

Interventionen bei demenziell bedingten Sprach- und Kommunikationsstörungen

Katharina Dressel* & Inga Lange*

Zusammenfassung

Bei demenziellen Erkrankungen treten im Verlauf häufig Beeinträchtigungen der Sprache und Kommunikation auf. Diese können zu weiteren Einschränkungen der Betroffenen sowie ihres Umfelds führen. In der internationalen Literatur bieten Forschungsarbeiten zur kognitiven Intervention interessante Ansatzpunkte für eine entsprechende therapeutische Begleitung. Dabei werden kognitive Stimulation, kognitives Training und kognitive Rehabilitation unterschieden. Das Vorgehen in der kognitiven Rehabilitation entspricht dem person-zentrierte Ansatz, der ICF-orientierte Ziele fokussiert. Bestandteile sind hierbei an die Demenz angepasste Lernmethoden, externe Kommunikations- und Erinnerungshilfen sowie angehörigenbasierte Verfahren.

Schlüsselwörter: Kognitive Interventionen, person-zentrierter Ansatz, Sprache, Kommunikation, Demenz



Originalbeitrag
open access

* Korrespondenz:

Prof. Dr. Katharina Dressel
SRH Hochschule für Gesundheit
University of Applied Health Sciences
Campus Karlsruhe
Benzstraße 5
76185 Karlsruhe
Katharina.Dressel@srh.de

Dipl.-Log. Inga Lange
Praxis WortArt
Oberforstbacher Straße 1
52076 Aachen
Inga.Lange@gmx.de

Zitation: Dressel, K. & Lange, I. (2018)
Interventionen bei demenziell
bedingten Sprach- und
Kommunikationsstörungen.
Sprachtherapie aktuell: Forschung -
Wissen - Transfer I:
Schwerpunktthema: Von der
Forschung in die Praxis: e2018-06; doi:
10.14620/stadbs181206

1. Einleitung

Die Anzahl demenziell erkrankter Menschen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Nach Bickel (2018) liegt die Neuerkrankungsrate derzeit bei 300.000 pro Jahr. Insgesamt sind 1,6 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen. Mit dem Begriff Demenz wird ein hirnorganisch bedingter pathologischer Abbau kognitiver Leistungen bezeichnet. Im Erkrankungsverlauf kommt es zu multiplen kognitiven Defiziten, die je nach Demenzform unterschiedlich gelagert sind und die selbstständige Lebensführung zunehmend beeinträchtigen (Poeck & Hartje, 2006). Zwei Drittel der Erkrankten leiden unter der Alzheimer Demenz, die die häufigste Form der primärdegenerativen Demenzen darstellt (Bickel, 2018).

Im Verlauf einer Alzheimer Demenz treten oft sprachliche und kommunikative Beeinträchtigungen auf (Bourgeois & Hickey, 2009; Boschi et al., 2017). Sie können mit psychischen Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten, verminderten sozialen Aktivitäten, eingeschränktem Wohlbefinden der Betroffenen und ihrer Familien sowie einem gesteigerten Belastungsempfinden der Angehörigen assoziiert sein (Potkins et al., 2003; Kitwood, 2013; Murray, Schneider, Banerjee, & Mann, 1999; Heru, Ryan, & Iqbal, 2004; Engel, Reiter-Jäschke, & Hofner, 2016). In der frühen und mittleren Krankheitsphase lassen sich häufig zunehmende Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen, Entwicklung inhaltsleerer Sprache sowie Einschränkungen in den pragmatischen Fähigkeiten, wie nachlassende Kohärenz und mangelnde Anpassung an den Gesprächspartner, beobachten. Im späten Erkrankungsstadium ist die Sprachverarmung soweit fortgeschritten, dass auch Bedürfnisse nicht mehr geäußert werden können, die Betroffenen gänzlich verstummen oder sprachliche Äußerungen fast ausschließlich aus Automatismen und Jargon bestehen. Das Sprachverständnis ist nahezu aufgehoben (Bourgeois & Hickey, 2009; Gutzmann & Brauer, 2007; Volkmer, 2013). In der Interventionsplanung sollten jedoch neben den Defiziten auch die Ressourcen von Menschen mit Demenz beachtet werden, da sie therapeutisch genutzt werden können. Im Gegensatz zu den schon früh beeinträchtigen semantischen Fähigkeiten bleiben Phonologie und Syntax zunächst oft besser erhalten, und auch die Lesefähigkeit stellt häufig eine Ressource dar, die bis in das mittleren Erkrankungsstadium hinein genutzt werden kann. Im Spätstadium der Alzheimer Demenz, wenn keine Unterhaltung über Inhalte mehr möglich ist, kann noch über Gefühle, über sensorische

Kognitive Stimulation	Kognitives Training	Kognitive Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unspezifische Stimulation ▪ Unterhaltsame Aktivitäten in der Gruppe ▪ Allgemeine Anregung sozialer und kognitiver Fähigkeiten ▪ Elemente des ROT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training spezifischer kognitiver Funktionen ▪ Wiederholtes Üben in Gruppen oder einzeln ▪ Verbesserung / Aufrechterhaltung kognitiver Funktionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualisierte Intervention ▪ Adressiert subjektiv bedeutsame Bedürfnisse und persönlich relevante Ziele ▪ Verbesserung der Teilhabe im Alltag durch Nutzen von Ressourcen und Stärken

Abbildung 1: Kognitive Interventionen (in Anlehnung an Clare & Woods, 2003; Bahar-Fuchs et al., 2013; Woods et al., 2012). ROT = Realitätsorientierung

und visuelle Reize sowie über Musik kommuniziert werden, da das Bedürfnis nach menschlicher Nähe bleibt (Bourgeois & Hickey, 2009; Volkmer, 2013).

Auch weitere höhere kognitive Fähigkeiten, wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Orientierung und Problemlösefähigkeiten, gehen im Erkrankungsverlauf einer Alzheimer Demenz zunehmend verloren. Im Bereich Gedächtnis sind schon früh die deklarativen, expliziten, dem Bewusstsein zugängliche Gedächtnissysteme (semantisches und episodisches Gedächtnis; Bartsch, 2015) betroffen. Der Zugang zu alten Erinnerungen ist dabei besser erhalten als das Abspeichern und Abrufen neuerer Informationen und Ereignisse. Die non-deklarativen, impliziten, also dem Bewusstsein nicht zugängliche Formen des Gedächtnisses, wie prozedurales Gedächtnis, Priming und Konditionierung (Bartsch, 2015), stellen eine weitere Ressource von Menschen mit einer Alzheimer Demenz dar und können für einfache Lernvorgänge genutzt werden (Bier et al., 2008; Haslam, Hodder, & Yates, 2011; Creighton, van der Ploeg, & O'Connor, 2013; Bourgeois & Hickey, 2009).

Derzeit existiert keine kausale Therapie zur Behandlung von Demenzen. Pharmakologische Interventionen können zwar den Erkrankungsverlauf verlangsamen, sind jedoch in ihrer Wirksamkeit begrenzt (Omerovic, Hampel, Teipel, & Buerger, 2008; Deuschl et al., 2016). Deshalb haben neben der pharmakologischen Therapie nichtmedikamentöse Behandlungsformen eine hohe Relevanz in der Behandlung von Menschen mit Demenz (Adler, 2011; Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016; Deuschl et al., 2016). In der S3 Leitlinie Demenzen (Deuschl et al., 2016) werden nichtmedikamentöse Verfahren unter dem Begriff psychosoziale Interventionen zusammengefasst. Dazu zählen neben körperlicher Aktivierung, Ergotherapie, künstlerischen und sensorischen Therapien auch kognitive Interventionen sowie angehö-

rigenbasierte Verfahren. Für die beiden letztgenannten werden im Folgenden auf der Grundlage internationaler Forschungsliteratur Ansatzpunkte für sprachtherapeutische Interventionen bei Demenz skizziert. Die meisten Studien beziehen sich hierbei auf die Alzheimer Demenz.

2. Kognitive Intervention

Kognitive Interventionen haben das Ziel mentale Funktionen wie z. B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Sprache zu aktivieren (Bahar-Fuchs, Clare, & Woods, 2013; Deuschl et al., 2016). Es existiert keine allgemein gültige Definition kognitiver Interventionen. In Anlehnung an die Unterteilung, wie sie in den Reviews der Cochrane Gesellschaft vorgenommen wird, lassen sie sich in Verfahren der kognitiven Stimulation, des kognitiven Trainings und der kognitiven Rehabilitation untergliedern (Clare & Woods, 2003; Bahar-Fuchs et al., 2013; Woods, Aguirre, Spector, & Orell, 2012; Abb. 1).

2.1 Kognitive Stimulation

Unter kognitiver Stimulation werden unspezifische, unterhaltsame und kommunikationsfördernde Aktivitäten in der Gruppe mit dem Ziel der allgemeinen Anregung sozialer, emotionaler und kognitiver Fähigkeiten verstanden. Häufig sind Elemente der Realitätsorientierung enthalten (Bahar-Fuchs et al., 2013). In einer Metaanalyse von Woods et al. (2012) zeigten sich Effekte bezüglich globaler Kognitionsmaße, kommunikativer Fähigkeiten und Lebensqualität.

Ein gut evaluiertes Verfahren ist das der Kognitiven Anregung (Cognitive Stimulation Therapy, CST) nach Spector et al. (2003; Spector, Thorgrimsen, Woods, & Orell, 2012). Hier werden 14 Gruppensitzungen (à fünf – sieben Personen) zu unterschiedlichen Themen (z. B. berühmte Personen, eigene Kindheit, Wortspiele) in einer gleichbleibenden Struktur durchgeführt. Jede Sitzung enthält neben themenbezogenen Aktivitäten Elemente

der Realitätsorientierung (Hilfen zu Person und Ort) sowie eine nicht kognitive Anregung durch sensorische Stimuli, Bewegung, Musik etc. Herzstück jeder Sitzung ist die Unterstützung des Austausches und der sozialen Interaktion der Gruppenmitglieder untereinander. Die Anregung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten sowie das Stärken sozialer Beziehungen sehen die Forscher als wesentlich für die Wirksamkeit der kognitiven Stimulation an (Capotosto et al., 2017; Hall, Orell, Stott, & Spector, 2013; Khan, Corbett, & Ballard, 2014; Toh, Ghazali, & Subramaniam, 2016; Spector, Orell, & Woods, 2010).

2.2 Kognitives Training

Kognitives Training bezeichnet Interventionen, die durch wiederholtes Üben einzeln oder in Gruppen zu einer Verbesserung oder Aufrechterhaltung spezifischer kognitiver Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Sprache, Gedächtnis) führen sollen (Bahar-Fuchs et al., 2013). In einer Metaanalyse von Bahar-Fuchs et al. (2013) über elf randomisiert kontrollierte Studien ergab sich weder eine schädigende noch eine positive Wirkung des kognitiven Trainings. Auch die aktuelle S3 Leitlinie Demenzen (Deuschl et al., 2016) sieht die derzeitige Evidenz für die Wirksamkeit eines störungsspezifischen Übens einzelner kognitiver Funktionen als nicht ausreichend an. Ebenso ist die Übertragung auf den Alltag fraglich (Bahar-Fuchs et al., 2013; Deuschl et al., 2016).

Es gibt jedoch auch Studien, die zu einem positiveren Ergebnis kommen: in einer randomisiert kontrollierten Studie von Jelcic et al. (2012) wurde eine aus der Aphasiebehandlung nach Schlaganfall entlehnte schriftsprachbasierte semantisch-lexikalische Therapie bei 20 Menschen mit einer frühen Alzheimer Demenz durchgeführt und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Nach der Intervention kam es zu Effekten bezüglich eines globalen Kognitionsmaßes sowie in den sprachrelatierten Outcomeparametern Benennen und verbales Gedächtnis. Keine Wirksamkeit zeigte sich hinsichtlich der nicht verbalen Leistungen im visuell-räumlichen Gedächtnis, der Aufmerksamkeit, den Exekutivfunktionen sowie den Alltagsfähigkeiten.

2.3 Kognitive Rehabilitation

Kognitive Rehabilitation meint eine individualisierte Intervention, die subjektiv bedeutsame Bedürfnisse und persönlich relevante Ziele adressiert. Diese können auch Sprache, Kommunikation und soziale Interaktion betreffen. Im Fokus steht dabei nicht die Verbesserung einzelner kognitiver Leistungen, sondern eine gesteigerte Teilhabe im Alltag durch Nutzen von Ressourcen und Stärken (Bahar-Fuchs et al., 2013; Clare, 2017). Damit sind Verfahren der kognitiven Rehabilitation überwiegend kompensatorisch ausgerichtet unter Beachtung des alltäglichen Settings und unter Einbezug der Ange-

hörigen.

Nach dieser Definition von kognitiver Rehabilitation existieren nur wenige Studien zu ihrer Wirksamkeit (Clare et al., 2010; Amieva et al. 2016; Tappen & Hain, 2014). In der Überblicksarbeit von Bahar-Fuchs et al. (2013) wurde nur eine randomisiert kontrollierte Studie zur kognitiven Rehabilitation identifiziert. In keiner der Studien konnte eine Verbesserung kognitiver Funktionen nachgewiesen werden – was aber auch nicht das Ziel der Studien bildete. Entsprechend der Ausrichtung kognitiver Rehabilitation ließen sich aufgabenspezifische Verbesserungen, eine gestiegene subjektive Zufriedenheit in Bezug auf die Zielerreichung selbstgewählter Aktivitäten (z. B. Umgang mit Geld; Gesicht-Namen Assoziation) sowie Effekte in Stimmung und Lebensqualität nachweisen (Bahar-Fuchs et al., 2013; Clare et al., 2010; Amieva et al., 2016; Tappen & Hain, 2014). In einer randomisiert kontrollierten Studie von Amieva et al. (2016) wurden u. a. kognitives Training und kognitive Rehabilitation mit einer Kontrollgruppe ohne Intervention verglichen. Hier führten beide Ansätze in einem zwei Jahres Follow-Up nicht zu einer Verlangsamung des Erkrankungsverlaufes bei Menschen mit einer leichten-mittelgradigen Alzheimer Demenz (keine signifikanten Unterschiede in der Überlebensrate ohne schwere Demenz, verglichen mit der Kontrollgruppe). Während sich in der Gruppe der kognitiven Rehabilitation jedoch die Heimunterbringung und der Abbau von Alltagsfähigkeiten im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Behandlung verzögerten, zeigte kognitives Training hier keine Effekte.

3 Person-zentrierter Ansatz in der Sprachtherapie

In der internationalen Sprachtherapieliteratur wird für die Intervention bei Menschen mit Demenz ein person-zentrierter Ansatz propagiert (American Speech-Language-Hearing Association ASHA, n.J.; Khayum & Wynn, 2015; Bourgeois, Camp, Antenucci, & Fox, 2016; Lanzi, Burshnic, & Bourgeois, 2017; Hopper, 2007), der in seinem Vorgehen den Prinzipien der kognitiven Rehabilitation entspricht. In Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 2005) werden gemeinsam mit den Betroffenen und ihrem Umfeld für den Alltag persönlich relevante Ziele identifiziert. Diese sollen über externe Hilfen, mit an die Demenz angepassten Lernmethoden, durch das Nutzen von Ressourcen und Stärken sowie über die Modifizierung des Umfeldes erreicht werden.

Die Interventionsmöglichkeiten lassen sich in direkte und indirekte Maßnahmen einteilen (Bayles & Tomoeda, 2007; Hopper, Douglas, & Khayum, 2015; Knels, 2017).

Die direkte Therapie wird Menschen mit Demenz entweder im Einzel- oder Gruppensetting vor allem zu Erkrankungsbeginn angeboten. Die Betroffenen sind zu

diesem Zeitpunkt meist noch in der Lage unabhängig zu kommunizieren und Therapieziele selbst zu formulieren (Clare, Evans, Parkinson, Woods, & Linden, 2011). Das Vorgehen ist ressourcenorientiert ausgerichtet (Clark, 1995).

Die indirekte Therapie fokussiert das Umfeld, die Angehörigen und/oder das Pflegepersonal. Hier können entsprechende Schulungen oder Beratungsprogramme angeboten werden, die eine effektive Kommunikation unterstützen, Verständnis für die Sichtweise der Menschen mit Demenz fördern, Chancen und Herausforderungen in der Kommunikation vermitteln und Anregungen zur Schaffung von Kommunikationsgelegenheiten geben (Hopper et al., 2015). Insgesamt erscheint zur Verbesserung der Kommunikation eine Kombination direkter und indirekter Maßnahmen sinnvoll.

3.1 Lernmethoden bei Demenz

Die in kognitiven Interventionen eingesetzten Lernmethoden sollten an die bestehenden Fähigkeiten bei Demenz angepasst sein (Bahar-Fuchs et al., 2013; Hopper et al., 2013; Werheid & Thöne-Otto, 2006; Bourgeois & Hickey, 2009). Häufig eingesetzte Lernstrategien sind das fehlerfreie Lernen (Errorless Learning), Lernen mit verzögertem Abruf (Spaced Retrieval) und Lernen mit abbauenden Hilfen (Vanishing Cues). Beim fehlerfreien Lernen sollen im Lernprozess möglichst keine Fehler auftreten, um das Abspeichern falscher Assoziationen zwischen Reiz (z. B. Objekt) und Reaktion (z. B. Bezeichnung) zu verhindern und um Frustrationserlebnisse zu reduzieren (Buschert, Bokde, & Hampel, 2010; Hopper et al., 2013; Werheid & Thöne-Otto, 2006). Unter verzögertem Abruf wird das stufenweise Verlängern des Behaltensintervalls zwischen Enkodierung und Abruf verstanden (Buschert et al., 2010; Creighton et al., 2013; Bourgeois & Hickey, 2009; Hopper et al., 2013; Werheid & Thöne-Otto, 2006). Im ersten Durchgang wird die Antwort vom Therapeuten vorgegeben und von dem Menschen mit Demenz wiederholt. Bei korrekter Reaktion wird die Information in immer größeren Zeitintervallen abgefragt. Bei einem Fehler wird zum letzten erfolgreichen Behaltensintervall zurückgegangen. Beim Lernen mit abbauenden Hilfen werden zunächst starke Hilfen gegeben und diese bei korrekter Reaktion schrittweise reduziert (Hopper et al., 2013; Werheid & Thöne-Otto, 2006; Bourgeois & Hickey, 2009).

Die beschriebenen Lernmethoden entsprechen einem einfachen Reiz-Reaktionslernen mit vielen Wiederholungen zum Aufbau von Routinen. Die Methoden stützen sich auf die bei Demenz besser erhaltenen non-deklarativen, impliziten Formen des Gedächtnisses (Bier et al., 2008; Haslam et al., 2011; Creighton et al., 2013; Bourgeois & Hickey et al., 2009). Die Wirksamkeit wurde in Einzelfall- und kleinen Gruppenstudien sowie wenigen randomisiert kontrollierten Studien nachgewiesen, z. B. im Lernen von Objekt-Namen und Gesicht-Namen-Asso-

ziationen (Cherry, Hawley, Jackson, & Boudreaux, 2009; Clare, Wilson, Breen, & Hodges, 1999; Clare, Wilson, Carter, Roth, & Hodges, 2002; Cotelli et al., 2014; Hawley, Cherry, & Boudreaux, 2008; Haslam et al., 2011; Jokel & Anderson, 2012; für einen Überblick: Hopper et al., 2013). In einem Behandlungsprotokoll von Clare et al. (1999; 2002) wurden beispielsweise Namen vertrauter Personen wieder erlernt. Dazu wurden zunächst das Foto und der Name vorgegeben und individuelle Erinnerungshilfen elaboriert (z. B. Das ist Lukas mit den schönen Locken). Dann wurde der Name mit absteigenden Hilfen geübt (Lukas - Luka - Luk....) und anschließend der Abruf durch eine systematische Verlängerung des Behaltensintervalls gefestigt (Abruf nach 30 Sekunden, nach einer Minute, nach zwei Minuten..., bei Misserfolg Verkürzung des Intervalls). Um Fehler im Lernprozess zu vermeiden, wurde der Patient aufgefordert, die Antwort nur zu geben, wenn er sich sicher ist. Zum Erlernen von kompensatorischen Schlucktechniken und zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme existieren ebenfalls vielversprechende Ansätze, die Methoden des fehlervermeidenden Lernens eingesetzt haben und die weiter erforscht werden sollten (Benigas & Bourgeois, 2016; Lin, Huang, Su, Watson, Tsai, & Wu, 2010; Wu, Lin, Wu, Lin, & Liu, 2014).

Auch wenn in der Literatur überwiegend Methoden des fehlervermeidenden Lernens empfohlen werden, existieren jedoch ebenso Studien, die keinen eindeutigen Vorteil von fehlervermeidendem Lernen gegenüber fehlererlaubendem Lernen nachwiesen oder in denen einzelne Studienteilnehmer nicht profitierten (Dunn & Clare, 2007; Noonan, Pryer, Jones, Burns, & Lambon Ralph, 2012; Clare et al., 2002; Bier et al., 2008). Weiterhin wurden in die Studien überwiegend Teilnehmer mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz eingeschlossen und es findet sich nur wenig Forschung, die den Transfer des Gelernten in alltäglichere Settings überprüft (Clare et al., 1999; 2002; Hawley et al., 2008; Cherry et al., 2009).

3.2 Externe Kommunikations- und Erinnerungshilfen

Externe Kommunikations- und Erinnerungshilfen sind ein wichtiger Bestandteil in der kognitiven Rehabilitation bzw. im person-zentrierten Ansatz sprachtherapeutischer Interventionen bei Demenz (Egan, Bérubé, Racine, Leonard, & Rochon, 2010; Hopper et al., 2015; Lanzi et al., 2017; Bourgeois, 2014). Sie bauen auf besser erhaltenen Fähigkeiten auf (z. B. Lesen, prozedurale Fähigkeiten) und reduzieren damit Anforderungen an beeinträchtigte Gedächtnis- und Kommunikationssysteme. Externe Erinnerungshilfen können z. B. Wandkalender, Erinnerungskarten mit Antworten auf repetitive Fragen, Alarmtöne, kombiniert mit Phrasen über die auszuführende Aktivität, Erinnerungskisten mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Gegenstände oder auch Erinnerungsbücher sein (Bourgeois, 2014). Unter Erinnerungsbüchern werden Bilder, Fotos u. ä., kombiniert mit

Wörter, Phrasen und Texten verstanden – entweder gestaltet als elektronisches Medium oder in Papierform (Bourgeois, 2014; Powell, 2013).

Erinnerungsbücher enthalten Informationen zur Person und ihrem Leben, zu Tagesabläufen und Routinen (z. B. Pflegeroutinen), zu Hobbies, Vorlieben und Interessen etc. Sie nutzen die oft besser erhaltenen Lesefertigkeiten und das Wiedererkennen vertrauter Inhalte. Die Bilder, Wörter und Texte sichern das Sprachverständnis, stimulieren erhaltenes semantisches Wissen und schöne Erinnerungen. Sie können Sicherheit geben in einer zunehmend unverständlichen Welt und helfen die Identität zu wahren. Nicht zuletzt bieten sie einen Gesprächsanlass und halten das Thema präsent. Erinnerungsbücher sind nicht statisch, sondern sollten im Erkrankungsverlauf entsprechend den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden (Bourgeois, 2014). In Studien führte die Verwendung von Erinnerungsbüchern zu mehr und informativeren Äußerungen, weniger Perseverationen sowie zu einem verbesserten Gesprächsverhalten bei den Pflegenden (z. B. Bourgeois, Dijkstra, Burgio, & Allen-Burge, 2001; Burgio et al., 2001; für einen Überblick: Egan et al., 2010).

Externe Erinnerungs- und Kommunikationshilfen werden auch eingesetzt, um Menschen mit Demenz im Äußern ihres Wohlbefindens sowie ihrer Präferenzen zu unterstützen. Ein Beispiel ist hier die Anwendung bei der Anamnese. In der Masterarbeit von Rembeck (2018) wurde der Aachener Kommunikationsbogen zur Planung altersgerechter Sprachtherapie ab 60 (Aachener KOMPASS) (Dretzko & Lehmann, 2012) für die Anwendung mit demenziell erkrankten Menschen überarbeitet. Hierbei wurde der ursprüngliche Fragenkatalog gekürzt und vereinfacht, um die Belastung bei der Durchführung zu verringern. Zusätzlich wurde Bildmaterial zur Reduktion der Anforderungen an beeinträchtigte Gedächtnis- und Kommunikationssysteme hinzugefügt. Abgefragt wurden kommunikative Aktivitäten und Wünsche. Des Weiteren wurden Barrieren und Ressourcen in der Kommunikation ermittelt. Bei der Überprüfung der Anwendbarkeit des modifizierten KOMPASS-R bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen unterschiedlicher Ätiologie war eine Durchführung mit allen Probanden möglich. 72,5% der Teilnehmer konnten die Fragen selbständig beantworten, ohne Unterstützung durch ihre Angehörigen oder die Studienleiterin zu erhalten.

Ein anderes Beispiel ist der strukturierte Einsatz von externen Erinnerungs- und Kommunikationshilfen zur Unterstützung der Verständnissicherung mit Pflegepersonal. In einer Studie von Bourgeois et al. (2016) wurden Bildkarten kombiniert mit kurzen schriftlichen Phrasen verwendet. Hierbei wurden zu dem Thema „Vorlieben“ verschiedene Aktivitäten, wie z. B. zur Kirche gehen, spazieren gehen, auf einer Tafel den Kategorien „immer“, „manchmal“ und „nie“ zugeordnet. Die Menschen mit Demenz waren unter Verwendung des Materials in der

Lage persönliche Entscheidungen und Bedürfnisse zu kommunizieren. Das Pflegepersonal entwickelte ein besseres Verständnis für die Bewohner.

3.3 Angehörigenbasierte Verfahren

Nach der S3 Leitlinie Demenzen sollten Edukations-, Unterstützungs- und Trainingsprogramme den Angehörigen demenziell erkrankter Menschen angeboten werden (Deuschl et al., 2016). Da der Sprachabbau den zwischenmenschlichen Dialog beeinträchtigt, sind Angehörige mitbetroffen (Sekundärbetroffene) und auch behandlungsbedürftig (Steiner, 2010). In den letzten Jahren sind einige Programme im Bereich Kommunikation zur Schulung von Angehörigen, aber auch von Betreuern und Pflegepersonal entwickelt und evaluiert worden (Eggenberger, Heimerl, & Bennett, 2013). Bei den meisten Programmen sollten die Teilnehmer lernen die Sichtweise der Betroffenen nachzuvollziehen sowie Kenntnisse über die Herausforderungen und Chancen in der gemeinsamen Kommunikation erlangen. Eggenberger et al. (2013) kommen in ihrem Review über 12 Studien zum Schluss, dass ein Kommunikationstraining für Angehörige/Betreuer signifikant die Gesundheit der demenziell Erkrankten verbessert und positive Interaktionen in verschiedenen Pflegesituationen fördert.

Ein evaluiertes angehörigebasiertes Verfahren ist das deutschsprachige Kommunikationstraining TANDEM (Haberstroh, Neumeyer, Krause, Franzmann, & Pantel, 2011; Haberstroh, Neumeyer, Schmitz, Perels, & Pantel, 2006). Das TANDEM-Konzept hat zum Hauptziel die Kommunikationskompetenz pflegender Angehöriger zu verbessern. Des Weiteren sollen sekundär die Lebensqualität der Menschen mit Demenz gesteigert und die Belastung der Angehörigen verringert werden. In einer kontrollierten Trainingsstudie mit Wartegruppenkontrolldesign zeigte sich eine signifikante Zunahme der Kommunikationskompetenzen und des Wissens über Kommunikation bei demenziellen Erkrankungen bei den Angehörigen sowie der Lebensqualität der Menschen mit Demenz. Die Belastung der pflegenden Angehörigen wurde subjektiv direkt an den Trainingstagen als verringert bewertet. Allerdings zeigten sich hier in der statistischen Auswertung keine signifikanten Verbesserungen (Haberstroh et al., 2011).

4. Fazit

Aktuell lassen sich in der internationalen Literatur Studien zur kognitiven Intervention bei Demenz finden. Diese untersuchten zumeist Menschen in einem leichten bis mittelgradigen Erkrankungsstadium. Häufiger wird die Studienqualität aufgrund geringer Teilnehmeranzahlen, des Studiendesigns, der Heterogenität der Teilnehmenden sowie der gewählten Outcomeparameter kritisiert (Egan et al., 2010; Eggenberger et al., 2013; Bahar-Fuchs et al., 2013; Woods et al., 2012; Hopper et

al., 2013). Nach der der S3 Leitlinie Demenzen (Deuschl et al., 2016) sollten Verfahren der kognitiven Stimulation und „...individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen“ (Deuschl et al., 2016, S. 89) angeboten werden. Diese Empfehlung fällt in der S3 Leitlinie Demenzen in den Bereich der Ergotherapie. Das damit verbundene Vorgehen und die Ausrichtung entsprechen jedoch ebenfalls der in dem vorliegenden Artikel verwendeten Definition der kognitiven Rehabilitation (in Anlehnung an Bahar-Fuchs et al., 2013; Clare, 2017) und – wenn kognitive Rehabilitation auf den Bereich der Sprache und Kommunikation angewandt wird – dem person-zentrierten Ansatz in der Sprachtherapie (ASHA, n.J.; Khayum & Wynn, 2015; Bourgeois et al., 2016; Hopper, 2007). Des Weiteren sollten in der Behandlung von Demenzen angehörigensbasierte Verfahren eingesetzt werden (Deuschl et al., 2016), die wiederum Bestandteil des person-zentrierten Ansatz sind. Hier existieren einige Programme, die als Ziel eine verbesserte Kommunikation zwischen den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen haben (Eggenberger et al., 2013). Da das Auftreten von Sprach- und Kommunikationsstörungen sich negativ auf den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen auswirken kann, sollten die kommunikativen Fähigkeiten in der Therapie frühzeitig unterstützt werden, um die Beibehaltung sozialer Interaktion zu ermöglichen (Potkins et al., 2003). Hier ist es wichtig im Rahmen kognitiver Interventionen bzw. des person-zentrierten Ansatzes und angehörigensbasierter Verfahren Inhalte auszubauen, die Sprache und Kommunikation betreffen. Diese sollten in ein multidimensionales Konzept eingebettet sein, welches auch weitere Elemente enthält, wie z. B. Bewegungsangebote, eine Strukturierung der Umwelt und Validation. Die internationale Forschungsliteratur zeigt, dass die Sprachtherapie/Logopädie als Fachdisziplin für Kommunikation einen wichtigen Beitrag in der interprofessionellen Versorgung demenziell erkrankter Menschen leisten kann.

Literatur

- Adler, G. (2011). Nicht-medikamentöse Hilfen für Menschen mit Demenz. Stuttgart: Kohlhammer. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (n.J.). Person-Centered Focus on Function: Dementia. Verfügbar unter <http://www.asha.org/uploadedFiles/ICF-Dementia.pdf>. letzter Abruf am: 09.03.2018
- Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A. S., Meillon, C., de Rotrou, J., Andrieu, S., . . . Dartigues, J. F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28, 707-717.
- Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, Art. No.: CD003260. doi: 10.1002/14651858.CD003260.pub2
- Bartsch, T. (2015). *Störungen der Gedächtnisfunktion. Ein Überblick*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bayles, K. A., & Tomoeda, C. K. (2007). *Cognitive-communication disorders of dementia*. San Diego: CA Plural Publishing
- Benigas, J. E., & Bourgeois, M. (2016). Using Spaced Retrieval With External Aids to Improve Use of Compensatory Strategies During Eating for Persons With Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25, 321-334.
- Bickel, H. (2018). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. *Infoblatt 1*, 1-7. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf. letzter Abruf am: 09.03.2018
- Bier, N., van der Linden, M., Gagnon, L., Desrosiers, J., Adam, S., Louveaux, S., & Saint-Mleux, J. (2008). Face-name association learning in early Alzheimer's disease: A comparison of learning methods and their underlying mechanisms. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 343-371.
- Boschi, V., Catricalà, E., Consonni, M., Chesi, C., Moro, A., & Cappa, S. F. (2017). Connected Speech in Neurodegenerative Language Disorders: A Review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00269
- Bourgeois, M. (2014). *Memory & Communication Aids for People with Dementia*. Baltimore: Health Professions Press.
- Bourgeois, M. S., Camp, C. J., Antenucci, V., & Fox, K. (2016). VoiceMyChoice™: Facilitating Understanding of Preferences of Residents with Dementia. *Advances in Aging Research*, 5, 131-141.
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L., & Allen-Burge, R. (2001). Memory Aids as an Augmentative and Alternative Communication Strategy for Nursing Home Residents with Dementia. *AAC Augmentative and Alternative Communication*, 17, 196-210.
- Bourgeois, M., & Hickey, E. M. (2009). *Dementia*. New York: Psychology Press.

- Burgio, L. D., Allen-Burge, R., Roth, D. L., Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Gerstle, J., ... Bankester, L. (2001). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. *The Gerontologist*, 41, 449-460.
- Buschert, V., Bokde, A. L., & Hampel, H. (2010). Cognitive intervention in Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 6, 508-517.
- Capotosto, E., Belacchi, Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., ... Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 331-340.
- Cherry, K. E., Hawley, K. S., Jackson, E. M., & Boudreaux, E. O. (2009). Booster Sessions Enhance the Long-Term Effectiveness of Spaced Retrieval in Older Adults with Probable Alzheimer's Disease. *Behavior Modification*, 33, 295-313.
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS Medicine*, 14 (3): e1002245. doi:10.1371/journal.pmed.1002245
- Clare, L., & Woods, B. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No.: CD003260. doi: 10.1002/14651858.CD003260
- Clare, L., Evans, S., Parkinson, C., Woods, R., & Linden, D. (2011). Goal-Setting in Cognitive Rehabilitation. *Alzheimer's Disease, Clinical Gerontologist*, 34, 220-236.
- Clare, L., Linden, D. E., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C., . . . Rugg, M. D. (2010). Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy. *The American Association of Geriatric Psychiatry*, 18, 928-939.
- Clare, L., Wilson, B. A., Breen, K., & Hodges, J. R. (1999). Errorless learning of face-name associations in early Alzheimer's disease. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition*, 5, 37-46.
- Clare, L., Wilson, B. A., Carter, G., Roth, I., & Hodges, J. (2002). Relearning face-name associations in early Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 16, 538-547.
- Clark, L. (1995). Interventions for persons with Alzheimer's disease: Strategies for maintaining and enhancing communicative success. *Topics in Language Disorders*, 15, 47-65.
- Cotelli, M., Manenti, R., Brambilla, M., Petesi, M., Rosini, S., Ferrari, C., ... Miniussi, C. (2014). Anodal tDCS during face-name associations memory training in Alzheimer's patients. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, Artikel 38. doi: 10.3389/fnagi.2014.00038
- Creighton, A. S., van der Ploeg, E. S., & O'Connor, D. W. (2013). A literature review of spaced-retrieval interventions: a direct memory intervention for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, 1743-1763.
- Deuschl, G., Maier, W., & et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter <http://www.dgn.org/leitlinien>. letzter Abruf am 09.03.2018
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft, e. V. (2016). Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen. Infoblatt 6, 1-4. Verfügbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentoesehandlung.pdf. letzter Abruf am 09.03.2018
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>. letzter Zugriff am 09.03.2017
- Dunn, C., & Clare, L. (2007). Learning face-name associations in early-stage dementia: Comparing the effects of errorless learning and effortful processing. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17, 735-754.
- Dretzko, M., & Lehmann, M. (2012). Aachener KOMPASS – Kommunikationsbogen zur Planung altersgerechter Sprachtherapie ab Sechzig. RWTH Aachen University, Deutschland. Verfügbar unter <http://www.schulz-kirchner.de/cgi-bin/sk/diploma.pl?F=1>. letzter Abruf am 09.03.2018
- Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, pii906818, doi:10.4061/2010/906818
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and

- didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25, 345-358.
- Engel, S., Reiter-Jäschke, A., & Hofner, B. (2016). „Edukatation demenz@“ Psychoedukatives Schulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, 187-195.
- Gutzmann, H., & Brauer, T. (2007). *Sprache und Demenz. Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F., & Pantel, J. (2006). *Kommunikations-TANDEM: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 358-364.
- Haberstroh J., Neumeyer K., Krause K., Franzmann J., & Pantel J. (2011). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 15, 405-413.
- Hall, L., Orell, M., Stott, J., & Spector, A. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics*, 25, 479-489.
- Haslam, C., Hodder, K. I., & Yates, P. J. (2011). Errorless learning and spaced retrieval: How do these methods fare in healthy and clinical populations? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 432-447.
- Hawley, K. S., Cherry, K. E., & Boudreaux, E. O. (2008). A comparison of adjusted spaced retrieval versus a uniform expanded retrieval schedule for learning a name-face association in older adults with probable Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30, 639-649.
- Heru, A. M., Ryan, C. E., & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 533-537.
- Hopper, T. (2007). The ICF and Dementia. *Seminars in Speech and Language*, 28, 273-282.
- Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C. D., Hickey, E., Freymark, T., & Schooling, T. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Cognitive Interventions for Individuals With Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, 126-145.
- Hopper, T., Douglas, N., & Khayum, B. (2015). Direct and Indirect Interventions for Cognitive-Communication Disorders of Dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25, 124-157.
- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., Ermani, M., & Dam, M. (2012). Effects of Lexical-Semantic Treatment on Memory in Early Alzheimer Disease: An Observer-Blinded Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26, 949-956.
- Jokel & Anderson (2012). Quest for the best: Effects of errorless and active encoding on word re-learning in semantic dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22, 187-214.
- Khan, Z., Corbett, A., & Ballard, C. (2014). Cognitive stimulation therapy: training, maintenance and implementation in clinical trials. *Pragmatic and Observational Research*, 5, 15-19.
- Khayum, B., & Wynn, R. (2015). Developing Personally Relevant Goals for People with Mild Dementia. *Seminars in Speech and Language*, 36, 190-198.
- Kitwood, T. (2013). *Demenz. Der Person-Zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber Verlag.
- Knels, C. (2017). *Sprachtherapie bei Demenz in Deutschland. Was haben wir, was brauchen wir?* *Forum Logopädie*, 6, 30-33.
- Lanzi, A., Burshnic, V., & Bourgeois, M. S. (2017). Person-Centered Memory and Communication Strategies for Adults With Dementia. *Topics in Language Disorders*, 37, 361-374.
- Lin, L. C., Huang, Y. J., Su, S. G., Watson, R., Tsai, B. W., & Wu, S. C. (2010). Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 953-959.
- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). EURO CARE: a cross-national study of con resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II - A qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 662-667.
- Noonan, K., Pryer, L. R., Jones, R. W., Burns, A., & Lamborn Ralph, M. A. (2012). A direct comparison of errorless and errorful therapy for object name relearning in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*,

22, 215-234.

Omerovic, M., Hampel, H., Teipel, S., & Buerger, K. (2008). Pharmacological treatment of Alzheimer's dementia: State of the art and current dilemmas. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9, 69-76.

Poeck, K., & Hartje, W. (2006). Demenz. In W. Hartje & K. Poeck (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie* (S. 423-435) (6. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... Margallo-Lana, M. (2003). Language Impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1002-1006.

Powell, J. (2013). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz* (7. Aufl.). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Rembeck, S. (2018). *Aachener KOMPASS-R - Untersuchung kommunikativer Bedürfnisse bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen*. (Nicht veröffentlichte Masterarbeit). RWTH Aachen University, Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie, Deutschland.

Spector, A., Orell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1253-1258.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orell, M. (2012). *Kognitive Anregung (CST) für Menschen mit Demenz. Evidenzbasiertes Praxis- und Gruppenhandbuch*. Göttingen: Hogrefe.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, I., Davies, S., Butterworth, M., & Orell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz*. München: reinhardt.

Tappen R. M., & Hain, D. (2014). The effect of in-home cognitive training on functional performance of individuals with mild cognitive impairment and early-stage Alzheimer's disease. *Research in Gerontological Nursing*, 7, 14-24.

Toh, H., Ghazali, S., & Subramaniam, P. (2016). The Acceptability and Usefulness of Cognitive Stimulation

Therapy for Older Adults with Dementia: A Narrative Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, Article ID 5131570. doi.org/10.1155/2016/5131570

Volkmer, A. (2013). *Assessment and Therapy for Language and Cognitive Communication Difficulties in Dementia and Other Progressive Diseases*. Guildford: J&R Press Ltd.

Werheid, K., & Thöne-Otto, A. (2006). *Kognitives Training bei Alzheimer Demenz. Aktuelle Entwicklungen, Chancen und Grenzen gerontologischer Gedächtnisrehabilitation*. *Nervenarzt*, 77, 549-557.

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A., & Orell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD005562. doi:10.1002/14651858.CD005562.pub2

Wu, H. S., Lin, L. C., Wu, S. C., Lin, K. N., & Liu, H. C. (2014). The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1891-1901.