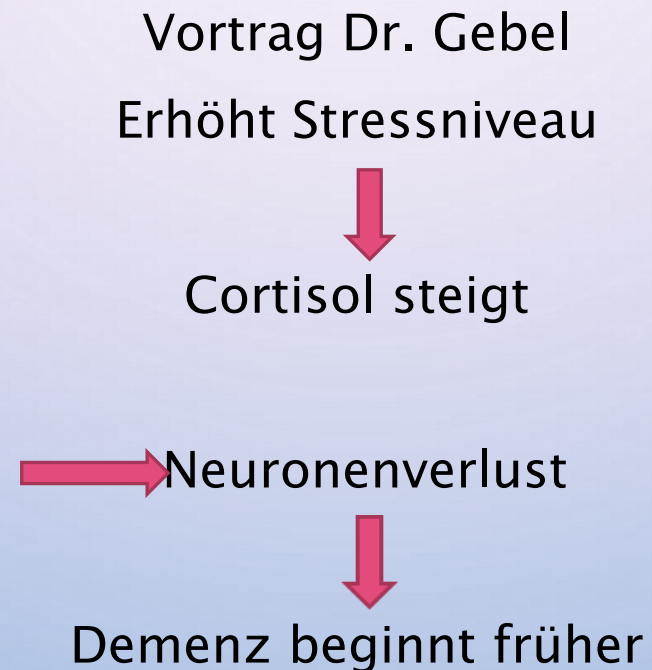


The background features a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the surface. A faint, large sun is visible in the upper center, partially obscured by the text.

KRISEN IM ALTER KÖNNEN DAS ALTERN VERMIESEN

1. HAUPTKRISE AUF DEM WEG ZUM ALTER:



KRISEN IM ALTER – EINE UNENDLICHE GESCHICHTE

SOMATISCH

Vasculäre Events (Schlaganfall)

Organinsuffizienzen (Herz, Lunge etc.)

Unfälle (Schenkelhalsbruch)

Gangstörungen /Schwindel

Carzinomerkrankungen

PSYCHISCH

affektive Störungen

Suizidalität

hirnorganische Psychosyndrome

(Delir, Wahn, Halluzination)

Demenz mit
herausforderndem Verhalten

KRISEN IM ALTER

Vorrangigste Krise : Altern

Alt werden will jeder, alt sein wenige

„finale“ Krise : Sterben

FOKUS DES VORTRAGS

Häufigste und gefürchtetste Krise im Alter:

Demenz und herausforderndes Verhalten

Kann man das verhindern?

DEMENZ – ULTIMATIVE KRISE IM ALTER

Bedeutet Verlust der „Persönlichkeit“ = Kern des Menschseins

Bis heute **keine medikamentöse** Therapie bekannt,
die Demenz verzögert, „moduliert“,
geschweige denn verhindert

Ein 70jähriger Mann beklagt subjektiv zunehmend Merkfähigkeitsstörungen, verlege oft Dinge, vergisst ihm Erzähltes oder vermag sich an manchen Zeitungsartikel nicht mehr zu erinnern, den er am Vormittag gelesen hat. Subjektiv bemerkt er einen deutlichen Unterschied zu seinen früheren Gedächtnis- und Merkfähigkeitsleistungen.

Bei der neurologischen und psychiatrischen Untersuchung fallen keine pathologischen Befunde auf. Selbst in der neuropsychologischen Testung – SLUMS–MOCA– zeigen sich noch normale Werte.

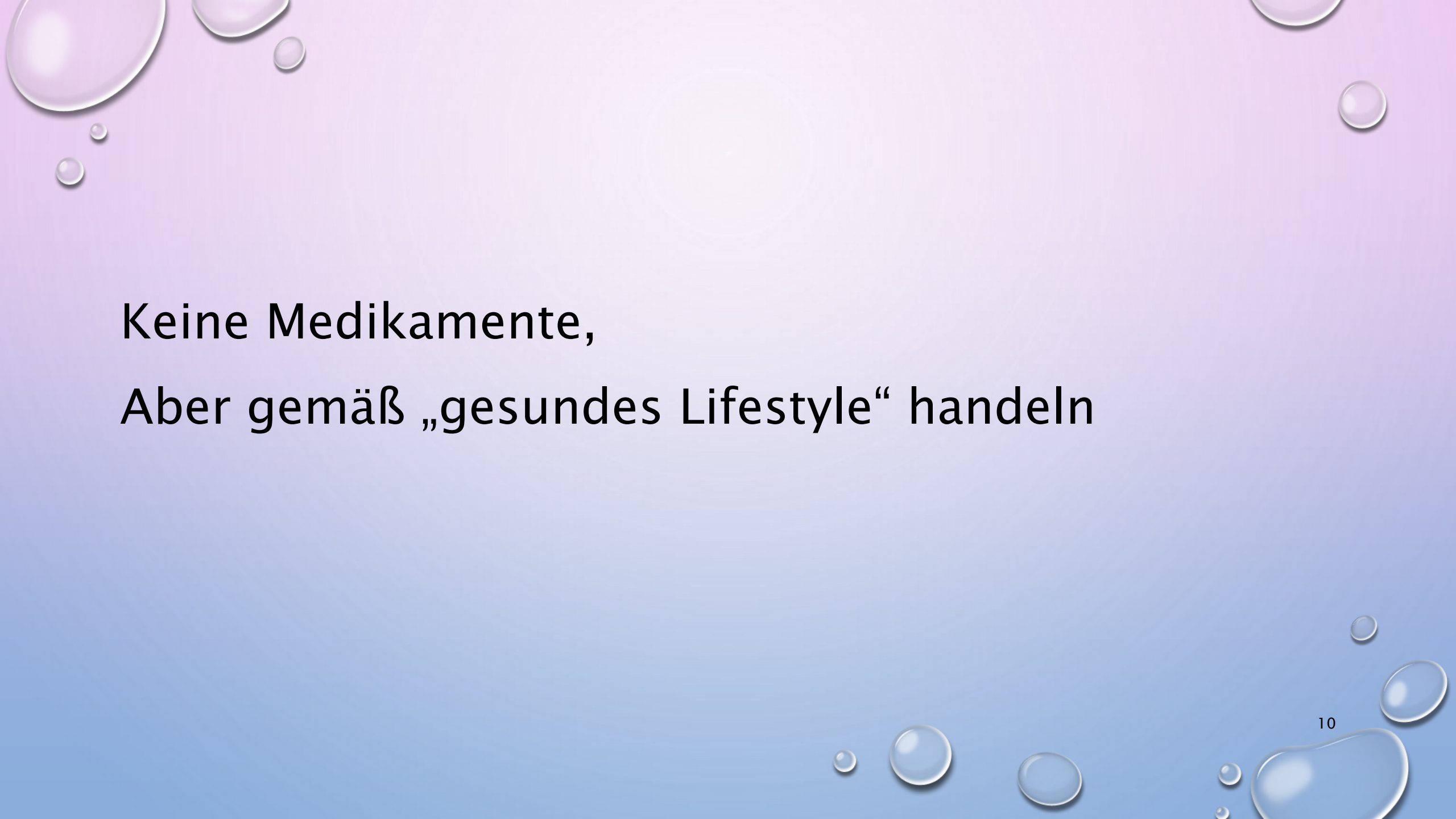
Welche diagnostische Einordnung treffen Sie?

SCI – subjektive kognitive Beeinträchtigung

DD Angststörung, depressive Störung

Zwanghafte Persönlichkeit

Wie würden Sie behandeln?



Keine Medikamente,
Aber gemäß „gesundes Lifestyle“ handeln

1 Jahr später kommt der Patient wieder in die Praxis. Sein Gedächtnis sei schlechter geworden. Jetzt falle es auch seinen Angehörigen auf, dass er zunehmend vergesslich werde. Er verpasse und vergesse teils wichtige Termine. Suche auch oft Schlüssel und Geldbeutel.

Er lebe noch alleine, fahre noch ohne Probleme Auto, koche noch für sich selbst und manage Steuer- und Bank-/Geldangelegenheiten ohne fremde Hilfe zufriedenstellend. In den neuropsychologischen Tests ist er 1 Sigma unter der Altersnorm, also im krankhaften Bereich

Welche Diagnose stellen Sie?

MCI- milde kognitive Beeinträchtigung

Welche therapeutischen Maßnahmen?

ACE-Hemmer nur kurzfristiger Erfolg

Ergotherapie? -> soziale Aktivitäten bessern

Präventive Maßnahmen

Der Pat. lebt alleine in seiner Wohnung. Wie kann man am besten eine Altenheim-
Unterbringung vermeiden?

Trotz aller unternommenen Maßnahmen, regelmäßigen ärztlichen Kontrollterminen verschlechtert sich der Patient zunehmend.

Nach einem weiteren Jahr muss der Sohn des Betroffenen die finanziellen Angelegenheiten übernehmen. Auch hat er mehrere kleine Verkehrsunfälle gebaut.

Welche Diagnose stellen Sie nun?

SDAT

-> DD frontal, vasculär, Parkinson, Lewiskörperchen-Erkrankung

Welche therapeutischen Maßnahmen sind nun zu tun?

Medikamente
Demenzmittel

HAUPTBAUSTEINE DER DEMENZMODULATION (aufgrund evidenzbasierter Studien)

Normal kognitives
Altern



NCA



subj. kognitive
Störung



SCI



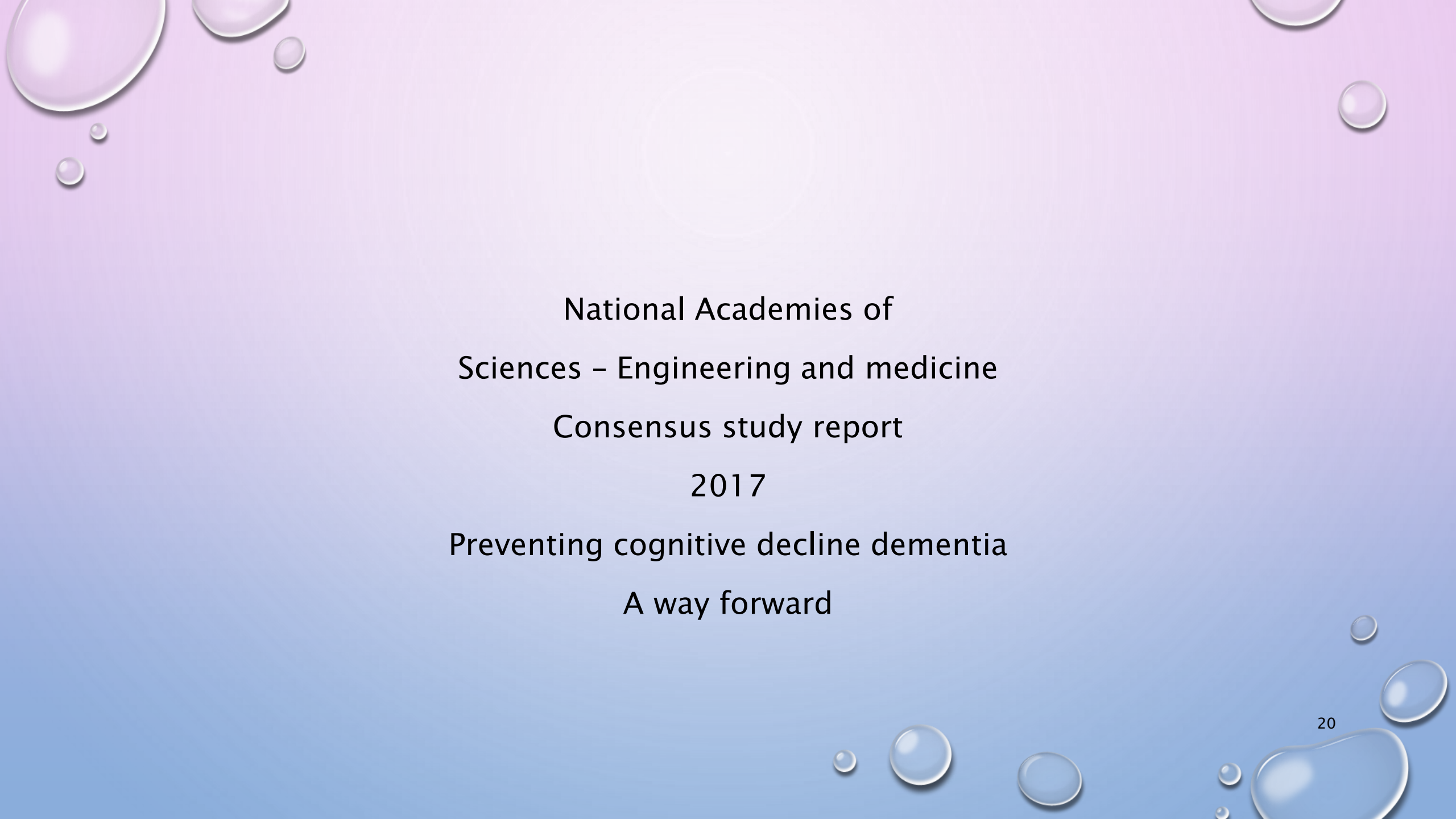
milde kognitive
Störung



MCI



SDAT



National Academies of
Sciences – Engineering and medicine
Consensus study report
2017

Preventing cognitive decline dementia
A way forward

NACHGEWIESENE WIRKSAME INTERVENTIONEN

- RR-Einstellung (v.a. im Mittelalter)
- Kognitives Training
- Erhöhte körperliche (sportliche) Aktivität

FAKTOREN MIT POTENTIUELLEM EINFLUSS

- Zuckereinstellung
- Depressionsbehandlung
- Nahrungsmittelinterventionen
- Fettstoffwechseltherapie
- Schlafqualitätsverbesserung
- Soziales Aktionsniveau
- Vit. B12 + Folsäuregabe

Vermindert Risiko

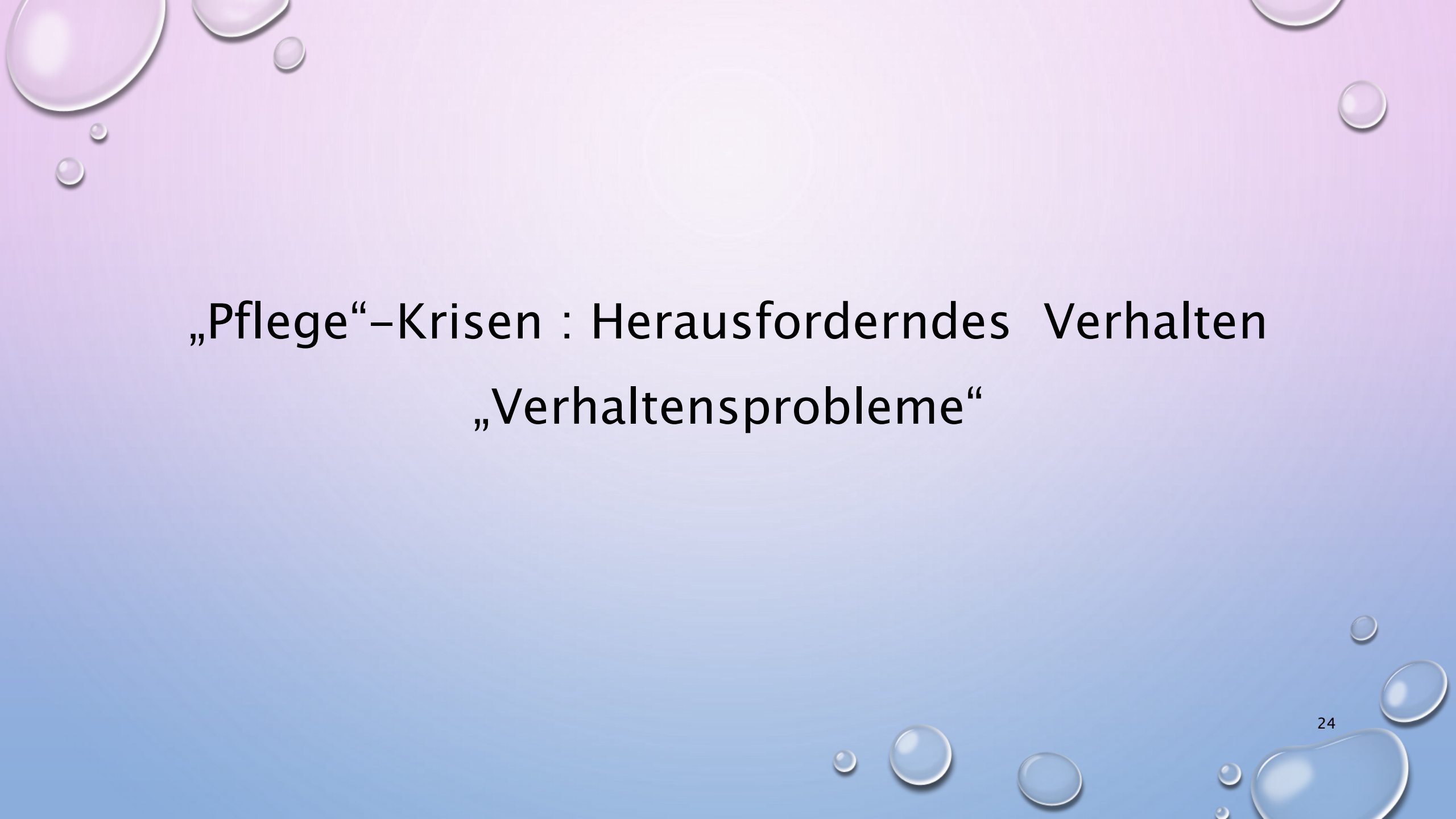
Früchte, Gemüse
Olivenöl, Nüsse

Schokolade, Kaffee,
Tee
Eier, Milchprodukte

Kartoffeln
Raffinierte
Weizenprodukte
Gesüßte Getränke
Rotes Fleisch

Processed Fleisch
Salz / Natrium

Erhöht Risiko



„Pflege“-Krisen : Herausforderndes Verhalten
„Verhaltensprobleme“

HÄUFIGE VERHALTENSPROBLEME

1. Depression
2. Angst
3. Schlafstörungen
4. Essstörungen
5. Irritabilität und Agitiertheit
6. Enthemmung, Stimmungsschwankungen, störenden Verhalten, Euphorie
7. Apathie
8. Hypersexualität

WICHTIGKEIT DER VERHALTENSPROBLEME

- Verhaltens- und neuropsychiatrische Symptome sind sehr häufig in allen Demenzformen
- Sie sind belastend für die Betroffenen und die die Pflegenden
- Sie führen auch zu erhöhter Mortalität, vermehrten kognitiven und sozialen Funktionsbeeinträchtigungen
- Sie führen zur früheren Institutionalisierung
- Pflegende „brennen eher aus“
- Neuaufnahme für Einstufung der neuen Pflegegrade

-> sollten so gut wie möglich behandelt werden

NICHTMEDIKAMENTÖSE MAßNAHMEN

- I. Verhaltensorientiert
- II. Emotionsorientiert
- III. Kognitiv
- IV. Sensorische Stimulation

KOGNITIVE THERAPIE

- Kognitive Stimulation (Aktivitäten / Aufgaben)
- Kognitionstraining
- Kognitive Rehabilitation
- Realitätsorientiertes Training

Verbesserung der Orientierung bezüglich Person / Zeit / Ort

II VERHALTENSORIENTIERTE THERAPIE

- Gedacht für herausforderndes Verhalten
- Z. B. Umgebungsmodifikation
strukturiertes Ablauf

III EMOTIONSORIENTIERTE THERAPIE

- Psychotherapie
- Reminiszenztherapie
- Validationstherapie

z. B. Reflexion über Gefühle, Bedürfnisse aussprechen, soziale Rollen verlassen, soziale Kontakte

IV SENSORISCHE STIMULATIONSTHERAPIEN

- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Aromatherapie
- Massagetechniken
- Snoezelen multisensorische Therapie
(Stimulation primärer Sinne)

- Tiertherapie

KOGNITIVE STÖRUNG UND NICHTMEDIKAMENTÖSE INTERVENTIONEN



ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN DER VERHALTENSPROBLEME I

- Prüfe bezüglich Infektion, Dehydration
- Prüfe nach körperlichen Veränderungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes renal, cardiopulmonal etc.)
- Prüfen nach NW von Medikamenten
- Prüfe v. a. bezüglich kürzlich neu verordneter Medikamente
- Vermeide anticholinerge Medikamente
- Vermeide Benzodiazepine
- Entschärfe gefährliche Umgebungsbedingungen
- Korrigiere Über/Unterstimulation
- Pflegendenedukation

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN II

ZEHN GEBOTE IM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN

- Im Umgang mit dem Kranken
- Im Gespräch mit dem Kranken

Im Umgang mit dem Kranken

- Gehe nahe an den Kranken heran
- Spreche ihn mit seinem Namen an
- Berühre seinen Körper
- Stelle dich vor ihn auf gleiche Höhe
- Stelle Blickkontakt her

Im Gespräch mit dem Kranken

- Spreche langsam und deutlich
- Gebrauche konkrete Wörter und kurze Sätze
- Ergänze deine Worte durch Gesten und Berührung
- Gib nur 1 Mitteilung auf einmal
- Benutze bestätigende Aussagen und Haltungen

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN III

VERHALTENSMODIFIKATIONSTECHNIKEN

- nicht verbale Kommunikation
 - Lächle immer
 - Benutze offene Gesten, z. B.
 - nicke „ja“
 - winke „Hallo“
 - zucke die Schultern
 - klopfe auf den Rücken
- Geben Sie Objekte, die sie zur Ablenkung gern haben

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN IV

BAULICHE VERÄNDERUNGEN

- Rundlauf
- Verborgene Ausgangstüren
- Spezielles Handling der Türöffner
- Bilder an den Wänden, die Ausgang verbergen
- Farbgestaltung der Räume
- Viel Lichteinfluss
- Garten und Gartenarbeit
- 2

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN V

TAGESSTRUKTURIERUNG

- Früh und mittags viel Tageslicht
- Mittagsschlaf 30 (60min.)
- Bis spätestens nachmittags körperliche Aktivitäten
- Tageslichtlampen 10.000 Lux
 - bei phase delayed
 - phase advanced
- Melatoningabe

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN VI

AKTIVITÄTSPROGRAMM

- Kognitiv stimulierende Techniken

In sozialen Gruppen besser als alleine oder am Computer

- Sportliche Aktivitäten mindestens 3–5 Mal pro Woche für 30 Minuten
- Soziale Aktivitäten (Karten / Brettspiele)
- Singen, Musizieren, Tanzen
(Aber 20–30iger Jahre Musik)
- Meditative Techniken (Qigong, Yoga)

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE

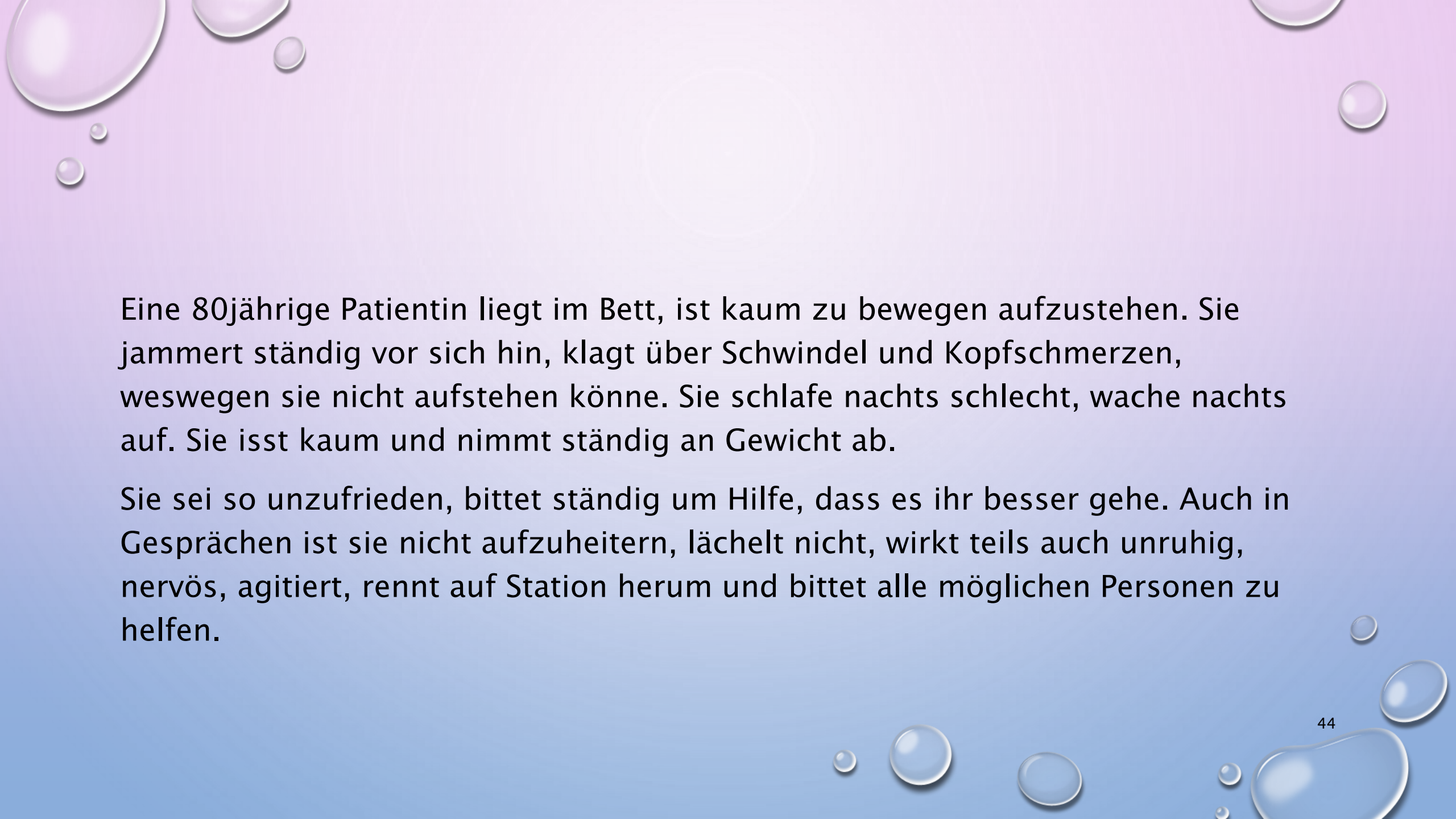
- Gleiche die Symptome mit dem Wirkungsprofil des Med. ab
- Vermeide traditionelle Neuroleptika

Haloperidol-cochrane review 2002

- Beginne mit kleiner Dosis und erhöhe die Dosis langsam
- Überwache Besserung
- Überprüfung der weiteren Notwendigkeit der Medikation in regelmäßigen Zeitabständen
- Bislang ist kein Medikament für diese Indikation zugelassen
- In Studien konnte teils eine Effektivität nachgewiesen werden

UNTERSCHIEDUNG APATHIE / DEPRESSION

Eine 86jährige Altenheimbewohnerin liegt meist in ihrem Bett. Sie ist kaum zu motivieren aufzustehen. Sie beklagt sich auch nicht über ihren Zustand. Wenn man sie motiviert, in den Aufenthaltsraum zu gehen, sitzt sie im Kreise der anderen Heimbewohner, aber ohne sich am Gespräch zu beteiligen. Sie nimmt kaum Anteil an dem Geschehen um sie herum, schaut auch nicht in den Fernseher. Sie liest weder in Zeitungen, die man ihr hinlegt, noch ist sie interessiert an Fotos aus ihrem früheren Leben. Sie sitzt nur regungslos da und starrt in die Umgebung.



Eine 80jährige Patientin liegt im Bett, ist kaum zu bewegen aufzustehen. Sie jammert ständig vor sich hin, klagt über Schwindel und Kopfschmerzen, weswegen sie nicht aufstehen könne. Sie schlafe nachts schlecht, wache nachts auf. Sie isst kaum und nimmt ständig an Gewicht ab.

Sie sei so unzufrieden, bittet ständig um Hilfe, dass es ihr besser gehe. Auch in Gesprächen ist sie nicht aufzuheitern, lächelt nicht, wirkt teils auch unruhig, nervös, agitiert, rennt auf Station herum und bittet alle möglichen Personen zu helfen.

APATHIE – METHODISCHES VORGEHEN

- Fremdaktivierung des Betroffenen, auch durchaus sanften Druck, denn Eigenantrieb nicht mehr vorhanden
- Angebote gemäß früherer Hobbies und Interessen
- Einbindung in Gruppenaktivität mit kontinuierlicher Aktivierung/Aufforderung/Ansprache
- Körperliche Aktivität (Gymnastik, Spaziergänge etc.)
- Wechselnde Angebote (immer neue Techniken, neue Gebiete, Umgebungswechsel)

MEDIKAMENTE UND APATHIE

- ACHE Hemmer (Memantin)
- AD (Bupoprion / Citalopram)
- Stimulantien (MPH 10–140mg / Tag)
- Dopaminagonisten

- Weniger Erfolg : Antipsychotika
 Antikonvulsiva

AGITATION (20% AMBULANT, 40–60 NH)

Weiblich, 83 Jahre alt, ist tagsüber ruhig. Gegen 18:00 Uhr wird sie unruhig, möchte das Heim verlassen und möchte nach Hause gehen, weil ihre Mutter auf sie warte (Sundowning)

Männlich, 77 Jahre alt, geht ständig umher, kann kaum einige Zeit ruhig sitzen. Sucht immer wieder die Heimtüre und ist in Gefahr, ständig davonzurennen.

PATHOLOGISCHES MOTORISCHES VERHALTEN

1. PHÄNOMENOLOGIE

- z. B. Wandering verbales Wiederholen
- Ausziehen Schreien/Singen
- störendes Berühren motorische Unruhe
- Sammeln

2. MEDIKAMENTE

- 1. Wahl: Valproat, Citalopram, ACE-Hemmer/Memantin
- 2. Wahl: SSRI, Trazodon, Risperidon, Quetiapin, Gabapentin

BEHANDLUNGSRICHTLINIEN FÜR AGITATION, AGGRESSIVITÄT, IRRITABILITÄT UND HYPERAKTIVITÄT

1. Schritt: Erhebe/Evaluieren zugrunde liegende körperliche oder psychische Erkrankungen

z. B. körperliche Erkrankungen (Schmerz, Infektionen...)

z. B. Delirium / Psychose

Review der verabreichten Medikation

2. Schritt: Behandle die Befunde des Schrittes 1

3. Schritt: Skizziere das Fehlverhalten (Typ, Häufigkeit, wann/wo tritt das Verhalten auf (ABC der VT)

4. Schritt: Erwäge sofortige medikamentöse Behandlung in schweren Fällen (selten indiziert)

5. Schritt: Mittel der 1. Wahl: Nicht medikamentöse Therapie

Vorsichtige Beobachtung: Oft spontane Abnahme des Verhaltens (2–4 Wochen)

Spez. Intervention gemäß Ursache oder Situation

Unspezifische Maßnahmen, z. B. Aromatherapie/körperliche Aktivität

Mit gewisser Evidenz: (Hand–) Massage, Musiktherapie, Ablenkung

Umgebungsmaßnahmen: Strukturierter Ablauf, individuelle Aktivität

6. Schritt: Medikamentöse Maßnahmen

start slow, go slow

ständige Supervision

so kurz wie möglich

plane Absetzzeitraum (< 3 Monate)

z. B. Antidementiva, Neuroleptika, AD, Antikonvulsiva, Moods Stabilizer, Benzodiazepine

7. Schritt: Verfolge, beobachte Therapieeffekte – Skalen

8. Schritt: Beachte Pflegendensituation

- beachte deren Belastung
- beachte deren Gesundheitssituation
- Eduktion und Beratung

UMHERLAUFEN

- Erklärungen helfen meist wenig
- Dem Erkrankten ein behagliches Zuhause mit vielen Erinnerungen einrichten (Gefühlsgedächtnis), z. B. mit Fotos oder mit Gegenständen
- Den Erkrankten beschäftigen, z. B. mit Hausarbeiten, wie Wäsche zusammenlegen, gemeinsam Kaffee trinken oder Fotos anschauen, Zeitungen lesen oder sortieren, Lieder aus der Kindheit und Jugend singen oder abspielen etc.
- Den Erkrankten in den eigenen Alltagsablauf einbinden
- Dem Bewegungsdrang Rechnung tragen und den Erkrankten begleiten, wenn er das Haus verlassen möchte.
- Vorhang an der Wohnungstür anbringen, damit diese nicht als Ausgang erkannt wird.
- Straßenschuhe, Hut, Jacke, Rollator, Stock etc. außer Sichtweite deponieren.
- Anbringen einer Glocke an die Wohnungstür, damit man ein Heraustreten hört / Ortsdetektor

BEI SUNDOWNING (AUSGEPRÄGTE UNRUHE AM SPÄTEN NACHMITTAG ODER ABEND)

- Beruhigende Musik abspielen, bevor der kritische Zeitpunkt kommt.
- 20 bis 30 Minuten vor dem kritischen Zeitpunkt mit sanften Berührungen beruhigen.
- Kuschkissen, Kuscheltier o. Ä. zur Beruhigung geben.
- Der Unruhe mit Geduld und Ruhe begegnen.
- Vorsicht mit Beruhigungs- und Schlafmitteln: unerwünschte oder paradoxe Wirkungen möglich!

NEUROLEPTISCHE BEHANDLUNG

- Bevorzugt atypische Neuroleptika
 - . First line: Quetiapin (25–200mg), Risperidon (0,5–2mg), Ziprasidon (40–120mg), Olanzapin (5–10mg), Aripiprazol (5–15mg)
 - . Second line: Haloperidol (0,5–4mg), Clozapin (12,5–100mg), CHE-Hemmer, Memantinj
- Vermeide Thioridazin und andere typische Neuroleptika
- Gute Erfolge bei psychotischen Symptomen
- Weniger gute bei agitiertem Verhalten

AGITIERTES VERHALTEN

- Citalopram (Besserung im NP, CMAI + Care give distress)
- Dextromethorphan - Quinidin
 - Signifikante Verbesserung 5,8 -> 3,8
 - Placebo 6,7 -> 5,8
- ACE-Hemmer und/oder Memantin
 - > Besserung der Symptome
- Keine Besserung unter Carbamazepin/Oxycarbamazepin
- Valproat kein signifikanter Effekt

- KEINE BESSERUNG AGITIERTEN VERHALTENS BEI

- Trazodon
- Buspiron
- Lithium
- Hormone
- β -Blocker

EKT ALS OPTION BEI AGITATION

ZIELSYMPTOM – Agitation

- repetitives Rufen
- Weglauftendenzen

– 11 Studien mit 216 Patienten

aber keine prospektive, placebokontrollierte Studien

FAZIT: Verhalten optimistisch

- Alternative in schweren Fällen
 - bei fehlenden Alternativen
 - Versagen anderer Therapiemethoden

AGGRESSIVITÄT

Männlich, 75 Jahre alt, seit 7 Wochen im Heim

Schlägt unvermittelt andere Heimbewohner, bei pflegerischen Verrichtungen schlägt er um sich mit Händen und Füßen, wird aggressiv, wenn man ihm den Ausgang verwehrt oder seinen Aktivitäten etwas entgegensetzt

PHARMAKOLOGIE

AGGRESSIVITÄT

Typische Neuroleptika

am besten Haloperidol (59% ->)

Atypische Neuroleptika

Risperidon meiste Studien- bis zu 2mg /Tag
effect size 0,2

Aripiprazol ~ gleich

Olanzapin eher schlecht

Quetiapin ineffektiv

PSYCHOSE

PSYCHOSE

Halluzination verschwindet oft < Mon.

Wahn persistiert

Männlich, 78 Jahre alt, behauptet, man habe ihm seine Unterwäsche gestohlen, muss ständig sein Zimmer verschließen, weil ständig Leute in sein Zimmer einbrechen würden. Nachts finde er keinen Schlaf, weil ständig Leute oder Tiere in seinem Zimmer herumlaufen würden und er Geräusche höre, die seinen Schlaf stören würden.

NEUROLEPTISCHE BEHANDLUNG

Bevorzugt atypische Neuroleptika

first line: Quetiapin (25–100mg), Risperidon (0,5–2mg)

Ziprasidon (40–120mg), Olanzapin (5–10mg), Aripiprazol (5–15mg)

second line: Haloperidol (0,5–4mg), Clozapin (12,5–100mg)

CHE-Hemmer, Memantin

Vermeide Thioridazin und andere typische Neuroleptika

Gute Erfolge bei psychotischen Symptomen, weniger gute bei agitiertem Verhalten ⁶⁰

SEXUELLE FUNKTIONSTÖRUNG

Männlich, 80 Jahre alt, zieht sich teils unvermittelt vor den Anderen aus oder entblößt sein Genital. Beim Waschen fasst er die Pflegeperson an, dessen Brüste oder fordert sie auf, ihn zu befriedigen oder an sein Genital zu fassen. Ist oft mit sexuellen Sprüchen anzüglich.

HYPERSEXUALITÄT

1. MEDIKAMENTE

1. Wahl: SSRI, Cimetidin

2. Wahl: Clomipramin

Gabapentin

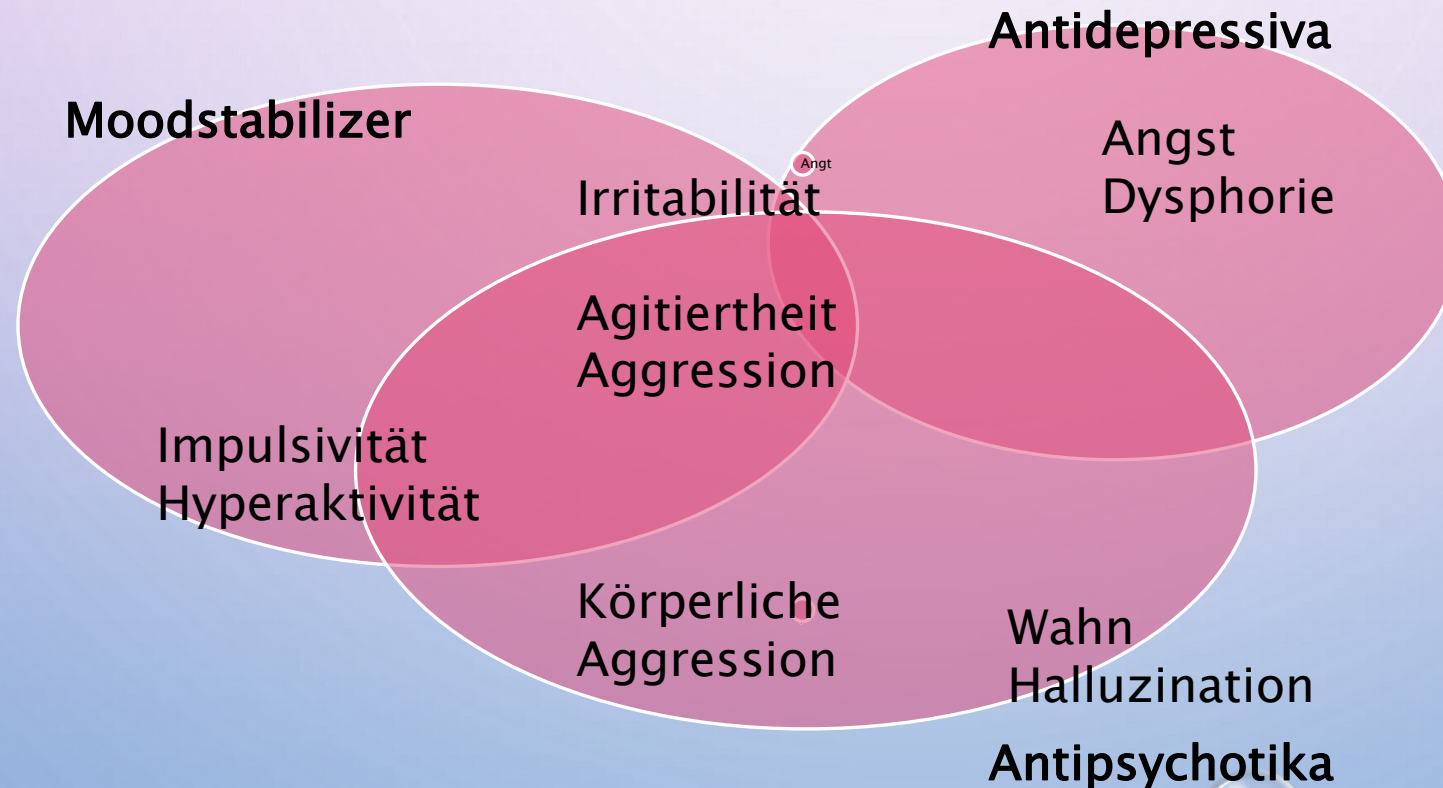
Quetiapin, Haloperidol

Östrogen, Medocypogesteron

2. VERHALTENSMODIFIKATION

- Ablenkung
- Trennung
- Umgebungsveränderung
- engmaschige Supervision

SYMPTOMATISCHER ANSATZ PROBLEMATISCHER VERHALTENSWEISEN



PHARMAKASENSITIV

- Dauerschreien
- Wandern
- Fluchttendenz (Ausgang suchen)
- Ständiges Herumgehen
- Auskleiden
- Sundowning
- Sexuelle Impulsivität
- Wiederholtes Fragen

NEUROPSYCHIATRISCHE SYMPTOME – PHARMAKASENSITIV

- Wahn und Halluzinationen
- Depression
- Angst
- Schmerz
- Agitiertheit (Ärger/Wut/Irritabilität)
- Schlafstörungen

MEDIKAMENTÖSE OPTIONEN

	1. Wahl	Weitere Wahl
Psychose	Atypische Neuroleptika	SSRI, Trazodon, Valproat
Aggressivität	Atypische Neuroleptika	Trazodon, SSRI, Valproat
Irritierbar oppositionell	Trazodon	SSRI, atypische Neuroleptika
Stimmung ängstlich-labil	SSRI	Valproat, Trazodon, Neuroleptika
Sozial unangemessen, Wandering, aufdringlich	Keine Medikamente, Verhaltensmodifikation	

SELBSTFÜRSORGE IM ALTER I

Selbstfürsorge im Alter lernen:

- Zielverhalten: gelassener und freundlicher, liebevoller, fürsorglicher Umgang mit sich selbst
- Voraussetzend gewisse kognitive Fertigkeiten
- Hauptprobleme und Sorgen: um die Gesundheit,
Interaktion zu Mitmenschen
Familie
finanziell
autonomes Leben

II METHODEN

1. Entspannungsverfahren

1.a. Imaginative Verfahren

1.b. Genusstraining (Koppenhofer)

Ziel: Wahrnehmung auf allen Sinneskanälen erhöhen, um Bewusstheit für psychische/somatische Vorgänge zu erweitern

2. Aktivitätenaufbau

- Altersadäquate Tätigkeit
- Einbau in Wochenplan
- Soll Misserfolge und Erleben von Inkompetenz reduzieren

3. SELEKTIVE OPTIMIERUNG UND KOMPENSATION (SOK-MODELL)

a) Selektion

der Lebensziele gemäß den erhaltenen Fähigkeiten und von individueller Relevanz

b) Optimierung

der internen / externen Ressourcen

c) Kompensation

Strategien, um das vorhandene Leistungsniveau möglichst lange aufrechtzuerhalten

WICHTIG: Aufmerksamkeit der Patienten auf bestehende Aktivitätsmöglichkeiten lenken anstatt auf irgendwelche Wunschziele

4. LEBENSRÜCKBLICKVERFAHREN

- Erkenntnis einer aktuellen Problemlage im Kontext der Biographie
Durch Vergegenwärtigung positiver und negativer Lebensabschnitte
 - > Einblick in Ressourcen und erworbene Fertigkeiten
 - > Erweiterung des Verständnisses für das Selbst

„Lernen an der Vergangenheit“

5. KOMPETENZTRAINING ZUR SELBSTSTÄNDIGKEIT IM HOHEN LEBENSALTER (SIM-A NACH OSWALD)

ZIEL: Zugang zu persönlichen Ressourcen

-> neue Lebensstrukturen -> Erlernen kompensatorischer Strukturen

- Gruppentherapie

- Themata : Ernährung, Wohnen, Pflegebedürftigkeit

- Checkliste für kompetentes Handeln (wie Piloten)

dadurch sicherer in Altersbewältigung und Gestaltung

wirkt entgegen dem Vergessen

für z. B. Urlaubsplanung, Haushaltsführung etc.

6. BALANCE FÜR MEHR LEBENSFREUDE IM ALTER (LECHNER)

- Gruppentherapie
- V. a. bei Depressionen
- Zusammenhang Spiritualität und psychische Gesundheit

Mittels Lieder und Entspannungsübungen

Manual mit u. a. Trainingszielen

Tages-/Wochenstrukturen

Fertigkeiten entdecken

Biographiearbeit

Gedächtnistraining

Krisenbewältigung

Kontaktpflege

Lebensqualität / -wert

Leben feiern

Rück-/Ausblick

ALLGEMEINER THERAPIEALGORITHMUS

- Evaluiere auslösende Situationen / Faktoren
- Definiere Zielsymptomatik

z. B. Hunger, Schmerz, anderer Heimbewohner

————— Schmerz
————— Angst
————— Medikamente
————— Körperliche
Verfassung etc.

- An erster Stelle
 - Umgebungsmodifikation
 - Psychologische / situative Therapien
- Erst dann medikamentöse Therapien
 - Zuerst Acetylcholinesterasehemmer
 - Dann erst symptomatische medikamentöse Maßnahmen (z. B. Neuroleptika, AD, Hypnotika etc.)

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSRICHTLINIEN BEI VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN

I.

- Überprüfe bezüglich Infektionen/Exsiccose etc.
- Evaluiere bezüglich körperlichen Veränderungen/Bedingungen (Herz, Lunge, Niere, etc.)
- Schauge nach Medikamenten - Nebenwirkungen - Interaktionen
- Stoppe neu zugefügte Medikamente
- Überprüfe Schmerzmanagement

ALLGEMEINE BEHANDLUNGSRICHTLINIEN BEI VERHALTENSAUFFÄLLIGKEITEN

II.

Versuche zuerst Verhaltensmodifikation

Vermeide Anticholinergica

Vermeide Benzodiazepine

Vermeide risikoreiche, gefährliche Umgebungsbedingungen

Gewährleiste entsprechende Überwachung

Korrigiere Unter-/Überstimulation

Pflegendenedukation

Besorge einen Gerisitter, um notwendige Sicherheit zu geben und abzulenken