

Maart 2008

## I PROBLEEM

De klemtoon van deze CAP ligt op het omkeren van het DAGELIJKSE vertoon van storend gedrag op de volgende gebieden:

- Ronddwalen – doelloos ronddolen, zich niet bewust zijn van behoeften of veiligheid
- Verbaal geweld – anderen bedreigen of vervloeken, tegen anderen tekeergaan
- Fysiek geweld – anderen slaan, duwen, krabben of seksueel misbruiken
- Sociaal ongepast of storend gedrag – bv. storende geluiden of lawaai maken, schreeuwen, eten of feces gooien of uitsmeren, hamsteren, andermans bezittingen doorzoeken
- Ongepast publiek seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden
- Weigeren van zorg – bv. verbale of fysieke weerstand bieden tegen: het innemen van medicatie, injecties, uitvoeren van allerlei ADL-activiteiten, eten

Het dagelijks voorkomen van dergelijk gedrag is zowel voor de cliënt als voor de anderen in zijn/haar omgeving storend. Het kan de mobiliteit of de interactie met anderen beperken en in het ergste geval tot functionele achteruitgang leiden. Het onmiddellijke doel van deze CAP is om dat gedrag minder vaak te laten voorkomen (minder dan dagelijks) of om het eventueel volledig uit te schakelen.

Bij cliënten die zulk gedrag niet dagelijks vertonen is het vooreerst de bedoeling om te voorkomen dat het storende gedrag in frequentie toeneemt en ten tweede om ernaar te streven dat gedrag volledig te elimineren.

Hoewel meerdere oorzaken mogelijk zijn, worden dergelijke gedragssymptomen meestal door cognitieve achteruitgang of door episodes van een ernstige mentale ziekte op gang gebracht. Het begrijpen van de aard van het probleem en het behandelen van de onderliggende oorzaken kan dus de levenskwaliteit van zowel de cliënt als de personen waarmee de cliënt in contact komt verbeteren.



## ALGEMENE ZORGDOELEN

- \$ Elimineer onderliggende aandoeningen of stressveroorzakende factoren die gedragsproblemen in de hand werken.
- \$ Verminder de frequentie of intensiteit van de gedragsproblemen en voorkom verdere escalatie van het probleem.
- \$ Voorkom secundaire complicaties ten gevolge van de gedragsproblemen (bv. onstandvastige relaties, door anderen misbruikt of mishandeld worden, fysiek gefixeerd worden, opname in een RVT).
- \$ Help zorgverleners en familieleden om te gaan met blijvende gedragsproblemen.

## II CAP-ACTIVERING

- GEACTIVEERD OM HET OPTREDEN VAN DAGELIJKSE GEDRAGSPROBLEMEN TE REDUCEREN.** Deze groep omvat cliënten die dagelijks één of meerdere van de volgende gedragsproblemen vertonen:

- Ronddwalen
- Verbaal geweld tegenover anderen
- Fysiek geweld tegenover anderen
- Sociaal ongepast of storend gedrag
- Ongepast publiek seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden
- Weigeren van zorg

Deze geactiveerde groep omvat ongeveer 10% van de ouderen in een RVT, 3% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen. Gedurende een periode van negentig dagen zal ongeveer een derde van die ouderen verbeteren, zodanig dat ze geen enkel van bovenstaande gedragsproblemen nog dagelijks zullen vertonen.

- GEACTIVEERD OM TE VOORKOMEN DAT DE GEDRAGSPROBLEMEN ZICH DAGELIJKS GAAN VOORDOEN.** Deze groep omvat cliënten die één of meerdere van de bovenstaande gedragsproblemen minder dan dagelijks vertonen. (wanneer de gedragsproblemen zich niet voordoen op het moment van beoordeling, neigt het gedrag gemakkelijk te veranderen)

Deze geactiveerde groep omvat ongeveer 8% van de ouderen in een RVT, 7% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 1% van de ouderen die zelfstandig wonen.

- NIET GEACTIVEERD.** Deze groep omvat cliënten die tijdens de observatieperiode geen enkel van de bovenstaande gedragsproblemen vertoond hebben.

Deze groep omvat ongeveer 82% van de ouderen in een RVT, 90% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 99% van de ouderen die zelfstandig wonen. Een geschikte behandeling voor

deze cliënten beperkt zich tot het controleren op onverwachte, nieuwe gedragsstoornissen.

### III RICHTLIJNEN

**Initiële overwegingen.** Voor cliënten met gedragsproblemen is een behandelingsmethode bestaande uit twee stappen aangewezen.

- Stap 1: Typeer de aard van de gedragsstoornissen. Neem aan dat het gedrag van de cliënt voor hem/haar een middel kan zijn om de aanwezigheid van gezondheidsproblemen, ongemak of angst duidelijk te maken. Indien met die mogelijkheid geen rekening gehouden wordt, kan dat leiden tot verdere isolatie van iemand die beperkte cognitieve vaardigheden of verscheidene mentale gezondheidsproblemen heeft.
- Stap 2: Probeer de factoren die het storend gedrag veroorzaken of verergeren zo goed mogelijk te identificeren. Vaak zijn storende gedragingen nieuw, waardoor het mogelijk is dat de cliënt problemen heeft die door een goede kwaliteit van zorg succesvol behandeld kunnen worden. Het overzicht dat volgt vestigt de aandacht op de belangrijkste oorzakelijke factoren die in overweging genomen moeten worden. Wanneer een specifieke oorzaak als de mogelijke verklaring van het probleem geïdentificeerd wordt, werk dan samen met de arts, andere professionele zorgverleners en indien mogelijk de cliënt zelf om een genezend zorgplan op te stellen.

#### Stap 1: Typering van de aard van de gedragsstoornissen.

✓ **De manier waarop een cliënt zich gedraagt is vaak een vorm van communicatie die mogelijkwijs betrekking heeft op een mentale of fysieke aandoening, een behoefte waaraan niet voldaan is, angst of een omgevingsgerelateerde factor.** Bepaalde gedragingen, zoals geschreeuw of fysieke agressie, zijn duidelijk. Andere gedragingen, zoals het niet meer uitvoeren van activiteiten, isolatie en door angst veroorzaakte agitatie, zijn minder voor de hand liggend. Overweeg bij het bepalen van de aard van de gedragsstoornissen en de gerelateerde symptomen de volgende items:

- Als de cliënt in staat is om te communiceren, vraag dan rechtstreeks wat hij/zij zelf over zijn/haar situatie denkt. Heeft de cliënt een verklaring voor zijn/haar gedrag? Was hij/zij bang? Had hij/zij pijn? Opgewonden of geagiteerd? Hyperalert? Was hij/zij zich bewust van de gevolgen van zijn/haar gedrag?
- Beschrijf het gedrag in specifieke termen om de oorzaak of betekenis ervan beter te kunnen begrijpen. Beschrijf hoe de cliënt zich gedroeg en wat er precies gebeurde op het moment dat het storend gedrag zich voordeed.
  - Werde het agressieve gedrag, vooral bekeken vanuit het perspectief van de cliënt, uitgelokt (responsief) of niet?
  - Was het gedrag offensief (iemand anders aanvallen) of defensief (zichzelf beschermen)?

- Was het opzettelijk?
- Had de cliënt de bedoeling om iemand kwaad te doen of was zijn/haar gedrag een reflexreactie?
- Deed het gedrag zich voor tijdens een specifieke activiteit (bv. tijdens het nemen van een bad)?
- Deed het gedrag zich volgens een bepaald patroon voor (bv. op bepaalde momenten van de dag)?
- Welke andere mensen bevonden zich in de omgeving van de cliënt en waren betrokken?
- Heeft de omgeving een invloed op het gedrag van de cliënt gehad (bv. licht, lawaai, setting, aanwezige mensen)?
- Was het een reactie op een specifieke handeling (bv. cliënt die verplaatst werd)?
- Heeft de cliënt last van zintuiglijke problemen, en dan vooral van problemen met betrekking tot het zicht en het gehoor? Indien de cliënt gezichtsproblemen heeft, wordt hij/zij dan vaak opgeschrikt doordat anderen onverwacht in zijn/haar gezichtsveld verschijnen? Raakt de cliënt in de war doordat hij/zij omwille van gehoorproblemen de anderen niet kan verstaan?

**Stap 2: Identificeer de onderliggende oorzaken of verergerende factoren van de gedragsstoornissen.**

- ✓ **Heeft de cliënt al sinds lange tijd een mentaal gezondheidsprobleem dat, of een persoonlijkheidsstoornis die eventueel met de gedragsstoornissen in verband staan?** Voorbeelden: schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie, angststoornis, posttraumatische stressstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis. Wanneer dergelijke aandoeningen aan de basis van storend gedrag liggen, is een gedetailleerd psychiatrisch onderzoek en een zorgplan onder de leiding van een arts vereist.
  - Veel voorkomende symptomen zijn onder andere: wanen, hallucinaties, motorische opwinding, grootheidswaan, vijandelijkheid, prikkelbaarheid, overprikkeling, slapeloosheid, flashbacks, verschrikte reacties en fobieën (bv. bang voor naalden, bang om kamer te verlaten).
  - Sommige van die aandoeningen kunnen met een medische behandeling of medicatie aangepakt worden (bv. zie stemmingsstoornissen-CAP). Het identificeren, begrijpen en behandelen van andere aandoeningen die minder goed op traditionele therapieën reageren zou deel moeten uitmaken van het zorgplan. De arts kan bijvoorbeeld een combinatie van een medicamenteuze en een niet-medicamenteuze behandeling aanbevelen.
  - Het kan zijn dat cliënten die al sinds lange tijd probleemgedrag vertonen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen of persoonlijkheidsstoornissen niet het vermogen hebben om een manier te bedenken waarop ze de problemen in hun leven zelf onder controle kunnen brengen. Zulke cliënten zijn in staat andere mensen aan te vallen, te intimideren of in verlegenheid te brengen. Ze lopen door hun eigen gedrag zelf ook meer kans om door hun naasten of zorgverleners gestigmatiseerd, geïsoleerd, mishandeld of verwaarloosd te worden.

- ✓ **Is de cliënt dementerend of heeft hij/zij onlangs cognitieve achteruitgang gemaakt?**  
Voorbeelden: de ziekte van Alzheimer, een beroerte (CVA), slechtere CPS-score [zie cognitieverlies-CAP].
- Zijn de symptomen plots na een recente achteruitgang in de cognitieve prestaties van de cliënt opgetreden? Ga er in dat geval van uit dat de cliënt zich in een acute staat van verwardheid bevindt of een delier heeft. Bij cliënten met dementie en gedragsproblemen kan een delier vaak het best geïdentificeerd worden wanneer de frequentie van de aanwezige gedragssymptomen plots toeneemt of wanneer zich nieuwe gedragsproblemen voordoen. Als de cliënt een delier heeft, mag geen enkele inspanning uit de weg gegaan worden om de onderliggende oorzaken van dat delier te identificeren en te behandelen [zie delier-CAP]. Mogelijke directe oorzaken kunnen zijn: een nieuwe ziekte, een opflakking van een chronische aandoening of veranderingen in de medicatie.
  - Gedragsstoornissen bij dementie kunnen soms door geneesmiddelen die gebruikt worden bij dementie verlicht worden. Overweeg om daarover een arts te consulteren.
  - Zou het kunnen dat de cliënt een onvoldane behoefte probeert over te brengen? Ondervindt de cliënt moeilijkheden om zichzelf duidelijk te maken? Het kan zijn dat de cliënt niet in staat is om stresstoestanden (bv. dringend naar het toilet moeten gaan, niet weten waarheen te gaan, pijn bij het urineren) kenbaar te maken. De cliënt kan eveneens uitdagend gedrag vertonen omdat hij/zij de zorgverlener niet herkent of omdat de omgeving hem/haar niet vertrouwd en beangstigend lijkt. Al deze problemen kunnen middels een simpele remedie verholpen worden.
  - Heeft de cliënt andere soorten ongemakken of behoeften die hij/zij niet onder woorden kan brengen?
    - Kleedt de cliënt zich bijvoorbeeld in het openbaar uit omdat zijn/haar kledij te strak of ongemakkelijk zit?
    - Zorgt vermoeidheid ervoor dat de cliënt zijn/haar impulsen minder kan beheersen?
    - Dwaalt de cliënt rond omdat hij/zij dringend moet urineren maar te gedesoriënteerd is om een toilet te vinden?
    - Een cliënt die na een beroerte gedeeltelijk verlamd is, kan gefrustreerd, kwaad of fysiek agressief worden als zorgverleners zijn/haar gebaren of pogingen tot communiceren niet begrijpen.
    - Het kan zijn dat een cliënt die niet meer erg beweeglijk is van houding veranderd moet worden als hij/zij lang in dezelfde positie heeft gezeten of gelegen.
  - Interpreteert de cliënt zijn/haar omgeving of de handelingen van anderen verkeerd?
    - Een cliënt die aan geheugenverlies lijdt kan vergeten dat hij/zij getrouwd is en ongepaste avances maken naar iemand van het andere geslacht.
    - Op een gelijkaardige manier kan een cliënt met de ziekte van Alzheimer een huishoudster voor een dief aanzien.
    - In zulke gevallen kunnen de volgende symptomen zich voordoen: agitatie, verbaal

- geweld, verzet tegen zorg of zelfs fysieke agressie.
- ❑ Kan het gedrag van de cliënt met cognitieve beperkingen getolereerd worden? Bij veel cliënten met chronische progressieve dementie houden bepaalde gedragingen desondanks behandelingen of interventies aan. Hoewel men zich vaak met die gedragingen kan verzoenen, kunnen ze af en toe ook kwellend zijn.
    - Veel ronddwalende cliënten kunnen bijvoorbeeld in een veilige, risicoloze omgeving getolereerd worden, zonder dat ze daarbij gefixeerd moet worden.
    - Op dezelfde manier kunnen de meest storende gedragingen gereduceerd worden, door in de behoeften van cliënten met storend gedrag te voorzien en door de zorgplanstrategieën op te volgen. Zo kan escalatie van het gedrag vermeden worden. Bijvoorbeeld, wanneer een cliënt geagiteerd gedrag vertoont en gekend is omwille van agressief gedrag tegenover het team gedurende de zorg voor ADL-activiteiten, stop de activiteit van zodra de 1<sup>e</sup> tekenen van agitatie verschijnen en probeer het later opnieuw. Dit kan agressief gedrag voorkomen.
- ✓ **Heeft de cliënt een nieuw of acuut fysiek gezondheidsprobleem dat of een opflakking van een chronische aandoening die een gedragsstoornis kan veroorzaken of verergeren?**
- ❑ Aandoeningen zoals een delier, infecties, dehydratie, constipatie en hartsdecompensatie zijn fysieke gezondheidsproblemen die gedragsstoornissen kunnen veroorzaken. Herbekijk de delier-, dehydratie-, ondervoeding- en 'hart en ademhaling'-CAP.
  - ❑ Bepaal bovendien ook of er iets is dat de cliënt verhindert voldoende te slapen (bv. licht, lawaai, 's nachts frequente controles van de vitale functies, een kamergenoot met een ander slaappatroon)?
  - ❑ Heeft de cliënt pijn? Mogelijke gevolgen kunnen zijn: depressie, tragere genezing, beperkte beweeglijkheid, sociale isolatie, slaapstoornissen en heftige gedragsveranderingen. De cliënt kan schrikken wanneer hij/zij zodanig aangeraakt of verplaatst wordt dat de pijn toeneemt. Indien de cliënt pijnmedicatie neemt of een andere pijnbestrijdende therapie volgt, bekijk dan of de medicatie regelmatig toegediend wordt en of de dosis of interventie voldoende hoog is om de pijn te bestrijden (cliënt mag geen last van doorbraakpijn hebben) [zie pijn-CAP].
- ✓ **Kan het ontstaan of het verergeren van gedragsstoornissen geassocieerd worden met neveneffecten van medicatie?**
- ❑ Krijgt de cliënt een nieuw geneesmiddel toegediend of werd de dosis van een bepaald geneesmiddel gewijzigd? Ga na hoeveel tijd er verlopen is tussen de wijziging in medicatie en het optreden of verslechteren van de gedrags symptomen.
  - ❑ Neemt de cliënt een specifiek geneesmiddel waarvan geweten is dat het gedragsstoornissen in de hand werkt of verergert? Veel voorkomende geneesmiddelen die neveneffecten veroorzaken die tot gedragsstoornissen leiden zijn onder andere:
    - Anti-Parkinsonmiddelen kunnen hyperseksualiteit en sociaal ongepast gedrag

- veroorzaken, bv. in het openbaar masturberen of ongewenste seksuele avances maken.
- Sommige geneesmiddelen, zoals sedativa, centraal werkende antihypertensiva, bepaalde cardiologische geneesmiddelen en anticholinergica kunnen paranoïde wanen, symptomen van een delier of omkeerbare cognitieve schade veroorzaken. Andere geneesmiddelen die tot die categorie behoren zijn bètablokkers, antiarrhythmica, digoxine, lithium, cimetidine en een aantal andere psychoactieve geneesmiddelen.
  - Bronchodilatoren of andere geneesmiddelen die gebruikt worden om ademhalingsproblemen zoals COPD of astma te behandelen, kunnen agitatie en slaapproblemen veroorzaken. Te veel cafeïne en nicotine kan een gelijkaardig negatief neveneffect hebben.
  - Veel geneesmiddelen en substanties kunnen de impulsbeheersing verzwakken. Voorbeelden: benzodiazepines, andere sedativa, alcohol of om het even welk product dat alcohol bevat (bv. bepaalde hoestmedicatie).
- ✓ **Is er een goede interactie tussen de cliënt en zijn/haar familie en zorgverleners?** De handelingen en reacties van familieleden en zorgverleners kunnen heftige gedragsveranderingen verergeren of zelfs veroorzaken.
- Hebben zorgverleners en familieleden onrealistische verwachtingen van wat de cliënt gezien zijn/haar fysieke en cognitieve status kan doen?
    - Verdelen de zorgverleners indien nodig grotere taken (bv. zich aankleden) onder in een aaneenschakeling van kleinere activiteiten die de cliënt wel kan uitvoeren?
    - Zijn de familieleden en formele zorgverleners op de hoogte van de cognitieve patronen en het fysieke functioneren van de cliënt (bv. ADL, urinecontinentie)?
    - Uiten de familieleden en zorgverleners frustraties over de cliënt?
  - Geven de familieleden en zorgverleners de cliënt aanwijzingen, geheugensteuntjes en zelfvertrouwen opdat hij/zij de dingen beter zou kunnen doorgronden?
  - Zeggen of vragen de familieleden en zorgverleners te veel dingen tegelijkertijd? Een cliënt met fysieke of cognitieve communicatieproblemen kan gefrustreerd raken wanneer hij/zij al die informatie probeert te verwerken.
  - Zijn er belangrijke onopgeloste conflicten tussen de cliënt en familieleden, zorgverleners of andere cliënten? Vroegere gebeurtenissen of verstoorde patronen in sociale relaties kunnen een onderliggende oorzaak van de huidige gedragsstoornissen zijn.
- ✓ **Volgt de cliënt *gedragstherapie*?** Wat zijn de voornaamste onderdelen van die therapie? Onderzoek hoe de cliënt voordien reageerde op pogingen om zijn/haar gedrag te veranderen. Wat werd er precies geprobeerd? Hoe goed werkte dat?
- Bestaat er een vastgelegde, tenminste maandelijkse, herziening van de geneesmiddelen door verpleegkundigen, artsen en apotheker? Evalueer of er een samenhang is tussen de psychiatrische diagnoses en het voorschrijven van psychotrope geneesmiddelen. Bepaal of

het noodzakelijk is het gebruik van een geneesmiddel op te drijven of af te bouwen.

- ❑ Bestaat er een gedocumenteerde gedragstherapie? Verwijst men hierin naar de manier waarop anderen de cliënt het best kunnen benaderen, zodat deze juist reageert? Bestaat er een methode om de interacties tussen de zorgverleners en de cliënt te verhogen? Heeft het personeel specifieke instructies ontvangen over de manier waarop zulke interacties kunnen uitgevoerd worden, worden ze gestimuleerd om hieraan deel te nemen, en bestaat er een proces die info geeft over de resultaten? Omvat het therapeutisch programma specifieke gedragstherapeutische sessies door een getrainde leider? Omvat het gestructureerde activiteiten? Werd de omgeving van de persoon gecontroleerd, en werden maatregelen getroffen om problematische omgevingsstimuli te veranderen?
- ❑ Worden er in de therapie specifieke doelstellingen ter verbetering opgenomen, met betrekking tot veranderingen in type en frequentie van het gedrag. Wordt de datum van verwachte verandering neergeschreven? Worden specifieke veranderingen toegelicht?
- ❑ Voorziet deze therapie toegang (van cliënten) tot gezondheidsspecialisten voor verdere beoordelingen? Werd de geestelijke gezondheid van de cliënt, indien nodig, geëvalueerd?
- ❑ Beoordeel het nut van verdere interventies door te evalueren of het gedrag van de cliënt in de loop van de voorbije negentig dagen verbeterd is.
- ❑ Overweeg welke andere minder restrictieve methodes gebruikt kunnen worden indien de huidige interventie beëindigd zal worden.
- ❑ Ga na hoe de cliënt reageert op een verandering in de huidige interventies, en dan vooral op veranderingen in het gebruik van psychotrope geneesmiddelen of fysieke fixatie. Het gebruik van fysieke fixatie zou alleen in geval van uiterste nood overwogen mogen worden.

### **Stap 3: Bouw verder op de sterke punten van de cliënt.**

Het zorgplan zou strategieën moeten bevatten die de levenskwaliteit van de cliënt verbeteren door zijn/haar persoonlijke, sociale en omgevingsgerelateerde sterke punten te stimuleren. Ga na op welke gebieden de cliënt in de loop van zijn/haar leven sterk geweest is en welke de huidige sterke punten van de cliënt zijn. Geef de cliënt zoveel mogelijk de kans om zijn/haar sterke punten in het dagelijkse leven volledig te benutten.

- ✓ Wanneer voelt de cliënt zich gemakkelijk en ontspannen en gedraagt hij/zij zich goed (bv. tijdstip, omgeving, activiteit, sociale omgeving) ? Spelen er in die omstandigheden factoren mee die gebruikt zouden kunnen worden om de frequentie van de gedragsstoornissen te verlagen?
- ✓ Welke familieleden of zorgverleners kunnen op een rustige en beheerste manier met de cliënt omgaan? Praat met die personen om te horen hoe zij de cliënt op een effectieve manier (zonder dat hij/zij geagiteerd raakt) bij activiteiten betrekken.
- ✓ Wat is er tegenwoordig belangrijk voor de cliënt? Wat was er vroeger belangrijk voor de cliënt? Heeft de cliënt de kans om aan activiteiten deel te nemen die hij/zij waardeert? Bezit de cliënt



voorwerpen die voor hem/haar een emotionele waarde hebben en heeft hij/zij toegang tot die voorwerpen (bv. foto's van familieleden, kaarten)?

- Hou rekening met culturele factoren die een belangrijk onderdeel van de identiteit van de cliënt kunnen uitmaken. Vindt de cliënt het belangrijk om bepaalde gebeurtenissen te vieren? Wat kan er gedaan worden om de interacties tussen de cliënt en zijn/haar culturele gemeenschap te bevorderen?
- ✓ Waar is de cliënt het meest ontspannen? Welke kenmerken van de fysieke en sociale omgeving kunnen met positieve gedragspatronen geassocieerd worden? Gedraagt de cliënt zich minder geagiteerd in rustige settings of in omgevingen waar niet veel volk is of waar hij/zij minder visuele prikkels ontvangt?

## AANVULLENDE BRONNEN

**Gwyther, L.P.** *Caring for Persons with Alzheimer's Disease: A Manual for Facility Staff*. Washington, DC: American Health Care Association and the Alzheimer's Association, Washington DC, 2001. Alzheimer's Association [www.alz.org/](http://www.alz.org/)

**Fogel, B.** *Behavioral Symptoms*. In Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K.M., and Belleville-Taylor, P. (Eds). *Quality Care in the Nursing Home*. 1997. Mosby, St. Louis, MO.

**Hirdes, J.P., Fries, B.E., Rabinowitz, T., Morris, J.N.** *Comprehensive Assessment of Persons with Bipolar Disorder in Long-Term Care Settings: The Potential of the interRAI Family of Instruments, in Bipolar Disorders in Late Life*. Sajatovic, M. and Blow F.C. (Eds). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 2007.

**Mace N.L., Rabins, P.V.** *The 36-hour day a family guide to caring for persons with Alzheimer disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life*. Johns Hopkins University Press, Baltimore MD, 2000.

**Robinson, A., Spencer, B., White, L.A.** *Understanding difficult behaviors: some practical suggestions for coping with Alzheimer's disease and related illnesses*. Geriatric Education Center of Michigan, Ypsilanti, Michigan, 1999.

### AUTEURS

Catherine Hawes, PhD

John Hirdes, PhD

John N. Morris, PhD, MSW



