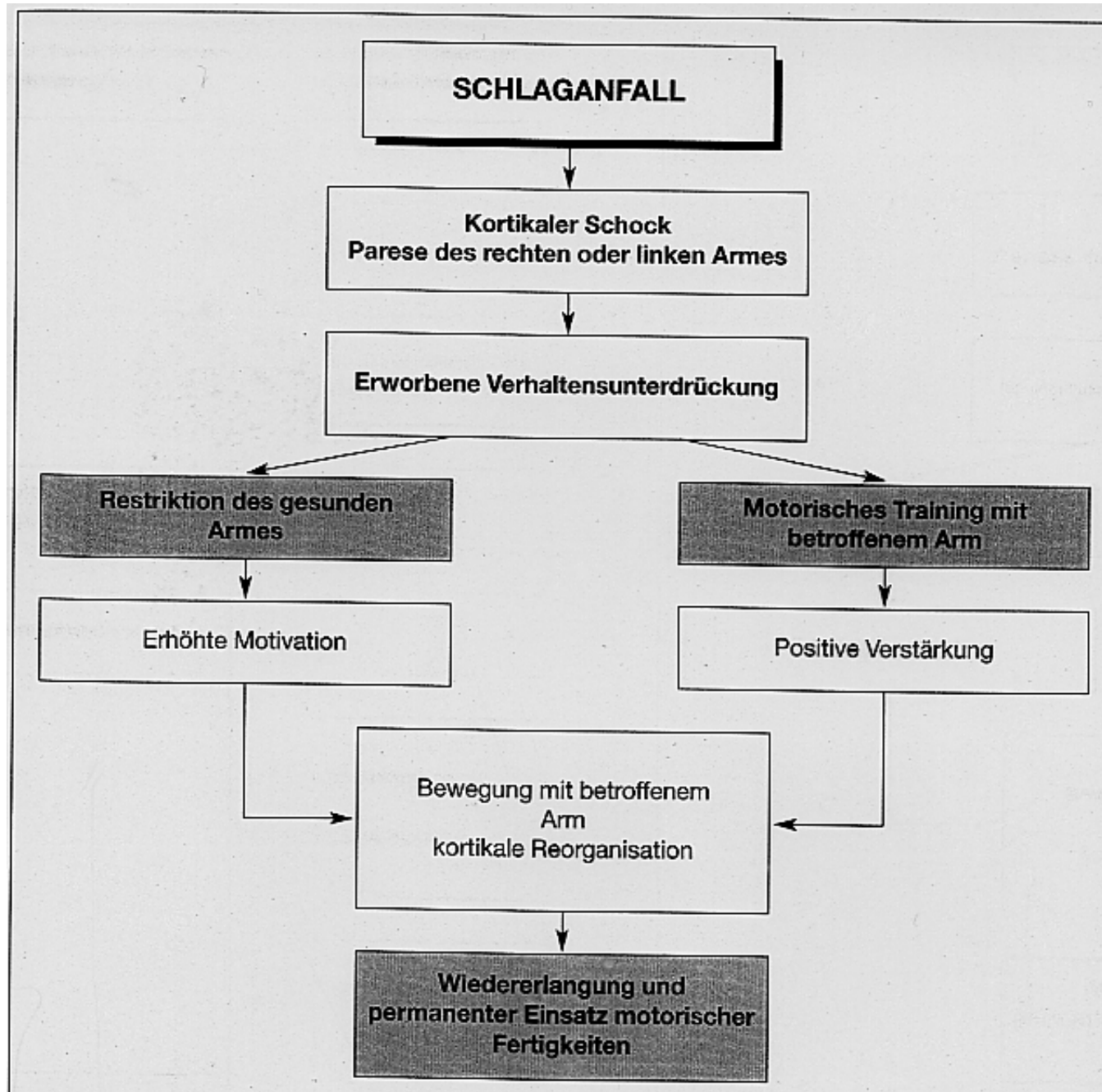
Behandlung motorischer Störungen nach Schlaganfall

*Die Taubsche
Bewegungsinduktionstherapie*

von

Heike Bauder, Edward Taub
und Wolfgang H. R. Miltner

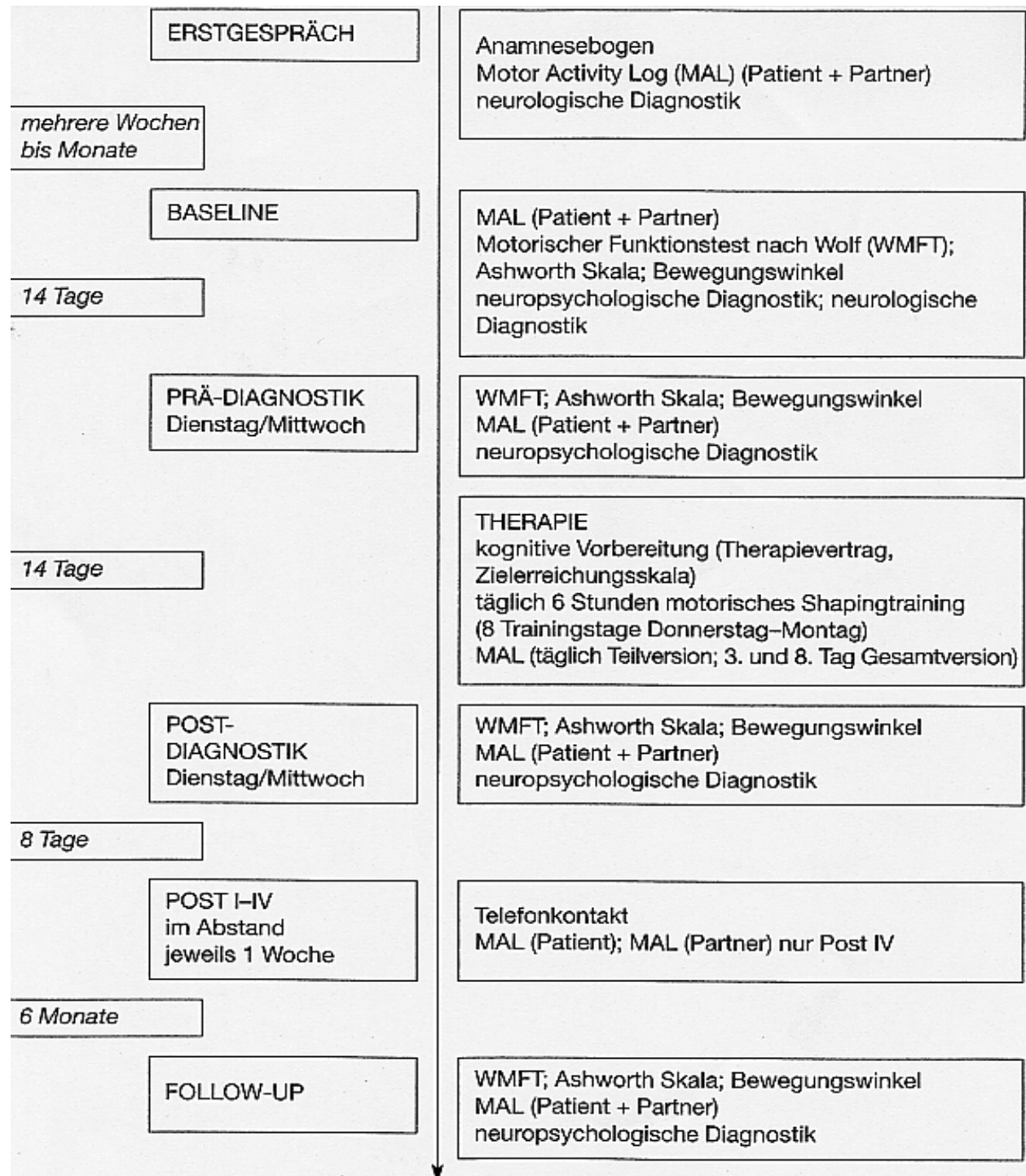






from Miltner et al





ERSTGESPRÄCH

*mehrere Wochen
bis Monate*

Anamnesebogen
Motor Activity Log (MAL) (Patient + Partner)
neurologische Diagnostik

BASELINE

14 Tage

MAL (Patient + Partner)
Motorischer Funktionstest nach Wolf (WMFT);
Ashworth Skala; Bewegungswinkel
neuropsychologische Diagnostik; neurologische
Diagnostik

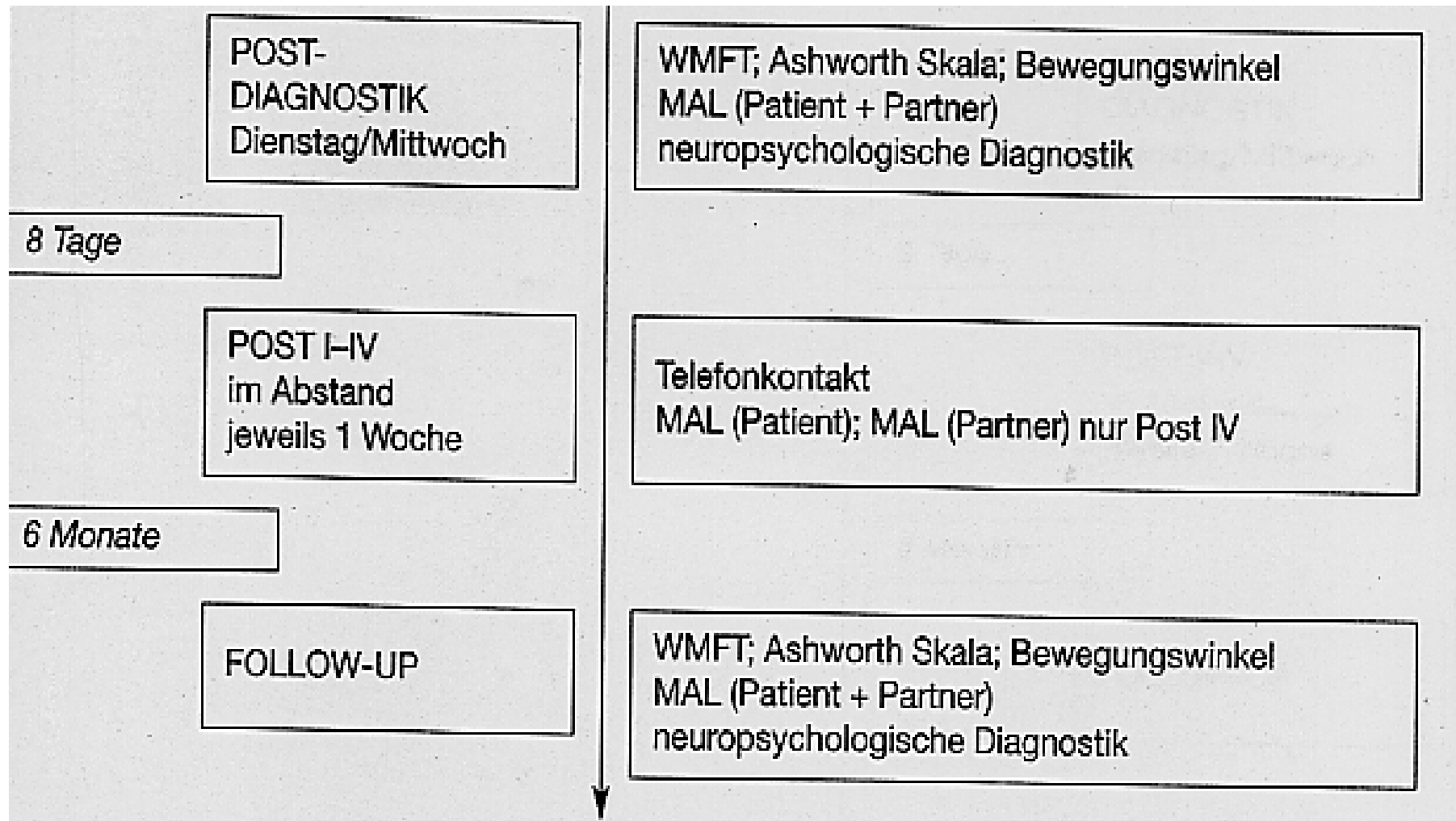
**PRÄ-DIAGNOSTIK
Dienstag/Mittwoch**

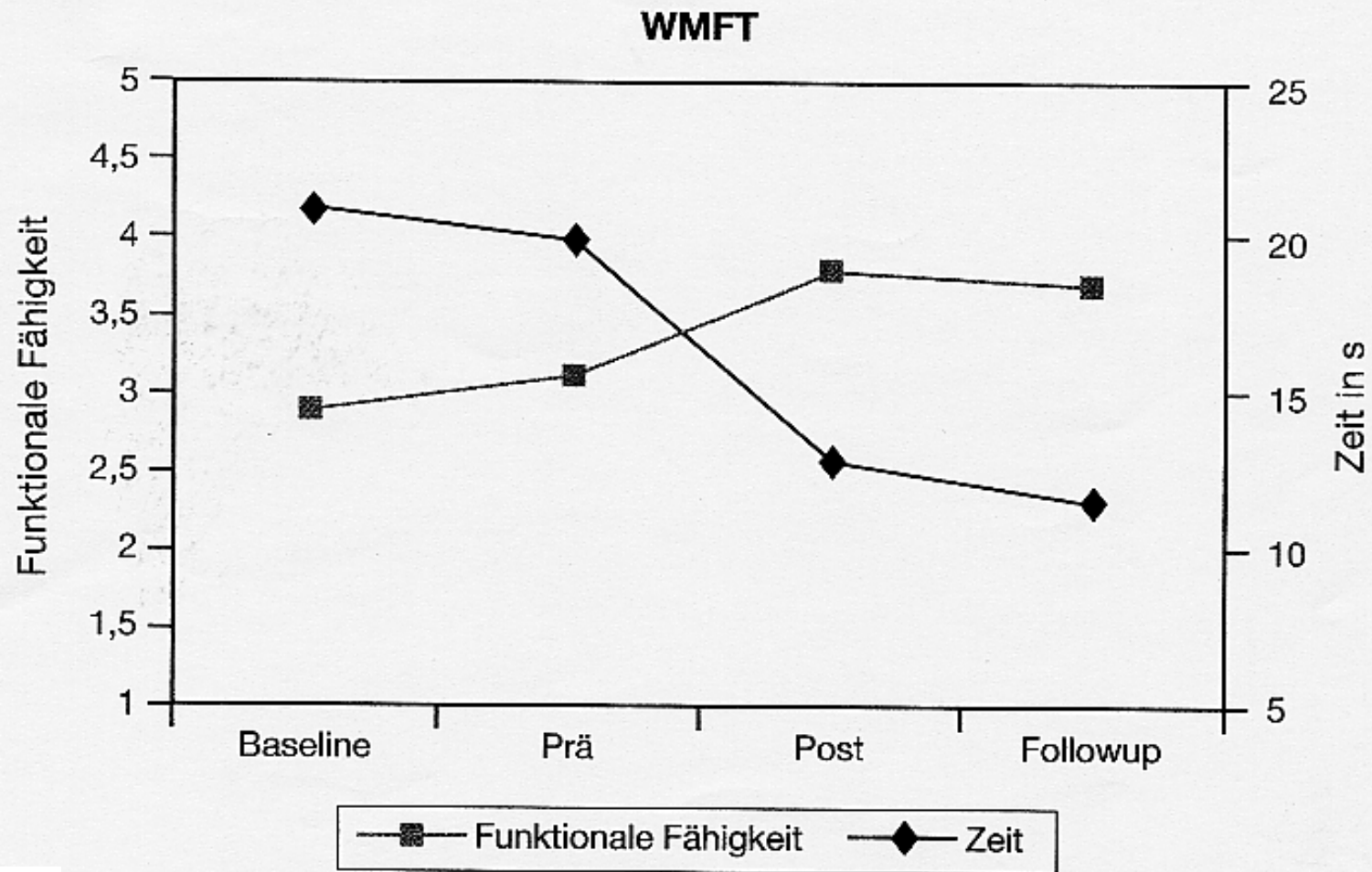
WMFT; Ashworth Skala; Bewegungswinkel
MAL (Patient + Partner)
neuropsychologische Diagnostik

14 Tage

THERAPIE

kognitive Vorbereitung (Therapievertrag,
Zielerreichungsskala)
täglich 6 Stunden motorisches Shapingtraining
(8 Trainingstage Donnerstag–Montag)
MAL (täglich Teilversion; 3. und 8. Tag Gesamtversion)





Darstellung der Ergebnisse im WMFT in der Funktionalen Fähigkeit der Bewegung in der Durchführungszeit