

Zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit bei progressiven neurodegenerativen Erkrankungen am Beispiel der PSP

Susanne Wagner

ZUSAMMENFASSUNG. PatientInnen mit Progressiver Supranukleärer Blickparese (PSP) verlieren mit zunehmender Krankheitsdauer alle vertrauten Kommunikationsmöglichkeiten – durch progrediente Dysarthrien, eine zunehmende Einschränkung von Blickbeweglichkeit und Mimik sowie eine mikrografische Handschrift. Da die medizinischen Möglichkeiten im Falle der PSP beschränkt sind, muss u.a. über die logopädische Therapie die Teilhabe der Betroffenen am täglichen Leben gesichert werden. Eine spezifische Sprechtherapie gibt es bisher jedoch nicht, und da die Erkrankung progressiv verläuft, ist die Wirkung klassischer Dysarthrie-Therapien begrenzt. Eine Ergänzung der Therapie durch Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK) bietet sich an.

Schlüsselwörter: Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP) – atypisches Parkinson-Syndrom – neurodegenerative Erkrankung – Dysarthrie – Unterstützte Kommunikation (UK)



Dr. phil. Susanne Wagner ist seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Die Linguistin und Kognitionswissenschaftlerin forscht und lehrt zur Überbrückung von Kommunikationsbarrieren bei neurodegenerativen Krankheiten und Hör-Sprach-Behinderungen. Promoviert hat sie am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften Leipzig und der Universität Potsdam zum Einfluss der Arbeitsgedächtnisses auf die Verarbeitung ambiger Wörter im Gehirn.

Einleitung

Es gibt Krankheiten, die bis heute medizinisch kaum beeinflussbar sind. Bei solchen Krankheiten kommt den symptomatischen Therapien, wie z.B. der Logopädie, besondere Bedeutung zu, denn nur sie können den Betroffenen eine Linderung der Beschwerden verschaffen.

Die Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP, in Deutschland oft auch Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom, SRO) ist eine solche Krankheit. Sie gehört zu den atypischen Parkinson-Syndromen (ausführlich in Schwarz & Storch, 2005) und ist verwandt mit der Parkinsonschen Erkrankung. Anders als bei Morbus Parkinson gibt es jedoch bislang keine nachgewiesene wirksame medikamentöse Behandlung, die den Krankheitsverlauf oder die Symptome maßgeblich beeinflussen kann. Da die PSP mit schweren Dysarthrien einhergeht (Mallien, im Druck), ist die logopädische Therapie besonders wichtig. Sie ist aber auch eine besondere Herausforderung. Einerseits fehlen PSP-erprobte Therapien, andererseits stellt der fortschreitende Charakter der PSP ganz besondere Anforderungen an die Therapie. So muss das Ziel der therapeutischen Intervention sowohl im (Wieder-)Aufbau und Erhalt von sprachlichen Fähigkeiten liegen, als auch auf den Kampf gegen den

Abbau der (noch) vorhandenen Kommunikationswege ausgerichtet sein.

Die logopädische Therapie bei PSP-PatientInnen erfordert daher eine sorgfältige Diagnostik sowohl initial als auch Therapiebegleitend, und die Therapie-Planung sollte – am (angenommenen) Dysarthrie-Verlauf orientiert – unterschiedliche Maßnahmen für die verschiedenen Krankheitsphasen vorsehen. Darüber hinaus sollte der Progression der Krankheit Rechnung getragen werden, indem das therapeutische Vorgehen permanent überprüft und angepasst wird.

PSP – das Krankheitsbild

Wie Morbus Parkinson so ist auch die PSP eine Bewegungsstörung, die durch Nervenzellverluste u.a. in den Basalganglien, also im subkortikalen Bereich, hervorgerufen wird (vgl. Christ et al., im Druck). Die Betroffenen leiden unter zunehmender Rigidität und Gangunsicherheit mit vielen Stürzen, und ihre motorischen Fähigkeiten verschlechtern sich zusehends. Viele PatientInnen sind nach wenigen Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen. Besonders charakteristisch für die PSP ist die zunehmende Unfähigkeit, die Augen willentlich zu bewegen (supranukleäre Blickpa-

rese), was bis zu einer kompletten Blicklähmung führen kann.

Dysarthrie und Dysphagie treten im Verlaufe einer PSP standardmäßig auf, wobei die Dysarthrie meist schnell fortschreitet und dann bald zur Anarthrie wird (Goetz, 2003). Darüber hinaus treten auch Sprachprobleme, wie z.B. Wortfindungsstörungen auf (Wagner, 2005a; Wagner et al., 2005). Auch Pallidien und Echolalien (ebd.) sowie Veränderungen im Bereich der Atemfunktion wurden beobachtet. Die Schluckstörungen können eine Versorgung mit einer PEG erforderlich machen. In der Tabelle auf Seite 15 sind die Grunddaten der PSP und ihre typischen Symptome in Kurzform dargestellt.

Hoher Logopädie-Bedarf

Der Einsatz von logopädischer Therapie sollte bei einem Krankheitsbild wie der PSP obligatorisch sein, zumal die Betroffenen deutlich unter ihren schwindenden kommunikativen Möglichkeiten leiden (Wagner, 2005a; Wagner et al. 2005). Allerdings zeigte sich in einer stichprobenartigen Untersuchung zur Kommunikations-Situation bei Menschen mit PSP in Deutschland, dass nur zwei Drittel der befragten PSP-PatientInnen überhaupt regelmä-

ßig logopädische Therapie erhielten (ebd.). In Gesprächen und Interviews mit Betroffenen und PSP-erfahrenen TherapeutInnen wurde außerdem deutlich, dass in den Therapien kaum Behandlungserfolge verzeichnet wurden (Krippendorf, 2006). Eine Erklärung für die als unzureichend empfundenen Therapien könnte sein, dass überwiegend funktionstherapeutisch vorgegangen wurde, was den Verfall der kommunikativen Funktionen zwar bremsen, aber nicht dauerhaft aufhalten kann, und auch keine alternativen Kommunikationsmöglichkeiten aufbaut. Die Betroffenen erleben somit, dass ihre Kommunikationskanäle trotz der Therapie versiegen, und dass ihnen die Logopädie allenfalls kurzzeitig, aber nicht substanzial helfen kann.

Therapieziel: Aktivität und Teilhabe

Für PatientInnen mit progressiven Erkrankungen wie der PSP wäre eine regelmäßige Therapie wünschenswert, die von Anfang an neben der Funktionstherapie (für PSP-spezifische therapeutische Möglichkeiten vgl. Wagner & Mallien, 2006) auch Maßnahmen gegen den drohenden Verlust der

Kommunikationsfähigkeit vorsieht. Als allgemeine Handlungsgrundlage für eine solche Therapie(planung) eignen sich die Instrumente der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF“ (DIMDI, 2005 vgl. auch Grötzbach, 2006, Coopmans, 2007, sowie diverse Beiträge in Rentsch & Bucher, 2005). Nach der ICF sollte sich die therapeutische Intervention nicht primär auf das Vermindern krankheitsverursachter Symptome richten. Sie sollte vielmehr vor allem darauf ausgerichtet sein, die Probleme zu beheben, die ein Individuum in Bezug auf Aktivität (eigene Handlungen) und Teilhabe (Einbezogenheit in die Lebensumwelt) hat.

Konkret bedeutet dies, dass trotz vorhandener Dysarthrie nicht notwendigerweise eine (klassische) Dysarthrietherapie durchgeführt werden muss. Wenn Aktivität und Teilhabe durch die Dysarthrie massiv eingeschränkt sind, eine wesentliche Besserung durch funktionstherapeutische Maßnahmen aber nicht zu erwarten ist, sollte es oberstes Therapie-Ziel sein, den Betroffenen ihre Kommunikationsfähigkeit auf anderem Wege zu erhalten. Ein Weg, der sich hier anbietet, sind Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation (UK).

■ Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP)

Lokalisierung des Nervenzellverlusts	Basalganglien und Hirnstamm, z.T. auch Frontalhirn (1)
Prävalenz	5-6 auf 100.000 Einwohner (1)
Mittleres Erkrankungsalter	60.-65. Lebensjahr (1), Erkrankungen vor dem 50. Lebensjahr möglich
Allgemein motorische Auswirkungen	Gleichgewichtsstörungen mit vielen Stürzen, Bewegungssteuerung gestört, Grob- und Feinmotorik eingeschränkt, Versteifung, v.a. im Schulter- und Nackenbereich
Kognition	Hinweise auf Frontalhirn-Syndrom: Verlangsamung von Denkprozessen, allg. Interesseverlust, Apathie, „subkortikale Demenz“ (2), wenig erforscht
Atmung	kann betroffen sein
Augenbewegungen	zunehmende Blicklähmung, vor allem nach unten (1)
Schluckstörungen	Bei bis zu 40 % eines der initialen Symptome (3), Aspirations-Pneumonie ist häufigste Todesursache (4)
Aussprache	Dysarthrie – Anarthrie (1)
Sprachproduktion	Wortfindungsstörungen, evtl. parallele Prozesse der Sprachplanung und -ausführung erschwert, wenig untersucht
Schreiben	meist frühe Einschränkung durch Mikrografie (5), Blicklähmung erschwert Rückkopplung
Nonverbale Kommunikation	zunehmend maskenhafter Gesichtsausdruck, verstärkt durch starre Augen und eher seltenes Blinzeln, zunehmender Verlust von Mimik und Gestik, sichtbare Reaktion auf äußere Reize nimmt ab (wendet sich z.B. GesprächspartnerInnen nicht mehr zu)

(1) Schwarz & Storch, 2005; (2) Litvan et al., 1996; (3) Sonies, 1992; (4) Leopold et al., 1997; (5) Wagner et al., 2005

Unterstützte Kommunikation (UK)

„Unterstützte Kommunikation“ steht für „therapeutische Maßnahmen zur Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten bei Menschen, die nicht oder kaum über Lautsprache verfügen“ (Bober & Franzkowiak, 2001). Man unterscheidet drei verschiedene Formen der Unterstützten Kommunikation, die die Lautsprache sowohl ergänzen als auch ersetzen können (ausführlich in Musketa & Krippendorf, 2005):

1. Körper-eigene Kommunikations-hilfen, z.B. Gesten, Laute, Mimik oder Blicke

Gesten, Mimik und Blicke ergänzen schon im gesunden Alltag die Lautsprache. Hier sind sie meist semantisch unterspezifiziert und benötigen das gesprochene Wort, um ihre aktuelle Bedeutung zu erlangen. Beim (drohenden) Verlust der Lautsprache könnten z.B. Gesten so ausgebaut werden, dass sie die immer schlechter verstehbare Lautsprache anfangs visuell unterstützen und später zumindest in den wichtigen Dingen des Alltags ersetzen. Dafür müssen in der Therapie die offene Semantik bestehender Gesten eingeeengt und eventuell neue Gesten entwickelt werden, um spezifische Bedürfnisse ausdrücken zu können.

2. Körper-fremde Kommunikations-hilfen

► *Nicht-elektronische Kommunikationshilfen*, wie z.B. Symbol- oder Fotosammlungen, Wort- oder Buchstabentafeln und -ordner. Um zu kommunizieren, zeigt man auf Symbole, Buchstaben oder kurze Aussagen auf einer Tafel oder in einem Ordner. Diese Form der Kommunikationshilfe kann nur dann funktionieren, wenn die Betroffenen a) die Symbole oder Wörter erkennen können, d.h., wenn ihre Sehfähigkeit ausreicht, und wenn sie b) in der Lage sind, mit der Hand auf die Bilder zu zeigen, d.h., wenn die motorischen Fähigkeiten ausreichen. Dies wäre für die PSP in beiden Fällen zu prüfen.

► *Elektronische Kommunikationshilfen*, z.B. „sprechende Schreibmaschinen“ oder „Sprech-Computer(programme)“. Bei sprechenden Schreibmaschinen wird der frei geschriebene Text über die Sprachausgabe des Geräts vorgelesen. Die computerisierten Ansätze basieren meist auf vorgegebenen oder selbst zusammengestellten Auswahltafeln mit Wörtern oder Symbolen. Tippt man auf ein Wort oder Symbol auf dem Monitor, wird eine damit verknüpfte Sprachsequenz aus-

gegeben. Die Bandbreite reicht von simplen Ein-Wort-Sätzen bis zu Systemen, die über ausgeklügelte Mechanismen die ausgewählten Symbole zu (überwiegend) grammatikalisch korrekten Sätzen kombinieren. Viele Systeme haben einen hohen Lernbedarf.

Zwischen Funktions- therapie und Unterstützter Kommunikation

Zur konkreten Umsetzung einer logopädischen PSP-Therapie mit Funktionstherapie- und UK-Anteilen kann u.a. das 5-Stufen-Modell für den Einsatz von Kommunikationshilfen bei neurodegenerativen Erkrankungen von *Beukelman & Mirenda* (1998) herangezogen werden. *Klasner & Yorkston* (2000) haben es für die Parkinsonsche Krankheit spezifiziert. Eine Anpassung für die Amyotrophe Lateralsklerose, ALS, haben *Mathy, Yorkston & Gutman* (2000) vorgenommen (siehe auch *Wagner*, 2005 b).

Das 5-Stufen-Modell basiert auf der Überlegung, dass sich die Interventionsmethoden einerseits am aktuellen Stand der Dysarthrie orientieren sollten, andererseits aber auf eine Verschlechterung des Kommunikationszustands vorbereiten müssen. Konkret wird in den 5-Stufen-Modellen Folgendes vorgeschlagen: Sobald Verände-

rungen des Sprechens zu beobachten sind (Stufe 2), sollte funktionstherapeutisch vor allem an Sprechrate und Artikulation bzw. Atmung gearbeitet werden. Spätestens ab Stufe 3 (deutlich bemerkbare Dysarthrie) sollten Kommunikationsstrategien trainiert und erste ergänzende UK-Maßnahmen wie Buchstaben-Tafeln eingeführt werden. Sollte ein Wort nicht verstanden werden, kann auf den Anfangsbuchstaben des Wortes getippt werden (bei Bedarf auch die folgenden) usw. Auf Stufe 4 (kaum noch verstehbares Sprechen) und Stufe 5 (Anarthrie) sollte die Funktionstherapie durch die Arbeit mit Kommunikationshilfen abgelöst werden.

Ein verlässliches, nicht-elektronisches Ja-Nein-System sollte etabliert werden, damit eine grundlegende Verständigung in jedem Falle gewährleistet ist. Erfahrungen aus dem Alltag der Betroffenen können hier helfen: Von Angehörigen wird berichtet, dass sich das Heben/Senken einer Augenbraue oder auch spezielle Handbewegungen gleichsam als „natürliche“ Ja-Nein-Systeme herausgebildet hatten, als die an PSP erkrankten Angehörigen keinen anderen Äußerungskanal mehr zur Verfügung hatten (*Stockmann*, 2006).

Übereinstimmend für die verschiedenen neurodegenerativen Krankheiten wird vorgeschlagen, dass die Betroffenen möglichst früh im Erkrankungsverlauf mit den Möglich-

keiten der Unterstützten Kommunikation vertraut gemacht werden, damit die Hilfen einsatzbereit sind, wenn sie benötigt werden. Bei Krankheiten, die mit kognitiven Einbußen einhergehen können, welche die Lernfähigkeit beeinträchtigen (für die PSP siehe *Otto*, im Druck), ist ein frühes Einführen der Kommunikationshilfen umso mehr angeraten. Je früher also im Krankheitsverlauf die Kommunikationshilfen eingeführt werden, desto größer ist die Chance, dass sie erfolgreich etabliert und in die Alltagskommunikation transferiert werden können.

Zusammengefasst kann man sagen, dass in frühen Phasen der Krankheit der Erhalt der Sprechfähigkeit im Vordergrund der Therapie stehen sollte (therapeutische Ansätze vgl. *Wagner & Mallien*, 2006). Gleichzeitig würde nebenbei auf alternative Formen der Kommunikation hingearbeitet werden. Mit Fortschreiten der Krankheit verschöbe sich das Verhältnis von der Funktionstherapie stärker hin zur Unterstützten Kommunikation. Die verschiedenen Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation sollten individuell auf die an PSP erkrankte Person und ihre Angehörigen abgestimmt sein.

Unterstützte Kommunikation: PSP-Spezifika

Abgeschlossene wissenschaftliche Studien zum strukturierten Einsatz körper-eigener oder -fremder Kommunikationshilfen im Rahmen der logopädischen PSP-Therapie gibt es bislang nicht. Es sei aber auf den Arbeitskreis „PSP und Kommunikation“ hingewiesen, der seit 2006 zu diesem Themenbereich arbeitet¹. Aus dem logopädischen Alltag und dem Alltag der Betroffenen lassen sich inzwischen aber erste Hinweise auf die Besonderheiten des UK-Einsatzes bei PSP ableiten.

Video-Studien haben gezeigt, dass manche PSP-Betroffenen automatisch auf Gesten zurückgreifen, wenn ihre Lautsprache unverständlich wird. Blicke und Mimik hingegen gehören zu den körper-eigenen Kommunikationsformen, die für Menschen mit PSP immer schlechter steuerbar werden. Somit bieten sich Gesten an, wenn man mit PSP-PatientInnen an alternativen körper-eigenen Kommunikationsformen arbeiten möchte. Bei der Auswahl elektronischer Kommunikationshilfen muss unbedingt beachtet werden, dass die PSP schnell zum Verlust des räumlichen Sehens und in späten Krank-

■ 5-Stufen-Modell, nach *Beukelman & Mirenda* (1998), für die PSP angepasst

Stufe	Symptome	UK-Einsatz (neben Funktionstherapie)
1	keine hörbare Sprechstörung	Informieren
2	Bemerkbare Sprechstörung, z.B. geringere Lautstärke, leicht verwaschene Artikulation, Therapie indiziert	Tragbare Verstärker und Telefon-Adapter
3	Reduzierung der Verständlichkeit, unpräzise Konsonantenproduktion, reduzierte Lautstärke, behauchte Stimme, Veränderungen der Sprechgeschwindigkeit, Verschmelzen von Silben	Sprechraten-Kontrolle (z.B. mit Pacing Board, oder durch Zeigen des jeweils 1. Buchstabens eines Wortes), Verstärkung der Sprechlautstärke, Kommunikationsbücher oder -tafeln anlegen, Gesten oder Laute als alternative körper-eigene Kommunikationsformen erarbeiten
4	Einsetzender Verlust funktionalen Sprechens	Alltagseinsatz von Kommunikationsbüchern oder -tafeln, Buchstabentafeln, Gesten etc., evtl. Einsatz von sprechenden Schreibmaschinen und Sprachcomputern erproben, Ja-Nein-Systeme etablieren
5	Anarthrie – Verlust funktionales Sprechens	Ja-Nein-Systeme trainieren, wenn elektronische Hilfen etabliert – Handhabung an sich weiter verschlechternde Kommunikationssituation anpassen (z.B. Umschalten auf auditives Scanning)

¹ Internet-Seite der Arbeitsgruppe:
www.psp-information.de/kommunikation

heitsphasen auch zu funktioneller Blindheit führen kann. So eignen sich z.B. elektronische Kommunikationshilfen mit Touch-Screen (berührung-sensibler Bildschirm) nicht für PSP-PatientInnen, da diese recht bald den Abstand zum Bildschirm nicht mehr einschätzen können und somit das Auswählen des richtigen Wortes oder Symbols auf dem Bildschirm immer schwerer wird. Elektronische Kommunikationshilfen sollten daher z.B. über Joystick oder Maus bedient werden, wobei die Symbol- oder Wort-Tafel aufleuchten sollte, über der der Mauszeiger gerade steht. Grundsätzlich sollten elektronische Kommunikationshilfen auf auditives Scanning umschaltbar sein (wer nicht mehr sehen kann, bekommt die Tafeln nacheinander vorgelesen und drückt bei der gewünschten Tafel auf einen Taster).

Weiterhin muss bei elektronischen Hilfen beachtet werden, dass der Lernaufwand für die Systeme teilweise sehr hoch ist – dass aber ein gewisser Prozentsatz an PSP-PatientInnen geistig zunehmend unflexibel wird (Otto, im Druck). Vor allem dann, wenn erst spät im Krankheitsverlauf die elektronischen Kommunikationshilfen eingeführt werden, sind die Chancen auf einen erfolgreichen Transfer in den Alltag sehr limitiert (Krippendorf, 2006).

Bei nicht-elektronischen Kommunikationshilfen kann man versuchen, die Kommunikationsbücher oder -tafeln mit Reliefs oder spezifischen, tastbaren Oberflächenmerkmalen auszustatten, um im Falle einer zunehmenden Sehbehinderung die Kommunikations-Symbole weiter verwenden zu können.

Fazit

Die PSP als seltene, wenig erforschte Krankheit erfordert eine sehr individuelle Therapie, in der die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten kreativ auf die PatientInnen angepasst und ständig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden müssen.

Erst der zunehmende Einsatz von hybriden Therapie-Modellen, in denen Funktionstherapie und der Einsatz von UK kombiniert werden, wird zeigen, welches Vorgehen wirkungsvoll ist und sich für einen breiten Einsatz bei Menschen mit PSP eignet.

Für Rückmeldungen aus den logopädischen Praxen wäre die Autorin dankbar.

Literatur

Beukelman, D. R. & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults*. Baltimore: Paul Brookes Publishing

Bober, A. & Franzkowiak, Th. (2001). *Glossar zur Unterstützten Kommunikation*. Karlsruhe: von Loeper

Christ, H., Höglinger, G. & Stamelou, M. (im Druck). Progressive Supranukleäre Blickparese (Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom). Erscheint in: Wagner, S. & Kotz, S. (Hrsg.), *PSP: medizinische Aspekte – Kommunikation – Kognition*. Leipzig: Deutsche PSP-Gesellschaft e.V.

Coopmans, J. (2007). Alltagsrelevante Aphasietherapie. *Forum Logopädie* 1 (21), 6-13.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO

Goetz, C.G., Leurgans, S., Lang, A.E. & Litvan, I. (2003). Progression of gait, speech and swallowing deficits in progressive supranuclear palsy. *Neurology* 60, 917–922

Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für die Aphasietherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 1 (20), 26-31

Klasner, E.R. & Yorkston, K.M. (2000): AAC for Huntington's Disease and Parkinson's Disease: Planning for Change. In: Beukelman, D.R., Yorkston, K.M. & Reichle, J. (Eds.), *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders* (233-270). Baltimore: Paul Brookes Publishing

Krippendorf, C. (2006). *Unterstützte Kommunikation als sprachtherapeutische Intervention bei Patienten mit PSP*, unveröffentlichte Hausarbeit. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität

Leopold, N. A. & Kagel, M. C. (1997). Dysphagia in Progressive Supranuclear Palsy: Radiological Features. *Dysphagia* 12, 140-143

Litvan, I., Mega, M.S., Cummings, J.L., & Fairbanks, L. (1996). Neuropsychiatric Aspects of Progressive Supranuclear Palsy. *Neurology* 5 (47), 1184-1189

Mallien, G. (im Druck). Sprechstörungen bei PSP. Erscheint in: Wagner, S. & Kotz, S. (Hrsg.), *PSP: medizinische Aspekte – Kommunikation – Kognition*. Leipzig: Deutsche PSP-Gesellschaft e.V.

Mathy, P., Yorkston, K.M., & Gutmann, M.L. (2000). AAC for Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis. In: Beukelman, D.R., Yorkston, K.M. & Reichle, J. (Eds.), *Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders* (183-231). Baltimore: Paul Brookes Publishing

Musketa, F. & Krippendorf, C. (2005). Sprechprobleme und trotzdem im Gespräch – mit Kommunikationshilfen. *PSP-Rundschau* 3, 16-18

Otto, J. (im Druck). Neuropsychologische Beeinträchtigungen bei der Progressiven Supranukleären Blickparese (PSP). Erscheint in: Wagner, S. & Kotz, S. (Hrsg.), *PSP: medizinische Aspekte – Kommunikation – Kognition*. Leipzig: Deutsche PSP-Gesellschaft e.V.

Rentsch, H.P. & Bucher, P. O. (2005). *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner

Schwarz, J. & Storch, A. (2005). *Klassifikation der Parkinson-Syndrome*. Zertifizierte Fortbildung, Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie (www.aerztlichepraxis.de), I-VI

Sonies, B. C. (1992). Swallowing and Speech Disturbances. In: Litvan, I. & Agid, Y., *Progressive Supranuclear Palsy, Clinical and research Approaches*. New-York

Stockmann, G. (2006). Aus dem PSP-Leben erzählt: Waltraud Stockmann, Göttingen. *PSP-Rundschau* 3 (8), 13-15

Wagner, S. (2005 a). Kommunikation bei PSP – Ergebnisse einer Fragebogen-Studie. *PSP-Rundschau* 4 (7), 14-15

Wagner, S. (2005 b). Unterstützte Kommunikation (UK) bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS) und Progressiver Supranukleärer Blickparese (PSP). In: Bönnisch, J. & Otto, K. (Hrsg.): *Leben im Dialog – Unterstützte Kommunikation über die gesamte Lebensspanne* (367-377). Karlsruhe: von Loeper

Wagner, S., Kotz, S. & Schlenker-Schulte, C. (2005). Erhalt von Kommunikationsmöglichkeiten bei Progressiver Supranukleärer Blickparese (PSP). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 15 (4), 267. Poster online unter <http://swagner.hellbunt.de/publikationen.php> (14.05.2007)

Wagner, S. & Mallien, G. (2006). Sprechstörungen bei Progressiver Supranukleärer Blickparese (PSP). *PSP-Rundschau* 4 (8), 12-13

Autorin

Dr. phil. Susanne Wagner
Linguistin und Kognitionswissenschaftlerin
Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06110 Halle / Saale
susanne.wagner@fst.uni-halle.de
www.reha.uni-halle.de > Mitarbeiter
> Sprachbehindertenpädagogik

SUMMARY. Therapy of dysarthria and Augmentative and Alternative Communication – methods to prevent a loss of functional communication, discussed with respect to Progressive Supranuclear Palsy (PSP)

People with Progressive Supranuclear Palsy (PSP) lose their usual communication abilities as the disease progresses: they are concerned with progressive dysarthria, have increasing problems with eye movements and face expressions and develop a kind of micrographia. Since the medical treatment of PSP is very limited, symptomatic therapies like Speech-Language-Therapy must help patients to stay active in their lives. However, (classical) Speech-Language-Therapy for PSP can only slow down the loss of communication abilities. Thus, it is recommended to use Augmentative and Alternative Communication (AAC) in order to prevent a complete loss of functional communication.

Key Words: Progressive Supranuclear Palsy (PSP) – atypical Parkinsonian syndrome – neurodegenerative disease – dysarthria – Augmentative and Alternative Communication (AAC)