Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2008-2009)

Heft: 101

Artikel: Demenz und Depression: Die Cornell-Skala : Fallbesprechungen aus dem Pflegezentrum Erlenhof

Autor: Held, Christoph

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789771

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Demenz und Depression: Die Cornell-Skala
Fallbesprechungen aus dem Pflegezentrum Erlenhof

Christoph Held

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten im Alter. Studien in Pflegeheimen ergeben eine Häufigkeit bis 15% aller Heimbewohner, aber bis zu 40% aller Heimbewohner haben phasenweise Symptome einer Depression.
Depressionen bei demenzkranken Menschen sind nicht so leicht zu diagnostizieren, weil die Betroffenen oft nicht mehr in der Lage sind, ihre affektive Befindlichkeit mit Worten auszudrücken. Hinzu kommt, dass sich mehrere Symptome von Demenz und Depression überlappen können.

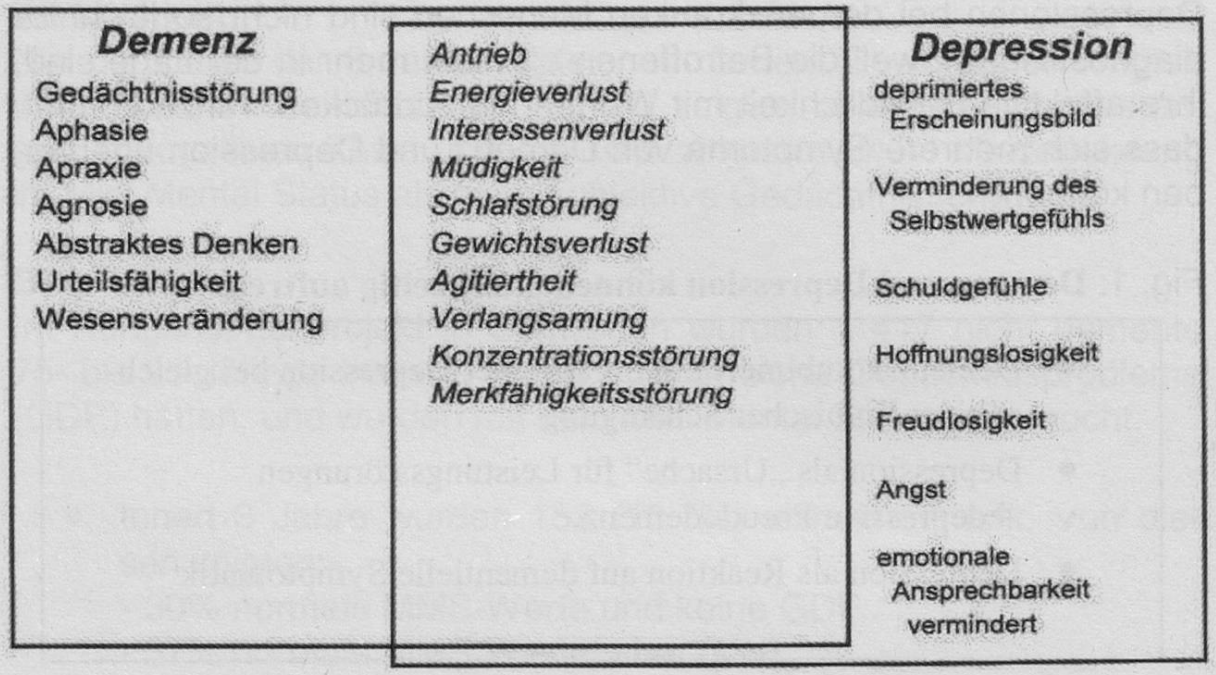
Fig. 1: **Demenz und Depression können gleichzeitig auftreten**

- Demenz kombiniert mit organischer Depression bei gleichzeitiger limbischer Schädigung
- Depression als „Ursache" für Leistungsstörungen
  ⇨depressive Pseudodemenz
- Depression als Reaktion auf dementielle Symptomatik

Die weithin verwendete geriatrische Depressionsskala (GDS) nach Yesavage eignet sich nicht zur Erfassung depressiver Symptome bei demenzkranken Patienten, weil die Fragen die Betroffenen erheblich überfordern. Sehr hilfreich hingegen ist die *Cornell-Skala.* Dieses Instrument umfasst 19 Items, welche Veränderungen der Stimmung, des Verhaltens, vegetativer Funktionen wie Appetit und Schlaf sowie weitere Störungen erfassen. Von anderen Depressionsskalen unterscheidet sich die *Cornell-Skala* dadurch, dass sie nicht nur durch ein Gespräch mit dem Patienten erhoben wird, sondern sich vor allem auf Beobachtungen der Pflegenden stützt, die im Zeitraum von einer Woche erhoben werden. Eine Score von 8 Punkten und mehr weist auf eine depressive Störung bei Demenz hin. (s. Fig 3 + 4 S. 32/33)

Dr. med. Christoph Held, leitender Arzt SAD, Pflegezentrum Erlenhof

Fig 2: **Die Symptome von Demenz und Depression überlappen sich**



Im Folgenden vier BewohnerInnen mit unterschiedlichen Formen von Demenz, bei denen durch Anwendung der *Cornell Skala* depressive Symptome erhoben und eine adäquate und erfolgreiche Behandlung durchgeführt werden konnte.

Fall 1:
Die 87-jährige Frau D.B., bisher ohne psychiatrische Vorerkrankungen, wird von ihrer Hausärztin wegen innerer Unruhe sowie nächtlichem Erwachen mit Ängsten ins Waidspital eingewiesen. Zuvor hat die Patientin kaum noch das Haus verlassen und will auch ihre Freundinnen nicht mehr treffen. Die Tochter berichtet ausserdem von Gedächtnislücken und Gewichtsverlust von 3kg in 6 Wochen.

Die **Diagnosen** lauten:
- Leichte Demenz i.R. einer vask. Enzephalopathie
- MMS 21/30 P. CT: Gen. Hirnatrophie, periventriculäre Leukencephalopathie
- Mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom
- Art.Hypertonie, orthostat. Dysregulation mit Schwindel

Im Spital wandert die Patientin trotz Behandlung mit 45mg Remeron pro Tag den ganzen Tag im Gang auf und ab und ist nicht fähig, ruhig auf einem Stuhl zu sitzen. Sie wird in die psychiatrische Universitätsklinik überwiesen.

Die neuropsychologische Beurteilung in der PUK ergibt eine kognitive Minderleistung, die über die Depression hinaus geht. Auf eine antidementive Behandlung wird aber verzichtet, weil Frau B. unter dieser Therapie mit einem Vergiftungswahn reagiert hat. Mit 45 mg Remeron und 2.5mg Zyprexa pro Tag wird sie „in gebessertem Zustand" nach Hause entlassen, wo es ihr aber trotz Spitexunterstützung nicht gut geht. Sie isst wenig, ist psychomotorisch weiterhin unruhig und im Affekt sehr wechselhaft, mal ausgeglichen, mal sehr bedrückt. Schliesslich wünscht sich die Patientin selbst einen Aufenthalt im Pflegezentrum und tritt im Dezember 2007 in den Erlenhof ein.

Bei **Einritt** erreicht Frau B. im Minimentalstatus 24 Punkte, in der Geriatrischen Depressionsskala nach Yesavage lediglich 4 Punkte. *In der Cornell-Skala hingegen können 16 Punkte erhoben werden, die aus Veränderungen der Stimmung, des Verhaltens und des Schlafes resultieren.*
Diese Symptome korrelieren gut mit den Eintragungen der Aktivierungstherapeutin: Die Patientin wirke emotional sehr wenig beteiligt, schwinge affektiv kaum mit, male, „weil es eine Aufgabe ist", esse „weil man isst". Von den Pflegenden wird aber auch beobachtet, dass die Frau B. lacht und Freude zeigt, zum Beispiel auf dem Markt auf dem Helvetiaplatz, wo sie dem Gemüsehändler erzählt, wie man in Italien Artischocken zubereitet.

Fortsetzung S. 34

Fig. 3 **CORNELL-DEPRESSIONS-SKALA**

NAME: _____

Datum: _____

a = keine Angabe möglich
0 = nicht vorhanden
1 = leicht oder intermittierend
2 = schwer

A. Stimmungsveränderte Zeichen				
1. Angst (ängstlicher Ausdruck, sich sorgen)	a	0	1	2
2. Traurigkeit (trauriger Ausdruck, den Tränen nahe)	a	0	1	2
3. Verlust der Freude (an angenehmen Ereignissen)	a	0	1	2
4. Irritierbarkeit (leicht beleidigt, aufbrausend)	a	0	1	2
B. Störungen im Verhalten				
5. Agitiertheit (Unruhe, Händeringen, Haareraufen)	a	0	1	2
6. Verlangsamung (verlangsamte Bewegungen, Sprache, Reaktionen)	a	0	1	2
7. Physische Beschwerden	a	0	1	2
8. Interessenverlust (nimmt nicht an Aktivitäten teil)	a	0	1	2
C. Vegetative Störungen				
9. Appetitverlust (isst weniger als gewöhnlich)	a	0	1	2
10. Gewichtsverlust	a	0	1	2
11. Energieverlust (schnelle Ermüdbarkeit, kein Durchhaltevermögen)	a	0	1	2

Fig. 4 Forts. **Cornell Skala**

D. Störungen der circadialen Rhythmik

12. Stimmungsschwankungen (Symptome morgens stärker)	a	0	1	2
13. Einschlafstörungen	a	0	1	2
14. Durchschlafstörungen	a	0	1	2
15. Frühes, morgendliches Aufwachen	a	0	1	2

E. Andere Störungen

16. Suizidalität (Verlust der Lebensfreude, Selbstmordgedanken)	a	0	1	2
17. Niedriges Selbstwertgefühl (Selbstbeschuldigungen, Gefühl Fehler gemacht zu haben)	a	0	1	2
18. Pessimismus (Erwartung des Schlimmsten)	a	0	1	2
19. Stimmungskorrelierter Wahn (Krankheits-, Verlustwahn)	a	0	1	2

Fortsetzung von S. 31

Im **Verlauf** stabilisiert sich das psychische Zustandsbild unter 45mg Remeron und 150mg Efexor pro Tag. Zwar zeigt Frau B. immer noch einen sehr wechselhaften Affekt mit Phasen von bedrückter, aber auch euthymer Stimmungslage. Völlig abgeklungen sind hingegen psychomotorische Unruhe und Schlafstörungen. *In der Cornell Skala beträgt der Score jetzt nur noch 5 Punkte*. Wir führen diese erhebliche Verbesserung bei der dementen und depressiven Patientin vor allem auf das unterstützende und fürsorgliche Milieu in unserer Demenzabteilung zurück.

Fall 2:

Weil die 70-jährige Frau C.D. wochenlang ihre Wohnung nicht mehr verliess, wurde sie im März 2006 in der Psychiatrischen Universitätsklinik hospitalisiert

.

Die **Diagnosen** lauten:

- Fronto-temporale Demenz , MMS 26/30
- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion
- Chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP)

Seit der Diagnose der CIDP 2005 wird die Patientin ambulant mit Zyklen von ivIG, Immurak und Prednison behandelt. Hauptprobleme in der psychiatrischen Klinik und dann auch beim **Eintritt** bei uns ist das enthemmte und impulsive Verhalten der Patientin. Sie duzt Pflegende, drückt einer schnarchenden Zimmergenossin ein Kissen aufs Gesicht, schmeisst am ersten Mai einen schweren Blumentopf aus dem Fenster, als Mitglieder des schwarzen Blocks am Pflegeheim vorbeimarschieren, demoliert den Hasenkäfig und packt den Hasen, um ihn zu streicheln, wie sie nachher behauptet.

Bei sonst stabiler Stimmungslage mit viel künstlerischem Eifer (die Patientin malt und zeichnet im Aufenthaltsraum, den sie sich zu einem Atelier eingerichtet hat) wird die antidepressive Medikation,

45mg Remeron und 187,5mg Efexor pro Tag, reduziert. Bei den beschriebenen Verhaltensstörungen geht in der Folge der Blick für den Affekt der Patientin etwas verloren. Frau D. wirkt zwar zufrieden, ist aber nicht mehr motiviert zum Zeichnen und Malen, liegt vermehrt im Bett und liest ein Buch. Nachts steht sie häufiger auf und verlangt Schlafreserve.
Auf der geriatrischen Depressionsskala nach Yesavage erreicht die Patientin 1 Punkt. *Der Score der Cornell Skala hingegen beträgt 16 Punkte, die vor allem aus Verhaltensstörungen und circadialen Störungen resultieren.*
Nach 3 Wochen Wieder-Behandlung mit 150mg Efexor pro *Tag beträgt der Score auf der Cornell Skala 0 Punkte!* Die Patientin nimmt ihr „Atelier" wieder früh am Morgen in Beschlag und schläft problemlos ohne Medikamente.

Fall 3:
Das Ehepaar E. ist im August 2006 in den Erlenhof eingetreten.

Die **Diagnosen** der 94-jährigen Frau E. lauten:
- Dementielle Entwicklung, MMS bei Eintritt 23/30 P.
- Arterielle Hypertonie
- Chronische, normochrome Anämie

Beim Tod ihres Mannes im Dezember 2007 weint Frau E. heftig, beklagt ihre Einsamkeit und will sterben. Nach wenigen Tagen beruhigt sie sich, verneint Traurigkeit und erzählt Pflegenden und Besuchern, es gehe ihr sehr gut und im Erlenhof „habe sie es ja so gut".

Im Februar 2008 klagt sie häufig über Schmerzen in der rechten Hüfte und will schliesslich gar nicht mehr aufstehen und in den Aufenthaltsraum gehen. Im Röntgen keine Fraktur, degenerative Veränderungen. Häufig wacht Frau E. in der Nacht und am frühen Morgen auf. Auf den Visiten wirkt die Patientin aber „zufrieden", macht Spässe, perseveriert fassadenhaft, macht Sprüche, verneint dezidiert Traurigkeit oder Lebensüberdruss.

Auf der geriatrischen Depressionsskala nach Yesavage gibt sie 0 Punkte an. *Auf der Cornell-Skala hingegen erreicht sie mit den beschriebenen Symptomen 16 Punkte!*
Im **Verlauf,** nach 2-wöchiger Behandlung mit Sertralin 50mg wirkt Frau E. affektiv gleich wie vorher, zeigt aber völlig verändertes Verhalten. Sie geht ohne Schmerzmedikamente wieder am Rollator in den Aufenthaltsraum und schläft ohne Probleme und Schlafmittel. *Auf der Cornell-Skala erreicht sie jetzt noch 3 Punkte.*

Fall 4:
Wegen Apathie und Gewichtsverlust von 6 kg innert 3 Monaten - der Patient wollte sein Bett überhaupt nicht mehr verlassen – war der 76-jährige Herr G. F. seit 1999 schon zwei Mal psychiatrisch hospitalisiert worden.

Die **Diagnosen** lauten:
- Demenz multifaktorieller Genese (vaskulär und nach Alkoholabusus)
- Neuropsychologisch v.a. frontotemporale Defizite, MMS 26/30P.
- MRI: ischämische vaskuläre Marklagerveränderungen
- Depression

Unter einer kombinierten Behandlung mit Efexor und Remeron verbesserte sich das psychische Zustandsbild und Herr F. nahm jeweils wieder einige Kilo zu. Trotzdem war eine häusliche Betreuung durch die überforderte Ehefrau nicht mehr möglich und Herr F. tritt im Dezember 2003 in den Erlenhof ein. Bei **Eintritt** wird die beschriebene antidepressive Medikation abgesetzt und später durch Zoloft 50mg ersetzt.
Im **Verlauf** bis September 2007 ist der Patient affektiv einigermassen stabil und in den Alltagshandlungen selbständig. Dann aber wird er zunehmend unselbständiger und aggressiv, weil er die Intimpflege nun mit Unterstützung des Personal durchführen muss. Er behauptet, es sei gar nicht wahr, dass er nasse Unterhosen habe. Er klopft den

ganzen Tag mit den Fingern auf den Tisch, so dass seine Tischgenossen wütend werden.
Die Pflegenden haben das Gefühl, „vom Patienten an der Nase herumgeführt zu werden“ und meinen, die „dominante“ Ehefrau, die den Patienten häufig besucht, sei Ursache seiner Apathie und seines Verhaltens. Bei all den Sitzungen und psychologischen Deutungen geht ein wenig unter, dass Herr F. wiederum 5 kg innerhalb von 3 Monaten abgenommen hat.
In der Geriatrischen Depressionskala nach Yesavage gab der kognitiv nicht stark beeinträchtigte Patient (MMS 29 Punkte) 2 Punkte an. *In der Cornell-Skala erreichte er jedoch 14 Punkte, die ausschliesslich von Veränderungen des psychomotorischen Verhaltens und der vegetativen Störungen resultieren.*
Seiher wird Herr F. wieder antidepressiv mit 45mg Remeron und 150mg Efexor pro Tag behandelt. Er isst seither wesentlich grössere Portionen und hat bereits 2 kg zugenommen. Die psychomotorische Unruhe mit dem Fingertrommeln hat deutlich abgenommen.

Fazit und Zusammenfassung

Bei den 4 HeimbewohnerInnen mit Demenz konnten depressive Symptome wie Traurigkeit, bedrückte Stimmung und erniedrigtes Selbstwertgefühl häufig nicht eruiert werden. Eindrücklich war auch, dass die vier vorgestellten depressiven Demenzkranken Suizidideen oder Lebensverdruss weit von sich wiesen. Schlafstörungen und verändertes psychomotorisches Verhalten wiesen hingegen oft auf eine Depression hin. Die quantitative Erfassung depressiver Symptome mit der Cornell-Skala bei Heimbewohnern mit Demenz führte nicht nur zur richtigen Diagnose und adäquaten medikamentösen Therapie, sondern half auch den Pflegenden in Bezug auf Umgang und Betreuung der Betroffenen.

Für die Vorbereitung der Fallbesprechungen Dank an Fred Fezer, Catherina Scuderi, Silvia Silva Lima, Gernot Marx sowie an Leitung und Pflegedienstleitung des Pflegezentrums Erlenhof.