

„**Kommunikative und kognitive Stimulation bei Alzheimer-Krankheit**“ – zu diesem Thema referierten Professor Dr. Michael Schecker, Leiter des neurolinguistischen Labors der Universität Freiburg, zusammen mit seiner Mitarbeiterin Elke Schumann am 14. Februar 2007 bei der gemeinsamen Vortragsveranstaltung der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg und der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart.

Die **Sprache ist die komplexeste kognitive Leistung**. Bei der Alzheimer-Krankheit geht hier das Zusammenspiel von Teilstücken kaputt. Es geht die Fähigkeit verloren, sich sprachlich zu verständigen und auch die Fähigkeit, zu verstehen, was andere sagen.

„**Cognitive slowing**“ (kognitive Verlangsamung) – darunter versteht man die **Einbrüche der geistigen Leistungsfähigkeit bei der Alzheimer-Krankheit**. Spezielle kognitive Verarbeitungsschritte sind verlangsamt, zu Beginn der Krankheit funktioniert manchmal eine Verständigung, manchmal aber nicht. Der Verfall ist gekennzeichnet von einer nicht mehr funktionierenden Verständigung.

Die Einbrüche der geistigen Leistungsfähigkeit bei Alzheimer-Krankheit sind vielfältig belegbar. Die **Merkfähigkeit (Arbeitsgedächtnis/Kurzzeitgedächtnis)** lässt merklich nach, ebenso die **visuo-räumliche Orientierung**. Alzheimer-Patienten sind allerdings bis zu einem gewissen Grad in der Lage, ihre **Defizite sehr stark zu kompensieren**. Dort, wo sie früher an einem Gespräch wirklich teilnahmen, verwenden sie heute oft einfache Floskeln („kommunikative Fertigware“), die verdecken sollen, dass die Erkrankten keinen Bezug herstellen konnten innerhalb des Gesprächs. Die Floskel hilft ihnen weiter, hinterlässt aber bei der Umgebung meist ein seltsames Gefühl, da sie in den seltensten Fällen zum Gespräch passt.

Diese sprachlichen Defizite kann man mit Tests auch quantifizieren. Hier werden nur die richtigen Antworten gewertet. Ein Test umfasst z.B. 15 gezeichnete Abbildungen von Dingen des Alltags, die benannt werden sollen.

Beim „**Boston Naming Test**“ geht es u.a. darum, einen Apfel zu benennen. Der Wert von Gesunden bei diesem Test liegt bei 14,28, Alzheimer-Patienten kommen hingegen nur auf 12,85 – ein signifikanter Unterschied.

Bei der Benennleistung dieser Tests kann man oft feststellen, dass Alzheimer-Erkrankte nicht mehr den genauen Begriff verwenden, sondern den Oberbegriff dazu („Instrument“ statt „Mundharmonika“). Die Benennleistung ist auch abhängig von der Häufigkeit des Auftretens der Wörter und vom Zeitpunkt, in dem das betreffende Wort erworben wird (früher = besser) und ist ebenso abhängig von der Präsentation des Materials. In der Regel werden Begriffe auf Fotos eher benannt als auf Schwarz-Weiß-Zeichnungen.

**PMA® - Homonyme** – hierunter versteht man das Erkennen von Doppeldeutigkeiten von Wörtern. Diese Fähigkeit ist bei Alzheimer-Patienten stark eingeschränkt. Es werden z.B. Bilder von einem Vogel und einer Feder eines Füllfederhalters gezeigt und der Satz „Die Feder ist verbogen“ – jetzt gilt es herauszufinden, welches Bild am besten zu dem Satz passt. Analoges Beispiel wären die Bilder einer Krawattenfliege und einer Stubenfliege mit dem Satz „Die Fliege hängt schief“. Alzheimer-Patienten brauchen erheblich länger, bis sie ein kohärentes Bild finden können bzw. sind dazu nicht mehr in der Lage.

Der **PMA®-Gesprächslegetest** beinhaltet mehrere Karten, auf denen Sätze zu lesen sind, die aber in bunter Reihenfolge auf einem Tisch ausgelegt werden. Die Aufgabe besteht darin, aus den Karten eine sinnvolle Reihenfolge der Sätze (=Gespräch) zu legen.

Bei der **PMA®-Kontextdifferenzierung** geht es darum, festzustellen, welche der Begriffe auf den Karten, die ausgelegt werden, etwas miteinander zu tun haben. Z.B. werden die Begriffe Haus, Geld, Stern, Tür und Frisur gezeigt, einen direkten Bezug haben aber nur Haus und Tür.

Womit haben nun **Alzheimer-Patienten konkret Schwierigkeiten**? Alzheimer-Patienten können den mentalen Aufbau und die Manipulation von semantischen Informationen sehr schwer bis gar nicht zuordnen. Es fehlt ihnen das Vermögen, **relevante Informationen zu selektieren**. Diese Schwierigkeiten werden durch die **Veränderung des Nervenzellsystems** hervorgerufen. Das zeitliche Zusammenspiel der Teilschritte bei komplexen Verarbeitungsschritten funktioniert nicht mehr wie gewohnt.

Diese Verlangsamung kann mit dem **Stroop-Test** herausgefunden werden. Bei diesem Test müssen Farben gleichen Farben zugeordnet werden, bzw. das Wort der Farbe („blau“) einem Kästchen, das blau ist. Erschwerte Bedingungen herrschen vor, wenn das Wort der Farbe blau in rot geschrieben ist und es darum geht, die Wortfarbe („rot“) dem roten Kästchen zuzuordnen. Je langsamer der Stroop-Test absolviert wird, desto schlechter wird auch der Sprachtest ausfallen.

Welche Wege eröffnen diese Ergebnisse und Einsichten für die nicht-medikamentöse Therapie der Alzheimer-Krankheit? Prof. Schecker empfahl **weder Hirnleistungstraining noch Stimulationstraining**. Der Schwerpunkt einer nicht-medikamentösen Therapie sollte auf

- **Kontakt**
- **Entspannung**
- **Erarbeiten eines Ruhebildes** („zu sich finden“)

liegen.

Ziel bei dieser Therapie soll die Arbeit des Arbeitsgedächtnisses sein, um **Ressourcen für die Restrukturierung** zu aktivieren („Umweglösung“). Es soll ein Weg gefunden werden zur Erhaltung und Restrukturierung von Gehirnleistungen.

Diese Therapie kann nicht zuhause mit den bekannten Bezugspersonen durchgeführt werden, da hier eine neutrale Umgebung nicht gewährleistet ist, es bei den Benennübungen dann eher um Leistung oder Nichtleistung geht. Somit kann diese Therapie nur in einer Praxis oder einer Memory-Klinik durchgeführt werden, für die Erkrankten ohne ihre Bezugspersonen bzw. Angehörigen. Diese Form von Therapie wird sich daher sicher nur einem kleinen Teil der Erkrankten in einem eher frühen Krankheitsstadium ermöglichen.

*Christine Funke, Redaktionsteam*