Alt und aggressiv?!

Menschliche, pflegerische, medizinische und juristische Probleme beim Umgang mit fremdgefährdendem Verhalten älterer Menschen.

Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen

HESS
REHA-ZENTRUM

1988	Bankkaufmann
1998	Studium der Psychologie in Tübingen
1999	Wissenschaftlicher Assistent
1999	Intensivrehabilitation Neresheim
2001	Rehabilitationsklinik Bad Buchau
2006	Klinischer Neuropsychologe GNP
2009	Promotion (Dr. rer. nat.) in Tübingen
2010	Ambulante Rehabilitation Marbach a.N. und Markgröningen
2010	Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)
2011	Dozent an der Volkshochschule Ludwigsburg
2012	Lehrbeauftragter der Universität Tübingen
2012	Ambulante Rehabilitation Bietigheim-Bissingen
2012	Dozent für Psychiatrie an der Altenpflegeschule Stuttgart

Mit Spazierstock gegen Angreifer

Menschen im Alter von über 50 Jahren lernen in Besigheim Tricks zur Selbstverteidigung

Mit Regenschirm, Schlüssel und Spazierstock lassen sich Angreifer in die Flucht schlagen. Und zwar auch, wenn man schon älter ist. Das lehrte ein Kurs mit einem Selbstverteidigungs-Fachmann in Besigheim.

MICHAELA GLEMSER

Trainer Shihan Minithanthri demonstriert, wie man sich auch als vermeintlich wehrloser Mensch gegen einen Angreifer verteidigen kann. Foto: Helmut Pangerl

Besigheim. Geschickt schwingt Irmela Hirsch ihren Spazierstock über ihre Schultern und holte zu einem gezielten Schlag aus. Einen möglichen Angreifer hätte die 69-Jährige damit sicherlich gewaltig überrascht, denn keiner würde der Rentnerin aus Besigheim derartige Fähigkeiten zutrauen. „Wer plötzlich angegriffen wird, hat maximal eine Minute Zeit zu reagieren. Es kommt dabei nicht auf möglichst viel Kraft, sondern einzig auf die richtige Technik an. Es gibt spezielle Tricks, mit denen sich ältere, aber auch jüngere Menschen einfach und effektiv wehren können", erläutert Jutta Fojkar vom Karate-Verein Dhammika. Sie hatte die Idee zu diesem Selbstverteidigungskurs für Menschen über 50 Jahren, der am vergangenen Samstag erstmals von der Familienbildung Besigheim veranstaltet wurde.

Vier Frauen und zwei Männer zwischen 46 und 69 Jahren fanden sich im Paul-Gerhardt-Haus ein, um mit Trainer Shihan Minithanthri nicht nur ihre Fähigkeiten in der Selbstverteidigung zu schulen, sondern vor allem auch ihr Selbstbewusstsein zu stärken. „Jemand hat mir schon einmal versucht, meinen Rucksack von der Schulter zu reißen. Es ist manchmal schon gefährlich, als Frau alleine unterwegs zu sein. Viele denken zudem, dass sie gerade mit älteren Menschen leichtes Spiel haben", machte Irmela Hirsch deutlich. Auch Sigrid Seidlitz aus Kirchheim lauschte konzentriert den Erklärungen des Karate-Trainers. „Ich bin total überrascht davon, mit wie wenig Kraftaufwand sich eine große Wirkung erzielen lässt", betonte Seidlitz und übte weiter den passenden Schlag mit ihrem Walkingstock.

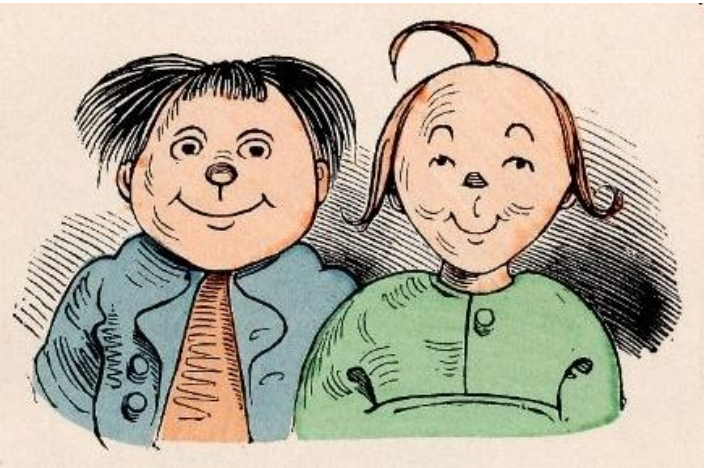
Übung macht bekanntlich den Meister, darin waren sich alle Teilnehmer einig, die nur durch mehrmaliges Wiederholen das richtige Gefühl für die speziellen Handgriffe und Schwünge bekamen. „In gefährlichen Situationen können sich Senioren mit Regenschirmen, Walking- oder Spazierstöcken, aber auch dem Hausschlüssel schnell wehren und diese Hilfsmittel zur Selbstverteidigung einsetzen. Wir arbeiten in unserem Verein eng mit dem Deutschen Karateverband zusammen, in dessen Rahmen es immer mehr Schulungen von Übungsleitern speziell für Menschen über 50 und 60 Jahren gibt. Die Nachfrage ist groß", sagte Fojkar.

Bei Trainer Minithanthri jedenfalls waren die Teilnehmer in den richtigen Händen, denn er ist nicht nur ein erfahrener Karate-Trainer, sondern hat bereits erfolgreich als Bodyguard und Security-Fachmann gearbeitet. „Es ist unser Ziel, nicht nur Kursangebote für Familien mit Kindern zu veranstalten, sondern auch immer mehr Offerten für Erwachsene in unser Programm aufnehmen. Ältere Menschen sind heute viel aktiver als früher. Sie sind viel mehr unterwegs und setzen sich dabei natürlich auch brenzligen Situationen aus", erläuterten die beiden Geschäftsführerinnen der Familienbildung Caroline Raithel und Stephanie Reczko.

Im März soll es s eine Neuauflage des Kurses vom Samstag geben. „Aber diese Selbstverteidigungstipps sind sicherlich auch für junge Menschen interessant. Daher könnten wir uns ein solches Angebot beispielsweise für Mädchen ebenfalls vorstellen", unterstrich Raithel. Rentnerin Hirsch jedenfalls weiß seit Samstag, wie sie reagieren muss, wenn ihr wieder einmal jemand den Rucksack entreißen will. „Mit der neu erlernten Technik trete ich künftig viel selbstbewusster auf", sagt sie.

Vorwort.

Ach, was muß man oft von bösen
Kindern hören oder lesen!
Wie zum Beispiel hier von diesen,
Welche Max und Moritz hießen.



Die, anstatt durch weise Lehren
Sich zum Guten zu bekehren,
Oftmals noch darüber lachten
Und sich heimlich lustig machten.
Ja, zur Übeltätigkeit,
Ja, dazu ist man bereit!
Menschen necken, Tiere quälen,
Äpfel, Birnen, Zwetschgen stehlen
Das ist freilich angenehmer
Und dazu auch viel bequemer,
Als in Kirche oder Schule
Festzusitzen auf dem Stuhle.
Aber wehe, wehe, wehe!
Wenn ich auf das Ende sehe!
Ach, das war ein schlimmes Ding,
Wie es Max und Moritz ging.
Drum ist hier, was sie getrieben,
Abgemalt und aufgeschrieben.

Aggressives Verhalten

Definition aus Lehrbuch

(Myers (2008). Psychologie. Heidelberg: Springer)

Aggression

„Jedes körperliche oder verbale Verhalten, das mit der Absicht ausgeführt wird, jemanden zu verletzen oder zu schädigen.“

Nervenarzt 2008 · 79:359–370
DOI 10.1007/s00115-007-2389-7
Online publiziert: 30. Januar 2008
© Springer Medizin Verlag 2008

T. Steinert · J. Bergk
Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm, Ravensburg

Aggressives und gewalttätiges Verhalten

Diagnostik, Prävention, Behandlung

Definitionen

Allgemein akzeptierte Definitionen und Operationalisierungen der Begriffe Aggression und Gewalt existieren bisher nicht, wenn auch angesichts der Verbreitung des Phänomens umgangssprachlich in der Regel große Übereinstimmung besteht. Während das lateinische „aggredi" lediglich die Annäherung bezeichnet, wird im deutschen Sprachgebrauch mit „Aggression" ein meist ▶ **affektgeladenes Angriffsverhalten** bezeichnet, das nach außen gegen andere Menschen oder Gegenstände, aber auch gegen die eigene Person (Autoaggression) gerichtet sein kann. Neben anderen, im psychiatrischen Kontext nicht relevanten, teilweise biologisch kategorisierbaren Formen (Beuteverhalten, Revierverteidigung etc.) wird eine instrumentelle, zielgerichtet eingesetzte Aggression (z. B. bei kriminellen Handlungen) einer spontanen, impulsiven bzw. emotional induzierten Aggression gegenübergestellt. „Gewalt" kann als Unterkategorie von „Aggression" mit engerem Begriffsfeld verstanden werden: Darunter werden Handlungen verstanden, die die direkte Absicht implizieren, Personen oder Gegenständen ▶ **physischen Schaden** zuzufügen.

„Alzheimer“ - Miralles Elisa Gonzales (2007)

„Herausforderndes Verhalten“

Bewahren Sie die Persönlichkeit Ihrer Alzheimer-Patienten.*

EXELON-Pflaster von Anfang an.

Einfach. Konstant. Wirkstark.

EXELON®
transdermales Pflaster
Rivastigmin
Einfach. Konstant. Stark.

* EXELON-Pflaster: Zur symptomatischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz.

Aggressives Verhalten

Ausdrucksformen von Aggression:

- verbal
- körperlich (z.B. beißen, schlagen, kratzen) (Fingernägel schneiden, Gebiß)
- steuerbar/dosierbar (selbst oder von außen)
- ungefiltert
- Modulationsmöglichkeiten? Erste Frühwarnzeichen, wenn etwas aus dem Ruder läuft?
- externe niederschwellige Hilfsmöglichkeiten

Aggressives Verhalten

- durch Erkrankung („organisch“)
- durch eigene Reaktion auf Erkrankung („psychoreaktiv“)
- durch eigene Hilflosigkeit auf Erkrankung des anderen
- durch Hilflosigkeit auf Reaktion des Betroffenen auf seine Erkrankung
- durch „sich durchheucheln“ und verdrängen der immer offensichtlicher werdenden Krankheitszeichen
- Reaktion auf „es ist doch nur gut gemeint von mir“ (Überbehütung)
- Reaktion auf Etikettierung („jetzt trauen die mir auch gar nichts mehr zu, jetzt ist es vorbei“)

Aggressives Verhalten

- Überforderung
- kein Verständnis (auf beiden Seiten)
- Qualifikation
- „Supervision“ (eigene Psychohygiene)
- alte Rechnungen offen oder neu aufgemacht
- Missverständnisse, Fehlinterpretationen
- Empathie, Loslassen können, Ertragen können
- eigene Persönlichkeit und Lebensrollen
- Stabilität, auch ein Leiden ertragen zu können
- Gegeneinander ausspielen von Familienangehörigen
- Zerfall von Lebensplänen, Lebenskonzepten (Frustration-Aggression)

Aggressives Verhalten

- Überforderung

- Film: Frau Duda liebt! Als pflegende Angehörige völlig überfordert, frustriert von beiderseitiger Lebenssituation, fordert „Tablette vom Staat, ist besser für ihn“

- russ. Pflegerin in BR

- Pflegerin, Bett, an Haaren zerren

Film: Wohin mit Vater in ZDF, Aggression durch die ganze Familie, weil die jeweiligen eigenen Lebenskonzepte zerstört werden

ZDF Fernsehfilm der Woche

montags, 20.15 Uhr

Fernsehfilm der Woche

Startseite

Archiv und Vorschau

März 2010

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

Archiv als Liste

Sendungen von A-Z

KINO-KOPRODUKTION

ZDF

Um dem Vater zu helfen, einigen sich die Geschwister auf eine illegale Lösung.

Fernsehfilm der Woche

Wohin mit Vater?

Drama um Hilfsbedürftige und illegale Pflegekräfte

"Wohin mit Vater" beruht auf dem gleichnamigen Sachbuch eines anonymen Journalisten, der die Nöte und Sorgen der Pflegesuchenden und die Probleme mit illegalen Hilfskräften beschreibt. Erzählt wird die Geschichte eines Geschwisterpaars, das für den plötzlich alleinstehenden Vater eine Pflegelösung finden muss.

Drucken | Versenden

Sendung vom 29.03.2010 [Archiv]

ZDFmediathek

Bilderserie "Wohin mit Vater?"

Video Komponist Andreas Weidinger im Gespräch

Bilderserie "Mama kommt"

Bilderserie "Eine Frage des Vertrauens"

Bilderserie "Die Toten vom Schwarzwald"

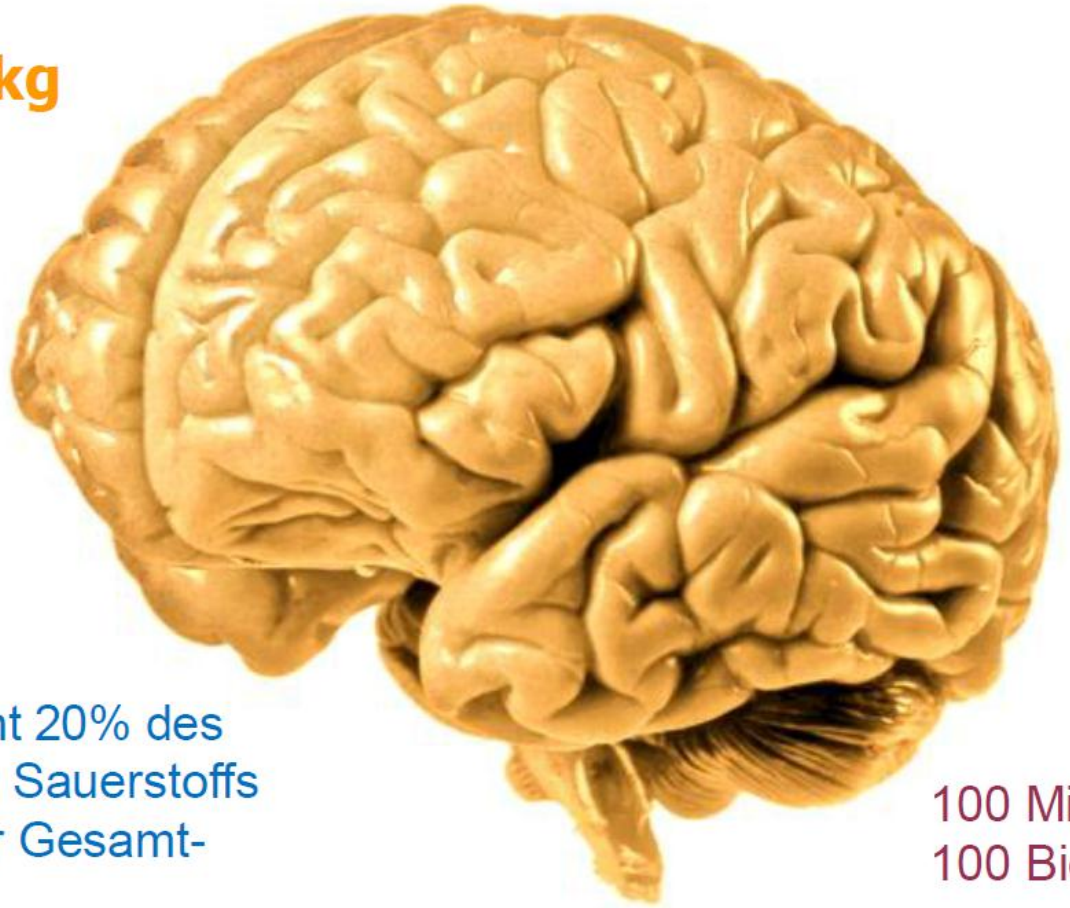
zur ZDFmediathek

FORUM

Diskutieren Sie das Thema mit anderen Zuschauern

Das Gehirn

1.2 – 1.4 kg



Verbraucht 20% des gesamten Sauerstoffs und ¼ der Gesamt-glukose

100 Mia. Neuronen
100 Bio. Synapsen

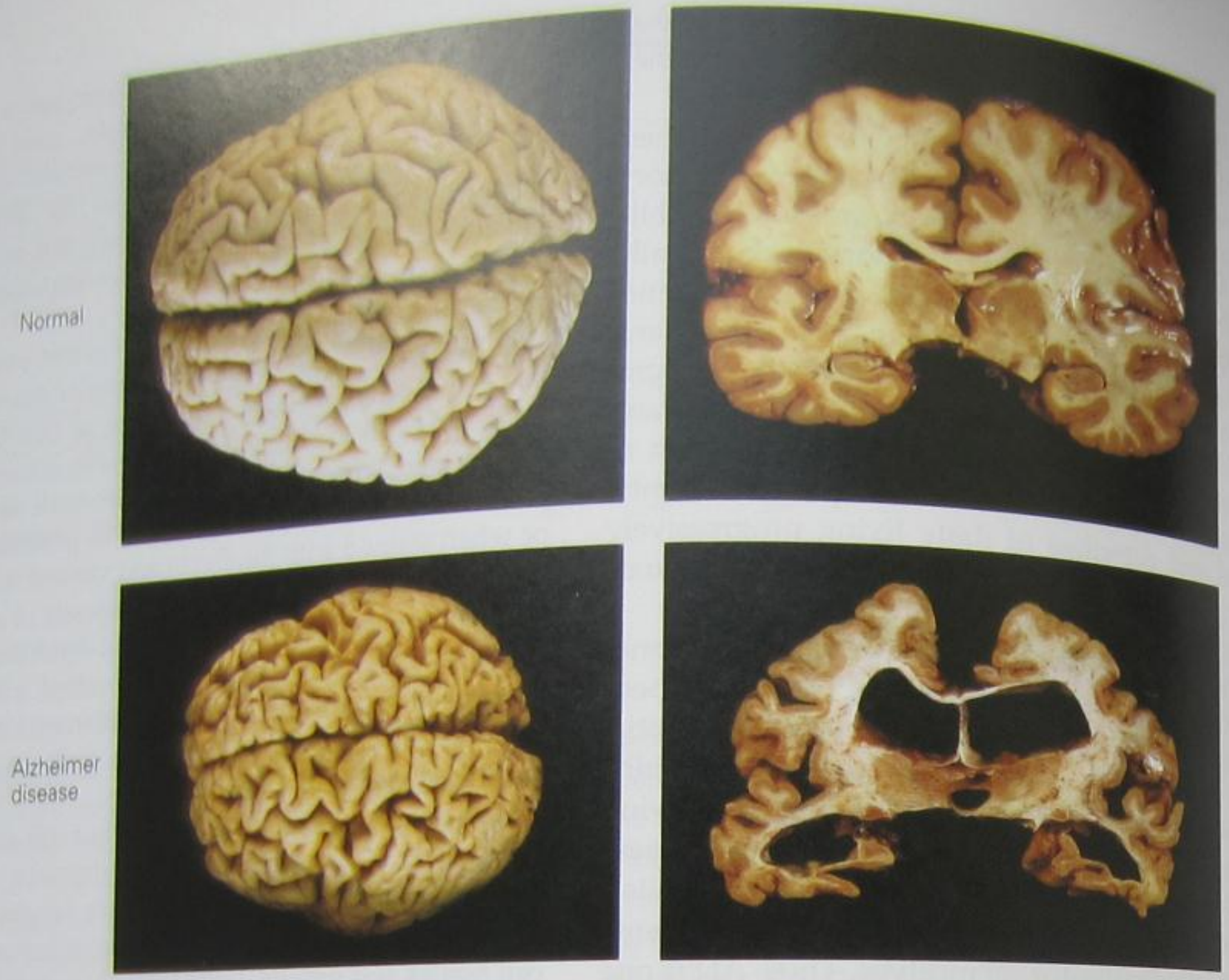
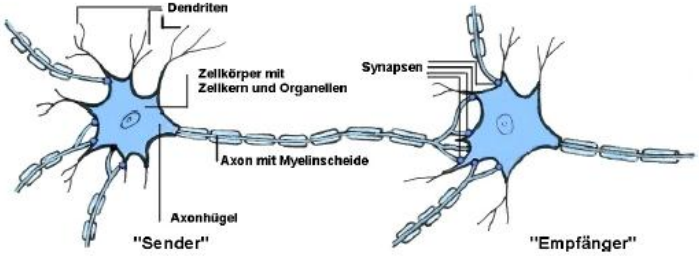
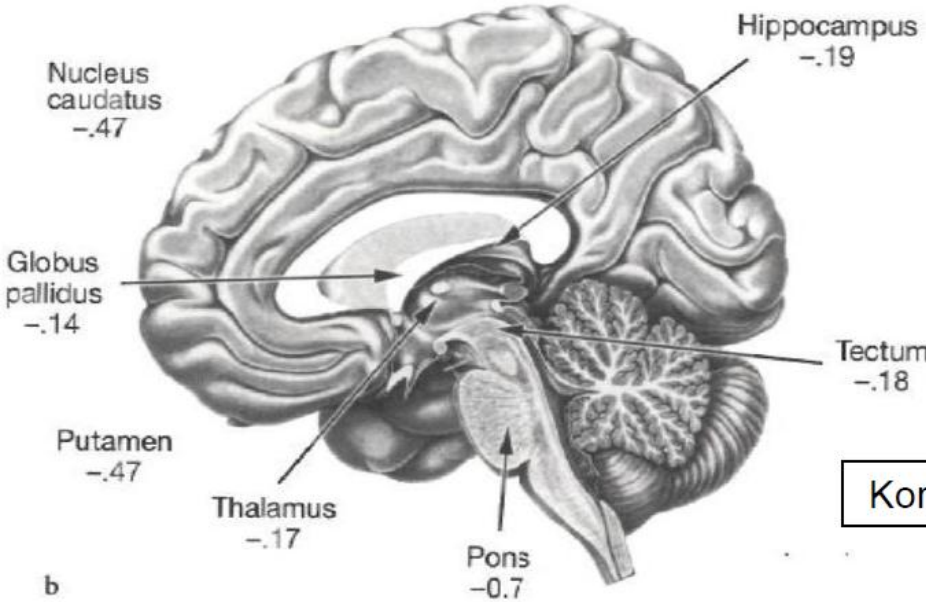
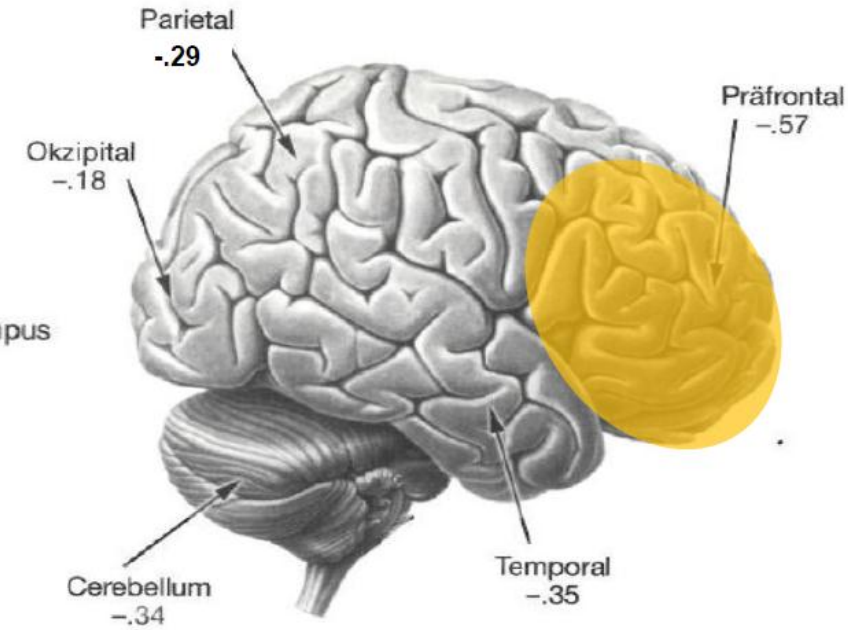


Figure 59–9 Overt pathological changes in the brain of individuals with Alzheimer disease. When compared to age-matched normal brains, the brain of an Alzheimer patient displays marked shrinkage and ventricular enlargement. (Whole brain photos from P. Anderson, University of Alabama at Birmingham, Department of Pathology; brain slice photos from A. C. McKee; all reproduced with permission.)

Das alternde Gehirn







Korrelationen zw. Alter und Atrophievolumen

Karnath & Thier. Neuropsychologie 2006. Springer-Verlag.

Argumentieren und Diskutieren - sinnlos und führt unnötig zu Überforderungssituationen und schwer beherrschbaren Konfrontationen (Ringkampf)

Nucleus paraventricularis
enthält neurosekretorische Zellen, beteiligt an Kontrolle von Blutdruck, Körpertemperatur und Appetit.

Nucleus dorsomedialis
wichtig für Essen, Trinken sowie Regulierung und Wahrnehmung des Körpergewichts

Tractus mamillothalamicus
überträgt Informationen zwischen Teilen des limbischen Systems.

Chiasma opticum

Nucleus suprachiasmaticus (»Innere Uhr«)

Nucleus supraopticus
Seine neurosekretorischen Zellen bilden die Hormone ADH (antidiuretisches Hormon, Vasopressin) und Oxytocin.

Nucleus posterior
sorgt für erhöhten Puls und Blutdruck, weite Pupillen und andere autonome Reaktionen bei »Kampf- oder Flucht-Reaktionen«.

Axone neurosekretorischer Zellen

Hypophysäres Pfortadersystem
Die Blutgefäße leiten Releasinghormone zum Vorderlappen.

Hypophysenstiel

HAUT

ARTERIE

NIEREN

NEBENNIEREN

SCHILDDRÜSE

Vorderlappen
n (Adenohypophyse) nimmt ypophyse ein. Er bildet acht ne und wird über Nervenim- annte Releasinghormone des Hypothalamus gesteuert.

Vene

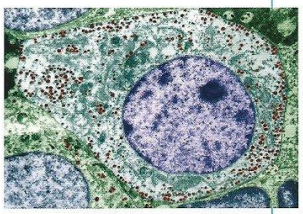
Hinterlappen
speichert ADH und Oxytocin aus dem Hypothalamus und setzt sie bei Bedarf frei.

KEIMDRÜSEN

KNOCHEN, KÖRPERWACHSTUM

BRUSTDRÜSEN

UTERUS UND BRUSTDRÜSEN



ENDOKRINE ZELLE
Die mikroskopische Aufnahme zeigt somatotrophe Zellen des Hypophysenvorderlappens. Sie bilden und speichern Wachstumshormone (rote Punkte).

HYPOPHYSÄRE HORMONE

- Melanozytenstimulierendes Hormon (MSH)
- Adrenocorticotropes Hormon (ACTH)
- Thyreoideastimulierendes Hormon (TSH)
- Follikelstimulierendes Hormon (FSH), Luteinisierendes Hormon (LH)
- Wachstumshormon (STH)
- Oxytocin
- Antidiuretisches Hormon (ADH)
- Prolaktin

Stressquelle: *Ist die Arbeitsbelastung zu groß ist, geht dabei unweigerlich die Orientierung verloren.*

Viele böse Worte, weil der Kaffee nicht schmeckt oder die falsche Bettwäsche aufgezogen ist: Angehörige von älteren Menschen wundern sich manchmal, warum diese auf einmal grantig, misstrauisch oder sogar aggressiv reagieren. Streitigkeiten tauchen auf, die eigentlich als beigelegt galten. Jahrelang unterschwellige Konflikte entladen sich vielleicht darin, dass die Älteren die Jüngeren beschimpfen.

Wichtige Zeitungsmeldung:

54 Frankfurter Rundschau | Freitag, 1. August 2008

NACHRICHTEN

Sack Reis umgekippt

In der chinesischen Stadt Luzhou (Provinz Sichuan) ist am Donnerstag ein Sack Reis umgefallen. Wie die amtliche Nachrichtenagentur Xinhua unter Berufung auf Parteikreise berichtete, neigte sich das 20-Kilo-Gebinde zunächst fast unmerklich, um dann plump umzukippen. Gefahr für die Bevölkerung bestand nach offiziellen Angaben zu keiner Zeit. „Wir haben schon lange mit einer solchen Situation gerechnet und waren vorbereitet", sagte der Vize-Direktor der Lebensmittelbehörde, Sheng Fui. Zeugen berichteten von einem fast geräuschlosen Ereignis.

Sack Reis umgekippt

In der chinesischen Stadt Luzhou (Provinz Sichuan) ist am Donnerstag ein Sack Reis umgefallen. Wie die amtliche Nachrichtenagentur Xinhua unter Berufung auf Parteikreise berichtete, neigte sich das 20-Kilo-Gebinde zunächst fast unmerklich, um dann plump umzukippen. Gefahr für die Bevölkerung bestand nach offiziellen Angaben zu keiner Zeit. „Wir haben schon lange mit einer solchen Situation gerechnet und waren vorbereitet", sagte der Vize-Direktor der Lebensmittelbehörde, Sheng Fui. Zeugen berichteten von einem fast geräuschlosen Ereignis.

Erklärungsansätze für aggressives Verhalten

Aggression als ein dem Mensch innewohnender Trieb
(z.B. Darwin)

Argumentation ist zirkulär:
Weil es Aggressionen gibt, gibt es einen Aggressionstrieb.
Weil es einen Aggressionstrieb gibt, gibt es Aggressionen.

Erklärungsansätze für aggressives Verhalten

- feindselige Aggression (Primärziel: Schädigung des Gegenübers)
- Beuteaggression
- instrumentelle Aggression (Schädigung ist Mittel zur Erreichung nicht aggressiver Ziele, berechnend)
- Frustrations-Aggressions-Theorie

Frustrations-Aggressions-Theorie

Wenn man gehindert wird, ein Ziel zu erreichen,
entsteht Frustration,
dadurch Wut,
und schließlich Aggression.

Erklärungsansätze für aggressives Verhalten

Theorie aggressiver Hinweisreize (Berkowitz (1964, 1974)

Frustration
negativer affektiver Zustand (z.B. Ärger)
innere Bereitschaft, aggressives Verhalten zu zeigen

Anwesenheit aggressiver Hinweisreize provoziert aggressives Verhalten (auch solche, die durch Erfahrung mit Aggressionen in Verbindung gebracht werden)

Beispiel: Waffeneffekt (Berkowitz & Le-Page, 1967)
Steuerung durch situativ kontrollierte automatisch ablaufende Verhaltensprogramme

Erklärungsansätze für aggressives Verhalten

Impulsive Aggression

-Reaktion auf Situation und ist emotionsgeleitet
-„Im Eifer des Gefechts“
-hohe emotionale Reagibilität
-starke emotionale Reaktionen auf eine Bandbreite von Situationen

Alles Gute zum 15. Geburtstag

Mere-Exposure-Effekt

-Vertrautheit führt zu Zuneigung oder Akzeptanz
-je häufiger man jemanden sieht, desto mehr mag man ihn (wenn man sich erinnert ...)
-wenn man das eigene Gesicht wiedererkennt, schafft dies auch Vertrautheit und Sicherheit
-was einem vertraut vorkommt, ist allgemein sicher
-was unvertraut ist, ist häufiger gefährlich oder bedrohlich
-gefühlsmäßige Vorurteile gegenüber Angehörigen anderer Kulturen können massive emotionale Reaktionen (automatisiert) auslösen.

Danke!

Dr. Wolfgang Kringler, Bietigheim-Bissingen

www.reha-hess.de

wolfgang.kringler@t-online.de

HESS
REHA-ZENTRUM

Eigengefährdung

Fremdgefährdung

Überforderungsreaktionen

Übersprungshandlungen

Schuldgefühle

Umgang mit eigenen Grenzen

Viele böse Worte, weil der Kaffee nicht schmeckt oder die falsche Bettwäsche aufgezogen ist: Angehörige von älteren Menschen wundern sich manchmal, warum diese auf einmal grantig, misstrauisch oder sogar aggressiv reagieren. Streitigkeiten tauchen auf, die eigentlich als beigelegt galten. Jahrelang unterschwellige Konflikte entladen sich vielleicht darin, dass die Älteren die Jüngeren beschimpfen.

Kein Filter mehr,

moralische Tabus gibt es nicht mehr

lust- oder gefühlsbetontes spontanes Verhalten aus einem Augenblick heraus

(Anatomie, Frontallappen, größter Hirnlappen)

Moralische Entwicklung und Kontrolle

Frontallappen Funktion!

Verlust der sozialen Kontrollfunktionen

Leben im Spontanen

Emotionen ohne Grenzen

bislang unterdrückte Gewaltzüge

Hilflosigkeit, Pflegefehler oder Fettnäpfchen der Helfer

Möglichkeit zum Selbstmonitoring und Supervision, Überforderung mit sich und der Situation?

Psychotherapie alter Menschen

Indikationsprobleme

- fehlende Plastizität im Alter
- fehlende Perspektiven im Alter
- insgesamt reduzierte Zeitperspektive (verbleibende Lebenszeit)
- Multimorbidität im Alter
- sehr langer zeitlicher Abstand zwischen Kindheitserlebnissen, Jugend und aktuellem Alter

Psychotherapie alter Menschen

Behandlungsprobleme

- meist jüngerer Therapeut (Rollenmuster, alte Konflikte)
- Erziehungsstile (Abwehr gegenüber dem Eingestehen von Konflikten und Beeinträchtigungen; sich „zusammenreißen“ und klaglos funktionieren)
- Probleme selbst lösen wollen („hilf Dir selbst“)
- Scham- und Schuldgefühle
- Eingeständnis von Hilfsbedürftigkeit, Schwäche, nicht selbst gelöste Probleme
- Psychotherapeut (hilfsbereit, empathisch, „wissend“) darf in der Übertragung nicht zu „strengem Elternersatz“ missverstanden werden
- Konfrontation mit nicht verwirklichten Lebensplänen
- Erkenntnis, dass manches endgültig versäumt ist
- depressiv getönte Lebensbilanzierung (schwarz-weiß-Denken relativieren)
- Lebensqualität (Alltag, Interessen, Hobbies, Kontakte)
- Gefahr der symbiotischen Anklammerung, Partnerersatzwunsch (Enkelersatz)
- Abschied und Trennung (Therapieende) gut vorbereiten, da traumatisch (!)
- Angebot zu Nachkontakten („Holding-Prinzip“)

Psychotherapie alter Menschen

Bedeutung für den Therapeuten

- Kontakt mit älteren Menschen, die seinem eigenen Lebenszyklus nicht entsprechen
- Auseinandersetzung mit dem Altwerden
- Auseinandersetzung mit der Bregrenztheit des Lebens
- Auseinandersetzung mit zunehmenden Verlusten
- Auseinandersetzung mit abnehmender sozialer Attraktivität (?)
- Auseinandersetzung mit Tod und Sterben

Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsych of Dementia

(Am J Psychiatry 2005; 162:1996–2021)

Gill Livingston, M.D., F.R.C.Psych.

Kate Johnston, M.Sc.

Cornelius Katona, M.D., F.R.C.Psych.

Joni Paton, B.Sc.

Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.

Old Age Task Force

Objective: The authors systematically reviewed the literature on psychological approaches to treating the neuropsychiatric symptoms of dementia.

Method: Reports of studies that examined effects of any therapy derived from a psychological approach that satisfied prespecified criteria were reviewed. Data were extracted, the quality of each study was rated, and an overall rating was given to each study by using the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine criteria.

Results: A total of 1,632 studies were identified, and 162 satisfied the inclusion criteria for the review. Specific types of psychoeducation for caregivers about manag-

Validation therapy for dementia (Review

Neal M, Barton Wright P

THE COCHRANE COLLABORATION®

Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for the Management of Neuropsychiatric Symptoms in Patients With Dementia

A Systematic Review

Liat Ayalon, PhD; Amber M. Gum, PhD; Leilani Feliciano, PhD; Patricia A. Areán, PhD

Arch Intern Med. 2006;166:2182-2188

TABLE 2. Studies of the Use of Reality Orientation Therapy in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

Author	Randomization	Comparison Group	Number of Patients	Number of Comparison Subjects	Therapeutic Regimen	Outcome	Level of Evidence[a]
Baines et al., 1987 (13)	Yes	Yes	10 (five received	5	Reality orientation	Improved behavior at 6-	2b
Baldelli et al., 1993 (20)							4
Brook et al., 1975 (21)							3b
Greene et al., 1979 (22)							5
Greene et al., 1983 (23)				comparison subjects.	minute sessions 2–3 days a week)	the end of the orientation phase	4
Hanley et al., 1981 (24)	Yes	Yes	28	29	Classroom reality orientation therapy; ward orientation training	No behavioral change in either group	2b
Ishizaki et al., 2000 (25)	No	No	6	0	Reality orientation therapy group sessions (3 hours/ week for 3 months)	No change in behavior	4
Johnson et al.,	No	Yes	75	23	Standard classroom reality orientation	All groups showed the improvement in	4

Realitätsorientierungstherapie: 11 Studien

Reduzierung der Behinderung durch die Orientierungsdefizite durch ständiges aktives Bereitstellen von Orientierungshilfen

Keine Besserung in der am besten kontrollierten Studie (24)

Besserung bei nicht-randomisierten Studien

Empfehlungsgrad Level „D"

Cochrane-Review: Withdrawn -> Kogn. Stimulation

TABLE 3. Studies of the Use of Cognitive Stimulation and Other Dementia-Specific Therapies in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

Kognitive Stimulation: 4 Studien

Regt zusätzlich zur Informationsverarbeitung an – keine Leistungstests!
Zusätzliche Komponenten der Validation, MSS und Reminiszenztherapie.
(31),(32),(34),(35)
(35) MMSE ES=0,37; ADAScog ES = 0,4;
QoL-AD ES = 0,38.
Drei der vier Studien zeigten positive Ergebnisse

Nach neun Monaten war in Studie (31) jedoch keine Besserung mehr nachweisbar. Empfehlungsgrad Level „B“

Author	Ra		Number of				
Mitchell and Maercklein, 1996 (30)							
Quayhagen et al., 1995 (31)							
Quayhagen et al., 2000 (32)							
			seminar group, 16 in day-care group)				
Romero and Wenz, 2001 (33)	No	Yes	43 (number of patients in each group was not specified)	43 (number of patients in each group was not specified)	3-week inpatient program of self-maintenance therapy	Significant decrease in depression and behavioral symptoms	4
Spector et al., 2001 (34)	Yes	Yes	17	10	15 sessions cognitive stimulation	Significant decrease in depression	2b
Spector et al., 2003 (35)	Yes	Yes	115	86	14 cognitive stimulation sessions	Improvement in quality of life (more improvement in women than in men)	1b

Requena et al., (2006) Effects of Cholinergic Drugs and Cognitive Training on Dementia:2-Year Follow-Up

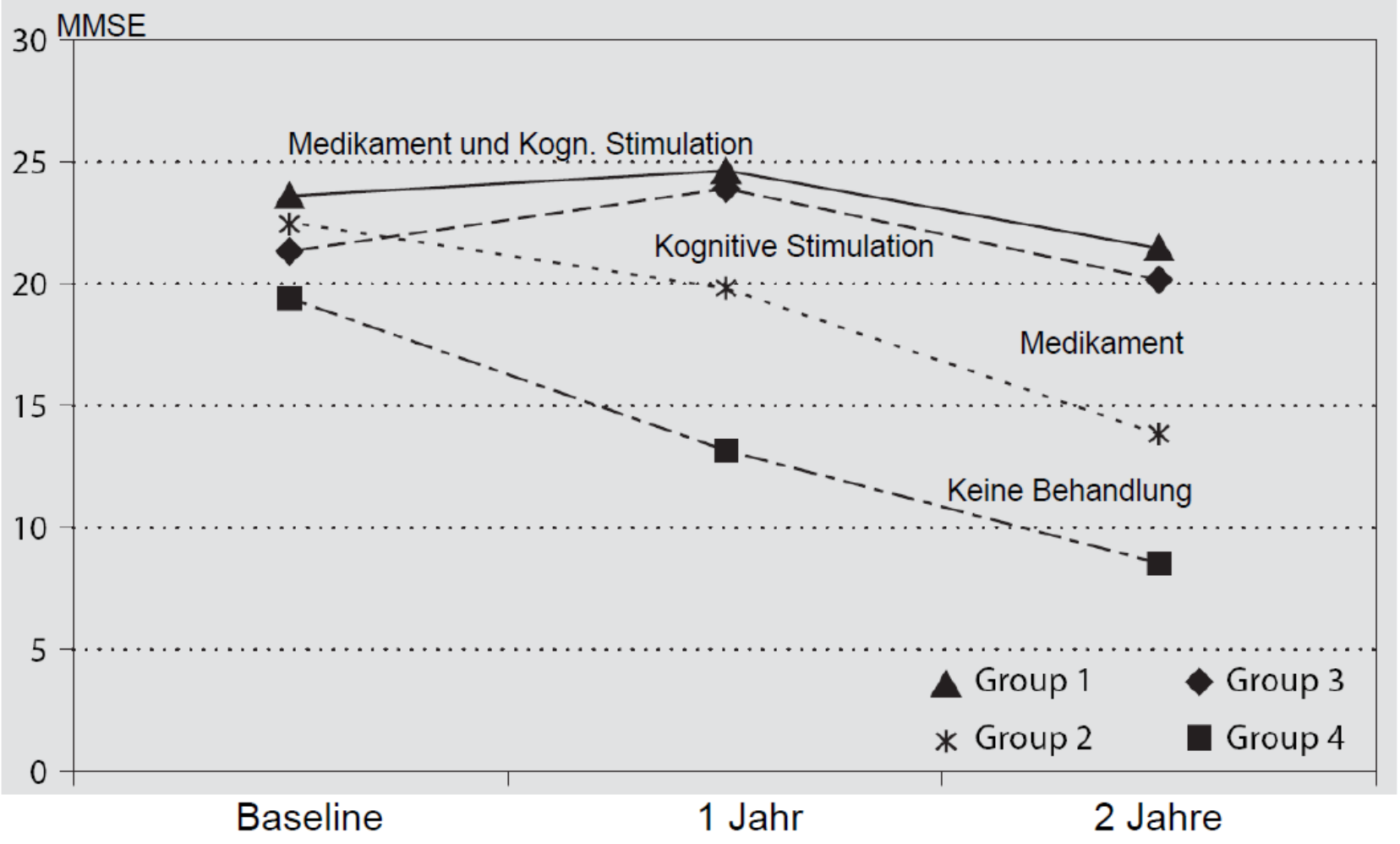


TABLE 1. Studies of the Use of Reminiscence Therapy and Validation Therapy in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

Study	Randomization	Comparison Group	Number of Patients	Number of Comparison Subjects	Therapeutic Regimen	Outcome	Level of Evidence[a]
Brooker and Duce, 2000 (12)	No	Yes	25	Patients were	Reminiscence	Reminiscence therapy	4
Baines et al., 1987 (13)							
Goldwasser et al., 1987 (14)							
Korb, 1997 (15)							
Haight et al., 2003 (16)						intervention group at 2 months	
Babins, 1988 (17)	No	Yes	5	Not specified	22 validation therapy sessions	Improvement in irritability scores	4
Morton and Bleathman, 1991 (18)	No	Yes	5 single cases	Patients were their own comparison	20 weeks of validation therapy	No change on behavior rating scales	5

Reminiszenztherapie: 5 Studien

Nutzung lebensgeschichtlich relevanter Stimuli wie alte Zeitungen oder Haushaltsgegenstände zur Förderung der Erinnerung und d. Austauschs
Keine Besserung in Studien Nummer (14) und (15)
Signifikante Besserung bei nicht verblindeten Ratern in (16)

Empfehlungsgrad Level „D“

Aber: Verbessertes Verhalten wenn Reminiszenztherapie auf ROT folgte und ausbleiben des Effektes bei umgekehrter Reihenfolge (1 Studie).

Cochrane Review: Woods et al. (2005):

Die Ergebnisse waren statistisch signifikant für Kognition (ES = 0,5), Stimmung (ES=1,7) und für Verhalten (ES= 0,42)

Study	Randomization	Comparison Group	Number of Patients	Comparison Subjects	Therapeutic Regimen	Outcome	Level of Evidence[a]
Brooker and Duce, 2((12)	No	Yes	25	Patients were	Reminiscence	Reminiscence therapy	4
Baines et 1987 (1							
Goldwass et al., 1 (14)							
Korb, 199 (15)							
Haight et 2003 (1							
Babins, 1 (17)							
Morton a Bleathn 1991 (1							
Toseland et al., 1997				social	therapy group	psychotropic use, or	

Validationstherapie: 3 Studien

Validierung der Gefühle des Patienten, wertfreies Akzeptieren des Verhaltens des Patienten – Möglichkeit, Gefühle und ungelöste Konflikte auszudrücken, und zu lösen - Arbeit mit Erinnerungen und Musik.

Verbesserung in Reizbarkeit in Studie (17)
Eine Studie zeigte keine Besserung (18)
Besserung in externer Bewertung durch die Pflege,
aber keine Besserung in unabhängigen Einschätzungen in (19)
Empfehlungsgrad Level „D"

Cochrane Review: Neal, Barton Wright (2003):

Peoples (1982): Verhaltensmasse in Woche 6: Val. besser als Standardbehandlung
Toseland (1997): Depression zu Monat 12: Val. besser als „Soziale Kontakte Gruppe"

Robb (1986) und alle anderen Vergleiche mit „Soziale Kontakte Gruppe" oder Standardbehandlung erbringen zu allen Messzeitpunkten keinen Unterschied.

2002 (38)				comparison subjects.	management program	disruptive behaviors at 6 months	
Hoeffer et al., 1997 (39)	No	Yes	10	Patients were their own comparison	Behavioral management techniques, including functional analysis of	Reduced aggression	4
Mishara, 1978 (40)							
Rogers et al., 1999 (41)				their own comparison subjects.	techniques, including usual care, skill elicitation, habit training for activities of daily living tasks (dressing)	in agitation scores with behavioral management, compared to usual care alone	
Suhr et al., 1999 (42)	Yes	Yes	17	17	Behavioral management techniques, including progressive muscle relaxation	Significant reduction in behavioral symptoms with behavioral management, compared to usual care	2b
Teri et al., 1997, 1994 (43, 44)	Yes	Yes	42	30	Behavioral management techniques, including behavior therapy emphasizing pleasant events (manual-guided intervention for patient and carer) or behavior therapy emphasizing problem solving (carer	Significant reduction in depression for both groups immediately after intervention and at 6-month follow-up	1b

Nicht demenz-spezifische psychologische Therapieformen: 25 Studien: behavioral management - Verhaltenstherapie

(36) - (60)

Empfehlungsgrad Level „B“

TABLE 8. Studies of the Use of Sensory Stimulation in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

Author	Randomi			Level of Evidence[a]
Baker et al., 1997 (105)	Yes			2b
Baker et al., 2001 (104)	Yes			1b
Burgio et al., 1996 (109)	No			4
Hope, 1998 (108)	No			4
Kempenaar et al., 2001 (110)	Yes			4
Kim and Buschmann, 1999 (111)	No			4
Remington, 2002 (98)	Yes			2b
		simultaneously for 10 minutes each	Effect lasted for 1 hour.	

Musik/Musiktherapie:
Multisensorische Stimulation:
Kombination aus Entspannung und sensorischer Stimulation durch Licht, Musik, Geräusche ...
Soll sensorische Deprivation verhindern. Nur kurz wirksam.
Staff-training (Fortbildung der Betreuung/ Pflege):
Empfehlungsgrad Level „B“

Sensorische Stimulation:
Modifikation der Umwelt (Ausgangstüren):
Empfehlungsgrad Level „C“

Simulierte Anwesenheit:
Strukturierte Aktivitäten: (Puzzle, Radfahren, Spiele, Lesen)
„Montessori-Aktivitäten“:
Körperliche Ertüchtigung:
Soziale Interaktion:
Reduzierte sensorische Stimulation:
Einsatz von Wegweisern:
„Gruppenwohnungen“:
Empfehlungsgrad Level „D“

TABLE 6. Studies of the Use of Other Caregiver Interventions in the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia

Author	Randomization	Comparison Group	Number of Patients or Caregivers	Number of Comparison Subjects	Therapeutic Regimen	Outcome	Level of Evidence[a]
Burgener et al., 1998 (68)						ween tive onths	2b
Marriot et al., 2000 (69)						ement in rvention o the up, er not at 3	2b
Eloniemi-Sulkava et al., 2001 (70)						on onths, benefit	1b
Ghatak, 1994 (71)						nce in r was ures	4
Haupt et al., 2000 (72)	No	Yes	14	Patients were their own comparison subjects	Manual-guided group intervention with caregivers that included cognitive behavior therapy, modeling, knowledge dissemination, financial and social advice	Significant reduction in patient anxiety and agitation from pre- to postintervention; no change in other neuropsychiatric symptoms	4
Hebert et al., 2003 (73)	Yes	Yes	79	79	Psychoeducational group program	Frequency of behavior problems was reduced (difference approached significance).	2b
McCallion et al., 1999 (74)	Yes	Yes	32	34	Education program, caregiver groups, family conferences, family visit with feedback about interaction	Reduction in depression, ideational disturbance, and agitation during family visits, reduced pacing, significant	2b

Caregiver Interventions:

Psychoedukation der Angehörigen; Anleitung zur Verbesserung der Interaktion mit den Patienten

9 Studien (61) - (79)

Empfehlungsgrad Level „A“

In Deutschland wird den Verhaltensauffälligkeiten noch zu wenig Beachtung geschenkt. Oft wird das "grantige" Verhalten der alten Menschen entschuldigt mit dem zunehmenden Alter des Patienten und als "normal" abgetan. Dass sich hinter Aggressivität, Unruhe, Misstrauen, Schimpfen und Schreien ein eigenständiges Krankheitsbild versteckt, ist in Deutschland noch weitgehend unbekannt. In England und in den USA werden diese Symptome bereits als Krankheit verstanden und die Patienten entsprechend therapiert. Es ist zu hoffen, dass dieser Umdenkungsprozess auch in Deutschland in der Zukunft rasch in Gang gesetzt wird.

Der allmähliche fortschreitende Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Denkvermögens ist die eine Seite einer Demenz-Erkrankung. Die Symptomatik, am ehesten bekannt unter dem Namen Morbus Alzheimer, ist bereits für sich allein genommen eine nahezu unerträgliche Belastung für die Familie, muss sie doch mit ansehen, wie ein geliebter Mensch vor ihren Augen geistig mehr und mehr verfällt, nicht mehr selbstbestimmt reagieren kann und zunehmend auf die Hilfe anderer angewiesen ist.
Verhaltensstörungen lassen oft Familien zerbrechen

Doch die Demenz ist eine "janusköpfige" Erkrankung: Noch weitaus gravierender sind die mit einer Demenz einher gehenden Verhaltensänderungen, die das Zusammenleben in der Familie am stärksten beeinträchtigen. Wenn ein geliebter Mensch plötzlich aggressiv, misstrauisch und feindselig gegenüber seinen nächsten Verwandten reagiert, wenn er Wahnvorstellungen entwickelt, dann wird die ohnehin schon mühselige Pflege zusätzlich durch die enorme emotionale Belastung erschwert.

Oftmals sind gerade diese Verhaltensänderungen der Grund für eine Heimeinweisung und damit das Herausreißen des Patienten aus seiner vertrauten Umgebung mit der Folge, dass Verunsicherung, Aggression und Hilflosigkeit verstärkt werden.
Die häufigsten Verhaltensstörungen sind:

Rastlosigkeit / Herumwandern / Unruhe: Dies ist ein typisches Phänomen bei Demenz-Kranken. Veränderungen im Antrieb sind oft ein erstes Zeichen für die Störungen im Gehirn. Die Betroffenen werden von einer inneren Unruhe getrieben, sie wollen ununterbrochen etwas tun, ohne jedoch zu wissen, was sie eigentlich tun wollten. Sie laufen umher, vergessen, was sie erledigen wollten, und fangen eine andere Tätigkeit an.

Gestörter Schlaf- / Wachrhythmus: Viele Demenzkranke leiden unter Schlafstörungen. Sie wandern in der Nacht im Dunkeln herum. Die Angehörigen können aus Angst und Besorgnis vor Unfällen und Verletzungen auch nicht mehr schlafen. Im Gegensatz zu den Betroffenen, die dann tagsüber schlafen, können sie ihren Schlaf nicht mehr nachholen.

Aggressionen und Wut: Demente verhalten sich oftmals - für die Angehörigen ohne erkennbaren Grund - aggressiv, und das nicht nur mit Worten, sondern auch mit Taten. Ausgelöst wird dieses Verhalten meist durch Angst oder auch aus Wut, um etwas für ihn eigentlich Selbstverständliches bitten zu müssen.

Misstrauen und Feindseligkeit: Demenz-Kranke misstrauen plötzlich Freunden, Bekannten und Verwandten, sie reagieren ihnen gegenüber feindselig und ablehnend. Selbst die engsten Angehörigen werden beispielsweise verdächtigt, ihnen etwas entwendet, "gestohlen" zu haben.

Niedergeschlagenheit und Depression: Depressive Verstimmungen sind - verursacht durch den geistigen Abbau - sehr häufig. Viele der Betroffenen merken, dass "irgendetwas" mit ihnen nicht mehr stimmt. Sie kommen mit ihrer Umwelt nicht mehr zurecht und wissen sehr wohl, dass sie auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Das macht sie niedergeschlagen und traurig, ohne dass sie etwas an ihrem Zustand ändern könnten.

Halluzinationen / Wahnvorstellungen: Demenzkranke haben oftmals Sinnestäuschungen (Halluzinationen), das heißt sie sehen etwas, was es gar nicht gibt, sie hören nicht vorhandene Stimmen und Geräusche oder sie riechen etwas, das die Familie nicht wahrzunehmen in der Lage ist. Viele der Betroffenen leiden auch an Wahnvorstellungen: So bezichtigen sie ihre Angehörigen des Diebstahls, sie fühlen sich von Fremden verfolgt und erkennen sich im Spiegel selbst nicht mehr und glauben, ein Fremder stünde ihnen gegenüber.