

Aus der Praxis für die Praxis: Logopädische Behandlung demenzbedingter Sprachstörungen

Heike D. Grün

Zusammenfassung:

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können von logopädischer Kompetenz profitieren, obwohl Demenz (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen vorkommt. Die sprachtherapeutische Arbeit im Bereich Demenz erfordert das Wissen um Demenzformen und –stadien mit ihren unterschiedlichen Defiziten und Ressourcen, Kenntnisse in der Diagnostik, im Umgang mit Menschen mit Demenz und in der Anwendung etablierter sprachtherapeutischer Ansätze. Die sprachtherapeutische Arbeit bei Menschen mit Demenz ist aus einer ganzheitlichen Sicht des Menschen und in einem interdisziplinären Kontext zu sehen. Die logopädische Behandlung ist immer Zusammenarbeit und Austausch mit anderen therapeutischen und medizinischen Disziplinen, mit Angehörigen und Pflegenden. Voraussetzung für die therapeutische Arbeit mit demenzbedingten Sprachstörungen ist der ausschließlich ressourcenorientierte Blick. Da Lernen im klassischen Sinne nicht stattfindet gilt es, jede kommunikative Ressource aufzuspüren und diese mit therapeutischen Angeboten und Interventionen zu stützen. Um diese Arbeit durchführen zu können, ist der jeweils aktuelle Daseinszustand des Menschen mit Demenz zu berücksichtigen. Vor der logopädischen Arbeit (Therapieinhalte) steht die Beziehungsarbeit, die Kontaktaufnahme, die sich in ihren unterschiedlichen Vorgehensweisen dem aktuellen Stand und Status der Demenz anpasst und in jeder Sitzung neu ausgerichtet wird. Gelingt es dem Therapeuten, existenzielle Themen des Menschen mit Demenz zu erfassen, so ergibt sich ein Zugang, der es erlaubt, die individuellen Themen mit zu erarbeitenden Inhalten zu verbinden. Der Therapeut lenkt die Beziehung durch aufrichtiges, empathisches Verhalten und knüpft eine Beziehung, die den Menschen mit Demenz dazu bekräftigt, eigene Themen erwachen zu lassen. Die therapeutische Wirksamkeit wird durch eine kreative Verknüpfung von Beziehung und SINNVollen Inhalten erzielt.

Schlüsselwörter:

Sprachtherapie bei Demenz, Logopädie bei Demenz

Zitation:

Grün, H. D. (2015) Aus der Praxis für die Praxis: Logopädische Behandlung demenzbedingter Sprachstörungen. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2: e2015-02; doi: 10.14620/stadbs150902

1. Einleitung

Die sprachtherapeutische Arbeit bei Menschen mit Demenz ist in den letzten Jahren immer stärker in den Vordergrund gerückt. In sprachtherapeutischen Praxen sehen wir zunehmend Patienten mit Sprach- bzw. Kommunikationsstörungen, die über das klassische Bild einer Aphasie hinausgehen. Nicht immer ist eine ärztliche Diagnose gestellt worden, eine Demenz wird vielleicht vermutet und dem Sprachtherapeuten/Logopäden stellt sich die Aufgabe diesen Patienten bestmöglich zu versorgen.

Im deutschsprachigen Raum zeigen neuere Publikationen, dass die Sprachtherapie bei Menschen mit Demenz wissenschaftliches Interesse findet (Gutzmann und Brauer, 2007; Böhme, 2008; Diehl-Schmidt et al., 2009; Steiner, 2010), obwohl: „Sprech- und Sprachstörungen bei Demenzerkrankungen sind seit mehr als hundert Jahren wissenschaftlich thematisiert. Später finden sich sporadisch Belege für eine fruchtbare Zusammenführung phoniatischer und psychiatrischer Fragen (z.B. Stockert, 1929), ohne dass diesen Ansätzen systematischer nachgegangen wäre“ (Gutzmann und Brauer, 2008, S.9).

Nach ICD-10 wird die Demenz klinisch definiert als eine chronisch fortschreitende Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen. Gedächtnis, Denken, Lernfähigkeit, Rechnen, Urteilsfähigkeit, Orientierung und auch Sprache sind betroffen.

Voraussetzung für eine sprachtherapeutische Arbeit bei Menschen mit Demenz ist ein Wissen um Demenzformen und Demenzstadien mit ihren unterschiedlichen sprachlichen Defiziten und Ressourcen, die Durchführung einer Differentialdiagnostik als Abgrenzung zur Aphasie, Kenntnisse im Umgang mit Menschen mit Demenz in verschiedenen Stadien und die Anwendung etablierter sprachtherapeutisch relevanter Vorgehensweisen. Ebenso sollen sprachtherapeutische Interventionen in ein interdisziplinäres Vorgehen eingebunden und eine möglichst enge Einbindung der Angehörigen selbstverständlich sein. Vor der sprachtherapeutischen Arbeit, die sich auf die Therapieinhalte bezieht, steht die Beziehungsarbeit. Diese Kontaktaufnahme zum Menschen mit Demenz passt sich in ihren unterschiedlichen Vorgehensweisen dem aktuellen Stand der Demenz an und wird in jeder Sitzung neu auszurichten sein. Die Erfahrung zeigt, dass eine therapeutische Wirksamkeit durch eine kreative Verknüpfung von Beziehung und SINNVollen Inhalten erzielt werden kann.

2. Sprachtherapeutisch relevante Demenzformen

Nicht jede Demenz erfordert sprachtherapeutische Interventionen. Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit mit Sprachabbau erfolgen im progredienten Verlauf bei allen Demenzformen. Der Begriff Aphasie sollte bei Sprachstörungen im Rahmen einer Demenz nicht verwendet werden, da sich Ursache, Verlauf und Therapie grundlegend von einer Aphasie nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma unterscheiden. Hier sind sprachrelevante Hirnbezirke betroffen, während bei einer Sprachstörung im Rahmen einer Demenz mehrere unterschiedliche Hirnbezirke betroffen sind, die zu kognitiven Abbauprozessen führen und das gesamte Sprach-/Kommunikationsverhalten beeinträchtigen.

In der Literatur finden sich die Begriffe „Sprachabbau bei Demenz“ (Steiner 2008, 2010) und „kognitive Dysphasie“ (Heidler 2006), „Sprachverhaltensstörung bei Demenz“ (Romero, 1997).

In die logopädische Praxis werden i.d.R. Patienten mit Sprachauffälligkeiten bei Alzheimer-Demenz, bei Primär Progredienten Aphasien (Logopenische, Semantische und Nichtflüssig-agrammatische Variante) und bei vaskulären Demenzen überwiesen. Sprachliche Symptome der verschiedenen Demenzformen sind von vielen Autoren (z.B. Böhme, 2008; Beyreuther, 2002; Gutzmann/Brauer, 2007) beschrieben worden. Unter dem Gesichtspunkt Sprachtherapie bei Menschen mit Demenz kommt Steiner (2010, S. 45-46) zu der Feststellung: „ Sprach- und Kommunikationsstörungen im Rahmen einer Demenz müssen im Gesamtzusammenhang gesehen werden: Sprachstörungen, Störungen des Gedächtnisses, des Lernens, des Denkens, des Urteilens und des Alltagshandelns, der Orientierung bilden ein interagierendes System. Die Zuordnung des Grades der Beeinträchtigung bestimmter Facetten der höheren kortikalen Funktionen zu bestimmten Demenzformen (Bourgeois/Hickey 2009, S.43) hat therapeutisch geringe Relevanz und ist wenig sinnvoll.“ „therapeutisch interessant ist die Hinwendung zu den erhaltenen Ressourcen.“ Steiner plädiert nach dem derzeitigen Stand des Wissens „für die Individualität des Einzelfalls“.

Hierzu schreibt Sachweh (2008, S.22 f): „Die eine demenztypische Reaktion gibt es nicht: Grundsätzlich sind die Reaktionsweisen so unterschiedlich wie die Menschen selber“, sie spricht von „konstruktiven und kreativen nicht immer zum Erfolg führenden Strategien“ der Patienten. Der Blick und die Erarbeitung der Ressourcen unabhängig von der Demenzform erscheinen sinnvoll.

3. Demenzdiagnostik

Die Diagnose einer Demenz erfolgt immer in einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Anamnese und Fremdanamnese (Betroffener, Angehörige) stehen meist am Anfang. Dem klinischen Status (Herz-Kreislauf-System, Lungenstatus, Risikofaktoren-Profil) folgen Labordiagnostik, psychiatrischer Status, neurologischer Status, psychometrische Tests und bildgebende Untersuchungen. Die neuropsychologischen Instrumente der Demenzdiagnostik umfassen Gedächtnis- und Lerntests. Diese erweisen sich als sehr sensitiv für das Vorliegen einer Lernstörung als Hauptkennzeichen einer Demenz. Zu bedenken ist, dass auch bei Patienten mit einer Beeinträchtigung der linken Hemisphäre u.a. eine Störung des Lernens vorliegen kann; deshalb sollten keine voreiligen Schlüsse gezogen werden. In der Praxis meist verwendete Tests sind der Mini-Mental-Status-Test (MMST) und der Uhrentest. Zur Früherkennung wird der DemTect (Demenz Detektion) und zur Abklärung einer Demenz bei Parkinson der PANDA (Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment) eingesetzt. Diese Untersuchungen werden meist in Kliniken, Arztpraxen, Praxen für Neuropsychologie, selten in Praxen für Logopädie durchgeführt. Neuropsychologische Tests - genannte und weitere- erfassen eine individuelle Differenzierung zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz (Förstl, 2005). Die Ergebnisse der Untersuchungen unterstützen nicht-medikamentöse therapeutische Interventionen, dienen der Verlaufskontrolle und eignen sich zur Dokumentation in logopädischen Berichten an den verordnenden Arzt. Menschen mit Demenz reagieren sehr empfindlich auf und in Testsituationen. Je nach Stadium der Demenz kann es zu Verweigerungen und Ausflüchten kommen. Betroffene reagieren sehr empfindlich auf jede Form von Ablenkung innerer und äußerer Natur. Einflüsse von außen betreffen Umgebungsreize, innere Einflüsse beziehen sich auf die aktuelle Befindlichkeit des Menschen (z. B. Schmerzen, Müdigkeit, mangelnde Motivation, ablehnende Haltung). Weiterhin müssen mögliche Beeinträchtigungen von Basisleistungen wie Hören, Sehen, Feinmotorik, Sprech- und Sprachstörungen im Blick des Testers sein.

Eine Ergänzung zur neuropsychologischen Diagnostik bietet ein Screeningverfahren nach Schultze-Jena und Becker (2005): eine Differenzialdiagnostik zwischen Patienten mit Aphasie und Patienten mit Sprachstörungen bei Demenz. Für die sprachtherapeutische Arbeit sind die Ergebnisse dieser Unterscheidung wegweisend, da sie zu unterschiedlichen Therapieansätzen führen: die klassische (eher) symptomorientierte Aphasietherapie (Wortfindung, Semantik, Syntax, Phonematik), der Focus liegt auf zu erarbeitenden sprachlichen Strukturen versus umgekehrt symptomorientierte Therapie (frühes Stadium), Umgang mit Kommunikationsproblemen, Angehörigenarbeit und Beratung, hier liegt der Focus auf dem längstmöglichen Erhalt und der Stabilisierung der sprachlichen Ressourcen. Die Untersuchung setzt sich aus fünf Testteilen zusammen (Spontankommunikation, Bildbeschreibung, Benenntest, Wortflüssigkeit, Semantik/Sprachverständnis). Für diese, wie

auch für alle anderen genannten Test- und Screeningverfahren ist eine genaue Unterweisung angezeigt.

Alle Tests sind immer im Kontext einer Gesamtdiagnostik zu sehen. Tests sind für Menschen mit Demenz sehr belastend. Sie werden fast ausschließlich mit ihren Defiziten konfrontiert. „Defizitsicht schafft Ohnmacht“, sagt Nicole Richard (Psychogerontologin, Begründerin der Integrativen Validation) und „eine vom Defizit geleitete und dominierte Sichtweise kann zu Ohnmachtsgefühlen und zur Hilflosigkeit bei Pflege- und Betreuungskräften führen“ (Richard, 2004). Steht die medizinische Diagnose Demenz fest, sollten Dokumentations-Verfahren entwickelt werden, die einem beschreibenden Charakter folgen, den Menschen mit Demenz keiner Prüfungssituation aussetzen und würdigend seine Ressourcen dokumentieren.

4. Umgang mit Menschen mit Demenz

Was bedeutet es von Demenz betroffen zu sein? Wie erlebt sich ein Mensch mit Demenz? Vergleicht man das Erwerben einer Lebensgeschichte mit einem Puzzle, so zerfällt dieses mit Fortschreiten der Demenz. Die Inhalte sind unwiederbringlich verloren. Die zunehmenden Verluste haben Auswirkungen auf die Kompetenzen im Alltag, die Konstanz der Erfahrungen, die Beziehung zu Mitmenschen, den Blick auf die Realität, die Kontrolle der Gefühle und die Kommunikationsfähigkeit. Um sich diesen Verlusten nicht ausgeliefert zu fühlen, um sich nicht zu blamieren und um letztlich seine Würde zu bewahren, werden Schutzstrategien eingesetzt. Diese zeigen sich z.B. im Fremdbeschuldigen („Warum räumst du immer alles weg, da kann ich ja nichts finden“), im Somatisieren („Ich habe immer diese Kopfschmerzen“), im Relativieren („Ach, ich war schon immer ein wenig schusselig“). (Richard, 2006). In der Kontaktaufnahme mit dem Menschen mit Demenz gilt es, diese Schutzstrategien zu erkennen und respektvoll und kreativ in die Kommunikation zu integrieren.

Was bleibt gesund? In jedem Stadium der Demenz verbleiben Ressourcen. Diese beinhalten Reserven, Kräfte und Fähigkeiten, die dem Menschen mit Demenz zur Bewältigung seiner Situation zur Verfügung stehen. Defizite sind sichtbar, während die Ressourcen ermittelt werden müssen.

Zwei Ressourcen -Gruppen stellen die zentralen Aspekte der Integrativen Validation nach Richard (IVA) dar: Antriebe und Gefühle. Antriebe lassen sich lebensgeschichtlich herleiten, sie bezeichnen erlernte Normen als Motive von Handeln (z. B. Verantwortung, Fürsorge, Pünktlichkeit). Gefühle werden spontan und echt vermittelt, sie sind Ausdruck momentaner Befindlichkeit und Reaktionen auf Personen und Umwelt (z. B. Freude, Wut, Trauer). Richard sagt: „Menschen mit Demenz äußern ihre Gefühlsbefindlichkeiten direkt und spürbar. Ihr Verhalten wird ebenfalls geleitet von Antrieben. Wenn wir die Gefühle und Antriebe ernst- und wahrnehmen und in kleinen Sätzen wertschätzend wiedergeben (individuell validieren), fühlen Menschen mit Demenz sich erfasst und verstanden. Wir sind das Echo, geben den oftmals isolierten Äußerungsformen dieser Menschen eine Sprache“. (Richard, 2004). IVA hat eine Methodik der Gesprächseröffnung und Gesprächsführung entwickelt, die sehr gut genutzt werden kann, sie in die sprachtherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz zu integrieren. Die IVA basiert auf einem ressourcenorientierten Vorgehen, verzichtet auf Einteilung in Stadien, ebenso auf Fragetechniken und

Interpretationen. Angst, Stress und Leistungsfrustration sollen immer vermieden werden. Unabhängig vom Ausprägungsgrad der Demenz beinhaltet die IVA ein einheitliches Vorgehen, eine gleichbleibende Methodik und ist immer gegenwartsorientiert. Darüber hinaus soll auch die Körpersprache in der Kommunikation als Ressource von Menschen mit Demenz gesehen werden. Mit Fortschreiten der Demenz wird der körpersprachliche Ausdruck stärker und authentischer. Führen verbale Informationen zu Irritationen folgen Menschen mit Demenz dem Körperausdruck und nicht dem gesprochenen Wort. Das bedeutet für den Therapeuten, auch auf nonverbale, körpersprachliche Botschaften als möglicher Schlüssel zu achten und gleichzeitig seine eigene Körpersprache zu kontrollieren und im besten Fall als gezielte Unterstützung einsetzen. Um zielführend und umfassend das methodische Vorgehen der IVA einzusetzen, ist eine genaue Unterweisung angezeigt.

5. Behandlung von Menschen mit Demenz

Für eine individuell wirksame Behandlung und Begleitung des Patienten mit Demenz ist nach Diagnosestellung durch den Arzt ein umfassendes therapeutisches Konzept erforderlich. Es werden zwei Behandlungsformen angeboten: die medikamentöse und die nichtmedikamentöse Therapie. Frau Romero gibt den wertvollen Hinweis, dass die deutsche „S3 Leitlinie-Demenz“ den negativ formulierten Begriff „nichtmedikamentöse Therapie“ vermeidet und die Bezeichnung „psychosoziale Interventionen“ verwendet (Romero, 2014). Die medikamentöse Therapie obliegt den Ärzten. Sie entscheiden nach Zielsyndromen, welche Medikamente ggf. verabreicht werden können, um symptomatische Leistungseinbußen zu lindern und die Lebensqualität zu steigern. Die psychosozialen Interventionen umfassen psychotherapeutische, ergotherapeutische, neuropsychologische, sprachtherapeutische und sensorische Verfahren, weiterhin ökologische und soziale Interventionen (Anpassung der Umgebung an sich verändernden Bedürfnisse) und Beratung. Obwohl empirisch nicht ausreichend belegt, zeigen die Maßnahmen psychosozialer Interventionen positive Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigung. Empfehlung und Evidenzebenen der Interventionen werden in den Demenzleitlinien (DGPPN/DGN-S3-Leitlinie "Demenzen", 2009) formuliert.

Basis für die Behandlung von Menschen mit Demenz sind Therapieprinzipien, die sich an den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen orientieren. Hierzu werden in den bereits genannten Demenzleitlinien wichtige Vorgehensweisen beschrieben: „- Bis heute ursächliche Behandlung nicht möglich - Erhalt alltagsrelevanter Fähigkeiten der Betroffene - Verbesserung der Versorgungssituation für Betroffene und Angehörige - Individuelle Behandlung/ Versorgung - Abstimmung der Behandlung auf Veränderungen des Schweregrads - Einbindung der betreuenden Angehörigen und/oder Pflegenden - Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen.“

6. Sprachtherapeutische Behandlung

Obwohl Demenz (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen zu finden ist, können Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen von logopädischer Kompetenz profitieren. Der Erhalt der Kommunikationsfähigkeit ist ein entscheidendes Kriterium für die Teilhabe am Leben (ICF).

Diese längst möglich zu erhalten ist das Ziel logopädischer Arbeit.

Da Lernen im klassischen Sinn nicht stattfinden kann, wird jedes Vorhaben in diese Richtung fehlschlagen und für Patient und Therapeut enttäuschend. Jedes schulische Üben soll vermieden werden. Der Blick richtet sich auf die sprachlichen und kommunikativen Ressourcen des Patienten. Diese zu ermitteln ist die gemeinsame Aufgabe zu Beginn einer Behandlung. Diese dem Grad der Demenz entsprechend zu stärken, zu stabilisieren und möglicherweise durch individuelle Strategien zu ergänzen ist die Aufgabe im Verlauf der Behandlung. Alle sprachtherapeutischen Interventionen orientieren sich an Demenzform und -stadium, dem aktuellen Leistungsstand und der Tagesform des Patienten. Das therapeutische Setting sollte einer festen Struktur unterliegen. Ritualisierte Abläufe, wie ein stets gleichbleibender Therapieablauf, Kontinuität bezüglich Zeit, Raum und Therapeut sowie ein fehlerfreies Vorgehen in der Behandlung (der Patient gelangt immer zu einer „richtigen“ Lösung) ermöglichen dem Menschen mit Demenz ein gesichtswahrendes Verhalten während der Therapie.

Angehörige sind über den Behandlungsablauf und -verlauf informiert, im Idealfall in Anwesenheit und mit Einverständnis des Betroffenen in der Sitzung. Kommunikationsprobleme zwischen Betroffenen und Angehörigen werden beratend begleitet. Eine direkte Beratung für den Angehörigen sollte jedoch nicht in Anwesenheit des Betroffenen stattfinden.

Bei einer beginnenden Demenz sollte „nach den Möglichkeiten einer individuellen indirekten Sprachtherapie, ggf. im Sinne eines kognitiven Trainings gesucht werden“ (Böhme, 2008, S. 151). Ob Gehirn- und Gedächtnistrainings sinnvoll sind, wird kontrovers diskutiert. Für den Betroffenen soll sein Einsatz Sinn und Spaß bringen. Hat ein Betroffener gerne Kreuzworträtsel gelöst, so können ihm angepasste Trainings angeboten werden. Hat er Freude an Fotoalben, können diese für gesprächsfördernde Maßnahmen genutzt werden. Lückensätze zu bekannten Liedern, Redewendungen, Gedichten können Erinnerungen aktivieren. Ab mittelschwerer Demenz können auch unlogisch erscheinende Gespräche aufrechterhalten werden, wenn die dahinter stehenden Gefühle und Antriebe erkannt und validiert werden. (vgl. Absatz Umgang mit Demenz). Besonders in dieser Phase sollte jede aktuelle Situation für eine sprachtherapeutische Intervention genutzt und alle Chancen verwendet werden, die über eine kognitiv ausgerichtete Sprachtherapie den Menschen mit Demenz im Kommunikationsprozess hält. Der Therapeut kann davon ausgehen, dass eigene Therapieplanungen selten der jeweiligen Sitzung entsprechen. Bei schwerer Demenz treten verbale sprachtherapeutische Vorgehensweisen in den Hintergrund. Der Patient sollte jedoch weiterhin mit seinem Namen angesprochen werden. Die Kontaktaufnahme (jede Begegnung kann ein Erstkontakt sein) erfolgt mit Hilfe einer validierenden möglichst gleichbleibender Vorgehensweise sowie Augenkontakt, Körpersprach-Ausdruck, Körperkontakt und Atemführung. In der Dysphagie-Behandlung können diese Schritte wirksam eingesetzt werden.

6.1. Sprachtherapeutische Ansätze

Das biografisch orientierte Verfahren KODOP: Kommunikation – Dokumentation – Präsentation (Steiner, 2008) eignet sich für Patienten im beginnenden und mittleren Stadium einer Demenz und ist für die Einzeltherapie vorgesehen. Voraussetzungen sind eine erhaltene Lese- und Schreibfähigkeit sowie Interesse des Menschen mit Demenz am Lesen

und Schreiben. Im Gespräch, dessen Inhalt möglichst vom Patienten bestimmt wird entsteht ein Text, der schriftlich festgehalten wird. Der Therapeut fragt nach, wiederholt, ergänzt und hält Emotionen fest. Der fertige Text wird vorgelesen und dem Patienten in vergrößerter Schrift ausgehändigt. Der Patient kann Ergänzungen vornehmen, Bilder hinzufügen, seinen Text in einem Heft ablegen und im Alltag in Gesprächssituationen einsetzen. Meine Erfahrungen mit KODOP zeigen, dass sich Patienten mit Freude auf dieses Vorgehen einlassen können. Eine meiner Patientinnen sagte am Ende einer Sitzung: „Vorbei? Hab` doch nur von mir erzählt“. Weiterhin zeigte es sich als sinnvoll, auch hier die Angehörigen einzubinden, um den Betroffenen im Alltag an seine Aufzeichnungen zu erinnern und den entstandenen Texten entsprechende Gesprächsanlässe herbeizuführen. Diese „Aufgabe“ wurde meist gerne von den Angehörigen übernommen. Die Ziele von KODOP sind die Entstehung von Kontakt, Orientierung und Sinn. Der Patient erlebt sich kompetent.

Ebenfalls Kontakt, Orientierung, Sinn und Kompetenz erlebt ein Mensch mit Demenz in der Arbeit mit dem Ansatz HOT: Handlungsorientierte Sprachtherapie (Reddemann-Tschaikner und Weigl, 2002, 2009). Dieser Ansatz wurde ursprünglich für die Kindertherapie entwickelt. Das methodische Vorgehen erfolgt in fünf Phasen: Vorstellen der Handlungsgegenstände, Übertragung der Begriffe auf die Bildebene, die Handlungsplanung, die Durchführung der Handlung, die Versprachlichung der Handlung auf die Bildebene. In der praktischen Arbeit mit Menschen mit Demenz lässt sich das strukturierte Vorgehen des HOT nicht im Original übertragen. Die Anwendung dieses Ansatzes muss modifiziert angeboten werden, da einzelne Schritte überfordern und nicht an Ressourcen anknüpfen. Diese Erfahrungen sammeln Frau Reddemann-Tschaikner und ich seit 2014 in der Arbeit mit einer Wohngruppe in einer Senioreneinrichtung. Bisher angebotene Handlungen bezogen sich auf Themen wie zum Beispiel „eine Mandarine essen“, „einen Obstsalat zubereiten“ oder „Quarkbrötchen backen“. Alle Vorgehensweisen wurden entsprechend der HOT-Kriterien geplant und durchgeführt. Wir stellten fest, dass unter geführter Handlungsplanung (Was werden wir tun? Was brauchen wir?) und Handlungsdurchführung (was tun wir?) die genannte Gruppe von Menschen mit Demenz sehr neugierig und interessiert auf Handlungsangebote reagierte. Motivation, Aufmerksamkeit, Konzentration, Erinnerungsvermögen und Kommunikationsverhalten stiegen während der Handlungsphase deutlich an. Das Handeln setzte bei einzelnen Gruppenmitgliedern Erinnerungen frei, die sprachlich geäußert wurden. Diese Äußerungen motivierten auch andere Gruppenteilnehmer ihre Gedanken zu formulieren, so dass im besten Fall unter Führung des Therapeuten ein Gespräch unter den Teilnehmern stattfinden konnte. Der letzte Schritt des HOT „Was haben wir gemacht?“ war in der Regel nur mit Hilfestellungen möglich, teilweise gar nicht durchführbar. Sinnvoll erscheint diese Arbeit in Kooperation mit Ergotherapeuten und Pflegenden, die eine Gruppe täglich begleiten.

Weitere Modifikationen werden zeigen, wie sich in unserer Arbeit mit der genannten Gruppe der HOT- Ansatz gezielt einsetzen lässt.

6.2. Biografiearbeit

Eine Grundlage in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ist deren Biografie. Die Biografie stellt die äußere und persönlich- geistige Entwicklung eines Menschen dar. Die Lebensgeschichte ist nicht nur an Fakten und Ereignisse gebunden; sie ist geprägt durch

individuelle emotionale Bewertungen. Ein zurückliegendes Ereignis erfährt je nach aktueller Situation eine andere emotionale Bewertung. Der Mensch mit Demenz „gewinnt sozialen Einfluss und Verbundenheit, wenn wir um seinen Lebenshintergrund wissen und respektieren. Besonders für verwirrte Menschen hat die Lebensgeschichte eine besondere Bedeutung, da sie sich aus verschiedensten Gründen in die Vergangenheit zurückziehen. Mit Wissen aus der Lebensgeschichte des Menschen, fällt es leichter, sie in ihre Vergangenheit zu begleiten. (C. Borgers, 2013, S.3). Themen aus der Welt des Menschen mit Demenz werden in die logopädische Arbeit eingebunden, indem zum Beispiel Ereignisse, Erzählungen, Gefühle aufgegriffen und in einen sprachtherapeutischen Kontext gebracht und dabei alle noch möglichen Modalitäten wie sprechen, lesen, schreiben, verstehen eingesetzt werden. Durch eine biografieorientierte geführte Kommunikation erfährt der Patient Basis für seine Identität, erhöht sein Selbstwertgefühl, ruft Erinnerungen wach, fördert seine Konzentration und Aufmerksamkeit und erlebt Kontakt.

6.3. Angehörigenarbeit

Eine wichtige Aufgabe in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ist die Beratung und Begleitung der Sekundärbetroffenen, der Angehörigen. Je mehr die Demenz fortschreitet, liegt die Verantwortung für den Alltag und die Kommunikation bei dem Angehörigen. Im Rahmen der sprachtherapeutischen Behandlung in der logopädischen Praxis kann der Angehörige während der Behandlung anwesend sein. Ist der Betroffene mit diesem Setting einverstanden, kann es für den Angehörigen eine Zeit der Entlastung sein. Er nimmt indirekt Informationen auf, wie eine Kommunikation erfolgen kann und erlebt Strategien und Ideen, die zuhause umgesetzt werden können. Für den Therapeuten erweist sich die Anwesenheit des Angehörigen als hilfreich, schneller den „richtigen“ Weg zu finden und ihn von Beginn an in die Arbeit einzubinden. Gespräche, die Fragen und Erleben des Angehörigen betreffen werden ohne den betroffenen Partner durchgeführt. Der Beratungs- und Unterstützungsbedarf ist hoch und bezieht sich auf die Erkrankung und Auswirkungen, Kommunikations- und Beziehungsgestaltung, Leistungen der Versicherungen, Betreuungsmöglichkeiten, psychosozialen Hilfsangeboten, Selbsthilfegruppen und mehr. Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden ist ein kooperatives Zusammenwirken von Ärzten, Therapeuten, Pflegenden, Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen angezeigt. Der Therapeut vermittelt lokale Anlaufstellen und Hilfsangebote, die über den Rahmen der sprachtherapeutischen Behandlung hinausgehen.

6.4. Therapiematerial

Der Markt bietet zunehmend Materialien in Form von kommunikativen Spielen, Memorys, Bildkarten, Sprichwort-Sammlungen und Filmen für Menschen mit Demenz an. Diese lassen sich unter Berücksichtigung der Therapiekriterien (siehe Absatz Behandlung von Menschen mit Demenz) in der sprachtherapeutischen Behandlung einsetzen. In der Behandlung wird voraussichtlich jedes eingesetzte Material, jede Spielregel kreativ verändert werden müssen, um sich an den vorhandenen Ressourcen des Menschen mit Demenz orientieren zu können und keine Lernsituation entstehen zu lassen. Vorsicht ist angezeigt im Umgang mit „fertigen Arbeitsblättern“! Spätestens mit Beginn des mittleren Stadiums einer Demenz werden hiermit die Bedürfnisse der Betroffenen nicht mehr sinnbringend angesprochen.

7. Fazit

Solange eine Demenz nicht heilbar ist, werden Auswirkungen der Erkrankung durch medikamentöse und psychosoziale Interventionen zu lindern versucht. Ein Wissen über nichtmedikamentöse und damit auch sprachtherapeutische Behandlungen ist bekannt, die Forschung muss jedoch zeigen, ob sich verschiedene Ansätze in der Praxis tatsächlich als wirksam erweisen. Obwohl Demenz (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen auftaucht, können dementiell erkrankte Patienten und ihre Angehörigen von logopädischer Kompetenz profitieren.

Ein möglichst früher Behandlungsbeginn bedeutet längst möglicher Erhalt der sprachlichen Ressourcen. Es ist belegt, dass eine Aktivierung kognitiver Leistungen den Abbau geistiger Leistungen verlangsamt. (Simons, 2015).

Die sprachtherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz erfordert vom Therapeuten mehr als logopädisches Fachwissen. „Demenz“ fordert uns besonders heraus, „über den Tellerrand zu schauen“, interdisziplinär zu denken, sprachtherapeutisches Handeln stets als ein Puzzleteil im Zusammenhang und in der Zusammenarbeit mit anderen therapeutischen Interventionen zu sehen sowie uns auf die Innenwelt des Menschen mit Demenz einzulassen. Diese Grundhaltung ermöglicht einen Zugang auf Augenhöhe aus dem sich eine echte, auf die Person zentrierte sprachtherapeutische Arbeit entwickeln kann.

Die Dauer einer Behandlung richtet sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen sowie der Zielsetzung der Therapie aus. So kann zu Beginn der Therapie zum Beispiel eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen oder der Erhalt der Gesprächsführung oder im frühen Stadium die Erarbeitung von Hilfen und Strategien bei Wortfindungsstörungen vereinbart werden. Ist das Ziel erreicht, wird eine Therapiepause vorgenommen. In Absprache mit dem behandelnden Arzt ist eine Intervalltherapie mit dokumentiertem Behandlungsablauf zu empfehlen.

8. Literatur

Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: H. Huber Verlag.

Beyreuther, K., Ahrendt, T. (2002). *Demenzen: Grundlagen und Klinik*. Stuttgart, New York: Thieme.

Bourgeois, M. Hickey, E. (2009). *Dementia. From Diagnosis to Management – A functional Approach*. New York: Taylor & Francis.

Borgers, C. (2013). *Biografiearbeit; Ausbildungs- Script*

Förstl, H. (Hrsg.) (2001). *Demenzen in Theorie und Praxis*. Springer Taschenbuch.

Gutzmann, H. & Brauer, Th. (2007). *Sprache und Demenz. Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

- Heidler, M.-D. (2006). *Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nicht-aphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Reddemann-Tschaikner, M., Weigl, I. (2002,2009). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Romero, B. (1997). Sprachverhaltensstörungen bei Morbus Alzheimer. In: Weis, S., Weber, G. (Hrsg.) *Handbuch Morbus Alzheimer* (S. 921-973). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Romero, B. (2014) Psychosoziale Interventionen bei Demenz. *Neuroreha* (6), 175.
- Richard, N. (2006). „Woher weißt du dass Schwester?“ *Altenpflege Hannover* (6), 42-43.
- Richard, N. (2004). „Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz. Die Integrative Validation®“, *Unterricht Pflege. Interaktion in der Pflege von Menschen mit Demenz*. (9)5, 13-17.
- Sachweh, S. (2008). *Spurenlesen im Sprachdschungel - Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen*. Bern: Huber.
- Schultze-Jena, A.; Becker, R. (2005). Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Forum Logopädie* 5 (19), 14-20.
- Schaade, Gudrun (2009). *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Simons, B. (2015). *Sprachförderung bei demenziellen Störungen*. Frankfurt: Peter Lang.
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: E. Reinhardt Verlag.

9. Therapiematerial

Wolf, B., Haubold T. (2009). Daran erinnere ich mich gern. Bildkarten oder Bilder-Buch für die Biografiearbeit, Schlütersche Verlagsgesellschaft

Lebensreise. Ein Generationenspiel zum Entdecken der eigenen Lebensgeschichte im gemeinsamen Spiel und Gespräch. Brettspiel,

Sprichwortbox. Von Stefan Gutensohn. Vincentz Verlag, 4. Auflage 2010. 400 Karten,

Vertellekes, das neue. Ein Frage-Antwort-Spiel für ältere Menschen. Vincentz Verlag,

Waldspaziergang. Ein kommunikatives Spiel für Senioren – auch für demenzkranke Menschen geeignet. Vincentz Verlag. Brettspiel,

Städte-Memory

Das passt, Wort und Bild in Paaren, Vincentz Verlag

E-motion, Schubi Verlag

Damals und heute, Selecta Spiel

Daran erinnere ich mich gern! Bildkarten für die Biografiearbeit

Speed, adlung Spiele

Wortschätzchen, Prolog

Sprechen und Handeln, Gutzwiler/Rutschmann, Schubi 2011

Ilse's weite Welt GmbH, Filme, Fotokarten, www.ilsesweitewelt.de

10. Internet-Links

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/038-013.htm> (Leitlinien Demenz DGPPN und DGN)
<http://www.alzheimer-bw.de/cms/0600/index.php> (Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg)
<http://www.zukunftsforum-demenz.de/broschueren/index.html>
<http://www.deutsche-alzheimer.de/> (Deutsche Alzheimer-Gesellschaft)
<http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/demenz.html> (Patientenleitlinien für Betroffene und Angehörige von der Uni Witten-Herdecke)
<http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Alltags-Tipps/Kommunikation.html?raw=true>
DEGAM-Leitlinie zur (ärztlichen) Kommunikation mit Demenzkranken
Spezial-Website der Hochschule für Heilpädagogik Zürich (Prof. Jürgen Steiner)
<http://www.demenzsprache-hfh.ch/>

Korrespondenzadresse:

Heike D. Grün

Logopädin; LSVT®Therapeutin, IVA®Teamerin

Praxis für Logopädie

Schillerstraße 47-49

22767 Hamburg

heike.d.gruen@magicvillage.de



Heike D. Grün arbeitete nach Ihrem Logopädie-Examen 1982 in Hamburg in einer Akutklinik im Fachbereich Neurologie. Seit 1986 ist sie in freier Praxis mit dem Behandlungsschwerpunkt „Kommunikationsstörungen bei neurologischen Erkrankungen“ tätig. Die ambulante Versorgung mehrerer Senioreneinrichtungen sowie zunehmend Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen führte seit 2000 zur intensiven Beschäftigung mit Sprachstörungen bei Demenz. Sie schloss 2012 eine zertifizierte Ausbildung „Integrative Validation nach N.Richard“ (eine Kommunikationsform mit dementen Menschen) ab. Seit 2010 ist sie Mitglied im dbl- Arbeitskreis „Logopädie-Demenz“ und initiierte und leitet einen gleichnamigen Arbeitskreis in Hamburg. Sie hält Fortbildungen zum Thema „Logopädie bei Demenz – Therapeutische Konzepte für die personenzentrierte Arbeit bei demenzbedingten Sprachstörungen“.