

## „Herr H. schreit die ganze Nacht“ - Verhaltenssymptome bei Demenz und ihre Behandlung

PD Dr. M. Axel Wollmer

Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll

## ! M E R K E

Unter Berücksichtigung der leicht unterschiedlichen Demenz-Kriterien von DSM-IV, ICD-10 und *National Institute on Aging-Alzheimer's Association* (NIA-AA) besteht das **demenzielle Syndrom** in einer **erworbenen, chronischen, komplexen kognitiven Störung**, die zumeist eine **Störung des Gedächtnisses** beinhaltet, eine **Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen** bedingt und mit **intaktem Bewusstsein** einhergeht.

*Wollmer, Elsevier*

# BPSD

## Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia



### Verhalten

Agitiertheit

Unruhe

Hyperaktivität

Unherlaufen

Stereotype Handlungen

Aggressivität

Störungen der Nahrungsaufnahme

Störungen des Tag/Nacht-Rhythmus

Sozial unangemessenes Verhalten

### Psychiatrische Symptome

Angst

Gereiztheit

Depressivität

Affektive Labilität

Apathie

Wahn

Halluzinationen

*1996 IPA Konsensus Treffen, Finkel, Int J Geriatric Psychiatry, 1996*

# Rolle von BPSD in der Demenz-Medizin



In bis zu 90% der Verläufe von Demenz-Erkrankungen

Hohe Belastung für Patienten und Pflegende

Häufig Anlass von Krankenhauseinweisungen

Häufig Grund für Heimplatzierungen

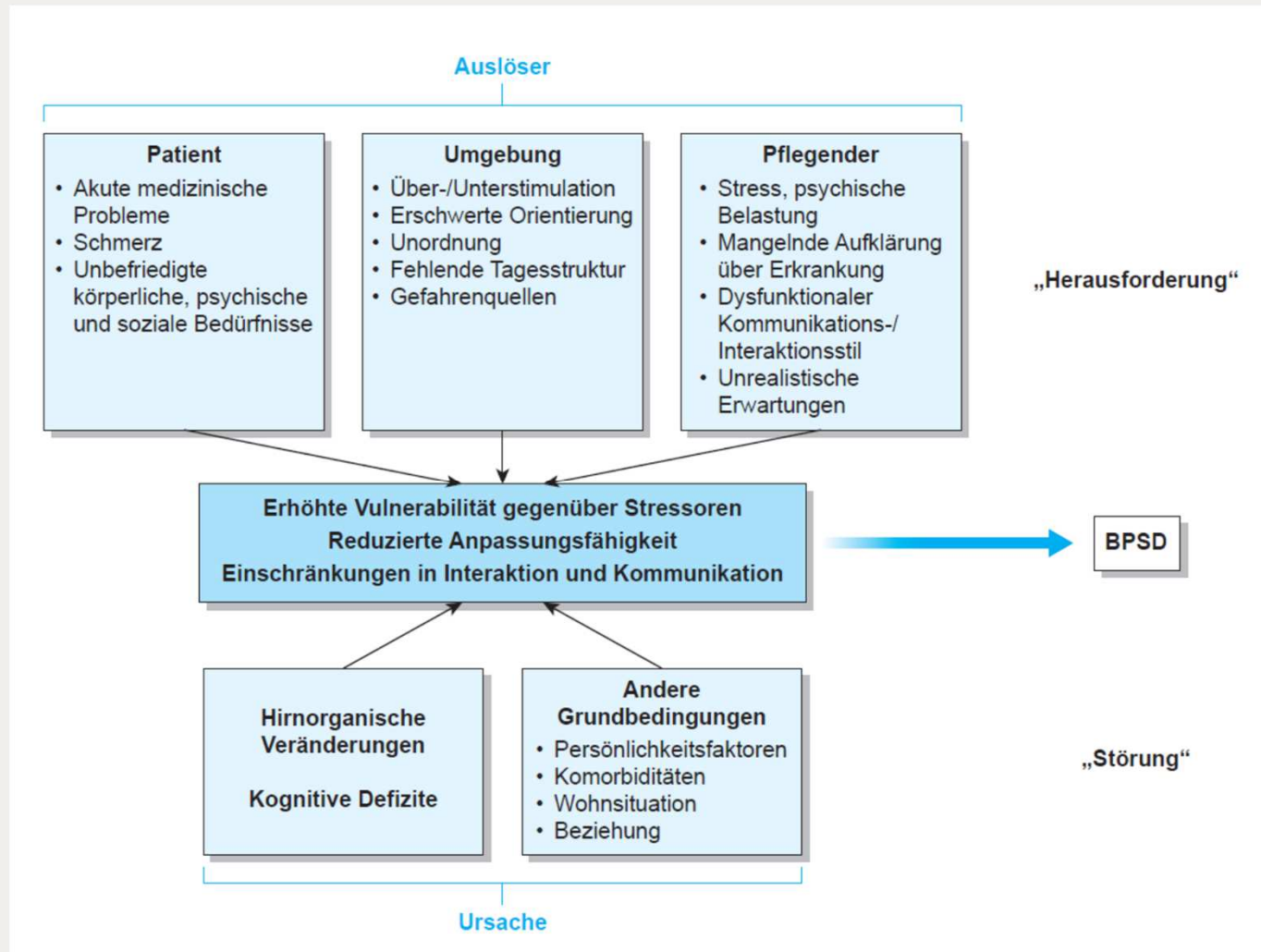
Hohe Kosten

Psychotische Symptome und unruhige Verhaltensweisen wie Aggressivität oder Schreien werden von Angehörigen am basaltesten empfunden (*Miyamoto et al., 2010; Rocca et al., 2010; Huang et al., 2011*)

Höhere Zahl von BPSD ist mit schlechterer 3-Jahres-Überlebensrate korreliert (*Tun et al., 2007*)

Psychose bei AD ist mit erhöhter Sterblichkeit und beschleunigtem kognitivem Abbau assoziiert (*Emanuel et al., 2011; Russ et al., 2011*).

# Das bedürfnisbedingte Demenz-Verhaltensmodell (*Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Model, NDB*)



Wollmer, Elsevier

# *Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Model*



Das bedürfnisbedingte Demenz-Verhaltensmodell (*Need-Driven Dementia-Compromised Behavior-Model*, NDB) macht Verhaltenssymptome wie Agitation oder Aggression als Ausdruck von Bedürfnissen oder Leiden begreifbar, die vom betroffenen Patienten möglicherweise nicht mehr differenziert und spezifisch wahrgenommen, zumindest aber immer weniger verbal artikuliert werden können.

1. Verstehende Diagnostik
2. Einsatz von Assessments
3. Validierung als grundsätzliche Haltung
4. Erinnerungspflege
5. Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen
6. Bewegungsförderung
7. Pflegerisches Handeln bei akuten psychiatrischen Krisen

## Ich beachte die drei Ebenen der Kommunikation

1. verbale Kommunikation = die Sprache
2. paraverbale Kommunikation = der Stimmklang, Tempo, Tonfall etc.
3. nonverbale Kommunikation = die Körpersprache

## Ich tue dies beim Patienten und bei mir selber



**Ich achte darauf, dass ich in meinem verbalen und nonverbalen Ausdruck kongruent bin**

Dadurch verstärke ich meine Ausdruckskraft und Eindeutigkeit

**Ich nehme eine validierende Grundhaltung ein  
Das heißt, ich erkenne die durch die Erkrankung veränderte  
Sichtweise des Patienten an und versuche nicht diese zu  
korrigieren. Ich konfrontiere den Patienten nicht mit seinen  
Defiziten**

Dadurch erspare ich dem Patienten Verunsicherungen und  
Kränkungen und vermeide Konflikte und  
Auseinandersetzungen mit ihm

**Ich spreche in einfachen Sätzen und allgemeinverständlichen Wörtern. Ich teile Informationen in „kleinen Portionen“ mit**

Dadurch kompensiere ich Einschränkungen des Sprachverständnisses und des Gedächtnisses des Patienten

**Ich spreche langsam und deutlich. Meine Stimme ist freundlich, angemessen laut, moduliert und nicht zu hoch**

Dadurch nutze ich meine paraverbale Ausdruckskraft und kompensiere kognitive und sensorische Defizite des Patienten. Ich spreche mit einem erwachsenen Menschen mit kognitiven Einschränkungen, nicht mit einem Kind

**Ich stelle einfache, geschlossene Fragen, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können**

Dadurch erleichtere ich es dem Patienten Entscheidungen zu treffen und erhalte validere Antworten

**Ich bemühe mich, Blickkontakt mit dem Patienten aufzunehmen und zu halten**

Dadurch fördere ich Aufmerksamkeit und Konzentration und knüpfe ein persönliches Band mit dem Patienten. Dabei beachte ich, nicht anzustarren und zu provozieren

**Ich achte auf Mimik, Gestik und Körperhaltung des Patienten  
Dadurch bin ich in der Lage die Emotionen des Patienten zu  
„lesen“ und non-verbale Botschaften zu verstehen. Ich setze  
meine eigene Körpersprache gezielt aber natürlich ein**

Dadurch erreiche ich den Patienten auf einer emotionaleren  
Ebene und verstärke meine Ausdruckskraft

## Ich setze Berührung angemessen ein

Dadurch kann ich bewirken, dass der Patient mit Demenz aufmerksamer und kommunikativer wird. Ich helfe ihm damit sich auf gemeinsame Handlungen zu konzentrieren und Aktivitäten zu bewältigen. Ich respektiere die Intimsphäre des Patienten und bin nicht übergriffig



# Ablesbare Räume



*Gesine Marquardt*

# Algorithmus

**Prävention von psychischen und Verhaltenssymptomen:**  
 Identifikation von potentiellen Auslösefaktoren beim Erkrankten, in der Umwelt und in der Kommunikation, Erinnerungspflege Angehörigen- und Pflegendenschulung (u.a. Verhaltensmanagement, Stressmanagement)

**Psychische und Verhaltenssymptome liegen vor**

Akute Eigen- oder Fremdgefährdung

Pharmakologische Notfallbehandlung

**Psychosoziale Interventionen**  
Allgemein: verstehende Diagnostik (Identifikation von Bedingungsfaktoren), validierendes Verhalten, patientenzentriertes Verhaltensmanagement, Angehörigen- und Pflegendenschulung  
Abgestimmt auf den Erkrankten: kognitive Stimulation, Erinnerungspflege, Musiktherapie, sensorische Stimulation, Bewegungsförderung, körperliche Berührung, Snoezelen

**Antidementive Pharmakotherapie**  
 Leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz: Galantamin, Donepezil,  
 Mittelschwere (moderate) bis schwere Alzheimer-Demenz: Memantin  
 Lewy-Körperchen-Demenz, Demenz bei M. Parkinson: Rivastigmin

**Zusätzliche Verfahren bei definierten Symptomen oder Syndromen**

- Psychot. Symptome (Wahn / Halluzinationen)
- Agitation / Aggression
- Depression
- Störung des Tag-/ Nacht-Rhythmus
- Mangelnde Nahrungsaufnahme

Aromatherapie (C)  
 Rezeptive Musik („preferred music“ (C))

Strukturierte Freizeitaktivitäten

Strukturierte Aktivierung während des Tages (B)

Verbale Unterstützung  
 Positive Verstärkung  
 Familienähnliche Esssituation

erhebliche Beeinträchtigung trotz Interventionen

Unzureichende Besserung

**Risperidon:**  
 Aggression, Agitation (A)  
 Psychotische Symptome (B)  
Aripiprazol (off-label)  
 Aggression, Agitation (A)  
 Psychotische Symptome (nur 10mg) (C)  
**Haloperidol**  
 Aggression (A)  
Carbamazepin (off-label)  
 Aggression, Agitation (C)  
Citalopram (off-label)  
 Agitation (C)

**Behandlungen so kurz wie möglich**

**CAVE:**  
 Bei Lewy-Körperchen-Demenz und Demenz bei M. Parkinson sind die o.g. Antipsychotika kontraindiziert

**Optionen:**  
 Rivastigmin (off-label bei LKD)  
 Clozapin (off-label), Quetiapin (off-label)

Antidepressiva ohne anticholinerge Wirkung

- **Nur dann, wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen nicht verfangen haben oder eine Akutsituation eine schnelle Symptomkontrolle notwendig macht.**
- **Beispiele:**
  - Schwere Depression
  - Belastende psychotische Symptomatik
  - Fremdgefährdung durch aggressives Verhalten
- **Behandlungsziele zum Wohl des Patienten:**
  - Unmittelbar durch Befreiung von belastenden Symptomen
  - Mittelbar durch Sicherstellung der Versorgbarkeit
- **Störungen von Arbeitsabläufen und Organisationsstrukturen sind keine Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung**

- **Vorhandensein eines Symptoms ist noch kein Grund für eine Behandlung; entscheidend ist der Leidensdruck.**
- **Sind die Konsequenzen des Nicht-Handelns, z.B. bei ablehnendem Verhalten gegenüber bestimmten Maßnahmen, tolerabel?**
- **Pharmakologisch gut behandelbar:**
  - Aggressivität
  - Agitation
  - Psychotische Symptome
- **Pharmakologisch kaum beeinflussbar:**
  - Rufen
  - Umherwandern
  - Verweigerung von pflegerischen Maßnahmen
  - Disinhibition

**Niederpotente klassische Antipsychotika** haben sich in der Behandlung von unruhigen Verhaltenssymptomen bewährt, allerdings entspricht die spärliche Studienlage nicht den modernen Standards der evidenzbasierten Medizin. Für **Melperon** gibt es eine Zulassung in der Behandlung von Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen bei organisch bedingter Demenz.

Setzen Sie möglichst **keine Substanzen mit relevanten anticholinergen Eigenschaften** ein und vermeiden Sie so eine Verstärkung des ohnehin bei den meisten Demenzen vorhanden cholinergen Defizits; das gilt auch für Olanzapin. Sedierung, orthostatische Hypotonie, QTc-Zeit-Verlängerung und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, auch in Form eines Pleurotonus (Pisa-Syndrom), können den Einsatz von Antipsychotika limitieren. Es besteht die Gefahr von Stürzen.

Nach ein bis zwei Wochen sollten sich erste positive Effekte zeigen. Bleiben diese aus, ist ein befriedigendes Ansprechen auch im weiteren Verlauf nicht zu erwarten und Sie sollten die Therapie umstellen (*Yoshida et al., 2017*). Eine Beobachtungszeit von **10 Tagen auf einer adäquaten Dosis** sollten Sie bei gegebener Verträglichkeit immer einhalten, bevor Sie auf ein neues Medikament umgestellt oder ein zweites ergänzen. Vermeiden Sie schnelle Wechsel von einem Medikament zum nächsten, frühzeitige Überschreitungen des üblichen Dosierungsrahmens und Kombinationen mehrerer Medikamente.

Nach einer Behandlungszeit von etwa **drei Monaten** sollte die Indikation für eine längerfristige Weiterbehandlung anhand eines Reduktions- bzw. Absetzversuchs überprüft werden.

Die zur Behandlung von BPSD eingesetzten Dosen betragen ca. **1/4 – 1/3** der in der Behandlung jüngerer Psychotiker üblichen Dosen

| Substanz    | Dosierung  | Besonderheiten  |
|-------------|--|---|
| Aripiprazol | 2,5 bis<br>15mg/Tag  | Weniger hypokinetisch-rigide EPS dafür aber Akathisie und verstärkter Tremor häufig. Bei Stereotypien einen Versuch wert. Wirksam gegen Agitation und Aggression, etwas schwächere Datenlage für die Behandlung von psychotischen Symptome    |
| Clozapin    | 12,5 -<br>50mg/Tag   | Anticholinerge Eigenschaften aber kein EPS-Risiko. Deshalb zur Behandlung von Halluzinationen im Rahmen von Demenzen bei Lewy-Body-Krankheiten geeignet. Einsatz nur bei guter Compliance bezüglich regelmäßiger Blutbild-Kontrollen möglich. |
| Haloperidol | 0,5 - 3<br>mg/Tag<br><br>Dosierungszeitpunkte<br>meist am<br>Morgen und<br>zur Nacht | Wirksam gegen Aggressivität, auch beim Delir einsetzbar. Hohes EPS-Potential. Größte Steigerung der Mortalität  |

# Antipsychotika in der Behandlung von BPSD II



| Substanz     | Dosierung  | Besonderheiten  |
|--------------|--|---|
| Melperon     | 12,5 bis 100mg/Tag   | Niederpotentes Neuroleptikum mit guter extrapyramidaler Verträglichkeit. Keine Senkung, eher Hebung der Krampfschwelle. Zulassung zur Behandlung von Schlafstörungen, Verwirrheitszuständen und zur Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen u.a. bei organisch bedingter Demenz. Klinische Effekte und Einsatz ähnlich wie bei Pipamperon, wenn auch etwas schwächer. Bei kürzerer HWZ (6h) und schnellerer Anflutung (maximaler Plasmaspiegel nach 1-1,5 Stunden) besser steuerbar. Vor Behandlungsbeginn Untersuchung von Leberwerten und Differentialblutbild. Blutbildveränderungen, in Einzelfällen Agranulozytose möglich. |
| Pipamperon   | Einzeldosen von 10 - 40mg, Tagesdosen bis 80, in Ausnahmefällen bei maximal 120mg. Größte Einzeldosis normalerweise am Abend oder zur Nacht. Bei im Verlauf des Nachmittags aufkommenden Unruhezuständen erste Dosis bereits vor Beginn der Symptomatik. | Gute extrapyramidale Verträglichkeit. Weitgehend fehlende Studiendaten aber weitreichende Erfahrung mit dem Einsatz in der Behandlung von Demenz-Patienten. Beruhigend bei reizoffenen Patienten, die durch insbesondere sich gegen Abend steigende psychomotorische Unruhe belastet oder nicht mehr versorgbar sind. Als Bedarfsmedikation bei Unruhezuständen geeignet. Limitierende Nebenwirkungen sind übermäßige Sedierung, hypotone Kreislaufreaktionen und Ödeme. Aufdosierung unter Blutdruckkontrolle erfolgen. Langsamere Pharmakokinetik mit maximalem Plasmaspiegel nach 2 Stunden und HWZ von 17 Stunden                                 |
| Prothipendyl | 40-80mg in Einzelfällen bis 160mg  | Niederpotentes Neuroleptikum mit geringem EPS Risiko und geringen anticholinergen Eigenschaften im typischen Dosisbereich. Als Schlafmittel mit kurzer HWZ (2-3h) und ohne Kumulations- und Abhängigkeitsgefahr geeignet. Bei Lungenerkrankungen Verschlechterung der respiratorischen Situation möglich. Hypotone Kreislaufreaktionen mit Orthostase möglich.  |



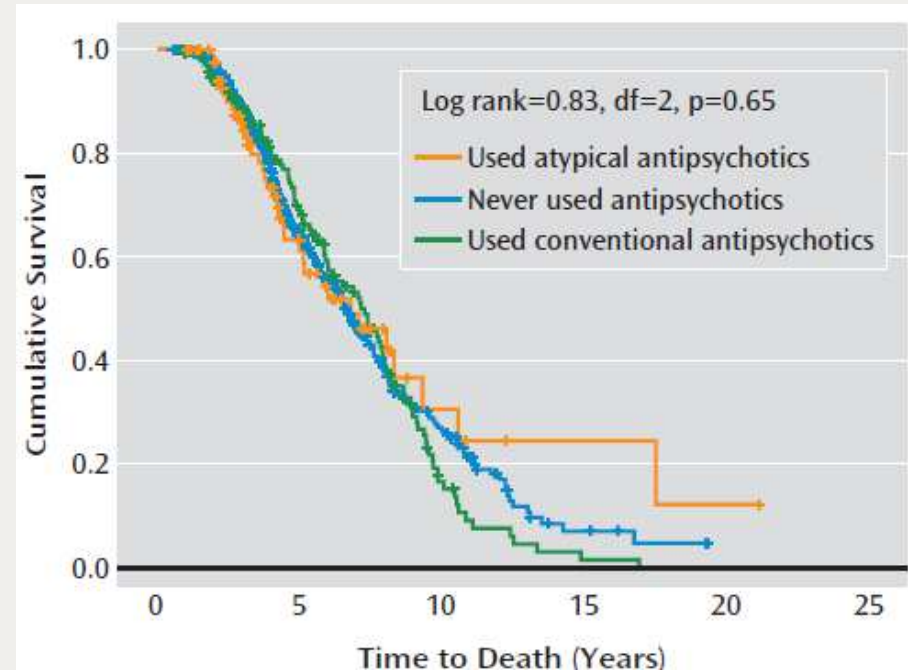
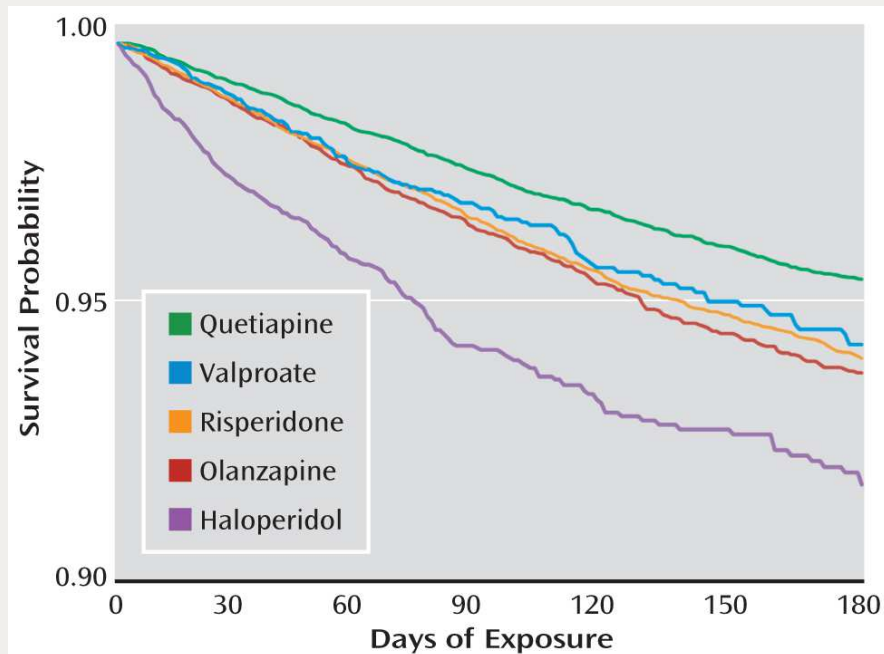
# Antipsychotika in der Behandlung von BPSD III



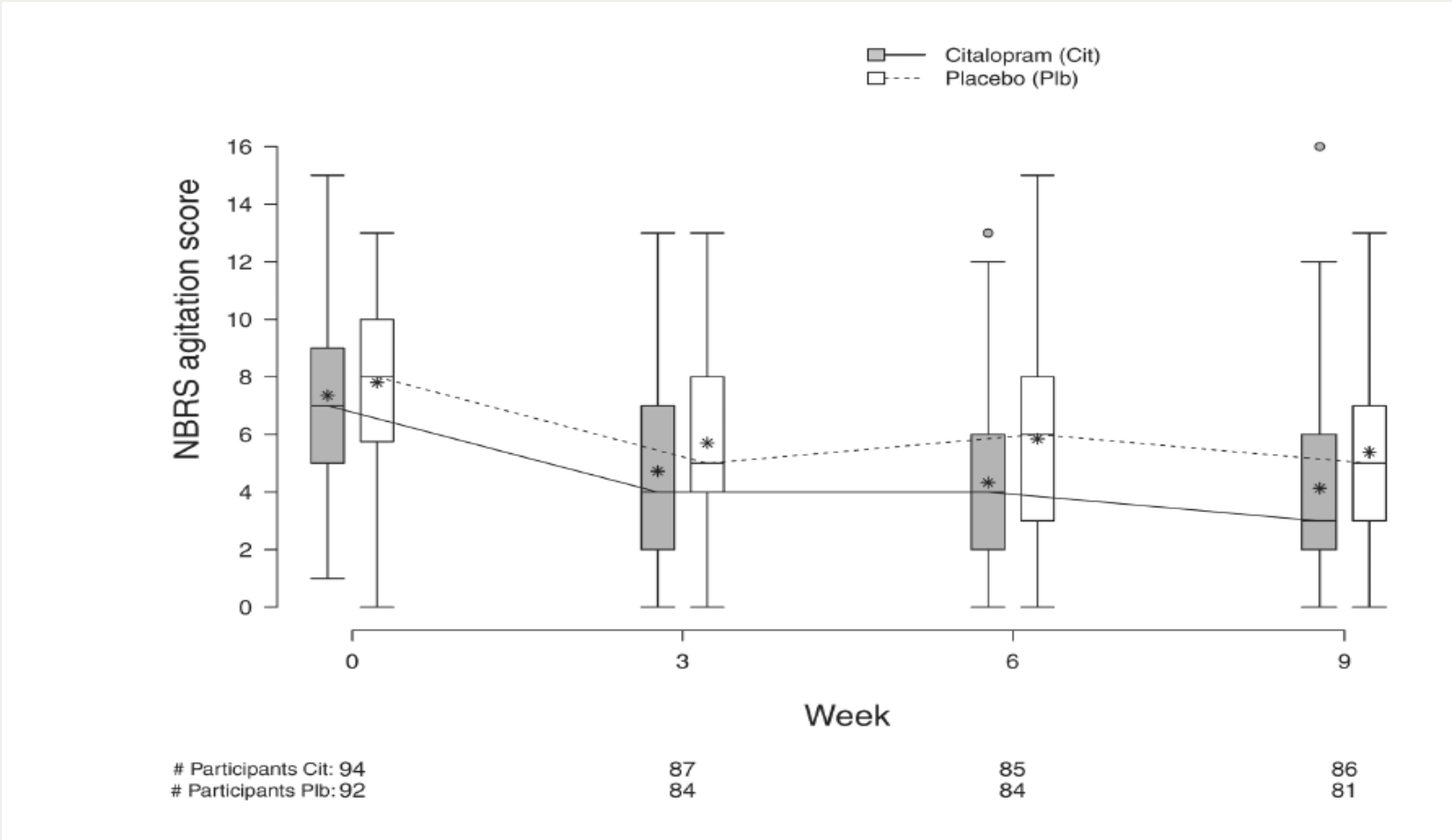
| Substanz   | Dosierung   | Besonderheiten  |
|------------|---|---|
| Quetiapin  | 12,5 - 200mg/Tag<br>Ähnlich wie<br>Pipamperon und<br>Melperon in<br>mehreren Dosen.<br>Auch in retardierter<br>Galenik für einmal<br>tägliche Gabe am<br>Abend oder zur<br>Nacht. | Selber nicht anticholinerg aber anticholinerges Metabolit, kaum EPS, deshalb auch für die Behandlung von BPSD im Rahmen von Demenzen bei Lewy-Body Krankheiten geeignet (Dosierung bis 100mg/Tag). vergleichsweise geringe Steigerung der Mortalität. Wirksam gegen Agitation, in meta-Analysen weniger klar abgesichert als etwa Risperidon oder Aripiprazol, wegen heterogenen und deshalb schwer vergleichbaren Studien<br>NW: Schwindel, Somnolenz, Kopfschmerzen, Orthostatische Hypotonie, Mundtrockenheit, Ödeme   |
| Risperidon | 0,5 - 2 mg/Tag<br><br>Dosierungszeitpunkte meist am Morgen und zur Nacht  | Antipsychotikum mit der besten Evidenzlage und breitester Zulassung zur Behandlung von BPSD . Medikament der ersten Wahl bei nicht ausreichender Wirksamkeit nicht-medikamentöser Maßnahmen. Wirksam gegen Aggressivität und psychotische Symptome (Zulassung für die Behandlung von schwerer chronischer Aggressivität bei Demenz, durch die sich der Erkrankte selbst oder andere gefährdet sowie von psychotischen Symptomen bei Demenz, durch die der Demenzkranke erheblich beeinträchtigt ist, beschränkt auf eine Behandlungszeit von 6 Wochen), auch gegen Agitation und psychotische Symptome, repetitive Bewegungen und zielloses Umhergehen. Unabhängig vom Schweregrad der Demenz und den sedierenden Eigenschaften wirksam. Relativ hohes EPS-Potential. |

| Substanz       | Dosierung  | Besonderheiten   |
|----------------|--|--|
| Tiaprid        | 100-300mg/Tag,<br>selten bis<br>600mg/Tag  | Keine Sedierung, keine kognitiven Nachteile, eher geringeres Sterberisiko, wenig EPS.<br>Bei Laufunruhe, Schreien, Stereotypien, Automatismen positive Erfahrungen.  |
| Zuclopenthixol | 2-6mg/Tag in<br>Ausnahmefällen<br>auch höhere<br>Dosen, zumeist<br>verteilt auf zwei<br>Dosen. Auch als<br>Kurzdepot mit<br>Wirkdauer von<br>drei Tagen. | Mittelpotentes Neuroleptikum mit geringen anticholinergen Eigenschaften.<br>Reservemedikament bei mit anderen Mitteln nicht beherrschbaren aggressiven<br>Verhaltenssymptomen. Differentialblutbild vor Behandlungsbeginn wegen möglichen<br>Blutbildungsstörungen durch das Medikament. |

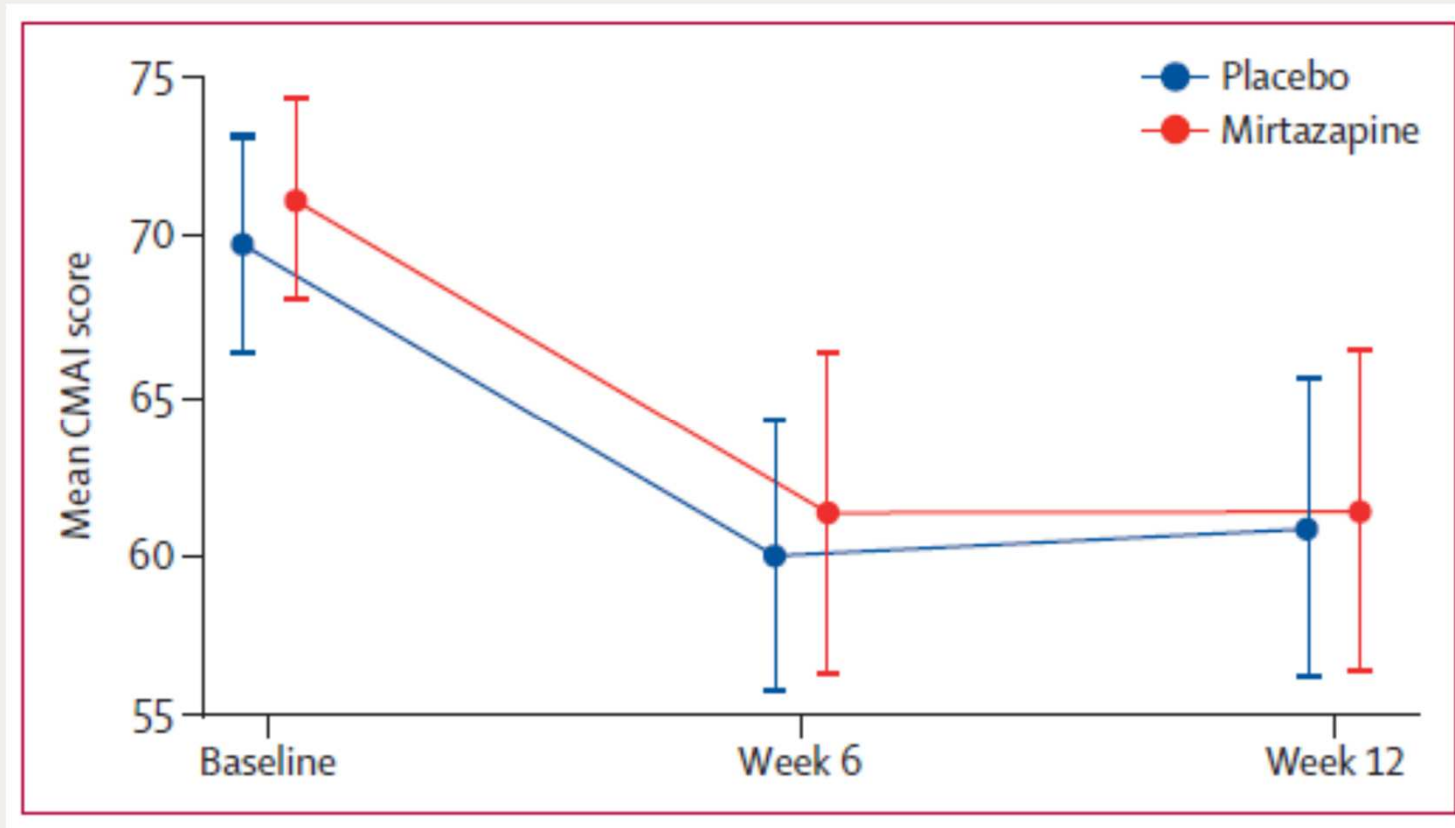
Die Mortalität von Demenzpatienten ist unter Therapie mit Haloperidol stärker erhöht als unter Behandlung mit atypischen Antipsychoatika (Kales et al., 2012).



Kales et al., 2012; Lopez et al., 2013

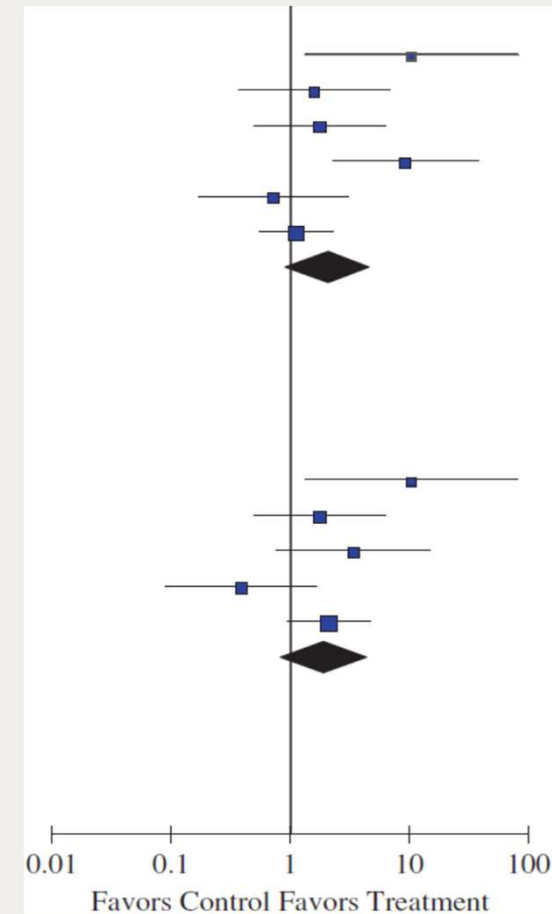
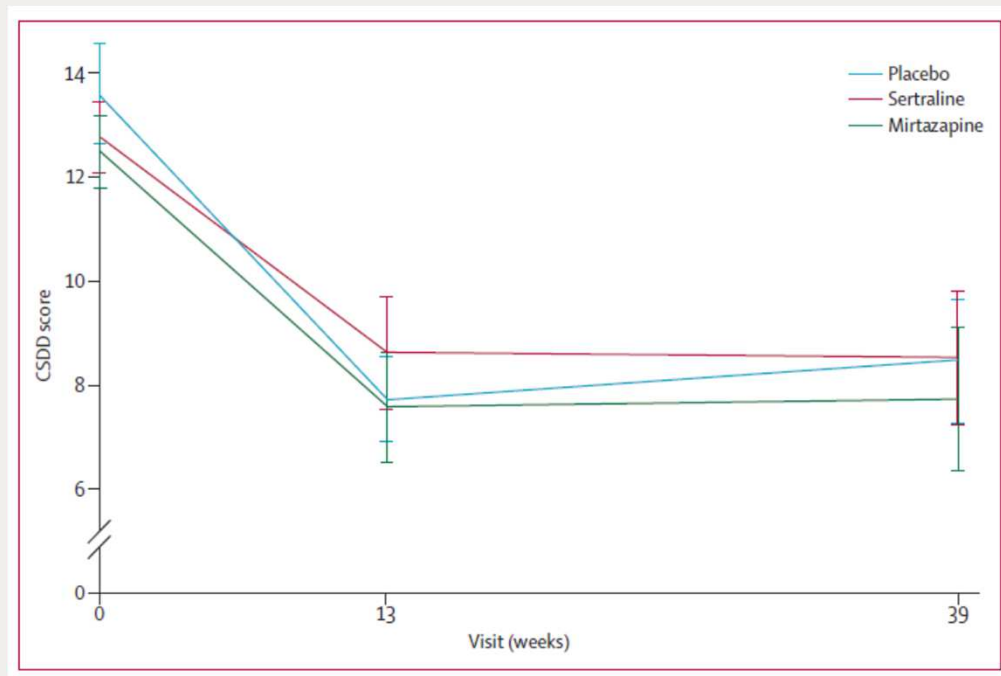


Porsteinsson et al., JAMA, 2014

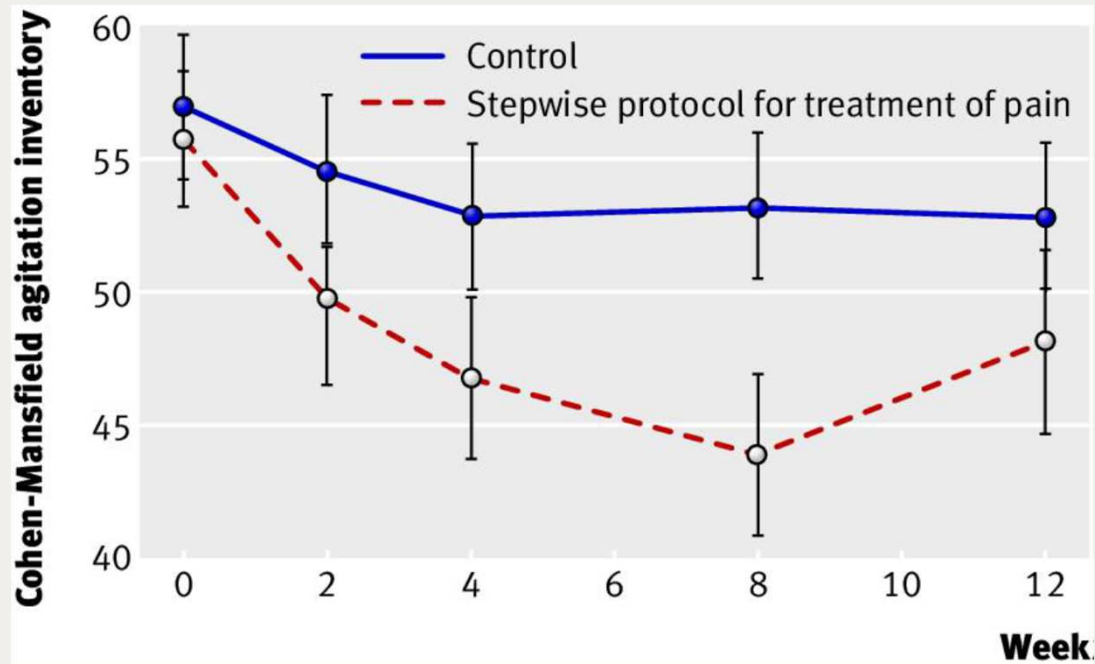


*Banerjee et al., Lancet 2021*

# Fragliche Wirksamkeit von Antidepressiva bei dementen Patienten mit Depression



*Banerjee et al., Lancet 2011; Rosenberg et al., Am J Geriatr Psychiatry, 2010 Nelson & Devanand, JAGS, 2011*



Stufe 1 (Paracetamol bis 3 g/Tag)

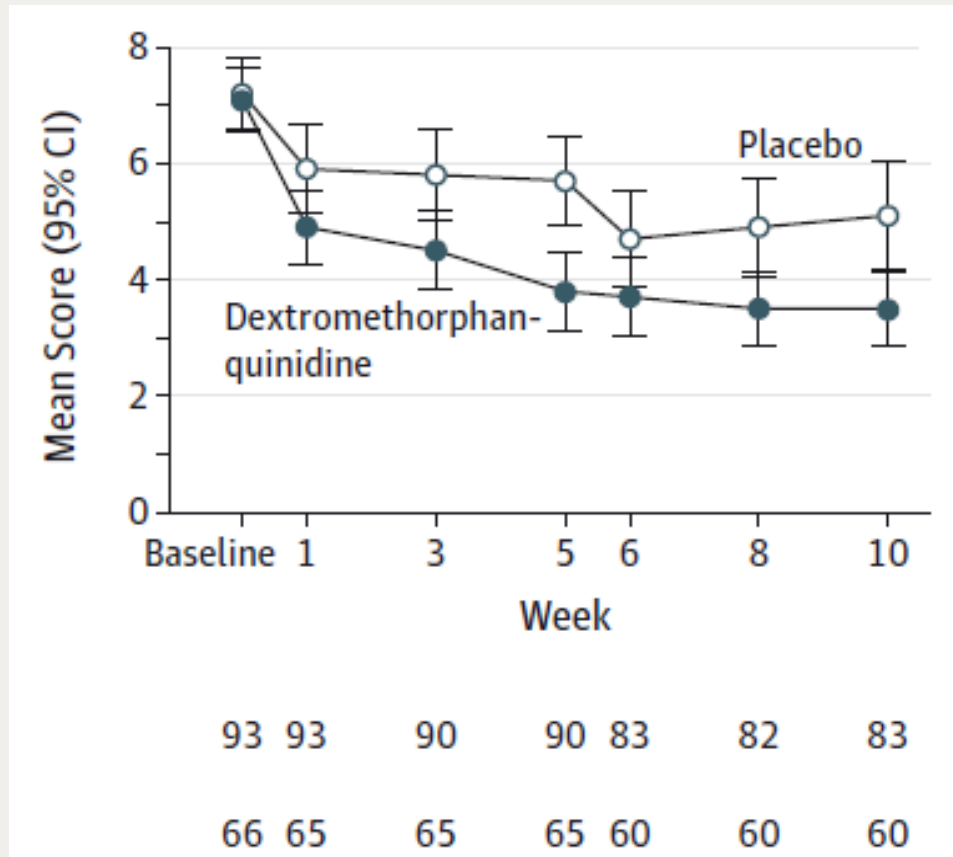
Stufe 2 (Morphin oral bis 20 mg/Tag)

Stufe 3 (Buprenorphin TTS bis 10 µg/h)

Stufe 4 (Pregabalin bis 300 mg/Tag)

*Husebo et al., BMJ, 2011*

# Dextromethorphan-Chinidin



Cummings et al., JAMA, 2015



# Buchempfehlung





# Herausforderndes/ forderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

HFH Fortbildungsabend 14.12.2021

Melanie Feige, Dipl. Pädagogin, Krankenschwester  
Pflegeexpertin für ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen

---

Das Verhalten wird zum primären Kommunikationsmittel, wenn Menschen mit Demenz ihre Gefühle, Bedürfnisse oder Wünsche nicht mehr verbal ausdrücken können. Das gilt auch bei zwischenmenschlichen Problemen.

Algase et al., 1996; Kovach, Noonan, Schlidt, Wells, 2005. In Barrick et al. „Körperpflege ohne Kampf“, 2008

## Verhaltensauffälligkeiten (oder -störungen)

Intrinsisch (von innen kommend), gelten meist als „*nicht der Norm*“entsprechend und haben somit eine „*negativ wertende*“Komponente

Folge → es wird versucht, das Verhalten „abzustellen“

Was haben wir:

**Rahmenempfehlungen** zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe (Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit 2006)

**S3 Leitlinie Demenzen** (DGPPN und DGN 2016)

**Expertenstandard** Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (DNQP 2019)

## Expertenstandard in der Beziehungsgestaltung von Menschen mit Demenz

„Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern“ (Roes et al., 2018, S. 31).

Bedürfnisse nach T.Kitwood:

Wohlbefinden/ Selbstbestimmung

Einbeziehung

Bindung

Identität

Beschäftigung

## Rahmenempfehlungen und S3 Leitlinie Demenzen:

- ✓ Verstehende Diagnostik zur Identifizierung von Bedingungsfaktoren
- ✓ Einsatz von Assessment-Instrumenten zur systematischen Aufdeckung und Dokumentation von herausforderndem Verhalten
- ✓ Validierendes Verhalten
- ✓ Erinnerungspflege
- ✓ Basale Stimulation, Snoezelen, körperliche Berührung
- ✓ Bewegungsförderung
- ✓ Handeln in Krisensituationen

Umgang bei herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz

*Die Suche nach den Gründen gilt als oberste Handlungsmaxime*

Vom negativen Problemverhalten hin zur Verstehenshypothese

Fallbesprechungen



## Verstehende Diagnostik

die Perspektive des Menschen mit Demenz ist ebenso bedeutsam, wie die Einschätzung der Angehörigen und des multiprofessionellen Teams – gemeinsam verstehen lernen

- ✓ Fallbesprechung. „Mosaikteile sammeln“
- ✓ Demenzlogisches Verhalten verstehen

## Assessmentinstrumente

Beispiele:

- Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)  
(Cohen-Mansfield 1991)
- Dementia Care Mapping (DCM)  
(Bradford Dementia Group, 1997)



NBD = Need Driven Compromised Behaviour Model, Algase/Kolanowski 1996/1999

Ein Hilfsmittel bei der verstehenden Diagnostik

## 1. Hintergrundfaktoren

→ Neurologischer Status

(Tagesrhythmus der Vitalfunktionen, motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/Merkfähigkeit, Sprache, sensorische Fähigkeiten)

→ Gesundheitsstatus, demografische Variablen

(AZ, Funktionsfähigkeit (ADL), Affekt, Geschlecht, Ethnizität, Familienstand, Schulbildung, Beruf)

→ Psychosoziale Variablen

(Persönlichkeit, Verhaltensreaktion auf Stress)

## NDB Modell

### 2. Physiologische Bedürfnisse

- ✓ Hunger/Durst, Ausscheidung, Schmerz, Unwohlsein, Schlafstörungen)
- ✓ Psychosoziale Bedürfnisse (Gefühle, Stimmungen)
- ✓ Physikalische Umgebung (Gestaltung, Licht, Geräusche, Design, „Alltag“, Temperatur)
- ✓ Soziale Umgebung (Personalausstattung/-stabilität, Atmosphäre, Präsenz anderer)

## Validation („Wertschätzung“)

- Cora van der Kooij - Mäeutik (1992 und 2006)
- Nicole Richard – Integrative Validation (1999)

Validation im mäeutischen Ansatz

Weiterentwicklung der validierenden Grundhaltung zur erlebensorientierten Pflege

- **nicht Verhaltensauffälligkeiten, sondern positive Begegnungen und Kreativität stehen im Mittelpunkt**
- suchend reagieren (mitgehen aber ggf. auch konfrontieren)

## Demenzgerechtes Milieu

- **Haltung der Mitarbeitenden**
  - Validierende Umgang
- **Architektur**
  - Ablesbarkeit
  - Vertrautheit
  - Unabhängigkeit
  - Licht
- **Tagesstrukturierung**
  - Am Alltag orientiert
  - Biografieorientiert
  - 10- Minuten-Aktivierung

## Körperbezogene Therapieansätze

Basale Stimulation, in den Arm nehmen, den Körper spüren lassen, essen/ trinken, Klangmassagen, Licht, Maeutik, Musiktherapie

## Medizinische Ansätze

Zusammenarbeit mit Ärzten, Schmerzen erkennen, Medikamente, KH- Einweisung

## Abwehr/ Restriktion

Ins Zimmer bringen, schreien/ rufen lassen, zurückschreien



Einzelne Autoren weisen darauf hin, dass  
«störendes» Schreien und andere Formen von unruhigem Verhalten als relativ  
pharmakoresistent gelten (Class et al., 1997).

«Pfleger können bei Schreien und Rufen von Menschen mit  
Demenz nicht Nichts machen.» (Urselmann, 2006).

## Bewältigungsstrategien

Auszeit nehmen/ Time out

Offene Kommunikation im Team

Zeitplan für den Kontakt mit dem MmD

Was läuft gut?

Neuroleptika

*dass ich gemerkt hab, dass ich da an eine Grenze komme, wo ich wirklich meine, meine Wut, die ich jetzt eigentlich darauf hatte, weil ich hilflos war und nicht intervenieren konnte, auf den Bewohner übertragen habe. Das staute sich so ihn mir auf, dass ich wirklich gedacht habe: «Meine Güte, jetzt halt doch die Klappe und jetzt hör mal auf zu schreien». Da habe ich gedacht: «Oh, jetzt wird's grenzwertig. Jetzt intervenierst du, indem du nur noch zu zweit hier pflegst».*



---

Martinstraße 52, W30  
D-20246 Hamburg

Melanie Feige  
Expertin für Menschen mit Demenz  
Telefon: +49 (0) 40 7410-51582  
Telefax: +49 (0) 40 7410- 56187  
m.feige@uke.de  
www.uke.de