

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

**Band:** - (1991)

**Heft:** 34

**Artikel:** Verhaltensmodifikationen bei Dementen

**Autor:** Hirsch, Rolf D.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-790426>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 15.10.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://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 weiteren 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 Modellerns, 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 kurzfristig, 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 Älteren 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 demen- ter 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 ver- liess, konnte nur eine ungenaue Verhaltensbe- obachtung durchgeführt werden sowie von Mit- arbeitsern sein anderes Verhalten zusam- mengetragen werden.

Bekannt war, dass er früher Pferde hatte und über diese manchmal bruchstückhaft sprach und beim Durchblättern von Zeitungen auf Ab- bildungen 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 wer- den, da dies die Heimordnung nicht zuliess. Andererseits war bekannt, dass er sehr gerne Bonbons lutschte. Nun wurde mit ihm eine Zei- tung durchgeblättert und die zwei Pferdebil- der, die ihm am besten gefielen, herausge- schnitten. Diese sollten als Hinweisreiz ge- nommen werden, Bonbons und Lob als Verstärker und Gedankenstop ("Verhaltensstop") bei Auf- treten unerwünschten Verhaltens. Unterstützt werden sollte die Verhaltensmodifikation zu- sätzlich 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 Verwirrheitszustand infolge einer Blaseninfektion auftrat, stellte sich diese Verhaltensweise wieder ein. Nach Abklingen des Verwirrheitszustandes 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").