Hans Gutzmann / Thomas Brauer

Sprache und Demenz

Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Hans Gutzmann / Thomas Brauer

Sprache und Demenz

Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht

Das Gesundheitsforum

Schulz-Kirchner Verlag

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2007
ISBN print 978-3-8248-0517-4
ISBN E-Book 978-3-8248-9988-3
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2007
Fachlektorat: Prof. Dr. Jürgen Tesak
Lektorat: Doris Zimmermann
Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck
Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfassern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasser bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

Einleitung		7
1	Epidemiologische Fragen	11
2	Klinisches Bild der Demenzen	13
3	Definition und Abgrenzung einzelner Demenzformen	19
4	Sprachliche Veränderungen bei Demenzen	21
4.1	Demenz vom Alzheimer-Typ	23
4.1.1	Sprachfunktionen und Alzheimer-Krankheit	25
4.1.2	Störungen der Sprachfunktion im Frühstadium	26
4.1.3	Störungen der Sprachfunktion im mittleren Stadium	32
4.1.4	Störungen der Sprachfunktion im späten Stadium	37
4.2	Demenz bei Parkinson-Syndromen	42
4.3	Pick-Komplex (frontotemporale Lobärdegeneration)	45
4.3.1	Frontotemporale Demenz	46
4.3.2	Semantische Demenz	52
4.3.3	Primär progrediente Aphasie	59
4.4	Vaskuläre Demenzen	60
4.5	Demenz bei Normaldruck-Hydrocephalus	63
5	Die psychiatrische Therapie demenzieller Erkrankungen	65
5.1	Basistherapie	65
5.2	Psychopharmakotherapie des kognitiven Kernsyndroms	66
5.2.1	Cholinerge Therapieansätze bei der Alzheimer-Krankheit	66
5.2.2	Neuroprotektion durch Glutamatantagonisten	66
5.2.3	Weitere Wirkprinzipien und Kombinationstherapien	67
5.3	Psychopharmakotherapie psychischer Begleitsymptome	68
5.3.1	Neuroleptika	68
5.3.2	Antidepressiva	68
5.3.3	Andere Therapieprinzipien	69
5.4	Nichtmedikamentöse Therapieansätze	70
5.4.1	Die wichtigsten Therapieprinzipien	70

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

5.4.2 Zur Frage von Gedächtnistraining 72
5.4.3 Die Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten 73
5.4.4 Hilfen für Angehörige 73

6 Logopädische und kommunikationsorientierte Diagnostik und Therapie bei demenziellen Erkrankungen 79
6.1 Sprachtherapie 80
6.2 Sprechtherapie 82
6.3 Schlucktherapie 82
6.4 ASTRAIN – Das Alzheimer Sprach-Training (Köpf 2001) 84
6.5 Kommunikations-TAnDem (Haberstroh et al. 2006) 85

7 Schlussbemerkungen 87

8 Literatur 90

9 Informationen zu Demenz und Sprachstörungen im Internet 94

Anlage 1: Lesetext „Der Nordwind und die Sonne“ 95
Anlage 2: Auditive Beispiele der CD 96

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Einleitung

Störungen der Kommunikation sind im Rahmen des Voranschreitens von Demenzprozessen häufig zu beobachten. In einer britischen Studie (Powell et al. 1995) wurde die Wahrnehmung dieser Probleme durch Angehörige und Betreuer beleuchtet. Von den Verhaltensweisen und Symptomen, die bei mindestens der Hälfte der Demenzpatienten als erheblich kommunikationshinderlich beschrieben wurden, berührten einige Sprache und Sprechen. Im Vergleich zu einer gleichaltrigen Kontrollgruppe ergaben sich die deutlichsten Diskrepanzen in folgenden Bereichen: „Ständiges Wiederholen ein und derselben Fragen", „Probleme, ein Gespräch zu beginnen und in Gang zu halten", „Probleme, einem Gespräch zu folgen, vor allem, wenn mehrere Personen sprechen", „Ständiges Abweichen vom Gesprächsthema", „Willkürliche und unpassende Themenwechsel" und schließlich „Ein Thema wird angesprochen und dann während des laufenden Gesprächs vergessen". Angesichts solcher praktischen Kommunikationsprobleme hat die Landesinitiative Demenz-Service NRW eine Kommunikationshilfe für Demenzkranke und ihre Betreuer publiziert (Powell 2005), die viele Probleme aufgreift und praktische Hilfen vorschlägt. Dem Nutzer wird für den Betreuungsalltag eine „ABC-Regel" empfohlen: A: Vermeide Konfrontation (Avoid confrontation), B: Handle zweckmäßig (Be practical), C: Formuliere die Gefühle des Klienten und spende ihm Trost (Clarify the feelings and comfort). Es handelt sich dabei also um eine eher erfahrungsorientierte Sammlung pragmatischer Hilfen für den Umgang mit Demenzkranken als um ein theoriegeleitetes Instrument zur Stützung der sprachlichen Kommunikation.

Solche Handreichungen für die Praktiker sind sicher notwendig, sie ersetzen aber nicht eine systematischere Beschäftigung mit sprachpathologischen Phänomenen bei Demenzerkrankungen. Obwohl es sich um häufige Störungen handelt, ist das wissenschaftliche Interesse auf diesem Gebiet noch nicht sehr ausgeprägt (Schecker 2003). Allerdings stößt man bei der medizinhistorischen Rückschau auf Pioniere. Bereits vor 100 Jahren wurde in einer psychiatrischen Habilitationsschrift (Pfersdorff 1906) betont, dass bis zu diesem Zeitpunkt „im Verlauf der senilen Demenz ... vornehmlich die Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit ... eingehender untersucht" worden seien. Der Autor untersuchte selbst neun Patienten, indem er ihnen, nach Prüfung der örtlichen und

zeitlichen Orientierung sowie von Weltwissen und Rechenfähigkeit, Wortreize aus 18 Kategorien präsentierte. Die sprachlichen Reaktionen der Patienten wurden sorgfältig protokolliert. Bei drei Patienten wurde sogar eine Verlaufsbeobachtung beschrieben. Dank der wörtlichen Protokolle ist es auch dem heutigen Leser möglich, differenziert die Sprachpathologie zu erfassen, bei der sich semantische und phonematische Paraphasien ebenso finden wie Perseverationen und Echolalien. Bemerkenswert erscheint dem heutigen Leser allerdings, dass Pfersdorff in der sehr knapp gehaltenen Diskussion mit keinem Wort auf Arnold Pick eingeht, der bereits zuvor „Über die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie“ (Pick 1892) publiziert hatte. Pick berichtete über Patienten, die klinisch gleichzeitig eine progrediente Aphasie und ein demenzielles Bild boten und bei deren Autopsie Degenerationen in umschriebenen Bereichen des Frontal- und Temporallappens gefunden wurden. Selbst die beiden bekanntesten aphasischen Patienten Leborgne und Lelong, die Paul Broca 1861 untersucht und vorgestellt hatte, scheinen aus heutiger Sicht demenziellen Ursprungs zu sein. Broca hatte beide Patienten nach ihrem Tod seziert und ihre Gehirne in Alkohol konserviert. Untersuchungen der Gehirne in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts zeigten bei Lelongs Gehirn Atrophien beider Hemisphären des Gehirns, wie sie für Demenzen typisch sind. Bei Leborgnes Gehirn hatte bereits Broca eine starke Degeneration des linken Frontallappens beschrieben (Tesak 2005).

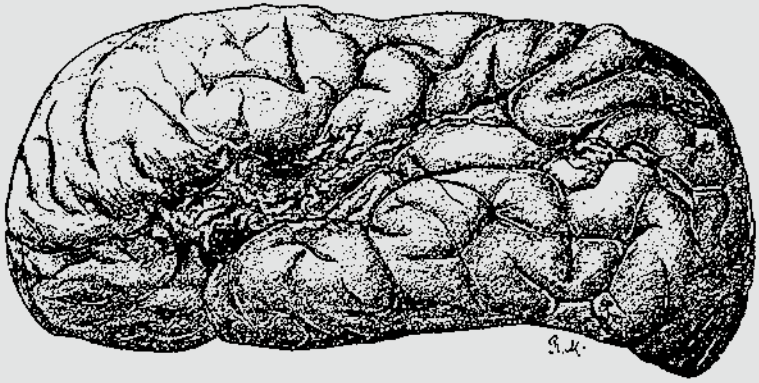

Abb. 1: Das Gehirn des Patienten Leborgne. Aus: J. Tesak: Geschichte der Aphasie

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Sprech- und Sprachstörungen bei Demenzerkrankungen sind also seit mehr als hundert Jahren wissenschaftlich thematisiert. Später finden sich sporadisch Belege für eine fruchtbare Zusammenführung phoniatrischer und psychiatrischer Fragen (z.B. Stockert 1929), ohne dass diesen Ansätzen systematischer nachgegangen worden wäre. Bezüglich der Demenzerkrankungen stellt sich das Bild in den letzten Jahren etwas günstiger dar. Sowohl im englischen (z.B. Powell et al. 1995; Maxim und Bryan 1996) als auch im deutschen Sprachraum (z.B. Benke et al. 1990; Romero 1997; Schecker 2003; Buller und Ptok 2004) gewinnt das Thema der Sprach- und Kommunikationsbeeinträchtigungen bei Demenzen an wissenschaftlichem Interesse. Es wird bei der Lektüre aber auch nicht verborgen bleiben können, dass immer noch grundlegende Informationen über Häufigkeit von Sprach- und Sprechstörungen bei unterschiedlichen Demenzformen, ihre Manifestationscharakteristika im Verlauf und die Verknüpfung mit anderen neuropsychologischen Symptomen bisher nur ansatzweise bekannt sind. Auch die unterschiedliche Terminologie bereitet Probleme. Schon die Frage, ob es sich beim demenziellen Sprachabbau um ein Phänomen handelt, auf das der Begriff der Aphasie anzuwenden ist und das befriedigend mit den erprobten Untersuchungstechniken abbildbar ist, ist strittig.
Hinsichtlich (sprach-)therapeutischer Angebote wird der kommunikationsgestörte Demenzkranke ohnehin noch viel zu oft allein gelassen. Therapeutische Leitlinien berühren diese Frage meist nicht. Vor diesem Hintergrund ist es erfreulich, wenn erste strukturierte Therapieansätze, sowohl für die Demenzkranken selbst als auch für pflegende Angehörige, zu verzeichnen sind (Köpf 2001; Byrne & Orange 2005; Haberstroh et al. 2006).

In unserem Buch wollen wir die gerontopsychiatrische und die logopädische Sicht auf Kommunikationsstörungen bei Demenzerkrankungen verschränken, so dass der Leser ebenso wie der Hörer Gelegenheit bekommt, die Herausforderung, die in dem Facettenreichtum des Problems enthalten ist, für sich und sein jeweiliges Fachgebiet wahrzunehmen. Zur besseren Verständlichkeit haben wir von einigen auditiven Beispielen Transkripte erstellt. Der in den Untersuchungen benutzte Lesetext „Der Nordwind und die Sonne“ ist als Anlage (1) im Anhang vollständig abgedruckt.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

1 Epidemiologische Fragen

Organische psychische Störungen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Ihre aktuelle Häufigkeit steigt in der Gesamtbevölkerung deutlich an, weil im Rahmen des demografischen Wandels die Gruppe der Hochbetagten überproportional zunimmt. Dies resultiert im Wesentlichen aus einem Anstieg der mittleren Lebenserwartung bei gleichzeitigem Rückgang der Fertilitätsrate. Dieser Prozess betrifft besonders die Demenzen, da sie in erster Linie Erkrankungen des höheren Lebensalters sind. Angesichts dieser Entwicklung kommt der differenzialdiagnostischen Abgrenzung demenzieller Syndrome von normalen kognitiven Alternsveränderungen eine besondere Bedeutung zu. In neuropsychologischen Tests zeigen 10-20% der Altenbevölkerung kognitive Störungen, die auf eine strukturelle Schädigung des Gehirns hinweisen (Petersen et al. 1997). Von Patienten mit isolierten Gedächtnisstörungen ohne Beeinträchtigung der Alltagskompetenz, die also die diagnostischen Kriterien für ein demenzielles Syndrom nicht erfüllen, entwickeln bis zu 50% im Verlauf der nächsten fünf Jahre eine demenzielle Erkrankung (Bowen, Teri und Kukull 1997). Trotz der prinzipiell gegebenen Möglichkeit der frühen Identifizierung einer Risikogruppe, und somit auch der Chance zur Frühdiagnose einer demenziellen Erkrankung, wird die Mehrzahl der Demenzen jedoch erst in mittelschweren bis schweren Stadien diagnostiziert. Der Anteil von Patienten mit ausgeprägteren Demenzen an der Bevölkerung liegt bei den 60- bis 64-Jährigen knapp unter 1% und verdoppelt sich nach jeweils etwa 5 Altersjahren. Insgesamt beträgt die mittlere Prävalenzrate für demenzielle Erkrankungen in der über 65-jährigen Bevölkerung 7,2% (Bickel 1999). Das Lebenszeitrisiko für demenzielle Erkrankungen beträgt, wenn bereits ein Alter von 65 Jahren erreicht ist, für Männer 16% und für Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung 34,5% (Ott et al. 1998). 30% der über 90-Jährigen sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird sich die Anzahl der Demenzkranken bis zur Mitte des Jahrhunderts mindestens verdoppeln. Gleich alte Männer und Frauen zeigen keine Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit. Der Anteil von Frauen liegt jedoch wegen ihrer höheren Lebenserwartung und der Sterberate der männlichen Bevölkerung in den Weltkriegen derzeit bei etwa 70%. Die Mehrzahl der an Demenz erkrankten Menschen (bis zu 80%) leben im häuslichen Umfeld und werden von direkten Angehörigen – Ehepartner oder die meist selbst schon

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

am Ende des Berufslebens stehenden Kinder – betreut (Steiner 2001). Das bedeutet, dass die eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten des Dementen in hohem Maße auch die familiären Beziehungen beeinflussen (höre auch CD 16). Steiner fordert deshalb zu Recht nicht nur „verstärkte Konzeptentwürfe bezüglich Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der (sprachlichen) Kompetenz des Primärpatienten“, sondern ebenso „handlungsleitende Konzepte zur Beratung der Betroffenen (der Angehörigen) mit dem Ziel, Erleichterungen und Hilfen für das Gespräch zu erarbeiten“. Er sieht hierin den sprachtherapeutischen Beitrag im interdisziplinären Behandlerteam des Demenzkranken.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

2 Klinisches Bild der Demenzen

Wesentliche Voraussetzungen für eine Diagnosestellung sind ein Nachlassen des Gedächtnisses und Störungen des Denkvermögens, die zu einer einschneidenden Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) führen. Darunter versteht man Tätigkeiten wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene und die Kontrolle der Körperausscheidungen einschließlich der Toilettenbenutzung. Bei weniger stark betroffenen Personen sind für die Beurteilung der Alltagskompetenz auch die Wahrnehmung sozialer oder kultureller Aktivitäten sowie die Bewältigung der Aufgaben am Arbeitsplatz diagnostisch mit heranzuziehen. Eine Demenzerkrankung wird aber nicht nur durch primär kognitive Störungen charakterisiert, vielmehr sind durch das Krankheitsgeschehen auch solche Systeme wie Wahrnehmung, Affektivität, Willen und Persönlichkeitsmerkmale berührt. In der diagnostischen Klassifikation der Welt-Gesundheits-Organisation (ICD-10) (WHO 1992) wird unter dem klinischen Begriff „Demenz“ eine mindestens 6 Monate anhaltende Gedächtnisstörung verstanden, die zusätzlich mit Defiziten des Urteils- und Denkvermögens einhergeht. Bewusstseinsstörungen dürfen zum Diagnosezeitpunkt nicht vorliegen, werden aber sehr wohl im Krankheitsverlauf im Rahmen deliranter Episoden, für deren Auftreten eine Demenzerkrankung einen der Hauptrisikofaktoren darstellt, immer wieder beobachtet und führen häufig zu stationären Einweisungen.

Meist wird dem Patienten, besonders aber den Angehörigen, im Alltag zuerst die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit deutlich. Es sind also zunächst Gedächtnisinhalte betroffen, die nach Krankheitsbeginn erworben wurden. Im Fortschreiten der Erkrankung werden zunächst das Neu- und erst später das Altgedächtnis sowie die Ordnung des Zeitgitters betroffen.
Neben der Gedächtnisstörung treten Denkstörungen auf. Zu ihnen zählen neben Verlangsamung, Umständlichkeit und Zähflüssigkeit des Gedankenablaufs auch eine zunehmende inhaltliche Einengung, ein Verlust der Abstraktionsfähigkeit und eine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens. Schon früh beklagt der Patient Konzentrationsstörungen. Die Orientierung kann in vielfältiger Weise gestört sein, wobei in aller Regel zuerst Probleme mit der kalendarischen Ordnung auftreten. Örtliche, autopsychische und situative Orientierungsstörungen zeigen das Fortschreiten der Erkrankung an.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Im ersten auditiven Beispiel (CD 01) berichtet Frau E. von ihrer ersten selbst wahrgenommenen Orientierungsstörung sowie den mittlerweile auftretenden Gedächtnisproblemen. Diese werden beim Nacherzählen (CD 03) eines zuvor flüssig vorgelesenen Textes (CD 02) deutlich. Die Patientin bemerkt ihre Schwierigkeiten beim Nacherzählen, wird ärgerlich und schiebt das Unvermögen auf ihre Aufgeregtheit. Auch Herr H. (CD 04) berichtet von Gedächtnisstörungen, die ihm zunächst bei der Ausübung seines Berufs aufgefallen sind. Die ebenfalls auftretenden sprachlichen Probleme, vorwiegend Wortfindungsstörungen und semantische Paraphasien mit geringerer Abweichung zum Zielwort, bemerkt er dagegen selbst kaum.



Transkript Spontansprache Herr H. (CD 04)

U.: **Was ist das Problem, warum sind Sie in die Psychiatrie gekommen und haben dort sich untersuchen lassen?**

Hr. H.: **Eija, weil ich eh vergesslich bin. Also ich tu manches ebe vergesse. Zum Beispiel, wenn ich moins als emo irgendwas such, fememermo un denk hab ich jetz mei Hemd ins Schlofzimmer noigelegt oder hab ich's schon raus ins Wohnzimmer, wenn ich des anziehe will. Dses sin so Sache, die do dann eim da ufffalle. Un des ver un wenn ich noch gearbeit hab, war des so gewese, [...] als Schlosser. Un do habbe se jo e Zeichnung unun so Stücklist kimmt druff oa, was für Arbeit es grad is, und dann hab ich dann do uff die Stücklist geguckt, aha, brauchst samer en Träger hunnertzwanscher U-Schiene, musst dir zuschneide uff zwatausendachthunnert sa mer moa, irgend e Maß ja. Bin ich da an die Maschin gelaafe, un wien isch dort war, denk isch, was wollst' überhaupt da, hat ich praktisch das Maß vergesse gehabt. Bin isch dann widder zerick, bin isch an die Zeischnung, hab do noma geguckt, weil's am do ja dann vielleischt widder e kloa bissje besser kommt un dann hab isch, wie isch's dann hat widder, hab isch's uffgeschribbe, bin dann dahin, da hab isch's dann abgeschnitte, so wie isch mir's vorgestellt hab. Un do is mir des neilich als Erstes schon uffgefalle, also dass do irgendwas nit stimmt. Nur unnernomme hab isch in dem Sinn nix, weil isch jo gewusst hab, dass isch sowieso bald in Rende geh.**

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de