

Wirksame Behandlungsprogramme für Demenzkranke und betreuende Angehörige

B. Romero, M. Wenz

Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling

Zusammenfassung

Das multimodale Behandlungsprogramm des Alzheimer Therapie Zentrums (ATZ) der Neurologischen Klinik Bad Aibling verbindet medikamentöse Behandlung und stationäre Rehabilitation für die Demenzkranken mit psychoedukativen Programmen für ihre Angehörigen. Die hier analysierten Daten evaluieren das Befinden der Kranken und ihrer Angehörigen vor und nach der vierwöchigen stationären Behandlung. Eine Reduktion der neuropsychiatrischen Symptome und der Depressivität nach der Behandlung fand sich insbesondere bei Kranken und auch Angehörigen, die vor der Behandlung stärker ausgeprägte Symptome aufwiesen.

Schlüsselwörter: Alzheimer Demenz, multimodales Behandlungsprogramm, neuropsychiatrische Symptome

A multimodal treatment concept for patients suffering from Alzheimer's disease and caregivers

B. Romero, M. Wenz

Abstract

The multimodal treatment concept of the Alzheimer Therapie Zentrum (ATZ) in Bad Aibling includes pharmacological and in-house rehabilitational devices for patients suffering from Alzheimer's disease and psycho-educational programmes for their relatives. We evaluated mood and neuropsychiatric symptoms of the patients and their caregivers before and after a treatment period of 4 weeks duration. Neuropsychiatric symptoms were reduced significantly in the subgroups of patients and caregivers who showed high NPI-scores before treatment.

Key words: Alzheimer's disease, multimodal treatment concept, neuropsychiatric symptoms

Neurol Rehabil 2003; 9 (1): 23-27

Einleitung

Kontrollierte Studien zeigen, daß multimodale Ansätze, die die medikamentöse Behandlung mit einer Rehabilitation für Kranke und mit psychoedukativen Programmen für Angehörige verbinden und dabei auf eine flexible Weise die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Familien berücksichtigen, die beste Wirksamkeit bei der Behandlung von Alzheimer Kranken nachweisen [3, 4, 11, 12]. Gleichzeitig müssen therapeutische Interventionen bei dementiellen Störungen im gesamten Lebenskontext der direkt Betroffenen und der mitbetroffenen Familienangehörigen geplant werden.

Im Alzheimer Therapiezentrum (ATZ) der Neurologischen Klinik Bad Aibling wird in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München ein stationäres multimodales Behandlungsprogramm für Demenzkranke und ihre Angehörigen als eine klinische Versorgungseinrichtung angeboten [16, 17]. Unsere bisherigen Studien zur unmittelbaren Wirksamkeit dieses Behandlungsprogramms zeigten eine Besserung des Befindens von Patienten: Abnahme der Depressivität und anderer psychopathologischer Symptome, und von Angehörigen: Abnahme der Depressivität, der chronischen Müdigkeit, der inneren Unruhe und der Belastung [19,

20]. In der hier dargestellten Studie wird die Wirksamkeit der Behandlung in weiteren Gruppen von Patienten und Angehörigen mit neuen Meßverfahren untersucht. Vor allem aber wird das neue Studiendesign erlauben, Veränderungen des Befindens im Vergleich vor und nach der Behandlung in Relation zu Veränderungen des Befindens vor der Behandlung (Wartezeit) zu bringen. Damit entsteht die Möglichkeit, die Wirkung der Behandlung nach Placeboeffekten zu kontrollieren.

Methode

Design

Die hier analysierten Daten stellen einen Teil einer größeren Evaluationsstudie dar. Im Zeitraum von Juni 2001 bis Juli 2002 wurden in die Studie 191 Paare von Patienten und Angehörigen, die an einem (meist vierwöchigen, zumindest etwa dreiwöchigen) ATZ-Behandlungsprogramm teilgenommen haben, konsekutiv rekrutiert. Die Wirkung der Behandlung wurde in einem Vergleich des Befindens der Kranken und der Angehörigen zu vier Untersuchungszeitpunkten beurteilt: (1) Baseline (Zeitpunkt der Kontaktaufnahme), (2) Erhebung geplant etwa zwei Wochen vor der ATZ Aufnahme, (3) Erhebung

geplant etwa zwei Wochen nach der Entlassung und (4) follow up, etwa 12 Monate nach der Behandlung. Nach der Kontaktaufnahme (Baseline) klärten die an der ATZ-Behandlung interessierten Familien die Kostenübernahme durch die Krankenkasse und planten Behandlungstermine. Die so bestimmte Wartezeit war unterschiedlich lang und betrug in der hier untersuchten Subgruppe im Durchschnitt (Median) 13 Wochen (92 Tage), bei einer großen Streubreite von 18 bis 257 Tagen. Zwei Wochen vor der geplanten ATZ-Aufnahme war die zweite Erhebung vorgesehen (vor der Behandlung), zwei Wochen nach der Entlassung die dritte (nach der Behandlung). Folgende Abweichungen von diesem Studiendesign ließen sich nicht vermeiden: (1) bei 98 (51,3%) Familien konnte keine Baseline-Erhebung durchgeführt werden, weil die Kontaktaufnahme zu kurz vor dem Behandlungsbeginn erfolgte, (2) organisatorische und Kooperationsprobleme resultierten in Vor- und Nachbehandlungsintervallen, die sich von den geplanten Zwei-Wochen-Intervallen unterschieden. In der hier untersuchten Gruppe betrug das Intervall zwischen der zweiten Erhebung und der Aufnahme im Durchschnitt (Median) 14 Tage, bei einer Streubreite von 0–45 (bei einem Patienten konnten die Daten ausnahmsweise erst am Aufnahmetag erhoben werden). Das Intervall zwischen der Entlassung und der dritten Erhebung betrug 16 (5–43) Tage (Median, Streubreite). Das Intervall zwischen dem zweiten und dem dritten Untersuchungszeitpunkt betrug 55 (36–113) Tage (Median, Streubreite). Die Behandlung dauerte, wie geplant, im Durchschnitt 29 (18–29) Tage (Median, Streubreite). Daten zum vierten Untersuchungszeitpunkt liegen noch nicht vollständig vor und werden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Untersuchte Patienten

In die präsentierte Studie wurden alle Kranken mit einbezogen, die in unsere Evaluationsstudie rekrutiert wurden und für die vollständige Daten zur Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome, erfaßt mit dem Neuropsychiatrischen Inventar, zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten vorlagen. Vollständige NPI Daten zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten lagen nur für 41 Personen, 21,5% der gesamten rekrutierten Gruppe, vor. Wie erwähnt konnten bei einem Teil der Kranken (51,3%) die Baseline-Daten aus organisatorischen Gründen (kurzfristig geplante ATZ-Aufnahmen) nicht erhoben werden. Weitere fehlende NPI-Werte wurden vor allem durch Unfähigkeit, seltener durch mangelnde Bereitschaft der Angehörigen, die Untersuchungsfragebögen zu bearbeiten, verursacht. Demographische und klinische Daten zu den hier untersuchten Kranken sind in der Tabelle 1 dargestellt. Die Patienten waren mit durchschnittlich 68 Jahren relativ jung, wobei auch ältere Kranke miteinbezogen wurden (Streubreite: 57–86). Bei den meisten Kranken lag ein mittelgradig ausgeprägtes Demenzsyndrom vor (MMST: Median=14), die große Streubreite der MMST-Werte (0–29) zeigt jedoch sowohl sehr leichte als auch stark fortgeschrittene Demenzausprägungen bei den untersuchten Personen. Differenti-

	Demenzkranke n = 41	Angehörige n = 41
Alter Median (Min.-Max.)	68 (57–86)	64 (37–81)
MMST Median (Min.-Max.)	14 (0–29)	

Tab.1: Alter und MMST-Werte bei untersuchten Patienten mit Demenz und Alter der Angehörigen (nach der Aufnahme in ATZ)

aldiagnosen waren wie folgt verteilt: Alzheimer Demenz: 19 (46%), frontotemporale lobare Degeneration (FTLD): 11 (27%), gemischte Demenzformen: 6 (15%), andere: 5 (12%). Unter den Kranken waren 12 (29%) Frauen und 29 (71%) Männer; damit waren Frauen deutlich unterrepräsentiert.

Untersuchte Angehörige

In die Auswertung wurden alle Angehörigen aufgenommen, die in unsere Evaluationsstudie rekrutiert wurden und für die valide Daten zur Allgemeinen Depressionsskala (ADS) zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten vorlagen. Vollständige ADS Daten lagen für 41 Personen, 21,5% der gesamten rekrutierten Gruppe, vor. Bei einem Teil der Angehörigen (51,3%) konnten, wie erwähnt, die Baseline-Daten aus organisatorischen Gründen (kurzfristig geplante ATZ-Aufnahmen) nicht erhoben werden. Weitere fehlende ADS Werte wurden vor allem durch eine mangelnde Fähigkeit der Angehörigen, den Fragebogen ausreichend fehlerfrei zu bearbeiten, verursacht. Die untersuchten Angehörigen waren im Durchschnitt (Median) 63,5 Jahre alt, wobei sowohl jüngere (vierte Lebensdekade) als auch ältere (neunte Lebensdekade) Betreuer miteinbezogen wurden (Tabelle 1). Bei den begleitenden Angehörigen handelte es sich in den meisten Fällen um einen Ehepartner (26 Ehefrauen und 14 Ehemänner), in einem Fall um eine Schwiegertochter. Alle Angehörigen betreuten die Kranken im Alltag zu Hause und führten, mit nur wenigen Ausnahmen, mit den Kranken einen gemeinsamen Haushalt.

Meßinstrumente

Zur Selbstbeurteilung der Depressivität bei Angehörigen wurde die Allgemeine Depressions-Skala (ADS), Langform [7], eingesetzt. Skalenwerte von mehr als 23 Punkten (maximal 63) deuten nach Angaben der Autoren auf eine auffällige Ausprägung der Depressivität hin.

Die Ausprägung von neuropsychiatrischen Symptomen, wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Angst, Unruhe und andere, wurde mit einer von uns modifizierten Form des Neuropsychiatrischen Inventars [5] erfaßt. Die modifizierte NPI Form wurde den Angehörigen schriftlich zur Fremdbeurteilung vorgelegt.

Der Demenzschweregrad wurde mit Hilfe des Mini-Mental-Status-Tests [9] ermittelt.

Statistische Analyse

Um die verschiedenen Variablen innerhalb einer Gruppe zu vergleichen, wurden der Wilcoxon-Signed-Rank-Test und der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

Ergebnisse

Besserung der neuropsychiatrischen Symptomatik bei Demenzkranken

Ein Vergleich des Befindens in der gesamten hier untersuchten Gruppe vor und nach der Behandlung ergab entgegen den Erwartungen keine signifikanten Unterschiede (Tab. 2). Die neuropsychiatrischen Symptome, erfaßt mit dem NPI, waren zu allen drei Untersuchungszeitpunkten vergleichbar stark ausgeprägt.

Einer Annahme folgend, daß eine Besserung der psychopathologischen Symptomatik vor allem bei den Kranken zu erwarten ist, bei denen diese Symptomatik deutlich ausgeprägt ist, wurde eine zusätzliche Analyse durchgeführt. Dabei wurde die gesamte Patientengruppe in zwei Subgruppen aufgeteilt, entsprechend dem NPI Wert vor der Behandlung. Als cut off Wert wurde der NPI Medianwert (zum zweiten Untersuchungszeitpunkt) gewählt (17 Skalenpunkte). Wie erwartet zeigte sich nach der Behandlung eine signifikante Abnahme der Symptomatik in der Subgruppe mit stärker ausgeprägten neuropsychiatrischen Auffälligkeiten (Tab. 3), nicht jedoch in der Subgruppe mit nur relativ leicht ausgeprägten Verhaltens- und Affektstörungen.

In der Wartezeit (Vergleich zwischen den ersten zwei Untersuchungszeitpunkten) zeigten sich keine Veränderungen der untersuchten Symptome.

Abnahme der Depressivität bei betreuenden Angehörigen

Ein Vergleich des Befindens in der gesamten untersuchten Gruppe vor und nach der Behandlung ergab entgegen den Erwartungen keine signifikanten Unterschiede (Tab. 4): Die depressiven Symptome, erfaßt mit der ADS, waren zu allen drei Untersuchungszeitpunkten vergleichbar stark ausgeprägt. Gleichzeitig konnte jedoch der Anteil von Angehörigen mit auffällig erhöhten Depressionswerten (ADS Wert > 23), der vor der Behandlung 48,8% betrug, auf 34,1% bedeutend reduziert werden. In der Wartezeit stieg dagegen dieser Anteil von 41,5% (Baseline) auf 48,8% (zweiter Untersuchungszeitpunkt).

Einer Annahme folgend, daß eine Besserung der Symptomatik vor allem bei den Angehörigen zu erwarten ist, bei denen die Depressivität auffällig stark ausgeprägt ist, wurde eine zusätzliche Analyse durchgeführt. Diese zeigte eine bedeutende Depressivitätsreduktion in der Subgruppe der Angehörigen mit erhöhten ADS-Werten (Tab. 5), während die Skalenwerte in der Subgruppe mit bereits vor der Behandlung niedriger Depressivität unverändert blieben. Ein Vergleich der beiden Subgruppen im Hinblick auf das Alter ergab keine signifikanten Unterschiede. Auch im Hinblick auf die Demenzausprägung (MMST) und das Alter der Kranken unterschieden sich die Subgruppen nicht.

	Baseline T1	Vor der Behandlung T2	Nach der Behandlung T3	p T1 – T2	p T2 – T3
NPI Median (Min.-Max.)	15,0 (0 – 50)	17,0 (0 – 50)	14,0 (0 – 69)	ns ¹	ns ¹

Tab. 2: Vergleich der Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome: Baseline, vor und nach der Behandlung in der untersuchten Patientengruppe (n=41), ¹Wilcoxon-Test. Höhere Werte auf dem Neuropsychiatrischen Inventar (Maximum 120) bedeuten stärker ausgeprägte Symptome.

	Baseline T1	Vor der Behandlung T2	Nach der Behandlung T3	p T1 – T2	p T2 – T3
NPI Median (Min.-Max.)	29,0 (5 – 50)	29,0 (20 – 50)	21,0 (0 – 69)	ns ¹	<.05

Tab. 3: Vergleich der Ausprägung neuropsychiatrischer Symptome: Baseline, vor und nach der Behandlung in der Subgruppe mit stärker ausgeprägten neuropsychiatrischen Symptomen (NPI > 16, n=20) ¹Wilcoxon-Test. Höhere Werte im Neuropsychiatrischen Inventar (Maximum 120) bedeuten stärker ausgeprägte Symptome.

	Baseline T1	Vor der Behandlung T2	Nach der Behandlung T3	p T1 – T2	p T2 – T3
ADS Median (Min.-Max.)	22,0 (2 – 44)	22,0 (3 – 46)	19,0 (2 – 49)	ns ¹	ns ¹
ADS > 23 % Anteil	41,5	48,8	34,1	<.01 ²	<.01 ²

Tab. 4: Vergleich des Befindens der Angehörigen: Baseline, vor und nach der Behandlung in der untersuchten Gruppe (n=41). ¹Wilcoxon Test, ²Chi-Quadrat-Test.

Höhere Werte auf der Allgemeinen-Depressions-Skala (Maximum 63) bedeuten mehr depressive Symptome.

	Baseline T1	Vor der Behandlung T2	Nach der Behandlung T3	p T1 – T2	p T2 – T3
ADS Median (Min.-Max.)	30,5 (18 – 44)	33,5 (24 – 46)	26,0 (14 – 46)	<.05 ¹	.01 ¹

Tab. 5: Vergleich des Befindens der Angehörigen: Baseline, vor und nach der Behandlung in der Subgruppe mit auffällig stark ausgeprägten Depressivität (ADS > 23; n=20). ¹Wilcoxon Test.

Höhere Werte auf der Allgemeinen-Depressions-Skala (Maximum 63) bedeuten mehr depressive Symptome.

Diskussion

Ein Vergleich des Befindens von Kranken mit verschiedenen Demenzformen vor und nach der Teilnahme an einem multimodalen, stationären Behandlungsprogramm ergab das Folgende (vgl. Tab. 2 und 3):

1. Reduktion der mit dem NPI (eine modifizierte Form) erhobenen psychopathologischen Symptome wie Wahnvorstellungen, unkooperatives Verhalten, Ängstlichkeit und Depressivität, allerdings nur in der Subgruppe, die vor der Behandlung stärker ausgeprägte Symptome aufwies.
2. Keine bedeutende Veränderung der neuropsychiatrischen Symptomatik in der Wartezeit vor der Behandlung.

Die erreichte gewünschte Wirkung der Behandlung von sogenannten »nichtkognitiven« psychopathologischen Symptomen ist besonders wichtig, weil diese häufig bei Demenz auftretenden Krankheitsfolgen mit vermehrtem Leid und hoher Belastung für alle Betroffenen einhergehen und die Hauptursache für eine Heimunterbringung darstellen [13, 21].

Die Wirkung des multimodalen Behandlungsprogrammes ist multifaktoriell bedingt. Diese Studie erfaßt vor allem die gesamte Wirkung der Behandlung und erlaubt nur beschränkt eine Analyse der einzelnen Einflußfaktoren.

Die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva und Neuroleptika, die entsprechend dem jeweiligen individuellen Bedarf durchgeführt wurde, hat mit Sicherheit zum erfaßten Behandlungserfolg beigetragen. Allerdings konnten wir in früheren Studien [19, 20] eine signifikante Besserung der neuropsychiatrischen Symptome auch bei den Kranken erfassen, bei denen keine dieser Psychopharmaka verordnet wurden. Dies legt nahe, daß neben der medikamentösen Behandlung auch psychosoziale Einflußfaktoren des Rehabilitationsprogramms zu der Gesamtwirkung wesentlich beigetragen haben. Auch von einer Behandlung mit den AChE-Hemmern kann ein Beitrag zur erfaßten Besserung erwartet werden, besonders bei den Kranken, bei denen eine Neueinstellung dieser medikamentösen Behandlung vorgenommen wurde. In weiteren Analysen werden wir noch den Einfluß von verschiedenen Faktoren auf die Wirkung der ATZ-Behandlung untersuchen. An dieser Stelle ist festzuhalten, daß eine meist vierwöchige Behandlung in einer alltagsrelevanten Besserung der Symptomatik bei Demenzkranken resultierte. Diese Besserung weist auf ein durchaus vorhandenes Besserungspotential bei Demenzkranken hin, was angesichts der fortschreitenden Erkrankung oft verneint wird. Weiterhin zeigen unsere Ergebnisse, daß das Besserungspotential mit den vorausgegangenen, meist ambulanten Therapieansätzen nicht ausgeschöpft wurde: Die Besserung trat nur nach der ATZ-Behandlung, und nicht in der Wartezeit mit der Standardbehandlung ein. Damit bestätigen unsere Daten die Ergebnisse der internationalen Studien, die die größte Wirksamkeit der multimodalen Ansätze nachweisen, die medikamentöse Behandlung mit einer Rehabilitation für Kranke und mit psychoedukativen Programmen für Angehörige verbinden [3, 4, 11, 12]. Es ist zu wünschen, daß solche multimodalen Behandlungsprogramme, die nur von fachlich im Demenzbereich spezialisierten, interdisziplinären Therapeutengruppen umgesetzt werden können, vor Ort angeboten werden. Die derzeitigen ambulanten Hilfen, die den multimodalen Ansätzen bei weitem nicht entsprechen, stellen keine ausreichende Behandlungsalternative dar. Bei der bekannten therapeutischen Unterversorgung Demenzkranker in Deutschland ist den Kranken nicht einmal die geeignete medikamentöse Behandlung gesichert: Nur bei 10% der Alzheimer Kranken werden AChE-Hemmer verordnet [6]. Die zitierten Studienergebnisse bieten Evidenz für Möglichkeiten einer weiteren Steigerung des Therapieerfolges im Rahmen multimodaler Behandlungsprogram-

me wie auch für durchaus vorhandenes Rehabilitationspotential bei Demenzkranken. Die als besonders wirksam erwiesenen Therapiemöglichkeiten dürfen den betroffenen Familien nicht vorenthalten bleiben und sollten vielmehr ausgebaut und viel breiter zugänglich gemacht werden.

Bedeutend gebessert hat sich in der hier präsentierten Studie auch das Befinden der begleitenden und betreuenden Angehörigen, und zwar im Hinblick auf Depressivität (ADS). Der reduzierte Anteil der Angehörigen mit relevant erhöhten Depressionswerten (>23 ADS Punkte) deutet darauf hin, daß die (Mit)betroffenen einen bedeutenden persönlichen Gewinn aus dem Interventionsprogramm ziehen konnten (vor der Behandlung: 48,8%, nach der Behandlung: 34,1% Angehörige mit erhöhter Depressivität). Weiterhin konnte in der Subgruppe mit der auffällig erhöhten Depressivität die Depressivitätsausprägung signifikant reduziert werden (Tab. 5). Andere Studien zeigten wiederholt stark belastende Folgen einer dementiellen Erkrankung für die mitbetroffenen Angehörigen [2, 19, 20, 22] und begründen die Notwendigkeit einer wirksamen Hilfestellung. Im Vergleich mit den Standardhilfen, deren erfaßte Wirkung in der Wartezeit zu keiner Besserung führte (vielmehr stieg der Anteil der Kranken mit einer erhöhten Depressivität in der Zeit bedeutend an), erwies sich die Teilnahme am ATZ-Programm gerade für die stärker depressiven Angehörigen als hilfreich (Tab. 4).

Weitere Studien sind notwendig, um die Faktoren, die über den Behandlungserfolg bei Kranken und bei Angehörigen entscheiden, zu untersuchen. So ist u. a. zu fragen, ob ähnliche Therapieerfolge wie in der hier analysierten Gruppe auch in den restlichen 80% der Gesamtgruppe, die in die Studie aufgenommen wurden, nachzuweisen wären. Für die allgemeine Bedeutung der Ergebnisse spricht, daß wir eine ähnliche, gewünschte Wirkung der Behandlung bereits in anderen Studien in verschiedenen Kollektiven und mit unterschiedlichen Methoden nachweisen konnten [19, 20]. In allen diesen Studien wurden allerdings Fremdbeurteilungsverfahren für Betreuer eingesetzt, die einen Teil der Angehörigen überfordert haben. Um diesen systematischen Grund für Datenverluste zu vermeiden bzw. zu kontrollieren, planen wir in weiteren Studien ein Miteinbeziehen von Beurteilungsverfahren für professionelle Experten.

Trotz der erreichten signifikanten Besserung der Beschwerden bei einem relevanten Teil der Kranken und Angehörigen verblieben auch nach der Behandlung Kranke mit ausgeprägten neuropsychiatrischen Symptomen und Angehörige mit deutlich erhöhter Depressivität. Dies zeigt einen Bedarf sowohl für eine weitere Steigerung der Wirksamkeit des ATZ-Behandlungsprogramms als auch für eine weitere Entwicklung der kontinuierlichen Hilfen für Kranke und Angehörige vor Ort. Vernetzte, kontinuierliche Hilfen vor Ort sind auch als eine Voraussetzung für die Stabilisierung der erreichten Behandlungserfolge zu verstehen. Bei dem chronisch-fortschreitenden Krankheitsbild einer Demenz ist die angestrebte dauerhafte Wirkung einer zeitlich limitierten Intervention von einer besonderen Bedeutung. Um zu dieser Stabilisierung beizutragen, werden den Angehörigen

im ATZ individuelle Empfehlungen zu Umgangsformen und Kommunikation [17, 18] wie auch zu Beschäftigungen und zur Planung von externen Hilfen im Alltag zu Hause übermittelt. Diese individuellen, auch schriftlich verfaßten Empfehlungen werden unter Einbezug von medizinischem, neuropsychologischem und psychosozialen Wissen über die Möglichkeiten, Grenzen, Vorlieben und Abneigungen der Betroffenen und deren Familien im Sinne der Selbst-Erhaltungstherapie erarbeitet. Das Konzept der Selbst-Erhaltungstherapie [15, 16] begründet die Erwartung, daß Erfahrungen, die im Einklang mit den Selbst-Strukturen und Prozessen des Patienten bleiben, diese stabilisieren und bestärken, zum Wohlbefinden der Kranken und zur Reduktion der psychopathologischen Symptome beitragen. Anders als bei Kranken mit relativ umschriebenen, nicht fortschreitenden Defiziten erscheinen direkt übende Trainingsverfahren bei Demenzkranken meist nicht geeignet: das Verhältnis zwischen dem zu erwartenden Ergebnis und dem Aufwand ist ungünstig und die persönliche Relevanz in der Regel fraglich [1, 8, 10, 14]. Alternativ schlagen zunehmend mehr Autoren indirekte Interventionen vor. Zu den indirekten Interventionen gehören das Training von Angehörigen, die Anpassung der Umgebung (milieutherapeutische Ansätze) und die Planung von geeigneten Aktivitäten. Diese sinnvollen Ansätze sind aus unserer Sicht durch eine zusätzliche Ebene zu ergänzen, bei der ein übergeordnetes, Sinn-, Identität und Kontinuität stiftendes (Selbst-)System berücksichtigt werden soll.

Literatur

- Bäckmann L: Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: Rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica* 1992; 85 (Suppl. 139): 84-89
- Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C et al: The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 61-70
- Brodaty H, Gresham M, Luscombe G: The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995; 12: 183-192
- Brodaty H et al: Psychosocial interventions for caregivers. *Neurobiology of Aging* 2002; 23 (1S) A: 5
- Cumming JL, Mega M, Gray K et al: The Neuropsychiatric Inventory: an efficient tool for comprehensively assessing psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-2314
- Hallauer JF, Berger K, Ruckdäschel S: Nationale und internationale Untersuchungsergebnisse. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg): *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Thieme Verlag, Stuttgart o. J., 20-23
- Hautzinger M, Bailer M: *Allgemeine-Depressions-Skala (ADS)*. Beltz Test, Weinheim 1993
- Heiss WD, Kessler J, Mielke R: Long-term effects of phosphatidylserine, pyritinol and cognitive training in Alzheimer's disease. *Dementia* 1994; 5: 88-98
- Kessler J, Markowitsch HJ, Denzler PE: *Mini-Menta-Status-Test*. Deutsche Fassung. Beltz, Weinheim 1990
- McKittrick LA, Camp JC, Black FW: Prospective memory intervention in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology* 1992; 47: 337-343
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E et al: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. A randomised controlled trial. *JAMA* 1996; 276: 1725-31
- Mittelmann M: Randomized trials of psychosocial interventions for Alzheimer's Disease caregivers. *Neurobiology of Ageing* 2002; 23, (1S) A, 5
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L et al: Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-1554
- Ousset PJ, Viallard G, Puel P et al: Lexical Therapy and Episodic Word Learning in Dementia of the Alzheimer Type. *Brain and Language* 2001; 80: 14-20
- Romero B: Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimer-Kranken. In: Weis S, Weber G (Hrsg): *Handbuch Morbus Alzheimer. Neurobiologie, Diagnose und Therapie*. Beltz PVU, Weinheim 1997, 1209-1252
- Romero B: Integratives Behandlungsprogramm für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Band 2 (Ed.). *Brücken in die Zukunft. Referate auf der 10. Jahrestagung von Alzheimer Europe, München 12.-15. Oktober 2000*, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin 2001, 67-81
- Romero B: Integrative Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige. *Hausarzt Kolleg Neurologie Psychiatrie, Themenheft Alzheimer Demenz* 2002; 1: 37-39
- Romero B: Kommunikation in der Therapie und in der Betreuung von Demenzkranken. *Aphasie und verwandte Gebiete, Bulletin der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Aphasie (SAA)* 2002; 3: 7-20
- Romero B, Wenz M: Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease. *Neuropsychol Rehab* 2001; 11: 333-355
- Romero B, Wenz M: Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogramms für Demenzkranke und deren Angehörige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2002; 35 (2): 118-128
- Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M: Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiat* 1990; 147: 1049-1051
- Wilz G, Adler C, Gunzelmann T, Brähler E: Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit – Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Z Gerontol Geriatr* 1990; 32: 255-

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Barbara Romero
Alzheimer Therapiezentrum
der Neurologischen Klinik Bad Aibling
Kolbermoorerstraße 72
83043 Bad Aibling
e-mail: bromero@schoen-kliniken.de