

Stefan Heim, Laura Dudek & Hilke Hansen

Logopädischer Versorgungsbedarf in der Psychiatrie?

Eine Analyse anhand von Leitlinien und des DSM-5

Hintergrund

Logopädie befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Störungen in den Bereichen von Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken und Hören. Zu den „klassischen“ Störungsbildern der logopädisch-sprachtherapeutischen Versorgung, die typischerweise mit ihr assoziiert werden, zählen u.a. solche aus dem Bereich der Neurologie (z.B. Aphasie, Dysarthrie, Dysphagie). Die Relevanz von demenziellen Erkrankungen in der alternden Gesellschaft (Bur et al. 2019) illustriert, dass auch an der Schnittstelle zur Psychiatrie ein Bedarf für logopädische Versorgung besteht.

Dieser Artikel stellt den bislang wenig beachteten logopädischen Behandlungsbedarf bei psychiatrischen Störungsbildern im Erwachsenenalter aus drei Perspektiven dar: Psychiatrie-PatientInnen, die zusätzlich eine logopädierelevante Störung entwickeln, Logopädie-PatientInnen mit psychischen Reaktionen auf

ihre primäre Erkrankung und Psychiatrie-PatientInnen, bei denen die psychische Störung selbst logopädischen Behandlungsbedarf impliziert. Der Fokus des Beitrags liegt auf der letztgenannten Perspektive.

PatientInnengruppen mit logopädischem Versorgungsbedarf

Psychiatrie-PatientInnen mit logopädierelevanten Erkrankungen

Viele psychische Erkrankungen bilden sich im frühen bis mittleren Erwachsenenalter aus. Da das Risiko z.B. für Schlaganfälle mit zunehmendem Alter steigt, können neurologische Störungen wie ein Schlaganfall mit resultierender Aphasie, Dysarthrie oder Dysphagie in der Folge sowohl Personen ohne als auch mit psychischen Erkrankungen betreffen. Für die Logopädie ist die Kenntnis der spezifischen Symptome dieser psychischen Erkrankungen hilfreich, um sich hinsichtlich der Gestaltung von Therapiesetting und Gesprächsführung auf die betroffene Person einstellen zu können. Ein Informationsdefizit kann mittels der Recherche zu verfügbarer Evidenz, Fortbildungen, Inter- und Supervision durch KollegInnen aus der Logopädie und durch den interpro-

fessionellen Austausch mit Behandelnden anderer Disziplinen vermieden werden und so einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen ermöglichen.

Logopädie-PatientInnen mit psychischen Folgeerkrankungen

Erkrankungen, die eine logopädische Versorgung erforderlich machen, können einen massiven Einschnitt für die Betroffenen bedeuten. Während alleine ein Schlaganfall bei ca. 30 % der Betroffenen zu Post-Stroke-Depressionen führt (Allida et al. 2020, DGPPN 2015), findet sich z.B. bei Aphasie ein Jahr nach dem Schlaganfall eine rund doppelt so hohe Depressions-Prävalenz (Kauhanen et al. 2000) mit entsprechenden Konsequenzen insbesondere für die kommunikationsbezogene Lebensqualität. Trotzdem werden Post-Stroke-Depressionen zum Teil nicht erkannt. Solche psychischen Folgestörungen mit den zugehörigen Symptomen von Antriebslosigkeit und Verzweiflung bedeuten eine Gefährdung des maximal möglichen Therapie- bzw. Rehabilitationserfolgs. Logopädinnen sind folglich aufgerufen, entsprechende Entwicklungen zu antizipieren, sie im interprofessionellen Austausch zu analysieren und ihnen entgegenzuwirken.

In den aktuellen Leitlinien wird auf die spezifische Situation bei einer Depression im Rahmen einer schlaganfallbedingten Aphasie mit Kommunikationsstörungen nicht eingegangen. Daher ist es insbesondere die Aufgabe der Logopädie, auf die Herausforderungen bei der psychiatrischen Versorgung aufgrund der aphasischen Sprachstörung hinzuweisen. Diese betreffen u.a. die Durchführung zumeist sprachbasierter Screening- und Diagnostikverfahren, Angebote der Gesprächspsychotherapie und auch eine aphasiefreundliche Kommunikation, die Erörterung möglicher Risiken einer medikamentösen Behandlung sowie des erhöhten Auftretens weiterer ischämischer Insulte (Allida et al. 2020, DGPPN 2015).

Gleichzeitig bietet die Logopädie eine wachsende Auswahl Aphasie-spezifischer Behand-

- 1 In diesem Artikel wird „Logopädie“ zur besseren Lesbarkeit stellvertretend für „Logopädie/Sprachtherapie“ verwendet. Analoges gilt für die zugehörigen Adjektive.
- 2 In diesem Artikel wird „Psychiatrie“ zur besseren Lesbarkeit stellvertretend für „Psychiatrie/Psychotherapie“ verwendet. Analoges gilt für die zugehörigen Adjektive.

ZUSAMMENFASSUNG. Logopädie wird in Deutschland bislang selten mit der Behandlung psychischer Störungen assoziiert. Allerdings können Psychiatrie-PatientInnen logopädische Störungsbilder zeigen oder Logopädie-PatientInnen psychische Reaktionen auf ihre Erkrankung entwickeln. Insbesondere aber bringen viele Störungsbilder in der Erwachsenenpsychiatrie Symptome in den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme oder Schlucken mit sich. Bislang fehlt es hierbei an Grundlagenforschung und Interventionsstudien als Grundlage logopädischer Diagnostik und Intervention. Der Artikel skizziert den bislang noch wenig beachteten Bedarf an logopädischer Versorgung für erwachsene PatientInnen in der Psychiatrie.

SCHLÜSSELWÖRTER: Logopädie – Sprachtherapie – Psychiatrie – Leitlinien – DSM-5

lungsangebote wie z.B. biografisch-narrative Konzepte mit positiver Auswirkung auf die Lebensqualität (Corsten et al. 2014). Mohr et al. (2017) wiesen die Reduktion der depressiven Symptomatik durch intensive Kommunikationstherapie nach. Zudem beteiligt die Logopädie bei der Behandlung gestörter Kommunikation gezielt auch die Angehörigen der Betroffenen (DEGAM 2020, Hempler et al. 2018) im Sinne eines Kommunikationspartner-Trainings. Außerdem kann die Logopädie dabei unterstützen, die psychiatrischen Therapieziele zu formulieren. Die hier am Beispiel von Depression und Aphasie angestellten Überlegungen lassen sich analog auch für andere Ätiologien (z.B. Neurodegeneration) und Symptome formulieren. So können beispielsweise Stimmstörungen mit psychischen, psychosozialen und persönlichkeitsbezogenen Beeinträchtigungen und erhöhten Angstwerten einhergehen (Çobanoğlu et al. 2021, Hammer & Teufel-Dietrich 2017). Auch ist es möglich, dass PatientInnen nach vollständiger Laryngektomie an Depression und Angststörungen erkranken (Wulff et al. 2022). Für die Logopädie ist es wichtig, solche in der Folge einer logopädierelevanten Primärerkrankung auftretenden Störungen frühzeitig zu erkennen, damit geeignete Interventionen geplant werden können. Gehen diese über die Expertise und den Indikationsbereich der Logopädie hinaus, ist es wichtig, ExpertInnen insbesondere aus dem Bereich Psychiatrie hinzuzuziehen und die Behandlung interdisziplinär abzustimmen.

Psychiatrie-PatientInnen mit logopädierelevanter Symptomatik aufgrund ihrer psychischen Primärerkrankung

Bei psychiatrischen Störungsbildern stehen oft das persönliche, psychische Leiden oder solche Symptome im Vordergrund, die Gesundheit, Zukunft und ggf. sogar das Überleben der Betroffenen gefährden und z.B. in Form von Aggression auch Dritte betreffen können. Gegenüber solchen massiven Bedrohungen können wichtige Aspekte wie die sprach- und kommunikationsbezogene Lebensqualität in den Hintergrund treten. Angesichts von Rezidiven und PatientInnen, die nicht oder nicht ausreichend gut auf die Behandlung der Primärerkrankung reagieren (Non-Responders), stellt sich die Frage, ob die Logopädie nicht gerade deshalb auch dort Anwendung finden sollte. Denn wo Pharmako- und Psychotherapie ihr Ziel noch nicht erreichen, könnte eine Verbesserung z.B. der Kommunikation zur Verbesserung der Lebens-

qualität beitragen. Gleichzeitig könnte die logopädische Behandlung möglicherweise den Umgang mit unerwünschten Nebenwirkungen von Pharmaka verbessern. Diese Aspekte werden im Folgenden dargestellt.

Bereiche möglicher logopädischer Versorgung

In Deutschland erfüllen jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung die Kriterien einer psychischen Störung (DGPPN 2022). Zu den häufigsten Krankheitsbildern (Tab. 1) zählen Depression, Angststörungen und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentengebrauch (ebd.). Tabelle 2 (nächste Seite) listet alle für diesen Artikel bis Juni 2022 auf die Nennung von „Logopädie“ überprüften Leitlinien. Eine logopädische Therapie wird lediglich in den Leitlinien der Erkrankungen Schlaganfall, idiopathisches Parkinson-Syndrom und Morbus Huntington empfohlen, die im DSM-5 zu der Diagnosegruppe „neurokognitive Störungen“ (17) gehören (DGN 2016, 2017; DEGAM 2020). Auch in der DSM-5-Kategorie „Geschlechtsdysphorie“ (14), bei der die Stimmangleichung von Bedeutung ist, wird die Logopädie bereits in der Leitlinie erwähnt (DGfS 2017). Für den Autismus (1) wird die Logopädie zur Behandlung des sprachlichen Verständnisses sowie der expressiven Kommunikationsfähigkeiten erwähnt.

Daneben existiert allerdings eine Vielzahl von psychischen Störungen bei Erwachsenen, bei denen die Logopädie (noch) keinen Eingang in die Leitlinien gefunden hat, obwohl neben psychischen Symptomen auch Einschränkungen in den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme und/oder Schlucken beschrieben werden. Die folgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, deutet aber auf vielfältige Einsatzbereiche der Logopädie bei psychischen Störungen, wobei der konkrete Behandlungsbedarf noch zu klären ist.

Depression und Angststörungen

Bei depressiven Störungen (4) können das Sprechverhalten mit Klang, Tempo, Modulation und der sprachliche Ausdruck sowie das Sprachverständnis beeinträchtigt sein (DGPPN 2015). In der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ wird zudem beschrieben, dass Betroffene eine reduzierte Mimik und ein Globusgefühl im Hals (Fremdkörpergefühl beim Schlucken) aufzeigen. Stress, Angst und Depression gehen vielfach mit einem gestörten spontanen Speichelfluss bzw. mit Mundtrockenheit einher (Gholami et al. 2017). Dieses wiederum kann zu Sprech- und Schluckproblemen so-

Tab. 1: Kategorien psychischer Störungen im DSM-5

1. Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung
2. Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
3. Bipolare und verwandte Störungen
4. Depressive Störungen
5. Angststörungen
6. Zwangsstörung und verwandte Störungen
7. Trauma- und belastungsbezogene Störungen
8. Dissoziative Störungen
9. Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen
10. Fütter- und Essstörungen
11. Ausscheidungsstörungen
12. Schlaf-Wach-Störungen
13. Sexuelle Funktionsstörungen
14. Geschlechtsdysphorie
15. Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen
16. Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen
17. Neurokognitive Störungen (NCD)
18. Persönlichkeitsstörungen
19. Paraphile Störungen
20. Andere psychische Störungen
21. Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Medikamentenwirkungen
22. Andere klinisch relevante Probleme

FARBCODIERUNG: = Logopädie wird bereits in der zu dem Störungsbild passenden Leitlinie erwähnt; = Logopädie wird in der zugehörigen Leitlinie bisher nicht erwähnt, obwohl logopädisch relevante Symptome beschrieben werden (bei „Neurokognitive Störungen“: Erwähnung von Logopädie nur bei Schlaganfall/Morbus Parkinson/Chorea Huntington, aber nicht bei anderen Störungen mit logopädisch relevanten Symptomen).

Tab. 2: Liste der überprüften AWMF-Leitlinien

(<https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-nervenheilkunde-dgppn.html>)

Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik	Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion
Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 2: Therapie	Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen
Schizophrenie	Fertilitätsverlust bei onkologischen Erkrankungen
Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen	Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung
Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression	Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen
Behandlung von Angststörungen	Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen
Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen	Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir
Zwangsstörungen	Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung
Posttraumatische Belastungsstörung	Leitlinie „Demenzen“
Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung	Leitlinie „Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir“
Depersonalisations-Derealisationssyndrom, Diagnostik und Behandlung (Langfassung)	Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie)
Posttraumatische Belastungsstörung	Schlaganfall
Diagnostik und Therapie der Essstörungen	Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter
Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen	Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma im Erwachsenenalter
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	Parkinson-Syndrom, idiopathisch
Insomnie bei neurologischen Erkrankungen	Chorea / Morbus Huntington
Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Schlafbezogene Atmungsstörungen	Normaldruckhydrozephalus
Narkolepsie	Neuroborreliose

FARBCODIERUNG: ■ = Logopädie wird bereits in der Leitlinie erwähnt; ■ = Logopädie wird in den Leitlinien bisher nicht erwähnt, obwohl logopädisch relevante Symptome existieren/erwähnt werden. Auch die ADHS-Leitlinie wurde überprüft, weil sich die Symptome bis ins Erwachsenenalter

fortsetzen können. Da es sich hierbei aber qua Definition um eine Störung mit Beginn vor dem 7. Lebensjahr handelt, wurde sie in diesem Beitrag mit Bezug zu Störungen im Erwachsenenalter nicht weiter berücksichtigt.

wie zu Folgeerkrankungen im Mundbereich führen (Arany et al. 2021). Hier könnte daher möglicherweise ebenfalls eine Indikation für begleitende logopädische Versorgung gegeben sein.

Störungen durch Alkohol- oder Medikamentengebrauch sowie Tabakkonsum

Die neurokognitive Störung „Delir“ (17) (s.u.) ist im DSM-5 u.a. charakterisiert durch die zusätzliche Beeinträchtigung kognitiver Funktionen: Gedächtnisstörungen, Desorientiertheit, Störung der visuell-räumlichen Fähigkeiten oder Wahrnehmung sowie des Sprachgebrauchs (Falkai et al. 2020). Das Alkoholdelir (17) ist eine akute Folge des chronischen Alkoholismus und kann somit auch zu den Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen gezählt werden. Diese fallen im DSM-5 unter die Kategorie „Störungen im Zusammenhang mit psycho-

tropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ (16) (Falkai et al. 2020). Alkoholmissbrauch kann u.a. durch die Entwicklung von Dysplasien zu Stimmstörungen führen (Niedzielska et al. 1994, House & Fisher 2017), sodass die entsprechenden logopädischen Interventionen hier zum Einsatz kommen könnten.

Tabakrauch kann eine Vielzahl von Erkrankungen wie beispielsweise Asthma, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Lungenentzündungen verursachen bzw. verschlechtern (AWMF 2004). PatientInnen mit eingeschränkter Lungenfunktion leiden in besonderer Weise an Schluckstörungen (Bartolome 2018). Häufig sind sich PatientInnen ihrer Einschränkungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht bewusst, sodass sich Aspirationen mehren und sich die pulmonale Situation drastisch verschlechtert. Die mögliche Bedeutung einer entsprechenden anamnestischen und diagnostischen Erfassung von

Schluckstörungen durch Logopädinnen und ihre Behandlung wird damit für diesen Bereich des Substanzge- und -missbrauchs deutlich.

Schizophrenie

Die Schizophrenie (2) ist durch folgende fünf Leitsymptome charakterisiert: Wahn, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise (z.B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit), grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten und Negativsymptome (z.B. verminderter emotionaler Ausdruck oder reduzierte Willenskraft; Falkai et al. 2020). Während die Symptome Wahn und Halluzinationen das Bild der Schizophrenie in der Gesellschaft bestimmen, steht die als gleichrangig eingestufte Störung der Sprechweise weniger im Fokus (Heim et al. 2019). Dabei sind Sprachstörungen eigentlich eines der wichtigsten diagnostischen Merkmale bei Schizophrenie (Marini et al. 2008). Die hier betroffenen Bereiche der Sprache sind

Wortabruf bzw. lexikalischer Zugriff, Prosodie, Syntax und Pragmatik (Heim 2020, Marini et al. 2008, Convington et al. 2005, Salavera et al. 2013). Diese Störungen können sich negativ auf verschiedene Bereiche der sozialen Partizipation und Lebensqualität der Betroffenen auswirken (Heim et al. 2019).

Eine begleitende logopädische Therapie erscheint demnach als eine sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung von Sprache, Kommunikation, Partizipation und Lebensqualität. In der S3-Leitlinie (DGPPN 2019) wird als ein Ziel die „Förderung und Verbesserung von Fähigkeiten zur Kommunikation“ genannt. Hierfür wird bislang allerdings nur die Ergotherapie, nicht die Logopädie, aufgeführt. Konkrete Ansatzpunkte für eine logopädische Versorgung werden bei Joyal et al. (2016) diskutiert. Die hier genannten Verfahren stammen vor allem aus dem Bereich der Psychotherapie, und die positiven Outcomes gehen teilweise nicht über eine Steigerung der Wortflüssigkeit hinaus, sodass ein Transfer in die Alltagskommunikation fraglich ist. Die Erprobung und Anpassung logopädischer Interventionen bei anderen Störungsbildern wie Aphasie und Demenz könnten hier einen ersten Ansatz darstellen.

Esstörungen

Bei der Anorexia nervosa (Magersucht) (10) wurden abweichende Schluckparameter berichtet (Santos et al. 2016), allerdings ohne klinischen Stellenwert. Masaki et al. (2020) berichten von starker Ulcusbildung im Bereich des oberen Ösophagus. Holmes et al. (2012) berichten über drei PatientInnen mit schwerer Anorexia nervosa und Dysphagie mit hohem Aspirationsrisiko, wodurch die Ernährungshabilitation erschwert wurde. In dieser Stu-

die führte ein Logopädie-Team eine Dysphagie-Therapie (Kräftigungsübungen und kompensatorische Maßnahmen) mit neuromuskulärer elektrischer Stimulation durch. Bei allen drei Patienten wurde eine verbesserte Schluckfunktion ohne andauernde Aspiration erreicht. Im Ergebnis fordern die Autoren die Durchführung einer Dysphagietherapie bei PatientInnen mit schwerer Anorexia nervosa sowie randomisiert kontrollierte Studien. Die Dysphagie-Therapie könnte lange Krankenhausaufenthalte und die Notwendigkeit einer enteralen Ernährung verringern.

Bei der Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) (10) fanden Mendell & Logemann (2001) gestörtes Schluckverhalten. Balata et al. (2008) berichten über einen Zusammenhang zwischen Bulimia nervosa und Stimmveränderungen: Wiederkehrendes Erbrechen verursacht ähnlich wie beim gastroösophagealen Reflux Kehlkopf- und Stimmveränderungen. Zudem scheint bei einer größeren Zahl der PatientInnen der Würgereflex gestört zu sein (Roberts et al. 1989). Weiterhin gibt es zahlreiche Fallberichte über die Fehldiagnose „Anorexie“ bei bestehender Achalasie (Beweglichkeitsstörung der Speiseröhre). Hier könnten LogopädInnen in der Differentialdiagnostik zum Vorliegen einer Dysphagie mit klinischer Schluckdiagnostik (FEES etc.) tätig werden.

Im Grenzbereich zwischen Angst- und Essstörungen (5,10) ist die Phagophobie (engl. Choking Phobia) ins DSM-5 als neu aufgenommene Kategorie angesiedelt. Einige Symptome dieser Angststörung (Vermeiden der Aufnahme von Speisen und Getränken) erinnern an die Symptomatik einer Essstörung. Die Gedanken der Betroffenen konzentrieren sich allerdings nicht auf das eigene Körperbild (Wunsch nach Gewichtsreduktion, Angst vor Gewichtszunah-

me), sondern auf den phobischen, zu schluckenden Stimulus (Sahoo et al. 2016). In diesem Bereich ist logopädische (Mit)versorgung bereits untersucht (Baijens et al. 2013).

Neurokognitive Störungen

Die neurokognitiven Störungen (17) ersetzen im DSM-5 u.a. die Kategorie Demenz (Falkai et al. 2020). Bei den zumeist fortschreitenden Verläufen kommt es beispielsweise zu Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit und der autobiografischen Identität (ebd.). In der S3-Leitlinie „Demenzen“ wird die Logopädie bisher nur im Bereich der Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckens direkt erwähnt und es wird nur eine Studie zur lexikalisch-semantic Stimulation bei Alzheimer-Demenz genannt (DGPPN & DGN 2016). Bur et al. (2019) machten mit ihrem Informationspapier einen Versuch zur Betrachtung aller relevanten Aufgaben der Logopädie bei Demenz.

Unerwünschte

Nebenwirkungen von Pharmaka

Eine Reihe von Psychopharmaka hat Nebenwirkungen, die sich vor allem als Dysregulation des Speichelflusses äußern und Stimme, Sprechen und Schlucken beeinträchtigen können. Die Medikation durch Antipsychotika kann sich bei Schizophrenie (2) z.B. in Form von Dyskinesien, Dystonien oder Xerostomie (Mundtrockenheit) negativ auf das Sprechen der Betroffenen auswirken (Stroup & Gray 2018). Auch Neuroleptika-induzierte Dysphagien werden berichtet (Chaumartin et al. 2012). Das atypische Neuroleptikum Olanzapin, das auch bei (hypo)manischen Phasen bipolarer Störungen eingesetzt wird, kann Sprach-



**IHR
ABRECHNUNGS
EXPERTE**

AS

ABRECHNUNGSSTELLE
für Heil-, Hilfs- u. Pflegeberufe **AG**

Persönlicher Ansprechpartner

Keine Vertragslaufzeiten

Auszahlung ab 48 Stunden

Keine Grundgebühren



www.as-bremen.de/abrechnung-heilmittel.html
0421 303 83 149 | info@as-bremen.de

auffälligkeiten verursachen (DGPPN 2019). Auch in der Behandlung von Angststörungen (5) werden unerwünschte Wirkungen von Medikamenten wie Benzodiazepinen beschrieben, die eine verwaschene Sprache (AWMF 2014) und Hypersalivation (Bounds & Nelson 2021) auslösen können.

Die ebenfalls mit Benzodiazepinen assoziierten Nebenwirkungen Übelkeit und Erbrechen (ebd.) könnten sich wegen der damit einhergehenden Säurebelastung im Pharynx potenziell auf Stimme und Sprechen auswirken. Strawn et al. (2018) berichten in ihrem Review zu Anxiolytika ebenfalls von Übelkeit und Erbrechen, aber auch von erhöhter Xerostomie. Nicht nur die psychischen Störungen selbst, sondern auch ihre pharmakologische Therapie (21) können also Dysfunktionen in Bereichen hervorrufen, die üblicherweise auch zum Versorgungsgebiet der Logopädie zählen, allerdings bei Änderung der Medikation reversibel sein können (Sokoloff & Pavlakovic 1997).

Fazit

Die Logopädie hat viele Schnittstellen mit der Psychiatrie. Insbesondere verursachen viele psychische Erkrankungen Beeinträchtigungen im Bereich Sprache, Sprechen, Stimme oder Schlucken, deren Diagnostik und Behandlung überwiegend noch nicht in die aktuellen Leitlinien Eingang gefunden hat. Grund hierfür ist u.a., dass es noch zu wenig Grundlagenforschung zu diesen logopädie relevanten Beeinträchtigungen gibt und daher noch weniger Studien, die Wirkmodelle logopädischer Interventionen entwickeln und deren Wirksamkeit systematisch überprüfen. Für die Forschung in der Logopädie ist es deshalb in einem ersten Schritt wichtig, all diejenigen psychischen Störungen zu identifizieren, bei denen logopädie-relevante Symptome auftreten können.

Für die klinische Versorgung in der Logopädie kann dieses Wissen dann genutzt und mit Evidenz aus der Praxis weiter unterfüttert werden. Der professionelle Austausch persönlicher Erfahrungen unter den LogopädInnen kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Es liegt im Interesse der Betroffenen, dass alle Beteiligten

im Gesundheitssystem – insbesondere der Logopädie, Psychiatrie und Allgemeinmedizin – die komplexen Zusammenhänge im Blick behalten, damit ein optimales Therapie-Outcome für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten erzielt werden kann.

: LITERATUR

- Allida, S., Cox, K.L., Hsieh, C.F., Lang, H., House, A. & Hackett, M.L. (2020). Pharmacological, psychological, and non-invasive brain stimulation interventions for treating depression after stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (1), CD003437
- Arany, S., Kopycka-Kedzierawski, D.T., Caprio, T.V. & Watson, G.E. (2021). Anticholinergic medication: Related dry mouth and effects on the salivary glands. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 132 (6), 662-670
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2004). *S3-Leitlinie Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (09.05.2022)
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2014). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf (27.04.2022)
- Baijens, L.W., Koetsenruijter, K. & Pilz, W. (2013). Diagnosis and treatment of phagophobia: A review. *Dysphagia* 28 (2), 260-270
- Balata, P., Colares, V., Petribu, K. & Leal, M. (2008). Bulimia nervosa as a risk factor for voice disorders – literature review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 74 (3), 447-451
- Bartolome, G. (2018). Grundlagen der funktionellen Dysphagie-Therapie (FDT). In: Schröter-Morasch, H. (Hrsg.), *Schluckstörungen. Interdisziplinäre Diagnostik und Rehabilitation* (161-402). München: Urban & Fischer

- Bounds, C.G. & Nelson, V.L. (2021). *Benzodiazepines*. Treasure Island: StatPearls Publishing
- Bur, T., Dressel, K., Grosstüch, K., Grün, H.D., Heim, S., Hübner, M., ... & Sickert, S. (2019). Informationen zu Logopädie und Demenz. *Forum Logopädie*, 33 (5), 26-31
- Charmartin, N., Monville, M. & Lachaux, B. (2012). Une ou des dysphagies lors d'un traitement par neuroleptiques ? [Dysphagia or dysphagias during neuroleptic medication?]. *L'Encephale* 38 (4), 351-355
- Çobanoğlu, H.B., Oğut, M.F., Sirin, S. & Arslan, F.C. (2021). The evaluation of Beck Anxiety Scale, Voice Handicap Index, and Brief Symptom Inventory on treatment of patients with vocal fold nodules. *Journal of Voice*, S0892-1997(21)00041-2
- Corsten, S., Konradi, J., Schimpfs, E.J., Harderings, F. & Keilmann, A. (2014). Improving quality of life in aphasia – Evidence for the effectiveness of the biographic-narrative approach. *Aphasiology* 28, 440-452
- Covington, M.A., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, J.T., Fjordbak, B.S., ... & Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research* 77 (1), 85-98.
- DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.) (2020). *S3-Leitlinie Schlaganfall*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2021-03.pdf (06.05.2022)
- DGFS – Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (Hrsg.) (2019). *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf (06.05.2022)
- DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2017). *Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Chorea/Morbus Huntington*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-028l_S2k_Chorea_Morbus_Huntington_2017-12_1.pdf (06.05.2022)
- DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2016). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Idiopathisches Parkinson-Syndrom*. https://dgn.org/wp-content/uploads/2013/01/030010_LL_langfassung_ips_2016.pdf (06.05.2022)
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05_abgelaufen.pdf (06.01.2022)

SUMMARY. Professional SLT care for psychiatric patients? An analysis based on guidelines and DSM-5

Speech and language therapy (SLT) is not frequently associated with psychiatric disorders. However, psychiatric patients can develop disorders requiring SLT. Also, SLT patients may develop psychiatrically relevant reactions to their primary disorders. Most importantly, many psychiatric disorders comprise primary SLT-relevant symptoms such as communication, swallowing, or voice disorders. These disorders require professional SLT care. This paper sketches the yet underrated need for SLT care in psychiatry.

KEYWORDS: SLT/SLP – Speech-Language Therapy – Mental health – Guidelines – DSM-5

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-019l_S3_Bipolare-Stoerungen-Diagnostik-Therapie_2020-05.pdf (26.04.2022)

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2022). *Basisdaten. Psychische Erkrankungen*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/be8589427bb02b67f5592b73cbb4d32cde26d0be/Factsheet_Kennzahlen%202022.pdf (23.04.2022)

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2016). *S-3 Leitlinie Demenzen*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf (28.02.2022)

Falkai, P., Wittchen, H.U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., ... & Zaudig, M. (Hrsg.). (2020). *Diagnostische Kriterien DSM-5*. Göttingen: Hogrefe

Gholami, N., Hosseini Sabzvari, B., Razzaghi, A. & Salah, S. (2017). Effect of stress, anxiety and depression on unstimulated salivary flow rate and xerostomia. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects* 11 (4), 247-252

Hammer, S.S. & Teufel-Dietrich, A. (2017). Patient und Therapeutin in der Stimmtherapie. In: *Praxiswissen Logopädie. Stimmtherapie mit Erwachsenen. Was Stimmtherapeuten wissen sollten* (87-107). Berlin, Heidelberg: Springer

Heim, S. (2020). Kognitive Kommunikationsstörungen bei Schizophrenie und ihre Relevanz für die Logopädie/Sprachtherapie. *Sprache – Stimme – Gehör* 44 (2), 95-98

Heim, S., Dehmer, M. & Berger-Tunkel, M. (2019). Beeinträchtigungen von Sprache und Kommunikation bei Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 90 (5), 485-489

Hempler, I., Woitha, K., Thielhorn, U. & Farin, E. (2018). Post-stroke care after medical rehabilitation in Germany: A systematic literature review of the current provision of stroke patients. *BMC Health Services Research* 18 (1), 468

Holmes, S.R., Gudridge, T.A., Gaudiani, J.L. & Mehler, P.S. (2012). Dysphagia in severe anorexia nervosa: A case report. *The International Journal of Eating Disorders* 45 (3), 463-466

House, S.A. & Fisher, E.L. (2017). Hoarseness in adults. *American Family Physician* 96 (11), 720-728

Joyal, M., Bonneau, A. & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 240, 88-95

Kauhanen, M.L., Korpelainen, J.T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., ... & Myllylä, V.V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases* 10 (6), 455-461

Marini, A., Spoleitini I., Rubino I.A., Ciuffam M., Bria, P., Martinotti, G., ... & Spalletta, G. (2008). The language of schizophrenia: An analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophrenia Research* 105, 144-155

Masaki, S., Watanabe, T., Minaga, K., Kamata, K., Komeda, Y., Kimura, M. & Kudo, M. (2020). Possible involvement of autophagy in esophageal ulcers in anorexia nervosa. *Clinical Journal of Gastroenterology* 13 (4), 473-476

Mendell, D.A. & Logemann, J. A. (2001). Bulimia and swallowing: Cause for concern. *The International Journal of Eating Disorders* 30 (3), 252-258

Mohr, B., Stahl, B., Berthier, M.L. & Pulvermüller, F. (2017). Intensive communicative therapy reduces symptoms of depression in chronic nonfluent aphasia. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 31 (12), 1053-1062

Niedzielska, G., Prusiewicz, A. & Swidzinski, P. (1994). Acoustic evaluation of voice in individuals with alcohol addiction. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 46 (3), 115-122

Roberts, M.W., Tylenka, C.A., Sonies, B.C. & Elin, R.J. (1989). Dysphagia in bulimia nervosa. *Dysphagia* 4 (2), 106-111

Sahoo, S., Hazari, N. & Padhy, S.K. (2016). Choking Phobia: An uncommon phobic disorder, treated with behavior therapy: A case report and review of the literature. *Shanghai Archives of Psychiatry* 28 (6), 349-352

Salavera, C., Puyuelo, M., Antonanzas, J.L. & Teruel, P. (2013). Semantic, pragmatics and formal thought disorders in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9, 177-183

Santos, C.M., Cassiani, R.A. & Dantas, R.O. (2016). Videofluoroscopic evaluation of swallows in anorexia nervosa. *Arquivos de gastroenterologia* 53 (3), 136-140

Sokoloff, L.G. & Pavlakovic, R. (1997). Neuroleptic-induced dysphagia. *Dysphagia* 12 (4), 177-179

Strawn, J.R., Geraciotti, L., Rajdev, N., Clemenza, K. & Levine, A. (2018). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: An evidence-based treatment review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 19 (10), 1057-1070

Stroup, T.S. & Gray, N. (2018). Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry* 17 (3), 341-356

Worrall, L., Ryan, B., Hudson, K., Kneebone, I., Simmons-Mackie, N., Khan, A., ... & Rose, M. (2016). Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in

family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17, 153

Wulff, N.B., Dalton, S.O., Wessel, I., Arenaz Búa, B., Löfhede, H., Hammerlid, E., ... & Homøe, P. (2022). Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *The Laryngoscope* 132 (5), 980-988

Prof. Dr. rer. nat.

Stefan Heim studierte Psychologie in Bonn. Nach der Promotion in Leipzig arbeitete er als Post-Doc in Leipzig, im Forschungszentrum Jülich, an der Uniklinik RWTH Aachen und als Adjunct Professor an der University of Bergen (Norwegen). Er leitet die RWTH-Studiengänge für Logopädie (B.Sc., M.Sc.) und die Arbeitsgruppe „Neuroanatomie der Sprache“ am Institut für Neurowissenschaften und Medizin (INM-I) in Jülich.



Laura Dudek

studierte Germanistik und Musikwissenschaften an der Heinrich-Heine-Universität-Düsseldorf. Nach ihrem Bachelorabschluss absolvierte sie eine Ausbildung zur Logopädin an der Schule für Logopädie am Universitätsklinikum Essen. Heute studiert sie im Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen und arbeitet als Logopädin mit dem Schwerpunkt Neurologie in einer Klinik in Solingen.



© Uli Preuss/Kplus Gruppe

Prof. Dr. Hilke Hansen

ist Professorin für Logopädie an der Hochschule Osnabrück. Nach ihrer Ausbildung und Berufstätigkeit als Logopädin schloss sie ein Masterstudium in Soziologie an der Universität Essex in England ab und promovierte an der Universität zu Köln im Bereich Medizin-Soziologie.



DOI 10.2443/skv-s-2022-53020220602

KONTAKT

Prof. Dr. Stefan Heim

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
sheim@ukaachen.de