

Aphasie oder Demenz?

Der Beitrag der Sprachtherapie zur Differenzialdiagnose und zur therapeutischen Intervention

Silke Gosch-Callsen, Silke Maren Pfeil

ZUSAMMENFASSUNG. Bei einer Vielzahl hirnorganischer Erkrankungen ist die Sprache als komplexe kognitive Funktion mitbetroffen. Insbesondere als Folge von Schlaganfällen in der linken Hirnhälfte kann es zu Aphasien kommen mit ausgeprägter Symptomatik, sowohl expressiv als auch rezeptiv. Die sprachlichen Auffälligkeiten bei den verschiedenen Demenzformen weisen einige ähnliche Fehlerarten auf, sind andererseits aber deutlich von den Aphasien zu unterscheiden, besonders im Hinblick auf die Pragmatik – das sprachliche Verhalten in der Interaktion. Neben dem wissenschaftlich-linguistischen Interesse an diesen Fragestellungen sind sicher auch die Antworten für Diagnose, Verlauf und Therapie der sprachlichen Abweichungen von Bedeutung. Über die Erkenntnis hinaus, dass bei Aphasie mehr die Sprachsystematik, bei Demenz eher das sprachliche Verhalten betroffen ist, sollten neuere Ansätze zur Beschreibung und Einteilung allen auf diesem Fachgebiet Tätigen bekannt sein.

Schlüsselwörter: Aphasie – Demenz – Pragmatik – Differenzialdiagnose – Sprachtherapie

Einleitung

Die Frage, ob sich anhand sprachlicher Daten diagnostische Hinweise auf eine Störung der Kognition finden lassen, ist relevant für die Untersuchung und Beschreibung des Abbaus bei Demenz. Das gilt besonders für die Frühphase, in der sowohl die Betroffenen selbst als auch ihre Umgebung erste Anzeichen feststellen können. Das Augenmerk richtet

sich dabei von Anfang an sowohl auf die Sprache als System als auch auf ihre Verwendung in der Kommunikation.

Durch die zunehmende Anzahl an multimorbiden und dementen Patienten sind alle ärztlichen und therapeutischen Bereiche darauf angewiesen, Störungen im kommunikativen Bereich – verbal und nonverbal – richtig ein-

Silke Gosch-Callsen, M.A., Klinische Linguistin BKL/dbs, studierte an der Universität Hamburg. 19 Jahre war sie in der Diana-Klinik Bad Bevensen tätig, davon 15 Jahre als Leiterin der Abteilung Sprachtherapie. Von 1993 bis 1996 hatte sie einen Lehrauftrag an der Universität Hamburg. Sie ist Supervisorin des BKL, war Vorsitzende der Prüfungskommission des BKL und ist seit Jahren als Dozentin für die GNP und andere Veranstalter tätig. Sie führt jetzt eine Privatpraxis für Sprachtherapie in Hamburg.



Silke Maren Pfeil, M.A., Klinische Linguistin BKL/dbs, studierte an der Universität Hamburg und ist seit 1998 in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation tätig. Zu den beruflichen Stationen gehören die Diana Klinik Bad Bevensen, das Hufeland-Haus Frankfurt am Main und das Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster. Sie hat den sprachtherapeutischen Part eines Forschungsprojekts über Dysphagie und Demenz am Albertinen-Haus Hamburg übernommen und arbeitet zudem auf der Akutneurologie des Klinikums Pinneberg.



■ Tab. 1: Aphasie und Demenz – Inzidenz- und Prävalenzangaben

	Verlauf / Verlaufsform	Prävalenz	Inzidenz pro Jahr
Schlaganfall		ca. 1 Million	250 000-300 000
Aphasie	Akuter Onset, phasenartiger Verlauf, komplette Rückbildung in 44 % der Fälle	¼ bis 1/3 der Schlaganfälle 75% der Patienten > 75 Jahre	
Demenz	Progredient oder herdartig-fluktuierend	Gesamt ca. 1,1 Millionen	ca. 245 000 Neu-Erkrankungen
	● Alzheimer-Demenz (AD)	50-60 %	
	● vaskuläre Demenz (VD)	ca. 15 %	
	● Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD), darunter - Frontotemporale Demenz (FTD) - Semantische Demenz (SD) - Primär-Progressive Aphasie (PPA)	ca. 5-10 % bei Auftreten < 60 Jahren ca. 50 % Familien-Anamnese	
	Andere Formen, z.B. Demenz bei Parkinson-Syndromen, darunter Lewy-Body-Demenz	ca. 15 %	

zuordnen, um den Patienten und ihren Angehörigen gerecht zu werden und professionelle Hilfen anbieten zu können.

Unter anderen sind folgende Fragen für uns als Sprachtherapeuten relevant:

- Können wir allein anhand sprachlicher Daten erkennen, ob es sich um eine aphasische Störung oder um Beeinträchtigungen handelt, die durch einen demenziellen Prozess verursacht sind?
- Auf welcher Ebene zeigen sich die sprachlichen Auffälligkeiten (Wort-Satz-Text)?
- Welche Konsequenzen lassen sich für die Planung der therapeutischen Intervention ziehen?

Tabelle 1 zeigt einige wichtige Daten zu Aphasie und Demenz.

Methode

Im Folgenden wird versucht, rein aphasische Phänomene von sprachlichen Auffälligkeiten bei Demenzen abzugrenzen und zu beschreiben, wo Ähnlichkeiten und Unterschiede liegen. Was noch vor einigen Jahren als sekundäre Aphasien, „pragmatic aphasia“ (Glinde 2001) oder „nicht-aphasische Kommunikationsstörungen“ (NAKS) bezeichnet wurde, nennt man heute „Kognitive Dysphasien“ (Heidler 2006). Hierdurch wird dem neuropsychologischen Anteil an diesen Störungen Rechnung getragen und ein Begriff eingeführt, der ohne die etwas verwirrende Mitbenutzung des Wortes „Aphasie“ auskommt. Hintergrund hierfür ist die weiterhin gültige Definition der Aphasie als einer Sprachstörung, die plötzlich nach abgeschlossenem Spracherwerb nach einem hirnrorganischen Ereignis auftritt, sich in der Akutphase verändert (im guten Falle abschwächt) und nach ca. 6-12 Monaten in eine chronische Phase übergeht.

Zu den Kognitiven Dysphasien werden Sprachstörungen bei Demenz und mit den weiteren in Abbildung 1 aufgeführten Ursachen gerechnet. Neben „sprachlichen“ Symptomen treten bei einer Kognitiven Dysphasie immer auch neuropsychologische Begleitstörungen wie Verlangsamung, eingeschränkte Aufmerksamkeit und Umschaltsschwierigkeiten auf.

Es geht zum einen um die Abgrenzung dieser Störungen von den sprachlichen Symptomen, zum anderen aber auch um die Ausweitung des diagnostischen Blicks der Sprachtherapeuten über sprachliche Phänomene hinaus, wobei sich die neueren diagnostischen Ansätze der Pragmatik (Bauer & Kaiser 1989, Bauer & Auer 2008) und der Konversationsanalyse (Schegloff 2003, 2006) als hilfreich und anwendbar erweisen.

Genauso wenig wie es die Aphasie gibt, existiert auch nicht die Demenz. Sowohl begrifflich als auch in den Beschreibungen und Einteilungen herrscht noch viel Verwirrung.

■ Abb. 1: Störungsbilder, die eine Kognitive Dysphasie verursachen können

Kognitive Dysphasien

- nach Frontallhirnläsionen
- nach rechtshemisphärischen Läsionen
- nach Tumor-OP
- nach Hypoxie
- nach SHT
- bei psychiatrischen Erkrankungen
- bei Demenzen

Wichtig ist es daher, die verschiedenen Formen, Stadien und Verläufe zu untersuchen (therapiebegleitende Diagnostik), da es sich um Prozesse und nicht um isolierte Phänomene handelt.

Die Richtlinien bzw. Empfehlungen zur Beurteilung einer Demenz sind inzwischen standardisiert (DGN 2009). Da die Diagnose einer Demenz immer eine Ausschlussdiagnose ist, sind folgende Schritte erforderlich:

- ausführliche Eigen- und Fremdanamnese, neurologisch-psychiatrischer und internistischer Status (Hegerl et al. 2000, Beyreuther et al. 2002)
- Analyse sprachlich-kommunikativer Auffälligkeiten in der Frühphase als möglicher Indikator eines beginnenden Abbauprozesses (Lämmle et al. 2003, Steiner 2008, Fenker 2010)
- Einschätzung möglicher Frühsymptome auch nicht-kognitiver Art (nach Ivemeyer & Zerfaß 2002): Sozialer Rückzug, Interessenverlust, Aufgeben von Hobbys, Schwierigkeiten im Beruf (kognitiv und verhaltensbezogen), Depressivität, häufiges Verlegen und Vergessen von Sachen / Sachverhalten, Verfahren und Verläufen
- Erfassung von Veränderungen im Alltagsleben, z.B. mit der „Bayer Activities of Daily Living Scale“ (B-ADL) von Hindmarch et al. 1998)

Sprachliche Phänomene bei Aphasie und Demenz – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zur Illustration der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigt der Kasten einige Beispiele, die weder repräsentativ noch statistisch relevant sind.

Was leisten formalisierte Aphasie- und Demenztests in Bezug auf die Erfassung von sprachlichen Auffälligkeiten?

Gängige Aphasie-Tests wie der AAT (Huber et al. 1983), die ACL (Kalbe et al. 2002) oder LeMo (de Bleser et al. 2010) überprüfen die Wort- und Satzebene; Textverständnis und -wiedergabe werden gar nicht, das Kommunikationsverhalten nur basal überprüft (z.B. im ANELT von Blomert et al. 1994, ASHA-Facs von Frattali et al. 1995). In den letzten Jahren hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Sprache in ihrer Verwendung eingeschätzt werden sollte – auch durch den ICF-Ansatz, der Selbstbestimmung und Teilhabe als Rehabilitationsziele formuliert (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2005).

Gebräuchliche Demenztests wie MMST (Folstein et al. 1975), CERAD (Barth et al. 2005) und DemTect (Kessler et al. 2000) prüfen

Beispiel Aphasie

65-jähriger Pat., links-cerebraler Insult vor einem Monat Benennen (AAT)

Wortebene

Kühlschrank *da sind diese Schane – tra buch stresse zum Essen*

Taschenlampe *ein Schugramme, kann man mit gucken*

Satzebene

Der Junge hat ein *hier hat er ein schpurget schwert kaputt Glas zerbrochen*

► Fehler finden sich überwiegend im phonematischen Bereich (Selektion, Sequenzierung). Als „positive“ Leistung sehen wir bei dem aphasischen Patienten ein gutes Fehlerbewusstsein, ein relativ intaktes Monitorsystem und eine intakte Vorstellung der Funktion des gesuchten Items.

Beispiele Demenz

77-jährige Pat., AD seit ca. 3 Jahren

Wortebene schriftlich

Monate *Janu, Februar, Marzz, April, Mai, Juni, Julli, Agust, Sesber, Oktoberber, Nonnvenbe, Dezemerber*

58-jährige Pat., PPA seit ca. 2,5 Jahren

Textebene schriftlich

Zum Thema *Ich hatten das LebenInfleisch ... Ich hat das Hardanger. Ich hatten das Maschien gelernt. Ich hatt das Handangen gelernt. Ich hat das Maschien gelernt. Och ben hat viel Freude geban...*

► Die sprachlichen Phänomene bei der PPA zeigen die größte Ähnlichkeit zu aphasischen Fehlern, vor allem auf der phonematischen Ebene. Deutliche Perseverationen weisen hier jedoch eher auf gestörte Hemm- als auf intakte Monitor- bzw. „Self-Repair“-Prozesse hin.

Zu den sprachlichen Defiziten bei einer Semantischen Demenz siehe Gutzmann & Brauer (2007, 57-58), Patientin mit nahezu intakter Leseleistung und massiven Einbrüchen im Sinnverständnis des Textes „Der Nordwind und die Sonne“.

sprachbezogene kognitive Leistungen (Instruktionsverständnis, verbales Langzeitgedächtnis). In einigen Tests werden auch das Schreiben eines vollständigen Satzes und das Aufzählen von Items aus einem semantischen Bereich verlangt oder Fragen zum Weltwissen gestellt. Der Schwerpunkt der Tests und Screeningverfahren liegt jedoch in anderen neuropsychologischen Funktionsbereichen.

Was zeigt uns nun die Analyse der sprachlichen Daten bei Aphasie und Demenz?

Sprachsystematik

Es zeigen sich ähnliche Fehlerarten auf der sprachsystematischen Ebene. Während bei Aphasie meist der Zugriff auf die korrekte Form beeinträchtigt ist, kommt es bei Demenz eher zu konfabulatorischen Einfügungen, da

im Verlauf, besonders bei der Semantischen Demenz, ein *Verlust* der lexikalischen Einträge vorliegt. Auf der phonematischen und syntaktischen Ebene (Einzelwortebene, kurze Sätze) lassen sich differenzialdiagnostisch nur eingeschränkt Aussagen machen.

Erst bei mehreren Sätzen und zusammenhängenden Texten werden die spezifischen Fehlerarten sichtbar: Aphasische Fehler sind konstanter und betreffen eher die Wortfindung, sie treten plötzlich auf, bei Demenz dagegen schleichend und meist auf der Ebene der Makrostruktur. Aphasiker bleiben eher beim Thema, ringen um den richtigen Ausdruck, Patienten mit Demenz schweifen häufiger ab.

Sprachliches Verhalten

Sowohl bei Aphasie als auch bei Demenz kommt es im sprachlichen Verhalten zur Verletzung der Konversationsmaximen (Grice 1975), zu Zeitüberschreitungen im Antwortverhalten und damit zu Problemen im Einhalten der Sprecherwechsel-Konventionen (turn taking).

Demente Patienten zeigen oft geringere Motivation, an ihren Fehlern zu arbeiten, kaschieren Defizite, bagatellisieren ihre Fehler, besonders initial. Auch der Verlauf zeigt Unterschiede: Leichte Formen der Aphasie bessern sich über die Zeit in der Akutphase, demenzielle Prozesse schreiten voran, es kommt zur assoziativen Lockerung, zu Weitschweifigkeit und Tangentialität, Verlieren des „roten Fadens“ im Sinne einer defizitären Makrostruktur.

Schultze-Jena und Becker (2005) stellten in ihrer Vergleichsuntersuchung mit Aphasikern fest, dass demente Patienten vermehrt Oberbegriffe benutzten und in Bezug auf die Kohärenz bei der Beschreibung eines komplexen Handlungsbildes deutlich inkohärentere Reihenfolgen produzierten. Das bei Aphasie in der Regel erhaltene „Frame-and-Script-Wissen“ (z.B. Wie sieht ein Restaurant, ein Hotel, ein Theater aus, welche Handlungsabläufe gibt es dort?) zeigt sich bei Demenz meist beeinträchtigt.

In der Pragmatik finden wir Unterschiede vor allem in der *Metakommunikation*, der *Hörerorientierung* und dem *Korrekturverhalten* (deutlich mehr Selbstreparatur-Prozesse bei Aphasie), in der *Kohärenz* – meist ist bei Aphasie eine Vorstellung des Sinnzusammenhangs und der Relevanz des Themas vorhanden – und in der *Motivation* (häufige Bagatellisierung und Krankheitsverleugnung bei Demenz: „Das wusste ich früher auch nicht“). In der Diagnostik der Demenzen wird unterschieden zwischen kognitiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten: „Behavioral

and psychological symptoms of dementia (BPSD)“ (Schwaiber Beeri et al. 2002).

Therapeutische Intervention bei Aphasie und Demenz

Ein Herausarbeiten der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen aphasisch und demenziell bedingten Auffälligkeiten in der Kommunikation ist zum einen differenzialdiagnostisch relevant, zum anderen von großer Bedeutung für die Therapieplanung – vor allem in der Frühphase der Erkrankung. Es gibt jedoch im Unterschied zur Aphasie noch immer relativ wenige gesicherte Ansätze der Behandlung von Sprachverhaltensstörungen bei Demenz. Schon der Effektivitätsnachweis von Aphasietherapie ist nach strengen Kriterien äußerst schwierig, da das Therapieergebnis neben Setting und Frequenz von vielen weiteren Faktoren abhängt (Greitemann & Salinas 2004). Bei Demenz stellt sich dieses Problem umso mehr.

Grundlagen der Therapie im Vergleich

Auch in der sprachtherapeutischen Behandlung primärer Aphasien hat sich über die letzten gut 20 Jahre ein Wandel vollzogen: Ausschließlich sprachstrukturelle Übungsansätze werden als nicht mehr vorherrschend bzw. zeitgemäß empfunden (Tesak 2007, Bauer & Auer 2008).

Zum einen rücken neuropsychologische Faktoren wie exekutive Funktionen, selektive Aufmerksamkeit und der Zugriff auf mnestische Informationen vermehrt in das Blickfeld der Sprachtherapeuten, da sie Sprachverarbeitungsprozesse in hohem Maße bedingen und nicht aus der Therapieplanung auszuklammern sind (Heidler 2006). Mit dem zunehmenden Stellenwert der individuellen Handlungsfähigkeit und sozialen Teilhabe sprachbeeinträchtigter Patienten (ICF-Orientierung) stellt sich Therapeuten zum anderen auch die Aufgabe, die kommunikativen Möglichkeiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen stärker zu fördern bzw. an die bestehende Sprachstörung anzupassen.

Um dies bei Aphasie zu erreichen, ist symptomspezifisches Stimulieren und Üben in Anpassung an den klinischen Verlauf durchaus wichtig, weil – besonders in der Aktivierungs- und störungsspezifischen Phase – eine funktionelle Reorganisation des geschädigten Sprachsystems noch möglich ist. Auch bei Demenz ist Therapie im Frühstadium erfolgversprechender und dient dem Ziel einer Verlangsamung des Abbauprozesses (Fiebach 1998). Die Stärkung der kommu-

nikativen Ressourcen erscheint aber umso wichtiger, als eine Wiedererlangung des ursprünglichen sprachlichen Leistungsniveaus sehr viel weniger bis gar nicht zu erwarten ist.

Im Gegensatz zu einem defizitbezogenen Vorgehen empfiehlt sich z.B. bei Patienten mit mittelschwerer Alzheimer-Demenz eher ein *umgekehrt symptomorientiertes Verfahren*, d.h. „Üben, was der Patient noch kann“, um Frustration und weiteren Rückzug aus der Alltagskommunikation zu vermeiden. Eine derartige Förderung folgt dem Prinzip der Kompensation und nicht dem der Restitution, weshalb bei Demenz vielerorts vorgeschlagen wird, den Begriff „Therapie“ durch den der „Intervention“ zu ersetzen (Fleischmann 2000).

Zusammenfassend gesagt, findet sich in der Festlegung sprachtherapeutischer Behandlungsgrundsätze für Demenzpatienten im Vergleich zu Aphasikern ein entscheidender „pragmatic shift“: Vom störungsspezifischen Üben in verschiedenen sprachlichen Modalitäten hin zu einem primär kompensatorisch verstandenen „Management“ des Erhalts kommunikativer Fähigkeiten im Alltag. Zwar wird die Berücksichtigung kommunikativer Strategien auch in der Aphasiebehandlung zunehmend gefordert, Demenzpatienten befinden sich aufgrund der Ausprägung und zumeist progredienten Natur ihrer kognitiven Basisstörungen aber von *Beginn an* auf diesem Kontinuum, was bei Aphasie angesichts der möglichen Rückbildungschancen per se nicht der Fall ist.

Therapeutische Methoden bei Aphasie – ein Überblick

Entsprechend der heterogenen Symptomatik aphasischer Störungen, der unterschiedenen Wirkungsebenen und Behandlungstraditionen steht eine hohe Anzahl an Therapiemethoden zur Verfügung (Tab. 2). Die Ansätze und Verfahren sind überwiegend bekannt und sollen hier nur kurz – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in ihrer Zielsetzung thematisiert werden. Dabei wird grob zwischen primär sprachsystematischen (restituierenden) und eher kommunikationsorientierten (kompensatorischen) Ansätzen unterschieden. Die Schwerpunktsetzung variiert mit dem Verlauf und Ausprägungsgrad der expressiven sowie rezeptiven aphasischen Symptomatik. Nicht immer sind die Ziele klar zu polarisieren; so sieht z.B. das MODAK-Konzept von Lutz (2009) eine systematische Anwendung erarbeiteter Strukturen in Dialogsequenzen vor („Kommunikative Grammatik“). Informelle Rollen- und Sprachspiele, die Alltagssituatio-

nen simulieren, haben als wichtige kommunikative Übungen sowohl reaktivierende als auch kompensatorische Anteile.

Eine oft geäußerte Kritik an linguistischen und modellorientierten Ansätzen der Aphasiotherapie ist, dass sie in der Regel nur auf isolierte Defizite anwendbar sind (z.B. Einzelwortebene im Logogen-Modell von *Morton* 1969) und ein Transfer der strukturierten Übungen in die Alltagskommunikation schwierig ist (*Tesak* 2007).

Doch auch kommunikativ-pragmatische Methoden erscheinen in ihrer Anwendung sehr restringiert auf schwere Störungen; nur selten werden Resultate der Konversationsanalyse oder Strategien der Textverarbeitung von Aphasikern systematisch für die Therapie genutzt und beschrieben (*Bongartz* 1998).

Greitemann und *Salinas* (2004) weisen überdies darauf hin, dass neuropsychologische Einflüsse auch in kommunikationsorientierten Ansätzen wie PACE nicht hinreichend berücksichtigt werden: So kann bei exekutiven Störungen das „Haften an einmal eingeschlagenen Lösungswegen“ (*Goldenberg* 2002) dazu führen, dass eigentlich verfügbare nichtsprachliche Kommunikationsmittel wie Gestik, Mimik oder Zeichnen nicht genutzt werden.

Sprachtherapeutische Intervention bei Demenz

Im Unterschied zu der Fülle an Therapiemethoden bei Aphasie stecken sprachtherapeutische Behandlungsansätze bei demenziellen Erkrankungen „noch in den Kinderschuhen“ (*Gutzmann & Brauer* 2007).

Die fehlende Tradition der Berufsgruppe im Umgang mit neuropsychologischen Störungen

Tab. 2: Aphasiotherapeutische Ansätze im Überblick

Reaktivierung vorhandener sprachlicher Fähigkeiten (Schwerpunkt Restitution)	Vermittlung kommunikativer Strategien (Schwerpunkt Kompensation)
Stimulierende und deblockierende Ansätze <ul style="list-style-type: none"> ● auditive Stimulation nach <i>Schuell</i> (1974), MODAK (<i>Lutz</i> 2009), Deblockierung nach <i>Weigl</i> (1979), Syntax-Aufbauprogramm HELPSS (<i>Helm-Estabrocks</i> 1981) 	Kommunikativ-pragmatische Ansätze <ul style="list-style-type: none"> ● PACE (Austausch neuer Informationen mit „allen erlaubten“ kommunikativen Mitteln, bildkartengestützt, <i>Edelmann</i> 1987) ● REST (bei schweren syntaktischen Störungen: Kommunikation mittels vereinfachter Satzstrukturen, <i>Hatfield</i> 1979) ● Einsatz von Kommunikationsbüchern ● PAKT (Partner-Aphasiker-Kommunikations-Training, <i>Roth</i> 1989)
„Linguistische“ Ansätze, symptomorientiert <ul style="list-style-type: none"> ● NAT (<i>Neubert</i> et al. 1992), ELA Bildkästen Satz-/Textebene (<i>Stark</i> 1992) 	
Modellorientierte Ansätze, psycholinguistisch fundiert <ul style="list-style-type: none"> ● z.B. LeMo (<i>De Bleser</i> et al. 2010), Ableitung therapierelevanter Hypothesen aus Modell der Wortverarbeitung ● „Mapping“-Therapie syntaktischer Phrasen (computer-gestützt, <i>Hooge</i> et al. 2007) 	

gen erklärt u.U., warum man auf der Suche nach dezidierten sprachtherapeutischen Methoden für Demenzpatienten eher auf allgemeine Postulate unter Übernahme von Prinzipien aus der Neuropsychologie und Aphasiotherapie stößt.

Genannt seien z.B. die Grundsätze des *repetitiven Übens mit einfachen Strukturen in seriellen Schritten* unter den Bedingungen *entspannter Konzentration* (z.B. *Wenz & Karlbauer* 2002, *Lutz* 2004). Als Maximen häufig aufgeführt werden auch die Anpassung an das kognitive Tempo demenziell erkrankter Menschen („Entschleunigung“, *Böhme* 2008) und die Kontinuität in Setting wie Zeitrahmen (z.B. *Köpf* 2001).

Angesichts des neurodegenerativen Charakters vieler Demenzerkrankungen ist ein Abfragen linguistischen Wissens so sinnlos und kontraindiziert wie ein rein kognitives „Funk-

tionstraining“. Im Bereich der psychologischen Demenzbehandlung (z.B. der Selbsterhaltungstherapie „SET“ nach *Romero* 1994) konnte jedoch nachgewiesen werden, dass kombinierte Behandlungsansätze – eine Verbindung von psychisch-kognitivem Training mit medikamentöser Behandlung und Beratungsprogrammen für Angehörige – den Abbau der verbalen Kompetenz hinaus zögern können (*Romero & Wenz* 2003).

Demgemäß versteht sich auch Sprachtherapie bei Demenz als Teil einer derartigen Kombinationsbehandlung.

Methoden

In Tabelle 3 werden drei sprach- bzw. kommunikationsbezogene Therapieansätze vorgestellt, die bei Demenz zum Einsatz kommen. Übergreifend und besonders ausdifferenziert ist das fremdevaluierte Kognitive Training nach *Stengel*, das von *Heidler* (2006) als Sprachtherapeutin in die Behandlung von Patienten mit Aphasie und Kognitiver Dysphasie implementiert wurde. Im Folgenden soll spezifischer auf die Therapie Kognitiver Dysphasien demenzieller Genese eingegangen werden.

Da wir nicht von „der“ Demenz ausgehen können, stellt sich zunächst die Frage, ob therapeutische Methoden mit der Demenzform variieren. Tatsächlich gibt es hierüber keine klar gesicherten Erkenntnisse (*Gutzmann & Brauer* 2007), und auch in der eigenen praktischen Erfahrung findet sich eine häufige Konfrontation mit Mischformen (*Förstl* 2008) und/oder nicht voll gesicherter Pathogenese.

Von großer Bedeutung ist aber die Frage nach der Sinnhaftigkeit symptombezogener sprachtherapeutischer Intervention. Nach

Tab. 3: Sprachbezogene Therapieansätze bei Demenz

Ansatz	Zielgruppen / Methoden
ASTRAIN (Alzheimer-Sprachtraining, Köpf 2001)	<i>Zielgruppe:</i> Patienten mit AD in allen Stadien <i>Methode:</i> biographiebezogenes Sprachübungs-Programm, mit Anagrammen, literarischen Texten, Gedichten, Fotos <i>Ziele:</i> Stützen der ICH-Dimension (vgl. SET), Aufhalten der Krankheitsprogression
Kommunikations-Tandem (Haberstroh et al. 2009)	<i>Zielgruppe:</i> pflegende Angehörige von Demenzpatienten <i>Methode:</i> indirekt intervenierender Beratungsansatz, psychologische Vermittlung kommunikativer Stärken und Schwächen Demenzkranker in 4 Trainingssitzungen, Erarbeitung individueller Problemlösungen in Kleingruppen
Kognitives Training nach Stengel (2001)	<i>Zielgruppen:</i> Kognitive Dysphasiker und Aphasiker (patientenspezifische Schweregrad-Abstimmung) <i>Methode:</i> Ganzheitlicher Trainingsansatz mit Techniken zum Alltagstransfer; Übungen zentriert auf Sprache, stressfreies Reaktivieren semantischer Netzwerke (z.B. Wort-/Buchstaben-, Kategorisierungen und Assoziationsspiele)

■ Tab. 4: Prinzipien der sprachtherapeutischen Intervention bei Demenz

Symptombezogene Intervention	Umgekehrt symptombezogene Intervention
Verpflichtend: Schluckstörungen, vor allem „Frühmanagement“ nach der Diagnostik im klinischen Setting (Rittig 2003, Pfeil 2009)	Begleitung schwer schluckgestörter Patienten bei den „noch möglichen“ Strategien und Konsistenzen
Sprachlich-kommunikative Beeinträchtigungen in der Frühphase einer Demenz oder bei primär sprachlich manifesten Formen wie SD, PPA	Sprachlich-kommunikative Beeinträchtigungen ab der mittleren Phase einer Demenz

Heidler (2006) besteht diese durchaus, wenn der Demenzprozess bedingt reversibel ist wie z.B. bei vaskulären und subcorticalen Demenzen oder Demenzen nach Mediainfarkten.

Aufgeführt werden Übungen zur Aufrechterhaltung der Vigilanz, zur Förderung des Antriebs, der selektiven Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses unter Einbezug verbalen Materials (z.B. Abstreichübungen in Kombination mit dem Markieren visuell vorgegebener Wort- und Graphem-Stimuli, Zuordnungen von Abbildungen und Wörtern nach vorgegebenen Kategorien).

Nach Auffassung der Autorinnen kann nicht die Demenzform allein über diese wesentliche Frage entscheiden, zumal sich besonders vaskuläre Demenzen wie auch z.B. Demenzen bei Morbus Parkinson massiv progredient zeigen können. Wichtig erscheint neben Stadium und Schweregrad der Demenz auch das zu therapierende Störungsbild selbst.

Vorgeschlagen wird die in Tabelle 4 dargestellte Gliederung von Prinzipien sprachtherapeutischer Intervention bei Demenz. Defizit- und ressourcenangepasstes Vorgehen müssen sich nicht per se ausschließen, eine patientenorientierte Schwerpunktsetzung ist jedoch wichtig und innerhalb eines Therapieprozesses intensiv zu reflektieren.

Prozeduren und Outcome in der Behandlung

Wort- und Textarbeit

Im frühen Krankheitsstadium einer Demenz werden semantisch-lexikalische Übungen „auf Einzelwort- bis zur Textebene“ postuliert (z.B. Gutzmann & Brauer 2007). Wortfeldübungen, die Beschreibungen von Bildkarten und die Wiedergabe kürzerer Texte sollten bei Demenzpatienten verstärkt an Inhalte des episodischen und semantischen Gedächtnisses rückgebunden sein, weil der Einbezug emotionaler Kontexte die Recall-Leistungen steigern kann, ohne Druck zu erzeugen (Heidler 2006, 310).

Solche Effekte zeigen sich in der eigenen Erfahrung multimodal, z.B. bei der interessengesteuerten Auswahl von Bildmaterial („Mein Garten“) oder beim Lesen eines Kurz-

textes „Mein Hobby“, mit anschließendem Gespräch über das Thema. Dies gilt zwar zweifelsohne auch bei primärer Aphasie; bei Demenz ist ein solcher Zugang u.U. aber der einzig mögliche und zudem ein guter Indikator für die Unterscheidung der Frühphase von mittelschweren Ausprägungsgraden – wenn Antriebsarmut und Interessenverlust ggf. bereits zu weit fortgeschritten sind.

Ein markanter Unterschied zu den sprachlichen Strategien bei Aphasie zeigt die Bearbeitung eines kurzen Textes („Die geteilte Suppe“) durch einen 67-jährigen Arzt mit beginnender vaskulärer Demenz: Durch Gliederung in Einzelabschnitte gelang es ihm nach ca. zwei Wochen Therapie mit hohem Engagement, unerwartet viele Propositionen des Textes wiederzugeben, jedoch *nicht*, die durchaus originelle Pointe der Geschichte zu verstehen. Anders als in der Vorerfahrung mit aphasischen Patienten war kein „Bemühen um Verständnis“ festzustellen. Der Patient gab am Schluss der Therapiesitzung mit stolzem Unterton an, die Pointe „absichtlich weggelassen“ zu haben, was therapeutischerseits als *Stigmamanagement* akzeptiert wurde (vgl. Ansätze zur Validation, Feil 2004).

Gruppeneffekte

Die Inhalte und Effekte des gemeinsamen Handelns in gruppentherapeutischen Interventionen sind für Aphasiepatienten schon von einigen Autoren beschrieben worden (Gosch-Callsen 1996, Masoud 2007). „Kommunikations-“ oder „Gedächtnisgruppen“ für Demenzpatienten gehören zum regelhaften Angebot vieler Pflegeeinrichtungen und mancher Geriatrieabteilungen; die gewinnbringenden Auswirkungen auf das Selbst-Bewusstsein und den Erhalt kognitiver wie psychosozialer Ressourcen bei den Teilnehmern sind leider bislang nur selten systematisch beschrieben worden (Grötzbach 2008) und sollten Gegenstand einer eigenständigen sprachtherapeutischen Abhandlung sein.

Umgang mit dem Awareness-Problem bei Demenz

In der Awareness- und resultierenden Motivations-Störung vieler Demenzkranker liegt

einer der entscheidenden Unterschiede zur Behandlung aphasischer Patienten, die sich ihrer Fehlleistungen oft bewusst sind und daran arbeiten *wollen*. Für ein spezielles „Awareness-Training“ sind Demenzpatienten oft nur noch begrenzt zugänglich; innerhalb dieser durch Störungsbild und Schweregrad gesteckten Grenzen können aber noch überschaubare Teilziele für den Patienten erarbeitet werden.

Ein derartiges Teilziel ist in der eigenen Erfahrung schon erreicht, wenn ein Alzheimer-Patient mit logorrhöischem Sprachverhalten nicht bereits *während* des Schreibens eines biografisch relevanten Satzes nach Diktat abschweift, sondern erst danach. Kurze Mahnhilfen und Feedback-Sequenzen im Therapieprozess konnten in dem konkreten Fall helfen, zumindest zeitlich begrenzt beim Thema zu bleiben, eine beginnende „Awareness“ in repetitiven Schritten weiter auszubauen und den Patienten bei Monitor-Kontroll-Strategien zu unterstützen.

Angehörigenarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention

Gerade aufgrund der mangelnden aktiven Kooperationsfähigkeit dementer Patienten ist die Integration von Angehörigen in den Therapieprozess äußerst wichtig. In einer biografiegestützten sprachtherapeutischen Arbeit sind Angehörige meist Hauptinformationsträger für die Behandelnden.

Sprachtherapeuten stehen in der Angehörigenberatung häufig vor dem Problem, dass sich die Natur einer kognitiven Dysphasie schwerer erschließt, wenn die sprachstrukturelle Oberfläche intakt ist. So glaubte die Ehefrau eines Parkinson-Patienten mit Demenz und Depression angesichts seiner massiven Verlangsamung mit „Fadenabrissen“ im Dialog jahrelang an ein „Manöver“, denn „er findet doch so tolle Worte und hat einen brillanten Verstand“. Dieser Verdacht führte im Alltag zu ständig wachsender Wut auf ihren Mann, die sie nach dem Beratungsgespräch zumindest ansatzweise aufgeben konnte.

Ist die Konfrontation mit einer primären Sprachstörung bereits ein „gesamtfamiliäres“ Problem (Lutz 2004), so haben Angehörige von Demenzkranken neben progredienten kognitiven Störungen u.U. auch die Wesensveränderung des Lebenspartners oder Elternteils zu verkraften, müssen sich der Tatsache stellen, dass es „zu Hause nicht mehr geht“ und nach professionell gestützten Lösungen suchen.

Überforderung und Unwissenheit führen nicht selten zu Hilflosigkeit oder gar Aggression, was sich wiederum auf die Kommunikation mit den Betroffenen auswirkt. Es scheint

daher wichtig, ein zeitnahes und überschaubares Beratungsformat für Angehörige anzubieten, u.U. über bereits bekannte Ratgeber hinaus auch individuell zu entwickeln und im Verlauf zu überprüfen (Schaub 2000, Haberstroh et al. 2009). Dies vergrößert die Chancen eines Übertrags von Beratungsinhalten in den kommunikativen Alltag mit den Betroffenen.

Fazit und Ausblick

Lange vor Einführung der ICF-Kriterien wurde in der Diagnostik und Therapie von Aphasien ein „pragmatic shift“ gefordert – weg von einer rein sprachsystematischen Beschreibung hin zu einem Einbezug der kommunikativen Kompetenz und des sprachlichen Verhaltens der Patienten im Alltag (Roth 1989, Bauer & Kaiser 1989, Pulvermüller 1991, Lutz 2004).

Die Relevanz dieser Faktoren zeigt sich auch in der Differenzialdiagnose von Aphasie und Demenz und in der therapeutischen Intervention. Die qualitativen Unterschiede zwischen den sprachlichen Phänomenen manifestieren sich vor allem auf der *pragmatischen* Ebene der Sprachverwendung, dem „Bewusstsein“ einer Störung und der Motivation zur Veränderung. Das Wissen über neuropsychologi-

sche Beeinträchtigungen bei Demenz sowie die Überprüfung der Funktionen mittels Test- und Screeningverfahren (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Orientierung, nicht-kognitiver psychischer Status) sind Voraussetzungen für eine professionelle Einschätzung dieser sprachpragmatischen Auffälligkeiten.

Was „leistet“ die Sprachtherapie?

Sprache als eines der komplexesten Systeme menschlichen Verhaltens, das auf intaktes Integrieren zahlreicher Subsysteme angewiesen ist, ist ein wichtiger und früher Indikator vieler neuropsychologischer Beeinträchtigungen. Im vertraulichen sprachtherapeutischen Gespräch (ohne „Testsituation“) können Aussagen zu sprachlichen Selbsteinschätzungen mit professionellem Hintergrundwissen gewertet werden. Die Präzisierung der Beobachtungen mit einer genauen sprachsystematischen Beschreibung, mit Erkenntnissen aus der Pragmatik und Konversationsanalyse stärkt die Rolle der Sprachtherapie in der Beurteilung nicht-aphasischer Sprachstörungen (Kognitiver Dysphasien), besonders in der Frühphase demenzieller Prozesse.

Man kann also feststellen, dass die Sprachtherapie einen wenn auch kleinen, so doch entscheidenden Beitrag zur Differenzialdia-

gnose sprachlicher Auffälligkeiten bei verschiedenen hirnorganischen Erkrankungen leisten kann.

Zur Ausweitung des diagnostischen Blicks wird es wichtig sein, dass sich Sprachtherapeuten mit neuropsychologischen Screening-Instrumenten wie dem MMST (Folstein et al. 1975) und dem DemTect (Kessler et al. 2000) vertraut machen und die darin schon enthaltenen sprachlichen Elemente um sprachpragmatische Untersuchungen ergänzen. Kurzaufgaben zur Texterfassung, Nacherzählung und Bildbeschreibung, zur mündlichen und schriftlichen Darstellung alltäglicher Handlungssequenzen können Weltwissen sowie Frame-and-Script-Konzepte sensibler integrieren als Wortlisten.

Auch in der therapeutischen Intervention sollte sich der Blick weiten und über sprachsystematische Übungen hinaus Methoden bereithalten, die die Patienten in Strategien zum Erhalt ihrer kommunikativen Kompetenz unterstützen. Diese Forderung ist auch bei Aphasie nicht neu, bei Demenz stellt sie sich aber umso nachdrücklicher, als eine Restitution kognitiver Funktionen nicht oder nur sehr bedingt erwartbar ist.

Der Beitrag der Sprachtherapie zur therapeutischen Intervention bei Demenz ist im Vergleich zur Aphasiebehandlung bislang nur

selten aufgezeigt oder gar evaluiert worden (Stengel 2001, Heidler 2006). Die Resultate dieser wenigen Ansätze und die Erfahrungen in der Arbeit mit Demenzpatienten legen jedoch nahe, dass Sprachtherapie den Erhalt kommunikativer Fähigkeiten durchaus stützen kann, wenn sie

- die Ergebnisse einer oben vorgeschlagenen neuropsychologisch und sprachpragmatisch fundierten Untersuchung nutzt und in einer therapiebegleitenden Prozessdiagnostik überprüft
- Elemente der psychologischen Demenzbehandlung (wie z.B. SET) implementiert und um sprachpragmatische Übungssequenzen erweitert.

Entscheidend wird auch sein, solche Übungssequenzen (wie kohärenzstiftende Maßnahmen auf der Textebene, Hilfen bei sprachlichen Monitor-Kontrollprozessen, Nutzung emotionaler semantischer Gehalte für den Sprechantrieb) für Demenzpatienten künftig schärfer zu fassen und als Methoden zu formalisieren.

Dies ist erforderlich, um *Möglichkeiten* und auch *Grenzen* der sprachtherapeutischen Intervention in ihrer Effektivität genauer zu bestimmen und damit unserem Anspruch zu genügen, Menschen mit beginnender Demenz – wie schon den Aphasiepatienten – gut fundierte Hilfen im Bereich der sprachlichen Kommunikation anbieten zu können.

LITERATUR

- Barth, S., Schönknecht, P., Pantel, J. & Schröder, J. (2005). Neuropsychologische Profile der CERAD-Testbatterie in der Demenzdiagnostik. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 73, 568-576
- Bauer, A. & Auer, P. (2008). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Thieme
- Bauer, A. & Kaiser, G. (1989). Verbesserungshandlungen in der sprachlichen Interaktion zwischen Aphasikern und Sprachgesunden. In: Roth, V.M. (Hrsg.), *Kommunikation trotz gestörter Sprache* (27-46). Tübingen: Narr
- Beyreuther, K., Einhäupl, K.M., Förstl, H. & Kurz, A. (2002). *Demenzen, Grundlage und Klinik*. Stuttgart: Thieme
- Blomert, L. & Burslach, D.C. (1994). Funktionelle Aphasiediagnostik mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). *Forum Logopädie* 2 (8), 3-6
- Böhme, G. (2008). *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Huber
- Bongartz, R. (1998). *Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen*. Stuttgart: Thieme
- DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009). Leitlinien der DGN. <http://www.dgn.org>
- De Bleser, R., Cholewa, J., Stadie, N. & Tabatabaie, S. (2010). *LeMo – Lexikon modellorientiert. Einzelfalldiagnostik bei Aphasie, Dyslexie und Dysgraphie*. München: Urban & Fischer
- Edelmann, G. (1987). *PACE. Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness*. Oxon: Winslow Press
- Feil, N. (2004). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. München: Reinhardt
- Fenker, D. (2010). Semantisches Gedächtnis und semantische Demenzen: Wenn Wissen verschwindet. *Klinische Neurophysiologie* 41 (2), 105
- Fiebach, Ch. (1998). Neuropsychologische Behandlungsgrundsätze bei Demenz. In: Kasten, E., Schmidt, G. & Eder, R. (Hrsg.), *Effektive neuropsychologische Behandlungsmethoden* (269-298). Bonn: DPV
- Fleischmann, U. (2000). Gerontopsychologie – Diagnostik, Therapie und Intervention. In: Sturm, W., Herrmann, M. & Münte, T.F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie: Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie* (663-673). Lisse: Swets & Zeitlinger
- Förstl, H. (Hrsg.) (2008). *Demenzen in Theorie und Praxis*. Berlin: Springer
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). *Journal of Psychiatric Research* 12, 189-198
- Frattali, C.M., Holland, A.L., Thompson, C.K., Wohl, C. & Feretic, M. (1995). *Functional assessment of communication skills for adults (ASHA FACS)*. New Orleans: ASHA
- Glindemann, R. (2001). Therapie der Aphasien und der nicht-aphasischen zentralen Kommunikationsstörungen. In: Böhme, G. (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Bd. 2: Therapie* (332-361). München: Urban & Fischer
- Goldenberg, G. (2002). *Neuropsychologie*. München und Jena: Urban & Fischer
- Gosch-Callsen, S. (1996). Gruppentherapie mit Aphasikern: Probleme und Lösungsmöglichkeiten. In: Simons, B. (Hrsg.), *Gruppentherapie bei Aphasie* (35-59). Frankfurt/M.: Peter Lang
- Greitemann, G. & Salinas, D.C. (2004). Effektivität in der Aphasitherapie. *Die Sprachheilarbeit* 6, 264-268
- Grice, H.P. (1975). Logic and Conversation. In: Cole, P. & Morgan J.L. (Hrsg.), *Syntax and semantics, Vol. 3*. New York: Academic
- Grötzbach, H. (2008). Einen Halt geben: Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz. *Forum Logopädie* 6 (22), 22-27
- Gutzmann, H. & Brauer, Th. (2007). *Sprache und Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Haberstroh, J., Neumeyer K. & Pantel, J. (2009). Kommunikations-TANDEM. Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken. *Forum Logopädie* 5 (23), 12-17
- Hatfield, F.M. (1979). Aphasiebehandlung: Methoden und Ansichten. In: Peuser, G. (Hrsg.), *Studien zur Sprachtherapie* (395-427). München: Fink
- Hegerl, U., Zaudig, M. & Möller, H.-J. (2000). *Depression und Demenz im Alter*. Wien: Springer
- Helm-Estabrooks, M. (1981). *Helm Elicited Language Program for Syntax Stimulation (HELPS)*. Austin: PRO-ED
- Heidler, M.D. (2006). *Kognitive Dysphasien*. Frankfurt/M.: Peter Lang
- Hindmarch, I., Leheld, H., de Jong, P. & Erzigkeit, H. (1998). The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Vol. 9, Suppl. 2*
- Hooge, W., Pfeleiderer, H. & Springer, L. (2007). Mapping-Therapie und PC-gestütztes Training von Objekt-Verb-Phrasen – eine komparative Studie. *Forum Logopädie* 6 (21), 22-31
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Der Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe
- Ivemeyer, D. & Zerfaß, R. (2002). *Demenztest in der Praxis. Ein Wegweiser*. München: Urban & Fischer
- Kalbe, E., Reinhold, N., Brand, M. & Kessler, J. (2002). Die Aphasie-Check-List (ACL): Ein neues Instrument zur Aphasiediagnostik. In: Tesak, J. (Hrsg.), *Arbeiten zur Aphasie* (21-31). Idstein: Schulz-Kirchner
- Kessler, J., Calabrese, P., Kalbe, E. & Berger, F. (2000). (2000). DemTect. Ein neues Screening-Verfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho* 6, 343-347
- Köpf, G. (2001). *ASTRAIN. Das Alzheimer-Sprach-Training*. Laufen: Oberhausen
- Lämmle, G., Becker, R., Fischer, A., Mix, S. & Steinhagen-Thiessen, E. (2003). Primär progrediente Aphasie – Demenz ohne Leitsymptom „Gedächtnisstörung“. *European Journal of Geriatrics* 2 (5), 81
- Lutz, L. (2004). *Das Schweigen verstehen. Über Aphasie*. Berlin: Springer
- Lutz, L. (2009). *MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasitherapie*. Berlin: Springer
- Masoud, V. (2007). Gruppentherapie bei Aphasie – aktueller Überblick und Praxisbeispiel eines Stufenmodells. *Forum Logopädie* 6 (21), 14-21
- Morton, J.M. (1969). Interaction of information in word recognition. *Psychological Review* 76, 185-178
- Neubert, C., Rüffer, N. & Zeh-Hau, M. (1992). *Neuro-linguistische Aphasitherapie. Materialien. Teil 1: Lexikalisch-semantische Störungen*. Hofheim: NAT
- Pfeil, S. (2009). Kommunikation und Ernährung bei Demenz – Möglichkeiten und Grenzen der Logopädie. *Med Welt* 1-2, 26-33
- Pulvermüller, F. (1991). *Aphasische Kommunikation. Grundfragen ihrer Analyse und Therapie*. Tübingen: Narr
- Rittig, T. (2003). Dysphagie-Management: Therapeutische Strategien bei Dementen. In: Füsgen, I. (Hrsg.), *Sprach- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie* (51-58). Wiesbaden: Medical Tribune
- Romero, B. (1999). Rehabilitative Ansätze bei Alzheimer-Krankheit: Die Selbsterhaltungstherapie. In: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (Hrsg.), *Neurorehabilitation* (531-540). Berlin: Blackwell
- Romero, B. & Wenz, M. (2003). Wirksame Behandlungsprogramme für Demenzkranke und betreuende Angehörige. *Neurol. Rehabilitation* 1 (9), 23-27
- Roth, V.M. (1989). *Kommunikation trotz gestörter Sprache*. Tübingen: Narr

Schaub, A. (2000). Angehörigenarbeit und psychoedukative Patientengruppen in der Therapie affektiver Störungen. In: Möller, H.J. (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (462-473). Stuttgart: Enke

Schegloff, E.A. (2003). Conversation Analysis and Communication Disorders. In: Goodwin, C. (Hrsg.), *Conversation and Brain Damage* (21-55). New York: Oxford University Press

Schegloff, E.A. (2006). *Sequence organization in interaction: a primer in conversation analysis*. Cambridge: CUP

Schuell, H. (1974). *Aphasia theory and therapy*. Baltimore: University Park Press

Schultze-Jena, A. & Becker, R. (2005). Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Forum Logopädie* 5 (19), 14-20

Schwaiter Beerli, M. Werner, P., Dandon, M. & Noy, S. (2002). The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17, 403-408

Stark, J. (1992). *Erfahrungen aus dem Leben des Alltags. ELA. Eine Fotoserie für Sprachtraining, Sprachtherapie und Sprachevaluierung, die die Kreativität und Phantasie fördert*. Wien: Jacqueline Stark

Steiner, J. (2008). Sprachabbau bei beginnender Demenz: Bausteine für eine heilpädagogisch-logopädische Diagnostik. *Forum Logopädie* 6 (22), 14-21

Stengel, F. (2001). *Heitere Gedächtnisspiele im Großdruck. Bd. 1*. Stuttgart: memo

Tesak, J. (2007). *Grundlagen der Aphasietherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner

Weigl, I. (1979). Neuropsychologische und psycholinguistische Grundlagen eines Programms zur Rehabilitierung aphasischer Störungen. In: Peuser, G. (Hrsg.), *Studien zur Sprachtherapie* (491-514). München: Fink

Wenz, C. & Karlbauer, F. (2002). Störungen des Sozialverhaltens. In: Goldenberg, G., Pössl, J. & Ziegler, W. (Hrsg.), *Neuropsychologie im Alltag* (98-115). Stuttgart: Thieme

WHO (2005). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2005. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage> (31.08.2010)

DOI dieses Beitrags
10.2443/skv-s-2010-53020100601

Autorinnen

Silke Gosch-Callsen M.A.
Privatpraxis für Sprachtherapie
Eppendorfer Landstr. 42
20249 Hamburg
sgosch-callsen@t-online.de

Silke Maren Pfeil M.A.
Im Bans 18a
25421 Pinneberg
s.pfeil1@gmx.de

SUMMARY. Aphasia or dementia? The contribution of speech therapy to differential diagnosis and therapeutic intervention

Many brain diseases affect language as a complex cognitive function. Strokes can cause aphasia with its symptoms resulting in expressive and receptive deficits. We find similar mistakes in the different forms of dementia, but there are also distinct differences between aphasia and speech dysfunctions accompanying dementias – especially with regard to pragmatic behavior. These hypotheses may be relevant not only to the reader with interest in scientific-linguistic questions but also to those working with patients in a clinic and practice concerning diagnosis and therapy. Beyond saying that in aphasias we have more mistakes with regard to the language system whereas in dementia pragmatics are more affected, concepts and instruments for describing these mistakes should be known to all working in this field.

KEY WORDS: aphasia – dementia – pragmatics – differential diagnosis – speech therapy



Wie wertvoll ist der Geschmack eines Apfels, wenn man nicht hinein beißen kann?

Patienten, die unter Trismus oder eingeschränkter Kieferbeweglichkeit leiden, haben häufig Schwierigkeiten mit alltäglichen Dingen wie z.B. Essen, Gähnen, Lachen oder Sprechen. Die Möglichkeit, wieder ohne Schmerzen zu essen und mit seinem sozialen Umfeld zu kommunizieren ist ein großer Schritt zu einer besseren Lebensqualität.

TheraBite wurde speziell zur Therapie eingeschränkter Kieferbeweglichkeit entwickelt. Das klinisch geprüfte effektive System hilft dabei, die Kieferöffnung zu vergrößern und Schmerzen zu verringern.

TheraBite ist:

- anatomisch korrekt
- patientengesteuert
- tragbar
- komfortabel
- wirkungsvoll für Kinder und Erwachsene

Mehr Informationen zu TheraBite erhalten Sie bei:
Atos Medical GmbH
Mülheimer Straße 3-7
53840 Troisdorf
Telefon: 02241 / 1493 0
Fax: 02241 / 1493 72
www.atosmedical.de

