

## Zur Sprache bringen – Möglichkeiten und Grenzen logopädischer Therapie bei Demenz

### Handout zum Vortrag

Referentin: Saskia Sickert Logopädin (B.Sc.), Team- und Therapiekordinatorin, HELIOS-Klinik Schloss Pulsnitz, Mitglied im Deutschen Bundesverband für Logopädie - Menschen zur Sprache bringen!  
-www.dbl-ev.de

Demenz ist eine schwerwiegende Erkrankung, die insbesondere ältere, vor allem aber hochbetagte Menschen betrifft. Besonders im sogen. 4. Lebensalter ist die Konfrontation der Betroffenen und Angehörigen mit dieser Erkrankung eine hohe Herausforderung. In diesem Lebensabschnitt sind ältere Menschen bereits mit steigender Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen konfrontiert, bei gleichzeitig sinkenden Reservekapazitäten. Dadurch fällt es den Betroffenen schwer, sich von Krankheiten zu erholen oder deren Folgen zu überwinden.

Störungen der Sprache und Kommunikation stellen zum Teil wichtige Frühsymptome einer beginnenden Demenz dar, wie bei Demenz vom Alzheimer Typ oder sind sogar das Hauptsymptom (z. B. bei den primär progressiven Aphasien). Daher ist die Therapie und Betreuung von Menschen mit Demenz seit vielen Jahren ein wichtiges Handlungsfeld für die Logopädie.

Dieses umfasst auch Probleme und Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckens, die im Verlauf einer Demenzerkrankung auftreten können. Sie stellen für die Betroffenen manchmal lebensbedrohliche Zustände dar. Beide Teilaspekte waren Thema des Vortrages auf dem Wehrfritz- Fachtag in Bad Rodach 2017.

### Handlungsfeld 1: Störungen der Sprache und Kommunikation bei Demenz

Sprache und sprachliches Wissen sind Teil der menschlichen Intelligenz und Kognition. Kognitive Leistungen sind bei Demenz vorrangig betroffen. Daher sind Leistungen der Sprache auch in der Syndromdefinition von Demenz nach ICD10 in der aktuellen S3-Leitlinie Demenz direkt benannt:

*„Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, **Sprache, Sprechen** und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. ...“*

Veränderungen der Sprache und Kommunikation werden bei vielen Demenzformen deutlich, z.B.:

- Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)
- Frontotemporale Demenz
- Subtyp Primär Progressive Aphasien (PPA)
- Vaskuläre Demenz (VD)
- Gemischte Demenz
- Demenz bei Morbus Parkinson

Die Sprachstörungen im Zusammenhang mit Demenzen werden in Abgrenzung zu Sprachstörungen bspw. nach Schlaganfall als **Kognitive Dysphasien** bezeichnet, bei denen

primäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen zu einer gestörten Sprachverarbeitung führen. Jedoch können auch direkte sprachliche Symptome, wie sie auch bei klassischen Aphasien auftreten, beim Voranschreiten der Erkrankung deutlich werden.

Symptome gestörter Sprache und Kommunikation in frühen und mittleren Phasen bspw. der Demenz vom Alzheimer Typ lassen sich wie folgt kennzeichnen:

- stark fluktuierende sprachliche Leistungen
- zunehmende Verlangsamung des Redeflusses
- Zunehmende Wortfindungs- und Benennstörung
- Echolalie
- Reduktion der Syntax auf weniger komplexe Strukturen
- Gedankenverarmung
- abschweifende Rede
- Konkretismus
- Pronominalisierung/ Repronominierung
- Verwendung kommunikativer Fertigkeiten und von Floskeln.

Im späten Stadium der Demenz verstärken sich diese Symptome. Es kann zum völligen Verstummen der Betroffenen kommen (Mutismus) oder Betroffene äußern nur noch lange Redeketten aus Floskeln oder unverständlichen Wörtern. Sie können Gesprächen kaum noch folgen oder sich beteiligen, Lesen und Schreiben sind nicht mehr möglich.

**Im Gegensatz zum normalen und gesunden Altern, nimmt durch die Demenzerkrankung bei den Betroffenen die sprachliche Kompetenz deutlich ab. In späten Stadien ist sprachliche Kommunikation mit dem Erkrankten kaum noch möglich!**

Aufgaben der Logopädie in diesem Bereich sind die Diagnostik, Therapie der Sprach- und Kommunikationsstörungen sowie die Beratung. In Hinblick auf die logopädische Diagnostik sollte generell auf belastende Aufgaben mit den Betroffenen verzichtet werden. Es ist nur zu erheben, was für eine Therapieplanung unbedingt erforderlich ist. Weitere Prinzipien der Diagnostik sind (Steiner, 2010):

- **Interprofessionell:** Logopädie ist Teil eines patientenzentrierten Gesamtkonzeptes; die Zielbestimmung erfolgt unter Einbeziehung der Primär- und Sekundärbetroffenen
- **Wertschätzend:** Die Diagnostik soll den Betroffenen nicht bloßstellen, sondern Perspektiven eröffnen und den Betroffenen Mut machen.
- **Systemisch:** Es geht weniger um Symptome und Ursachen, das Ziel ist die Identifizierung von **Ressourcen** und verbliebenen **Fähigkeiten**.

Die logopädische Therapie lässt sich in das in der aktuellen Leitlinie Demenz empfohlene Spektrum der psychosozialen Interventionen einordnen, wobei sie dort einen Teil der kognitiven Therapie darstellt. Bei diesen Interventionen werden kognitive Funktionen aktiviert und trainiert, so z.B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit und **Sprache**. Dies erfolgt in der Logopädie u.a. durch:

- Kognitives Training (betrifft sprachliche Leistungen wie Benennen, Sprachverständnis, Semantik, Lesen und Schreiben, oft in frühen Stadien einer Demenzerkrankung und bei Menschen mit primär progressiven Aphasien angewendet)
- Kognitive Stimulation (besonders für Patienten mit leichten bis mittelschweren Demenzen), ein Beispiel ist das Konzept ASTRAIN – Alzheimer

- Kognitiver Rehabilitation bestehend aus Methoden des kognitiven Trainings und der kognitiven Stimulation und auch in Form von Gruppentherapien möglich.
- Reminiszenz und autobiografische Arbeit dabei werden Erinnerungen, Erlebnisse, Interessen des Lebens des Betroffenen versprachlicht, ein Beispiel ist die KODOP-Methode (Kommunizieren- Dokumentieren - Präsentieren) nach Steiner (2010).

Wichtig bei allen Therapieformen ist die Verknüpfung der Therapieinhalte mit der Biografie, den Interessen und der Lebenssituation des Betroffenen!

Grundlegende Ziele logopädischen Sprachtherapie im Handlungsfeld Demenz sind:

- Stärkung, Stabilisierung und längst möglicher Erhalt der noch vorhandenen *kommunikativen Ressourcen*
- Erhalt *sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten* und Kompetenzen
- Vermeiden von Angst, Stress und Leistungsfrustration
- Sicherung sprachlicher *Aktivitäten* und der *Teilhabe im Alltag* über Kommunikation.

## **Handlungsfeld 2: Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckens bei Demenz**

Ausgangspunkt für diesen Bereich sind zunächst die physiologischen Veränderungen des Schluckens im höheren Lebensalter als wichtige Grundlage für das Verständnis von Dysphagien im Alter, insbesondere bei Demenzen. Physiologische Veränderungen des Schluckens im Alter werden als *Presbyphagie* bezeichnet. Die Veränderungen beziehen sich auf:

- das periphere und zentrale Nervensystem (z.B. Abnahme der Sensibilität im Pharynx, leicht verspätete Schluckreflexauslösung und größere kortikale Aktivierung beim Schlucken)
- physiologische anatomische und neuromorphologische Veränderungen im Oropharynx und Ösophagus und der Atem-Schluck-Koordination (betrifft u.a. die Hyoidverlagerung beim Schlucken, eine verlängerte Bolustransitzeit, einer veränderten Öffnungsweite des oberen Ösophagussphinkters beim Schluckvorgang, eine verlängerte laryngeale Verschlussdauer mit längerer Apnoephase während des Schluckens)
- Symptome wie z. B. leichte Reste von Nahrung im Mundraum nach dem Schlucken, leichte Penetration von Nahrung im Hypopharyxbereich, jedoch ohne Aspiration.

Trotz dieser Veränderungen erfolgt das Schlucken im Alter meist sicher, ohne die Gefahr einer Aspiration. Einige der Veränderungen werden in wissenschaftlichen Studien als natürliche Kompensationsmechanismen auf die altersbedingten Veränderungen interpretiert, die helfen, das Schlucksystem aufrecht zu erhalten (vgl. Wilmskötter, Stanschus 2011). Obwohl kauen und schlucken für ältere Menschen erschwert sind, sie mehr Zeit für die Nahrungsaufnahme benötigen, bleibt für die meisten auch im Alter das Essen ein Genuss und die Lebensqualität in dieser Hinsicht erhalten.

Treten jedoch in dieser Lebensphase schwerwiegende chronische Erkrankungen hinzu, wie Schlaganfälle, Morbus Parkinson oder Demenzen, kommt das Schlucksystem sehr schnell an seine Grenzen. Aus diesem Grund gilt das Schlucksystem älterer Menschen als **Prädisposition für die Ausbildung von Dysphagien**. Eine Kompensation der dann vermehrt auftretenden Symptome ist nicht mehr ohne weiteres für die Menschen möglich.

Störungen der Nahrungsaufnahme bei Demenz sind oft Folge der kognitiven Veränderungen und können sich in folgenden Auffälligkeiten zeigen:

- Essen wird nicht mehr als solches erkannt und Nahrung wird verweigert
- Zunehmende Unfähigkeit zu essen
- Kau- und Schluckprobleme
- Häufiges Verschlucken (verbunden mit Husten)
- Geringe Flüssigkeitsaufnahme
- → **Gewichtsverlust, Mangelernährung, Zunahme von Symptomen bzgl. Frailty und Sarkopenie**

Anzeichen für eine Dysphagie sind:

- Kloß- oder Fremdkörpergefühl im Hals
- Hustenreiz beim oder nach dem Schlucken
- Atemnot beim Essen oder Trinken, brodelnde Atemgeräusche
- Erschwertes Kauen
- Speichelfluss aus dem Mund, Austritt von Nahrung aus Mund oder Nase
- Vermehrte Nahrungsreste im Mund während oder nach dem Essen
- Gurgelnder „nasser Stimmklang“, undeutliches Sprechen
- Gewichtsabnahme und unklare Fieberschübe

Diesen Anzeichen muss im Pfltag eine erhöhte Aufmerksamkeit gelten und bei Auftreten sollte der behandelnde Arzt und eine Logopädin hinzugezogen werden. Dysphagien können für die Betroffenen zu lebensbedrohlichen Zuständen führen, weil die Gefahr einer Aspiration von Nahrungsanteilen in die unteren Atemwege besteht und dies zur Ausbildung lebensbedrohlicher **Aspirationspneumonien** führen kann.

Die Behandlung von Störungen der Nahrungsaufnahme und des Schluckens sollte grundsätzlich in einem netzwerkartig organisierten Dysphagiekompetenzteam erfolgen, welches

- Ärzte (Geriatern, Hausärzten, Neurologen, HNO)
- Zahnärzten
- Pflegekräften und Angehörigen
- Therapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) und
- Diätassistenten umfasst.

Die Aufgaben der Logopädie in diesem Bereich umfassen:

- Diagnostik und Beurteilung des Schluckens und der Nahrungsaufnahme
- Erhebung der Essbiografie
- Erfassen der individuellen Möglichkeiten einer sicheren Nahrungsaufnahme
- Erarbeitung individueller Strategien zur Stabilisierung der Nahrungsaufnahme
- Beratung und Anleitung des häuslichen Umfeldes/Pflegekräfte
- Erarbeitung von Kostplänen

Logopäden stellen Kostpläne zusammen und wählen Koststufen aus, die die betroffenen Patienten noch sicher und ggf. mit Hilfen aufnehmen können. Eventuelle Kompensationsstrategien werden in der Therapie oder beim therapeutischen Essen erprobt und trainiert. Anschließend steht die Beratung und Anleitung von Angehörigen und Pflegepersonal im Vordergrund.

**Ziele** der logopädischen Dysphagietherapie bei Menschen mit Demenz sind:

- Längst möglicher Erhalt einer sicheren oralen Nahrungsaufnahme
- Längst möglicher Erhalt von Essgenuss und Essfreude.

Die Maßnahmen der Dysphagietherapie sind in jedem Fall einer PEG-Anlage vorzuziehen. Eine PEG ist bei jedem einzelnen Patienten mit Demenz im Dysphagiekompetenzteam sorgfältig zu beraten und abzuwägen. Bisherige klinische Studien verdeutlichen, dass durch eine PEG in der Regel keine Verbesserung der Ernährungssituation oder der Lebensqualität des Betroffenen erreicht werden konnte, jedoch diese zu einer steigenden Mortalität bei den Patienten führte (Geißler, Winkler 2010).

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Deuschl G, Maier W et al. (2016). S3-Leitlinie Demenzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 29.11.2016)
- Heidler, M.-D. (2006). Kognitive Dysphasien. Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Fischer-Terworth C., Probst P. (2012). Effekte einer psychologischen Gruppenintervention auf neuropsychiatrische Symptome und Kommunikation bei Alzheimer-Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45. (5), 392-399.
- Förstl H.(Hrsg.) (2009). Demenzen in Theorie und Praxis. Heidelberg: Springer Verlag.
- Geißler M., Winkler S, (2010). Dysphagie. Das Gesundheitsforum. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Grün H. (2016). Sprachtherapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz. Forum Logopädie Heft 5 (30), 18-21.
- Gutzmann H., Brauer T. (2007). Sprache und Demenz, Diagnose und Therapie aus psychiatrischer und logopädischer Sicht. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Köpf, G. (2001). ASTRAIN: Das Alzheimer-Sprach-Training. Oberhausen: Verlag K.M. Laufen
- Schultze-Jena A., Becker R. (2005). Anhaltspunkte für eine Demenz in der Aphasiediagnostik – Ergebnisse einer Pilotstudie. Forum Logopädie Heft 5. (19), 14-20.
- Steiner J (2010). Sprachtherapie bei Demenz – Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik. Band 5. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wilmskötter J., Stanschus S, (2011). Dysphagie und Ernährung. In: Geist B., Hielscher-Fastabend M. (Hrsg.), Sprachtherapeutisches Arbeiten im Handlungsfeld Demenz (47-74). Köln, ProLog.