

Nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen bei Demenzkranken

Was können kognitive Verfahren und psychosoziale Interventionen leisten?

Martin Haupt

Die nichtmedikamentösen Behandlungsoptionen besitzen mittlerweile einen bedeutsamen Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan der Demenz. Sie müssen multimodal und im methodischen Zugang integrativ sein, ferner dem jeweiligen Schweregrad und den individuellen Erfordernissen des Kranken und seiner Bezugspersonen gerecht werden. Alle bisher gemachten Erfahrungen mit therapeutischen Strategien, die sich nicht an diese Prämissen hielten, zeigten, dass die erzielten Effekte für den Kranken äusserst begrenzt waren und den Zeitraum der Intervention nicht überdauerten.

Einleitung

Demenzkrankungen verursachen für die Kranken schweres Leid und bringen gleichzeitig für die pflegenden Bezugspersonen, meist Angehörige, enorme Belastungen durch die Pflege mit sich. Sie zeichnen sich im Wesentlichen aus durch kognitive und nichtkognitive Symptome sowie durch die resultierenden Alltagsbeeinträchtigungen. Vor allem die nichtkognitiven Störungen (in erster Linie depressive Symptome, Wahnsymptome, Halluzinationen und Antriebsstörungen sowie aggressives Verhalten) bestimmen den Belastungsgrad für den Kranken und seine Angehörigen im Alltag. Im Durchschnitt treten bei einem Drittel

der Kranken depressive Störungen auf, zu Beginn der Demenz sind sie häufiger. Wahn- und halluzinatorische Symptome treten überwiegend in den mittleren Stadien der Demenz auf. Bei den Wahnsymptomen sind Besteh-

lungs- und Verfolgungswahn am häufigsten. Antriebsstörungen sind das häufigste Symptom der Demenzen, insbesondere bei der Alzheimer-Demenz. Jeder Kranke erleidet im Verlauf seiner Erkrankung derartige Störungen (Tabelle 1).

Ätiologie der nichtkognitiven Symptome

Nichtkognitive Symptome werden durch verschiedene Ursachen hervorgerufen. Zum einen ist belegt, dass ihr Auftreten durch die neuropathologischen Veränderungen im Gehirn begünstigt werden kann, etwa Depressionen durch besonders ausgeprägte Läsionen in den aminergen Nuclei oder psychotische Störungen durch stärkere amyloide Plaque- und Neurofibrillenbildungen im temporalen Kortex. Gleichwohl können nichtkognitive Symptome auch Ausdruck einer psychisch reaktiven Symptomatik sein. Die Konfrontation mit den eigenen Leistungsgrenzen ist für den Demenzkranken aufgrund seiner starken Vergesslichkeit stets aufs Neue ein sehr schmerzliches Moment, auf den er depressiv oder mit starker Angstbildung reagieren kann, anderenfalls auch mit

Tabelle 1:

Nichtkognitive Störungen bei bestimmten Demenzformen (modifiziert nach [17])

Alzheimer-Demenz	Apathie, Agitiertheit, Depression, Angst
Demenz mit Lewy-Körperchen	visuelle Halluzinationen, Wahn, Depression
Vaskuläre Demenz	Apathie, Depression, Wahn
Parkinson-Demenz	visuelle Halluzinationen, Wahn, Depression, Schlafstörungen
Frontotemporale Demenzen	Apathie, Enthemmung, stereotype Verhaltensstörungen, Appetit-/Essstörungen

Wut, Ärger und aggressiv getönter Verzweiflung. Derartige Verhaltenssymptome sind daher ein häufig anzutreffendes Phänomen in den sozialen Beziehungen der Kranken zu den gesunden pflegenden Personen. Eine reaktive Symptomatik kann aber auch deswegen auftreten, weil im Alter zusätzlich zur Demenz weitere somatische, nicht selten schmerzhaftes Erkrankungen vorliegen.

Bei der irreversibel voranschreitenden Alzheimer-Demenz sind bereits symptomatische Verbesserungen in Teilleistungsbereichen, aber auch längerfristige Konsolidierungen des Funktionsniveaus Indikatoren für einen Behandlungserfolg.

In der psychotherapeutischen Behandlung von Demenzkranken kann daher eine Linderung oder Prävention von Verhaltens- und emotionalen Veränderungen nur gelingen, wenn dieses ursächlich einwirkende Faktorenbündel stets berücksichtigt wird. Die weiteren Ausführungen befassen sich im Wesentlichen mit der Alzheimer-Demenz, da hierfür die Studienlage am breitesten ist.

Therapieziel ist mindestens eine Konsolidierung

Die dem jeweiligen Schweregrad der Krankheit angepasste kombinierte (medikamentöse und nichtmedikamentöse) Therapie kann zu einer möglichst optimalen Nutzung noch vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kranken führen (4). Die nichtmedikamentösen Massnahmen zielen im Wesentlichen auf die Verbesserung oder Konsolidierung der kognitiven und der nichtkognitiven Symptome ab. Eine Übersicht dieser Strategien gibt die *Tabelle 2*.

Kognitive Verfahren

Hiermit sind zunächst diejenigen kognitiven Verfahren gemeint, die mit neuropsychologischen Behandlungsmethoden eine direkte Verbesserung der kognitiven Leistungen und mittelbar auch der Gesamtbefindlichkeit des Kranken anstreben.

■ Das *kognitive Training* findet aufgrund seines Anforderungsprofils an den Kranken und seines methodischen Zugangs ausschliesslich bei leichtgradig dementen Kranken Anwendung und soll durch Steigerung der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen die Selbstständigkeit im Alltag in den ersten Jahren der Krankheit konsolidieren.

■ Bei Alzheimer-Kranken mit einer mittelgradig bis schwer ausgeprägten Demenz, die in Institutionen leben, wird bevorzugt das *Realitäts-Orientierungs-Training* (ROT) eingesetzt.

■ Dem Verlust der personalen Identität versucht die *Selbst-Erhaltungstherapie* entgegenzuwirken, die im Wesentlichen auf den leichtgradig dementen Personenkreis abzielt.

■ Ihr steht die *Validations-Therapie* nahe, deren Kernpunkt die Akzeptanz und das Verstehen der Welt des Alzheimer-Kranken ist.

Kognitives Training: Erste Untersuchungen zur Prüfung der Wirksamkeit kognitiven Trainings auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Alzheimer-Kranken fanden Ende der Achtzigerjahre

nur recht begrenzte Effekte. In Untersuchungen der Neunzigerjahre konnten mit ähnlichen Methoden zwar keine Zuwächse im kognitiven Bereich bei Alzheimer-Kranken erzielt werden, gleichwohl verbesserte sich aber die allgemeine Befindlichkeit bei den Demenzkranken, insbesondere Depressivität, Angst, Rückzugstendenz und emotionale Labilität. In einer kürzlich durchgeführten Untersuchung

stand die kognitive Aktivierung einer kleinen Gruppe (n = 9) von Demenzkranken mit alltagsrelevanten, kognitionszentrierten Aufgaben im Mittelpunkt (13). Computergestützt führten sie an

einem berührungsempfindlichen Monitor einen «virtuellen Einkauf» oder einen «virtuellen Spaziergang» durch. Die dem Demenzkranken dargebotenen Bilder setzten sich dabei zu Sequenzen von Bildaufnahmen aus der jeweilig auf den individuellen Kranken zugeschnittenen Wohnumgebung zusammen. Die Kranken erhielten die Aufgabe, einen festgelegten Weg abzuschreiten und dabei zuvor definierte Gegenstände für den täglichen Gebrauch einzukaufen. Innerhalb eines aus zwölf Sitzungen bestehenden vierwöchigen Trainings verbesserten sich die Alzheimer-Kranken signifikant. Der Effekt überdauerte sogar ein dreiwöchiges übungsfreies Intervall nach Ende der Intervention. Von der Intervention profitieren leichtgradig demente Kranke besonders dann, wenn die zu erlernende Information in

Tabelle 2:

Ausgewählte nichtpharmakologische Massnahmen bei der Alzheimer-Demenz

Kognitive Verfahren	kognitives Training: gegen einzelne kognitive Störungen (unimodal) oder gegen Störungsmuster (multimodal) Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) Selbst-Erhaltungstherapie Validations-Therapie
Psychosoziale Interventionen	verhaltenstherapeutisch supportive Massnahmen psychoedukative Massnahmen

engem Bezug mit der Alltagssituation steht (15).

Auch eine jüngst vorgelegte kognitiv-motorisch aktivierende Intervention über ein Jahr bei überwiegend leicht dementen Kranken zeigte eine Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit über 6 Monate (gemessen mit der Alzheimer Disease Assessment Scale – kognitiver Teil) und des affektiven Niveaus über 12 Monate (gemessen mit der geriatrischen Depressions-Skala) gegenüber den unbehandelten Personen (20). Eine eigene, über 2½ Jahre durchgeführte kombinierte pharmakologisch-kognitiv aktivierende Behandlung im Rahmen einer Fallvignette konnte diese Überlegungen klar bestätigen (10). Sofern auf diesem Wege für den Kranken spürbare Verbesserungen erreichbar wären, könnte dies auch mit einer präventiven Wirkung, bezogen auf die Entwicklung nichtkognitiver Störungen, etwa Depressionen, verbunden sein.

Realitäts-Orientierungs-Training (ROT):

Ein vor allem in Heimen und gerontopsychiatrischen Institutionen verbreitetes Trainingskonzept, das zu den kognitiven Verfahren gerechnet werden kann, ist das ROT (5). Das ursprüngliche Verfahren setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, dem «24 Stunden»-ROT oder auch informellen ROT sowie aus dem «Classroom»-ROT oder auch formellen ROT. Unter Studienbedingungen nimmt vor allem das Orientierungswissen des Kranken zu (29). Es kann aber auch zu Verbesserungen der sozialen Interaktion und der Kommunikation kommen. Das ROT wird im praktischen Versorgungsalltag im Rahmen institutioneller Pflege im Allgemeinen mit anderen Therapieverfahren kombiniert, die auf die Stärkung und Konsolidierung des verfügbaren Alltagswissens und auf das psychische Wohlbefinden des Demenzkranken abzielen. Hierzu zählen etwa regelmäßig stattfindende kognitive Akti-

vierungsübungen in Gruppen, bewegungstherapeutische Elemente oder auch psychotherapeutische Strategien zur Verbesserung von Selbstsicherheit, interindividueller Kommunikation oder sozialer Kompetenz (22). Kürzlich wurden die Ergebnisse eines motorisch aktivierenden, Verhalten modifizierenden dreimonatigen Interventionsprogramms vorgelegt, das mit einem randomisierten, kontrollierten Design signifikante Vorteile für die behandelte Gruppe der insgesamt mittelgradig dementen Teilnehmer (n = 155) erzielte (27). Der Nutzen lag in besserer körperlicher Beweglichkeit und einer Abnahme von Depressivität.

Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Zu den kognitiven Interventionsverfahren bei Alzheimer-Kranken können im weitesten Sinne auch die biografischen Methoden gezählt werden, welche die im Verlauf der Krankheit immer weiter verblassende Erinnerung zu stützen und den Verlust der personalen Identität zu verhindern suchen (15). SET (23) lässt sich als eine Kombination von Erinnerungstherapie und Validation einordnen. Durch Überlernen selbstbezogenen Wissens soll das Gefühl der Identität und der personalen Kontinuität erhalten werden.

Kognitiv zentrierte Übungsprogramme sind zuallererst für
Demenzkranken geeignet, die sich noch in einem leichten
Grad der Krankheit befinden.

Dazu werden mit Hilfe der Familie vorbereitete gedächtnisstützende und reaktivierende Medien eingesetzt. Die Ergebnisse deuten im Wesentlichen darauf hin, dass sich im Verlauf dieser Therapie weniger die kognitiven als vielmehr die nichtkognitiven Symptome bessern.

Validationstherapie: Diese versucht, die «Gültigkeit» der Welt des Kranken in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken. Die verwendeten Techniken bestehen in der nonverbalen Kommu-

nikation sowie im Einsatz von Musik und Lebenserinnerungen. Für die Bezugsperson ist es wichtig zu lernen, mit welchen Ausdrucksformen der Kranke auf sein Erleben und Empfinden verweist und wie er sich mit seinen Bedürfnissen im Alltag mitteilt. Bestätigung und Sicherheit vermittelndes Verhalten sind wichtige Elemente. Diese therapeutische Interventionsform wird insbesondere bei fortgeschrittenen Schweregraden der Demenzerkrankung eingesetzt. Systematisch ist diese Methode aber noch nicht untersucht (3).

Psychosoziale Interventionen

Diese Interventionsformen kann man unterteilen in verhaltenstherapeutische und in psychoedukative Massnahmen. Grundsätzlich steht im Rahmen der psychosozialen Behandlung der Alzheimer-Kranken, vergleichbar mit anderen chronisch fortschreitenden Erkrankungen, die konstante Beziehung zwischen Arzt und Patient beziehungsweise seiner Familie im Mittelpunkt.

Hilfestellungen bei der Wahrnehmung seiner vorhandenen Fähigkeiten und nicht nur Hilfe bei der Bewältigung seiner beeinträchtigten Leistungen sind im Umgang mit Demenzkranken

äußerst bedeutsam. Depressiven Verstimmungen kann mit einem solchen therapeutischen Verhalten vorgebeugt werden. Aber auch wenn depressive Symptome bereits aufgetreten sind, insbesondere wenn sie reaktiv nach Überforderungssituationen oder einer Konfrontation mit den eigenen Leistungsgrenzen entstanden sind, sollte dem Kranken wieder Mut zugesprochen und Bestätigung vermittelt werden. Hierbei kann der Vermeidung von Tätigkeiten und dem Rückzug von sozialen Beziehungen und damit einer

Tabelle 3:

Behandelte Themenbereiche in einem verhaltenstherapeutisch orientierten psychoedukativen Gruppenprogramm mit pflegenden Angehörigen von Demenzkranken (nach [71])

- Symptome, Verlauf, Diagnose, Behandlung von Demenzen
- Umgang mit der konkreten Pflegesituation
- Besondere Rolle der nichtkognitiven Symptome
- Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und Krankem
- Spezifische emotionale Probleme der Angehörigen
- Unterstützung der Pflege durch das soziale Umfeld
- Umgang mit juristischen und finanziellen Problemen

Verringerung von bestätigenden Erlebnissen entgegengewirkt werden. Diese Empfehlungen an Betreuungs- und pflegende Personen von depressiven Alzheimer-Kranken haben eindrucksvoll in einer kontrollierten Untersuchung Bestätigung gefunden, die vor wenigen Jahren vorgelegt wurde (24). In einer neunwöchigen Behandlungsperiode wurden mit einem verhaltenstherapeutisch orientierten Studiendesign zur Behandlung von depressiven Verstimmungen bei 72 Patienten mit Demenz strukturierte Interventionen vorgenommen. Die Depression bei den Kranken unter aktiven Verhaltenstherapiebedingungen verbesserte sich signifikant, blieb hingegen unter Kontrollbedingungen unverändert (24). Eine katamnestic Erhebung nach sechs Monaten zeigte, dass die aktiv behandelten Demenzkranken auf der verwendeten Skala noch immer bessere Werte im Sinne einer geringeren Depression aufwiesen im Vergleich zu ihren Werten beim Eingang in den Behandlungszeitraum. Die Ergebnisse dieser Studie gehen aber über die Feststellung einer alleinigen Verbesserung der Stimmung bei den Demenzkranken hinaus. Auch die gleichfalls mit der Hamilton-Depressions-Skala eingeschätzte Depressivität der Bezugspersonen hatte sich infolge der therapeutischen Intervention signifikant verbessert; dies traf aber nicht für die Stimmungslage der Angehörigen zu, die Partner der Demenzkranken aus der Kontrollgruppe waren.

Milieutherapeutische Interventionen werden in der Regel diejenigen Strategien genannt, die darauf abzielen, dem Kranken in jedem Krankheitsstadium durch eine gezielte Manipulation der Lebensbedingungen eine optimierte Anpassung an seine Umgebung zu ermöglichen. Infolge einer derartigen Modifizierung der Umgebung soll sich der Grad der Ablesbarkeit («Dekodierung») für den Demenzkranken erhöhen und damit seine Selbstständigkeit erhalten bleiben (12).

Für die gezielte Intervention gegen Agitiertheit und aggressives Verhalten bei leicht- bis mittelgradig beeinträchtigten Dementen sind verhaltenstherapeutische Massnahmen erfolgreich. In einer Untersuchung bei 4 mittelgradig dementen und mit dem Angehörigen zusammenlebenden Alzheimerkranken wurde berichtet, dass diese Verhaltensstörungen mit einer standardisierten, manualgeleiteten, verhaltenstherapeutischen Intervention deutlich reduziert werden konnten (25). Kernpunkte der multimodalen Intervention waren die individuell zugeschnittene Kombination aus bewegungstherapeutischen, tagesstrukturierenden und angenehme Erlebnisse bereitstellenden Elementen für die Demenzkranken sowie die Vermittlung von Problemlösestrategien bei schwer zu bewältigenden Situationen mit den Kranken und von Strategien zum Selbstmanagement für die betreuenden Bezugspersonen. Die Wirksamkeit vorwiegend verhaltenstherapeutisch definierter Interventio-

nen für die Reduzierung agitierten und aggressiven Verhaltens wurde auch vor kurzem in weiteren Fallbeispielen belegt (6). Wilz und Mitarbeiter (28) berichten von einer mit edukativen und psychotherapeutischen Elementen geführten Angehörigen-gruppe mit 9 Teilnehmern, dass im Vergleich mit einer unbehandelten, ausgewählten Stichprobe von pflegenden Angehörigen der Rückgang von psychischen und physischen Beschwerden in der behandelten Gruppe signifikant stärker ausgeprägt war.

Eine besonders intensiv geführte, sich über einen mehrjährigen Zeitraum erstreckende und viel beachtete Studie war die Untersuchung von Mittelman und Kollegen (18). Diese 36-monatige, kontrolliert angelegte Intervention bei initial 206 Familien führte dazu, dass Demenzkranke aus den aufgeklärten und psychoedukativ geleiteten Familien durchschnittlich um 329 Tage, also nahezu um 11 Monate später in eine Pflegeinstitution aufgenommen wurden als Demenzkranke aus der Kontrollgruppe. In einer Anschlussuntersuchung konnten Mittelman und Kollegen zudem zeigen, dass der depressionsreduzierende Effekt der Informationsvermittlung für die Angehörigen auch die Zeit der Institutionalisierung ihres Demenzkranken und dessen Todeszeitpunkt überdauerte (19).

Angehörigenarbeit ist auch in Bezug auf die Häufigkeit und Intensität von nichtkognitiven Störungen der Demenzkranken therapeutisch wirksam (7). Mit einer dreimonatigen, offenen, expertengeleiteten und konzeptuell strukturierten Gruppenintervention mit 14 pflegenden Angehörigen von zu Hause lebenden Demenzkranken wurde festgestellt, dass sich nicht nur die subjektiv empfundene Pflegebeanspruchung des Angehörigen und seine Motivation zur Fortführung der häuslichen Pflege positiv beeinflussen liessen, sondern auch die nichtkognitiven Symptome Angst und Unruhezustände bei den Demenzkranken signifikant gemildert wurden. Die in der Gruppe bearbeiteten Themenbereiche

umfassten alle wichtigen Aspekte der Demenzerkrankung (Tabelle 3). Nach anonymer Befragung der Teilnehmer erfuhr die Gruppenarbeit ausnahmslos eine hohe Wertschätzung und Akzeptanz.

In einem weiteren therapeutischen Ansatz zur Arbeit mit pflegenden Angehörigen wurde die Wirksamkeit von paartherapeutischen Interventionen bei überwiegend mittelschwer beeinträchtigten Demenzkranken mit ihren Bezugspersonen untersucht (8). In einem offenen, nichtkontrollierten Design wurde bei 52 Paaren (dementer Kranker und pflegender Angehöriger) über den Interventionszeitraum von fünf Monaten mit wöchentlichen Sitzungen die Wirksamkeit der Behandlung mit der BEHAVE-AD- und der NOSGER-Skala bei den Kranken und mit der Befindlichkeits-Skala bei den Angehörigen geprüft. Insgesamt handelte es sich bei dieser Zusammenstellung von fördernden, interaktiven Aufgaben um eine multimodale Intervention zur Stärkung und Konsolidierung qualitativ unterschiedlicher Gestaltungs- und Wahrnehmungsleistungen des Gehirns (8). Die Ergebnisse zeigen im Wesentlichen, dass sich bei den Kranken das adäquate Kommunikationsverhalten gegenüber den pflegenden Partnern signifikant verbesserte. Bei den pflegenden Angehörigen wurden die Verhaltensmuster im Umgang mit den Kranken signifikant verbessert und eine spürbare Entlastung trotz fortgesetzter Pflege herbeigeführt.

Die dargelegten und diskutierten Ergebnisse der aufgeführten Untersuchungen zur Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen haben gezeigt, dass sowohl die Angehörigen selbst kurz- wie langfristig aus dieser Interventionsform, bezogen auf ihr subjektives Wohlbefinden, einen Nutzen zogen, dass sich aber in der Regel auch für die Demenzkranken eine Verbesserung ihres Alltagsverhaltens nachweisen lässt, selbst wenn sie nicht im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit standen, sondern lediglich mittelbar von der vermutlich erzielten Ver-

haltensmodifikation ihres pflegenden Angehörigen profitieren konnten («Brückeneffekt»).

Allerdings hat eine kürzlich veröffentlichte, sorgfältig bearbeitete Metaanalyse zur psychoedukativen Arbeit mit pflegenden Bezugspersonen von Demenzkranken belegt, dass die Interventionsstudien, sofern es kontrollierte Studien waren, zu einem nicht geringen Anteil negative Ergebnisse zeigten, bezogen auf die Wirksamkeit der Intervention auf die Belastung der Angehörigen und die Hinauszögerung des Zeitpunktes der Heimunterbringung (2). Diejenigen Faktoren, die eher ein positives Ergebnis bewirkten, umfassten im Wesentlichen die Einbeziehung von Angehörigen und Kranken in die Massnahme, ferner die Bereitstellung von instrumentellen Hilfen. Angemahnt werden von den Autoren eine klare, eng umrissene Zielformulierung und eine umfassende Psychoedukation der Angehörigen und ihrer demenzkranken Partner (2). Die AENEAS-Studie, eine multizentrische, randomisierte und kontrollierte Intervention in den deutschsprachigen Ländern, konnte trotz intensiver Schulung der nahezu 300 Angehörigen mit dem Manual der Deutschen Alzheimer Gesellschaft keine signifikanten Effekt auf «caregiver burden» und den Zeitpunkt der Heimunterbringung bewirken (14). Selbst bei schwerstbeeinträchtigten Alzheimer-Kranken sind über basale Aktivitäten stimulierende, musik- oder bewegungstherapeutische Interventionen spürbare Verbesserungen im Bereich der Stimmung und des Verhaltens zu erzielen. Aktivierende, regelmässig vorgenommene Massage-massnahmen und Akupressur mit hautverträglichen Ölen können beispielsweise eine spürbare Wirkung auf Unruhezustände, aggressives Verhalten, aber auch gezielte Aufmerksamkeitsleistungen von schwer dementen Kranken erzielen. Einen ähnlichen positiven Effekt weisen auch diejenigen basale Stimulationen einsetzenden Strategien auf, zu denen beispielsweise das «Snoezelen» gehört (4). ■



Priv.-Doz. Dr. med. Martin Haupt
Alzheimer-Praxis
Hohenzollernstrasse 5
D-40211 Düsseldorf
E-Mail: m.haupt@alzheimer-praxis-
duesseldorf.de

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Bourgeois MS (1990): Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease by using a prosthetic memory aid. *J Appl Beh Analysis* 23: 29-42.
2. Brodaty H, Green A, Koschera A (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 51: 657-664.
3. Cheston R (1998): Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature. *Br J Med Psychol* 71: 211-231.
4. Cohen-Mansfield J (2001): Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 9: 361-381.
5. Folsom JC (1968): Reality orientation for the elderly mental patient. *J Geriatr Psychiatry* 1: 291-307.
6. Haupt M (2001): Kognitiv-behavioristische Interventionen bei Aggressivität im Alter. In: Hirsch R, Radebold M (Hrsg) *Verhaltenstherapie bei Älteren. Tagungsband der 11. Jahrestagung für Psychotherapie im Alter, Bonn.*
7. Haupt M, Karger A, Baumgärtner D, Kuminoti D, Jänner M, Schneider F (2000a): Verbesserung von Unruhezuständen und Angst bei Demenzkranken nach psychoedukativer Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68: 216-223.
8. Haupt M, Siebel U, Palm B, Kretschmar JH, Jänner M (2000b): Behandlungseffekte einer paartherapeutischen psychoedukativen Gruppenarbeit mit Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68: 503-515.
9. Haupt M (2003): Therapeutische Strategien bei kognitiven Störungen. In: Förstl H (Hrsg.) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme Stuttgart.*

10. Haupt M, Wielink W (2005): Kombinierte pharmakologisch-verhaltenstherapeutische Behandlung über 2 Jahre im frühen Stadium der Alzheimer Krankheit. *Nervenarzt*, März 2006.
11. Hinchliffe AC, Hyman IL, Blizard B, Livingston G (1995): Behavioural complications of dementia – *Int J Geriatr Psychiatr* 8: 111–113.
12. Höwler E (2000): *Gerontopsychiatrische Pflege – Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Kunz Hagen.
13. Hofmann M, Berner C, Müller-Spahn F (2001): Interaktives Computertraining bei Alzheimer-Patienten. *Nervenheilkunde* 2: 104–107.
14. Kurz A et al. (2006): Die AENEAS-Studie: eine RCT zur Evaluation einer modularen Schulungsreihe für pflegende Angehörige Demenzkranker (unveröffentlicht).
15. Lai CKY, Chi I, Kayser-Jones J (2004): A randomised controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 16: 33–49.
16. Manser M (1994): Design of environments. In: *Jacoby R, Oppenheimer JC (Hrsg.) Psychiatry of Old Age*. Oxford University Press
17. McKeith I, Cummings J (2005): Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 4: 735–742.
18. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B (1996): A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA* 276: 1725–1731.
19. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE (2004): Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatr* 161: 850–856.
20. Olazaran J, Muniz R, Reisberg B, Pena-Casanova J, del Ser T, et al. (2004): Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 63: 2348–2353.
21. Opie J, Rosewarne R, O'Connor DW (1999): The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatr* 33: 789–799.
22. Oswald WD, Ackermann A, Gunzelmann T, Fricke C, Rupprecht R (2005): Forschungsprojekt «Rehabilitation im Altenpflegeheim», Abschlussbericht, Erlangen 2005.
23. Romero B (1997): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimerkranken. In: *Weis S, Weber G (Hrsg.) Handbuch Morbus Alzheimer*. Psychologie Verlags-Union Weinheim, 1209–1221.
24. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J (1997): Behavioral treatment of depression in demented patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol* 4: 159–166.
25. Teri L, Logsdon RG, Weiner MF, Trimmer C, Thal L, Whall AL, Peskind E (1998): Treatment for agitation in dementia patients: a behavior management approach. *Psychotherapy* 35: 436–443.
26. Teri, L (1999): Training families to provide care: effects on people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatr* 14: 110–119.
27. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, Kukull WA, LaCroix AZ, McCormick W, Larson EB (2005): Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. *JAMA* 290: 2015–2022.
28. Wilz G, Gunzelmann T, Adler C, Brähler E (1998): Gruppenprogramm für pflegende Angehörige von Demenzkranken. *Z Gerontopsychol-psychiatr* 11: 97–106.
29. Zanetti O, Frisoni GB, DeLeo D, Dello-Buano M, Bianchetti A, Trabucchi M (1995): Reality orientation therapy in Alzheimer's disease: useful or not? A controlled study. *Alz Dis Ass Disord* 9: 132–138.

Lesezeichen

Depression – aktuell und umfassend

Dinner P.: «Depression – 100 Fragen, 100 Antworten», Verlag Hans Huber, Bern 2005

Heureka! Das gibt es also doch: ein umfassendes, kurz gefasstes, übersichtliches, für Laien verständliches und Fachleute lehrreiches Buch über Depressionen.

Das Buch gibt umfassend und übersichtlich in 100 Fragen und 100 Antworten das Wesentliche, auch den aktuellen Forschungsstand, wieder. Im einleitenden Kapitel wird definiert, was eine Stimmung ist, und hierbei eine gute Abgrenzung zwischen normalpsychologischem Erleben und krankhaftem Zustand gemacht. Bei der «Diagnostik» wird auch auf kulturelle Unterschiede in der Erscheinungsform eingegangen. Im Bereich der «Biologie der Depression» wird anschaulich, zum Teil auch mit Abbildungen, der aktuelle Forschungsstand leicht verständlich dargelegt. Die wichtigsten Theorien zur Entstehung von Depressionen werden differenziert, aber kurz und knapp erläutert. Verlauf und wichtige Komplikationen (u.a. Schlaf-, Sexualstörungen und Suizidgefährdung) werden thematisiert. Erfreulich ist auch, dass mit der Depression verwandte Krankheitsbilder wie Essstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und somatoforme Störungen erwähnt werden. Das Buch führt weiter zur «Depression bei Jung und Alt», zu «Geschlechts-

unterschieden» und dem Zusammenhang zwischen körperlichen Erkrankungen und Depression. Die verschiedenen Therapieansätze werden aktuell und wertfrei dargestellt; wohlwollend, aber korrekt werden alternative Therapien, Selbsthilfe und Unterstützung beschrieben. Im Anhang finden sich eine übersichtliche Medikamententabelle, ein ausführliches Literaturverzeichnis und Internetadressen für die Vertiefung. Das Verzeichnis genügt auch wissenschaftlichen Anforderungen!

Bei so viel Lob eine kleine Anregung: Der Autor stellt das Burn-out Syndrom als eigenständige Entität dar, mit der «Gefahr einer depressiven Dekompensation oder einer Suchtentwicklung». Beim Burn-out dürfte es sich aber um eine Sonderform einer Depression handeln und nicht um eine offizielle Diagnose. Beim prämenstruellen Syndrom weist er dann korrekt darauf hin, dass es eine Sonderform der Depression ist. Ferner wird bei der Vagus-Nerv-Stimulation zu wenig betont, dass es sich immer noch nicht um eine allgemein etablierte Behandlungsform handelt, im Gegensatz zur transkraniellen Magnetstimulation (die weniger invasiv ist), wo dies korrekt so erwähnt wird. Das Kapitel «Wie verhält man sich als Freund oder Angehöriger gegenüber einer de-



pressiven Person?» ist bezogen auf die Wichtigkeit leider zu kurz abgehandelt. Hier wären auch Leitsätze sinnvoll gewesen. Insgesamt ist das Buch – trotz der Vielzahl der angebotenen Literatur – ein ausserordentlich wertvolles Werk, das wir bei uns im Psychiatriezentrum allen Patienten, aber auch unserem Personal gerne zur Verfügung stellen werden.

Dr. med. Gerhard Ebner