

Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz

Vorgehen – Ziele – Interventionen

Heike D. Grün

ZUSAMMENFASSUNG. Logopädinnen und Logopäden werden zunehmend mit Patienten mit Sprachstörungen konfrontiert, bei denen eine Demenz vorliegt oder vermutet wird. Diese Erkrankung ist mit einem fortschreitenden Verlust des Erinnerungsvermögens verbunden und Lernen kaum mehr möglich. Obwohl sich die Symptome von Aphasie und einer Sprachstörung bei Demenz ähneln, unterscheiden sich die Behandlungsansätze grundlegend. Statt der üblichen Defizitsicht ist bei Demenz eine ressourcenorientierte Arbeitsweise erforderlich, um Kommunikation zu ermöglichen. Vorgestellt werden Grundsätze und Vorgehensweisen im Umgang mit Menschen mit Demenz wie die Integrative Validation (IVA) und das fehlerfreie Lernen, die gemeinsame Erarbeitung individueller sprachtherapeutischer Ziele sowie Beispiele sprachtherapeutischer Interventionen wie KODOP (Steiner), HOT (Reddemann-Tschaikner & Weigl) und ASTRAIN (Köpf). Betont wird die Beziehungsarbeit als Basis vor jeder inhaltlichen Arbeit und die Bedeutung der Angehörigenberatung.

Schlüsselwörter: Demenz – Logopädie – Ressourcen – Validation – fehlerfreies Lernen

Einleitung

In den letzten Jahren werden in logopädischen Praxen zunehmend Patienten mit Sprachstörungen im Rahmen einer Demenz vorstellig. Die Symptome sind ähnlich wie bei einer Aphasie, gehen aber über deren klassisches Bild hinaus. Nicht immer ist eine ärztliche Diagnose gestellt worden, eine Demenz wird vielleicht vermutet und der Logopädin stellt sich die Aufgabe, diese Patienten bestmöglich zu versorgen.

Im therapeutischen Alltag erleben Logopäden die Not und Verzweiflung der Betroffenen, wenn mit dem Partner nur bruchstückhaft kommuniziert wird oder gar keine Gespräche mehr geführt werden, wenn die Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr mitgeteilt werden können. Therapeuten spüren die Ohnmacht der Angehörigen, wenn gut gemeinte Hilfestellungen abgewiesen oder nicht verstanden werden.

Dieser Teufelskreis setzt sich auf allen Ebenen des Alltags fort. Er wird verstärkt durch das Wissen, dass bei der Diagnose Demenz keine Verbesserung zu erwarten ist und Veränderungen der Kommunikationsfähigkeit die Aktivität und Teilhabe am Leben gefährden.

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem 45. Jahreskongress des dbl vom 26.-28. Mai 2016 in Bielefeld

Ressourcenorientierung statt Defizitsicht

So lässt sich aber auch feststellen, wie sich der Blick verändern kann, wenn Defizite in den Hintergrund und aktuelle Kompetenzen des Betroffenen in den Mittelpunkt treten. Der ressourcenorientierte Blick fördert eine positive Kommunikation und eine entspannte, eine Wohlgefühl vermittelnde emotionale Verfassung des Betroffenen.

Wenn wir Kompetenzen erkennen und würdigen, sprechen wir menschliche Grundbedürfnisse an. Nach dem englischen Psychogerontologen *Kitwood* (2008) sind diese Grundbedürfnisse: Einbeziehung, Beschäftigung, Trost, Identität und vor allem Bindung. Werden diese Bedürfnisse im Kontakt mit dem Menschen mit Demenz gesehen, respektiert und befriedigt, erleben wir, wie sich eine Kommunikation entwickeln kann, die die Würde des Betroffenen wahrt und anerkennt und ihn dadurch ermutigt, in seiner eigenen Art und Weise zu kommunizieren.

Im Arbeitsbereich Logopädie werden alle kommunikativen Ressourcen ermittelt und danach gemeinsam mit dem Patienten und seinem Angehörigen das Ziel der Behandlung bestimmt. Ausgerichtet an der aktuellen Leistungsfähigkeit des Betroffenen sollen

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 wachsende Zahl von Patienten mit demenzbedingten Sprachstörungen führte sie seit 2000 zur intensiven Beschäftigung mit Sprachstörungen bei Demenz. So schloss sie 2012 eine zertifizierte Ausbildung „Integrative Validation nach N. Richard“ ab. Seit 2010 ist sie Mitglied im dbl-Arbeitskreis „Logopädie – Demenz“. Sie initiierte und leitet einen gleichnamigen Arbeitskreis in Hamburg und hält Fortbildungen zum Thema „Logopädie bei Demenz“.

kommunikative Ressourcen mithilfe sprachtherapeutischer Maßnahmen stabilisiert und langfristig erhalten werden.

Ausgehend davon, dass Diagnose und Stadium der Demenz bekannt sind und die logopädisch relevanten Kompetenzen und Ressourcen ermittelt wurden, sind folgende Fragen zu beantworten:

- Welches Vorgehen, welcher Umgang ist bei einem Menschen mit Demenz angezeigt?
- Welche sprachtherapeutischen Ziele können bei einem progredienten Verlauf formuliert werden?
- Welche sprachtherapeutischen Interventionen sind angezeigt?

Vorgehen und 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 dem 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 (Richard 2006). Das bedeutet, dass in Situationen, die nicht mehr bewältigt werden können, z.B. andere beschuldigt werden („Warum räumst du immer alles weg, da kann ich ja nichts finden“). Oder ein Betroffener klagt über Schmerzen, wenn er etwas tun möchte, und bemerkt, dass es ihm nicht mehr gelingt. Im Kontakt mit dem Menschen mit Demenz gilt es, diese Schutzstrategien zu erkennen und respektvoll und kreativ in die Kommunikation zu integrieren.

Defizite sind sichtbar, während Ressourcen ermittelt werden müssen

In jedem Stadium der Demenz verbleiben Ressourcen. Diese beinhalten Reserven, Kräfte und Fähigkeiten, die dem Menschen mit Demenz ganz individuelle Möglichkeiten zur Bewältigung seiner Situation bieten. Bei der „Integrativen Validation (IVA)“ nach Richard (2004) – einer Kommunikationsform mit dementen Menschen – bilden zwei Ressourcen-Gruppen die zentralen Aspekte: 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 (2004, 13) sagt: „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“.

Die IVA hat eine Methodik der Gesprächsöffnung und Gesprächsführung entwickelt, die sich sehr gut in die sprachtherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz integrieren lässt. Sie basiert auf einem ressourcenorientierten Vorgehen, verzichtet auf Einteilungen in Demenz-Stadien ebenso wie auf Fragetechniken und Interpretationen. Angst, Stress und Leistungsfrustration sollen immer vermieden werden. Das Vorgehen ist einheitlich und immer gegenwartsorientiert.

Mit Fortschreiten der Demenz verstärkt sich der körpersprachliche Ausdruck. Wenn ver-

bale Informationen nicht mehr verstanden werden, folgen Menschen mit Demenz dem Körperausdruck und nicht dem gesprochenen Wort. Das bedeutet für den Therapeuten, einerseits auch auf nonverbale Botschaften als möglichen Schlüssel zu achten und andererseits gleichzeitig seine eigene Körpersprache zu kontrollieren und diese im besten Fall als gezielte Unterstützung einzusetzen.

Die Erfahrung zeigt, dass mit einer validierenden Umgangsform die Basis für eine wertschätzende Beziehung geschaffen wird, die die Voraussetzung für jede therapeutische Maßnahme sein muss. Zu beachten ist, dass eine genaue Unterweisung angezeigt ist, wenn das Vorgehen der IVA zielführend und umfassend eingesetzt werden soll.

Einschränkungen der Sprache, Kommunikation und Kognition zeigen sich in unterschiedlichsten Ausprägungen wie z.B.

- Nichtverstehen von Gesprächszusammenhängen,
 - schnelles Vergessen von Fakten,
 - mangelnde Einsicht in Alltagsabläufe und
 - nicht gelingendes miteinander Sprechen.
- Oft wird der schleichende Prozess dem Betroffenen selbst zunächst wenig bewusst. So soll das Sprachverhalten immer auf den Betroffenen ausgerichtet sein:
- Er erhält uneingeschränkte Aufmerksamkeit und jeder Konflikt wird vermieden.
 - Jede Aussage, auch wenn sie zunächst nicht sinnvoll erscheint, wird angenommen, um im Gespräch zu bleiben; oft klärt sich der Inhalt im weiteren Verlauf.
 - Erinnerungen werden stets aufgegriffen und verstärkt.
 - Bei zunehmendem Sprachverlust ist auf nonverbale Signale zu achten, die mit Sprache begleitet werden („Sie freuen sich jetzt sehr“; „das überrascht Sie jetzt“; „Sie sind stolz auf Ihre Arbeit“).

Sprachtherapeutische Ziele bei einem progredienten Verlauf

Hören wir einigen Patienten zu, denen die Frage gestellt wurde „Wie kann Ihnen die Logopädie helfen?“ und welches mögliche gemeinsame Therapieziel aus dieser Antwort abgeleitet wird.

Patient 1

Herr M. ist 74 Jahre alt. 2013 bekam er die Diagnose Parkinson und 2016 wurde eine beginnende Demenz diagnostiziert.

Pat.: „Ja, mein Wunsch ist es aufgeklärt zu werden über die Arbeit ... äh, ... Zusammenhänge, die für meine Erkrankung zu sehen und zu beachten und zu ändern sind...“

Das sind Wünsche jetzt ohne den ganzen Umfang, diese Tätigkeit die ergeben zu können ...stabilisiert werden soll im Sinne von sprechen, dass, äh ...meine Sprache klarer ist, verständlicher, ...dass ich mich einbringen kann mit meinen Kenntnissen, Fähigkeiten und angeübten ..., angeübten, ... ja ...äh ...sagen wir Fähigkeiten.“

Die Zielvereinbarungen für die Therapie waren: Informationen zur Erkrankung zu erhalten (dabei können Patient und Therapeut sehr gut die Kompetenzen des Patienten herausarbeiten) und im Rahmen einer Dysarthriehandlung biografisch oder an aktuellen Erlebnissen orientierte Texte zu entwickeln, die im Alltag eingesetzt werden können.

Patient 2

Herr K. ist 78 Jahre alt. Er erlitt 2009 nach einem Insult eine Wernicke-Aphasie. 2015 Verdacht auf einen progredienten Verlauf, der ärztlich noch nicht abgeklärt wurde (Uhrentest Score 4):

Pat.: „...also ich finde ...äh, das Wichtigste ist, dass Sie mir ...äh ...Sicherheit im ...Denken des Tages ...äh ... bereiten. Also: Sie haben mir beigebracht, wann es Tage gibt, ... also montags als Fixtermin ist das schon für mich eine, äh... ein Sicherheitsgefühl, zu überlegen, was habe ich heute für einen Tag...“

Th.: ...also immer einen festen Termin...“

Pat.: „einen festen Termin, ja“

Th.: „... immer montags...“

Pat.: „ja, immer montags, Das war für mich eine, eine Sicherheit, die über Wochen und Monate hält...“

Th.: „...die feste Struktur...“

Pat.: „ja, die Struktur...“

Th.: „...für den Tagesablauf.“

Pat.: „Genau. Und ...äh das kommt ...ja dabei bleibt es ja nicht, die Fixtermine, zwölf Uhr so und so ..., aber Sie haben mir beigebracht, äh ...was man für den Kopf auch denken muss, ne?... Und dann machen Sie ja gewisse Übungen bei mir, ne?... und dann hab' ich auch das Gefühl,... äh, das erweitert, ne?“

Herr K. wünscht sich feste verlässliche Vorgehensweisen. Gemeinsame Therapieziele sind die Erarbeitung einer Tagesplanung, die Einführung eines Terminkalenders und als ehemaligem Journalisten war es ihm ganz wichtig, aktuelle Presseinformationen zu diskutieren (große Ressource: Sprechfreude). In der Behandlung profitiert er von einem verlässlichen, gut strukturierten Vorgehen.

Patient 3

Frau K. ist 73 Jahre alt. Sie erlitt 2009 einen Insult mit einer amnestischen Aphasie. 2015 wurde ärztlicherseits der Verdacht auf eine Progredienz der sprachlichen Symptome formuliert, aber noch nicht weiter abgeklärt (Uhrentest Score 5).

Pat.: „*Sie (Anm: die Therapeutin) sind dann, ZuhörerIn und ...äh, äh... andere hören mir nicht zu...*“

Th.: „*Ah ja, okay; Sie haben den Eindruck, andere hören nicht zu?*“

Pat.: „*Ja, das dauert alles zu lange, wenn ich was sage und ... äh ... wenn ich ... mit Ihnen spreche, dann ... ähm ... ist das ... ist mein Hirn normal.*“

Th.: „*... weil Sie Zeit haben, ... zum Sprechen?*“

Pat.: „*Wahrscheinlich. Ja.*“

Das vereinbarte Therapieziel ist das Kompetenzerleben im Gespräch. Da Frau K. sehr belesen ist und in ihrem Beruf sprachlich gewandt sein musste, kann sie diese Fähigkeiten beim Lesen und Diskutieren von für sie interessanten Artikeln aus der Tagespresse und in der Erarbeitung von Texten einsetzen. Weiterhin ist eine Angehörigenberatung angezeigt.

Sprachtherapeutische Interventionen

Behandlungsprinzipien

Das Grundprinzip der logopädischen Behandlung bei progredienten Störungen der Sprache ist eine „umgekehrt symptomorientierte Therapie“ (USOT), d.h. das Ziel ist nicht Verbesserung, sondern längstmöglicher Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Also keine Arbeit an den Defiziten – es lässt sich nicht gegen den demenziellen Prozess arbeiten. Der Blick richtet sich auf die verbliebenen Kompetenzen, die es zu stärken gilt. Die Therapieansätze richten sich nach dem Schweregrad der Demenz.

Weiterhin werden im Frühstadium Ziele und Maßnahmen der Behandlung mit dem Patienten abgestimmt. Da die Ziele immer persönlich relevant sein sollen, hat der Therapeut Kenntnisse zur Biografie des Betroffenen. Die Inhalte der Therapie haben Bezug zum Alltag (Partizipation). Der Verlauf der Behandlung wird dokumentiert und enthält auch Beobachtungen und Befragungen zur Umsetzung in den Alltag und zum Befinden des Betroffenen. Diese Fragen und Antworten zur Wirksamkeit der Behandlung können nur individuell sein, sie lassen sich kaum über Tests ermitteln. Abhängig vom formulierten Therapieziel findet eine Intervalltherapie statt, die in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt wird.

Behandlungsziele

Logopädische Ziele bei einer beginnenden Demenz oder leichten kognitiven Beeinträchtigungen können mit dem Patienten abgestimmte Übungsprogramme in den Bereichen Sprachverständnis, Wortfindung oder Strategien im Merken von Abfolgen sein. Dadurch sollen aktuelle kommunikative Fähigkeiten stabilisiert und gestützt werden.

Im fortschreitenden Prozess liegt der Schwerpunkt im Bereich Kommunikation. Das heißt im Rahmen der aktuellen Ressourcen werden individuelle, alltagsrelevante Strategien erarbeitet, die eine Verständigung auf allen Ebenen ermöglichen sollen.

Ein Beispiel: Ein Betroffener und dessen Angehöriger wünschen sich, wieder mehr miteinander zu sprechen, und der Betroffene möchte sich mehr an Gesprächen beteiligen können. Dieses gemeinsam vereinbarte Ziel bildet die Grundlage für die logopädische Behandlung. Der Therapeut hat in der Anamnese Informationen zur Biografie des Patienten erhalten und in der Diagnostik die sprachlichen Ressourcen erarbeitet. Beides bildet die Basis für das logopädische Angebot.

Kann der Patient lesen und schreiben, so können kurze, für den Patienten relevante Texte nach dem Vorgehen KODOP (s.u.) erarbeitet und im Alltag zu passenden Gelegenheiten eingesetzt werden. Bei regelmäßiger Durchführung erlebt sich der Patient als kompetent, er kann zu Unterhaltungen etwas beitragen und Kontakt zu seinem Gesprächspartner halten.

Ist ein vereinbartes Ziel erreicht, erfolgt eine Therapiepause. Betroffener und Angehöriger sollen die in der Behandlung erarbeiteten Vorgehensweisen selbstständig weiterführen. Die Behandlung kann bei Bedarf jederzeit wieder aufgenommen werden.

Sprachtherapeutische Interventionen

Sprachtherapeutische Interventionen sind immer als *ein* Baustein in der Gesamtversorgung des Menschen mit Demenz und seinem Angehörigen zu sehen. Sprachtherapie soll zum Erhalt von Kommunikationsfähigkeit und damit zur Lebensqualität des Betroffenen beitragen. KODOP, HOT, ASTRAIN sind Beispiele für geeignete sprachtherapeutisch kommunikative Ansätze:

► **KODOP** (Kommunizieren Dokumentieren, Präsentieren, Steiner 2010): In der Therapie entsteht nach einem festgelegten Vorgehen ein für den Patienten bedeutungsvoller Text. Dieser wird vom Patienten vorgelesen und er initiiert damit z.B. ein sich anschließendes Gespräch. Die Texte werden in einem Heft gesammelt und können im Alltag je nach Gesprächsanlass eingesetzt werden.

► **HOT** (Handlungsorientierter Therapieansatz, Reddemann-Tschaikner & Weigl 2009) ist aus der Kindertherapie bekannt. Über das Handeln ins Gespräch kommen ist ein sehr patientenorientiertes Vorgehen, das dem Betroffenen ermöglicht, seine Handlungsfähigkeiten einzusetzen, die dann gemeinsam versprochen werden. Das Ziel des HOT (hierarchischer Aufbau von Sprache und Ausdrucksfähigkeit) ist allerdings nicht das Ziel in der sprachtherapeutischen Arbeit bei Demenz. Folglich können nur die Schritte des Vorgehens durchgeführt werden, die an den Ressourcen der Patienten mit dem Ziel anknüpfen, über das Handeln Kontakt, Kompetenz und Orientierung herzustellen.

► **ASTRAIN** (Alzheimer Sprachtraining, Köpf 2001) ist ein integratives Konzept, das sich aus den Erfahrungen verschiedener psychosozialer Interventionen und Betreuungskonzepte zusammensetzt. Das Programm wurde vom Münchner Institut für Psychiatrische Wirkungsforschung (Gerhard Köpf) entwickelt und stellt ein therapeutisches Ergänzungsprogramm für den sprachfunktionellen Bereich bei Alzheimer-Patienten dar.

Therapieplanung

In der Therapieplanung stehen immer die Wünsche, Ziele und Ressourcen der Betroffenen und Angehörigen im Mittelpunkt. Ein weiterer wichtiger Baustein in der Behandlung ist auch die Angehörigenberatung, die, wenn möglich, eine Behandlung begleiten sollte. Bei Fortschreiten der Demenz kann die Angehörigenberatung immer mehr in den Mittelpunkt rücken.

Gleichbleibender Therapieaufbau

Der Therapieaufbau und das Setting unterliegen einer gleichbleibenden Struktur. Jede Therapiephase (z.B. 1. Einstimmung, 2. Aktivierung, 3. Kommunikative Kompetenz, 4. Sprachanregung, 5. Abschluss) wird dem gemeinsamen Ziel entsprechend mit Inhalten gefüllt. Strukturiertes Vorgehen zeichnet sich durch Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit aus. Es vermittelt dem Menschen mit Demenz Sicherheit und löst Wohlbefinden aus („ich weiß schon, was jetzt kommt“). Auch wenn die regelmäßigen Abläufe vom Betroffenen nicht erinnert werden, so werden sie doch wirksam, weil sie stattfinden.

Die Erfahrungen zeigen, dass durch fehlerfreies Lernen im Kontext eines für den Betroffenen sinnvollen, nicht überfordernden, handlungs- und ressourcenorientierten Angebots seine Fähigkeiten für begrenzte Zeit kompensiert werden können und sich damit Lebensqualität deutlich verbessert.

Fazit

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können von logopädischer Kompetenz profitieren, obwohl Demenz (noch) nicht im Indikationskatalog logopädischer Leistungen enthalten ist. Die sprachtherapeutische Arbeit bei 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.

Voraussetzung für die therapeutische Arbeit mit demenzbedingten Sprachstörungen ist ein ausschließlich ressourcenorientierter Blick. Da Lernen im klassischen Sinne nicht stattfindet, gilt es, jede kommunikative Ressource aufzuspüren und diese mit therapeutischen Angeboten und Interventionen

zu stützen. 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, persönliche Themen des Menschen mit Demenz zu erfassen, so ergibt sich ein Zugang, der es erlaubt, die individuellen Themen mit zu erarbeiteten 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 individuelle, für den Betroffenen bedeutsame therapeutische Wirksamkeit wird durch eine kreative Verknüpfung von Beziehung und sinnvollen Inhalten erzielt.

LITERATUR

- Kitwood, T. (2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Huber
- Köpf, G. (2001). *Das Alzheimer Sprachtraining – Zum sprachlichen Umgang mit Demenz-Patienten*. Oberhausen: Karl-Maria-Laufen
- Reddemann-Tschaikner, M. & Weigl, I. (2009). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme
- Richard, N. (2006). Woher weißt du das, Schwester? *Altenpflege* 6, 42-43
- Richard, N. (2004). Kommunikation und Körpersprache mit Menschen mit Demenz – die Integrative Validation®. *Unterricht Pflege* 9 (5), 13-16
- Steiner, J. (2010). *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis*. München: Reinhardt

SUMMARY. Chances of speech and language therapy in dementia care. Methods – goals – intervention

Speech and language therapists are increasingly asked for support of patients with speech and language disorders, whose dementia has already been diagnosed or is assumed. Dementia is associated with progressive loss of memory and learning is barely possible. Although symptoms of aphasia and speech disorders are quite similar treatment approaches are totally different. Instead of a common deficit orientation dementia care demands a resource oriented approach to facilitate communication. The article presents principles and approaches such as Integrative Validation (IVA) and error-free learning, joint elaboration of individual therapy goals and examples of speech and language therapy interventions such as KODOP (Steiner), HOT (Reddemann-Tschaikner & Weigl) and ASTRAIN (Köpf). Particular stress is on relationship work as basis for any content work and also on the relevance of advices for relatives.

KEY WORDS: dementia – speech and language therapy – resources – validation – error-free learning

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160503

Autorin

Heike D. Grün
Praxis für Logopädie
Schillerstraße 47-49
22767 Hamburg
heike.d.gruen@magicvillage.de
www.logoprax-gruen.de