

Menschen im demenziellen Prozess unterstützen:

Entängstigen, Entwirren und Empowern aus der Sicht der Logopädie

von Jürgen Steiner

LOGOPÄDIE



Vorspann

Das Thema Demenz ist aus dem Schatten getreten. Statt Tabuisierung und Nihilismus wird heute die Frage nach den Möglichkeiten gestellt; wir wollen wissen was wir tun können. Dies liegt unter anderem an der Zunahme der Erkrankung, die sehr viele Familienmitglieder als Mitwissende und Mitbetroffene des „demografischen Wandels“ macht.

Die pharmazeutischen Optionen sind ehrgeizig mit Forschungsgeld vorangetrieben worden – möglicherweise sind wir nun an einem Wendepunkt, an dem sich der „soziozeitliche“ (Taylor 2008) Weg mit Engagement entfalten kann. Selbstverständlich sollten medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen als koordinierte Komponenten der Intervention angesehen werden.

Dabei gilt Folgendes zu beachten:

- Medikamente im Kontext Demenz sind kein Selbstzweck, sondern sollten die Lebensqualität verbessern.
- Der Arzt entscheidet nicht alleine, sondern gemeinsam mit den Betroffenen; es gibt Bilanzstationen mit Beratungen.
- Mit so wenig verschiedenen Medikamenten wie möglich agieren.
- Neben Medikamenten sollte immer beraten werden, wie Aktivität und Kontakt aufrechterhalten werden kann und ob ein (befristeter) therapeutischer Input (z. B. Logopädie) sinnvoll ist¹.

Eckpunkte des über soziale Empathie bzw. über therapeutische Begleitung wirksamen Weges werden im Titel genannt:

- Entängstigen (für alle Betroffenen und für die Öffentlichkeit),
- Entwirren (Optionen für Aktivitäten aufzeigen) und
- Empowern (in Kontakt und im Gespräch bleiben trotz Demenz).

Definition von „Demenz“ und „Unterstützter Kommunikation bei Demenz“

Keine Altersgruppe ist so heterogen wie die Gruppe der „Menschen 65 plus“. Wir haben sehr mobile, agile Alternde, wir haben junge Demenzbetroffene, die ihren Prozess der Anpassung gestalten. Grundsätzlich ist Altern ein Verlustprozess in mehreren Facetten des Körperlichen, der Aktivität und der sozialen Teilhabe. Aber der verläuft sehr unterschiedlich: Wir haben langlebige Wohnselbstständige und jüngere Pflegebedürftige.

Der Zeitpunkt für eine Bilanz der eigenen Ressourcen und der Vernetzung für Support ist in etwa um das 75ste Lebensjahr sinnvoll, die Stationen für einen „rehabilitativen Kampf“ sind die der Gefährdung der Wohnselbstständigkeit (möglicher Verlust der sozialen Einbindung) und der Übergang in die Pflegebedürftigkeit (Verlust der Mobilität, Verlust der Autonomie als Möglichkeit der Wahl).

Das Wort „Demenz“ ist ein Sammelbegriff; je nach Alter, Lebenskontext und Krankheitsphase stellt sich die Erkrankung sehr unterschiedlich dar. Unabhängig von den unterschiedlichen Zahlen der Auftretenshäufigkeit und der Frage nach der Einordnung von Sonder- und Mischformen kann man sicher davon ausgehen, dass die degenerative Form mit Abstand die häufigste ist (ca. 75%). Die degenerative Form, gekennzeichnet durch einen eher schleichenden Abbau, der das Gehirn als Ganzes betrifft (Alzheimersche Erkrankung) und die vaskuläre Form, gefäßbedingt mit schubweisem Abbau, die auf lokale Hirnschädigungen zurückzuführen sind, decken gemeinsam über 90% am Gesamt der Demenzen ab (vgl. Trauschke et al. 2009).

Aus einer radikal-heilpädagogisch-therapeutischen Sicht, der es um Individualität und Ressourcen

geht, spielt aber die Klassifikation der Demenz (Demenztyp), eine untergeordnete Rolle.

Wörtlich übersetzt heißt Demenz übrigens „Ohne-Geist-Sein“; dies ist in zweifacher Hinsicht falsch:

- Erstens folgt der Diagnose ein langer Weg des Abbaus mit sehr individuellem Tempo, so dass wir nicht gleich ein „ohne“ zuschreiben dürfen und
- zweitens wird unter der Prämisse der Verknüpfung der Menschenwürde an die kognitive Leistung („cogito ergo sum“) eben diese potentiell abgesprochen (vgl. Taylor 2008).

Da Menschen prinzipiell nicht ohne Geist sind und die Würde nicht verlieren können, sollten wir „Demenz“ durch „kognitiven Abbau, Wandel oder Verlust“ ersetzen. Unsere Zielgruppe sind dann „Menschen mit kognitiven Verlusten, kurz MKV“ (vgl. Steiner 2012).

Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass die hohen Ansprüche an unser Gehirn, das in Sekundenbruchteilen Neuronen in Netzwerken ordnen, Informationen und Emotionen verarbeiten oder aktivieren kann, nicht mehr aufrecht erhalten werden können. Wenn Hirnzellen oder Verbindungen lahmgelegt und von fremden Strukturen überfrachtet werden (sogenannte „Plaques“), sprechen wir von der Alzheimerschen Erkrankung.

„Demenz und Alzheimer“ verbinden wir meist mit alt, bettlägerig und Pflegeheim. Eine Demenz beginnt aber oft schon in „jungen Jahren des Altwerdens“ (65-75); der Anteil der Menschen, die trotz verschiedener gesundheitlicher Probleme ihre Wohnselbständigkeit aufrecht erhalten, ist in deutschsprachigen Ländern oberhalb 90% bei den über 65-Jährigen (vgl. Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). Dies gilt auch für Menschen mit der Diagnose „Demenz“. Auf jeden Fall ist die Diagnose ein einschneidender Schock für alle

Familienmitglieder. Es braucht Zeit, diesen Schock zu verarbeiten und dann braucht es Wissen was man nach der Diagnose tun kann.

Wenn wir „Unterstützte Kommunikation“ wörtlich definieren, geht es darum, strategische Unterstützungen für eine kommunikative Teilhabe unter erschwerten Bedingungen zu finden.

- Wie kann der Betroffene angeleitet werden zum Selbst-Tun im Bereich Lesen und Schreiben?
- Welche Strategien können dem Betroffenen selbst an die Hand gegeben werden, um Gespräche zu steuern?
- Wie können jene Gesprächspartner, die bereit sind zu unterstützen, hinsichtlich Strategien in Gesprächen, beraten werden?
- Wie kann die betroffene Partnerdiade (Paar, Betroffener und Tochter/Sohn) hinsichtlich Gelingensbedingungen bestärkt und gecoacht werden?



Diagnose Demenz – wie geht es weiter?
HfH i-Stock

Demenz: Defizite einschätzen, Ressourcen erkennen

Menschen im Alter haben eine individuelle Lebens-, Motivations-, Lern- und Resilienzgeschichte. Multimorbidität und erfolgreiche Anpassungen existieren nebeneinander. Wortfindungs-, Satzplanungsprobleme können einerseits erste Anzeichen einer demenziellen Erkrankung und andererseits eine normale Anpassung an ein langsames Sprachabrufsystem sein. Sprachliche Verluste und ein Rückzug im Kontakt sind aber Frühwarn-Indikatoren eines „Mild Cognitive Impairment, MCI“.

Sprache ist Aktivität; sie dient dem Selbstaussdruck und dem kommunikativen Austausch. Die Aufgabe oder drastische Reduzierung von Aktivität im kommunikativen Kontakt ist immer ein Warnsignal. Einschneidende Ereignisse und Veränderungen wie

- ungewollter Wohnortwechsel
 - Verlust durch Tod
 - Sturz – Operation – Narkose – Orientierungseinbuße
- sind Risikofaktoren, die einen beschleunigten Abbau initiieren können.

Die Demenzdiagnose stellt der Arzt – das „klinische Bild“, das der Arzt überprüft, bezieht sich auf Sprach-, Gedächtnis-, Orientierungs- und Verhaltensleistungen, die seit mehr als einem halben Jahr nachlassen. Nachfolgend die klassischen Faktoren einer beginnenden Demenz im Ausschnitt Sprache:

- Vermehrter Rückzug (Einbuße der Initiative für Kommunikation), schneller Ausstieg aus Gesprächen,
- Verstärkte Wortfindungs- oder Wortwahlprobleme,
- Missverständnisse häufen sich, begleitet von einer häufigeren Missstimmung in Gesprächen,
- Verlust des roten Fadens als Sprecher (diskursive Probleme, Wiederholen der gleichen Fragen) und als Hörer (Sprachverständnisprobleme),
- eintönige oder abstruse Antworten (uninformativ, irrelevant und/ oder weitschweifig), ablehnende Antworten,
- Aufgabe der Lese- und Schreibaktivität,
- abnehmende Flexibilität in Gesprächen (Themenwechsel, Abnahme des geteilten Wissens in Gesprächen).

Solche Veränderungen sollten ernst genommen werden - aber nicht in jedem Fall muss ihnen Krankheitswert zugeschrieben werden.

Wer die Diagnose Demenz bekommt, steht nach einem Schock vor der schwierigen Aufgabe, sich selbst neu zu definieren. Vor den sprachli-

chen Ressourcen sollten allgemeine Ressourcen zur Kenntnis genommen werden - hier aus der Sicht der Betroffenen auf der Grundlage empirischer Daten formuliert (vgl. Panke-Kochinke 2014):

- Ich verstärke das Leben im Hier und Jetzt.
- Ich besinne mich auf meine Stärken und schaue jeden Tag, was ich (noch) kann und will.
- Ich halte mich an mir bekannten und vertrauten Dingen, bin aber bereit für einen Anpassungsprozess.
- Ich bemühe mich, Unterstützung anzufragen und nicht abzuwarten.
- Ich stelle für Kontakte die Bedingung, dass die Menschen bzw. die Gemeinschaft mir gut tut und mich nicht abwertet.
- Ich hoffe auf das Ausbleiben von Stigmatisierungen und Abwertungen, fühle mich diesen aber ausgeliefert und wehrlos.

In allen Facetten der Sprachlichkeit dürfen Ressourcen angenommen werden (vgl. Bourgois & Hickey 2009), hier nach drei Demenzphasen geordnet:

- 1.) beginnende Demenz: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit auf Textniveau, gute Konzentrationsfähigkeit, Selbstkorrektur bei Fehlern, Wunsch nach Kommunikation.
- 2.) mittleres Stadium: intakte Phonologie und Syntax, gute Lese- und Schreibfähigkeit (mindestens auf Wortebene), Wunsch nach Kommunikation.
- 3.) schweres Stadium: adäquate emotionale Reaktionen, ansprechbar für Musik, ansprechbar für taktile und visuelle Reize, Wunsch nach Kommunikation.

Fazit: Insgesamt verlässt den Menschen der Wunsch nach Kommunikation nie, seine „uneinnehmbare Burg“ sind die Emotionen und wer zum Schluss nicht mehr sprechen kann, will angesprochen werden. Die Verantwortung für Gespräche verschiebt sich von der partner-

schaftlichen, ebenbürtigen Kooperative zu mehr Verantwortung und stärkerer Führung durch den Sprachgesunden. Und: Zu Beginn bis in die mittlere Phase sollte Lesen und Schreiben aufrechterhalten werden und Hilfen für erfolgreichere Gespräche weitergegeben werden. Dies gelingt mit therapeutischer Unterstützung.

Aus dem Gesagten ergibt sich ein Programm für die Intervention, die intervallmässig zu planen ist:

- 1.) Lesen und Schreiben: Erprobung des richtigen Niveaus für den Patienten, Einbezug seiner Lebenspartner.
- 2.) Gespräche: In einem befristeten Coaching Hemmnisse (dosiert) und Gelingensbedingungen (verstärkt) herauschälen, das Paar und den Primärbetroffenen dabei begleiten (Beratung, Einzeltherapie, Gruppentherapie, In-Vivo-Therapie).
- 3.) Selbstwirksamkeit und Entlastung: Über den Erfolg im Lesen / Schreiben und über einfache Gesprächssteuerungsstrategien die Betroffene handlungsfähig (statt ausgeliefert) und Mitbetroffene sicherer (statt ohnmächtig) machen.

Die Ausgestaltung dieses Programms ist bei Steiner 2010 nachzulesen.



DVD-Tipp zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Entängstigen, Entwirren und Empowern für die Betroffenen

Der Unterschied zwischen einem guten Prozess versus einer Sackgasse und einem Alleingelassen-Werden zeichnen sich bereits in der Phase der Diagnostik ab. Ein prototypischer Verlauf der Diagnostik sollte so aussehen:

- 1.) Hausarzt: Menschen bekommen die Verdachts-Diagnose „Demenz“ nach einer Befragung (Anamnese) unter Einbezug von Screening-Daten zur Hirnleistungsfähigkeit (Mini Mental, Uhrentest² usw.).
- 2.) Facharzt / Memory-Klinik: Im Ausschlussverfahren wird weiter vorgegangen: Wenn keine Depression, keine Stoffwechselerkrankungen, keine Infektionen, keine vaskulären Ereignisse, keine toxischen Beeinträchtigungen, keine Nebenwirkungen von Medikamenten für den Leistungsabbau verantwortlich gemacht werden können, ist von einem demenziellen Prozess auszugehen. Danach wird die Demenzform über bildgebende Verfahren (CT, MRT, PET und SPECT³) bestimmt, sofern sich morphologisch-strukturelle Abweichungen im Bild vom Hirn zeigen.
- 3.) Interprofessioneller „Runder Tisch“: Die Abklärung von Defiziten und Ressourcen bezüglich der Hirnfunktion durch die Neuropsychologie (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Raumverarbeitung, konstruktives, urteilendes und problemlösendes Denken, Urteilsvermögen, Befindlichkeit) oder durch die Logopädie (Sprache und Kommunikation, Kontakt) werden mit dem Arzt und den Betroffenen besprochen mit dem Ziel der Erstellung eines Maßnahmenplans (für den Betroffenen selbst und die Personen in seinem Lebenskontext). Es kommt zur Vermittlung von Adressen für Selbsthilfe, („Hello-Dinner“) und Therapie.

Dieser Dreischritt bleibt teils bereits nach dem zweiten Schritt stecken. Aber auch das Vordringen zum dritten Schritt reicht nicht aus: Der letzte Schritt ist, obwohl zwingend und logisch, derzeit eine Vision.

Unterstützte Kommunikation heißt auch Unterstützung durch moderne Medien. Klassische komplexe elektronische Kommunikations-hilfen, Kommunikationsbücher oder -tafeln mit vorgefertigtem Vokabular sind für Demenzbetroffene nicht sinnvoll. Konzeptionell weitergedacht werden sollte in folgende Richtungen, wobei natürlich wichtig ist, welchen Bezug die Betroffenen prämorbid zu modernen Medien hatten:

- 1.) Online-Mediathek: Das Konzept von Media Dementia⁴ ist speziell für Demenzbetroffene konzipiert; es bringt zwei Aspekte zusammen: Betroffene sollen geistig und motorisch aktiviert, Betreuungspersonen sollen entlastet werden. Die Online-Mediathek bietet dafür eine Sammlung aus aktivierenden Filmen und Spielen. Durch die Vielfalt des Angebotes kann gezielt auf individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten des Betroffenen eingegangen werden kann. Die Mediathek lässt sich über Tablet-PCs (Einzelangebot) und Smart-TVs (Gruppenangebot) nutzen. Der Gewinn ist ein Mehr an Lebensqualität für die Betroffenen und eine Entlastung für Angehörige, Betreuer und Pflegekräfte.
- 2.) Mail, Soziale Netzwerke und Internet: Via Mail, Skype, innerhalb sozialer Netzwerke, über geschlossene Foren oder Wikis in Lernplattformen können Demenzbetroffene sich austauschen. Eine von der Selbsthilfe, einer Hochschule oder von einer therapeutischen Institution organisierte Mailinglist ermöglicht einen geschützten Raum für die (meist asynchrone) Kommunikation im „Zwiegespräch“ oder als Austausch in der Gruppe.

3.) Apps (Tutorials) als Therapiunterstützung: Derzeit gibt es digitale Lern- und Übungskonzepte für Tablets, touchscreenfähige PCs und Smartphones für Menschen mit Aphasie, mit Parkinson, noch nicht jedoch für Demenz⁵.

Als durchdachte multimediale Konzeption für Demenzbetroffene steht derzeit nur die erstgenannte Option zur Verfügung. Das System ist im Aufbau, im Moment zielen die Aktionen auf Menschen, die mit ihrer Demenz im Kontext Pflege eher fortgeschritten sind. Die Punkte 2 und 3 sind Visionen bzw. „in Bearbeitung“.

Entängstigen, Entwirren und Empowern für die Mit-Betroffenen

Unabhängig vom Alter und von der Lebenssituation (wohnselbstständig oder in der Pflege) ist die Aufgabe aller die Rettung der Normalität. Das heißt aus der Sicht des Betroffenen und seiner primären Bezugsperson das möglichst lange Aufrechterhalten des Erlebens der eigenen Person als

- 1.) kompetent: „Ich kann etwas“ / Wir können zusammen etwas“,
- 2.) interessant „Ich weiss etwas / Wir sind an etwas Interessantem dran“ und
- 3.) orientiert: „Ich kann etwas/mich kontrollieren / Wir sind nicht ausgeliefert“.

Gespräche, aber auch Lesen und Schreiben sind das Vehikel, dies zu erleben.

Positive Kommunikation ist die entscheidende Säule für das Gedeihen von Beziehungen. Gespräche können lange (bis in die späte Krankheitsphase hinein) gelingen. Einige einfache Tipps (vgl. Steiner 2010) sind:

- Die Initiative zum Sprechen (auch Grussformel und andere Floskeln) belohnen wir mit Aufmerksamkeit.
- Fragen bekommen eine Antwort.

- Wir bleiben beim Thema.
- Wenn wir etwas Bestätigen, Aufgreifen, Wiederholen, Bezug nehmen auf Gesagtes, intensivieren wir das Gespräch.
- Wir sprechen nicht langsamer, aber einfacher und kürzer.
- Wir geben mehr Raum für Kommentare des Gegenübers.

Sehr oft sind demenzerkrankte Menschen um ein Gelingen bemüht; dies sollte gewürdigt werden: Bereitschaft zum Smalltalk, Entschuldigungen für Erinnerungslücken oder für den Verlust des roten Fadens, wiederholtes Nachfragen, Bemühen um Höflichkeit, Bedanken, eigene Gefühle ansprechen oder nach den Gefühlen des Gesprächspartners zu fragen sind positive kooperative Aktionen, die auf erhaltenes soziales Wissen verweisen. Mit all diesem dürfen wir lange (bis ins mittlere Krankheitsstadium hinaus) rechnen. Die Formel langsam, emotional achtsam, mit ungeteilter Aufmerksamkeit (Klima) und anspruchsgemindert (Information) bietet eine übergeordnete Steuerungsmöglichkeit und kompensiert den Verlust an Energie und Präzision. Eventuell bedarf es für individuelle Strategien eines Trainings bzw. Coachings durch eine logopädische Fachperson.

Vielleicht ist es sinnvoll, den emotionalen Reichtum auf die Grundgefühle Aufmerksamkeit – Freude – Ärger – Angst – Traurigkeit zu verkürzen. Die emotionalen Signale können dann leichter zugeordnet werden. Gespräche mit dem Fokus auf Emotionen betonen den Moment, nehmen die Person wahr und retten ein Stück Ebenbürtigkeit (vgl. Steiner 2014). Einfache (nur scheinbar banale) Tipps für emotionale Gespräche, auch für eine spätere Demenzphase, sind:

- Wir sorgen selbst für Freude und, wo möglich, für Humor. Wenn wir Freude bei unserem Gegenüber sehen, teilen wir diese.

- Werden wir mit Ärger konfrontiert, nehmen wir das nicht persönlich und lenken ab. Wir beruhigen unser Gegenüber über Stimme, Gestik und Berührung.
- Wer Angst hat, wird über Worte, Gestik und über Nähe beschützt.
- Wer traurig ist, wird getröstet⁶.

An einem Strang ziehen: Interprofessioneller Austausch und Öffentlichkeitsarbeit

Der interprofessionelle Austausch ist initiiert. In der Schweiz spricht man zum Beispiel von der „nationalen Demenzstrategie“. Wir diskutieren über neue Wohnformen und über sinnvolle Hilfen. Möglicherweise spielen Soziologen, Städteplaner und Therapeuten künftig eine wichtige, neben Ärzten gleichberechtigte Rolle.

Inzwischen melden sich die Betroffenen selbst zu Wort. Zwei Hauptbotschaften sind:

- Bezieht die Betroffenen in alles ein, fragt sie nach ihrem Willen, respektiert sie als vollwertige Menschen.
- Neben Pharmazeutika (Medikamente) braucht es „Soziozeutika“ (soziale und therapeutische Hilfs- und Unterstützungsangebote).

Die Schnittstelle zwischen Selbsthilfeorganisationen, stationärer und ambulanter Therapie ruft nach Bearbeitung. In dieser Schnittstelle ist Logopädie die Instanz der Stärkung des Selbst durch Aufrechterhaltung von Schriftsprache und Gesprächen.

Öffentlichkeitsarbeit betreiben heißt Mut machen. Und mutig ausgesprochen heißt das, dass wir Demenz und gute Laune zusammenbringen. Es gibt inzwischen mehrere gute Informationsfilme, die statt „Alles-Schrecklich und zum Glück bin ich (noch)

verschont“ eine Perspektive des Gemeinsamen, des Normalen aufzeigen. Hier eine Auswahl:

- „Demenz & Esprit“ (2014). Im Gespräch mit Helga Rohra und Richard Taylor. Gespräche in Zürich und Reutlingen. DVD, www.hfh.ch/de/unser-service/shop
- „Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen.“ Film (2010). DVD, www.hfh.ch/de/unser-service/shop
- „Glück im Vergessen“ (2009) DVD von Marianne Pletscher
- „Zeichensprachen. Signale des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz“. Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich
- „Behütet ins gemeinsam ins Boot“ DVD von Marianne Pletscher

Richard Taylor und Helga Rohra (2011) sind demenzbetroffene Frontleute, die sich vor Rampenlicht nicht scheuen. Wirklich bemerkenswert ist die Idee von Taylor, die er als „Hello-Dinner“ bezeichnet hat. Statt eines negativen „long goodbye“ gibt es ein „hello“ mit einem Dinner: Der Arzt fungiert als Mittler und bringt Menschen oder Paare, die schon länger mit der Demenz leben, salopp ausgedrückt „alte Hasen inmitten des Copingprozesses“ mit den verunsicherten, gerade Diagnostizierten, zusammen („Demenz-Youngster“). Das erfahrenere Paar lädt ohne jedes Programm und ohne jeden Auftrag zur Abarbeitung von Themen oder Weitergabe von Tipps das andere Paar ein. Auch dies kann im weiten Sinn als „Unterstützte Kommunikation“ aufgefasst werden⁷.

Dies ist eine Vision, die aber in einigen Ländern schon Initianten gefunden hat.



DVD-Tipp zum Thema Demenz und Esprit

Ausblick

Sprachlichkeit ermöglicht Autonomie und Teilhabe. Kommunikationsbeeinträchtigungen führen zu Isolation, Abhängigkeit und Reduktion der Lebensqualität. Gespräche gelingen trotz einer Hirnfunktionsbeeinträchtigung und Gespräche misslingen ohne Hirnfunktionsbeeinträchtigung, ganz nach dem Motto *It takes two to talk*. Das Motiv eines Dialoges ist sehr oft der Wunsch des Zusammenseins und seine Grundbausteine sind nicht nur Worte und Sätze. Es wäre gut einmal darüber nachzudenken, wie sich die passenden Adjektive vor „Kommunikation“ je nach Situation ändern. Selbstverständlich sind Geschäftsgespräche anders als Paargespräche und diese anders als Demenzgespräche. Welche Adjektive sind jeweils ins Rampenlicht zu stellen und welche als irrelevant zu streichen? Wie können wir unsere Erwartung steuern? Hier ein Ausschnitt aus einer Liste für Demenz, die individuell zu erweitern wäre: Eine befriedi-

gende, Kompetenz vermittelnde, emotional bedeutsame, kongruente, angemessene, die Gesetze der Höflichkeit und Normalität wahrende Kommunikation ist bei Demenz sehr wohl möglich.

Wenn wir die Erwartungen an Teilen auf dieser Liste orientieren, sind Demenzbetroffene nach unserer Einstellung und Verantwortung gesprächskompetent (vgl. Elzner et al 2009 sowie Müller & Mok 2012). Die Logopädin/ Sprachtherapeutin kann Unterstützung geben. Sie kann aufzeigen, was die Betroffenen und ihr Umfeld tun können. Auf Basis spezifischer Abklärungen kann sie gezielte therapeutische Maßnahmen im Einzel- oder Gruppensetting durchführen. Dabei muss es bei diesem chronisch, allenfalls progredienten Hintergrund nicht in einer Dauertherapie münden, sondern in Intervallinterventionen. Eine Indikation zur Abklärung ist gegeben, wenn es Hinweise für Erkrankungen oder Abbauprozesse gibt, wenn Betroffenen oder Angehörige sich sorgen, wenn ein neurologisches Ereignis vermutet oder diagnostiziert wurde.

Weiterführende Informationen finden sich unter www.hfh.ch, Stichwort „Demenzsprache“. Diese Seite ist für Fachleute, Betroffene und Mitbetroffene; das Schlagwort „Demenz“ wird hier geführt, um das Finden zu erleichtern – tatsächlich ist es die Seite für „Menschen mit kognitiven Verlusten“.

Filmtipps zum Thema Demenz

„Demenz & Esprit“ (2014). Im Gespräch mit Helga Rohra und Richard Taylor. Gespräche in Zürich und Reutlingen. DVD, www.hfh.ch/de/unser-service/shop

„Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen.“ Film (2010). DVD, www.hfh.ch/de/unser-service/shop

„Glück im Vergessen“ (2009) DVD von Marianne Pletscher

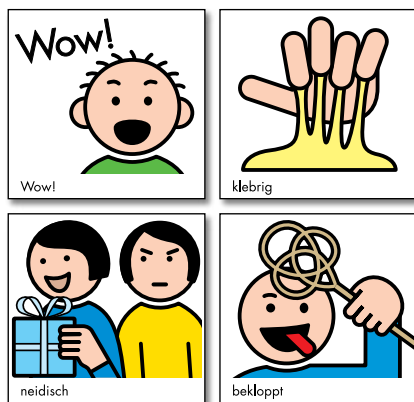
„Zeichensprachen. Signale des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz“. Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich

„Behütet ins gemeinsam ins Boot“ DVD von Marianne Pletscher



ANZEIGE

METACOM6



6300 leicht verständliche Symbole für Unterstützte Kommunikation zum Erzählen, Schimpfen und Staunen!

WWW.METACOM-SYMBOLS.DE

Literatur

Bayer-Oglesby, L.; Höpflinger F.: Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2010

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

Elzner, C.; Bose, I.; Hannken-Illjes, K.: Kommunikation im Alter – Verlust von kommunikativen Fähigkeiten? In: Velichova, L.; Petrochenko, L. (Hrsg.) Klangsprache im Fremdsprachenunterricht (V). Forschung und Praxis. Woronesh 2009

Müller, N.; Mok, Z.: Applying systemic functional linguistics to conversations with dementia: The linguistic construction of relationships between participants. *Seminars in Speech and Language* 33/1 2012, 5-26

Panke-Kochinke, B.: Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen. Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Menschen mit multipler Sklerose. Weinheim: Beltz 2014

Rohra, H.: Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Frankfurt: Mabuse 2011

Steiner, J.: Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd. 5. Reinhardt, München 2010

Steiner, J.: Demenz: Logopädie, Beratung und Selbstorganisation. Mit Auszügen eines Interviews mit Helga Rohra. FORUM Logopädie 2012



Steiner, J.; Hunziker, E.: Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. NOVAcura (in Druck) 2014

Taylor, R.: Alzheimer und ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf. Huber, Bern 2008

Trauschke, T., Werner, H., Gerlinger, T.: Zur Diagnostik und Häufigkeit von demenziellen Erkrankungen. *Z gerontol Geriat* 5 2009, 385 –390

¹ Informationen zu den Substanzen der Medikamente bieten folgende Webadressen: www.gesundheitssprechstunde.ch und www.medizininfo.de.

² Materialien zum Download unter <http://www.buergerspital.ch/Portals/3/media/geriatriche/PDF/MMT.pdf>

³ CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie), PRT (Positronen-Emissions-Tomographie), SPECT (Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie)

⁴ Informationen zu Media Dementia unter www.mediadementia.de

⁵ Informationen unter www.speechcare.de

⁶ Weitere Informationen und anschauliches, praxisbezogenes Filmmaterial zu den Themen Emotion und Kontakt sind erhältlich über das Institut für Gerontologie in Zürich, www.zfg.uzh.ch sowie über die HfH (Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik), www.hfh.ch/de/unser-service/shop.

⁷ „Hello Dinner“ von Dementia Networks Support, USA: <http://www.youtube.com/watch?v=JTU16JCqss>.

Autor:

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner leitet den Studiengang Logopädie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) und ist als Supervisor in der Praxis tätig

Kontakt:

juergen.steiner@hfh.ch

