

Demenzkrankungen: Auftrag an die Logopädie

Dementia: Challenging Speech and Language Therapy

Autoren

J. Steiner¹, F. Haag²

Institute

¹ Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, Studiengang Logopädie, Zürich (Leiter: Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner)
² Geriatrische Klinik St. Gallen AG, St. Gallen (Chefarzt: PD Dr. Thomas Münzer)

Schlüsselwörter

- ◉ Indikationsargumente
- ◉ Diagnostik auf Textebene
- ◉ dialogisches Angebot
- ◉ Gesprächsregeln
- ◉ Schriftsprachangebot

Key words

- ◉ indication arguments
- ◉ diagnostics on text level
- ◉ diagnostic proposition
- ◉ discussion rules
- ◉ written language proposition

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1321741>
 Sprache · Stimme · Gehör
 2012; 36: e60–e64
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0342-0477

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner (Leiter Studiengang Logopädie)
 Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
 Schaffhauserstrasse 239
 Postfach 5850
 8050 Zürich
 Schweiz
 jürgen.steiner@hfh.ch

Zusammenfassung



Geriatrische Logopädie/Sprachtherapie greift auf Wissen der Gerontopsychiatrie, Gerontopsychologie, Gerontosoziologie, Gerontagogik und Geriatrie zurück. Der Profession Logopädie geht es jeweils aus verschiedenen Blickwinkeln um die Aufrechterhaltung der Sprach- und Dialogfähigkeit. Der Arbeitsschwerpunkt der Geriatrischen Logopädie liegt bisher auf der Therapie von Aphasien, Dysarthrien und Dysphagien. Wir vertreten hier die Auffassung, dass die Logopädie auch im Kontext „Demenz“ einen wichtigen Auftrag hat und zwar einen doppelten: Strategien für eine Kommunikation unter erschwerten Bedingungen zu entwickeln sowie Selbstausdruck und Fremdeindruck über Schriftlichkeit zu sichern.

Abstract



Geriatric logopaedia/speech therapy is based on geriatric psychiatry knowledge, geriatric psychology, geriatric sociology and gerontagogy. Our profession deals with maintaining speech and dialogue skills from different points of view. The main focus of geriatric logopaedia so far is on the treatment of aphasia, dysarthria and dysphagia. We believe that logopaedia has an important job also in the context of dementia in 2 ways: by developing strategies for communication under special conditions and by ensuring self-expression and foreign impression through writing.

Lernziel

Überblick über den derzeitigen Stand von Indikation, Diagnose und Therapie der Logopädie bei Demenz. Im Auftrag an die Logopädie wird der Ressourcenaspekt betont und die Schnittstelle zur Selbsthilfe angesprochen.

Zur Frage der Indikation



Erkrankung des Alters Demenz ist eine Erkrankung des Gehirns, die schon vor dem 50. Lebensjahr auftreten kann. Gleichzeitig ist der Terminus mit „Alterserkrankung“ assoziiert, da die Prävalenzrate im Alter drastisch ansteigt. Wer von Demenz spricht, meint meist einen degenerativen Abbauprozess, den A. Alzheimer bereits 1906 treffend beschrieben hat [1]; S. 50.

Gesellschaftlicher Auftrag Humanität und Kontrakt der Sozialgemeinschaft (in Deutschland das Sozialgesetzbuch SGB IX, § 1 u. 9) gebieten, dass wir Erkrankungen behandeln und zwar auch dann, wenn diese progredient sind. Das ethische Motiv

ist das Aufrechterhalten von Autonomie und Selbst (Teilhabe) des Einzelnen und die Stützung des begleitenden Systems. Das monetäre Motiv ist, die Kosten begrenzt zu halten (Wohnselbständigkeit vor betreutem Wohnen vor Pflege).

Nichtmedikamentöse Behandlung gefragt Medikamente spielen eine wichtige Rolle in der Therapie – sie sind aber nur Teil einer nicht trennbaren Trias „medikamentös – nichtmedikamentös – beratend“. Aktuelle Forschung und ärztliche Praxis fokussieren teils biochemische Optionen der Intervention. Logopäden hingegen machen „nichtmedikamentös-beratend“ ein Angebot, um Lesen und Schreiben sowie Gespräche unter veränderten Bedingungen aufrechtzuerhalten. Das berücksichtigt ressourcenorientiert Primärbetroffene und den Lebenskontext gleichermaßen [1]. Eine Therapie sollte biografisch, alltagsrelevant und lebensbedeutsam sein. Strategieanpassung in der Kommunikation sowie lesende und schreibende Arbeit am Text sind die Königswege zur Kognition (Denken, Orientierung, Gedächtnis) und nicht umgekehrt.



Indikationsargumente Das übergeordnete logopädische Ziel ist das Erhalten einer möglichst hohen schriftsprachlichen und kommunikativen Selbständigkeit bzw. Angepasstheit, denn Sprache und Kommunikation sind entscheidend für das Aufrechterhalten von Kontakt, Orientierung, Sinn und Aktivität. Teilhabe entsteht durch professionell-logopädisch geführtes Anpassen an niveaugerechtes Lesen und Schreiben einerseits und an einen Dialog unter erschwerten Bedingungen andererseits. Die Argumente für eine Indikation sind wie folgt zusammenzufassen:

- ▶ **Argument für ein dialogisches Angebot** [1,2]: Positive Kommunikation ist eine wichtige Säule für das Gelingen der Paarbeziehung auch im Schatten der Demenz. Positiv erlebte Kommunikation ist der entscheidende Faktor der Resilienz in Bezug auf psychosoziale Störungen/Belastungen des pflegenden Ehepartners. Konzepte zum Stützen der Partner-Dyade sind in einer Konzeption von Interventionsstrategien bei Demenz sehr wichtig, da hier ein wesentlicher Teil des „Auftrages“ Hinausschieben der Pflege erbracht wird. Kommunikation ist lehr- und lernbar; die Logopädie hält hierfür Strukturen, Prozesse und Inhalte bereit [1], die als kommunikativ orientierte Einzel- und Gruppentherapie, als Dialogcoaching und als kommunikativ zentrierte Beratung des Sekundärbetroffenen (Entlastung, Kommunikationsnetz, Optionen in der Paarkommunikation) umgesetzt werden können.
- ▶ **Argument für ein Schriftsprachangebot** [1]: Für ein Angebot im Bereich der Schriftsprache spricht, dass gerade die Schrift zu den erwartbaren Ressourcen bei Menschen mit einer Alzheimer-Erkrankung gehört [3].

Wenn Kommunikation sowie Lesen und Schreiben wesentlich sind für die Aufrechterhaltung des Selbst als Voraussetzung zur Teilhabe, und wenn Menschen unter einer Einbuße leiden, ist Logopädie angezeigt. Das Setting der Einzeltherapie ist dabei nicht die einzige und auch nicht die präferierte Option.

Votum aus der Praxis Die Indikation zur Logopädie erscheint nicht nur theoretisch plausibel. Die praktisch tätige Logopädin in der Geriatrie ist – so eine Befragung in der Deutschschweiz [4] – als unterstützende Instanz gefragt. Sie ist gekoppelt an den Wunsch des Patienten und impliziert Mindestvoraussetzungen an Orientiertheit und Belastbarkeit. Eine Intervention sollte zeitlich befristet sein [5]. Bei der Frage nach der Wirksamkeit geht es um nicht weniger als um eine Neudefinition: Netzwerke der Bildungs- und Lebensbiografie werden überlagert von Netzwerken der Multimorbidität – die Prognostik verläuft dabei sehr unterschiedlich.

Effizienznachweise Die Frage der Wirksamkeit ist nur individuell und nicht über die klassische Versuchsanordnung (quantitativ orientierte Gruppenvergleiche im Zeitverlauf) zu beantworten.

Symptomatik unter Ressourcenaspekt

Absage an Klassifikation Demenzen in unterschiedlichem Lebensalter mit unterschiedlichen Lebensgeschichten und Lernbiografien haben – unabhängig von ähnlichen Ursachen – sehr unterschiedliche Ausprägungsfacetten. Eine Klassifikation ergibt aus logopädischer Sicht bei der hohen Individualität der Krankheitsausprägung und der Lern-, Beziehungs- und Lebensbiografie wenig Sinn. Sinnvoll ist, vom Defizit zu den Ressourcen zu kommen.

Definition SAD Ein SAD-Syndrom oder eine kognitive Dysphasie lässt sich wie folgt definieren: „Dementiell gesteuerte Sprachstörungen werden mit Sprachabbau bei Demenz bezeichnet, kurz SAD-Syndrom. Es handelt sich sprachstrukturell hauptsächlich um eine Störung der Koordination von Wahrnehmen, Einspeichern, Erinnern und Bereithalten von semantischen Informationen. Diagnostisch handelt es sich um eine Störung des Aufbaus und der Aufrechterhaltung von Gesprächen.“ [1]; S. 50.

Eine Klassifikation in unterschiedliche Syndrome der kognitiven Dysphasie ist aus logopädischer Sicht nicht sinnvoll.

Diagnostik: Fokus Textebene

Sinnorientierte Diagnostik Die Verfahren aus der Aphasiediagnostik sind für eine Diagnostik der kognitiven Dysphasie nur sehr bedingt bzw. nicht einsetzbar. Wenn der Zugang der Intervention bei Demenz über Sinn, Orientierung, Kontakt und Biografie erfolgt, muss auch eine Diagnostik diesen Grundsäulen folgen. Wenn in der Therapie die Arbeit am Text ein wesentliches Element ist, sollte die Diagnostik diese Kompetenz erfassen. Wenn sich die Therapie um Strategien für ein tempo- und stressreduziertes, informations- und erwartungsgemindertes Gespräch kümmert, sollte die Diagnostik eben dies fokussieren. Verfahren, die hier erste Schritte aufzeigen, werden als Zürcher Demenzdiagnostik (Z-DD; [1]) vorgestellt (kostenloser Download unter: www.demenz-sprache-hfh.ch).

Eine logopädische Diagnostik bei Demenz ist sinnvoll, stellt nicht bloß und eröffnet Perspektiven für Handeln.

Therapeutisches Angebot: State of the Art

Überblick über Angebote Lässt man unspezifische, allgemeine Angebote der Orientierung unberücksichtigt und ordnet dann die logopädischen Angebote für den Kontext „Kommunikation bei Demenz“, ergibt sich eine Zweiteilung [1]:

- ▶ Kommunikativ orientierte direkte Verfahren i.S. eines Gesprächs-Strategie-Coachings (z. B. TanDem [6], Dialogcoaching und Gruppentherapie von Steiner [1]) bzw. indirekte Formen der Beratung und
- ▶ textorientierte Vorschläge, d. h. direkte Verfahren zum Aktivieren von Lesen und Schreiben, gekoppelt mit Gesprächen (z. B. ASTRAIN [7], KODOP [1], HOT [8]).

Alle Angebote mit dem Ziel „Sprachabruf“ (intrapyschische Sprachorganisation, d. h. Informationen aufnehmen, speichern, vergleichen, auswählen, sequenzieren) sollten den Zusammenhang zu Biografie, Sinn und Orientierung herstellen. Alle Angebote mit dem Ziel „Gesprächsbalance“ (Partizipation durch Anpassen der interpsychischen Dialogkonventionen) sollten Kontakt stiften und Normalität retten.

Dialogtherapie Der pragmatischen, dialogischen Ebene kommt eine besondere Bedeutung zu: Ziel der logopädie ist es, Ressourcen für ein Gelingen des Dialogs zu ermitteln, zu erproben und zu bestärken. Je mehr die Demenz das Gespräch überschattet, desto mehr sollte der gesunde, flexible Gesprächspartner Verantwortung übernehmen für das Thema, den passenden Rhythmus und das gute Klima. Die Logopädin wird damit zum Begleiter eines „Gesprächsprojektes“, evtl. mit einer Verabschiedung von konventionellen Mustern. Gespräche zu führen, auch unter erschwerten



Bedingungen, ist lehrbar und lernbar – die sprachgesunden Menschen können lernen, zwischen den Zeilen zu lesen, „anzudocken“ und emotionale und informative Signale des Ausdrucks und des Eindrucks „auszubeuten“ [9].

Klima in Gesprächen Zum Gespräch braucht es einen Bereich geteilter Intentionen, geteilter Erfahrungen und geteilten Wissens. Hier addieren sich die Ressourcen von Primär- und Sekundärbetroffenen. Auch die Art des Miteinanders im Gespräch (Sprecherrollenwechsel, Sprechanteil, Wiederholungsschleifen) gelingt als Kooperative. Mitteilungsformen wie Grüßen, einen Gruß erwidern, Kontaktrituale, Floskeln und Sprüche, Komplimente annehmen und erwidern, Zustimmung und Ablehnen, sich entschuldigen, um etwas bitten, sich bedanken, Wünsche aussprechen, Emotionen teilen oder kommentieren laufen lange völlig reibungslos und sollten als ein gelingendes Miteinander verbucht werden. Gelingende Gespräche brauchen Zeit („träger Rhythmus“) und einen achtsamen Einsatz des Nonverbalen: Gestik, Mimik, Körperhaltung, Berührung, Distanz, Stimmklang, Stimmführung und Emotionen sind entscheidende Kanäle der Mitteilung [10, 11] und unterstützen das gesprochene Wort. Das erfordert ein Umdenken, mehr Zeit und ein Mehr an Achtsamkeit. Das „Wie“ in Gesprächen wird entscheidend, das „Was“ tritt zurück.

Gegen das Scheitern Auch das Nichtgelingen ließe sich definieren, nämlich als Rückzug, Abbruch, Ärger bzw. Unverstanden sein und andere negative Gefühle in oder nach Gesprächen. I. d. S. setzt sich Logopädie für ein Abwenden des Nichtgelingens ein.

Infobox: Gesprächstipps

Da Gespräche komplex und dynamisch sind, sollten Hinweise für Strategien einfach sein [1, 10, 12, 13]:

- ▶ Fragen erwarten eine Antwort.
- ▶ Initiative zum Sprechen (auch Grußformel und andere Floskeln) belohnen wir mit Aufmerksamkeit.
- ▶ Wir bleiben beim Thema: Themenwechsel zeigen wir an.
- ▶ Etwas bestätigen, aufgreifen, wiederholen, Bezug nehmen auf Gesagtes intensiviert das Gespräch.
- ▶ Wir sprechen möglichst nicht gleichzeitig und achten beim Wechsel der Sprecherrolle auf den Partner.
- ▶ Das Mitteilen von Gefühlen (auch über Lächeln) wird wertgeschätzt; negative Gefühle meines Gegenübers muss ich nicht auf mich beziehen.
- ▶ Wenn etwas nicht stimmig ist, können wir erst einmal abwarten, ehe wir widersprechen.
- ▶ Bei Nichtverstehen kann man erst einmal abwarten und evtl. reklamieren.
- ▶ Wer „am Stück“ spricht, dosiert die Sprechmenge.
- ▶ Gestik, Mimik, Blick, Betonung, Melodie laufen unbewusst mit; sie können aber auch bewusst eingesetzt werden.
- ▶ Humor tut Gesprächen gut.

Tempo – Klima – Information In demenzüberschatteten Gesprächen sind beide Seiten empfindlich für Kritik und Vorwürfe; hier ist es für den Sekundärbetroffenen wichtig, über die Wortwahl hinaus auf die eigene Stimme zu achten, um sich selbst und dem Partner Ruhe, Halt, Besonnenheit, Sicherheit zu geben [10]; S. 90. Die Formel „langsamer (Tempo) – emotional achtsam mit ungeteilter Aufmerksamkeit (Klima) – anspruchsgemindert (Information)“ bietet eine übergeordnete Steuerungsmöglichkeit [1] und kompensiert den Verlust an Energie und Präzision.

In einer logopädischen Therapie bei Demenz geht es um sinnorientierte sprachstrukturelle Angebote (Fokus „Text“) und um Möglichkeiten der Gesprächssteuerung (Fokus „Klima – Tempo – Information“).

Aus der Praxis: Beispiel St. Gallen

Das Kompetenzzentrum für Gesundheit und Alter St. Gallen besteht aus einer Geriatrischen Klinik, Geriatrischen Tagesklinik, Memory Clinic, einem Alters- und Pflegeheim sowie einer Seniorenresidenz. Die Abt. Logopädie gehört zur Geriatrischen Klinik und betreut hauptsächlich Patienten aus der Akutklinik und der Geriatrischen Tagesklinik. Hinzu kommen ambulante Therapien. Der Kanton St. Gallen hat 3 Regionalspitäler beauftragt, geriatrische Abteilungen zu eröffnen. Dabei erhielt die Geriatrische Klinik St. Gallen die Rolle des Coachs. In diesem Kontext ist auch eine Zusammenarbeit zwischen den Logopäden des Kompetenzzentrums und der Regionalspitäler entstanden. So können nun z. B. Primärbetroffene, die zur neuropsychologischen und logopädischen Abklärung in der Memory Clinic St. Gallen waren, oder Patienten nach einem stationären Aufenthalt, in der Nähe des Wohnortes weiter logopädisch betreut werden.

Aufgaben der Sprachtherapie bei Demenzerkrankungen Je nach Arbeitsbereich fallen der Logopädie in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Aufgaben zu:

- ▶ **Stationärer Alltag:** Hier wird die Logopädie angefragt, wenn eine Sprachstörung akut auftritt – unabhängig von der Ursache. Bei bekannten Demenzen werden vorrangig akute Erkrankungen behandelt, die im Vordergrund stehen. Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten sind oft zweitrangig.
- ▶ **Memory Clinic:** Hier werden Primär- und Sekundärbetroffene der Logopädie im Zusammenhang mit einer Gesamtabklärung zur Abklärung mit anschließender Beratung zugewiesen. Der hohe Bedarf und die Nachfrage der Betroffenen scheinen derzeit zu den limitierten personellen Möglichkeiten in keinem Verhältnis zu stehen.
- ▶ **Geriatrische Tagesklinik:** Hauptsächlich werden in der Logopädie Demenzpatienten betreut, die die Geriatrische Tagesklinik besuchen. Etwa 60% aller Tagesklinikpatienten leiden an einer beginnenden bis mittelschweren Demenzerkrankung. Auch hier werden – ausreichende Orientiertheit vorausgesetzt – logopädische Abklärungen, Therapien und Beratungen gemacht. Dialogberatungen finden gelegentlich statt.

Die nachfolgenden Schilderungen beziehen sich auf das Vorgehen in der Geriatrischen Tagesklinik.

Beauftragung Initiiert werden sowohl Diagnostik als auch Therapie und Beratung von den Stationsärzten, in Absprache mit den Betreuungspersonen der Tagesklinik. Die Indikation ist ärztlicherseits gegeben, wenn im Eintrittsgespräch Kommunikationsprobleme seitens der Primär- oder Sekundärbetroffenen thematisiert werden, oder wenn die betreuenden Pflegefachpersonen während des Aufenthaltes Kommunikationsprobleme wahrnehmen. Die Frequenz ist auf 2 × pro Woche limitiert.



Kommunikationsschwierigkeiten im stationären und häuslichen Alltag werden sowohl von Betroffenen als auch vom interprofessionellen Team erkannt. Aufgabe des Logopäden ist es, zusammen mit den Primär- und Sekundärbetroffenen kommunikative Ressourcen zu ermitteln und im Alltag umsetzbar zu machen. Einzeltherapie und Beratungen sind die häufigste Interventionsform.

Wer, wozu und was? Im Rahmen der Diagnostik spielt das Gespräch (und nicht die sprachstrukturelle Leistungsfähigkeit) die zentrale Rolle. Für die Indikationsfrage sind Orientiertheit, Störungsbewusstsein und Leidensdruck wesentlich. Nachdem prinzipielle Möglichkeiten der Ressourcensicherung in Bezug auf Lesen, Schreiben und Gespräche aufgezeigt wurden, werden Erwartungen und Ziele verhandelt. Hierzu gehört auch das Einverständnis des Primärbetroffenen, sekundär betroffene Personen einzubeziehen. Bisher gab es dabei kaum Situationen, in denen dies vom Primärbetroffenen abgelehnt wurde. Ein (erwünschter) Einbezug der Sekundärbetroffenen ist dennoch nicht immer sicher: Für die Angehörigen hat die zeitliche Entlastung, also Zeit für sich zu haben, oft Priorität. Die positive Seite ist, dass Logopädie auf diese Weise eine beidseitige Unabhängigkeit und neue Kontexte für eine befristete Zeit ermöglicht; dennoch werden teils auch Chancen verpasst. Nehmen sich die Angehörigen Zeit für die Logopädie, finden ein oder mehrere Beratungsgespräche (meist mit dem Partner) statt. Der Logopäde versteht sich als Anwalt des Gesprächs im Alltag i.S. der Allparteilichkeit: Allgemeine und individuelle Kommunikationsregeln, die bereits verwendet werden, werden ausdrücklich bestärkt (Empowerment). Teils – v.a. wenn Paare eine Balance trotz Veränderung gefunden haben – bleibt es bei dieser Bestärkung, ohne besondere bzw. neue Gesprächsstrategien zu erarbeiten. Teils wird die Gesprächszufriedenheit aber auch einseitig erlebt: Nicht selten leidet die demenzerkrankte Person unter ihren sprachlich-kommunikativen Einschränkungen, die Angehörigen scheinen jedoch damit als Sprecher und Hörer gut zu Recht zu kommen.

Beginnende Demenz Alle genannten Angebote beziehen sich primär auf die beginnende bis mittelschwere Demenz. Vereinzelt werden auch Patienten mit fortgeschrittener Demenz für die Logopädietherapie angemeldet, die sich aber kaum mehr auf eine Intervention einlassen können. Der Therapiewunsch resultiert oft aus der Hilflosigkeit der Angehörigen, die den Wunsch nach Unterstützung signalisieren. In diesem Fall bietet die Logopädie ein Beratungsgespräch an.

Logopädie ist nicht nur „Worttraining“, sondern Ressourcensicherung in Bezug auf Lesen, Schreiben und Gespräche. Die Belastungssituation der Sekundärbetroffenen ist teils so hoch, dass „Zeit für mich“ attraktiver ist als eine Intervention, die über Beratung hinausgeht (Dialogcoaching).

Teil des Ganzen Alle Aktionen der Tagesklinik sind interprofessionell abgestimmt. Ziele werden in strukturierten Teamgesprächen verhandelt und festgelegt und der Verlauf wird besprochen. An einem Verlaufsgespräch nehmen die demenzerkrankte Person, ihre Angehörigen, die zuständige Betreuungsperson sowie alle zuständigen Therapeuten (Logopädie, Physio-, Ergotherapie) und

bei Bedarf ein Arzt teil. In allen Formen der Intervention arbeitet die Logopädie am Kompetenzerleben und -gefühl. Sich einzulassen, miteinander zu arbeiten und (zumindest teilweise) ein sichtbares oder hörbares gutes Ergebnis zu erzielen, baut auf. Oder mit den Worten einer Patientin: „Heute konnte ich aber gut sprechen, gell!“

Fazit

Wenn es bei der Behandlung einer Demenz um Kompensation, Eigenaktivität und Anpassung geht, ist eine nicht-medikamentöse Therapie unverzichtbar. Die Logopädie bearbeitet Strategien zur Aufrechterhaltung von Lesen, Schreiben und kommunikativen Kontakt. Sie knüpft an Öffentlichkeitsarbeit [14, 15] bzw. an Selbsthilfe [16] an. Gruppentherapie und ein Gesprächscoaching zu dritt sind Settings, die evtl. gegenüber der klassischen Einzeltherapie zu präferieren sind. Angebote für Empowerment und Gesprächscoaching des Paares setzen voraus, dass beide trotz Belastung ansprechbar sind. Unser Plädoyer hier ist, dass die Logopädie eine wichtige Rolle im Kontext Demenz spielen kann und soll – und, wie unser Beispiel St. Gallen zeigt, bereits an manchen Orten entsprechend institutionalisiert ist.

Zur Person



Prof. Dr. habil. **Jürgen Steiner** promovierte 1989 an der Universität Köln und habilitierte 2001 an der Universität Dortmund. Seit 2005 ist er Leiter des Studiengangs Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.



Fiona Haag, B.A., studierte Logopädie an der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. In ihrer Bachelorarbeit konzipierte sie ein Kommunikations-training für Aphasiker und Angehörige. Seit 2008 arbeitet sie in der Geriatrischen Klinik St. Gallen, wo sie 2010 die Leitung der Abteilung Logopädie übernahm.

Interessenkonflikt: Der Autor und die Autorin geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Ergänzendes Material



Literatur

- 1 Steiner J. Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik. Bd. 5. München: Reinhardt; 2010
- 2 Braun M, Scholz U, Hornung R et al. Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzerkrankten: Hinweise zur Validität des deutschen Zarit Burden Interviews. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2010; 43: 111–119
- 3 Bourgeois M, Hickey E. Dementia. From Diagnosis to Management – A Functional Approach. New York: Taylor & Francis; 2009
- 4 Steiner J, Venetz M. Sprachabbau bei beginnender Demenz – Ist das Thema für die Sprachtherapie relevant? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. FORUM Logopädie 2011; 6/25: 26–31
- 5 Neubart W, Palm S, Steiner J. Sprachtherapie im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation – Indikation und Zielsetzung einer pädagogisch-medizinisch-philosophischen Orientierung. Sprache-Stimme-Gehör 1998; 22: 77–83
- 6 Haberstroh J, Neumeyer K, Schmitz B et al. Kommunikations-TanDem: Training für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In: Teising M, Drach L, Haupt H, Kortus R, Woter D. Alt und psychisch krank. Gerontopsychiatrie und -psychotherapie zwischen Ethik und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer; 2006
- 7 Köpf G. ASTRAIN. Das Alzheimer-Sprach-Training. Oberhausen: Laufent; 2001
- 8 Reddemann-Tschaikner M, Weigl I. HOT – Ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart: Thieme; 2002
- 9 Bauer A. How to do things with words – and without words. Pragmatik in der Logopädie. Unveröffentl. Vortragsmanuskript zum Fachlichen Teamtag der HfH, Zürich; 2011;
- 10 Sachweh S. Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzerkrankten Menschen. Bern: Huber; 2008
- 11 Oppikofer S. „Zeichensprache“. Schulungsfilm des Instituts für Gerontologie. Zürich: Univ. Zürich; 2009
- 12 Romero B, Eder G. Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET). Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimerkranken. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1992; 5: 267–282
- 13 Schärmeli L. Kommunikationsstörungen bei dementiellen Erkrankungen. Untersuchung der Symptomatik im Hinblick auf eine ressourcenorientierte logopädische Diagnostik und Therapie. Zürich: Unveröffentl. Bachelorarbeit an der Hochschule für Heilpädagogik, Studiengang Logopädie; 2010
- 14 Taylor R. Alzheimer und ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. Bern: Huber; 2008
- 15 Rohra H. Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Frankfurt: Mabuse; 2011
- 16 Steiner J. Demenz: Logopädie, Beratung und Selbstorganisation. Mit Auszügen eines Gesprächs mit Helga Rohra. FORUM Logopädie; 2012;11; im Druck

