

# Fallbeispiel: Therapieverlauf bei einem Patienten mit Primär Progressiver Aphasie

Sandra Bisch, Christine Hartmann, Thomas Brauer

**ZUSAMMENFASSUNG.** Das Bewusstsein für die Schwierigkeiten, die sich aus den sprachlichen Defiziten für Patienten mit demenziellen Erkrankungen ergeben, ist auch unter Logopäden noch wenig ausgeprägt. Noch geringer ist unser Wissen darüber, welche sinnvollen therapeutischen Interventionen wir diesen kommunikationsgestörten Menschen und ihren Angehörigen anbieten können. Die folgende Fallbeschreibung einer logopädischen Therapie bei einem Patienten mit Primär Progressiver Aphasie (PPA) soll ermutigen, sich intensiver mit einer Aufgabe auseinander zu setzen, die von den Regierungen der meisten Industrieländer inzwischen als eine der größten und schwierigsten der nächsten Jahre angesehen wird – der Demenz.

## Anamnese

Herr K., 70 Jahre alt, verheiratet und seit 9 Jahren berentet, stellte sich im September 2004 erstmals in der Gedächtnisambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätskliniken Mainz vor. Er klagte über langsam zunehmende Wortfindungsstörungen und eine leichte Gedächtnisstörung. Die neuropsychologische Untersuchung anhand der CERAD-Testbatterie ergab zu diesem Zeitpunkt keinen Anhaltspunkt für eine neurodegenerative Erkrankung. Mit dem durchgeführten Token-Test konnte keine Aphasie nachgewiesen werden. Die psychiatrische Befundung war unauffällig. Nach internistischen und radiologischen Untersuchungen wurde die Diagnose „leichte kognitive Störung bei Schlafapnoe-Syndrom, arterieller Hypertonie und diskreter vaskulärer Enzephalopathie“ gestellt. Es erfolgte eine Medikation mit dem Antidementivum Memantin.

## Wiedervorstellung

Zwei Jahre später, im September 2006, erfolgte eine Wiedervorstellung in der Gedächtnisambulanz. Da die Sprachstörung im Vorjahr deutlich zugenommen hatte, wurde neben der neuropsychologischen Untersuchung eine Positronen-Emissions-Tomografie (PET) des Gehirns durchgeführt.

Die Befunde ergaben zunächst wiederum keinen Hinweis auf eine neurodegenerative Demenz. Im PET waren jedoch Anzeichen einer cerebralen Atrophie und linkshemisphärischer fokaler Stoffwechseldefekte sichtbar. Da Herr K. deutlich depressiv war, wurde zusätzlich ein Antidepressivum verordnet. Wegen der jetzt diagnostizierten mittelschweren amnestischen Aphasie wurde erstmals eine logopädische Therapie in Betracht gezogen und der Patient in der Lehranstalt für Logopädie in Mainz vorgestellt.

## Logopädische Diagnostik

Im Rahmen der logopädischen Diagnostik wurde zunächst orientierend an der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) die Auswirkungen der sprachlichen Defizite auf die Komponente „Aktivität und Partizipation“ eingeschätzt (Gress-Heister, 2003). Dazu wurde ein ausführliches Anamnesegespräch mit dem Patienten und seiner Ehefrau geführt, das neben der Aufnahme der Krankheitsdaten, der Familien- und Sozialanamnese vor allem auf die Auswirkungen der zunehmenden sprachlichen Defizite auf den Alltag des Patienten und sein soziales Umfeld fokussiert war. Der anschließend durchgeführte Aachener Aphasie Test ergab eine mittelschwere am-

Sandra Bisch (li.) und Christine Hartmann

(re.) sind Studierende im

6. Semester an

der Lehranstalt für Logopädie, Mainz, und haben Herrn K. im Rahmen der praktischen Ausbildung therapiert.



Thomas Brauer ist Fachlicher Leiter der Lehranstalt für Logopädie, Mainz, und Co-Autor der Bücher „Sprache und Demenz“ und „Logopädie – Was ist das?“, beide sind im Schulz-Kirchner Verlag erschienen.

nestische Aphasie. Obwohl die Kommunikation bereits durch schwere Wortfindungsstörungen beeinträchtigt war, und es dem Patienten häufig nicht gelang, seine jeweiligen Gedanken zu übermitteln (Kommunikationsverhalten 2 Punkte), bewältigte er die einzelnen Subtests des AAT mit nur leichten bis minimalen Einschränkungen.

Nach Auswertung der Spontansprache (Auszug Spontansprache) und der anamnestischen Daten stellten wir die logopädische Diagnose: Verdacht auf Primär Progressive Aphasie mit

- starken Wortfindungsstörungen
- leicht eingeschränktem Sprachverständnis
- einigen Perseverationen, vielen Embolophonien, Stereotypen, Floskeln
- Silben- und Wortwiederholungen
- Satzabbrüchen durch Wortfindungsstörungen
- vielen phonematischen und einigen semantischen Paraphasien
- nur gering eingeschränkten Gedächtnisleistungen

Auf Grund seiner sprachlichen Defizite hatte sich Herr K. nahezu vollständig aus seinem bisherigen Freundeskreis zurückgezogen. Fehlendes Verständnis führte auch innerfamiliär zu vermehrten Spannungen, die ihrerseits das Sprachvermögen des Patienten in Kommunikationssituationen weiter reduzierten. Bereits beim ersten Untersuchungstermin war besonders auffällig, dass seine Fähigkeit, einen Dialog zu führen, sehr stark vom Gesprächsthema abhängig war. Bei emotional negativ besetzten Themen (z.B. seine Erkrankung), verstärkte sich die Symptomatik extrem. Mitunter war der Patient überhaupt nicht in der Lage, seine Gedanken in Worte zu fassen (auditives Beispiel\* 01 nach der ersten Therapiephase vom Februar 2007). Ebenso war die Beantwortung offener Fragen kaum möglich. Bei emotional positiven Themen, die zudem seine Interessen trafen, hatte er hingegen deutlich weniger Schwierigkeiten, Inhalte zu übermitteln (auditives Beispiel\* 02 Februar 2007).

## Zielsetzung

Aus der Diagnostik ergaben sich als Intention für die Gesamtbehandlung:

- Aufrechterhaltung der verbliebenen sprachlichen Fähigkeiten
- Ermöglichung eines Maximums an Kommunikation mit dem sozialen Umfeld

Die logopädische Therapie sollte sich entsprechend ICF auf die alltägliche Kommunikationsverbesserung/-erhaltung konzentrieren (Rentsch & Bucher, 2005). Da sich K. seiner massiven sprachlichen Schwierigkeiten durchaus bewusst war und sehr da-

### Auszug Spontansprache Herr K. im Oktober 2006

„Ja deda ich hoffe dass äh dass Sie mir helfen können und ich mir auch äh inne inne innerhalb eines Jahres das Se dada dafdat da fliecht mir fliegen mir Wörter weg und kam also die äh Krankheit mit mit der Niere und äh äh auf die Art und Weise äh hab ich mich da doch dann da reinge... na ja wie soll ich sagen (...) auf alle Fälle hab ich äh sss mal loslassen und äh (...) und die äh so wie Herr B. die Logopädie mana mäna ähm dass dass Se sich mal diese Geschichte so ansehen.“

\*) Die auditiven Beispiele können unter [www.brauer-logopaedia.de](http://www.brauer-logopaedia.de) angehört werden.

### Primär Progressive Aphasie Kernsymptome

- initiale Wortfindungsstörungen
- unflüssige Spontansprache
- phonematische Paraphasien
- Sprachverständnis anfangs meist ungestört
- andere kognitive Bereiche anfangs meist ungestört
- durch starke WF-Störung kann im Verlauf der Erkrankung ein Agrammatismus vorgetäuscht werden
- Sprechunflüssigkeiten und Silbenwiederholungen können ein Stottern vortäuschen
- das laute Lesen und Schreiben kann analog der Sprachproduktion gestört sein

(in Anlehnung an *Gutzmann & Brauer, 2007*)

runter litt, bestand die Gefahr, dass er sich immer mehr aus der verbalen Kommunikation und somit aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen würde. Da sprachliche Fertigkeiten im Allgemeinen aber nur durch praktische Anwendung von Sprache aufrechterhalten werden, würde ein sozialer Rückzug zu einer weiteren Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit führen und den sprachlichen Abbau zusätzlich beschleunigen. Die Therapieplanung ging deshalb davon aus, dass Herr K. in der Therapie die Erfahrung machen sollte, dass er sich (mit Unterstützung) noch mitteilen kann. Das hierdurch gestärkte Selbstbewusstsein sollte die Chance erhöhen, dass er sich auch im Alltag wieder aktiver am Kommunikationsprozess beteiligt. Zielsetzungen für die einzelnen Therapieeinheiten waren dementsprechend:

- Erhalten und Stabilisieren des Wortabrufs
- Verständliche Mitteilung in einfachen (Satz-)Strukturen ermöglichen
- Sprechfreude erhalten
- Erfolgserlebnisse bei der Kommunikation vermitteln

### Methodik

Als therapeutische Methoden sollten zum Einsatz kommen:

- Kontextsensitive Aphasietherapie (Grötzbach, 2008)
- Biografische Kommunikationsarbeit (Steiner, 2007)
- MODAK (Lutz, 1997)

Herr K. erhielt über einen Zeitraum von drei Semestern insgesamt 55 Therapieeinheiten à 45 Minuten. Zur Erhaltung und Festigung des Wortabrufs wurde Material eingesetzt, das semantisches Verknüpfen ermöglichte:

- Bilder aus einem semantischen Feld benennen
- Ober- und Unterbegriffe finden
- Kohyponyme finden
- Teil-Ganzes-Beziehungen erkennen
- Gegenteile finden
- Objektrelationen herstellen

Bei allen Übungen wurde durch die Auswahl des Therapiematerials ein Bezug zum Alltag des Patienten hergestellt. So gelang es immer wieder, über das Material kürzere freie Gesprächssequenzen zu ermöglichen. Die Übungen bildeten somit den Rahmen für die offene Kommunikation.

Außerdem wurden gezielt Therapiematerialien und Gesprächsthemen ausgewählt, die das Lebensumfeld und die Interessen des Patienten betrafen. Durch den intensiven Einsatz von viel Bildmaterial wurde die Kommunikation unterstützt.

## Behandlungsverlauf

Übungen wie Gedichte und Redewendungen ergänzen sowie Gespräche über vom Patienten erlebte Reisen (auf der Basis mitgebrachter Fotos) zielten darauf ab, Sprache durch den Rückgriff auf Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis zu aktivieren.

Da Herr K. ein sehr humorvoller Mensch war, wurden regelmäßig hintersinnige Bildergeschichten, über die er immer wieder ins Lachen kam, in den Therapiestunden eingesetzt. Er sollte versuchen, die jeweilige Geschichte in Worte zu fassen. Als Unterstützung waren passende Wortkärtchen mit den Schlüsselwörtern zur Geschichte vorbereitet, oder auch Lückentexte, in denen Herr K. nur noch einige fehlende zentrale Begriffe ergänzen musste. Meist nahm der Patient jedoch diese Texte gar nicht in Anspruch, da er den Ehrgeiz hatte, frei zu erzählen. Mit wenigen, gezielt eingesetzten Hilfen der Therapeutinnen gelang ihm dies auch meist. Dass er zum Teil wichtige Handlungsschritte ausließ, war weniger von Bedeutung. Der Patient sollte am Ende der jeweiligen Therapieeinheit das Gefühl haben,

den Inhalt der Geschichte übermittelt zu haben.

Zu Beginn einzelner Therapiestunden zeigte sich manchmal Herrn K.s Verzweiflung über die sprachlichen Beeinträchtigungen. Kam er beim Erzählen nicht weiter, signalisierte er durch Gestik (abwertende Handbewegungen, verzweifelt Kopfschütteln) sowie auch verbal (z.B. „also ne, also ne...“) seine Frustration. Im Verlauf der Therapieeinheiten baute sich diese jedoch immer wieder ab, da er merkte, dass er mit entsprechender Unterstützung die Kommunikationsinhalte übermitteln konnte.

Wie bei einer Primär Progressiven Aphasie zu erwarten, verstärkten sich im Laufe der Zeit die sprachlichen Symptome (besonders Wortfindungsstörungen, phonematische Paraphasien, Silben- und Wortwiederholungen) bei dem Patienten. Dies verlangte einen schnelleren und direkteren Einsatz sprachlicher Hilfen. Das Führen einer Unterhaltung war ihm jetzt nur noch mit sehr starker Unterstützung durch den Gesprächspartner möglich. Dennoch gelang es ihm nicht immer, seine Gedanken zu übermitteln. Jedoch trugen seine nach wie vor gut

erhaltene Gestik, Mimik und Prosodie zum Verständnis bei. Bei völligem Nichtverstehen musste er durch unauffällige Themenwechsel aus der sprachlichen Sackgasse herausgeführt werden.

Während der gesamten Therapie wurde darauf geachtet, Leistungsdruck zu minimieren und positive Gesprächsinhalte in den Vordergrund der Therapie zu stellen.

### Angehörigenberatung

Ergänzend zur logopädischen Therapie kam seine noch berufstätige Ehefrau gelegentlich zu beratenden Einzelgesprächen. Neben den Informationen zu den therapeu-

#### ABC-Regel (Powell, 2005)

- A: Avoid confrontation –  
Vermeide Konfrontation
- B: Be practical –  
Handle zweckmäßig
- C: Clarify the feelings and comfort –  
Formuliere die Gefühle des Klienten und spende ihm Trost

tischen Inhalten der Therapie wurde der sinnvolle und zum Erfolg führende kommunikative Umgang im häuslichen und sozialen Umfeld besprochen. Als Grundlage für die Beratung der Ehefrau wurde die „ABC-Regel“ von Jenny Powell genutzt. Es gelang durch die Kombination von Therapie und Beratung des Ehepartners, die zuvor angespannte familiäre Situation zu entschärfen. Herr K. übernahm weiterhin Aufgaben im familiären Umfeld. Ebenso wurde das Ehepaar darin gestärkt, im Freundeskreis offen mit der Störung umzugehen, was dazu beitrug, dass Herr K. die sozialen Kontakte außerhalb der Familie zu seinen Freunden wieder aufnahm.

Die logopädische Therapie konnte somit zur Aufrechterhaltung der Autonomie des Patienten effektiv beitragen. Trotz massiver Kommunikationsstörungen war er weiterhin im sozialen Umfeld aktiv. Die Ehefrau wurde durch die Therapie und Beratung entlastet. Eine Pflegeheimweisung musste zum damaligen Zeitpunkt nicht in Erwägung gezogen werden.

Im Mai 2008 verstarb Herr K. überraschend an den Folgen eines Herzinfarktes.

### Literatur

- CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) Assessment Batteries <http://cerad.mc.duke.edu/Default.htm> (16.09.2008)
- Gress-Heister, M. (2003). *Diagnostik demenzieller Erkrankungen*. Zukunftsforum Demenz, 9. Workshop. Dokumentationsreihe, Band 5. Wiesbaden: Medical Tribune
- Grötzbach, H. (2008). Kontext-sensitive Aphasietherapie. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 16 (1), 6-31
- Gutzmann, H. & Brauer, T. (2007). *Sprache und Demenz*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Lutz, L. (1997). *MODAK. Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. Ein Therapieprogramm*. Berlin: Springer
- Powell, J. (2008). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Rentsch, P. & Bucher, P. (2005). *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Steiner, J. (2007). Sprachabbau bei beginnender Demenz (SAD). *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 15 (1), 37-45

### Korrespondenzanschrift

Thomas Brauer  
Lehranstalt für Logopäden  
Am Klinikum der Joh. Gutenberg-Universität  
Am Pulverturm 13  
55101 Mainz  
tbrauer@uni-mainz.de  
[www-klinik.uni-mainz.de/Logopaedie-Lehranstalt](http://www-klinik.uni-mainz.de/Logopaedie-Lehranstalt)