

# Hvordan kan man forstå udfordrende adfærd?

## Introduktion

Demensramte kan udvikle en adfærd i løbet af deres sygdom, som ikke altid svarer til den adfærd deres omgivelser forventer. Denne "utilpassede" adfærd kan udløse forskellige reaktioner fra omgivelserne alt efter den kontekst, den udspiller sig i. Adfærden kan både forekomme i hjemmet, og/eller i akut-, dag- eller på plejehjem.

Virkeligheden stiller krav til den demensramte, som ikke altid stemmer overens borgerens egen virkelighedsopfattelse. De handlinger og reaktioner, som ses hos den demensramte som følge af disse forskellige virkelighedsopfattelser, opleves ofte som udfordrende af omgivelserne.

Netop demensramtes udfordrende adfærd stiller ofte plejepersonalet over for uløselige opgaver, og det er derfor nødvendigt at forstå årsagerne til demensramtes udfordrende adfærd for at kunne reagere hensigtsmæssigt.

## Præcisering af begreber



Det kan ofte være en stor udfordring for omsorgspersonalet at passe mennesker med demens. Det gælder især, når der forekommer aggressioner, øget bevægelsestrang, betydelige orienteringsproblemer, hvis borgeren skaber situationer hvor han selv eller andre kommer i fare. Adfærdsmønstre hos personer med demensrelaterede

ændringer beskrives ofte som "forstyrrede" ud fra et naturvidenskabeligt-medicinsk og også sygeplejefagligt fokus.

I den nyere gerontologiske litteratur indgår begrebet "adfærdsforstyrrelser". Denne betegnelse har en negativ konnotation. Adfærdsforstyrrelser er, når en person tilsidesætter den norm, som er formet af omgivelserne, og som følge heraf skiller sig ud i forhold til det sociale miljø. I 1995 definerede International Psychogeriatric Society den værdifri betegnelse "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" (BPSD). "Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens" dækker over symptomer på forstyrret opfattelse, tanker, humør eller adfærd, som er almindelige hos personer med demensrelaterede ændringer. Ifølge Finkel omfatter gruppen af disse adfærdssymptomer: fysisk aggression, råben, agitation (f.eks. at gå hvileløst rundt, stimle sammen, bande, følge efter andre, seksuel

hæmning). På engelsk anvendes udtrykkene difficult, behavioural disturbance, disruptive behaviour, dysfunctional behaviour, disordered behaviour, inappropriate, problematic behaviour and non-cognitive symptoms (vanskelig adfærdsforstyrrelse, forstyrrende adfærd, dysfunktionel adfærd, grænseløs adfærd, upassende, problematisk adfærd og ikke-kognitive symptomer) til at beskrive adfærd, der anses for problematisk i omsorgsinteraktioner.

Begreberne signalerer alle, at adfærden stammer inde fra, dvs. den er forårsaget af borgeren med demens. Der er mindre fokus på omgivelsernes påvirkninger og betydning som udløsende faktorer.

Udtrykket "udfordrende adfærd" anvendes i socialpsykologien og er hentet fra socialpædagogikken. Denne betegnelse skal ikke opfattes som negativ, men årsagen til fænomenet skal findes i en interpersonel kontekst, som kan ændres.

Udtrykket signalerer, at det er op til den person, der interagerer med personen med demensrelaterede ændringer at fortolke "hvordigt en adfærd opfattes som udfordrende og ikke primært skal tilskrives den demensramte selv".

### **Agitation**

Cohen-Mansfield bruger begrebet "agitation" synonymt med udfordrende adfærd. Agitation defineres således som "uhensigtsmæssigt verbal, sproglig eller motorisk aktivitet, der ikke kan forklares af behov eller forvirring i sig selv". Cohen-Mansfields fortolkning af begrebet fokuserer på udvist aggressiv adfærd. Den amerikanske psykiater skelner mellem fire kategorier:

- fysisk aggressiv adfærd (f.eks. at slå),
- fysisk ikke-aggressiv adfærd (f.eks. formålsløs vandring),
- verbalt aggressiv adfærd (råben)
- verbalt ikke-aggressiv adfærd (f.eks. afvisning).

Agitation tolkes som en form for kommunikation, når der er tale om tab af kontrol over situationen. Den person, der udviser aggressiv adfærd, kan synes at have mistet kontakten med virkeligheden, som den opfattes af omsorgspersonalet. Han/hun kan udvise følelsesmæssige reaktioner, som for andre ikke synes at være passende adfærd i den aktuelle situation. Denne definition er baseret på at den person, der udviser følelserne/den givne adfærd, og ser bort fra de interaktionsprocesser, som personen, der er i kontakt den demensramte, indgår i sammen med den demensramte.

### **Apati**

Former for passiv adfærd, f.eks. apati, social tilbagetrækning eller depressiv adfærd, forekommer dagligt hos personer med demensrelaterede ændringer og er beskrevet som vanskelige at behandle. Interventionskoncepter som f.eks. træning i virkelighedsorientering

eller basal stimulering fokuserer primært på at fremme kognitive ressourcer og fastholde den svindende identitet. Tilbageholdende og rolige patienter udfordrer i mindre grad omsorgspersonalets opmærksomhed og opleves af den grund som mindre belastende.

### **Forklarende tilgange**

Adfærd skal ofte forstås som en form for kommunikation for mennesker med demens. Denne form for nonverbal kommunikation viser sig ved agitation, rastløshed, aggression og stridbarhed og kan ofte tolkes som udtryk for uopfyldte behov som f.eks. smerte, sult, tørst eller vandladning. Gentagne lyde eller ændringer i tonefald, tryk eller hurtig tale kan være et tegn på uopfyldte behov, selvom det forekommer som meningsløse lyde. Omsorgspersoner bør således ikke se den nævnte adfærd som symptomer på demens eller som følge af den neurologiske sygdomsproces, men forsøge at forstå og fortolke betydningen af interaktionen.

Radzey antager, at forekomsten af udfordrende adfærd kun delvis skyldes svækkelser i kognitive evner og livsaktiviteter, og at svarene snarere skal findes i demensprocessens dynamik. Forfatteren hævder, at forekomsten af fænomenet skal ses som et samspil mellem neurologiske faktorer, livssituationen og plejespecifikke omstændigheder.

I artiklen "Perspectives of a Institution-Based Research Nurse" rejser Norberg spørgsmålet om, hvorvidt udfordrende adfærd skal vurderes som meningsløs adfærd eller mere som legitime reaktioner på en stressende situation, der opfattes som foruroligende. Fænomenet bør derfor altid fortolkes på flere forskellige niveauer.

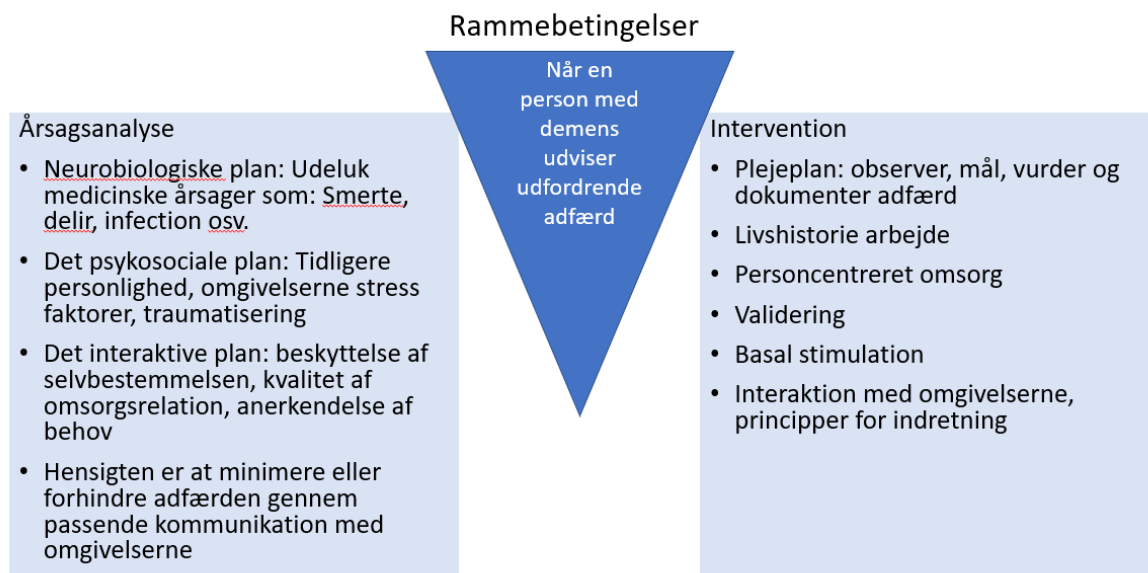
Theunissen antager, at fænomenet skal fortolkes som en "overlevelsesstrategi" for kognitivt svækkede personer.

Baseret på disse tilgange kan "udfordrende adfærd" have forskellige årsager:

1. være et medicinsk identificerbart symptom på en demensrelateret sygdom (f.eks. Pick's sygdom)
2. være et desperat udtryk for forsøg på selvbestemmelse, når en ældre person ikke kan realisere egen vilje eller ønsker på nogen anden måde
3. et kommunikationsmiddel
4. en reaktion på psykosociale afsavn, f.eks. manglende pleje
5. være en appel, råb om hjælp, eller en besked for at henlede opmærksomheden på psykologiske eller fysiske behov
6. en kreativ tilpasning til et hjem eller hospitalsmiljø, der er svært for de ældre at acceptere og som bliver mere uforståeligt for dem, men som kan blive misforstået af omsorgspersonalet som personlige angreb, fornærmelser eller ydmygelser

Disse former for kommunikation bliver altid synlige, når adfærden ikke undertrykkes af psykofarmaka. Brugen af beroligende midler til at immobilisere og begrænse kronisk

forvirrede ældre mennesker i tilfælde af, at de er selvskadelige, går etisk imod personcentreret omsorg, validerende samtaler og biografisk arbejde. Udfordrende adfærd kan ses i mange variationer og varierer mellem individer; formerne afhænger af sindstilstanden og reaktionsmønstrene hos de berørte.



Figur 1

Udfordrende adfærd forstås her som den demensramtes reaktion på et stadig mere ukendt og uforudsigeligt miljø, hvor det ikke længere lykkes at etablere kontakt med andre mennesker og blive forstået, og hvor han/hun føler sig magtesløs. På denne måde udfordres alle omkring den demensramte til at betragte aspekter af forhold og miljø som vigtige faktorer, der påvirker adfærden.

De vigtigste årsager til udfordrende adfærd hos personer med demens på interaktivt niveau omfatter:

1. Anvendelse af (ulovlige) beskyttelsesmetoder (f.eks. fiksering, psykofarmaka til immobilisering)
2. Ringe kvalitet i omsorgsforholdet
3. Omsorgspersonens evne til at fortolke den pågældende persons psykologiske og fysiske behov.

Interaktionsprocesser kan påvirkes negativt af omsorgsgiverens adfærd. En omsorgsgiver kan optræde upersonligt og kan derved også fratage den demensramte muligheden for at være personlig, og som reaktion herpå kan den demensramte reagere på en udfordrende måde.

## Beskyttelsesmetoder

Det professionelle omsorgsforhold, især i forhold til borgere med kognitive handicap, er baseret på en ulige magtbalance. Da de berørtes problematiske adfærd normalt ikke er genstand for en sagsrelateret og generel refleksion og dialog, er der fare for, at plejepersonalets egen interesse i at berolige patienten så hurtigt som muligt bliver håndhævet.



Formålet med den beskyttende brug af magt er udelukkende at beskytte den demensramte, hverken at straffe eller at skyde skylden på eller fordømme personen. Beskyttende brug af magt forudsætter, at patienter, der udviser ophidset adfærd, kan handle på måder, der er selvskadende eller skadelige for andre. Plejepersonalets viden om den beskyttende brug af magt omfatter ofte en manglende bevidsthed om konsekvenserne ved handlingen og uvidenhed om, hvordan man tilfredsstiller de ophidsede ældres psykologiske og fysiske behov uden at skade sig selv eller andre. Dårligt uddannede plejepersonale er mere tilbøjelige til at bruge disse beskyttelsesmetoder, når de beskæftiger sig med en demensramt, fordi de ikke er i stand til at reagere på udfordrende adfærd og bruge demensspecifikke interaktioner.

## Psykofarmaceutiske lægemidler

Plejepersonale, der går ind for anvendelse af psykofarmaka, antager normalt at omsorgen udelukkende er baseret på biomedicinske parametre. Anvendelse af psykofarmaka ordineret af en læge har ofte ikke den ønskede virkning; at immobilisere en ophidset person med demens. Selvom ordineringen af medicinen, normalt neuroleptika, er en medicinsk opgave, spiller det lokale sygeplejepersonale en central rolle i forhold til at genkende psykofarmakologiske bivirkninger (stivhed, urinretention, forstoppelse, forvirring), hvilket kan føre til psykomotorisk agitation og risiko for at falde. Udbrændt plejepersonale eller plejepersonale uden (geronto) psykiatriske færdigheder er mere tilbøjelige til at være fortalere for medicin. Anvendelse af disse former for medicin fremmer patologisk regression. Initiativ er, blandt andet, hæmmet af medicin. Mange psykofarmaka forværrer allerede eksisterende hukommelsesforstyrrelser gennem deres antikolinergika komponent. Det kan føre til akutte tilstande af forvirring og forstyrrelser af det vegetative system, som let overses på grund af de berørtes manglende kommunikationsevne.

## Personlig kritik

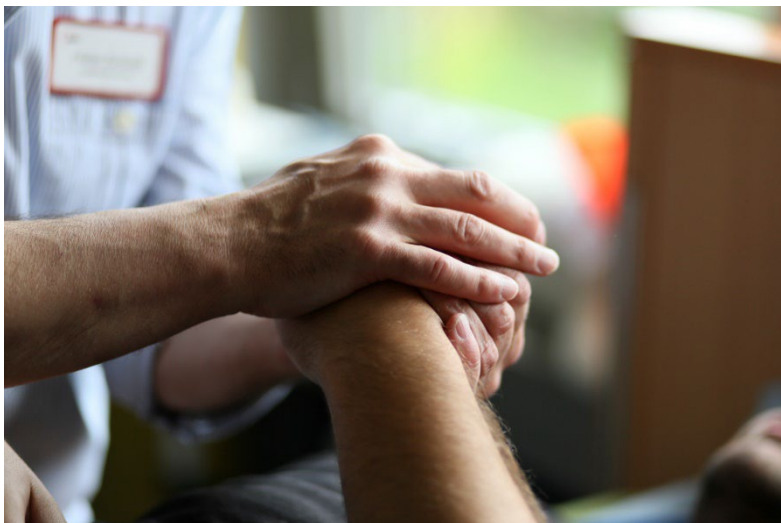
Visse adfærdsmønstre hos plejepersonalet kan fremkalde aggressive reaktioner hos borgerne. I amerikansk litteratur omtales dette som "battered nurse syndrome".

Plejepersonalet kendetegnes ved respektløs og kommanderende adfærd, er intolerante og bruger "personlig kritik". Der er tale om en nedværdigende og nedsættende adfærd overfor de ældre og denne adfærd optræder i hverdagens interaktioner og afslører negative følelser som fjendtlighed, irritation, modvilje eller foragt. Kritik bruges til at holde fast i magten i omsorgsrelationen. Det bruges af plejepersonale på en meget destruktiv måde især i forhold til samarbejde med kronisk forvirrede patienter. Forskellige handlinger og opfattelser kan gensidigt påvirke interaktionspartnernes adfærd. Det er ikke kun den ældre person, der reagerer på handlinger med en bestemt adfærd, men også omsorgspersonen selv.

Hvis en person med demensrelaterede ændringer konstant modtager indirekte kritik på forskellige måder, begynder han/hun at blive mistænksom og tvivle på plejepersonalets intentioner, hvorfor han/hun reagerer med usikkerhed, frygt, apati, aggression og kan opføre sig trodsigt over for plejepersonalet.

Da demensramte har en klar sans for stemninger og følelser igennem deres ikke-verbale kommunikation samt for dobbeltkommunikation, kan personlig kritik have betydning for demensforløbet. Ifølge Kitwood, er personlig kritik normalt ikke et udtryk for dårlige hensigter, men snarere et udtryk for hjælpeløshed, overdrevne krav, for lidt viden om demensrelaterede sygdomme og manglende bevidsthed om egne grænser. Kitwood påpeger, at personlig kritik er velmenende, men misforståede forsøg på at udfylde et tomrum i interaktionsprocessen.

## Kvaliteten af omsorgsforholdet



Plejepersonale, der har få psykosociale og faglige færdigheder til at håndtere mennesker med demens, er mere tilbøjelige til at føle sig hjælpeløse i en udfordrende situation. De føler frustration, vrede og er defensive overfor patienten. Disse følelser kan føre til en mindre empatisk og omsorgsfuld holdning fra plejepersonalets side i

forbindelse med den opfølgende kontakt og kan derfor forstærke patientens udfordrende adfærd. På baggrund af denne beskrivelse af omsorgen, der ikke anerkender demensramte borgers personlighed og er karakteriseret ved meget personlig kritik, kan det udledes, at

demensrelaterede ændringer kan have indflydelse på omsorgspersonens adfærd, fordi magtesløsheden er svær at bære.

De høje krav om effektivitet i den daglige sygepleje, påvirker i høj grad demensramte, fordi det bliver endnu sværere for dem at forene deres virkelighedsopfattelse med denne virkelighed. Sammen med den manglende viden om personcentreret omsorg, udløser dette forhold frygt og modstand hos omsorgsgiveren. Det kan føre til, at den demensramte reagerer, hvilket kan påvirke omsorgsrelationen negativt.

### **Identifikation af behov**

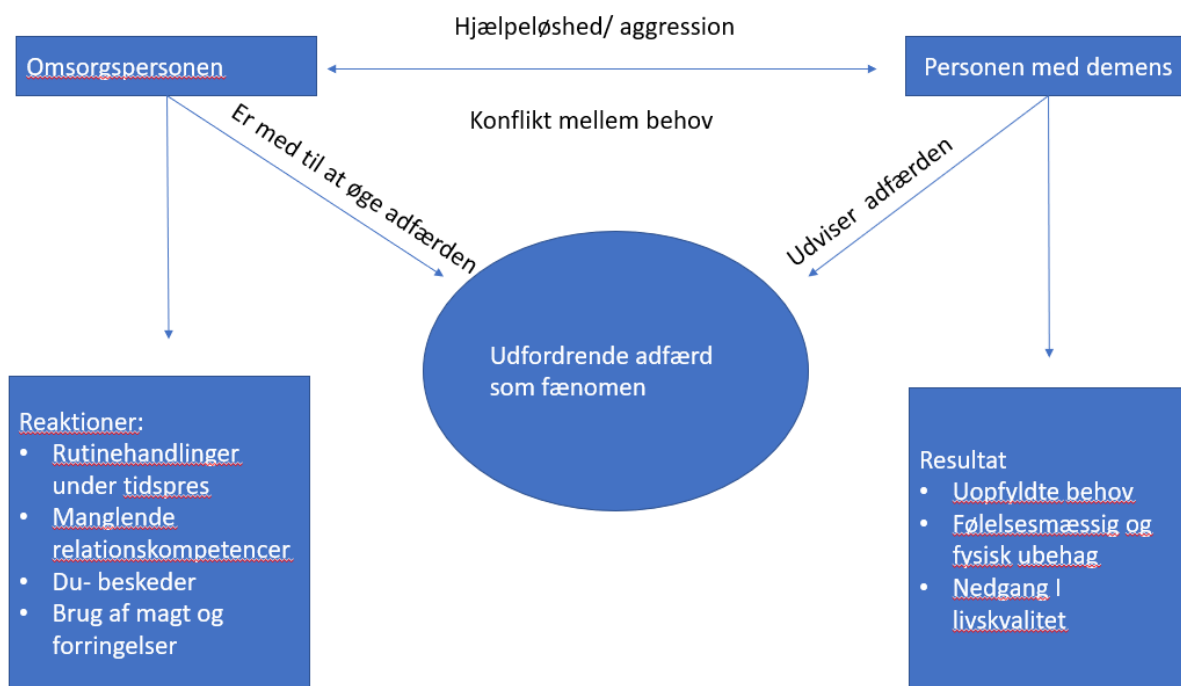
Ifølge Kitwood er de vigtigste psykologiske behov hos borgere med demensrelaterede ændringer: kærlighed, tilknytning, tryghed, identitet, beskæftigelse og inklusion i sociale relationer. Patienter, der helt mister deres kognitive evner i løbet af demensprocessen, er ikke længere selv i stand til at opfylde disse behov. For eksempel er det ikke muligt for borgere med svær demens at udsætte sine psykologiske behov.

I den sene demensproces kan evnen til at tale forsvinde og demensramte kommunikerer derefter hovedsageligt deres behov til plejepersonalet gennem ansigtsudtryk, bevægelser, lyde, gråd, latter eller stereotype bevægelser.

Hvis plejepersonalet ikke anerkender eller forholder sig til et behov i længere tid, kræver den demensramte mere opmærksomhed: hyppig ringen, gentagne opkald, tendenser til at søge væk osv. Plejepersonalet må derefter tage sig af personen. Det er påfaldende, at der ofte først gribes ind, efter den udfordrende adfærd har fundet sted.

Det fremgår, at den aktuelle adfærd og trivsel hos den demensramte og plejepersonalets adfærd hænger sammen. Dette gensidige forhold illustreres grafisk og forklares nedenfor.

## Konflikt mellem behov



Figur 1: Udfordrende adfærd som en konflikt mellem behov. Den demensramte patients situation og plejepersonalets situation er gensidigt afhængige af hinanden.

### Den demensramte patients situation

En person med demensrelaterede ændringer er følsom. Udover tabet af kognition, er der traumet ved at være adskilt fra mange velkendte ting (f.eks. familien), at have mistet personlige ejendele og frygten for at skulle leve på ubestemt tid et fremmed sted.

Gennem aldringsprocessen kan man risikere at blive afhængig andre. Dette skaber risiko for reaktivering af traumer, udløst af "flashbacks", f.eks. under personlig hygiejne. Af denne grund er meget af det, personer kommunikerer, ledsaget af følelser: kærlighed, stolthed, had, frygt, vrede, skuffelse, sorg. Personer i den sene demensproces, især med yderligere motorisk og sensorisk svækkelse, har begrænsede evner til at udtrykke sig og interagere med andre. Derfor kan psykologiske og fysiske behov, f.eks. opmærksomhed, beskæftigelse, ting der skaber ubehag, følelser, lyst til at forlade stedet osv., kun vanskeligt kommunikerer til andre. Efterhånden som afhængigheden af andre spiller en større rolle i alderdommen, forstærkes også regressive processer (følelser af skyld og skam).

### Plejepersonalets situation

Plejepersonalet skal yde en optimal omsorg og blive anerkendt for dette arbejde af den person, der har behov for pleje. Plejepersonalet arbejder ofte under tidspres og bruger rutinemæssige handlinger og giver ordre til den demensramte på grund af utilstrækkelige interaktive færdigheder, føler muligvis følelsesmæssigt eller fysisk ubehag, bruger



beskyttelsesmetoder til at kunne opfylde egne behov, f.eks. at løse arbejdsopgaver indenfor en fast tidsramme. Under disse forhold kan det være svært at observere og opfatte ikke-verbale signaler som udtryk for patientens behov. En kognitivt svækket patient opfatter disse kropssignaler mere intenst og reagerer mere følsomt på uoverensstemmelser mellem det, der siges, og de ledsagende signaler: en hævet pegefinger, foldede arme, hænderne på hofterne eller hænderne skjult bag ryggen kan udløse aggressiv adfærd hos den kognitivt svækkede patient, mens en åben håndflade og anerkendende nik under lytning kan løse situationen op.

Der opstår en behovskonflikt mellem begge involverede partners reaktioner. Hvis omsorgspersonen ikke synes at kunne fornemme situationen, føler borgeren grundet sin øgede sensitivitet, at han/hun ikke er blevet forstået og reagerer i det videre forløb med en adfærd, der låser situationen og samme reaktion ses hos omsorgsgiveren.

Denne behovskonflikt er kernen i omsorgsrelationen. Det handler derfor om at anerkende begge parter psykologiske og fysiske behov i samspillet.

### **Udfordrende situationer for mennesker med migrationsbaggrund**

Demensramte og pårørende med migrationsbaggrund oplever en dobbelt fremmedfølelse. På den ene side er der tilpasningen til en fremmed kultur, og på den anden side er der den særlige situation, der opstår som følge af demensen. Den moderne vestlig livsstil og arbejdsform kolliderer med de traditionelle værdier hos mennesker med migrationsbaggrund. Denne familiære og kulturelle fremmedgørelse forstærkes af demensen.

Konflikter, oplevelser af magtesløshed i hverdagen for de demensramte og deres pårørende og frustration i forholdet mellem mennesker med en migrationsbaggrund og det nationale omsorgspersonale spiller en væsentlig rolle.

På grund af demens, opstår der en fremmedgørelse fra hverdagens praktiske måder at leve og forstå på. Med tabet af det nationale sprog, der er lært gennem mange år, er den verbale evne til at kommunikere nu også alvorligt svækket.

Ikke-verbale udtryk som kropssprog eller stemmehøjde er i høj grad kulturelt betinget. Forskellige kulturelle/etniske baggrunde fører således også til misforståelser i forhold til den ikke-verbale kommunikation.

Det kan derfor konstateres, at den beskrevne behovskonflikt i forbindelse med pleje af demensramte med migrationsbaggrund i høj grad kan vokse på grund af kultursammenstød. Faktisk er der ikke kun tale om to kulturer. Den demensramte med migrationsbaggrund konfronteres med mange ukendte kulturer på plejehjemmet, repræsenteret af de forskellige generationer med forskellig etnisk baggrund, som mødes på et plejehjem.

## **Kilder:**

Bredthauer, D. (2006): Können Fixierungen bei dementen Altenheimbewohner vermieden werden? In: *Betreuungsmanagement*, Nr. 4. Heidelberg, S. 184–190

Cohen-Mansfield, J. (1999): Measurement of inappropriate behavior associated with dementia, *Journal of Gerontological Nursing*, Jg. 25, Nr. 2, S. 42–51

Finkel, S. (1998): Module 1: An introduction to BPSD, In: Finkel, S.: *Behavioral and Psychological Symptoms of dementia*. Gardiner Caldwell Communications Ltd.

Halek, M., Bartholomeyczik, S. (2006): *Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche

Heijkoop, J. (1998): *Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung*. Weinheim und Basel: Beltz

Höwler, E. (2007a): *Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflagedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer

Höwler, E. (2007b): *Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege*. Hannover: Schlütersche

Juchli, L. (1994): *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. Stuttgart: Thieme

Kitwood, T. (2000): *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber

Koczy, P., Bredthauer, D., Klein, A. (2006): *Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Projektdurchführung Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF) & Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, Förderung durch BMFSFJ, Kapitel 1702, Titel 68432*

Kong, E.H. (2005): Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 5, Nr. 52, S. 523–536

Lawlor, B. (1998): *Pharmacological Management*, In: Finkel, S.: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Educational pack Module 6*. Gardiner Caldwell Communications

Linke, M. (2010): *Herausforderndes Verhalten von Demenzerkrankten als Ausdruck von Bedürfnissen und Wünschen*, Wien: Diplomarbeit

Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (2001): *Pflege HEUTE. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer

Norberg, A. (1996): Perspectives of an Institution-Based Research Nurse. *Psychogeriatr*, Jg. 8, Nr. 3, S. 459–463

Pantel, J., Bockheimer-Lucius, G., Ebsen, I. (2005): Abschlussbericht Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. Frankfurt/M.: BHF-Bank- Stiftung

Radzey, B. (2004): Minimental-Status-Test und Cohen-Mansfield Agitation Inventory. In: Bartholomeyczik, S., Halek, M.: *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche, S. 104–107

Roper, N., Logan, W., Tierney, A.J. (1993): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Basel: Recom

Roth, G. (2006): *Dilemma der Altenpflege: Beiträge zur Analyse eines prekären sozialen Feldes*. Nov. 2006, Studienmaterial, Mülheim/Ruhr

Scharfetter, C. (1992): Aggression und Aggressivität im therapeutischen Umgang. *TWNeurologie Psychiatrie*, Nr. 6, S. 58–67

Steeman, E., Nevelsteen, D. (2004): *Verhaltensauffälligkeiten und erlebnisorientierte Therapie bei dementen älteren Menschen*. In: Milisen, de Maesschalck, Abraham: *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen*. Berlin: Springer, S. 171–191

Schwerdt, R. (2002): *Interpersonalität in der Pflege. Konzeptionelle, empirische und philosophische Grundlagen*. In: Schnell, M.W.: *Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen*. Bern: Huber, S. 109–135

Schwerdt, R., Tschainer, S. (2002): *Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen: *Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*. Hannover: Vincentz, S. 181–287

Schwerdt, R. (2005): *Lernen von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit*. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, Jg.1, Nr. 51, S. 59–76

Teising, M. (1996): *Beziehungsorientierte Pflege dementer Patienten – emotionale Belastung und Hilfen*. *Psychiatrische Pflege*, Jg. 3, Nr. 2, S. 160–164

Theunissen, G. (2000): *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeit*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt

Theunissen, G. (2001): *Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt

Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung. In: Krause, P., Schulz, M., Bauer, R.: Interventionen psychiatrischer Pflege. Unterostendorf: Ibicura, S. 44–51