Verhaltensmodifikationen bei Dementen

Autor(en): **Hirsch, Rolf D.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1991)**

Heft 34

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790426

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Verhaltensmodifikationen bei Dementen

Rolf D. Hirsch: Lernen ist immer möglich. Verhaltenstherapie mit Aeltern. (Reinhardts Gerontologische Reihe; 2) 164 Seiten. 6 Abb. Kart. (3-497-01218-1) Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Mit Einverständnis des Verlages können wir Ihnen einen Auszug aus diesem Buch wiedergeben

Demenzen lassen sich unterteilen in primäre und sekundäre. Die primären Demenzen gliedern sich in Demenzen vom Alzheimer Typ (DAT) - ca. 50% aller Demenzen -, in Multi-Infarkt-Demenzen (MID; auch Zerebralsklerose genannt, Demenz vom vaskulären Typ) und die Mischformen (DAT u. MID). Bei den sekundären Demenzen ist die primäre Erkrankung nicht zerebral bedingt, sondern es besteht z.B. eine innere Erkrankung, ein Tumor, eine Vergiftung u.ä. (s. Kanowski 1990, Lauter 1972; Lauter & Kurz 1989; Reisberg 1986). Die derzeitige Diagnostik erlaubt zwar, zwischen primärer und sekundärer Demenz zu unterscheiden, nur sehr vage aber zwischen der DAT und der MID, wenn nicht eindeutige Hinweise, z.B. für Risikofaktoren (Hypertonie, Blutzucker, Fettstoffwechselstörung oder neurologische Symptome) vorliegen. Können auch öfters typische Verläufe für die DAT und MID gefunden und leichte, mittelschwere und schwere Demenzen beschrieben werden und sind diese Unterteilungen in der Praxis manchmal hilfreich (z.B. unterschiedliche medikamentöse Behandlungsversuche), so sollten sie

aber nicht über ihren hypothetischen Charakter hinwegtäuschen.
Kein unter einer Demenz Erkrankter gleicht dem andern. Zu der bekannten inter- und intraindividuellen Schwankungsbreite des Alternsprozesses in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht kommen psychoorganische Veränderungen hinzu, die zwar durch verschiedene Symptome zu einem Krankheitsbegriff zusammengefasst werden können, im Einzelfall aber wenig aussagekräftig sind (z.B. Ausprägungsgrad, Tagesschwankungen, Anzahl der Symptome). Eine verhaltenstherapeutische Diagnostik hat nun den Vorteil, dass sie sich am Verhalten und den Verhaltensbedingungen des Dementen orientiert und dies Ansatzpunkt therapeutischer Interventionen ist. So können z.B. einzelne oder mehrere störende Verhaltensweisen je nach ihrer Ausprägung in einer Einzel- oder Gruppentherapie behandelt werden. Natürlich ist vor jeder Intervention - dies geschieht im Rahmen der Verhaltensanalyse - nach weitern Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Infektion, Parkinson-Syndrom), medizinischen Untersuchungsbefunden und Behandlungsmassnahmen zu fragen und zu berücksichtigen. Keine Behandlung kann "im stillen Kämmerlein" durchgeführt werden, losgelöst von den situativen Bedingungen, sondern nur im Kontext mit allen wichtigen Bezugspersonen. In stationären Einrichtungen (z.B. Altenheim, Klinik) gilt es, die Heimmitarbeiter zu motivieren, mit den Behandlungsverfahren vertraut zu machen und als Mit-Therapeuten einzusetzen. Lebt der Klient zu Hause, ist eine Verhaltensbeobachtung in seiner gewohnten Umgebung notwendig und die Einbeziehung der Angehörigen (positive und negative Verstärker) Voraussetzung zur Behandlung.
Die Vielzahl der möglichen Verhaltensauffälligkeiten (keine von ihnen ist allein spezi-

fisch für eine Demenz), die allein oder in Mehrzahl, in leichter oder schwerer Ausprägung, konstant oder inkonstant, bei einem Klienten auftreten können, lassen sich in folgende Bereiche einteilen:

- kognitive Beeinträchtigung (z.B. abstraktes Denken, Gedächtnis, Urteilsvermögen)
- Desorientierung
- Störung der Sinne
- Störung der Sprache, der motorischen Aktivitäten sowie der Fähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen
- Weglauftendenz und planloses Umherirren
- emotionale Störungen (Aggressivität, Erregung, Aengstlichkeit, Selbstunsicherheit, Apathie, Depressivität u.a.)
- Verringerung des Ess- und Trinkbedürfnisses bis zur Verweigerung
- mangelndes Hygieneverhalten
- Inkontinenz
- Bettlägerigkeit
- soziale Inkompetenz und Isolation

An verhaltenstherapeutischen Techniken werden bei Klienten mit einer Demenz am häufigsten die operanten Methoden angewendet wie z.B.:

- Reaktionsausformung: z.B. für Wiedererlernen von selbständigem Essen, Trinken, Blumenpflege, Bettmachen;
- Reaktionsverkettung: z.B. Wiedererlernen von selbständigem Ankleiden, Körperhygiene, Aufstehen, Zimmer aufräumen;
- Einblenden: z.B. Läuten vor dem Essen, Radio anmachen als Zeichen für das Aufstehen, Hinweise für bestimmte Tage, an denen Veranstaltungen stattfinden;
- positive Verstärkung (verbale oder materielle - token economie): z.B. Wiedererlernen von Sprechen, Kommunikation, Bewegungs-

förderung, Erlernen von Alltagsaktivitäten, Hygieneverhalten;
- negative Verstärkung: z.B. Verlernen von störendem und aggressivem Verhalten, Weglauftendenz, planlosem Umherirren;
- Reizkontrolle: z.B. realitätsorientierte Einrichtung einer Station mit unterschiedlichen Hinweisreizen für bestimmtes Verhalten;
- Löschung: z.B. aggressives Verhalten, Schreien, Spucken; bei Pflegepersonen z.B. überfürsorgliches Verhalten, passivierende Pflege u.ä.

Natürlich können unterstützende Methoden des Modellernens, des Selbstsicherheitstrainings, manchmal auch der Selbstkontrolle und gruppentherapeutische Interventionen sinnvoll sein. Als weitere Massnahmen fördern den Dementen: realitätsorientierte Trainings, Resensibilisierungs-Trainings, Gedächtnistrainings und allgemeine Förderung des Freizeitverhaltens.
Gerade für demente Klienten, die im stationären Bereich leben müssen (Altenpflegeheime, gerontopsychiatrische Abteilung), ist es sehr kurzsichtig, nur einzelne Verhaltensweisen zu verändern. Notwendig ist, für die Klienten ein realitätsorientiertes Umfeld sowie ein emotionales Klima zu fördern, in welchem diese sich geborgen, gefördert, anerkannt und als "Gleiche" fühlen können. Voraussetzung hierzu ist ein in Verhaltensbeobachtung und -beschreibung geschultes Team, ein funktionierendes Dokumentationssystem, eine aktivierend ausgerichtete Pflegeplanung, Supervision und ein Team mit einer positiven Einstellung zu Aelteren und Dementen.
Im folgenden soll ein Beispiel für eine Einzelintervention im Heim gegeben werden und

auf Verhaltensmodifikationen bei Inkontinenz hingewiesen werden:
Beispiel: Ein 83jähriger, mittelschwer dementer Pflegeheimbewohner, der noch gut laufen kann, findet sein Zimmer (Zweibettzimmer) und in diesem sein Bett nicht mehr. So geht er in andere Zimmer und legt sich in fremde Betten. Er ist dabei überzeugt, dass dies sein Zimmer sowie sein Bett sei und reagiert aggressiv, wenn er darauf hingewiesen wird, dass das nicht stimmt. Dieses Verhalten ängstigt insbesondere die weiblichen Heimbewohner und verunsichert sie. Daher sollte diese Verhalten "verlernt" werden. Da er nur unzusammenhängende Sätze sprach, die Station kaum verliess, konnte nur eine ungenaue Verhaltensbeobachtung durchgeführt werden sowie von Mitarbeitern sein anderes Verhalten zusammengetragen werden.
Bekannt war, dass er früher Pferde hatte und über diese manchmal bruchstückhaft sprach und beim Durchblättern von Zeitungen auf Abbildungen von Pferden positiv reagierte. Auch in seinem Zimmer hing ein Bild von seinem früheren Lieblingspferd. Wurde er auf das Bild angesprochen, lächelte er und nickte mit dem Kopf. Zigaretten, die er gerne rauchte, konnten als Verstärker nicht eingesetzt werden, da dies die Heimordnung nicht zuliess. Andrerseits war bekannt, dass er sehr gerne Bonbons lutschte. Nun wurde mit ihm eine Zeitung durchgeblättert und die zwei Pferdebilder, die ihm am besten gefielen, herausgeschnitten. Diese sollten als Hinweisreiz genommen werden, Bonbons und Lob als Verstärker und Gedankenstop ("Verhaltensstop") bei Auftreten unerwünschten Verhaltens. Unterstützt werden sollte die Verhaltensmodifikation zusätzlich durch ein Modell.
Zunächst wurde an seinem Bett das erste von ihm ausgesuchte Pferdebild angebracht und

versucht, sein Bett mit dem Pferdebild zu "verknüpfen". Ein Modell ging mit ihm zum Bett und sagte "mein Pferd - mein Bett" und deutete dabei auf das Bild bzw. das Bett des Klienten. Er sprach dies nach. Mehrfach täglich wurde das verbale Training verbunden mit einem Verhaltenstraining durchgeführt. Ging der Klient zu einem andern Bett, schrie der Therapeut laut "nein". Nach einem kurzen Zeitintervall ging der Therapeut auf das Bett des Klienten, zeigte auf das Pferdebild und sagte: "mein Pferd - mein Bett". Ging der Klient daraufhin zu seinem Bett, wurde er gelobt und erhielt sofort ein Bonbon. Als der Klient dies gut gelernt hatte, wurde das zweite ausgesuchte Pferdebild auf seine Zimmertüre geklebt. Das Verhaltenstraining wurde dann in ähnlicher Weise durchgeführt wie zuvor. Verbunden wurde "mein Pferd - mein Zimmer". Von sehr unterschiedlichen Punkten der Station und ausserhalb (wo der Bewohner sich seltener aufhielt) wurde das Zimmer-Finden geübt. Nach sechs Wochen hatte der Heimbewohner gelernt, sein Zimmer zu finden sowie sein Bett und belästigte die andern Heimbewohner nicht mehr. Erst als ein Verwirrtheitszustand infolge einer Blaseninfektion auftrat, stellte sich diese Verhaltensweise wieder ein. Nach Abklingen des Verwirrtheitszustandes wurde die Verhaltensmodifikation wieder aufgenommen und in kurzer Zeit konnte er sein Zimmer und sein Bett wieder finden. Ueber längere Zeit wurde dann einmal wöchentlich dieses Training wiederholt ("einmal wöchentlich zur Auffrischung").