

1. medizinische Grunderkrankung,
2. Verhaltensressourcen und Aktivitäten,
3. sprachstrukturelle Ressourcen,
4. dialogische Ressourcen,
5. Ressourcen des Umfeldes,
6. bisherige Unterstützungsmaßnahmen und deren Wirkung,
7. evtl. Handlungsanweisung (bzw. Stellungnahme zur Indikation).

Auf diese Weise kommen wir, statt zu definiten Klassen, zu einer individualisierten Beschreibung, aus der sich eine Idee von Behandlung und Beratung ableiten lässt.



1. Sprachabbau bei Demenz im Rahmen der Verdachtsdiagnose Alzheimer-sche Erkrankung.
2. Herr M. ist aufnahmefähig, motiviert und in Gruppensituationen aufgeschlossen.
3. Das Lesen auf Textniveau ist inzwischen ungeübt, aber sehr gut nutzbar.
4. Herr M. reagiert auf Nachfragen und kann längere Zeit einem Thema folgen.
5. Durch Besuchsdienste und organisierte Außer-Haus-Aktivitäten werden regelmäßig Impulse gegeben; Herr M. führt im Haus einfache Reparaturen aus und hilft im Haushalt.
6. Bisher wurden seitens des Hausarztes keinerlei Maßnahmen eingeleitet.
7. Eine Behandlung mit dem Hauptakzent auf schriftsprachliche Aktivitäten mit Einbezug in eine kommunikativ orientierte Gruppe ist sinnvoll und notwendig.

Diese Auflistung ist etwas mühsam, macht aber therapeutisch und für die Kommunikation zwischen den Professionen Sinn. Auf eine Schweregrad-einteilung sollte verzichtet werden; einen Anhaltswert hierzu gibt der leicht durchzuführende Wortflüssigkeitstest (Benke et al. 1990).

### 3.3 Sprachstrukturelle Aspekte

Die unterschiedlichen Demenzen und auch die Mischformen der Demenz (degenerativ-vaskulär) sind in ihrem Erscheinungsbild und ihrem Verlauf sehr unterschiedlich.

**Vielfalt der  
Erscheinungen**



Einen sehr guten Höreindruck bieten die Beispiele von Brauer/Gutzmann (2007). Die Vielfalt der Erscheinungsformen betrifft sowohl Beeinträchtigungen der Sprache als auch Beeinträchtigungen der sprachunterstützenden neuropsychologischen Funktionen (Aufmerksamkeit, Lernfähigkeit, Gedächtnis, praktisch-gnostisch-konstruktive Fähigkeiten, Orientiertheit, schlussfolgerndes Denken). Sprachstörungen können von Artikulations-, Stimm- und Schluckstörungen begleitet werden.



„Es liegt mir auf der Zunge. Bitte versetzen Sie sich in meine Welt: Ich kann mir, meiner Zunge und meinem Gehirn nicht mehr vertrauen, dass sie das gesuchte Wort oder den gesuchten Gedanken aufspüren, formulieren und ins Bewusstsein bringen. Ich spreche nicht von mehrsilbigen Wörtern. Ich suche nur den Namen meiner Enkeltochter.“ (Taylor 2008, 105)

### intrapyschische Sprachorganisation

Es können Symptome des Sprachabrufs von Symptomen des kommunikativen Vollzuges unterschieden werden. Beide Bereiche sind obligat gestört. Sprachstrukturell zeigen sich überwiegend *Probleme der Einspeicherung* von sprachlichen Inhalten (Sprachverständnisstörungen), abhängig von der Komplexität und der Länge der Äußerung sowie Wortwahl (hochfrequent versus niedrigfrequent). Als Besonderheit hierbei geht die Übertragungsleistung bei Mehrdeutigkeiten (Witze), bei Metaphern, Sprichworten und bei Ironie verloren. Es entstehen *Störungen in der semantischen Organisation*, d. h. das Abrufttempo bzw. das Zusammenspiel von Aktivierung und Hemmung bei der Assoziation ist gemindert und die semantische Präzision und Differenzierung geht verloren (Oberbegriffe ersetzen genaue Bezeichnungen).

Es zeigen sich außerdem *Probleme, Texte zu verstehen* und Texte zu produzieren. Diese drei Problembereiche sind interagierende Systeme.

Ein Maß für die Störung der semantisch-produktiven Leistungen ist die Reduzierung der Wortabrufgeschwindigkeit und -menge, die als Testaufgabe Eingang in die Diagnostik gefunden hat. Die phonologische und syntaktische Realisierung bleibt in der Regel lange intakt, wenn aber Verben als Organisatoren des Satzes nur noch unscharf abgerufen werden können, kann es auch zu Verunsicherungen und Störungen in den Bereichen der Phonetik und des morpho-syntaktischen Systems kommen. Auf Textebene geht hörend und lesend sowie sprechend und schreibend der rote Faden verloren.

Bezüglich der Schriftsprache ist vor allem ein allgemeiner Rückzug zu bemerken. Erst danach rücken Fehler ins Blickfeld. Die Schrift ist aber

nicht nur durch Fehler gekennzeichnet (Auslassungen und Ersetzungen als Paragraphien); es zeigen sich vielmehr darüber hinaus konstruktive Störungen, die sich als ein verändertes Schriftbild, eine mangelhafte Blattaufteilung, eine Unschlüssigkeit, wo und wie auf dem Blatt überhaupt begonnen werden kann, äußern. Im späten Stadium sind alle Modalitäten des Sprachvollzuges erheblich beeinträchtigt.

### 3.4 Aspekte des Dialoges

Gespräche kommen zunächst einmal zu Stande durch den Wunsch, etwas von anderen Menschen zu erfahren, sich selbst mitzuteilen oder sich auszutauschen auf der Ebene der Information und/oder auf der Ebene der Beziehungsgestaltung. Hierzu müssen Themen initiiert werden. Eine kommunikative Reduziertheit und die verminderte Initiative zur Initiierung von Themen sind ein häufiges Erscheinungsbild bei Demenz. Deutliche Anzeichen sind Reduzierungen in der Bereitschaft zu grüßen und zu danken, Fragen zu stellen oder Hilfe einzufordern. Eine Einsilbigkeit der Antworten verweist ebenfalls häufig auf einen Abbau oder mindestens auf einen Rückzug.

Gesprächsintention

Gespräche zu führen bedingt, impliziten Erwartungen gerecht zu werden und das eigene Verhalten auf diese abzustimmen. Wir erwarten im Gespräch, dass

Interindividuelle  
Dialogkonventionen

- ernstgemeinte Äußerungen der Normalfall sind und Ironie die Ausnahme,
- Signale des Verstehens beachtet werden und der Sprecher sich anpasst, indem er seine Sprechmenge dosiert und es gegebenenfalls bei einer Satzellipse belässt,
- das begonnene Thema geordnet weitergeführt wird und Themenwechsel angekündigt werden,
- unser Partner Pausen einräumt, um Raum für Kommentare oder eigene Redebeiträge zu geben,
- Missverständnisse geklärt werden.

Alle angegebenen Erwartungen können als Elemente einer Gesprächskooperation verstanden werden. Die Kooperation kann auch von Sprachgesunden verletzt werden; es ist die Menge oder die Qualität der Erwartungsverletzung, die wir als Störung wahrnehmen. Deutliche Störungen sind: *Probleme mit der Themenkonstanz* (diese wird auch als Störung der Kohärenz, der diskursiven Struktur oder einfach als „Beeinträchtigung des roten Fadens“ bezeichnet), *Probleme der Sprechmenge* (gemeint sind Weit-

Was stört?

schweifigkeit oder Kargheit / Abwehr sowie das Wiederholen von Fragen, die bereits beantwortet wurden) und *Störungen der Kooperationen der Pausengestaltung* in Gesprächen (bezeichnet als Sprecherrollenwechsel oder als turntaking).

#### Versprecher und Klima

Versprecher ereignen sich in jedem Gespräch. Wenn sich aber viele Versprecher ereignen (die nicht selbst korrigiert werden), es zu häufiger Wortsuche oder dem Ersetzen durch Platzhalter (Passepartout-Wörter) kommt, viele Fehlstarts oder unkoordinierte Satzabbrüche die Themenentwicklung begleiten oder Perseverationen (Verunmöglichung des Abräumens des bereits Gesagten) stören, dann ist der Rhythmus im Gespräch beeinträchtigt. Die Besonderheiten des Gesprächsverhaltens stören natürlich nicht nur den Informationsfluss und den Rhythmus des Gesprächs, es kommt oft zu Verstimmungen des Partners (Ungeduld, Ärger usw.). So gesehen kann zusammenfassend von Informations-, Kooperations- und Klimastörung gesprochen werden.



Romero et al. (1992) haben es auf die Formel „ungenau – uninformativ – irrelevant“ gebracht. Die bekannte Kommunikationsregel von Powell (2002) für sprachgesunde Partner geht sinnvollerweise auf das Gesprächsklima ein, hofft darüber zu einer besseren Kooperation zu kommen und gewichtet den Grad der tatsächlichen Informationsübermittlung als zweitrangig. Die Formel lautet:

- A, avoid conflict (vermeide Konflikthafes),
- B, be practical (gehe pragmatisch vor),
- C, clarify the feelings and comfort (greife die Gefühle auf und schaffe Sicherheit).

#### kommunikative Hilflosigkeit

Neben den eben genannten pragmatisch zu fassenden (Stör-)Kategorien des Gesprächs sind Menschen mit Demenz auch dadurch gekennzeichnet, dass sich eine gewisse allgemeine Hilflosigkeit im kommunikativen Kontakt sowie in der Aufrechterhaltung und Beendigung von Gesprächen einstellt. In von Demenz begleiteten Gesprächen wird wenig nachgefragt und sich wenig selbst verbessert, die Sicherheit für die Gesprächssteuerung geht verloren. Da der Sprachabbau Hand in Hand mit einem kognitiven Abbau geht, gilt folgendes Resümee: Die Verarmung des Interesses findet ihre Entsprechung in einer Verarmung des Wortschatzes, die Minderung des Antriebes führt zum kommunikativen Rückzug. Bei Demenz sind Sprachproduktion und Sprachperzeption nicht die richtigen Begriffe; beeinträchtigt sind die gesamte Initiative / Ansprechbarkeit, die Gesprächskooperation und der Einsatz des Sprachvermögens als Verhaltenssteuerung.



### Mit der Alzheimer-Krankheit leben: Wie geht das? Drei Jahre später ...

„Ich halte im Gespräch inne und suche nach Hinweisen und Verbindungen. Ich renne in den Fluren meines Gedächtnisses herum und versuche fieberhaft zu verstehen, was los ist. Manchmal macht mich die Suche noch verwirrt, worauf ich vergesse, was mich so verwirrt.“(Taylor 2008, 60)

Die Pragmatik befasst sich mit den Voraussetzungen und dem Verlauf von Gesprächen. In einer vereinfachten Sicht können die sehr differenzierten Ausführungen der Pragmatik auf die drei Faktoren Tempo, Information und Klima reduziert werden. Die Reduzierung hilft, die Komplexität und die Dynamik von Gesprächen auf das therapeutisch steuerbare herunterzubrechen (siehe Abb. 7).

gelingende  
Gespräche

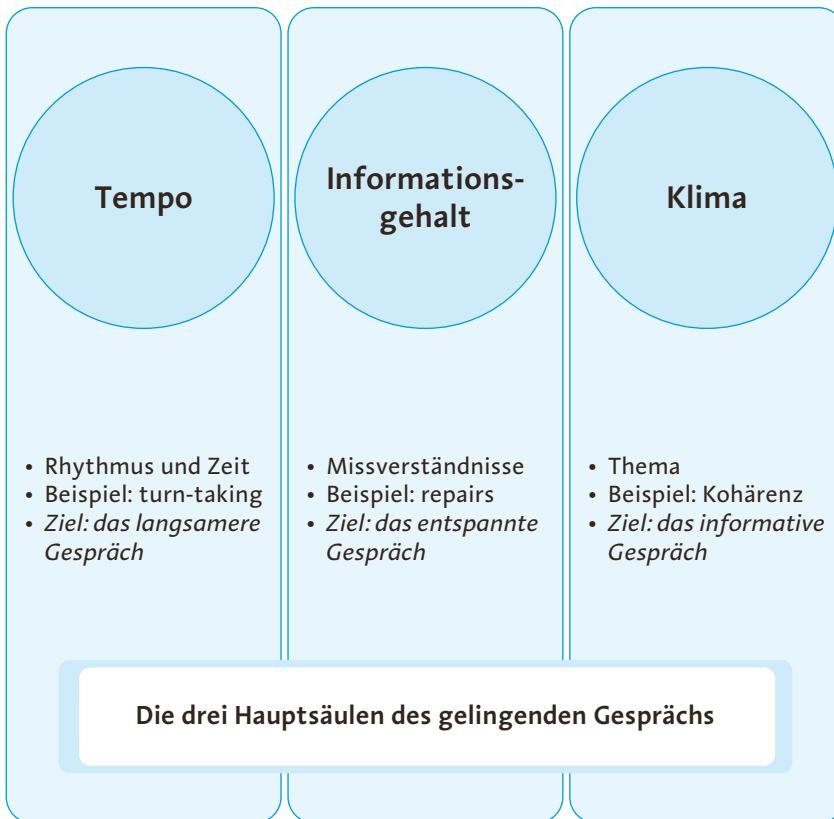


Abb. 7: Die drei Hauptsäulen des gelingenden Gesprächs

Gelingende Gespräche sind lehrbar und lernbar. Wenn die drei Hauptsäulen in einem Umfeld von Wohlwollen, Geduld, Interesse, Echtheit, Humor, Akzeptanz beachtet werden und Gespräche langsamer und thematisch kontrolliert ablaufen mit der Maßgabe „Klima vor Präzision – Information“, ist bereits viel gewonnen.



Um als Therapeutin ein Gespräch mit Wiederholungsschleifen selbst zu erfahren, sucht sie sich eine (sprachgesunde) Gesprächspartnerin und übt in folgender Weise (siehe Abb. 8).

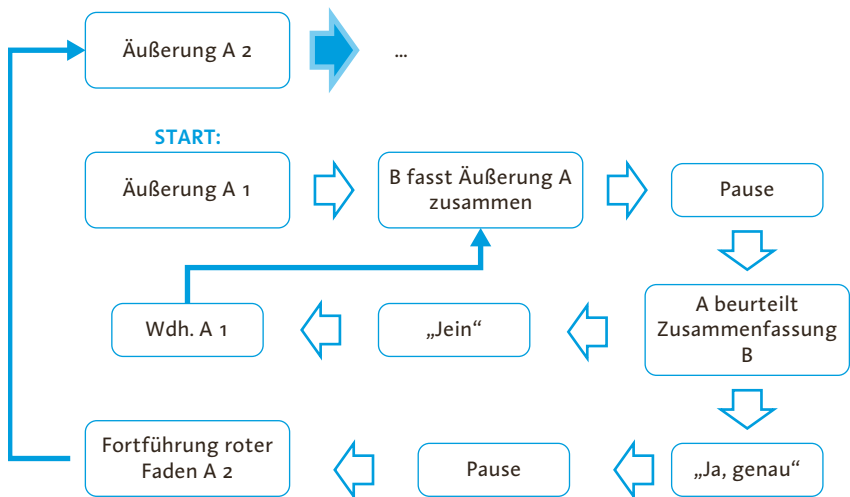


Abb. 8: Wiederholungsschleife als rhetorische Übung

### Sprachabbau als Abstimmungsproblem

Wer so übt, merkt, wie sehr Verstehensprozesse einer Kooperation unterliegen und dass Verstehen ohne Korrektur/Nachfrage erschwert ist.

## 3.5 Nonverbale Kommunikation

### Emotionen als Festung

Demenz führt in den Bereichen Sprache und Gedächtnis zu einem Abbauprozess, der einen individuellen Verlauf nimmt. Ein Teil der nonverbalen Kommunikationsfähigkeit bleibt aber erhalten: Der emotionale Ausdruck des Gesprächspartners kann sehr wohl, auch bei fortgeschrittener Demenz, entschlüsselt werden. Ebenso kann das eigene Erleben ausgedrückt werden. Sachweh (2008) weist darauf hin, dass Menschen mit Demenz in allen