

Zuyd
Hogeschool



Kann semantisch-lexikalische Therapie die Lebensqualität von Demenzerkrankten in Pflegeeinrichtungen verbessern?

Bachelorarbeit

Julia Fischer (1553364) & Melanie Männicke (1553348) Betreuer: Thomas Günther

11.12.2017

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Zuyd Hogeschool vervielfältigt, in einem automatischen Bestand gespeichert oder veröffentlicht werden, sei es elektronisch, mechanisch, durch Fotokopien, Aufnahmen oder auf andere Art und Weise.

Danksagung

Zunächst möchten wir uns bei unserem internen Betreuer Thomas Günther bedanken. Auf eine tatkräftige Unterstützung, sei es bei der Umsetzung, der Klärung inhaltlicher Fragen oder der Auswertung, konnten wir uns immer verlassen.

Ein weiterer Dank gilt unserer Zweitkorrektorin Marga Hofmann, die sich Zeit genommen hat unsere Arbeit zu lesen.

Außerdem möchten wir uns bei der Weltgesundheitsorganisation WHO bedanken. Sie stellte uns den WHOQOL-BREF für die Studie zur Verfügung.

Besonderer Dank gilt den TeilnehmerInnen der Studie. Erst durch ihr Mitwirken konnte diese Arbeit erfolgreich durchgeführt werden.

Wir danken außerdem der Pflegeleitung sowie den Pflegern und Pflegerinnen für ihre Mitwirkung und ihr Engagement an unserer Studie.

Besonderer Dank gilt hier dem Seniorenzentrum "Stadt Hilden" sowie dem gesamten Team der Tagespflege "Stadt Hilden" und dem Wohn- und Pflegezentrum "Stadt Hilden". Für das besondere Engagement danken wir Frau Jurisá und Frau Schmidt.

Nicht zuletzt möchten wir unseren Familien und Freunden danken, die uns stets motivierend und unterstützend zur Seite standen.

Zusammenfassung

Hat logopädische Therapie Einfluss auf die Lebensqualität von Demenzpatienten?

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, inwiefern logopädische Therapie im semantisch-lexikalischen Bereich die Lebensqualität von dementiellen Heimbewohnern beeinflusst. Zehn dementielle Probanden wurden zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt, welche jeweils zwei Interventionen erhielten. Die eine Intervention enthielt eine semantisch-lexikalische Therapie, wohingegen die andere lediglich eine kommunikationsanregende Behandlung ohne logopädischen Hintergrund. Es wurde ein Cross-Over Design mit drei Messzeitpunkten durchgeführt. Beide Gruppen wurden über einen Zeitraum von vier Wochen behandelt. Jeder Proband erhielt über zwei Wochen eine semantisch-lexikalische Therapie und über zwei Wochen kommunikationsanregende Behandlung. Jeder einzelne Teilnehmer erhielt dreimal wöchentlich Therapie im Direktkontakt mit der Logopädin. In der semantisch-lexikalischen Therapie wurden Arbeitsblätter mit den Probanden bearbeitet. In der kommunikationsanregenden Therapie wurde über ein Thema der Wahl des Patienten gesprochen. Zur Überprüfung der Lebensqualität wurde der Proband mit dem WHOQOL-BREF Fragebogen befragt, da ein Zusammenhang zwischen den semantisch-lexikalischen Fähigkeiten und der Höhe an Lebensqualität vermutet wird. Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Auswertung zeigten, dass sich die Lebensqualität der Probanden innerhalb der kommunikationsanregenden Behandlung in den drei Variablen Umwelt, Soziale Beziehung und physische Gesundheit signifikant verbessert hat. In der semantisch-lexikalischen Therapie hat sich die Umwelt signifikant verbessert. Im Vergleich der Therapien war die kommunikationsanregende Behandlung in der Entwicklung der Probanden bei der Variable Soziale Beziehung signifikant besser. Daraus folgt, dass in dieser Studie ein geringer Zusammenhang zwischen semantisch-lexikalischer Therapie und einem Anstieg der Lebensqualität bewiesen werden konnte.

Schlüsselwörter: Logopädie, Lebensqualität, semantisch-lexikalische Therapie, Demenz

Julia Fischer und Melanie Männicke

Abstract

What impact does semantic lexical therapy have on the quality of life for patients with dementia?

This study endeavours to investigate to what extent speech therapy including exercises using lexical word structure, impacts the quality of life for nursing home residents with dementia. Ten patients with dementia were randomly split into two groups, both receiving separate interventions. One intervention was based on semantic lexical therapy, while the other one focused on pure communication therapy without any logopedic background. The results were measured using a cross-over design with three different measurement times. Both groups were examined and measured for a total period of four weeks. Every patient received a semantic lexical therapy for two weeks and communication-based therapy for the remaining two weeks. Three times a week the speech therapist directly engaged with each patient. In the semantic lexical therapy session, patients had to complete worksheets. Meanwhile, in the communication therapy sessions the speech therapist talked with the patients about a topic of their choice. To analyse the patient's quality of life, patients completed the WHOQOL-BREF. The hypothesis is that there is a positive correlation between semantic lexical abilities and the quality of life of patients with dementia. First analyses show that both interventions have an impact on the quality of life of dementia patients. The results of the inferential statistical examination of the primary outcome showed that the quality of life for the patients with communication therapy improved significantly in the following three areas physical health, social relationship and environment. In the semantic lexical therapy, only the variable of environment showed significant improvements. In comparison of the two therapy sessions the communication therapy was significantly better in social relationship. This means that this study has shown there is little positive correlation between semantic lexical therapy and a higher quality of life.

Key words: Logopedics, quality of Life, semantic lexical therapy, dementia

Julia Fischer and Melanie Männicke

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Definition Demenz	3
2.2 Forschungsstand der Demenztherapie	4
2.3 Darstellung bekannter Therapieformen.....	8
2.4 Betrachtung der Therapiefrequenz	13
3. Problembeschreibung.....	15
4. Fragestellung.....	18
4.1 Hypothesen.....	18
5. Methode	20
5.1 Messinstrumente für die Überprüfung der Lebensqualität	20
5.2 Messinstrumente zur Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslängen	20
5.3 Stichprobe	21
5.4 Ein- und Ausschlusskriterien	21
5.5 Therapiefrequenz	22
5.6 Forschungsdesign	22
5.7 Vergleichbarkeit der Gruppen.....	24
5.8 Intervention.....	24
5.9 Beschreibung der Messinstrumente.....	29
5.10 Vergleich der Therapien	32
6. Ergebnis.....	32
6.1 Vergleich der Gruppen	33
6.2 Überprüfung der Lebensqualität	34
6.3 Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslänge.....	37
7. Diskussion und Schlussfolgerung	39

7.1 Interpretation.....	39
7.2 Interpretation der Überprüfung der Lebensqualität	39
7.3 Interpretation der Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslänge.....	41
8. Diskussion.....	42
8.1 Evaluation der Methode und Durchführung	43
8.2 Limitationen der Studie	44
9. Klinische Relevanz.....	46
10. Literaturverzeichnis	48
11. Anhangsverzeichnis.....	56

1. Einleitung

Durch die medizinische Forschung und die Weiterentwicklung aller medizinischen Gebiete, verändert sich die Altersstruktur der Bevölkerung stetig und es kommt zu einer alternden Gesellschaft. Dies wird als demographischer Wandel bezeichnet (Gutzmann & Brauer, 2007). Aus diesem Grund sind TherapeutInnen innerhalb der logopädischen Therapie häufiger mit neurologisch erkrankten Patienten konfrontiert. Eine der häufigsten Krankheiten im Alter ist die Demenz (Hopper, 2007). 1,2-1,5 Millionen Menschen in Deutschland sind an Demenz erkrankt (Steiner & Venetz, 2011) und jedes Jahr erkranken weitere 245.000 Menschen in Deutschland an einer Form der Demenz. Daher ist es sinnvoll die Forschung in diesem Bereich voranzutreiben (Gosch-Callsen & Pfeil, 2010; Olles & Morales, 2017; Zaccarelli & Cirillo, 2013) und es gibt bereits Forschungsprojekte im Bereich Demenztherapie, die sich mit praxisorientierten Konzepten und deren Evaluation beschäftigen (Hopper, 2007). Im Bereich der Logopädie werden diese Patienten häufig mit Therapiematerial für Aphasiker behandelt (Steiner & Venetz, 2011) und im Rahmen einer Befragung von LogopädInnen (Polzin, Langer & Petry, 2013), stellte sich heraus, dass 363 von 564 Befragten das Aphasic´s Communicative Effectivness Konzept (PACE), die Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie (MODAK) und die Neurolinguistische Aphasietherapie (NAT) im Bereich der Demenztherapie nutzen. Es werden auch vermehrt Vergleiche zwischen unterschiedlichen Therapiemethoden aufgestellt und bestehende Therapieansätze neu koordiniert. Diese Entwicklung erbringt neue Wirksamkeitsnachweise für den Erfolg von Demenztherapie an wachsenden ProbandInnenzahlen (Steiner & Venetz, 2011). Demenz ist meist eine Folge von chronischen oder fortschreitenden Krankheiten des Gehirns mit Störung höherer kortikaler Funktionen. Sie wird definiert durch den Abbau und den Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen, Beeinträchtigungen der zeitlichen, sowie örtlichen Orientierung, der Kommunikationsfähigkeit, der autobiographischen Identität und von Persönlichkeitsmerkmalen (S3-Leitlinien, 2015; ICD-10, 2012). Sie beeinträchtigt Gedächtnisleistung, strukturiertes Denken, Orientierungsfähigkeit, Auffassungsgabe, Rechenvermögen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur selbstständigen Entscheidung ein (S3-Leitlinien, 2015) und beeinträchtigt daher Demenzpatienten maßgeblich in ihrem Alltag. Es ergibt sich die Frage, ob durch eine Verbesserung der Sprachfähigkeit durch eine logopädische Therapie ein positiver Einfluss auf

die neurologischen Abbauprozesse und die damit verbundenen Symptome nehmen kann und damit eine Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten/Probanden erreicht werden kann. Da Wortfindungsstörungen Demenzpatienten in ihrem alltäglichen Leben behindern, wird die basale Wortfindungsleistung sowie die Äußerungslänge in der Spontansprache vor und nach der Therapie untersucht. Ziel der ICF-orientierten Therapie ist es, den Patienten die Möglichkeit zu geben, an ihrem Leben weiter selbstständig teilnehmen zu können (S3-Leitlinien, 2015). Durch logopädische Therapie soll die Partizipation und Teilhabe am Alltag durch den sprachlichen Aspekt erleichtert werden. Es ist deshalb nötig mehr Evidenz von logopädischer Therapie in Hinblick auf Verbesserung von Lebensqualität für dementielle Patienten zu schaffen, damit die logopädische Demenztherapie weiter entwickelt und bestmöglich für den Patienten individualisiert werden kann.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Definition Demenz

Nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (kurz ICD-10) (2012) muss der Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit einer beträchtlichen Beeinträchtigung der Aktivität des täglichen Lebens vorliegen. Um die Diagnose einer dementiellen Erkrankung äußern zu können, müssen die folgenden Symptome mindestens sechs Monate bestehen: Die Störung des Gedächtnisses beeinträchtigt in Form von Verlust von früher gelerntem und vertrautem Material, beeinträchtigt die Aufnahme, Speicherung und Wiedergabe neuer Information, daraus folgt die Beeinträchtigung der Fähigkeit des vernünftigen Urteilens. Dies führt zu einer Verminderung des Ideenflusses und stört die Informationsverarbeitung. Damit verbunden ist eine Einschränkung der alltagsrelevanten Lebensführung. Außerdem wird die Demenz von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation begleitet.

Die ICD-10 (2012) unterscheidet zwischen vier Demenz-Gruppen:

- F00: Demenz bei Alzheimerkrankheit
- F01: Vaskuläre Demenz
- F02: Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
- F03: Sonstige Demenzen

Das Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (im Folgenden DSM IV) (2010) definiert Demenz, wenn mehrere kognitive Defizite in Form von Gedächtnisbeeinträchtigung vorliegen und mindestens eine der folgenden Störungen vorliegt: Aphasie, Apraxie, Agnosie oder die Störung der Exekutivfunktionen. Es entsteht eine signifikante Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen, die eine Verschlechterung gegenüber dem früheren Leistungsniveau aufzeigt. Diese auftretenden Defizite treten nicht in Form eines Delirs auf. Des Weiteren können die Symptome keinem anderen psychischen Leiden zugeschrieben werden. Eine ursächliche Behandlung der Demenz ist nicht möglich. Die Ziele der Therapie liegen darin, die alltagsrelevanten Fähigkeiten der Patienten möglichst lange zu erhalten und ihre Versorgungssituation zu

verbessern. Die Therapie umfasst zum einen die pharmakologische Behandlung, als auch psychosoziale Interventionen (ICD-10, 2012). Laut ICD-10 (2012) umfassen die psychosozialen Therapiemaßnahmen patientenzentrierte Interventionen, die zur Verbesserung der Befindlichkeit beitragen und an das progressiv nachlassende Leistungsvermögen der Patienten anschließen. Im Vordergrund steht die Verbesserung der Lebensqualität und der Alltagskompetenzen der Patienten (ICD-10, 2012; DSM IV, 2010).

2.2 Forschungsstand der Demenztherapie

Die Basis der Evidenz eines positiven Einflusses der logopädischen Demenztherapie ist aktuell gering (Subramaniam et al., 2012). Laut Steiner & Venetz (2011) verstärkt die Logopädie jedoch nun ihre Forschungsaktivität. Es gibt eine Anzahl an Studien, die positive Effekte der Sprachtherapie bei leichter kognitiver Beeinträchtigung in Verbindung mit Formen der Demenz belegen (Beber et al., 2015; Firtzpatrick-Lewis et al., 2015). Bestehende Behandlungen und Verfahren werden beobachtet und analysiert. Dabei wird ausdifferenziert, worauf die gefundenen positiven Effekte der Interventionen, zurück zu führen sind (Hopper et al., 2013). Clare et al (2003) weisen darauf hin, dass an Therapiekonzepten gearbeitet werden muss, die auch in einem alltäglichen Kontext von den LogopädInnen genutzt werden können. Randomisiert kontrollierte Studien (RCT's), untersuchen unterstützende Strategien zum Abruf von Erinnerungen. Dabei werden spezielles Erinnerungstraining, kognitive Restrukturierung, sprachliche Eselsbrücken und Merkverse als Gedächtnisstützen näher betrachtet. Sie zeigen signifikante funktionale Verbesserungen im Alltag der Patienten (Fleck & Corwin, 2013). Andere Übersichtsarbeiten im Bereich der Demenztherapie demonstrieren, dass einzelne oder mehrere Einzelfallstudien von Patienten mit progressiver Aphasie im Anfangsstadium, mit adäquater Quantität und Auswertung der Ergebnisse durchgeführt wurden. Diese erreichten laut Carthey-Goulart (2013) ein Evidenzlevel von III, der Evidenz auf Grundlage einer nicht experimentellen deskriptiven Studie beschreibt. Dieser Grad der Empfehlung ist zwar niedrig, sollte jedoch in der Praxis durchaus beachtet werden. Die gerade beschriebene kognitive Stimulation bei milder Demenz scheint vielversprechend, wird jedoch von anderen Autoren immer wieder kritisch bewertet. Die Evidenz der Studien sei zu klein, da oft Ungenauigkeiten in der Vorgehensweise der Wissenschaftler vorliegen, was die Aussagekraft stark einschränkt (Lin et al., 2013; Simon et al., 2012). Auch wenn zahlreiche positive Erfolge durch gedächtnisfördernde Interventionen und Lernstrategien für die Patienten durchaus vorliegen, reicht die Qualität der Evidenz insgesamt laut Stott & Spector

(2011) nicht aus. Andere Autoren wiederum beurteilen die logopädischen Ansätze jedoch positiv, da die Patienten mehr Selbstvertrauen hinsichtlich ihrer Sprache und Persönlichkeit durch die Therapie entwickeln (Steiner & Venetz, 2011). Daraus ergibt sich eine Verbesserung der Teilhabe und Partizipation der Menschen an ihrem Umfeld (Steiner & Venetz, 2011; Eggenberger et al. 2013; Woods et al., 2012). Die Probandenzahlen sind jedoch oft zu klein und die angewandten Methoden zu unklar, um die Effekte generalisieren zu können (Woods et al., 2012; Simon et al., 2012; Teixeira et al., 2012). Nicht in allen Studien führen die kognitiven Rehabilitationsmethoden zu einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit. Daher bleibe der Erfolg von Interventionen bei Demenzerkrankten insgesamt umstritten (Cooper et al., 2012; Subramaniam et al., 2012).

Viele Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen mangelnder Aktivität und dem Fortschreiten einer Demenz (Baldelli et al., 2007; Brataas et al., 2010; Graff et al., 2007; Graff et al., 2006b). Ebenso sind soziale Beziehungen eine wichtige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der kognitiven Funktionen bei Patienten in höheren Altersgruppen (Rafnsson et al., 2017 & Aridi et al., 2017). Laut dem deutschen Ethikrat (2012) ist die Lebensqualität von Demenzpatienten durch fehlende Kommunikation eingeschränkt. Sie ist abhängig von der Fähigkeit zur Kommunikation mit den Pflegenden und engen Angehörigen (Deutscher Ethikrat, 2012). Eine allgemein gültige Definition von Lebensqualität existiert nicht und auch die Abgrenzung zu verwandten Begrifflichkeiten wie Wohlbefinden und Glück ist teilweise noch schwierig (Schumacher et al., 2003; Marek, 1989). Lebensqualität wird jedoch meist als multidimensionales Konstrukt definiert, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit von Handlungen aus der subjektiven Sicht des Betroffenen beschreibt (Schumacher et al., 2003; Ready & Ott, 2003). Die Lebensqualität gilt als Maß der Kongruenz von objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Bewertungen. Diese Bewertungen umfassen Wohlbefinden und Zufriedenheit. In jüngerer Zeit rücken die subjektiven Indikatoren der Lebensqualität, wie das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit immer mehr in den Mittelpunkt der Forschung (Schumacher et al., 2003; Ready & Ott, 2003). Beurteilt werden nicht mehr allein die klinischen Symptome, sondern zunehmend auch der subjektive empfundene Gesundheitszustand der Patienten.

Dies beinhaltet, im Alltag zu Recht zu kommen (Aktivität), als auch die Fähigkeit weiterhin soziale Beziehungen zu gestalten (Teilhabe). Laut dem ICF-Praxisleitfaden 3 (2010) wird Aktivität als die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung definiert. Teilhabe beschreibt das Einbezogen sein in die alltägliche Lebenssituation. Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe sind beispielsweise gekennzeichnet durch Schwierigkeiten beim Kommunizieren, beim Umgang mit Stress sowie beim Schreiben oder auch bei der Körperpflege. Zusätzlich treten Probleme im Bereich sozialer Beziehungen, oder dem Umsetzen von Arbeits- oder Freizeitaktivität auf. Eine strikte Trennung von Aktivität und Teilhabe ist aufgrund der engen Beziehung beider Komponenten kaum möglich. Einschränkungen dieser Bereiche durch die dementielle Erkrankung können Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten haben (Aridi et al., 2017). Ready und Ott (2003) zeigen auf, dass in den letzten Jahren bereits Fortschritte in der Demenzforschung gemacht worden sind. Jedoch sind nur wenige Testinstrumente für alle Demenztypen verfügbar, was die Evaluation von unterschiedlichen Therapieformen erschwert. Hopper et al. (2013) untersuchten in ihrer Übersichtsarbeit die Interventionstechniken von dreiundvierzig Studien. Die am häufigsten verwendeten kognitiven Interventionstechniken sind die Konditionierung, das Reorganisations-Training und verbale Cueing Strategien. Alle Interventionstechniken werden als positiv im Hinblick auf verbesserte Kommunikation und Partizipation gewertet (Hopper et al., 2013). Jedoch sollten die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden, da die Methoden und Interventionen zum Teil zu ungenau beschrieben werden (Hopper et al., 2013). Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit die Methodik der vorliegenden Bachelorarbeit durch konkrete Angaben zur Durchführung transparent zu gestalten. Des Weiteren fehlen mehr Studienergebnisse mit höherem Evidenzlevel, die die Wirksamkeit der Studien sichern (Aguirre et al., 2013; Hopper et al., 2013). Es fehlen außerdem Messungen über die anhaltende Dauer der untersuchten Effekte (Van der Steen et al., 2017). Nach Richter et al. (2017) und Ready und Ott (2003) besteht zudem ein erheblicher Bedarf an konzeptionell-theoretischer Arbeit und Forschung über die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen, insbesondere zur Förderung der Partizipation von Personen in stationären Einrichtungen. Die Übersichtsarbeit von Richter et al. (2017) zeigt, dass die Qualität der bisherigen Studien sehr niedrig ist. In der Meta-Analyse von RCT Design Studien beschreiben Brodaty & Arasaratnam (2012), dass nicht medikamentöse Interventionen bei

Alzheimerpatienten im Vergleich zu pharmakologischen Ansätzen im Durchschnitt eine positivere Wirkung hinsichtlich des Parameters Wohlbefinden zeigen.

Das Beobachten der Probanden nach einer Intervention kann qualitativ ausgewertet werden (Müller & Focke, 2015). Dabei wurde näher betrachtet, ob sich die Probanden nach der Therapie mehr in ihr Umfeld einbringen beispielsweise durch mehr Aktivität und mehr Offenheit. Sie zeigte, dass die Patienten nach der Intervention häufiger Gespräche zu anderen suchten und vermehrt über Erinnerungen aus der Kindheit als auch über alltägliche Themen sprachen (Müller & Focke, 2015), sich also aktiver und offener zeigten. Ebenso wurde die Methode des Beobachtens in der Studie von Menzi-Kuhn (2006) mit dem Instrument „Alzheimer Disease Related Quality of Life“ (ADRQL) angewandt. In dieser Studie wird die generelle Lebensqualität einer Stichprobe von Demenzpatienten in Langzeitpflege erfasst. Es wurden alle Schweregrade der Demenz, die von einem Arzt diagnostiziert wurden, miteinbezogen. Ob eine zum Zeitpunkt der Befragung laufende Therapie die Lebensqualität der ausgewählten Heimbewohner beeinflusst, wurden in die Auswahlkriterien für die Probanden nicht miteinbezogen. Die PflegerInnen wurden mit Hilfe eines Fragebogens in Form eines strukturierten Interviews zum beobachteten Verhalten des Probanden in den letzten zwei Wochen befragt. Laut Menzi-Kuhn (2006) zeigt die Studie bei insgesamt 95 Probanden, dass bei der eine mäßige bis gute Lebensqualität besteht. Ein Viertel der Probanden erreichte sogar Werte einer sehr guten Lebensqualität. Ein Viertel der Beobachteten zeigte niedrige Werte im ADRQL und somit eine niedrige Lebensqualität. Menzi-Kuhn (2006) sieht außerdem eine Abhängigkeit der Lebensqualität vom Grad der Pflegeabhängigkeit. Eine andere Vorgehensweise zur Auswertung von Studien stellt das Interview dar. Interviews lassen sich insofern unterscheiden, dass entweder verantwortliches Pflegepersonal befragt wird oder der Proband selbst (Bédard et al., 2015). Die Fragebögen variieren von Studie zu Studie sowie die Qualität der Standardisierung der Testverfahren (Dichter et al., 2016). Manche Studien werten die Interviews lediglich qualitativ aus, um die Wirksamkeit der Interventionen zu erfassen. Dabei wurden keine weiteren Tests mit den Probanden durchgeführt (Behr et al., 2014). Dies reicht für ein hohes Maß an Evidenz jedoch nicht aus (Subramaniam et al., 2012). Behr et al. (2014) untermauerten ihre Ergebnisse lediglich mit ihrer langjährigen Erfahrung mit methodischen Interviews. Die Ergebnisse basieren daher auf Expertenmeinung (Evidenzlevel IV), welches das niedrigste Evidenzlevel darstellt. Die Studie von Behr et al. (2014) zeigt, dass diese Form der Auswertung von

Interviews eine eingeschränkte Bedeutung hat, da die Antworten der Probanden subjektiv bewertet werden und nicht ausgeschlossen werden kann, dass das persönliche Empfinden der Untersucher die Ergebnisse beeinflusst. Die linguistische Validität und Reliabilität derzeitiger Studienergebnisse variieren gemäß Dichter et al. (2016) in Bezug auf Interventionen, die die Lebensqualität verbessern sollen, zwischen ungenügend und gut. Der Schwerpunkt zukünftiger Forschung sollte daher vor allem die Verfeinerung von Interventionen beinhalten und deren Auswirkungen auf die Patienten in Form von validierter und verlässlicher Methoden genauer überprüfen (Hopper et al., 2013). Des Weiteren sollten zukünftige Forschungsarbeiten weitere Strategien entwickeln, die die Lebensqualität der Menschen mit Demenz in Pflegeheimen verbessern (Cooper et al., 2012; Ready & Ott, 2003). Es sollte weiter untersucht werden, ob therapeutische Maßnahmen die subjektive Lebensqualität und das Wohlbefinden der Patienten steigern (Ball & Gray, 2015; Ready & Ott, 2003; Richter et al., 2017; Thomas et al., 2015). Olley und Morales (2017) fordern, dass es mehr Studien zur Überprüfung der Funktion von nicht-pharmakologischen Therapien geben sollte, um die Forschungslücken in diesem Bereich zu füllen. Diese Ansicht wird ebenfalls von Fusar-Poli et al. (2017) und Dichter et al. (2016) vertreten. Dichter et al. (2016) halten weitere Forschungsprojekte für notwendig, um die Auswirkungen von Therapien auf die kognitive Funktion und die Lebensqualität zu untermauern.

2.3 Darstellung bekannter Therapieformen

2.3.1 Self-Cueing Strategien

Das Vermitteln von Strategien, die den Probanden bei Abrufstörungen helfen, wurde in unterschiedlichen Untersuchungen angestrebt. Die Kommunikation der Patienten soll dadurch erleichtert, sowie die kommunikativen Fähigkeiten gefördert werden (Hopper et al., 2013; Taylor-Goh, 2005). Zu diesen Strategien gehören Interventionen, die sich auf die individuellen Stärken und Schwächen des Patienten beziehen (Taylor-Goh, 2005; Schölzel-Dorenbos, Meeuwse & OldeRikkert, 2010). Die Interventionen sollten sich auf das Anbahnen von verbalen und nonverbalen Kommunikationsfähigkeiten beschränken und eine Reihe unterschiedlicher Techniken bieten. Wie zum Beispiel lebensbiographische Bilderbetrachtung, Strategien zur Gedächtnishilfe und Rückerinnerung sowie sensorische Stimulation benannt (Taylor-Goh, 2005). Das Vermitteln von Abruf-Strategien an den Demenzerkrankten eignet sich, um den semantischen Abruf zu verbessern (Bier et al., 2009;

Clare et al., 2003; Sitzer et al., 2006), dabei ist Hilfestellung seitens der Therapeuten und Pflegern bei kognitivem Training empfohlen. Das kognitive Training kann in Form von gemeinsamem Rückerinnern an Vergessenes, Konversationstraining, Problembewältigung, Leseübungen und aktiven kreativen Aufgaben geschehen (Sitzer et al., 2006). Training von kompensatorischen Gedächtnishilfen bedeutet, den Probanden zu helfen, sich selbst kognitiv in einem semantischen Feld zu strukturieren (Hopper et al., 2013). Die Eigenwahrnehmung wird gefördert, um sich dem Neuerlernen der Strategien anzunähern (Troyer et. al, 2008; Kinsella et al., 2009). Bei Problemen im Alltag sollen sich die Patienten gedanklich durch semantische Hilfen reorganisieren und versuchen die Coping-Strategien aus der Therapie zu nutzen. Das Nutzen von Coping-Strategien könnte beispielsweise bedeuten, die Aufmerksamkeit der Patienten auf die eigene Krankheit zu lenken und Entspannungs- und Kommunikationshilfen anzuwenden (Troyer et al., 2008; Kinsella et al., 2009). Self-Cueing Strategien bedeuten, sich selbst zu organisieren und semantische Assoziationen herzustellen sowie visuelle Vorstellungshilfen zu nutzen (Beeson et al., 2011; Hopper et al., 2013; Lin et al., 2013). Im Mittelpunkt steht immer, gemeinsame Bewältigungsstrategien mit den Beteiligten zu finden. Auf diese Weise soll es für den Patienten leichter werden, Situationen im Alltag zu meistern (dbl, 2013).

2.3.2 Herstellung semantischer Relationen

Laut dbl (2013) werden mit ausgewählten Übungsprogrammen für das Sprachverständnis, die Merkspanne und die Wortfindungen die kommunikativen Fähigkeiten bei Patienten durch logopädische Therapie unterstützt. Laut Hütz et al. (2012) besteht multimodales Training aus Aufgabestellungen zum Bildbenennen (Wortproduktion) und zur Wort-/Bild-Zuordnung (Sprachverständnis) mit Schriftsprachunterstützung unter Supervision, beispielsweise einer TherapeutIn. Laut Bier et al. (2009) und Clare et al. (2003) hilft das Differenzieren von semantischen Eigenschaften, um den Mangel an wortspezifischen Konzepten zu umgehen. Dementielle Patienten können ihre Leistung im expressiven Wortabruf, z.B. durch Übungen zur Bildbenennung oder Kategoriezuordnung verbessern (Graham et al., 2001; Carthery-Goulart et al. 2013). Wort-Bild- Aufgaben werden häufig verwendet, um semantische Defizite zu trainieren, die den Arbeitsspeicher im Gedächtnis betreffen. Das laute Lesen einzelner Wörter und Satzstrukturen hilft, die Erinnerung bewusst zu halten, da das eigene Hören das Erinnerungsvermögen verbessert (Bourgeois, 2001). Die Übersichtsarbeit von Cathery-

Goulart et al. 2013 untermauert den Wiedererwerb von Wörtern durch die Herstellung ihrer lexikalischen Eigenschaften anhand von 18 ausgewerteten Studien. Die *American Speech-Language-Hearing Association* bewertet die in dieser Übersichtsarbeit genannte, schwerpunktbezogene semantisch-lexikalische Therapie zur Verbesserung der Benennleistung als Praxisoption mit dem Evidenzlevel von III, welches einen relativ niedrigen Empfehlungsgrad darstellt. Reorganisationsstrategien bedeuten beispielsweise Merksprüche und Eselsbrücken als Gedächtnishilfe (Fleck & Corwin, 2013). Eine logopädische Behandlung kann Aufgaben zur Benennung von unterschiedlichen Kategorien von Items beinhalten, um die sprachlichen Fähigkeiten eines Probanden zu verbessern (Beeson et al., 2011). Laut Beeson et al. (2011) zeigte sich sogar ein nachhaltiger Effekt, sodass ein Proband erarbeitete Self-Cueing Strategien aus der Intervention nutze, um einen Wortabruf zu provozieren. Ein Beispiel hierzu ist die Benennung von Gemüsesorten. Der Proband sprach laut aus, dass er sich einen Eintopf vorstelle und überlege was dort alles hinein gehöre. Dies verhalf dem Probanden auch bei untrainierten Items, einen Wortabruf zu evozieren. Laut Dressel et al. (2010) zeigte sich eine Hierarchie an phonologischen und semantischen Hilfen bei einer Einzelfallstudie mit semantischer Demenz als erfolgreich.

2.3.3 Reservekapazitäten aktivieren

Ebenso beschreibt Füsgen (Köpf, 2001, zit. n. Füsgen, 2003), dass eine Mobilisierbarkeit von Reservekapazitäten möglich ist und durch entsprechende sprachtherapeutische Maßnahmen Reorganisationskompetenzen aktiviert und der progrediente Sprachabbau verzögert werden könnten. Geschultes Pflegepersonal kann die Anzahl von Äußerungen der Demenzpatienten, beispielsweise in einem Pflegeheim, durch positives Feedback, realitätsbezogene Erklärungen und Gedächtnisbücher erhöhen (Bourgeois, Dijkstra, Burgio, & Allen-Burge, 2001). Die Gedächtnisbücher sollen dabei den lexikalischen Bezug zu einem semantischen Feld z.B. Badezimmer und den damit verbundenen Tätigkeiten herstellen. Das hilft den Patienten im vorliegend Beispiel dann, sich auf die pflegerischen Maßnahmen im Pflegeheimalltag einzulassen (Bourgeois, Dijkstra, Burgio, & Allen-Burge, 2001; Troyer et al., 2008).

2.3.4 Soziale Interaktion

Ein weiterer Lösungsansatz ist es, ältere Menschen in verschiedene Freizeit- und Erholungsaktivitäten einzubinden. Es dabei essentiell, Menschen mit Demenz in Aktivitäten

zu verwickeln, welche sie selbst als wichtig empfinden. Die Einbeziehung in Freizeit- und Erholungsaktivitäten brachte in den Studien von Menne et al. (2012) und Reimers et al. (2012) mehreren hundert Probanden Wohlbefinden. Allgemein beschreiben aktuelle Studienergebnisse kognitive Aktivität durch z.B. soziale Interaktion als Schlüsselvoraussetzung, um den Demenzprozess aufzuhalten (Zaccarelli & Cirillo, 2013; Cooper et al., 2012). Hierbei steht nicht die Orientierung der Patienten im Vordergrund, sondern das Wahrnehmen und Offenlegen von Gefühlen. Dazu gehört, den Patienten auf mehreren Ebenen zu fördern. Darunter fallen das Berühren und Fühlen, die Stimulation von Bewegungsmustern, das Anregen von Tätigkeiten im alltäglichen Leben, die Förderung des Rhythmusgefühls und das Wiederholen von routinierten Handlungen (Grötzbach & Bühler, 2008; Müller & Focke, 2015). Dabei können Musik und Gedichte einbezogen werden, um das Ansprechen von Emotionen auszulösen. Musik und Gedichte helfen bei der Herstellung von Verbindungen zwischen Alt- und Kurzzeitgedächtnis, da der Patient sie von früher wiedererkennt und Erinnerungen mit ihnen verknüpft (Grötzbach & Bühler, 2008; Müller & Focke, 2015).

2.3.5 Förderung der kommunikativen Fähigkeiten als Therapiebaustein

Es konnten positive Effekte in Verbindung mit Biographiearbeit während der Therapie mit dementiellen Patienten erzielt werden (Grötzbach & Bühler 2008; Taylor-Goh, 2005; Sitzer et al., 2006). Durch das wiederholende Erzählen von Erinnerungen und der eigenen Lebensgeschichte, lassen sich Effekte auf die Partizipation nachweisen. Durch das Erzählen der eigenen Biographie wird an den Funktionen des Langzeitgedächtnisses gearbeitet und die Kommunikationsfähigkeit des Patienten stimuliert und angeregt. Erinnerungen aus der Vergangenheit werden wieder gegenwärtig und prägen sich erneut ein (Grötzbach & Bühler, 2008). Laut der Studie von Troyer et al. (2008) konnte das komplette Denkverhalten von Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung verändert werden. Mit den Erkrankten wurden Interventionen durchgeführt, die sie im Umgang mit ihren Gedächtnisschwierigkeiten trainierten. Näher betrachtet, bedeutete dies beispielsweise das Sammeln von individuellen Lebensgewohnheiten und der eigenen Lebensführung in einem Erinnerungsbuch mit anschließendem Gespräch über die gesammelten Inhalte. Auch Bourgeois (2001) thematisiert individuelle und spezifisch angepasste Reminiszenzarbeit in Form von selbst angelegten Büchern: Diese Bücher sollten fünf bis sieben Wortsätze und passende Bilder enthalten.

Durch die Beanspruchung der auditiven und visuellen Kanäle können längere Antwortäußerungen der Patienten hervorgerufen werden. Die Nachuntersuchung ergab eine weiterhin verbesserte Wiedergabe von Informationen bei kognitiver Verschlechterung. In der Studie von Bourgeois (2001) wurde auf produktiver und rezeptiver Ebene mit den Probanden gearbeitet. Auch Subramaniam & Woods (2012) bestätigen, dass steht jedoch das stetige Wiederholen von Erinnerungen im Mittelpunkt stehen sollten, sodass der Patient in der Lage ist, über seine eigene Biographie zu kommunizieren. Laut Götzbach und Bühler (2008) soll die Sicherung der eigenen Vergangenheit im Gedächtnis den Patienten Selbstvertrauen geben und insbesondere in altersgemischten Gruppen zu einem Austausch mit anderen, z.B. in einem Pflegeheim, anregen. Durch themenbezogene Impulsfragen können solche Gespräche innerhalb der Therapie geübt und der Ablauf von Sprecherwechseln und Gesprächsverhalten geübt werden (Götzbach & Bühler, 2008). Hierbei ergibt sich zusätzlich die Möglichkeit, Bruchstücke der Vergangenheit neu zu ordnen und die Kontinuität der Lebensgeschichte zu wahren. Das Konzept der Narration unterstützt die Patienten dabei, ihre Kommunikation aufrecht zu erhalten (Götzbach & Bühler, 2008). Bei der logopädischen Therapie stehen immer die kommunikativen Ressourcen im Vordergrund. Patienten und ihre Angehörigen können zutiefst von dem, was mit ihnen passiert, beunruhigt sein, und wissen nicht, wie es weiter gehen soll. Allein eine logopädische Therapie kann dabei helfen, mit der Erkrankung besser umgehen zu können und ein familiäres Miteinander zu finden. Durch Logopäden und Logopädinnen wird den Demenzerkrankten geholfen, ihre kommunikativen Fähigkeiten dazu einzusetzen, verstanden zu werden. Für Betroffene sind die kommunikativen Fähigkeiten entscheidende Faktoren in der Alltagsbewältigung (dbl, 2013).

2.3.6 Konditionierung von Demenzpatienten

Die operante Konditionierung nach Skinner zeigt signifikante Verbesserung im Krankheitsbewusstsein und beim Bewerkstelligen von Erinnerungsproblemen bei Demenzpatienten (Hopper et al., 2013; Caffo et al., 2014; Simon et al., 2012). Die Untersuchungen zeigen, dass Reiz-Reaktions-Muster bzw. positive Verstärkung den Patienten mit Erinnerungsschwierigkeiten das Benennen von Items erleichtert. Das Ziel der Konditionierung in der Demenztherapie ist es, falsche Antworten zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Die positive Verstärkung kann u.a. in Form von mündlichem Lob der TherapeutIn erfolgen. Der Grundgedanke ist, dass durch die positive Verstärkung des Patienten durch die

TherapeutIn eine Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit des erwünschten Verhaltens entsteht. Im übertragenen Sinne soll die genannte positive Verstärkung von richtigen Antworten das Erinnerungsvermögen des Patienten fördern und zu häufigeren richtigen Antworten führen (Haslam et al., 2006). Laut Haslam et al. (2013) kann durch die operante Konditionierung das Bewusstsein der Demenzpatienten für ihre eigene Krankheit und ihre Selbstreflexion gestärkt werden. Laut Caffo et al. (2014) sind die Ergebnisse der Konditionierung während der Demenztherapie jedoch nicht generalisierbar, da es in zahlreichen Studien an Variabilität fehle. Auch in der Studie von Clare et al. (2000) zeigten fünf von sechs Teilnehmern durch Konditionierung eine signifikante Verbesserung im Hinblick auf das Erinnern von Items und behielten diese Verbesserung bis zu 6 Monate bei. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es möglich ist, lediglich durch das Verstärken von richtigen Antworten sowohl in Alltags- als auch Übungssituationen eine Verbesserung der Erinnerungsfähigkeit der Patienten zu erreichen.

2.4 Betrachtung der Therapiefrequenz

Eine hochfrequente therapeutische Behandlung ist laut aktuellen Studien eine grundlegende Voraussetzung für langanhaltende, signifikante Fortschritte (Hansen & Haubrock, 2013; Schweizer et al., 2006). Auch die positiven Effekte der Einzelfallstudie von Beeson et al. (2011) zeigen, dass es förderlich ist, in einem kurzen Zeitraum hochfrequent zu arbeiten, um einen schnellen Leistungsanstieg zu provozieren. Es handelte sich in dieser Studie um einen Patienten mit logopenischer progressiver Aphasie. Mit dem Probanden wurden lexikalische Benennaufgaben zu semantischen Feldern erarbeitet. Nach 12 Behandlungseinheiten in zwei Wochen zeigten sich Verbesserungen des semantischen Wortabrufs. In der Studie wird diskutiert, ob sich die positiven Verbesserungen des lexikalischen Wortabrufs auch auf die Aktivität der sprachlichen Performance des Probanden auswirken und die degenerative Krankheit verlangsamt werden könnte. Ebenso zeigte die Studie von Dressel et al. (2010) Verbesserungen des semantischen Abrufs nach vierwöchiger Intensivtherapie und somit einen positiven Trainingseffekt. Laut Beeson et al. (2011) sei es besonders förderlich, in einem kurzen Zeitraum hochfrequent zu arbeiten, um einen schnellen Leistungsanstieg zu provozieren. Ebenso wurde in anderen Untersuchungen eine Frequenz von 1-2 Mal pro Woche mit einer 45 - 60 minütigen Therapiedauer gewählt (Hopper et al., 2013). Auch Ramig et al. (1995) beschreiben einen positiven Effekt der Sprachtherapie auf die Symptome von neurologisch erkrankten Patienten bei einer Therapiefrequenz von viermal wöchentlich.

Müller und Focke (2005) erreichten bereits nach sechs durchgeführten Interventionen eine verbesserte Partizipation, Kommunikation und Teilhabe der Probanden. Aufgrund der positiven Ergebnisse der genannten Studien wird in dieser Bachelorarbeit eine Therapiefrequenz von 3 Mal wöchentlich ausgewählt. Aufgrund von ICD-10 (2012) beschriebenen Konzentrationsschwierigkeiten bei dementiellen Erkrankungen wird eine Therapie von 30 Minuten durchgeführt.

3. Problembeschreibung

Die Studien von Bier et al. (2009), Clare et al. (2003) und Sitzer et al. (2006) nutzen semantische Self-Cueing Strategien, um den Wortabruf der dementiellen Probanden zu verbessern. Laut Beeson et al. (2011) und Hopper et al. (2013) wurden positive Effekte durch eine semantisch-lexikalische Therapie erzielt. Laut der Studie von Beeson et al. (2011) waren diese Effekte auf Benennübungen zu unterschiedlichen semantischen Kategorien zurück zu führen. Der Proband dieser Einzelfallstudie ordnete ausgewählte Items unterschiedlichen Kategorien zu. Diese waren beispielsweise Dinge, die als lebendig oder nicht lebendig, einzusortieren sind. Eine weiteres Beispiel sind Dinge, die den Themengebieten „Schneiden und Hämmern“ zugeordnet werden sollten. Auch Graham et al. (2001) und Carthery-Goulart et al. (2013) beschreiben Aufgaben zur Kategoriezuordnung in ihren Studien. Laut Dressel et al. (2010) und Taylor-Goh (2005) sind phonologische und semantische Hilfen bei Demenzpatienten anzuwenden. In dieser Bachelorarbeit wird daher davon ausgegangen, dass es möglich ist, den expressiven Wortabruf von Versuchspersonen durch semantisch-lexikalische Herleitungsstrategien zu verbessern. Es ist jedoch nicht klar, inwieweit sich zum Beispiel ein erleichterter Wortabruf durch semantisch-lexikalische Therapieübungen in der Spontansprache der Demenzerkrankten äußert. Es ist aus den beschriebenen Studien nicht hervor gegangen, ob sich die Äußerungslängen der Probanden in ihrer Spontansprache signifikant erhöht haben. Es besteht daher die Frage, ob die Verbesserung des semantisch-lexikalischen Wortabrufs auch die Kommunikation im Alltag beeinflussen kann und somit für den Demenzpatienten alltagsrelevant ist. Die Bedeutsamkeit von logopädischer Therapie könnte durch den Beweis, dass semantisch-lexikalische Therapie auch die Kommunikation mit anderen Personen erleichtert, untermauert werden. Dies soll anhand gemessener Äußerungslängen an drei Messzeitpunkten untersucht werden.

In der Übersichtsarbeit von Hopper et al. (2013) wurden Studienergebnisse anhand von kognitiv-kommunikativen Fähigkeiten gemessen. Die Wirkung von Interventionen bei Demenz im Allgemeinen war ausschließlich positiv. Die Leitlinie von Taylor-Goh (2005) sowie die Studie von Sitzer et al. (2006) schlagen Konversationstraining als Therapiebaustein in der Demenztherapie vor. Laut Zaccarelli & Cirillo (2013) und Cooper et al. (2012) manifestieren aktuelle Studienergebnisse kognitive Aktivität durch z.B. soziale Interaktion als Schlüsselvoraussetzung, um den Demenzprozess aufzuhalten. Es konnten positive Effekte durch eine Förderung der Kommunikation während der Therapie mit Demenzerkrankten

erzielt werden (Götzbach & Bühler 2008; Taylor-Goh, 2005; Sitzer et al., 2006). Es ist sicher, dass demenzspezifische, aktivitätsbezogene Interventionen grundsätzlich positive Effekte bei den Probanden hervorrufen. Es stellt sich dabei jedoch die Frage, welcher Zusammenhang zwischen der allgemeinen Aktivität und der sprachlichen bzw. kommunikativen Aktivität mit den gemessenen positiven Effekten besteht. In dem Sinne ist es wichtig zu erforschen, ob Kommunikation überhaupt als ein Indikator für Lebensqualität benutzt werden kann. Die Forschung entfernt sich von der reinen Betrachtung der klinischen Symptome von Demenzpatienten und rückt die Lebensqualität der Patienten immer mehr in den Fokus der Therapieziele (Schumacher et al., 2003; Ready & Ott, 2003). Es gibt zahlreiche Testverfahren, die die Lebensqualität von demenzerkrankten Patienten messen (Dichter et al., 2015). In dieser Bachelorarbeit soll daher gezielt verglichen werden, ob die Lebensqualität von dementiellen Heimbewohnern durch semantisch-lexikalische Therapie verbessert werden kann. Dabei wird Lebensqualität unter anderem durch die Parameter Partizipation und Teilhabe, Selbstständigkeit im Alltag und Fähigkeit zur verbalen Kommunikation bestimmt. Aufgrund der Basis von positiven Ergebnissen im Bereich der Verbesserung der Wortabrufleistung durch semantische Abrufstrategien (Bier et al., 2009; Clare et al., 2003; Sitzer et al., 2006) werden dem Patienten in der logopädischen Therapie verbale Abrufhilfen vermittelt. Semantische Reorganisationshilfen helfen dem Patienten sich selbst innerhalb eines semantischen Feldes zu strukturieren. Diese Strategien soll der Patient im Alltag anwenden (Hopper et al., 2013). Des Weiteren wird in der logopädischen Therapie soziale Interaktion mit der TherapeutIn eingesetzt, da, wie schon beschrieben, ein Freizeitprogramm mehreren hundert Probanden Wohlbefinden brachte (Menne et al., 2012, Reimers 2012). Eine weitere Komponente der hier ausgewählten Therapieform stellt die positive Verstärkung dar. Diese steht in Anlehnung an die Theorie der Konditionierung, die positive Verbesserungen beim Bewerkstelligen von Erinnerungsproblemen bei Demenzpatienten zeigte (Hopper et al., 2013, Caffo et al., 2014, Simon et al., 2012). Aus den angeführten Gründen ist das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit, die Basis der Evidenz für Therapien im logopädischen Bereich Demenz weiter zu erhöhen. In dieser Bachelorarbeit wird, wie oben beschrieben, Aktivität und Partizipation als Teilkomponente der Lebensqualität gesehen. Ebenso wird die verbale Kommunikationsfähigkeit der Demenzpatienten als ein wichtiger Teil der Lebensqualität gesehen, da das Maß der Selbstbestimmung im Alltag durch diese bestimmt wird. Um die semantisch-lexikalische Therapie und ihre Auswirkung auf die Lebensqualität messen zu

können, wird mit den Probanden zum Vergleich eine kommunikationsanregende Behandlung ohne logopädischen Hintergrund mit gleicher Frequenz und Dauer durchgeführt. Mit den Probanden wird semantisch-lexikalisch gearbeitet, um die semantische Reorganisationsfähigkeit anzuregen. Dabei werden Arbeitsblätter gemeinsam mit der TherapeutIn bearbeitet. Des Weiteren soll diese Methode bei der Herstellung von semantischen Relationen beim expressiven Wortabruf helfen (Graham et al., 2001; Carthey-Goulart et al. 2013). In der kommunikationsanregenden Behandlung ohne zentralen logopädischen Hintergrund sollen die Probanden während der Therapiestunde über ihre Interessen sprechen und dürfen sich für sie relevante Gesprächsthemen aussuchen. Die soziale Interaktion und die Konditionierung durch positives Verstärken durch die TherapeutIn werden dabei aufgrund der positiven Forschungsergebnisse von Haslam et al. (2016) bei beiden Probandengruppen gleichzeitig und in gleichem Maße eingesetzt. Da laut Hopper et al. (2013) in der aktuellen Forschung mangelhaft definierte Methoden und Interventionen zu geringerer Evidenz führen, ist es in dieser Bachelorarbeit von großer Wichtigkeit, die Methodik durch konkrete Angaben zur Durchführung transparent zu gestalten. Außerdem soll in dieser Bachelorarbeit ein Leistungsanstieg der sprachlichen Performance der Probanden nicht nur diskutiert, sondern anhand einer Messung der Phrasen- und Wortlänge durch eine Observierung quantitativ ausgewertet werden. Mögliche Hinweise zur Veränderung der Lebensqualität soll durch die Befragung von Pflegepersonal von Pflegeheimbewohnern mithilfe des QUALIDEM-Fragebogens überprüft werden. Eine Veränderung der Lebensqualität soll außerdem durch die direkte Befragung der Pflegeheimbewohner durch den WHOQOL-BREF untersucht werden.

4. Fragestellung

In dieser Bachelorarbeit wurde die Auswirkung von semantisch-lexikalischer Therapie auf die Lebensqualität von Heimbewohnern mit Demenz untersucht. Inhalte der semantisch-lexikalischen Therapie waren semantisch-lexikalische Reorganisation, Self-Cueing Hilfestellung, Förderung sozialer Interaktion sowie positive Verstärkung. Es sollte überprüft werden, ob semantisch-lexikalische Therapie zu einer stärkeren Verbesserung der Lebensqualität führt als die kommunikationsanregende Behandlung ohne zentralen logopädischen Hintergrund. Verschiedene therapeutische Maßnahmen für Demenzerkrankte führten nachweislich zu einer Verbesserung der Parameter Partizipation und Teilhabe, der Selbstständigkeit zur Teilnahme am Alltag, der Fähigkeit Gefühle zum Ausdruck bringen zu können, der Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. All diese Parameter tragen unter anderem zur allgemeinen Lebensqualität eines Menschen bei. Es sollte außerdem überprüft werden, inwiefern sich der Wortabruf durch eine semantisch-lexikalische Therapie nach einem hochfrequenten Therapiezeitraum trotz Demenz verbessern kann bzw. zu beeinflussen ist. Durch diese Bachelorarbeit soll näher betrachtet werden, ob sich die Äußerungslängen der Probanden in ihrer Spontansprache durch semantisch-lexikalische Therapie verändern. Ziel dieser Bachelorarbeit war es, durch den Vergleich mit einer kommunikationsanregenden Behandlung ohne zentralen logopädischen Hintergrund aufzuzeigen, dass semantisch-lexikalische Therapie zu einem Anstieg der Lebensqualität bei dementiellen Patienten führt.

4.1 Hypothesen

Nach der Aussage von Füsgen (Köpf, 2001, zit. n. Füsgen, 2003) werden durch sprachtherapeutische Maßnahmen Reorganisationskompetenzen aktiviert, die den progredienten Sprachabbau verzögern. Ebenso belegen die Studien von Graham et al. (2001) und Carthery-Goulart et al. (2013) eine Verbesserung des expressiven Wortschatzes durch Übungen zur Bild-Benennung oder Kategoriezuordnung. Auch in der Einzelfallstudie von Beeson et al. (2011) zeigte sich ein nachhaltiger Effekt auf die sprachlichen Fähigkeiten des Probanden durch Aufgaben zur Benennung von unterschiedlichen Kategorien. Aufgrund dessen wird erwartet, dass semantisch-lexikalische Therapie die Wortabrufleistung der Probanden verbessert. Dabei soll semantisch-lexikalische Therapie dem Patienten helfen, sich selbst zu organisieren, semantische Assoziationen herzustellen und visuelle Vorstellungshilfen anzuwenden (Beeson et al., 2011, Hopper et al., 2013 Lin et al., 2013). Da

laut Bier et al. (2009) und Clare et al. (2003) das Differenzieren von semantischen Eigenschaften hilft, einen Mangel an wortspezifischen Konzepten zu umgehen, wird vermutet, dass die Probanden nach der semantisch-lexikalischen Therapie mehr kommunizieren bzw. längere Äußerungen aufweisen. Da in der Studie von Bourgeois, Dijkstra, Burgio & Allen-Burge (2001) allein durch geschultes Pflegepersonal die Äußerungslänge von Demenzpatienten gesteigert werden konnte, liegt es nahe, dass vor allem durch gezielte semantisch-lexikalische logopädische Therapie ebenfalls eine deutliche Steigerung der Äußerungslänge hervorgerufen werden kann. In der Studie von Müller und Focke (2015) konnte bereits nach 6 Therapieeinheiten eine Verbesserung der Kommunikation sowie der Partizipation und Teilhabe außerhalb der Therapiesitzungen durch das Pflegepersonal beobachtet werden. Probanden unterhielten sich häufiger und suchten öfter das Gespräch mit anderen. Laut der Übersichtsarbeit von Dichter et al. (2015) gibt es zahlreiche Studien, die sich mit nicht logopädischen Interventionen für die Verbesserung der Lebensqualität von Demenzpatienten näher beschäftigt haben. Brodaty & Arasamatnam (2012) bestätigen, dass nicht pharmakologische Ansätze eine stärkere Wirkung auf das Wohlbefinden von Demenzpatienten haben als pharmakologische Ansätze. Aus diesem Grund wird in dieser Bachelorarbeit überprüft, ob die semantisch-lexikalische Therapie zu einer verbesserten Lebensqualität führt. Um eine positive Auswirkung der semantisch-lexikalischen Therapie auf die Lebensqualität nachzuweisen, wird mit den Probanden auch eine kommunikationsanregende Behandlung ohne zentralen logopädischen Hintergrund durchgeführt und Messinstrumente eingesetzt, die die Lebensqualität messen. Es entsteht folgende Forschungsannahme:

Eine semantisch-lexikalische Therapie hat eine größere Auswirkung auf die Lebensqualität eines Demenzerkrankten als eine kommunikationsanregende Behandlung.

Des Weiteren wird überprüft, ob sich die semantisch-lexikalische Therapie auch auf den Wortabruf und auf die Äußerungslängen in der Spontansprache auswirkt. Dieser Zusammenhang wird vermutet, da laut Bier et al. (2009) und Clare et al. (2003) das Differenzieren von semantischen Eigenschaften den Demenzpatienten hilft, den Mangel an wortspezifischen Konzepten zu umgehen. Dementielle Patienten können ihre Leistung im expressiven Wortabruf, z.B. durch Übungen zur Bildbenennung oder Kategorieuordnung

verbessern (Graham et al., 2001; Carthery-Goulart et al. 2013), welche innerhalb der semantisch-lexikalischen Therapie eingesetzt werden.

5. Methode

5.1 Messinstrumente für die Überprüfung der Lebensqualität

Um eine objektive Beurteilung über die abhängige Variable Lebensqualität zu erhalten wurde der QUALIDEM Fragebogen (Kurzform von Quality of life in dementia) vom Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung ausgefüllt. Der QUALIDEM Fragebogen beschrieb die Lebensqualität mit neun Teilbereichen. Diese lauteten Pflegebeziehung, Positiver Affekt, Negativer Affekt, unruhiges und angespanntes Verhalten, positives Selbstbild, soziale Beziehungen, soziale Isolation, Sich zu Hause fühlen und Etwas zu tun haben. Ein Anstieg der Punktwerte der jeweiligen Teilbereiche wurde laut Messinstrument als ein Anstieg der Lebensqualität gewertet. Es gab drei Messzeitpunkte pro Gruppe, an dem die Messung durchgeführt wurde, welche jeweils als Vor- und Nachmessung des jeweiligen Treatments dienten. Ein Anstieg der Lebensqualität oder mögliche Veränderungen wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS mithilfe des Wilcoxon-Tests ausgewertet. Um die Auswirkungen der unabhängigen Variablen semantisch-lexikalische Therapie auf die abhängige Variable Lebensqualität messen zu können, wurde der WHOQOL-BREF Fragebogen (Kurzform von World Health Organization Quality of Life) von den Probanden ausgefüllt. Dieses Messinstrument maß die Lebensqualität anhand eines Anstiegs der Teilbereiche physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehung und Umwelt. Ein hoher Punktwert der verschiedenen Domänen wurde mit einer hohen Lebensqualität gleichgesetzt. Die Auswertung des QUOL-BREF erfolgte ebenfalls durch den Wilcoxon-Test durch das Statistikprogramm SPSS. Es wurde davon ausgegangen, dass die semantisch-lexikalische Therapie sich positiv auf die Lebensqualität auswirkt. Dies wird anhand des Anstiegs der oben aufgeführten Domänen gemessen.

5.2 Messinstrumente zur Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslängen

Um weitere Rückschlüsse über die Auswirkung der semantisch-lexikalischen Therapie ziehen zu können, wurden weitere Tests durchgeführt. Es wurde davon ausgegangen, dass sich durch die semantisch-lexikalische Therapie der allgemeine Wortabruf verbessert. Dies wurde anhand der Untertests Benennen von Nomina, Nomina Komposita sowie Situationen und

Handlungen des AATs untersucht. Ein Anstieg der Punktwerte der Untertests lassen Rückschlüsse auf einen verbesserten Wortabruf ziehen. Eine weitere Annahme lautete, dass durch die semantisch-lexikalische Therapie die Kommunikation der Probanden ansteigt. Dies wurde untersucht, indem eine Addition der gesprochenen Wörter in der Gesprächsobservierung in Vor- und Nachmessung statt gefunden hat. Die Messungen wurden mithilfe des Wilcoxon-Tests durchgeführt. Die quantitative Auswertung erfolgte ebenfalls mithilfe des Statistikprogramms SPSS.

5.3 Stichprobe

In dieser Bachelorarbeit wurde eine Stichprobe von zehn Probanden untersucht (N=10). Die Patienten wurden aus Pflegeeinrichtungen im Raum Düsseldorf Süd/Hilden rekrutiert (siehe Anhang3.). Hierbei wurden Probanden aufgenommen, die bereits durch einen Arzt mit einer anfänglichen Demenz diagnostiziert worden waren oder laut Patientenakte der Pflegeeinrichtung dementielle Auffälligkeiten zeigten. Außerdem wurden Probanden aufgenommen, die laut Angehörigen aus subjektiver Sicht als auffällig im Sinne einer beginnenden Demenz auffielen. Zudem durften sich freiwillige Probanden melden, die bei sich beginnende Alterserscheinungen beschrieben und an der Studie teilnehmen wollten.

5.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien: Die Patienten mussten ausreichend mobil (nicht bettlägrig) und in der Lage sein, am Alltag der Pflegeeinrichtung teilzunehmen. Des Weiteren war eine ausreichende Vigilanz wichtig. Zusätzlich musste eine Einverständniserklärung des Patienten oder eines nahen Angehörigen vorliegen. Die Probanden waren mindestens 65 Jahre alt.

Übersicht:

Stichprobe:	Menschen mit diagnostizierter beginnender Demenz, anfänglichen Alterserscheinungen, Freiwillige
Alter:	≥ 65 Jahre alt
Anzahl:	10 Probanden
Rekrutierung:	Pflegeeinrichtungen im Kreis Düsseldorf Süd/Hilden
Bewusstseinszustand	Ausreichende Vigilanz

Mobilität:	Nicht bettlägerig Teilnahme am Alltag der Pflegeeinrichtung möglich (Rollstühle, Gehhilfen erlaubt)
Teilnahmebedingung:	Einverständniserklärung der Patienten oder Angehörigen

Ausschlusskriterien:

Probanden, bei denen eine mittlere bis schwere Demenz vermutet wurde oder bereits diagnostiziert worden war, wurden für diese Studie nicht ausgewählt. Patienten mit neurologischen Erkrankungen, wie beispielsweise Chorea Huntington, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Probanden mit bekannter Gehirntumorerkrankung wurden ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen. Diese Informationen wurden den Akten des Pflegeheims entnommen.

Übersicht:

Demenzform:	Vermutete oder diagnostizierte mittlere bis schwere Demenz
Neurologische Erkrankungen:	Chorea Huntington, Gehirntumor oder andere neurologische Erkrankungen
Mobilität:	bettlägerig, ausgeschlossen von Teilnahme am Alltag des Pflegeheims

5.5 Therapiefrequenz

Die Therapie fand 3 Mal pro Woche á 30 Minuten pro Proband statt.

5.6 Forschungsdesign

Es wurde ein Cross-Over Design ausgewählt, um die Effektivität der zwei ausgewählten Therapiemethoden zu vergleichen. D.h. die Probanden bekamen je nach Gruppe zuerst Treatment 1 und anschließend Treatment 2 oder umgekehrt, die Einteilung der Probanden in Gruppe 1 und Gruppe 2 erfolgte zufällig. Die Probanden wurden zum Messzeitpunkt 1, d.h. vor dem ersten Treatment, mit dem QUALIDEM, dem AAT Benenntest (einschließlich Nomina, Nomina Komposita, Handlungen und Situationen), einer 3 minütigen

Gesprächsobservierung mit Zählung der gesprochenen Worte sowie dem WHO-BREF getestet. Der Messzeitpunkt 2 erfolgte nach der ersten Behandlungseinheit (Treatment 1 oder Treatment 2). Der dritte Messzeitpunkt erfolgte nach Abschluss des zweiten Treatments, d.h. es gab insgesamt drei Messzeitpunkte an denen mit jeweils allen oben genannten Messinstrumenten getestet wurde. Alle Einzelsitzungen wurden nach einem vorgegebenen Schema aufgebaut, um zu erreichen, dass die Therapie bei allen Probanden identisch aufgebaut war und um die Einzelsitzungen gleich zu strukturieren. Mit beiden Gruppen wurde in jeder Einzelsitzung (insgesamt 12, 6 pro Therapiemethode) immer das gleiche Ein- und Ausstiegsgespräch durchgeführt, bei dem sich die Untersucher an die Leitfragen halten mussten. Für das Einstiegs- und Ausstiegsgespräch waren jeweils fünf Minuten vorgesehen. Nach der Durchführung der ersten Therapie (6 Einzelsitzungen), gab es einen Treatmentwechsel. Die semantisch-lexikalische Therapie (SM) und die kommunikationsanregende Behandlung (KO) stellen Treatment 1 und Treatment 2 in Abbildung 1 dar. Die Messzeitpunkte 1, 2 und 3 wurden mit dem Kürzel „MZ1, MZ2, MZ3“ versehen.

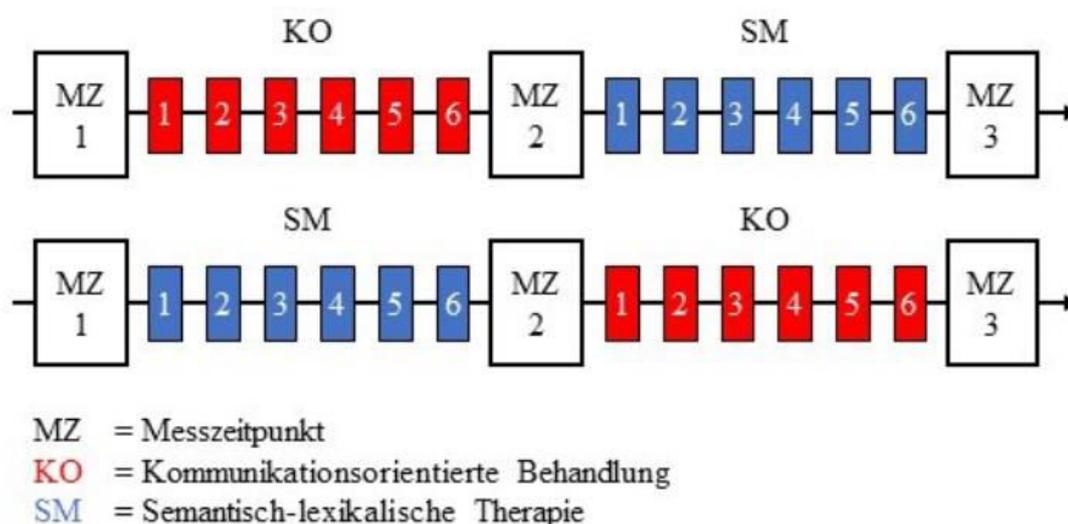


Abbildung1. Darstellung der Messzeitpunkte mit Treatmentwechsel

Dabei ist zu beachten, dass Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 in der oberen Abbildung beziehungsweise Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 3 in der unteren Abbildung jeweils die Vor- und Nachmessung für die kommunikationsorientierte Behandlung darstellen. Genau entgegengesetzt gilt der Messzeitpunkt 2 und Messzeitpunkt 3 in der oberen Abbildung und

Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 in der unteren Abbildung als Vor- und Nachmessung für die semantisch-lexikalische Therapie.

5.7 Vergleichbarkeit der Gruppen

Zur Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen AB und BA wurde zum ersten Messzeitpunkt der Mann-Whitney-U mithilfe des Statistik Programms SPSS durchgeführt.

5.8 Intervention

5.8.1 Semantisch-lexikalische Therapie (Treatment 1)

Jedes Treatment begann mit einem Einstiegsgespräch von 5 Minuten. Den Probanden wurden zum Einstieg immer die gleichen Fragen gestellt. Nach 5 Minuten wurde das Gespräch beendet, um mit der semantisch-lexikalischen Therapie zu starten.

Einstiegsgespräch:
1. Wie geht es Ihnen heute?
2. Was haben Sie heute schon gemacht?
3. Was haben Sie heute gefrühstückt?

Danach wurden Übungen in Form von Arbeitsblättern aus dem Ordner der Neurolinguistischen Aphasietherapie (NAT-Ordner) schriftlich oder mündlich in der semantisch-lexikalischen Therapie bearbeitet. Der Patienten durfte sich aus drei, von der Therapeutin vorgegebenen Themen, ein Thema für die Stunde aussuchen. Hierbei bezog man sich auf die Untergruppen Ober-Unterbegriff, Kohyponyme, Teil-Ganzes, Bedeutungsnahe oder auf assoziative Relationen. Für die Bearbeitung der Aufgaben waren 20 Minuten vorgesehen.

Beispiel:

Anweisung:	„Sie dürfen sich heute wieder ein Thema aussuchen. Treffen Sie eine Auswahl zwischen Ober-Unterbegriffe, Kohyponyme oder Teil-Ganzes.“
------------	--

Die Probanden bekamen während der Übungen Hilfestellungen von den Therapeutinnen. Die Hierarchie der anzuwendenden Hilfestellungen lautete erstens eine semantische Hilfe, zweitens eine Anlauthilfe des gesuchten Wortes und drittens die Vorgabe eines Lückensatzes.

Hilfestellungshierarchie:	<ol style="list-style-type: none"> 1. semantische Hilfe 2. Anlauthilfe 3. Vorgabe eines Lückensatz
---------------------------	---

Beispiele der Hilfestellungen:

Semantische Hilfe	Semantischen Kontext herstellen: Sie finden das gesuchte Wort im Supermarkt. Die Frau an der Theke fragt sie wie viel Gramm sie kaufen möchten und sie wiegt es Ihnen ab. → „Wurst“
Anlauthilfe	Das gesuchte Wort fängt mit /w/ an. → „Wurst“
Lückensatz	Auf mein Brot kommt meistens Käse oder ... → „Wurst“

Am Ende der 20 minütigen Therapieeinheit fasste die TherapeutIn zusammen, wie viele Aufgaben heute erledigt wurden und nannte mindestens eine positive Reaktion oder ein positives Ergebnis, welches ihr an dem Probanden heute aufgefallen war und sprach ein Lob

aus. Es folgte ein Abschiedsgespräch mit dem Probanden, das ebenfalls nach einem festgelegten Schema ablief: Der Proband wurde gefragt, welche Pläne er für diesen Tag habe oder zu welcher Aktivität er Lust hätte. Abschließend erfolgte die Verabschiedung seitens der Therapeutin.

Beispiel:

Positive Verstärkung des Probanden:	Mir ist heute positiv aufgefallen, dass sie auf das Wort „Wurst“ gekommen sind, indem sie sich visuell im Kopf die Theke im Supermarkt vorgestellt haben. Das war wirklich super!
Abschiedsgespräch:	Was haben Sie jetzt noch vor? Auf welche Aktivität hätten Sie jetzt Lust? Ich verabschiede mich nun von Ihnen. Auf Wiedersehen.

5.8.2 Kommunikationsanregende Behandlung (Treatment 2)

Auch die kommunikationsanregende Behandlung (Treatment 2) begann mit einem Einstiegsgespräch von 5 Minuten. Den Probanden wurden zum Einstieg immer die gleichen Fragen gestellt. Nach 5 Minuten wurde das Gespräch beendet, um mit der Intervention für die Kontrollgruppe zu starten.

Einstiegsgespräch:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie geht es Ihnen heute? 2. Was haben Sie heute schon gemacht? 3. Was haben Sie heute gefrühstückt?

In Treatment 2 wurde mit dem Probanden 20 Minuten über ein Thema seiner Wahl gesprochen. Die Themenwahl des Patienten konnte dabei vollkommen frei und

interessensspezifisch bestimmt werden, sodass beispielsweise die Themen Garten, Pflanzen oder Autos besprochen wurden. Hierfür wurden Fotoalben, Bilderbücher, Zeitschriften, bekannte Gedichte und Kinderlieder mit dem Patienten durch offene Fragestellungen erarbeitet, um die kommunikativen Fähigkeiten des Patienten zu stimulieren. Dabei wurde auf Gedichte und Lieder zurückgegriffen, die z.B. im eigenen Besitz der Probanden waren oder in aktuellen Zeitungen veröffentlicht wurden. Besaß der Proband keine eigenen Bücher oder Zeitungen wurde auf das Gedichtbuch von Echtermeyer & Wiese (1973) oder auf das Liederbuch von Weber-Kellermann (2005) zurückgegriffen. Der Therapeut nutzte dabei gesprächsanregende Aufforderungen, um das Gespräch aufrecht zu erhalten und gab wenn nötig Erinnerungshilfen (geschlossene Fragen).

Hilfestellung:	
Gesprächsanregende Aufforderungen	<p>Beispiele:</p> <p>Erzählen Sie, wo Sie waren, als das Bild aufgenommen wurde.</p> <p>Erzählen Sie mir, wer auf diesen Fotos zu sehen ist.</p> <p>Erzählen Sie mir das lustigste Ereignis an diesem Tag.</p> <p>Beschreiben Sie den Tagesablauf eines Gärtners.</p> <p>Singen Sie ein Lied aus Ihrer Kindheit.</p> <p>Sagen Sie ein Gedicht auf</p> <p>Hilfestellung: Lied/Gedicht beginnen, um Reaktion zu evozieren, weitere Nachfragen stellen</p>
Geschlossene Fragen	<p>Schauen Sie im Hintergrund sind viele Bäume. Waren Sie im Wald/Urlaub?</p> <p>Ist das ein Familienmitglied?</p> <p>Ist das vielleicht ihr Bruder?</p>

Wie für Treatment 1 beschreiben, wurde die Therapie nach 20 Minuten beendet und von der Therapeutin positives Feedback gegeben. Ebenso fand ein Abschlussgespräch statt, das dem vorgegebenen Schema folgte.

Beispiel:

Positive Verstärkung des Probanden	Therapeutin: Ich fand es besonders interessant zu erfahren, dass sie im Schwarzwald aufgewachsen sind und gerne in der Natur sind.
Abschlussgespräch:	Was haben Sie jetzt noch vor? Auf welche Aktivität hätten Sie jetzt Lust? Ich verabschiede mich nun von Ihnen. Auf Wiedersehen.

5.8.3 Übersicht und Zeiteinteilung

Treatment 1	Treatment 2
Einstiegsgespräch Dauer: 5 Minuten	Einstiegsgespräch Dauer: 5 Minuten
NAT Ordner für semantisch-lexikalische Störung: Ober-/Unterbegriff Kohyponyme Teil-Ganzes Bedeutungsnähe Assoziative Relationen Dauer: 20 Minuten	Förderung Kommunikation: Biographie erarbeiten, Fotoalben der Probanden anschauen Pat. offene Fragen stellen Bekannte Gedichte & Kinderlieder erarbeiten Dauer: 20 Minuten
Abschiedsgespräch	Abschiedsgespräch

Dauer: 5 Minuten	Dauer: 5 Minuten
------------------	------------------

Es wurden 3 Behandlungen à 30 Minuten pro Woche über 4 Wochen im Direktkontakt mit der TherapeutIn durchgeführt. Die Teilnehmer von Gruppe 1 bekamen erst die semantisch-lexikalische Therapie (Treatment 1, 6 Einzelsitzungen, 2 Wochen), anschließend bekamen sie eine kommunikationsanregende Behandlung (Treatment 2, 6 Einzelsitzungen, 2 Wochen). Die Teilnehmer von Gruppe 2 bekamen erst eine kommunikationsanregende Behandlung (Treatment 2, 6 Einzelsitzungen, 2 Wochen), anschließend eine semantisch-lexikalische Therapie (Treatment, 16 Einzelsitzungen, 2 Wochen).

5.9 Beschreibung der Messinstrumente

5.9.1 QUALIDEM an Pflegepersonal

Mit dem QUALIDEM Fragebogen sollte die Hypothese der Primäruntersuchung überprüft werden, ob Lebensqualität als abhängige Variable durch die semantisch-lexikalische Therapie als unabhängige Variable steigt. Der QUALIDEM Fragebogen (Kurzform von Quality of Life in Dementia, Lebensqualität bei Demenz) war ein Instrument, welches spezifisch für Demenzpatienten entwickelt wurde, um ihre derzeitige Lebensqualität einzuschätzen. Dafür wurden Fremdeinschätzungen beispielsweise durch Pflegende eingeholt und ausgewertet. Der QUALIDEM-Test wurde für die Untersuchung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit ausgewählt, da er bei der Evaluation von Instrumenten in Heimeinrichtungen bezüglich der Lebensqualität der dementiellen Bewohner am besten abgeschnitten hat (Gräske et al., 2012a). Der WHOQOL-BREF besteht aus den vier Bereichen „physische Gesundheit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. Die Beantwortung der Items erfolgte in fünf Stufen (z. B. von „überhaupt nicht“ über „eher nicht“, „halbwegs“, „überwiegend“ bis „völlig“). Laut Benutzerhandbuch war es wichtig, dass die Probanden die letzten sieben Tage beobachtet wurden. Dies kann von einer Einzelperson der Pflegekräfte durchgeführt worden sein oder eine gemeinschaftliche Beobachtung darstellen. Durch mehrere Beobachtungspersonen stieg die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der ermittelten Lebensqualitätswerte (Ettema et al., 2007). Die Beantwortung der QUALIDEM Items betrug im Durchschnitt eine Dauer von ca. 10 Minuten pro Bewohner/in (Dichter et al., 2011). QUALIDEM wurde innerhalb seiner Entwicklung von Ettema et al. (2007) validiert. Der QUALIDEM war laut Benutzerhandbuch valide und reliabel. Der QUALIDEM umfasste 37

Items, die zur Bestimmung der Lebensqualität von Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz genutzt werden. Lebensqualität in dieser Hinsicht wurde von neun Teilbereichen beschrieben: Pflegebeziehung, Positiver Affekt, Negativer Affekt, unruhiges, angespanntes Verhalten, positives Selbstbild, soziale Beziehungen, soziale Isolation, Sich zu Hause fühlen und Etwas zu tun haben (Dichter et al., 2016).

Auswertung des QUALIDEM: Die Subskalenwerte ergaben sich durch Addition der Itemwerte. Hierbei war zu berücksichtigen, dass die positiv gerichteten Items umgekehrt zu den negativ gerichteten Items bewertet werden. Dies bedeutete, dass die Antwortoption „Nie“ einem Punktwert von null bei einem positiv gerichteten Item und einem Wert von sechs bei einem negativ gerichteten Item entspricht. Je höher ein Subskalenwert ausfiel, umso höher lautete die Lebensqualität des Menschen mit Demenz in dieser Domäne. Die einzelnen Subskalenwerte ergaben zusammen ein Profil der Lebensqualität.

5.9.2 WHOQOL-BREF

Auch der WHOQOL-BREF diente zur Überprüfung der Hypothese der Primäruntersuchung, inwiefern sich die Lebensqualität (abhängige Variable) durch eine semantisch-lexikalische Therapie (unabhängige Variable) positiv verändert. Der WHOQOL-BREF (Orley, 1996) galt als ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Grundlage des Instruments beinhaltet die Definition von Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems sowie in Bezug auf persönliche Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen. Für Anwendungsbereiche, in denen die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen bildete, eignete sich die aus 26 Items bestehende Kurzversion WHOQOL-BREF, welche die Dimensionen Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt erfasste. Die Dauer des Fragebogens betrug ungefähr 10 Minuten. Es lagen Normwerte für den WHOQUOL-BREF vor.

5.9.3 Aachener Aphasie Test (AAT) Untertest: Benennen

Der Aachener Aphasie Untertest Benennen (Huber et al., 1983) wurde ausgewählt, um eine Analyse der Sekundäruntersuchung zu ermöglichen. Mit dem Untertest wurde eine mögliche Auswirkung der unabhängigen Variablen der Wortfindungsleistung auf die abhängige Variable der Lebensqualität überprüft. Diese Diagnostik wurde ausgewählt, da sie speziell die

Wort-Bild-Bennenleistung überprüft und somit Rückschlüsse auf die Wortfindungsleistung gezogen werden konnten. Im Aachener Aphasia Untertest Benennen sollten die Probanden Objekte, Komposita, Farben, Situationen und Handlungen benennen. Der Benenntest im Bereich Farben wurde nicht in die Diagnostik miteinbezogen. Die Probanden wurden lediglich in den Bereichen Nomina, Nomina Komposita und Situationen bzw. Handlung getestet. Der einzelne Proband sollte im Untertest Nomina und Nomina Komposita Objekte mit einem Wort benennen. Die Bilder zu Situationen und Handlungen sollten ebenfalls mit einem treffenden Satz beschrieben werden. Im Anschluss wurden dem Probanden gezeichnete Situationen und Handlungen vorgelegt, die jeweils mit einem Satz benannt werden sollten. Pro Item konnten 0-3 Punkte vom Probanden erreicht werden. Umso höher der erreichte Wert, desto treffender wurde das Item vom Probanden benannt.

5.9.4 Gesprächsobservierung

Die Gesprächsobservierung mit Zählung der gesprochenen Wörter in der Äußerungslänge diente der Sekundäruntersuchung. Es wurde eine Gesprächsobservierung durchgeführt, um die unabhängige Variable der Äußerungslänge auf die abhängige Variable der Lebensqualität ableiten zu können. In der Gesprächsobservierung wurde gezielt die Äußerungslänge der Probanden gezählt. Den Probanden wurden offene Fragen zu gesellschaftlichen Themen gestellt. Diese wurden im Folgenden aufgelistet und waren bei den drei unterschiedlichen Messzeitpunkten gleichbleibend. Die Dauer der Gesprächsobservierung betrug 3 Minuten. Die Therapeutin beendete das Gespräch nach der vorgesehenen Dauer.

Gesellschaftliches Thema	Beispielfrage
Politik	Nennen Sie Dinge, die Sie an der Politik in Deutschland kritisieren.
Haustiere	Was wissen Sie über Hunde? Was wissen Sie über Katzen? Wie würde ein Tag auf dem Bauernhof für Sie aussehen?
Reisen	Erzählen Sie etwas über ihr letztes/schönstes Reiseziel.

Hobbys	Wie sieht ein schönes Wochenende für Sie aus?
Lieblingsessen	Wie bereitet man einen perfekten Sonntagsbraten zu? Wie kocht man ihr Lieblingsessen?
Erlebnis	Beschreiben Sie ihr schönstes Erlebnis in ihrem Leben.

5.10 Vergleich der Therapien

Ob die semantisch-lexikalische Therapie und die kommunikationsanregende Behandlung einen Effekt gezeigt haben, wurde mit Hilfe des Wilcoxon-Tests pro Variable innerhalb der Gruppen in Vor- und Nachmessung betrachtet. Um die Therapien untereinander zu vergleichen, wurde die Diskrepanz der Medianwerte der untersuchten Variablen der Therapien errechnet. Dies geschah ebenfalls mit Hilfe des Wilcoxon-Tests im Statistikprogramm SPSS.

6. Ergebnis

Aufgrund einer kleinen Probandenzahl (N=10) wurde ein nicht parametrisches Verfahren gewählt. Die Variablen, die die Lebensqualität beschrieben haben waren ordinalskaliert. Es wurde ein Gruppenvergleich der verschiedenen Stimuli Typen angestrebt. Die Stimuli Typen beschrieben die semantisch-lexikalische Therapie (SM) und die kommunikationsorientierte Behandlung (KO). Dazu wurden die einzelnen gemessenen Variablen zwischen den Gruppen verglichen. Die Verfahren die in Frage kamen, ließen sich als Mann-Whitney-U Test und Wilcoxon Rangtest benennen. Der Mann-Whitney-U Test wurde für unabhängige Stichproben angewendet, die Daten mussten nicht normal verteilt und die Variablen ordinalskaliert sein (Aljandali, 2016). Laut Aljandali (2016) ist der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ein Test für abhängige Stichproben, der die zentralen Tendenzen prüft. Er wird ebenfalls für nicht parametrische Verfahren verwendet. Die unten aufgeführten Ergebnisse berufen sich auf die Auswertungen des WHOQOL-BREF, der AAT Diagnostik sowie der Gesprächsobservierung. Um die Hypothese, dass semantisch-lexikalische Therapie zu mehr Lebensqualität führt als

die kommunikationsanregende Behandlung, wurde zu erst überprüft, ob die Gruppen im Messzeitpunkt 1 vergleichbar sind. Dieser Vergleich wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test durchgeführt mit den Variablen physiologische Gesundheit, psychologische Gesundheit, Soziale Beziehung, Umwelt, Gesprächsobservierung, AAT Untertest Nomina, AAT Untertest Nomina Komposita, AAT Untertest Handlungen und Situationen. Diese galten als die abhängigen Variablen. Um die Hypothese zu überprüfen, ob die semantisch-lexikalische Therapie zu einem Anstieg der Lebensqualität der Patienten führte, wurde geschaut, ob die Punktwerte der Domänen des WHOQOL-BREF physische Gesundheit, psychologische Gesundheit, soziale Beziehung, Umwelt signifikant waren. Die Hypothese, ob semantisch-lexikalische Therapie Auswirkungen auf den Wortabruf der Probanden hatte, wurde durch die Punktwerte des AATs verglichen und ein Anstieg der Äußerungslänge überprüft.

6.1 Vergleich der Gruppen

Die folgende Tabelle 1 zeigt die Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen AB und BA zum ersten Messzeitpunkt. Es wurde der Medianwert zu jeder Variable der Gruppen AB und BA ermittelt, sowie die dazugehörigen Minimum- und Maximumwerte. Des Weiteren wurde der z-Wert und der p-Wert ermittelt. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von 5% getestet.

Tabelle 1. Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen

Variable	Gruppe AB	Gruppe BA		
Messzeitpunkt 1	Median(Min/Max)	Median(Min/Max)	z-Wert	p-Wert
physische Gesundheit	46,43 (32/64)	55(43/68)	`-1,261	0,222
psychologische Gesundheit	55,2 (13/79)	58,33 (38/67)	0,000	1,000
Soziale Beziehung	49,83 (25/67)	50 (42/58)	`-0,317	0,841
Umwelt	70 (59/81)	62,5 (50/69)	`-1,156	0,310
Gesprächsobservierung	261,2 (226/301)	184,4 (105/254)	`-1,358	0,222
AAT Nomina	27,25 (26/29)	27,25 (22/29)	`-0,375	0,730
AAT Nomina Komposita	26,75 (24/30)	26,75 (20/30)	`-0,618	0,556
AAT Situationen u. Handlungen	24,75 (21/29)	24,75 (15/27)	`-0,988	0,413

Der Vergleich der Gruppen zeigt, dass kein signifikanter p-Wert festgestellt werden konnte. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Gruppen zum Messzeitpunkt 1 vergleichbar waren.

6.2 Überprüfung der Lebensqualität

In den folgenden Tabellen 2 und 3 wurden die Mediane, sowie Minimum- und Maximumwerte der verschiedenen Variablen in Vormessung (VM) und Nachmessung (NM) für jedes Treatment separat aufgelistet. Die z-Werte und p-Werte wurden mit Hilfe des Wilcoxontests ermittelt. Die z-Werte und p-Werte der unabhängigen Variablen der semantisch-lexikalischen Therapie (SM) bzw. der kommunikationsanregenden Behandlung (KO) lassen sich innerhalb ihrer jeweiligen beschrifteten Spalte ablesen.

Tabelle 2. Effektivität kommunikationsanregender Behandlung (KO) in Vor- und Nachmessung pro Variable

Variable	VM KO	NM KO	z-Wert	p-Wert
	Median(Min/Max)	Median (Min/Max)		
physische Gesundheit	56,7880 (42,86/71,44)	66,4280 (46,43/85,71)	-2,244	0,011
psychologische Gesundheit	63,7480 (37,50/83,33)	70,4160 (45,83/91,67)	-1,304	0,105
Soziale Beziehung	52,3320 (41,66/75,00)	75,9244 (50,00/83,33)	-2,533	0,004
Umwelt	68,4390 (50,00/81,25)	76,9010 (62,50/90,63)	-2,492	0,006

Tabelle 3. Effektivität semantisch-lexikalischer Therapie (SM) in Vor- und Nachmessung pro Variable

Variable	VM SM	NM SM	z-Wert	p-Wert
	Median (Min/Max)	Median (Min/Max)		
physische Gesundheit	58,5730 (32,14/82,14)	65,3560 (42,86/82,14)	-1,186	0,131
psychologische Gesundheit	60,9320 (13,33/83,33)	67,0820 (58,33/83,33)	-0,491	0,332
Soziale Beziehung	60,0900 (25,00/83,33)	63,1660 (48,33/83,33)	-0,853	0,242
Umwelt	70,648 (59,37/84,38)	75,9400 (62,50/90,63)	-2,201	0,016

Die p-Werte wurden anhand des Wilcoxontests bestimmt. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von 5% getestet. Um zu überprüfen, ob die semantisch-lexikalische Therapie zu einer Verbesserung der Lebensqualität führte, wurden die Werte der Vormessung mit den Werten der Nachmessung verglichen. Für die Annahme, dass semantisch-lexikalische Therapie zu einer Verbesserung der Lebensqualität geführt hat, spricht, dass sich die Probanden im Bereich Umwelt signifikant verbessert haben (gemessen mit Wilcoxontest; $z=-2,201$, $p=0,016$).

Die folgenden Graphen in den Abbildungen zeigen die Auswirkungen der semantisch-lexikalischer Therapie (SM) und der kommunikationsanregenden Behandlung (KO) für die

Variablen soziale Beziehung, physische Gesundheit und Umwelt in Vormessung (1) und Nachmessung (2). Die Standardabweichung wurde in den Fehlerbalken abgetragen.

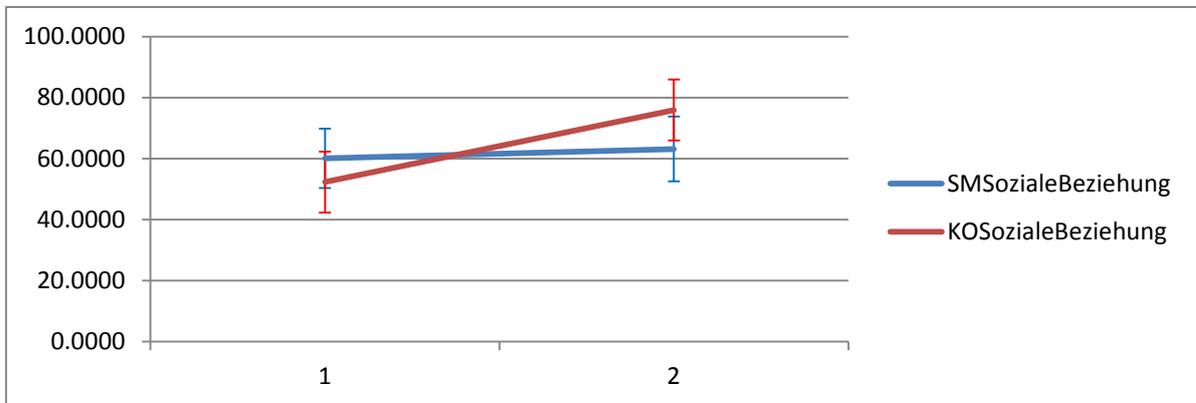


Abbildung 2. Vergleich kommunikationsorientierte Behandlung (rot) und semantisch-lexikalische Therapie (blau) zur Variable Soziale Beziehung (SozialeBeziehung)

Bei der sozialen Beziehung nach der kommunikationsanregenden Behandlung konnte man eine größere Steigung im Gegensatz zur semantisch-lexikalischen Therapie erkennen. Dies bedeutet, dass die kommunikationsanregende Behandlung zu einem höheren Anstieg der sozialen Beziehung in der Nachmessung geführt hat. Die semantisch-lexikalische Therapie konnte daher weniger positive Auswirkungen auf die soziale Beziehung erzielen wie die kommunikationsanregende Behandlung (siehe Abbildung 2.).

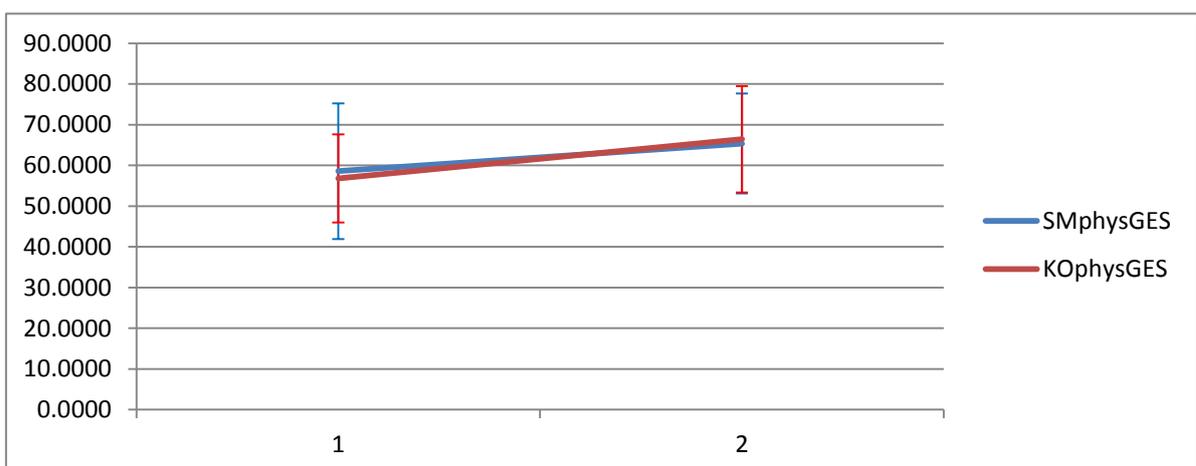


Abbildung 3. Vergleich kommunikationsorientierte Behandlung (rot) und semantisch-lexikalische Therapie (blau) zur Variable physische Gesundheit (physGES)

Bei der physischen Gesundheit war die Steigung bei beiden Treatments sehr ähnlich. Beide Treatments führten zu einer Verbesserung der physischen Gesundheit (siehe Abbildung 3.).

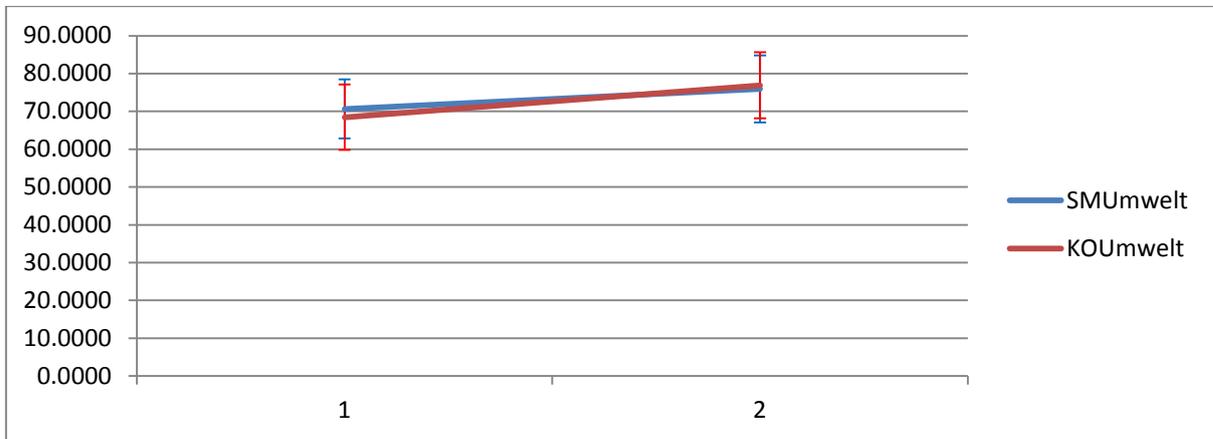


Abbildung 4. Vergleich kommunikationsorientierte Behandlung (rot) und semantisch-lexikalische Therapie (blau) zur Variable Umwelt (Umwelt)

Bei der Variable Umwelt war die Steigung der Treatments sehr ähnlich. Beide Treatments führten zu einer Verbesserung der Umwelt (siehe Abbildung 4.).

In der folgenden Tabelle 4 wurden die Medianwerte der Nachmessung von der jeweiligen Therapie von der Vormessung subtrahiert. Sie werden in dieser Arbeit als Delta-Werte bezeichnet. Die z-Werte und p-Werte wurden mithilfe des Wilcoxontests analysiert. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von 5% getestet.

Tabelle 4. Vergleich zwischen sem.-lex. Therapie und kommunikationsa. Behandlung

Variable	Delta KO Median (Min/Max)	Delta SM Median (Min/Max)	z-Wert	P-Wert
physische Gesundheit	9,6400 (-10,71/25,00)	6,7830 (-14,30/28,58)	-0,306	0,395
psychologische Gesundheit	6,6680 (-20,83/29,17)	6,1500 (-20,83/53,33)	-0,119	0,467
Soziale Beziehung	24,2589 (0,00/41,66)	4,5389 (-17,49/25,00)	-1,951	0,031
Umwelt	8,4620 (-3,12/19,00)	5,2920 (0,00/15,64)	-1,424	0,092

Die Tabelle 4 zeigt, dass die Diskrepanz der Variable Soziale Beziehung zwischen der kommunikationsorientierten Behandlung und der semantisch-lexikalischen Therapie signifikant war ($z=-1,951$, $p=0,031$). Dies bedeutet, dass es einen signifikanten Anstieg der sozialen Beziehung nach der kommunikationsanregenden Behandlung gab. Gegen die Annahme, dass semantisch-lexikalische Therapie eine größere positive Auswirkung auf die

Lebensqualität hat als kommunikationsanregende Behandlung, spricht, dass die Diskrepanz der sozialen Beziehung im Vergleich der beiden Treatments bei der kommunikationsanregenden Behandlung höher war (gemessen mit dem Wilcoxon-Test; $z=-1,951$ und $p=0,031$).

6.3 Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslänge

In der folgenden Tabelle wurden die Mediane der verschiedenen Variablen in Vormessung (VM) und Nachmessung (NM) für jedes Treatment separat aufgelistet. Die z-Werte und p-Werte der unabhängigen Variablen der semantisch-lexikalischen Therapie (SM) bzw. der kommunikationsanregenden Behandlung (KO) lassen sich innerhalb ihrer jeweiligen beschrifteten Spalte ablesen. Die p-Werte wurden anhand des Wilcoxontests bestimmt. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von 5% getestet.

Tabelle 5. Effektivität kommunikationsanregender Behandlung (KO) in Vor- und Nachmessung pro Variable

Variable	VM KO	NM KO	z-Wert	p-Wert
	Median (Min/Max)	Median (Min/Max)		
Gesprächsobservierung	231,2000 (105,00/310,00)	234,6000 (120,00/307,00)	-0,357	0,374
AAT Nomina	26,1111 (18,00/30,00)	26,8889 (15,00/30,00)	-0,359	0,402
AAT Nomina Komposita	26,7778 (20,00/30,00)	26,3333 (21,00/30,00)	-0,256	0,414
AAT Situationen und Handlungen	24,1111 (15,00/30,00)	24,7778 (15,00/29,00)	-0,169	0,469

Die Tabelle 5 zeigt, dass keine Variable signifikant ist.

Tabelle 6. Effektivität sem.-lex. Therapie (SM) in Vor- und Nachmessung pro Variable

Variable	VM SM	NM SM	z-Wert	p-Wert
	Median (Min/Max)	Median (Min/Max)		
Gesprächsobservierung	228,5000 (120,00/301,00)	238,8000 (121,00/310,00)	-1,735	0,043
AAT Nomina	28,0000 (26,00/30,00)	26,7778 (18,00/30,00)	-1,16	0,172
AAT Nomina Komposita	26,8889 (24,00/30,00)	27,0000 (24,00/30,00)	-0,105	0,500
AAT Situationen Handlungen	25,8889 (21,00/29,00)	26,0000 (21,00/30,00)	-0,211	0,422

Die Tabelle 6 zeigt, dass die Variable Gesprächsobservierung bei der semantisch-lexikalischen Therapie in der Nachmessung signifikant höher ausgefallen ist. Der Anstieg der Variable Gesprächsobservierung bedeutet einen signifikanten Anstieg an gesprochenen Wörtern.

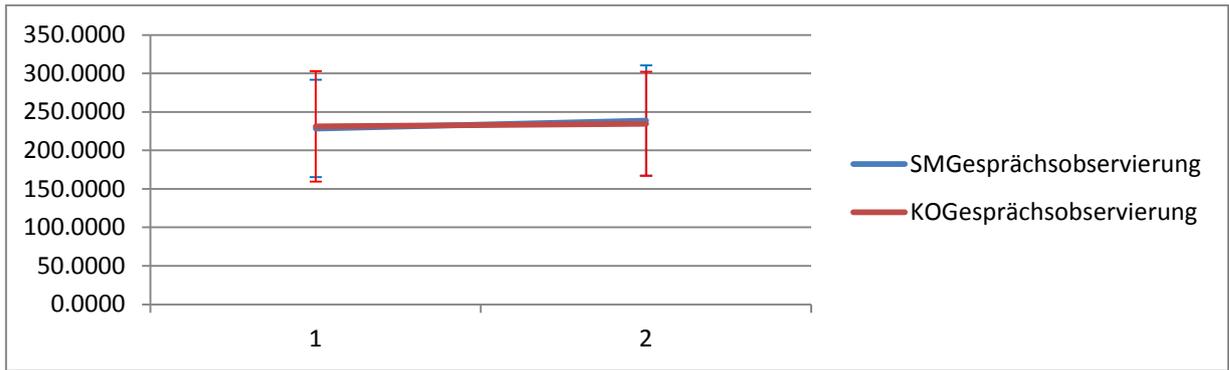


Abbildung 5. Graph Vergleich der semantisch-lexikalischen Therapie (blau) und kommunikationsanregenden Behandlung (rot) zur Variable Gesprächsobservierung (Gesprächsobservierung)

Für die Annahme, dass semantisch-lexikalische Therapie einen Anstieg der gesprochenen Wörter in der Spontansprache hervorruft spricht, dass sich die Probanden in der Nachmessung in der Anzahl der Wörter in der Gesprächsobservierung signifikant verbessert haben (gemessen mit dem Wilcoxon-Test, $z=-1,735$, $p=0,043$).

In der folgenden Tabelle 7 wurden die Medianwerte der Nachmessung von der jeweiligen Therapie von der Vormessung subtrahiert. Sie werden in dieser Arbeit als Delta-Werte bezeichnet. Die z-Werte und p-Werte wurden mithilfe des Wilcoxon-Tests analysiert. Es wurde auf dem Signifikanzniveau von 5% getestet.

Tabelle 7. Vergleich zwischen sem.-lex. Therapie und kommunikationsa. Behandlung

Variable	Delta KO Median (Min/Max)	Delta SM Median (Min/Max)	z-Wert	P-Wert
Gesprächsobservierung	3,4000 (-14,00/33,00)	10,3000 (-25,00/63,00)	-0,968	0,188
AAT Nomina	0,7778 (-3,00/8,00)	-1,2222 (-8,00/2,00)	-1,136	0,148
AATNomina Komposita	-0,4444 (-7,00/5,00)	0,1111 (-4,00/4,00)	-0,179	0,443
AAT Situationen und Handlungen	0,6667 (-8,00/13,00)	0,1111 (-7,00/7,00)	-0,140	0,473

Die Tabelle 7 zeigt, dass es Unterschiede zwischen der semantisch-lexikalischen Therapie und der kommunikationsanregenden Behandlung gibt. Diese sind nicht signifikant. Die Ergebnisse sprechen gegen die Annahme, dass die semantisch-lexikalische Therapie eine Auswirkung auf den Wortabruf hat.

7. Diskussion und Schlussfolgerung

7.1 Interpretation

7.2 Interpretation der Überprüfung der Lebensqualität

Ziel dieser Bachelorarbeit war es die Auswirkungen von semantisch-lexikalischer Therapie auf die Lebensqualität von Probanden mit anfänglicher Demenz zu untersuchen. Dabei wurde die Lebensqualität als Konstrukt beschrieben, welches in Abhängigkeit mit der Aktivität und Teilhabe der Patienten steht (Aridi et al., 2017). Durch eine Einschränkung der Aktivität und Teilhabe entstehen Schwierigkeiten in der Kommunikation, in sozialen Beziehungen und beim Umsetzen von Alltagsaktivitäten. Die Lebensqualität wird als Maß der Kongruenz von objektiven Lebensbedingungen und subjektiven Bewertungen aufgefasst. Aus diesem Grund wurde der QUOL-BREF und der QUALIDEM für diese Studie ausgewählt. Um eine Auswirkung auf Lebensqualität zu ermitteln, wurde mithilfe einer Vor- und Nachmessung überprüft, ob es zu signifikanten Verbesserungen durch die semantisch-lexikalische Therapie gekommen ist. Die kommunikationsanregende Behandlung galt als Vergleich. Um die Lebensqualität messen zu können wurde der WHOQUOL-BREF mit den Domänen soziale Beziehung, physische Gesundheit, psychologische Gesundheit und Umwelt ausgewählt. Die Domänen beschäftigen sich innerhalb ihrer Fragestellungen mit den aufgeführten Bestandteilen der Lebensqualität. In der semantisch-lexikalischen Therapie wurden mit den Probanden Übungen zu Ober- und Unterbegriffen, Kohyponymen, semantischen Assoziationen durchgeführt sowie Self-Cueing Strategien durch visuelle Vorstellungshilfen erarbeitet, semantische Eigenschaften differenziert und positive Verstärkung eingesetzt. Im Folgenden werden die oben beschriebenen Ergebnisse interpretiert und die Relevanz der Forschungsfrage erörtert. Die signifikanten Ergebnisse der inferenzstatistischen Auswertung zeigten, dass sich die Lebensqualität in der Domäne der Umwelt durch die semantisch-lexikalischen Therapie verbessert hat. Die Probanden haben sich innerhalb der kommunikationsanregenden Behandlung in drei Variablen signifikant verbessert. Diese waren die physische Gesundheit, die soziale Beziehung und die Umwelt (siehe Tabelle 2 und 3). Daraus folgend wird geschlossen, dass sich die Lebensqualität der Probanden durch beide Treatments verbessert hat. Bezogen auf die aufgestellte Forschungshypothese kann gesagt werden, dass semantisch-lexikalische Therapie Auswirkungen auf die Lebensqualität hat. Jedoch hat sie keine größeren Auswirkungen auf die Lebensqualität im Vergleich zu

kommunikationsanregender Behandlung, wie in der Forschungshypothese angenommen. Dies zeigte sich, indem sich durch die kommunikationsanregende Therapie mehr Domänen der Lebensqualität signifikant verbessert haben als bei der semantisch-lexikalischen Therapie mit nur einem signifikanten Ergebnis. Die Inhalte der semantisch-lexikalischen Therapie wie beispielsweise semantisch-lexikalische Reorganisation, Self-Cueing Hilfestellung, Förderung sozialer Interaktion sowie positive Verstärkung und positives Feedback haben eine positive Auswirkung auf die Umwelt der Probanden gezeigt. Die Inhalte hatten jedoch keine Auswirkungen auf die Soziale Beziehung, physische Gesundheit, psychologische Gesundheit der einzelnen Probanden. Die kommunikationsanregende Behandlung beschäftigte sich mit den Interessen der Probanden und der Erarbeitung der individuellen Biografie. Es wurde ebenfalls positives Feedback sowie positive Verstärkung seitens der Therapeutinnen eingesetzt. Dies hatte Auswirkungen auf die physische Gesundheit, die soziale Beziehung und die Umwelt. Es konnte keine Auswirkung auf die psychologische Gesundheit durch die kommunikationsanregende Behandlung gefunden werden. Diese Ergebnisse lassen sich so interpretieren, dass sich bei den Probanden der kommunikationsanregenden Behandlung mehr Bereiche der Lebensqualität verbessern haben. Im direkten Vergleich der beiden Treatments zeigte sich eine signifikante Verbesserung der sozialen Beziehung durch die kommunikationsanregende Behandlung. Es konnte nicht belegt werden, dass eine semantisch-lexikalische Therapie eine höhere Auswirkung auf die Lebensqualität nimmt als die kommunikationsorientierte Behandlung. Verglichen mit der Studie von Götzbach & Bühler (2008) zeigten sich wie auch in dieser Bachelorarbeit positive Auswirkungen einer kommunikativen Behandlung durch gemeinsames Erzählen über Biographie und der eigenen Lebensgeschichte auf die Lebensqualität von Patienten. Durch das gemeinsame Betrachten von alten Fotos und Bildern der Probanden stand das stetige Wiederholen von Erinnerungen wie in der Studie von Subramaniam & Woods (2012) im Mittelpunkt. Die Konditionierung bei Demenzpatienten zur Förderung von positivem Verhalten wurde ebenfalls in der Studie von Haslam et al. (2016) als effektiv erachtet. Eine vermehrte Kommunikation und der damit verbundene Anstieg an Teilhabe könnte die Bereiche der Lebensqualität positiv beeinflusst haben. Wie in den Studien von Menne et al. (2012) und Reimers et al. (2012) beschrieben, könnte allein die soziale Interaktion mit den TherapeutInnen zu mehr Wohlbefinden und somit zu einem Anstieg der Lebensqualität geführt haben. Durch das Erinnern an die eigene Lebensgeschichte könnte sich wie in der Studie von Götzbach und Bühler (2008) beschrieben,

eine Reorganisation der Vergangenheit und die Wahrung der eigenen Lebensgeschichte positiv auf die Lebensqualität der Probanden ausgeübt haben. Die Einbeziehung der Probanden in ein Projekt durch die Teilnahme am Treatment, kann ebenfalls zu einer Verbesserung der Lebensqualität geführt haben. Das allgemeine Einbeziehen von Probanden in mehr Freizeitangebote wurde schon von Menne et al. (2012) und Reimers et al. (2012) getestet. Die Einbeziehung in Aktivitäten führte dabei zu mehr Wohlbefinden und einer erhöhten Partizipation.

7.3 Interpretation der Überprüfung des Wortabrufs/der Äußerungslänge

Es wurde ebenfalls betrachtet, ob semantisch-lexikalische Therapie mit Übungen zu Ober- und Unterbegriffen, Kohyponymen, semantischen Assoziationen sowie die Erarbeitung von Self-Cueing Strategien durch visuelle Vorstellungshilfen zu einem verbesserten Wortabruf sowie zu einer verlängerten Äußerungslänge in der Spontansprache führt. Die Gesprächsobservierung war bei der Betrachtung von Vor- und Nachmessung bezüglich der semantisch-lexikalischen Therapie signifikant. Beim Vergleich beider Therapien gab es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Gesprächsobservierung und den AAT Untertests. Es lies sich in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen semantisch-lexikalischer Therapie und einem verbesserten Wortabruf bei dementiellen Patienten belegen, da keine signifikanten Unterschiede in den Variablen AAT Nomina, AAT Nomina Komposita und AAT Situationen und Handlungen gefunden wurden. Für die Annahme, dass semantisch-lexikalische Therapie einen Anstieg der Äußerungslängen in der Spontansprache hervorruft, spricht, dass die Probanden eine höhere signifikante Anzahl an gesprochenen Wörtern innerhalb der Gesprächsobservierung in der Nachmessung zeigten. Dies könnte bedeuten, dass semantisch-lexikalische Therapie dazu geführt hat, dass die Probanden besser in der Lage waren eine Kommunikation anzutreiben. Laut dbl (2013) unterstützen Übungsprogramme zur Merkspanne und Wortfindung die kommunikativen Fähigkeiten. Durch das Differenzieren von semantischen Eigenschaften können dementielle Patienten ihre Leistungen der expressiven Fähigkeiten verbessern (Graham et al., 2001; Carthery-Goulart et al., 2013). Laut Bourgeois (2001) kann der Arbeitsspeicher des Gedächtnisses von Demenzpatienten durch Benennaufgaben stimuliert werden. Dies fördert das Bewusst halten von Erinnerungen und könnte dementsprechend zu mehr Kommunikation geführt haben. Gegen diese Interpretationen spricht jedoch, dass sich die Probanden hinsichtlich der Nachmessung im Wortabruf nicht verbessert haben.

8. Diskussion

Es ist möglich, dass die kommunikationsanregende Behandlung mehr Einfluss auf die Lebensqualität hatte im Vergleich zur semantisch-lexikalischen Therapie, da der Fokus der Kommunikation auf der Lebensgeschichte der Probanden lag. Dadurch, dass die kommunikationsanregende Behandlung persönliche Themen beinhaltete, könnte sich die soziale Beziehung der Probanden in dieser Gruppe stärker zum Positiven verändert haben. Durch den Zuwachs des sozialen Kontaktes mit der Therapeutin könnte der Anstieg der physischen Gesundheit zu erklären sein und das damit verbundene Ansteigen des eigenen Wohlbefindens. Durch die eigene Themenwahl über die Gespräche in der kommunikationsanregenden Behandlung, konnte individuell auf aktuelle Themen der Probanden eingegangen werden. LogopädInnen sind geschult kommunikativ-pragmatische Fähigkeiten bei Patienten anzuregen. Es könnte sein, dass diese beschriebene Fähigkeit der TherapeutInnen innerhalb der Gespräche über Interessen und Biografie der Probanden unbewusst eingesetzt wurde. Dies lässt die Frage entstehen, ob die kommunikationsanregende Behandlung auch zu signifikanten Veränderungen der Lebensqualität führt wenn sie von Pflegekräften oder nahen Angehörigen durchgeführt wird. Bei der semantisch-lexikalischen Therapie stand die unpersönliche Bearbeitung der Aufgaben im Fokus, weshalb kein Anstieg in der sozialen Beziehung statt gefunden hat. Der Anstieg der sozialen Beziehung bei der kommunikationsanregenden Behandlung könnte auf einen Zuwachs an Selbstvertrauen der Probanden zurück zu führen sein. Dies könnte zu einer offeneren Haltung und somit zu mehr Austausch mit anderen Bewohnern geführt haben, sodass die Patienten mehr mit ihrer Umwelt kommunizieren und am Alltag des Pflegeheimes teilnehmen konnten. Eine offenerer Haltung und mehr Selbstvertrauen könnten sich dann wiederum positiv auf die physische Gesundheit und die Umwelt der Probanden ausgewirkt haben und den dementsprechenden Anstieg verursacht haben. Durch die stetige positive Verstärkung der Probanden durch die TherapeutInnen innerhalb der Therapien, könnte eine Verhaltensveränderung begünstigt worden sein. Die aufgeführten Ergebnisse könnten jedoch auch auf einen Cross-Over Effekt zurück geführt werden, da sich durch die Länge der Intervention von vier Wochen die Beschäftigung des einzelnen im Allgemeinen positiv verändert hat. Des Weiteren kann ein Reihenfolgeeffekt nicht ausgeschlossen werden, da Probanden durch den vorhergelaufenen Stimulus bzw. durch das vorherige Treatment beeinflusst sein könnten. Dies wurde in dieser Studie nicht statistisch ausgewertet. Es wurde zwar ein Cross-Over Design ausgewählt, um

einen Reihenfolgeeffekt zu vermeiden, jedoch sollte dies in einer weiterführenden Studie überprüft werden. Es ist interessant zu betrachten, dass sich durch beide Treatments die Umwelt der Probanden verbessert hat. Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass in beiden Treatments die Probanden positive Verstärkung und positives Feedback erhalten haben. Durch positive Verstärkung und positives Feedback wird die Umwelt positiver wahrgenommen. Die Soziale Beziehung, physische Gesundheit und psychologische Gesundheit haben sich nach der semantisch-lexikalischen Therapie nicht signifikant verbessert. Dies könnte an der kurzen Interventionsphase liegen, sodass der Transfer der Hilfestellungen bzw. Self-Cueing Strategien in den Alltag nicht statt gefunden hat. Die psychologische Gesundheit hat sich nach beiden Treatments nicht signifikant verbessert. Es könnte darauf zurück zuführen sein, dass LogopädInnen nicht psychotherapeutisch ausgebildet werden und Therapien die keinen psychologischen Hintergrund haben keine Auswirkungen auf die psychologische Gesundheit nehmen können. Die semantisch-lexikalische Therapie zeigte keine Verbesserung im Wortabruf, jedoch ein Anstieg der gesagten Wörter in der Spontansprache. Dies könnte daran liegen, dass das Erarbeiten von semantischen Assoziationen und Relationen die Patienten dazu verleitet hat gesuchte Begriffe semantisch zu umschreiben. Bei auftretenden Wortabrufproblemen, könnte das daraus folgende semantische Umschreiben, die Anzahl der Wörter in der Spontansprache signifikant erhöht haben. Keine Verbesserungen im Wortabruf könnten darauf zurück zu führen sein, dass die Probanden bereits in der Vormessung sehr gute Ergebnisse in den AAT Untertests erzielten. Außerdem ist ein Wiederholungseffekt durch die wiederholten Messungen die Ergebnisse nicht auszuschließen.

8.1 Evaluation der Methode und Durchführung

Der QUALIDEM wurde aus der statistischen Auswertung ausgeschlossen, da der Fragebogen nicht an allen Messzeitpunkten vollständig von den Pflegern der Probanden zurück gegeben worden ist. Für weitere wissenschaftliche Arbeiten ist zu beachten, dass die Studie von Messinstrumenten nicht beeinträchtigt werden darf, die nicht von den Untersuchern selbst durchgeführt werden. Im pflegerischen Alltag sind die Umsetzung der Messungen und die Befolgung der genauen Instruktionen nicht immer realisierbar. Des Weiteren muss eine bessere Instruktion und Supervision für die Pfleger gewährleistet werden. In dieser Studie reichten eine schriftliche Instruktion und vereinbarte Abgabetermine (siehe Anhang1.) für die Fragebögen nicht aus. In der praktischen Ausführung des Fragebogens des WHOQUOL-

BREF zeigte sich, dass das Messinstrument leichte Veränderungen der Lebensqualität nur ungenau messen konnte. Des Weiteren beinhalteten die einzelnen Domänen des WHOQOL-BREF eine unterschiedliche Anzahl von Fragen, die in die Auswertung miteinbezogen wurden. Als ein Beispiel dafür wurde die Domäne soziale Beziehung anhand von drei Fragen bewertet, die Domäne Umwelt jedoch anhand von acht Fragen. Der WHOQOL-BREF deckte einige Bereiche der Lebensqualität ab, jedoch könnte in einer weiteren Studie noch weitere Domänen mit einbezogen werden, um die Unterpunkte der Lebensqualität flächendeckend zu beurteilen.

8.2 Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie weist eine Anzahl von Limitierungen auf, die bei möglichen Schlussfolgerungen zu bedenken sind. Wie oben erläutert darf ein Cross-over Effekt und Reihenfolgeeffekt nicht ausgeschlossen werden. Es ist zu beachten, dass die Lebensqualität der Probanden auch von Faktoren abhängig war, die nicht durch die Intervention beeinflusst werden konnten. Die psychologische Gesundheit hat sich durch das Treatment nicht verändert. Die psychologische Auswirkung von Logopädie könnte in einer weiterführenden Studie überprüft werden, indem psychologische Einflüsse miteinbezogen werden. Da die Messinstrumente zu allen Messzeitpunkten gleich geblieben sind könnte sich ebenfalls ein Wiederholungseffekt ergeben haben, der die Leistung der Probanden beeinflusst haben könnte. Es könnte bei der Abnahme des AATs zu dem beschriebenen Wiederholungseffekt gekommen sein, da die Probanden die Items aus vorherigen Messungen bereits kannten. Ein weiterer Punkt ist, dass es sich um keine verdeckte Studie handelte, da die Probanden wussten, dass sie an einem wissenschaftlichen Projekt teilnahmen. Es könnte der Fall sein, dass sie durch die erneute Abnahme des Fragebogens dazu verleitet wurden etwas anderes zu sagen als in der ersten Messung. Die Studie beinhaltete lediglich eine Vormessung und eine anschließende Nachmessung nach vier Wochen, bei der größtenteils ein Anstieg der Variablen festgestellt werden konnte. Durch ein Absinken der Variablen in einer Follow-up Messung könnten die positiven Auswirkungen der Intervention belegt werden. Dies wurde in dieser Studie aus forschungsökonomischen Gründen nicht eingehalten. Außerdem sollte in weiteren Studien eine Intervention gewählt werden, die die Probanden über einen längeren Zeitraum begleitet. Auf diese Weise könnte realisiert werden, dass die Self-Cueing Strategien der semantisch-lexikalischen Therapie in den Alltag transferiert werden. Es ist möglich, dass eine derartige Verhaltensänderung im hohen Alter in kurzer Therapiezeit von vier Wochen

nicht realisierbar ist. Das Ergebnis der Studie sollte anhand einer größeren Probandenzahl erneut überprüft werden, da die Lebensqualität sehr individuell wahrgenommen wird und man auf diese Weise überprüfen könnte, ob die Ergebnisse dieser Studie erneut auftreten würden. Außerdem erfolgte die Messung der Lebensqualität nur durch die subjektive Einstellung der Probanden bezüglich ihres eigenen Befindens. Es fehlte die objektive Betrachtung von beispielsweise Pflegepersonal durch den QUALIDEM Fragebogen. Auch dies sollte in einer weiteren Studie erneut überprüft und ausgewertet werden. Gegebenenfalls führt eine erneute Durchführung der Studie mit höherer Probandenzahl, sowie mehreren Messinstrumenten zu veränderten Ergebnissen.

9. Klinische Relevanz

Es wurde davon ausgegangen, dass die Lebensqualität der Probanden durch semantisch-lexikalische Therapie, unter anderem durch das Erlernen von Self-Cueing Strategien, verbessert wird und sich ein erleichterter Wortabruf sowie längere Äußerungen in der Spontansprache durch semantisch-lexikalische Therapieübungen zeigen. Es konnte ein geringer Anstieg durch semantisch-lexikalische Therapie bewiesen werden. Es konnten mehr Bereiche der Lebensqualität durch die kommunikationsanregende Behandlung verbessert werden. In Frage steht nun, ob aphasisches Therapiematerial wie der NAT-Ordner, Hilfsstrategien wie Self-Cueing und semantische Reorganisation für die Therapie mit Demenzpatienten geeignet ist, da sich die Lebensqualität nur gering verbessert hat und der Wortabruf keine Verbesserung zeigte. Diese Studie konnte dennoch zeigen, dass durch kommunikationsanregende Behandlung mit der Arbeit an der eigenen Biographie und an interessensspezifischen Themen signifikante Verbesserungen in mehr Bereichen der Lebensqualität bei den Probanden auftraten. Die Förderung und Stimulation der Kommunikation von Demenzerkrankten erscheint vordergründig. Es gilt weiter zu erforschen, ob kommunikationsanregende Behandlung mit autobiografischen Inhalten bei längerer Interventionsdauer auch bei weiteren Parametern zu signifikanten Verbesserungen führt. Außerdem könnte betrachtet werden, ob eine kommunikativ-pragmatische Schulung für Pflegekräfte und Angehörige durch LogopädInnen zu gleichen Erfolgen führen kann. Des Weiteren sollte eine Langzeitstudie erfolgen, um zu beobachten, ob soziale Interaktion den Demenzvorgang aufhalten kann. In weiteren Studien sollte ebenfalls hochfrequent mit den dementiellen Probanden gearbeitet werden. Die Auswirkungen von semantisch-lexikalischer Therapie im Hinblick auf eine länger andauernde Interventionsspanne könnte erneut geprüft werden. Es könnten sich gegebenenfalls weitere Auswirkungen auf den verschiedenen Domänen zeigen, da eine längere Interventionsdauer zu mehr Aktivität und Teilhabe und somit mehr Auswirkungen auf die Lebensqualität nehmen kann. Weiterhin müssen verschiedene Methoden zur Datenerhebung kombiniert werden, um eine genaue Messung der Lebensqualität gewährleisten zu können. Die Lebensqualität benötigt eine einheitliche Definition, um diese vergleichbar und messbar zu machen. Die Behandlung von Demenzpatienten zeigten in dieser Bachelorarbeit bei beiden Treatments positive Auswirkungen. Die Förderung von Demenzpatienten sollte auf weiteren Ebenen vorangetrieben werden.

10. Literaturverzeichnis

- Aguirre, E., Woods, R.T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews, 1* (1), 253-262.
- Aljandali, A. (2016). *Quantitative Analysis and IBM® SPSS® Statistics: A Guide for Business and Finance*. Berlin: Springer.
- Aridi, Y. S., Walker, J. L., & Wright, O. R. (2017). The Association between the Mediterranean Dietary Pattern and Cognitive Health: A Systematic Review. *Nutrients, 9*(7), 674.
- Baldelli, M. V., Pradelli, J.M., Zucchi, P., Martini, B., Orsi, F., & Fabbo, A. (2007). Occupational Therapy and Dementia: the Experience of an Alzheimer Special Care Unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 1*, 49-54.
- Beber, B. C., Brandão, L., & Chaves, M.L.F. (2015). A warning to the Brazilian Speech-Language Pathology and Audiology community about the importance of scientific and clinical activities in primary progressive aphasia. *InCoDAS, 27*, (5), 505-508.
- Bédard, E., Kergoat, H., Kergoat, M.J., & Leclerc, B.S. (2015). Systematic review of vision-related quality of life questionnaires for older institutionalised seniors with dementia. *Ophthalmic and Physiological Optics, 35*(4), 377-387.
- Beeson, P. M., King, R. M., Bonakdarpour, B., Henry, M. L., Cho, H., & Rapcsak, S. Z. (2011). Positive effects of language treatment for the logopenic variant of primary progressive aphasia. *Journal of Molecular Neuroscience, 45*(3), 724–736.
- Bier, N., Macoir, J., Gagnon, L., Van der Linden, M., Louveaux, S., & Desrosiers, J. (2009). Known, lost, and recovered: Efficacy of formal- semantic therapy and spaced retrieval method in a case of semantic dementia. *Aphasiology, 23*(2), 210-235.
- Bourgeois, M. S. (2001). Is reading preserved in dementia?. *The ASHA Leader, 6* (9), 5-5.
- Bourgeois, M., 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*(3), 196–210.

- Brataas, H.V., Bjugan, H., Wille, T. & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2839-2848.
- Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946-953.
- Caffò, A.O., Hoogeveen, F., Groenendaal, M., Perilli, A.V., Picucci, L., Lancioni, G.E., & Bosco, A. (2014). Intervention strategies for spatial orientation disorders in dementia: A selective review. *Developmental neurorehabilitation*, 17(3), 200-209.
- Carthery-Goulart, M.T., Silveira, A.D.C.D., Machado, T.H., Mansur, L.L., Parente, M.A.D.M. P., Senaha, M. L. H. & Nitrini, R. (2013). Nonpharmacological interventions for cognitive impairments following primary progressive aphasia: *A systematic review of the literature. Dementia & Neuropsychologia*, 7(1), 122-131.
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., & Hodges, J.R. (2003). Cognitive rehabilitation as a component of early intervention in Alzheimer's disease: A single case study. *Aging & Mental Health*, 7(1), 15–21. <https://doi.org/10.1080/1360786021000045854>
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C.G., Ames, D., Rabins, P. & Brodaty, H. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 856-870.
- Dbl. (2013). Logopädie bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen. [Online]. Available: <https://www.dbl-ev.de/service/eu-tag-der-logopaedie/2015/logopaedie-bei-demenz.html> [2017, December 2]
- DEMENZ, Zukunftsforum. *Sprech-und Schluckstörungen-Problemfeld in der Demenztherapie: 9. Workshop des "Zukunftsforum Demenz", 22./23. August 2003 in Bad Nauheim. Medical-Tribune-Verlag-Ges.*
- Demenz-Leitlinie. (2010, March 10). Definition der Demenz nach DSM IV. [Online]. Available: <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10/DSMIV.pdf> [2017,

December 1]

- Demenz-Leitlinie.(2016, Januar). S3-Leitlinie "Demenzen". [Online]. Available: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-0131_S3-Demenzen-2016-07.pdf
[2017, December 2]
- Dichter, M., Bartholomeyczik, S., Nordheim, J., Achterberg, W., & Halek, M. (2011). Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(6), 405-410.
- Dichter, M. N., Schwab, C. G. G., Meyer, G., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). Linguistic validation and reliability properties are weak investigated of most dementia-specific quality of life measurements - A systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 70, 233–245. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.002>
- Dressel, K., Huber, W., Frings, L., Kümmerer, D., Saur, D., Mader, I., Hüll, M., Weiller, C. & Abel, S. (2010). Model-oriented naming therapy in semantic dementia: A single-case fMRI study. *Aphasiology*, 24(12), 1537-1558.
- 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(3), 345-358.
- Echtermeyer, E.T., & von Wiese, B. (Eds.). (1973). *Deutsche Gedichte von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Düsseldorf: Peter Geist, Prof. Dr. Elisabeth K. Paefgen
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., De Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research*, 14(3), 675-686.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.-E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Forjaz, M.-J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1031–1041. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.996734>
- Fitzpatrick-Lewis, D., Warren, R., Ali, M. U., Sherifali, D., & Raina, P. (2015). Treatment for

mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ open*, 3(4), E419.

Fusar-Poli, L., Bieleninik, L., Brondino, N., Chen, X. J. & Gold, C. (2017). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*, 10, 1-10.

Gosch-Callsen, A., & Pfeil, S.M. (2010). Aphasie oder Demenz. *Forum Logopädie*, 6(24), 6–13.

Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Hoefnagels, W.H.L., Dekker, J. & deWitte, L.P. (2003). Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 23, 155-163.

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *Bmj*, 333(7580), 1196.

Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M. G. M., Hüberli Lia & Meyer Ann-Christin, Hoefnagels, W. H. L. & Dekker, J. (2006b). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study. *Dementia*, 5(4), 503-532.

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & OldeRikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(9), 1002-1009.

Graham, K.S., Patterson, K., Pratt, K. H., & Hodges, J. R. (2001). Can repeated exposure to “forgotten” vocabulary help alleviate word-finding difficulties in semantic dementia? An illustrative case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3–4), 429–454. <https://doi.org/10.1080/09602010042000060>

Gräske, J., Fischer, T., Kuhlmeij, A., & Wolf-Ostermann, K. (2012). Dementia-Specific

- Quality of Life Instruments and Their Appropriateness in Shared-Housing Arrangements-A Literature Study. *Geriatric Nursing*, 33(3), 204–216. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.01.001>
- Grötzbach, H., Bühler, S., & Nach, Z. (2008). Einen Halt geben : Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz HVU G S) BMT VOE 4UJNNF, 6 (November), 22–27.
- Gutzmann, H., & Brauer, T. (2007). Sprache und Demenz. Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht.
- Hansen, H., & Haubrock, M. (2013). Sprachtherapeutische Ressourcen und Verteilungsgerechtigkeit- Eine Analyse aus gesundheitsökonomischer Perspektive. *Sprache· Stimme· Gehör*, 37(03), 148-153.
- Harmer, B.J., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental health*, 12(5), 548-558.
- Hopper, T., Bourgeois, M. S., Pimentel, J., Dean Qualls, C., Hickey, E. M., Frymark, T., & Schooling, T. (2013). An evidence based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(February), 126–145. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0137\)deficits](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0137)deficits)
- Huber, W. (1983). *Aachener Aphasie-Test:(AAT)*. Hofgrefe, Verlag für Psychologie.
- Hütz, D., Costa, A., Willmes, K., & Abel, S. (2012). Störungsspezifische Sprachtherapie bei Alzheimer-Demenz. *NeuroGeriatric*, 9(3), 112-118.
- ICD-10. (2012, April 10). Diagnostik nach ICD-10. [Online]. Available: <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10.html> [2017, August 23]
- Kinsella, G. J., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., & Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80(7), 730-736.
- Knapp, M., Iemmi, V., & Romeo, R. (2013). Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(6), 551-561.

- Lin, J.S., O'Connor, E., Rossom, R.C., Perdue, L.A., & Eckstrom, E. (2013). Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, (107), 1–403. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00730>
- Menne, H. L., Johnson, J. D., Whitlatch, C. J., & Schwartz, S. M. (2012). Activity preferences of persons with dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(3), 195-213.
- Olley, R., & Morales, A. (2017). Systematic review of evidence underpinning non-pharmacological therapies in dementia. *Australian Health Review*. <https://doi.org/10.1071/AH16212>.
- Polzin, M. S., Langner, S. S. & Petry, J. (2013). „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ - Ermittlung des Stellenwertes der Demenz für die Logopädie in Deutschland.
- Rafnsson, S. B., Orrell, M., d'Orsi, E., Hogervorst, E., & Steptoe, A. (2017). Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings From the English Longitudinal Study of Ageing. *The Journals of Gerontology: Series B*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx087>.
- Ramig, L. O., Countryman, S., Thompson, L. L., & Horii, Y. (1995). Comparison of two forms of intensive speech treatment for Parkinson disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 38(6), 1232-1251.
- Reimers, C. D., Knapp, G., & Tettenborn, B. (2012). Einfluss körperliche Aktivität auf die Kognition. Ist körperliche Aktivität Demenz-präventiv?. *Aktuelle Neurologie*, 39(06), 276-291.
- Rubbi, I., Magnani, D., Naldoni, G., Di Lorenzo, R., Cremonini, V., Capucci, P., Artioli, G., & Ferri, P. (2016). Efficacy of video-music therapy on quality of life improvement in a group of patients with Alzheimer's disease: a pre-post study. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 87(4-S), 30-37.
- Schweizer, C., Schmidt-Ohlemann, M., & Schönle, P. W. (2006). Nachhaltigkeit der (mobilen) Geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. *Institut für Sozialforschung und Sozialwissenschaft (ISO)*.9.

- Simon, S.S., Yokomizo, J. E., & Bottino, C.M. (2012). Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1163-1178.
- Sitzer, D.I., Twamley, E.W., & Jeste, D. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 75-90.
- Steiner, J. (2011). Sprachabbau bei dementiellen Erkrankungen im Alter. *SAL-Bulletin*, (142), 19–28.
- Steiner, J., & Venetz, M. (2011). Sprachabbau bei Demenz - ein Thema für die Sprachtherapie? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. *Forum Logopädie*, 25(6), 26–31. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2011-53020110604>
- Stott, J., & Spector, A. (2011). A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 23(4), 526-538.
- Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545-555.
- Taylor-Goh, S. E. (2005). Royal College of Speech & Language Therapists Clinical Guidelines for disorders of eating drinking and swallowing. *Speechmark Publishing Ltd*, 63–71.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 78.
- Thomas, C.C., Wallace, L., Alexander, J., & Vijayan, A. (2015). The Relationship Between the Use of Adult Dementia Day Care and Caregiver Quality of Life. *SIG 15 Perspectives on Gerontology*, 20(3), 104-115.
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., & Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 14(12), 163-225

- Troyer, A. K., Murphy, K. J., Anderson, N. D., Moscovitch, M., & Craik, F. M. (2008). Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(1), 65-88. doi:10.1080/09602010701409684
- Van der Steen, JT., Van Soest-Poortvliet, MC., Van der Wouden, JC., Bruinsma, MS., Scholten, RJ. & Vink, AC. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>.
- Weber-Kellermann, I. (2005). Das Buch der Kinderlieder: 235 alte und neue Lieder; Kulturgeschichte-Noten-Texte; Melodieausgabe mit Akkordbezifferung. Atlantis-Musikbuch-Verlag.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. The Cochrane Library. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>.
- Zaccarelli, C., & Cirillo, G. (2013). Computer-based cognitive intervention for dementia Sociable : motivating platform for elderly networking. mental reinforcement and social interaction, 430–435.
- Zaudig, M., Hiller, W., Geiselman, B., Hansert, E., Linder, G., Mombour, W., & Thora, C. (1995). SIDAM-Handbuch, strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM III R, DSM IV and ICD 10.
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, 1-11.
- Zientz, Jennifer, et al. "Evidence-based practice recommendations for dementia: educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies." *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 15.1 (2007): liii-liii.

11. Anhangsverzeichnis

Anhang 1. Instruktion Pflegepersonal

Liebe Pfleger und Pflegerinnen,

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Studie zum Thema Lebensqualität in Ihrer Einrichtung durch. Um genaue Ergebnisse zu erzielen, brauchen wir Ihre Hilfe und Unterstützung!

Im Anhang finden Sie den QUALIDEM- Fragebogen zum Thema Lebensqualität von Heimbewohnern.

Wir bitten Sie, diesen zu insgesamt drei Zeitpunkten für jeden Studienteilnehmer auszufüllen. Die Dauer zum Ausfüllen beträgt ca. 10 Minuten. Dies müssen Sie nicht zwangsläufig alleine machen, Sie dürfen sich gerne mit Kollegen/Kolleginnen austauschen und zur Unterstützung ggf. Ihre Pflegedokumentation dazu nehmen.

Wichtig ist, dass Sie das beobachtete Verhalten der letzten 7 Tage des Bewohners beurteilen.

Zu Jeder Frage darf nur eine Antwort angekreuzt werden.

Falls zwischen zwei Antwortmöglichkeiten keine Entscheidung getroffen werden kann, sollte die Antwort angekreuzt werden, die am besten zu den Beobachtungen der letzten Woche passt.

Bitte lassen Sie keine Frage aus und geben Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt an uns zurück! Für einige Fragen ist eine Beantwortung aufgrund der Fähigkeiten der Bewohner aufgrund ihrer Demenz nicht möglich, bitte kreuzen Sie dann die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“ an. Bei der Beantwortung der Frage sollte beispielsweise eine gegenteilige Emotion oder Verhalten nicht berücksichtigt werden. Das bedeutet beispielsweise, dass es bei der Beantwortung des Items „Ist fröhlich“ darum geht einzuschätzen, wie oft die Bewohner/in in der letzten Woche fröhlich war. Wie oft sie im gleichen Zeitraum traurig war, wird für die Beantwortung der Frage nicht berücksichtigt.

Die Fragebögen müssen am

1. _____
2. _____
3. _____

abgegeben und für die jeweils davor verlaufene Woche ausgefüllt werden.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Hilfe, Zeit und die Unterstützung unserer Arbeit!

Herzliche Grüße,

Melanie Männicke und Julia Fischer.

(Hogeschool Zuyd, NL)

Anhang 2. Einwilligungserklärungen an Teilnehmer

Einwilligungserklärung logopädische Therapie

Die Studenten haben mich über Ziel und Funktion des Projektes aufgeklärt. Ich habe diese Informationen auch schriftlich erhalten und gelesen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. An diesem Projekt nehme ich freiwillig teil. Mir ist bekannt, dass ich die Möglichkeit habe, jederzeit, ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme an dem Projekt zu beenden. Sämtliche persönlichen Angaben müssen für eine Veröffentlichung anonymisiert werden.

Name : _____

Straße + Hausnummer : _____

Postleitzahl + Wohnort : _____

Telefon : _____

Unterschrift : _____

Datum : _____

Teilnehmer gesucht!



Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir sind zwei staatlich anerkannte Logopädinnen, die zur Zeit ihren Bachelor of Science für Logopädie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen für Gesundheitswesen (NL) absolvieren. Unser Engagement gilt besonders den älteren Menschen, die viel mehr Aufmerksamkeit unserer Gesellschaft verdienen.

Aus diesem Grund möchten wir im Rahmen unserer Bachelorarbeit die Auswirkungen von logopädischer Therapie auf das Gedächtnis, die Sprache und die Lebensqualität untersuchen.

Um die Studie, welche von der Weltgesundheitsorganisation WHO unterstützt wird, umsetzen zu können, suchen wir in Ihrer Einrichtung Bewohner die Lust und Freude daran haben, ihr Gedächtnis zu trainieren! Die Teilnahme ist selbstverständlich kostenlos.

Zeitlicher Rahmen:

Einzeltherapie á 30 Minuten dreimal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen.

Über uns:



**Julia Fischer, staatl. anerkannte Logopädin,
Tel:017620465143**



**Melanie Männicke, staatl. anerkannte Logopädin,
Tel: 015224306417**

Mit freundlichen Grüßen,

Melanie Männicke und Julia Fischer.