

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 45 (2009)
Heft: 2

Artikel: Physiotherapie und Demenz = Physiothérapie et démence
Autor: Capitani, Catherine de
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928814>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

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

Physiotherapie und Demenz

Physiothérapie et démence

CATHERINE DE CAPITANI

Häufig ist Demenz eine vermutete oder erfasste Nebendiagnose in der Physiotherapie, als alleinige Indikation ist sie selten. Die Krankheit macht es jedoch nötig, die Befundaufnahme, die Zielsetzung und die Therapie anzupassen. Praktische Hinweise.

In der Schweiz leben rund 100 000 Menschen mit Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz [1], die Tendenz ist zunehmend. Die Krankheit hat weitreichende Folgen in allen Lebensbereichen sowohl für die Betroffenen, als auch für die Angehörigen und das weitere Umfeld (*siehe Folge-Beitrag*). Sie gilt als eines der grossen geriatrischen Syndrome, dem wir auch in der Physiotherapie immer häufiger begegnen.

Demenz tritt als Haupt- und Nebendiagnose auf, aber auch als nicht erfasste Begleiterscheinung bei anderen Krankheiten und Unfällen. Nach Schätzungen der Alzheimervereinigung sind nur ein Drittel der Demenzerkrankungen in der Schweiz diagnostiziert. Es wird geschätzt, dass zirka 20 Prozent der älteren Patientinnen im Akutspital zusätzlich zum Einweisungsgrund eine Demenz haben. [2]

Die Krankheit verläuft in drei Phasen (*siehe Kasten*). Es ist wichtig, generelle Veränderungen im Rahmen einer demenziellen Entwicklung zu erkennen. Dadurch können die physiotherapeutischen Ziele und die Behandlung angepasst werden.

Demenz als alleinige Indikation für die physiotherapeutische Behandlung ist eher selten. Verordnet wird oft erst, wenn die Gehfähigkeit bedroht ist, oder wegen sekundären Störungen, meistens in einer fortgeschrittenen Phase.

Häufiger ist die Demenz eine vermutete oder erfasste Nebendiagnose bei einem akuten Ereignis, zum Beispiel einem Spitaleintritt nach einer Schenkelhalsfraktur. Dies kann auch kognitiv Gesunde psychisch aus dem Gleichgewicht bringen. Bei Demenzerkrankten kann schon die kleinste Veränderung zur Entgleisung des funktionierenden bio-psycho-sozialen Systems führen. Aus Angst vor der neuen ungewohnten Umge-

En physiothérapie, la démence apparaît fréquemment en tant que diagnostic secondaire supposé ou avéré, mais une indication isolée pour le traitement est rare. Ce type de maladie exige un diagnostic approfondi, des objectifs et un traitement adaptés. Quelques pistes pratiques.

En Suisse, environ 100 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence [1]; c'est une tendance croissante. La maladie a des conséquences importantes sur l'ensemble des aspects de la vie des personnes atteintes, mais aussi sur celle de leurs proches et de leur entourage (*cf. suite*). C'est l'un des syndromes gériatriques les plus importants et nous la rencontrons de plus en plus souvent en physiothérapie.

La démence apparaît dans un diagnostic principal ou secondaire, mais aussi comme un symptôme concomitant non détecté en cas d'autres maladies ou accidents. Selon les estimations de l'Association Alzheimer Suisse, seul un tiers des démences sont détectées dans notre pays. On estime qu'environ 20 % des patients âgés admis dans un hôpital de soins aigus souffrent de démence. [2]

La maladie se divise en trois phases (*cf. encadré*). Il est important de savoir reconnaître les altérations générales dans le processus évolutif de la démence. On peut ainsi adapter les objectifs physiothérapeutiques et le traitement.

Une indication isolée de démence pour le traitement physiothérapeutique est rare. Souvent, on ne prescrit de la physiothérapie que lorsque la mobilité est menacée ou lorsque la personne présente des troubles secondaires, fréquents dans la phase avancée de la maladie.

La démence est le plus souvent un diagnostic secondaire supposé ou détecté lors d'un évènement en urgence, comme par exemple lors d'une admission à l'hôpital pour une fracture du fémur. Un évènement qui pourrait même déstabiliser l'équilibre des personnes en bonne santé cognitive. Chez les personnes atteintes de démence, le plus petit chan-

bung getraut sich eine Patientin vielleicht nicht mehr aufzustehen – dies erschwert oder verunmöglicht gar eine Mobilisation.

Die Befundaufnahme

Für die Physiotherapeutin ist eine klare Demenzdiagnose wünschenswert. Hilfreich sind auch Angaben zum biographischen Hintergrund und zum individuellen Umfeld. Die ideale Grundlage für eine Behandlung ist das multidimensionale geriatrische Assessment [3] oder ein geriatrisches Basisassessment [4], wo unter anderem die kognitiven Veränderungen detailliert erfasst werden.

Die Befundaufnahme in der Physiotherapie beim Demenzbetroffenen ist oft erschwert, weil die Angaben unvollständig sind, man den «vorherigen» Zustand und die häusliche Situation nicht kennt. Bereits bei der Anamnese kann es deshalb sinnvoll sein – als Ergänzung oder bei sprachlich stark eingeschränkter Kommunikation anstelle der Patientenbefragung –, Informationen (Gewohnheiten, Vorlieben, Tagesablauf) aus anderen Quellen zu holen.

Folgende validierte Assessments [5] sind schnell und einfach anzuwenden und enthalten für die Patientinnen verständliche, alltagsnahe Aktivitäten:

- Barthel Index – zur Beurteilung der Selbständigkeit im Alltag
- Functional Ambulation Categories (FAC) – zur schnellen Beurteilung der Gehfähigkeit
- Timed up and go – zur Beurteilung der Mobilität
- Tinetti oder POMA – zum Screening des Sturzrisikos

Dazu kommen weitere Assessments, die sich nach Diagnose, Zielsetzung und Zustand des Betroffenen richten.¹

Das Testresultat kann jeweils durch die momentane Befindlichkeit stark variieren. Der Motivationsfaktor ist nicht zu unterschätzen – wenn die Aktivität für den Betroffenen verständlich, machbar und sinnvoll ist, kann mit mehr Kooperation gerechnet werden.

Die Zielsetzung

Wegen der kognitiven Einschränkungen kann die Zielsetzung eventuell nur in Zusammenarbeit mit Pflegenden und Angehörigen erstellt werden. Die Patientin befindet sich im Spannungsfeld zwischen verschiedenen Meinungen und Vorstellungen. Für die Physiotherapeutin ist es wichtig zu erfahren, was für die Patientin bedeutsam ist, allenfalls was sie können muss, um möglichst im gewohnten Umfeld bleiben zu können. Die Patientin ist in diesem Prozess nach ihren Mög-

lichkeiten zu handeln. Ein unzureichendes Verständnis des Problems kann dazu führen, dass die Patientin nicht mehr aufsteht; dies erschwert oder verunmöglicht gar eine Mobilisation. Par peur d'un environnement nouveau et inconnu, le patient peut ne plus oser se lever; cela peut même compliquer, voire rendre toute mobilisation impossible.

Un diagnostic approfondi

Il est souhaitable qu'un physiothérapeute dispose d'un diagnostic de démence précis. Toutes les indications biographiques et celles qui concernent l'entourage du malade sont également très utiles. La base idéale d'un traitement est le bilan gériatrique multidimensionnel [3] ou un bilan gériatrique de base [4], dans lesquels on relève toute altération cognitive de manière détaillée.



Demenz gilt als eines der grossen geriatrischen Syndrome. | La démence est l'un des syndromes gériatriques les plus importants.

Foto/Photo: Photocase

En physiothérapie, le diagnostic d'un malade atteint de démence est souvent compliqué, parce que les indications sont incomplètes et que l'on ne connaît pas l'état «antérieur» et la situation familiale. C'est pourquoi il peut s'avérer utile dès l'anamnèse, en complément ou en cas de communication langagière limitée avec le patient, de récolter des informations (habitudes, préférences, déroulement du quotidien) auprès d'autres sources.

Les bilans suivants [5] sont faciles et rapides à employer et contiennent pour les patients des activités compréhensibles et proches du quotidien:

- Index de Barthel – pour estimer l'autonomie au quotidien
- Functional Ambulation Categories (FAC) – évaluation rapide de la mobilité
- Timed up-and-go – évaluation de la mobilité
- Tinetti ou POMA – évaluation du risque de chute

¹ Weitere Informationen: www.igptr.ch

Die drei Phasen einer Demenz

Eine dementielle Entwicklung durchläuft mehrere Phasen. Die funktionelle Behinderung ist abhängig von dieser Phase und der Umgebung des Betroffenen.

In der *Frühphase* sind die betroffenen Menschen im Alltag selbstständig. Hirnleistungsstörungen werden durch die Umgebung meist nur diffus wahrgenommen. Sie können aber beim Betroffenen Depression und Angst auslösen. Die Veränderungen führen zu Schwierigkeiten, komplexe Aufgaben zu erfüllen und neue Informationen zu speichern. Die dafür erforderliche Konzentration führt rasch zu Überforderung und Stress. In neuen oder unerwarteten Situationen kann eine zeitliche und örtliche Desorientierung auftreten.

In der *Mittelphase* ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Die Betroffenen benötigen vermehrt Hilfe für die Bewältigung von Alltagsaktivitäten wie Ankleiden und Kochen. Die Gedächtnisstörungen nehmen zu, so dass Namen und Ereignisse aus der Gegenwart vergessen werden. Die örtliche Desorientierung weitet sich auf die vertraute Umgebung aus (z.B. die Toilette nicht mehr finden). Die Kommunikation funktioniert vermehrt über nonverbale Kanäle. Häufig sind die Betroffenen körperlich noch fit, aber das Bewegungsverhalten ist verändert. Das kann zu einer ständigen Unruhe oder zu einer fortwährenden Antriebslosigkeit führen. Schlafstörungen, Inkontinenz und Verhaltensstörungen treten vermehrt auf.

In der *Spätphase* ist eine pausenlose Betreuung nötig. Es kommt vermehrt zu neurologischen Symptomen wie Primitivreflexen und erhöhtem Muskeltonus. Die Sprache kann ganz verstummen. Wahrnehmungsstörungen erschweren die Einschätzung von Alltagssituationen – schon Veränderungen in der Bodenbeschaffenheit oder Geräusche können Angst auslösen und zu Stürzen führen.

Probleme beim Essen und Trinken (u.a. Schluckstörungen) können auftreten. In der letzten Lebensphase kann die Gehfähigkeit ganz verloren gehen. Die Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen, bleibt bis zum Lebensende erhalten.

Les trois phases d'une démence

L'évolution de la démence connaît plusieurs phases. L'invalidité fonctionnelle dépend de ces phases ainsi que de l'environnement de la personne atteinte.

Dans la *phase initiale*, les personnes atteintes sont autonomes dans leur quotidien. Souvent, l'entourage ne perçoit les dysfonctionnements cérébraux que de manière diffuse. Mais ceux-ci peuvent déclencher dépression et angoisse chez la personne atteinte. Les altérations entraînent une difficulté à réaliser des tâches complexes et à enregistrer de nouvelles informations. La concentration nécessaire aux tâches habituelles amène rapidement à une trop grande sollicitation et au stress. Toute situation nouvelle ou inattendue peut provoquer une désorientation momentanée.

Dans la *phase intermédiaire*, la personne ne peut plus vivre de manière autonome. Elle a de plus en plus besoin d'aide pour maîtriser les activités du quotidien, comme s'habiller et faire la cuisine. Les troubles de la mémoire augmentent, les noms et les événements présents sont oubliés. La désorientation spatiale s'étend à l'environnement connu (par ex. ne plus trouver les toilettes). La communication fonctionne de plus en plus par le biais des canaux non verbaux. Les personnes atteintes sont souvent encore en bonne forme physique, mais leurs schémas moteurs sont altérés. Cela peut conduire à une agitation constante ou à un manque d'énergie continu. Les troubles du sommeil, l'incontinence et les troubles du comportement apparaissent de plus en plus.

La *phase avancée* nécessite une prise en charge continue. La personne atteinte présente de plus en plus de symptômes neurologiques tels que réflexes primaires et augmentation du tonus musculaire. Le langage peut disparaître complètement. Des troubles de la perception compliquent l'estimation des situations quotidiennes – une altération du sol ou des bruits peuvent déclencher l'angoisse et conduire à une chute.

Des difficultés pour manger et boire (troubles de la déglutition) peuvent également apparaître. Dans la dernière phase de vie, la faculté de la marche peut complètement disparaître. La faculté de reconnaître des émotions reste intacte jusqu'à la fin.

lichkeiten einzubeziehen, «jeder Entscheid soll sich am mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen, älteren Person orientieren und in ihrem besten Interesse getroffen werden». [6]

Wie bei allen geriatrischen Patientinnen integriert die Behandlung präventive, rehabilitative, soziale und palliative Aspekte gleichzeitig. Als oberstes Ziel gilt die Unterstützung von Lebensqualität. Alltagsaktivitäten, Mobilität und soziale Partizipation haben einen hohen Stellenwert in der Erhaltung von Selbständigkeit und Autonomie. Generell wirkt die Teilnahme an sportlichen, sozialen und kreativen Aktivitäten den körperlichen und psychischen Folgen einer Demenz entgegen.

Hinweise zum Umgang mit dementen Patienten

Nebst einer Grundhaltung bestehend aus Respekt und Aufmerksamkeit, können für die physiotherapeutische Arbeit mit Patientinnen mit Neben- oder Hauptdiagnose Demenz folgende Ansätze hilfreich sein:

On peut ajouter d'autres bilans en fonction du diagnostic, des objectifs et de l'état de la personne atteinte.¹

Le résultat du test peut fortement varier selon l'état momentané de la personne. Il ne faut pas non plus sous-estimer le facteur motivation: on peut espérer une meilleure collaboration lorsque l'activité est compréhensible, faisable et sensée pour la personne concernée.

Les objectifs

En raison des limitations cognitives, les objectifs ne peuvent parfois être fixés qu'en collaboration avec les personnes responsables des soins et avec les proches. Le patient se situe au beau milieu des avis et représentations des uns et des autres. Il est important pour le physiothérapeute de connaître ce qui est significatif pour le patient, à la rigueur ce qu'il

¹ Pour de plus amples informations: www.igptr.ch

- Konstanz in der physiotherapeutischen Betreuung, das heisst möglichst wenig Personalwechsel und die Weitergabe von Tipps. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme kann es von Nutzen sein, die Pflegenden oder Angehörigen einzubinden.
- Genügend Zeit einplanen für den Beziehungsaufbau, vor allem zu Beginn der Behandlung. Die Behandlung unter Zeitdruck kann Widerstand auslösen, weil unser Stress wahrgenommen wird und die innere Spannung der Patientin dabei steigt. Die Therapeutin muss sich in das Tempo der Betroffenen einfühlen und dieses übernehmen.
- Die Suche nach einer regelmässigen optimalen Behandlungszeit. Trotz Tagesschwankungen ist es sinnvoll, die «beste» Zeit der Patientin ausfindig zu machen. Die Zusammenarbeit mit der Betreuung ist dabei für diese Planung grundlegend.
- Emotionen werden wahrgenommen. Das heisst die Physiotherapeutin muss besonders auf die eigene Einstellung achten. Selbstverständlichkeit und Zuversicht fördern den Behandlungserfolg. Jede Behandlung bietet eine neue Chance.
- Umgebung: Auf Hintergrundlärm (möglichst wenig), Beleuchtung (indirekt, aber hell), Temperatur (angenehm) achten. Einen ruhigen Ort, ohne ablenkende Betriebsamkeit ist optimal, um dem Aufmerksamkeitsdefizit entgegenzuwirken.
- Kommunikation – verbale und nonverbale Kommunikation kombinieren.
Nonverbale Kommunikation wird unterstützt durch:
 - Augenkontakt
 - gleiche Höhe mit Gesprächspartner
 - Mimik, Gestik, Bewegung, Vorzeigen
 - Berührung (deutlich, achtsam)
 - Tempo angepasst

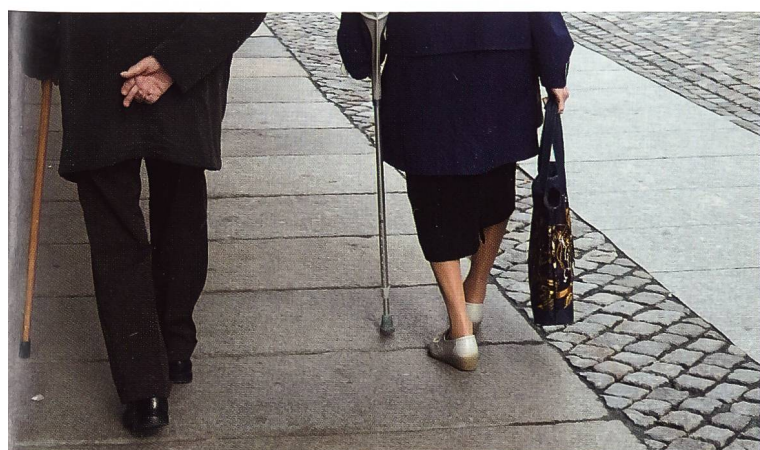
doit savoir faire pour pouvoir rester dans son environnement habituel. Il s'agit d'impliquer le patient au maximum de ses capacités: «chaque décision doit se baser sur la volonté supposée de la personne âgée incapable de jugement et être prise dans son intérêt». [6]

Comme pour tous les patients gériatriques, le traitement comprend des aspects tout à la fois préventifs, réhabilitatifs, sociaux et palliatifs. L'objectif premier vise à défendre la qualité de vie. Les activités quotidiennes, la mobilité et la participation sociale ont une grande importance dans le maintien de l'indépendance et de l'autonomie. La participation à des activités sportives, sociales et créatives permet en général de lutter contre les conséquences physiques et psychiques d'une démence.

Conseils pour le contact avec des patients déments

En plus d'une attitude respectueuse et attentive, voici un certain nombre d'approches utiles dans le travail physiothérapeutique avec des patients qui ont un diagnostic principal ou secondaire de démence:

- Une constance dans l'accompagnement thérapeutique, c'est-à-dire le moins de changement de personnel possible; utiliser d'éventuelles astuces. La présence de personnes soignantes ou de proches peut éventuellement faciliter la prise de contact.
- Planifier suffisamment de temps pour établir la relation, surtout au début du traitement. Un traitement soumis à la contrainte du temps peut déclencher une certaine résistance: le patient remarque notre stress et cela augmente sa tension intérieure. Le thérapeute doit sentir et adopter le rythme du patient.
- Rechercher une heure de traitement régulière et optimale. Malgré les fluctuations journalières, il s'agit de trouver une heure de traitement optimale, la «meilleure» heure pour le patient. Une collaboration avec les soignants est indispensable.
- Être conscient de ses émotions. Cela veut dire que le physiothérapeute doit faire particulièrement attention à son propre état d'esprit. Naturel et assurance favorisent la réussite du traitement. Tout traitement offre une nouvelle chance.
- L'environnement: faire attention aux bruits de fond (il doit y en avoir le moins possible), à l'éclairage (indirect mais clair), à la température (agréable). Un endroit calme, sans activité perturbatrice est optimal pour lutter contre le manque d'attention.
- La communication: combiner la communication verbale et non verbale.



Physiotherapie wird oft erst verordnet, wenn die Gehfähigkeit bedroht ist. | Souvent, on ne prescrit de la physiothérapie que lorsque la mobilité est menacée.

Foto/Photo: Photocase

Verbale Kommunikation wird unterstützt durch:

- kurze, eindeutige Sätze
- Pausen zwischen den Sätzen – Zeit geben fürs Verstehen
- Fragen auf ein Minimum halten. Fragen stellen, die mit *ja* oder *nein* beantwortet werden können. Verständnisfragen *wie? wo? wann? wer?* verwenden, nicht *warum?*
- Sichtbares ansprechen, abstrakte Themen vermeiden
- Ungereimtes stehen lassen
- emotionale Inhalte
- keine langen Erklärungen

Den ersten Kontakt übers Sehen oder Hören aufnehmen, dies löst weniger Angst aus als durch Berührung.

- Aktivitäten: Mit einfachen Aktivitäten beginnen, die erfolgreich durchgeführt werden können (Tiefatmung). Sicherheit geben. Unterstützung geben, wo nötig, selbständig machen lassen, wo möglich. Transfer- und Gangsicherheitsaktivitäten einbauen. Musik kann Bewegung über emotionale Kanäle unterstützen, Stimmung und Rhythmus geben. Wiederholungen unterstützen die verbliebenen Gedächtnisfunktionen. Bekannte Bewegungen aus der Vergangenheit und Biographie nutzen.
- Orientierungshilfen nutzen
 - vorhandene Brille und Hörapparate
 - grosse, kontrastreiche Schrift oder Symbole
 - visuelle Ziele
 - die Körperwahrnehmung anregen, mit Berührung (achtsam, proximal beginnen), Vibration, Schaukeln, mit den Füßen stampfen
- Hilfsmittel: Sicherheit mit gutem Schuhwerk, Antirutschsocken und Hüftprotektoren bieten. Bekannte Gehhilfsmittel benutzen. Der Umgang mit neuen Hilfsmitteln kann oft nicht mehr erlernt werden.
- Prävention: Verhinderung von sekundären Behinderungen wie Kontrakturen und Decubiti durch Gehtraining, Mobilisation und Lagerung.
- Palliation: Das Erfassen von Schmerzen und Schmerzursachen ist besonders in den mittleren und späten Phasen der Demenz schwierig. Zur Schmerzerfassung bei kognitiv beeinträchtigten Menschen wurde speziell die ECPA [7] entwickelt, die Pflegenden beobachten und notieren während zwei Tagen elf Zeichen. Wenn Schmerzen vermutet werden, muss die Ursache gründlich gesucht und behandelt werden.

Wir werden in Zukunft in der Physiotherapie vermehrt Patientinnen antreffen, die direkt als Demenzerkrankte oder indi-

La communication non verbale est favorisée par :

- le contact visuel
- le fait de se trouver à la même hauteur que son interlocuteur
- la mimique, la gestuelle, le mouvement, la démonstration
- le toucher (précis, attentif)
- un rythme adapté

La communication verbale est favorisée par :

- des phrases courtes et explicites
- des pauses entre les phrases – donner le temps de comprendre
- poser un minimum de questions. Poser des questions auxquelles le patient peut répondre par *oui* ou par *non*. Poser des questions de compréhension *comment? Où? Quand? Qui?* Et surtout pas *pourquoi?*
- s’adresser à la personne de manière claire
- éviter les sujets abstraits
- ne pas retenir les choses absurdes
- éviter les contenus émotionnels
- éviter les longues explications

Créer un premier contact en passant par le visuel ou l’écoute, ce qui génère moins d’angoisse que le toucher.

- Les activités: commencer par des activités simples et facilement réalisables (respiration profonde). Donner un sentiment de sécurité. Soutenir où c’est nécessaire, laisser faire seul où c’est possible. Intégrer des activités de transfert et des activités qui favorisent la marche avec assurance. La musique peut soutenir le mouvement par le biais des canaux émotionnels, créer l’ambiance et donner le rythme. Les répétitions soutiennent les fonctions de la mémoire encore intactes. Des mouvements connus par le passé, ainsi que la biographie, peuvent également être utiles.
- Utiliser des aides à l’orientation
 - lunettes et appareils auditifs
 - l’utilisation d’une écriture à gros caractères ou de gros symboles
 - des objectifs visuels
 - stimuler la prise de conscience du corps par le toucher (attention, commencer en proximal), les vibrations, le balancement, le taper des pieds
- Aides: offrir une sécurité avec de bonnes chaussures, des chaussettes antiglisse et des protections pour les hanches. Utiliser des moyens d’assistance à la marche connus. L’utilisation de nouveaux moyens ne peut souvent plus être apprise.
- Prévention: empêcher des invalidités secondaires telles

Es besteht ein grosser Bedarf an weiteren Forschungsprojekten und Fortbildungen zum Thema Demenz in der Physiotherapie.

rekt als deren Angehörige und Pflegende betroffen sind. Ihre Belastungen verdienen unsere Aufmerksamkeit. Durch mehr Wissen können wir adäquate Behandlungen und Unterstützung anbieten. Es besteht ein grosser Bedarf an weiteren Forschungsprojekten und Fortbildungen zum Thema Demenz in der Physiotherapie.

Weitere Informationen:

- www.physio-geriatrie.ch: Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie.
- www.igptr.ch: Assessments in der Geriatrie.
- www.alz.ch: Schweizerische Alzheimervereinigung.
- Mike Martin/Hans Rudolf Schelling, Hrsg. (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Hans Huber Verlag, Bern.

Literatur | Bibliographie

1. Alzheimervereinigung (2008): www.alz.ch
2. Marshall, M., Hrsg. (2005): Perspectives on Rehabilitation and Dementia, London.
3. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2006): Profil der Geriatrie in der Schweiz. <http://www.sfgg.ch/pages/publikationen.php>
4. Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment (AGAST) (2002): Geriatriches Basisassessment. Handlungsanleitung für die Praxis, Schriftenreihe Geriatrie Praxis.
5. www.igptr.ch; Assessments.
6. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004): Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. <http://www.samw.ch> (10.7.2005)
7. Morello R., et al (1998): Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. Deutsche Version R. Kunz, 2000. |

En physiothérapie, il existe une forte demande de projets de recherche et de formation continue sur le thème de la démence.

que les contractures et le decubitus par un entraînement à la marche, la mobilisation et le positionnement.

- Palliation: appréhender la douleur et les causes de la douleur devient particulièrement difficile dans les phases intermédiaires et avancées de la démence. L'ECPA [7] a spécialement été développée pour appréhender la douleur chez les personnes dont les facultés cognitives sont altérées. Pendant deux jours, les personnes en charge des soins observent et notent onze signes. Lorsqu'on suppose la présence de douleurs, on doit en rechercher les causes et les traiter.

En physiothérapie, nous allons à l'avenir rencontrer de plus en plus de personnes directement ou indirectement touchées par la démence, en tant que malades, proches ou en charge d'une personne atteinte de démence. Leur prise en charge mérite toute notre attention. Par une connaissance accrue, nous pouvons leur offrir des traitements et un soutien adéquats. En physiothérapie, il existe une forte demande de projets de recherche et de formation continue sur le thème de la démence.

Pour de plus amples informations:

- www.physio-geriatrie.ch: Groupe de physiothérapie en Gériatrie
- www.igptr.ch: Assessments en Gériatrie
- www.alz.ch: Association Alzheimer Suisse
- Mike Martin / Hans Rudolf Schelling, Hrsg. (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Hans Huber Verlag, Bern. |

Zur Autorin | Catherine De Capitani ist seit 1979 Physiotherapeutin und hat sich auf Geriatrie spezialisiert: Sie schloss die Schule für Angewandte Gerontologie SAG (Diplom HF) ab, ist aktives Mitglied der Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie (FPG) und Qualitätszirkelmoderatorin zu geriatrischen Themen. Nach langer Selbständigkeit arbeitet sie heute im Gesundheitszentrum Fricktal in Rheinfelden.

A propos de l'auteur | Catherine De Capitani est physiothérapeute depuis 1979 et spécialisée en gériatrie: Ecole de gérontologie appliquée SAG (Diplôme HE); elle est un membre actif du groupe physiothérapie en gériatrie (FPG) et anime un cercle-Q sur des sujets touchant à la gériatrie. Après avoir longtemps travaillé en tant qu'indépendante, elle est aujourd'hui active au centre de santé Fricktal de Rheinfelden.

