

JÜRGEN TESAK



GRUNDLAGEN DER APHASIETHERAPIE



Das Gesundheitsforum

Schulz-
Kühner
verlag

Jürgen Tesak

Grundlagen der Aphasietherapie

Jürgen Tesak

Grundlagen der Aphasietherapie

Mit einem Anhang von
Kathrin Eisenhardt, Christina Jahn
Regina Kohnen, Ronny Zeidler



Das Gesundheitsforum

Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Informationen in diesem Buch sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Verfassers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

Titelbild: Die beiden abgebildeten Figuren befinden sich im Privatbesitz des Autors.

5., unveränderte Auflage 2007

4., unveränderte Auflage 2005

3., überarbeitete Auflage 2001

2., überarbeitete Auflage 2000

1. Auflage 1999

eISBN 978-3-8248-0828-1

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH

Idstein 2007

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Petra Jeck

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	11
I APHASIE	13
1 Grundlegendes zur Aphasie	14
1.1 Definition	14
1.2 Ursache(n)	14
1.3 Symptome	15
1.4 Kommunikative Folgen	15
1.5 Psycho-soziale Folgen	16
1.6 Begleiterscheinungen	16
1.7 Verlauf	16
1.8 Aphasietherapie	17
1.9 WHO-Einteilung der Krankheiten	17
1.10 Einflussfaktoren für Rückbildung	19
<i>Übungen</i>	21
<i>Literaturhinweise</i>	22
II DIAGNOSE	23
2 Anamnese	25
2.1 Persönliche Daten	25
2.2 Medizinisch-biologische Fakten	25
2.3 Anamnesegespräch	26
<i>Übungen</i>	28
<i>Literaturhinweise</i>	28
3 Sprachliche Leistung (Linguistisches Profil)	29
3.1 Produktion	31
3.1.1 Freie Rede (Spontansprache)	31
3.1.1.1 Merkmale	32
3.1.1.2 Beurteilung der Spontansprache	36
3.1.2 Benennen	40
3.1.3 Nicht-propositionale Sprache	42
3.1.4 Nachsprechen	42

3.2	Verstehen	44
3.2.1	Auditives Sprachverständnis	44
3.2.1.1	Wortebene	45
3.2.1.2	Satzebene	45
3.2.1.3	Textebene	49
3.2.2	Token Test	50
3.3	Schriftsprache	51
3.3.1	Lesen	51
3.3.2	Schreiben	54
3.4	Linguistisches Profil	55
3.5	Exkurs: Aphasische Syndrome	58
	<i>Übungen</i>	60
	<i>Literaturhinweise</i>	63
4	Kommunikative Leistung (Kommunikatives Profil)	65
4.1	Diagnoseverfahren	65
4.1.1	Fragebögen zur Alltagskommunikation	65
4.1.2	PACE-Protokoll	68
4.1.3	ANELT	69
4.1.4	CETI	70
4.2	Beobachtungsebenen	71
4.2.1	Problemlösen	72
4.2.2	Reaktionen auf Nicht-Verstehen	73
4.2.3	Sprecherwechsel	74
4.2.4	Kommunikationspartner	75
4.2.5	Gemeinsames Problemlösen	77
4.3	Kommunikatives Profil	78
	<i>Übungen</i>	79
	<i>Literaturhinweise</i>	83
5	Psycho-soziale Folgen	84
5.1	Psycho-soziale Veränderungen	84
5.2	Code-Müller-Protokolle	86
	<i>Übungen</i>	89
	<i>Literaturhinweise</i>	92

6 Therapieziele	96
6.1 Erstellen von Therapiezielen	96
6.2 Einflussfaktoren	97
6.2.1 Medizinisch-biologische Fakten	97
6.2.2 Symptomatik	98
6.2.3 Funktion und Kommunikation	100
6.2.4 Wünsche der aphasischen Personen	103
6.2.5 Psycho-soziale Aspekte	104
6.2.6 Rahmenbedingungen des Therapeuten	105
6.3 Konkrete Auswahl von Therapiezielen	106
<i>Übungen</i>	109
<i>Literaturhinweise</i>	110
7 Therapiedurchführung	111
7.1 Allgemeine Prinzipien	111
7.2 Der Therapieplan	116
7.3 Die einzelne Sitzung	117
7.4 Die einzelne Übung	123
7.5 Der Einzelschritt	127
<i>Übungen</i>	129
<i>Literaturhinweise</i>	130
8 Verstehen	131
8.1 Einflussfaktoren für Verstehen	131
8.2 Übungen zum Verstehen	133
8.2.1 Wortebene	134
8.2.2 Satzebene	138
8.2.3 Textebene	146
<i>Übungen</i>	149
<i>Literaturhinweise</i>	150
9 Produzieren	151
9.1 Übungen zur Produktion	151
9.1.1 Wortebene	151
9.1.2 Satzebene	155
9.1.3 Textebene	160
<i>Übungen</i>	163
<i>Literaturhinweise</i>	163

10	Schriftsprache	164
10.1	Übungen zum Lesesinnverstehen	164
10.1.1	Wortebene	164
10.1.2	Satzebene	168
10.1.3	Textebene	171
10.2	Vorlesen	174
10.3	Übungen zum Schreiben	174
10.3.1	Wortebene	175
10.3.2	Satzebene	180
10.3.3	Textebene	183
	<i>Übungen</i>	186
	<i>Literaturhinweise</i>	186
11	Kommunizieren	187
11.1	Kommunikationsübungen	187
11.1.1	Non-verbale Mittel	187
11.1.2	PACE	189
11.1.3	Strategien	192
11.1.4	Rollen- und Sprachspiele	195
11.1.5	Spontangespräche	199
	<i>Übungen</i>	200
	<i>Literaturhinweise</i>	200
12	Ansätze und Materialien	201
12.1	Grundsätzliche Vorgehensweisen	201
12.1.1	Verlaufphasenansatz	201
12.1.2	Stimulationsansatz	202
12.1.3	Holistischer Ansatz	202
12.1.4	Kommunikativer Ansatz	203
12.1.5	Didaktischer Ansatz	203
12.1.6	Syndromansatz	204
12.1.7	Linguistischer Ansatz	204
12.1.8	Modellorientierter Ansatz	204
12.1.9	Strategie-Ansatz	205
12.2	Spezielle Methoden	205
12.2.1	VAT	206
12.2.2	MIT	206
12.2.3	MODAK	206
12.2.4	Deblockierungsmethode	209
12.2.5	HELPSS	209
12.2.6	PACE	210

12.2.7	REST	210
12.2.8	PAKT	211
12.3	Therapiematerialien	212
12.3.1	NAT-Materialien	212
12.3.2	LOGOTHERAPIA	216
12.3.3	ELA-Bildkästen	218
12.3.4	Prozessorientierte Aphasietherapie	218
12.3.5	Bad Salzhausener Beiträge zur Aphasieforschung	218
12.3.6	EKN-Materialien für die Rehabilitation	218
12.3.7	Aphasietherapie in der Praxis	219
12.3.8	Forum Logopädie	220
	<i>Übungen</i>	220
	<i>Literaturhinweise</i>	220
13	Angehörigenarbeit	222
13.1	Informationsvermittlung	222
13.2	Strategien und Kommunikationsberatung	225
13.3	Psycho-soziale Intervention	228
	<i>Übungen</i>	230
	<i>Literaturhinweise</i>	230
14	Therapieerfolg	231
14.1	Therapieerfolgsmessung	231
14.1.1	Ebene Schädigung	233
14.1.2	Ebene Alltagsbeeinträchtigung	234
14.1.3	Ebene psycho-soziale Folgen	236
14.2	Effektivität von Sprachtherapie	238
	<i>Übungen</i>	243
	<i>Literaturhinweise</i>	244
LITERATURVERZEICHNIS		245
REGISTER		252
ANHANG: Exemplarische Lösungsvorschläge		257

Gewidmet meiner Frau Gerhild.

VORWORT

Das vorliegende Buch soll angehenden Sprachtherapeut(inn)en unterschiedlicher fachlicher Herkunft (Logopädie, klinische Linguistik, Sprachheilpädagogik) eine erste Orientierung für die Therapie der chronischen Aphasien geben. Grundlegende Begriffe, Überlegungen und Vorgehensweisen sollen vermittelt werden. Auf die (sonst übliche) Häufung von Quellenangaben im fortlaufenden Text wurde fast gänzlich verzichtet, um das Gesamte lesbarer zu gestalten. Am Ende eines jeden Kapitels finden sich Übungen und Literaturhinweise, um das Buch auch als Grundlage für Lehrveranstaltungen und weiterführendes Selbststudium verwenden zu können.

Auf Grund des einführenden Charakters und der orientierenden Kürze dieses Buchs müssen viele spannende und wichtige Aspekte (z.B. psycholinguistische Modelle und deren differenzierte therapeutische Anwendung) unausgeführt bleiben. Fast gänzlich ausgeschlossen sind auch die Bereiche der sehr schweren Globalen Aphasien und der sogenannten „Restaphasien“, die zum Teil nur sehr geringe bzw. nur schwer fassbare sprachliche Beeinträchtigungen aufweisen. Zentrales Thema ist die klassische Einzeltherapie mit Therapeut(in) und Aphasiker(in), welche die Verbesserung sprachlicher und kommunikativer Leistungen der Aphasiker(innen) zum Ziel hat. Themen wie „Computer“-Therapie, Gruppentherapie oder nicht-sprachliche Ansätze (Gestentraining, etc.) sind nur am Rande miteinbezogen, obwohl auch diese ihren festen Platz in der Aphasitherapie haben. Allerdings wird der Angehörigenarbeit Platz gewidmet, weil diese für eine erfolgreiche Rehabilitation von aphasischen Personen einen hohen Stellenwert einnimmt.

Die erfahrene Aphasitherapeutin Sally Byng thematisiert zu Recht, dass es viele gute Therapeut(inn)en gibt, die auf Grund klinischer Intuition richtige und therapeutisch zielführende Entscheidungen treffen können, was wann wie in welcher Weise in der Therapie gemacht wird, dass es aber oft schwierig ist, einzelne Schritte nachvollziehbar und explizit zu machen. Ein zentraler Punkt einer qualifizierten Sprachtherapie ist aber, dass man Grundannahmen explizit macht bzw. überhaupt erkennt. Schließlich fußt jedes therapeutische Handeln notwendigerweise auf bestimmten Ansichten (Hypothesen) über die Art der Störung, deren Ursache und deren Rehabilitation. Die Absicht dieses Buches ist es, eine erste Grundlage für die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem Thema Aphasitherapie zu schaffen. Ein Buch kann natürlich praktische Ausbildung und persönliche Erfahrungen mit aphasischen Personen nicht ersetzen, sondern bestenfalls vorbereiten und begleiten, und viele Fragen, die in der konkreten Arbeit oder in der Ausbildung auftauchen, müssen auch weiterhin von den Praxisanleiter(innen)n, Supervisor(inn)en und Kolleg(inn)en beantwortet werden.

Vieles innerhalb der Aphasietherapie (Wirkungsweisen von Methoden und Ansätzen, Pathophysiologie der Aphasie, etc.) ist noch unklar, empirisch nicht ausreichend abgesichert oder wird mehr oder weniger heftig diskutiert. Und tatsächlich kann man auch zu verschiedenen in diesem Buch angesprochenen Punkten eine andere, abweichende Meinung haben. Dies ist nicht erstaunlich und für die Fachdiskussion nur fruchtbar. Über Reaktionen jeder Art (Kritik, Anregungen, Hinweise, etc.) vonseiten der Leserinnen und Leser dieses Buchs würde ich mich daher sehr freuen. Post erreicht mich jederzeit über die Adresse des Verlags.

Das Buch geht auf meine Lehrveranstaltungen zur Aphasietherapie an der Universität Basel und vor allem an der Schule für Logopädie in Kreischa zurück. Wichtig waren (und sind) auch die Fachgespräche mit Kolleg(inn)en und Studierenden in Kreischa. Nicht zuletzt hat allerdings die konkrete therapeutische Auseinandersetzung mit aphasischen Personen und ihren Problemen die vorliegende Arbeit beeinflusst. Eine besondere Rolle spielen auch die Rückmeldungen und Anregungen, die ich im Rahmen von Seminaren für Angehörige von aphasischen Personen und im Kontakt mit Selbsthilfegruppen bekommen habe.

Folgenden Personen und Verlagen ist für die Erlaubnis zu danken, Bilder sowie Diagnose- und Therapiematerial abdrucken zu dürfen: Dipl.-Log. Barbara Engell, Dr. Manfred Herrmann (CMP), Dr. Norbert Ruffer (NAT-Verlag), Volker Spiess (Edition Marhold), Dr. Jackie Stark (ELA), Dr. Jürgen Steiner (Steiner-Verlag), Fischer Verlag, Springer Verlag, SCHUBI Lernmedien GmbH, Borgman Publishing, Hogrefe Verlag. Für das Lesen und Kommentieren einzelner Abschnitte oder des ganzen Typoskripts und für Übungsvorschläge bedanke ich mich bei Jenny Bock, Madlen Nestroy und vor allem bei Frank Regenbrecht. Herr DI Stephan Eichholz hat mit großer Kompetenz die Dias für das Coverbild angefertigt. Herr Dr. Ullrich Schulz-Kirchner hat das Projekt von der ersten Stunde an unterstützt. Doris Zimmermann war eine geduldige und engagierte Lektorin, und Petra Jeck hat dem Buch zu seinem Aussehen verholfen. Insgesamt wurde von Verlagsseite die Publikation dieses Buchs in einer Weise unterstützt und gefördert, wie es sich jeder Autor nur wünschen kann.

Zum Schluss noch ein Dankeschön an die vielen Leser(innen) dieses Buchs, die schlussendlich dafür sorgten, dass es bereits in die dritte Auflage geht.

Dresden, Januar 2001

Jürgen Tesak

PS: Noch eine Anmerkung zum Sprachgebrauch. Mit Therapeut und Patient sind beide Geschlechter gemeint, was auch für die Wörter Therapeutin und Patientin gilt.

I APHASIE

Im ersten Teil dieses Buchs werden grundlegende Fakten über Aphasien in zusammenfassender Weise präsentiert. Der Bogen spannt sich von der Definition über Ursachen bis zu Einflussgrößen auf die Rückbildung. Wichtigster inhaltlicher Punkt ist, dass es sich bei Aphasie um ein komplexes Phänomen handelt, welches die Betroffenen und ihre Angehörigen in umfassender Weise betrifft. In der Folge muss man berücksichtigen, dass auch die Therapie der Aphasie ein komplexes Unterfangen ist, in welchem viele Faktoren berücksichtigt werden müssen.

1 GRUNDLEGENDES ZUR APHASIE

1.1 Definition

Unter **Aphasie** versteht man eine **Sprachstörung** auf Grund einer **Hirnschädigung** nach Abschluss des Spracherwerbs. Die aphasischen Störungen führen zu Problemen in der verbalen Kommunikation und haben häufig enorme psycho-soziale Folgen. Abbildung 1.1 illustriert die grundlegenden Dimensionen der Aphasie.

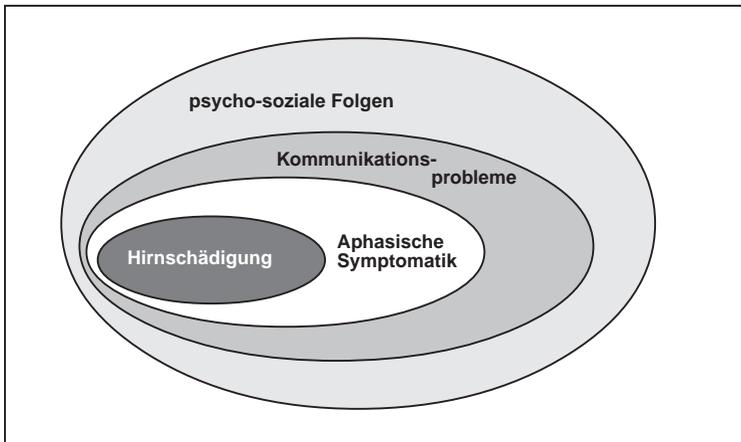


Abb. 1.1: Aspekte der Aphasie

1.2 Ursache(n)

Die häufigste Ursache für eine Aphasie sind **Schlaganfälle**, die typischerweise die linke Hirnhälfte betreffen. Weitere Ursachen sind **Hirnverletzungen** (Schädel-Hirn-Traumata, SHT), Hirntumoren, Atrophien, Hirnentzündungen und auch degenerative Hirnerkrankungen (z.B. Demenz). Häufig wird jedoch die Annahme gemacht, dass die Ursache plötzlich aufgetreten sein muss, damit es sich um eine „echte“ Aphasie handelt, womit beispielsweise Aphasien bei Demenz ausgeschlossen wären (selbst wenn diese Patienten aphasische Symptomatik zeigen). Aphasiker(innen) können jeden Alters ab der Pubertät sein, sind aber typischerweise (auf Grund der Hauptursache Schlaganfall) eher älter, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen herrschen Schädel-Hirn-Traumata als Ursache vor.

1.3 Symptome

Die sprachlichen Symptome einer Aphasie können **alle Ebenen der Sprache** (Phonologie, Morphologie, Semantik, Syntax, Text), **alle Modalitäten** (Produzieren, Verstehen, Lesen, Schreiben) so wie alle anderen sprachlichen Leistungen (Buchstabieren, Nachsprechen, etc.) betreffen. Aphasiker haben typischerweise eine Vielzahl von Symptomen auf allen Ebenen und in allen Modalitäten. **Die Zusammensetzung der Symptome und der jeweilige Schweregrad sind jedoch individuell unterschiedlich (Individualsyndrom)**. Weit verbreitet - aber für therapeutische Zwecke nur eingeschränkt nutzbar - ist die Ansicht des 19. Jahrhunderts, dass bestimmte Symptome immer zusammen auftreten und die sogenannten aphasischen Syndrome bilden. Wichtig ist, dass Aphasie an sich die Artikulation (Aussprache) und die Phonation (Stimmgebung) beim Sprechen *nicht* beeinträchtigt. Störungen der Stimme, der Artikulation und der Atmung infolge einer Hirnschädigung nennt man *Dysarthrien*. Diese sind von den Aphasien getrennt zu betrachten, auch wenn beide zusammen auftreten können.

1.4 Kommunikative Folgen

Die **kommunikativen Folgen** einer Aphasie sind **beträchtlich**. An sich weiß ein Aphasiker zwar, wie Kommunikation funktioniert, was er ausdrücken möchte und wie er sich kommunikativ verhalten muss. Aber die aphasischen Einschränkungen in der Sprachverarbeitung wirken sich in doppelter Weise negativ auf die kommunikativen Interaktionen aus. Auf der einen Seite ist es einem Aphasiker nur eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich, seine Redeabsichten adäquat in Sprache umzusetzen, auf der anderen Seite versteht ein Aphasiker nur mehr Teile dessen, was andere ihm sprachlich vermitteln möchten. In dieser Weise ist jeder Aphasiker in seiner Kommunikation mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Da die Kommunikationsbeeinträchtigung eine Folge der Sprachstörung ist, spricht man auch von **sekundärer kommunikativer Störung**. Ähnlich wie dem Aphasiker ergeht es leider auch den Kommunikationspartnern der Aphasiker: Auch sie verstehen nur mehr Teile dessen, was der Aphasiker vermitteln möchte, und sie erreichen ihre eigenen kommunikativen Ziele auch nur mehr in eingeschränkter Weise. Missverständnisse und Frustrationen sind auch bei kooperativem Verhalten aller Kommunikationspartner an der Tagesordnung. Zur Illustration seien einige Beispiele angeführt: *Ein Gespräch über einen gemeinsam gesehenen Kinofilm wird erschwert, der Austausch relevanter Inhalte über die Planung des nächsten Urlaubs gelingt nicht, das Gespräch mit der Krankenkasse über die Rückerstattung der Taxi-Kosten findet nicht den erwünschten Abschluss. Das Lesen von Zeitschriften, von Büchern, von Briefen ist schwer; Telefonieren geht nicht mehr; der Lotto-Schein bleibt unausgefüllt; und auch das Kreuzworträtsel kann nicht mehr gelöst werden. Fernsehen macht keinen Spaß*

mehr, weil die Dialoge nicht zu entschlüsseln sind, die Neuaufstellung der deutschen Fußballnationalmannschaft muss unkommentiert bleiben; usw.

1.5 Psycho-soziale Folgen

Auf Grund der oben genannten Einschränkungen der Kommunikation und der sprachlichen Leistungen sind auch die **psycho-sozialen Folgen** bei Aphasie **beträchtlich**. Nicht selten folgt auf die Aphasie der Verlust der Arbeit bzw. die Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Ehegemeinschaften, Familien und Freundschaften werden auf harte Proben gestellt. Der beruflichen, sozialen und familiären Isolation folgen nicht selten Depressionen, Verzweiflung, Angstzustände und Aggression aufseiten der Aphasiker, aber auch aufseiten der Angehörigen sind die Probleme ähnlich. Viele fühlen sich überfordert und können den Belastungen nicht mehr standhalten, was wiederum zu Krisen in den Beziehungen führt.

1.6 Begleiterscheinungen

Viele Aphasiker haben neben den sprachlichen auch noch mit anderen Problemen zu kämpfen. Die **Begleitsymptomatik** bei Aphasie kann Lähmungen einer Körperhälfte, Seheinschränkungen, Störungen der Körperwahrnehmung und Bewegungskoordination, Störungen der Sprechmotorik, der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit umfassen. Die genannten Begleiterscheinungen können die aphasische Symptomatik mehr oder weniger beeinflussen, augenscheinlich wird dies beim Verhältnis visueller Störungen und der Leseleistung.

1.7 Verlauf

Aphasien unmittelbar nach dem verursachenden Ereignis nennt man **akute Aphasien**. Die aphasische Symptomatik kann sich am Beginn in der akuten Phase rasch verändern und wechselhaft sein, und die Akutphase ist oft durch die Beeinträchtigung von Basisleistungen (Belastbarkeit, Bewusstsein, etc.) begleitet. Erst im Verlauf der Zeit bilden sich in der chronischen Phase relativ stabile aphasische Erscheinungsbilder heraus, und man spricht dann von einer **chronischen Aphasie**. Die chronische Phase beginnt (in der Ansicht vieler Fachleute) ab der sechsten Woche nach Ereignis. Es muss allerdings bemerkt werden, dass der Sprachgebrauch im Hinblick auf akute und chronische Aphasie variabel ist; in der Ansicht anderer Kolleg(inn)en kann man erst bei mindestens vier bis sechsmonatiger Erkrankung von einer chronischen Aphasie sprechen. In den ersten sechs Monaten nach verursachendem Ereignis kommt es auch zur sogenannten **Spon-**

tanremission, das ist die mehr oder weniger selbstständige Rückbildung der Symptomatik. Die Spontanremission ist am stärksten in den ersten drei Monaten ausgeprägt, wobei es bei zirka einem Drittel der Betroffenen zu einer vollständigen Rückbildung der aphasischen Symptomatik kommt.

1.8 Aphasietherapie

Aphasietherapie im engeren Sinne ist **Sprach- und Kommunikationstherapie** und bezeichnet die therapeutischen Bemühungen zur Verminderung oder Beseitigung der aphasischen Probleme. Im weiteren Sinne umfasst Aphasietherapie auch noch die medizinische Versorgung des Patienten sowie die psychologische Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Angehörigenberatung. Es ist allerdings üblich, von **Rehabilitation** der Aphasiker zu sprechen, wenn alle Aspekte berücksichtigt werden.

Sprachtherapie sollte **möglichst früh** nach dem verursachenden Ereignis einsetzen. Die Spontanremission kann durch sprachtherapeutische Intervention unterstützt werden. Je länger die aphasische Symptomatik jedoch anhält, umso unwahrscheinlicher wird eine vollständige Rückbildung. Professionelle Therapie kann aber bei chronischer Aphasie zu einer nachweisbaren Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Leistungen führen, die in einzelnen Fällen sogar bis zu einer beruflichen Wiedereingliederung führen kann. Aber auch für arbeits- und erwerbsunfähige aphasische Personen können die durch eine Sprachtherapie erzielten Verbesserungen eine Steigerung der Lebensqualität, eine Erhöhung der Selbstständigkeit und damit eine Verringerung der Abhängigkeit von Betreuung bewirken.

1.9 WHO-Einteilung der Krankheiten

Die Konzeptualisierung der Aphasie und der zugehörige Rehabilitationsprozess lassen sich gut anhand der nachfolgenden **WHO-Klassifikation** aus dem Jahre 1980 strukturieren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt in der ICDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) Krankheiten in verschiedene miteinander verwandte, aber doch unterschiedliche Teilbereiche auf: pathologische Ursache (*pathology*), Schädigung (*impairment*), Alltagsbeeinträchtigung (*disability*) und psycho-soziale Folgen (*handicap*). Im Hinblick auf die Aphasie kann man das folgende Schema (Abb.1.2) heranziehen.

WHO-Einteilung 1980	Aphasie	Intervention
pathologische Ursache	Schlaganfall SHT, etc.	medizinische Versorgung
Schädigung	aphasische Symptome WFS, etc.	Sprachtherapie mit Aphasiker
Alltags- beeinträchtigung	kommunikative Folgen	Kommunikations- u. Sprachtherapie mit Aphasiker und Angehörigen
psycho-soziale Folgen	Isolation Arbeitsplatz- verlust etc.	psychologische und rechtliche Betreuung

Abb. 1.2: Aphasie und Rehabilitation (Übersicht)

Die **pathologische Ursache** der Aphasie ist eine Hirnschädigung. Die zugeordneten therapeutischen Mittel sind die medizinische Versorgung der Patienten und eventuelle medikamentöse Interventionen. (Diese Aspekte spielen in der vorliegenden Einführung in die Aphasietherapie aber keine Rolle.)

Die Ebene der **Schädigung** ist in etwa mit den aphasischen Symptomen (Wortfindungsstörungen, etc.) gleichzusetzen, wohingegen die **Alltagsbeeinträchtigung** die funktionalen und pragmatischen Folgen umfasst (Nicht-Erreichen kommunikativer Ziele, Missverständnisse, Unfähigkeit Bücher zu lesen, etc.). Schädigung und Alltagsbeeinträchtigung sind quasi die beiden Seiten einer Münze, unter linguistischer Sicht oft mit dem Paar „Struktur“ und „Funktion“ erfasst. Sprachtherapie (Aphasietherapie im engeren Sinne) bezieht sich typischerweise auf die Ebenen der Schädigung bzw der Alltagsbeeinträchtigung, wobei es unter funktionalem Gesichtspunkt auch Sinn macht, die Angehörigen in die Kommunikationstherapie miteinzubeziehen. Wichtig ist zu wissen, dass sich der Grad der Alltagsbeeinträchtigung nicht direkt aus Art und Umfang der Symptome (Schädigung) ergibt, sondern individuell ausgeformt ist.

Auch die **psycho-sozialen Folgen** einer Aphasie (Depression, Isolation, Arbeitsplatzverlust, etc.) sind individuell stark unterschiedlich ausgeprägt. Die therapeutischen Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind häufig psychologischer bzw. rechtlicher Natur. Beratungszentren, Kostenträger, Rentenanstalten und Selbsthilfegruppen spielen

len hier eine zentrale Rolle. Man darf in diesem Kontext allerdings nicht vernachlässigen, dass Sprachtherapie auf den „unteren“ Ebenen auch positive Wirkungen im psycho-sozialen Bereich haben kann.

In einer Überarbeitung der ICDH wurden von der WHO 1997 drei grundlegende Ordnungsgrößen eingeführt: Schäden, Aktivitäten, Partizipation. **Schaden** ist ein Verlust oder eine Abnormalität der Körperstruktur oder einer physischen oder psychischen Funktion. **Aktivität** ist zielgerichtete Tätigkeit einer Person als handelndes Subjekt. Aktivitäten können in Art und Dauer und Quantität gestört sein. **Partizipation** ist das Einbezogensein einer Person in die verschiedenen Lebensbereiche. Als zusätzliche Größe spielen **Kontextfaktoren** (Eigenschaften der Umwelt und Gesellschaft) eine Rolle. Der Vorteil der ICDH-2 (1997) ist, dass der grundlegende Tenor auf positiven Aspekten liegt (Aktivität, Partizipation), die den Blick auf die Leistungsfähigkeit erlauben, und dass sie nicht so defizitorientiert ist wie die Klassifikation aus dem Jahre 1980. Im vorliegenden Buch bildet jedoch die Einteilung aus dem Jahre 1980 die Grundlage, weil sich anhand dieser Einteilung die zu behandelnden Bereiche gut konzeptualisieren lassen.

Die WHO-Einteilungen helfen auch in der Erfassung eines grundlegenden Aspekts der **Rehabilitation von Hirnverletzten**, bei der generell versucht wird, therapeutische Maßnahmen möglichst nahe an der Ursache anzusiedeln, wobei bei zunehmender Krankheitsdauer die Beachtung bzw. Minimierung der Folgen in den Vordergrund rückt. Mit anderen Worten: Am Beginn steht die medizinische Versorgung im Vordergrund, nach langjähriger Krankheit die Minimierung der psycho-sozialen Folgen.

1.10 Einflussfaktoren für Rückbildung

In der Literatur werden viele Faktoren genannt, die einen Einfluss auf die Rückbildung bzw. auf den Erfolg therapeutischer Bemühungen haben (sollen). Allerdings ist es wichtig anzumerken, dass es sich um **statistische Tendenzen** handelt, die keine spezifische Vorhersage für den einzelnen Patienten zulassen. Zudem ist in den meisten Fällen die Sachlage relativ schlecht erforscht, sodass es so gut wie zu jedem Punkt widersprüchliche Ergebnisse gibt. Eine Übersicht der relevanten Faktoren zeigt die Abbildung 1.3.

Wichtige Faktoren betreffen **Art, Ort, Ausmaß und Zeitpunkt der verursachenden Hirnschädigung**. Kleinere bzw. umschriebene Läsionen haben eine bessere Prognose als große bzw. diffuse Läsionen vor der Rolandischen Furche (anteriore Läsionen) sind günstiger als dahinter (posteriore Läsionen). Kurz nach dem Ereignis kann man mehr erwarten als später: Mit zunehmender Dauer des Vorhandenseins aphasischer Symptomatik nimmt die Wahrscheinlichkeit vollständiger oder teilweiser Rückbildung ab.

bessere Prognose	schlechtere Prognose
kleine Läsionen	große Läsionen
anteriore Läsionen	posteriore Läsionen
traumatische Ursache	cerebro-vasculäre Ursache
umschriebene Hirnschäden	diffuse Hirnschäden
kurz nach Ereignis	lange nach Ereignis (1 Jahr u.m.)
wenige zusätzliche Probleme (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen)	viele zusätzliche Probleme
Frauen	Männer
Linkshänder	Rechtshänder
verstehbare Sprachäußerungen	unverständliche Sprach- äußerungen (Jargon)
gute Verstehensleistung	schlechte Verstehensleistung
Schweregrad: leicht	Schweregrad: schwer
wenige Automatismen	viele Automatismen
hohe Motivation	geringe Motivation
familiäre Mithilfe	ohne Unterstützung
hohe prämorbid Intelligenz	geringe prämorbid Intelligenz
hohe Schulbildung (12 Jahre u. mehr)	geringe Schulbildung (unter 12 Jahre)
jüngeres Lebensalter (unter 50)	älteres Lebensalter (über 50)
keine Depression	Depression
Sprachtherapie	keine Sprachtherapie

Abb.1.3: Einflussgrößen für Rückbildung

Art und Schweregrad der aphasischen Symptomatik sind auch wichtige Prognosefaktoren: Sprachverstehen, unverständliche Äußerungen (Jargon) und Automatismen sind hier zu nennen. Schlechtes Sprachverstehen, die Anwesenheit von Jargon und die Anwesenheit von Automatismen sind schlechte Prognosefaktoren. Generell gilt, dass je schwerer die Aphasie, umso schlechter die Prognose.

Die **aphasische Person** und ihre Merkmale sind auch relevant: Frauen haben bessere Rückbildungschancen als Männer, jüngere Patienten haben eine bessere Prognose als ältere. Motivation zur Therapie ist positiv. Zusätzliche nicht-aphasische Probleme (z.B. neuropsychologischer Art) erschweren die Rückbildung genauso wie Depressionen. Positiv wirken sich Schulbildung, prämorbid Intelligenz und familiäre Mithilfe aus.

Übungen (Kapitel 1)

Ü 1-1 Bestimmen Sie, ob die folgenden Gründe als kausale Ursachen für Aphasie in Frage kommen:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Apoplexie | <input type="radio"/> Schädel-Hirn-Trauma |
| <input type="radio"/> Hirnentzündung | <input type="radio"/> Schussverletzung im Kiefer |
| <input type="radio"/> Gebissanomalie | <input type="radio"/> Halbseitenlähmung |
| <input type="radio"/> Sehstörungen | <input type="radio"/> Kopfweh |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Demenz |
| <input type="radio"/> Enzephalitis | <input type="radio"/> Laryngitis |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Angina Pectoris |

Ü 1-2 Überlegen Sie die Auswirkungen der folgenden (möglichen) Begleiterscheinungen auf die sprachliche Leistung bei Aphasie:

- Hemiplegie der rechten Hand
- Artikulationsprobleme (im Rahmen einer Dysarthrie)
- Rechenstörungen
- Halbseitenvernachlässigung (visuell)
- Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis

Ü 1-3 Ordnen Sie die folgenden Punkte den Ebenen der WHO-Klassifikation der Krankheiten (1980) zu: I. pathologische Ursache, II. Schädigung, III. Alltagsbeeinträchtigung, IV. psycho-soziale Folgen.

	I	II	III	IV
Wortfindungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schädel-Hirn-Trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitsplatzverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstehensprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nicht telefonieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein-Wort-Sätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Für eine Diskussion der Definition der Aphasie und eine Darstellung der aphasischen Symptomatik aus linguistischer Sicht siehe Tesak (1997:1-31). Eine historisch orientierte Darstellung der Aphasie findet man in Tesak (2001). Eine gut lesbare Darstellung der Aphasie aus medizinischer Sicht ist Wallesch (1993). Häufigkeit und Ursache von Aphasien werden auf Grund empirischer Untersuchungen dargestellt in Schüttler und Kollegen (2000). Der weit verbreitete Syndromansatz ist dargestellt in Huber et al. (1997) und populärwissenschaftlich in Huber, Poeck und Springer (1991). Einführend gut lesbar ist auch das Arbeitsbuch von Hegde (1994). Die Sichtweise betroffener Aphasiker zeigen Mickleit (1986), Baurisch (1992) und knapp Obermann (1994). Unsentimental und empfehlenswert ist der Bericht von McCrum (1998). Grundlegendes zur Neuropsychologie und möglicher Begleitsymptomatik bei Aphasie kann man Prosiogel (1991) und Goldenberg (1997) entnehmen. Gloning und Kollegen (1976), Kertesz (1995) und Benson & Ardilla (1996:343-353) beschreiben relevante Faktoren der Rückbildung bei Aphasie (mit vielen Primärliteraturangaben). Eine knappe, aber gut lesbare Übersicht zur Aphasietherapie beinhaltet Springer (1997). Zur akuten Aphasie siehe Biniek (1993) und Simons (1998). Zur WHO-Einteilung 1997 siehe ICDH-2 (1998).

II DIAGNOSE

Die Grundlage jeder Therapiezielbestimmung und Therapieplanung ist eine ausführliche, detaillierte und spezifische sprachtherapeutische Diagnostik. Diese umfasst neben einer genauen Bestimmung der sprachlich-linguistischen und kommunikativen Leistung (mit Stärken und Schwächen, Kompensationsleistungen und Strategien) auch eine anamnestiche Erhebung biologisch-medizinischer Fakten (inklusive nicht-aphasischer Begleiterscheinungen) und die Einbeziehung der psycho-sozialen Dimension der Aphasie, wobei auch die Wünsche und Bedürfnisse der Patient(inn)en berücksichtigt werden sollten. Der Einbezug von Angehörigen ist bereits in der Anamnese phase sinnvoll. Die folgende Abbildung II.1 zeigt die Dimensionen sprachtherapeutischer Diagnostik, welche auch den Grundaufbau für die nachfolgenden vier Kapitel zur sprachtherapeutischen Diagnostik bilden.

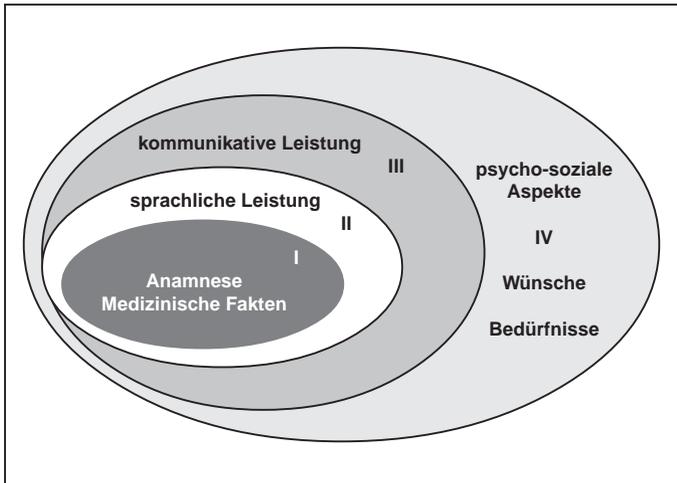


Abb. II.1: Dimensionen der sprachtherapeutischen Diagnostik

*Da jeder aphasische Patient sowohl ein individuelles Symptomenmuster aufweist (unterschiedliche erhaltene und defizitäre Sprachleistungen) als auch unterschiedliche kommunikative Bedürfnisse hat, ist eine **individuelle Diagnostizierung** notwendig. Es gibt zurzeit kein einziges fertiges Sprachdiagnosepaket, das alle Bereiche abdeckt und daher für sprachtherapeutische Notwendigkeiten zufrieden stellend wäre. Im klinischen und therapeutischen Alltag werden daher viele verschiedene Diagnoseverfahren angewandt, die von selbst erstellten handschriftlichen Aufgabensammlungen über Fragebögen bis zu computerunterstützten, allen Kriterien der Testpsychologie genügenden Testbatterien reichen. Typischerweise besteht ein Nebeneinander von Aphasietests und eigenen, individuellen Aufgabensammlungen und Fragebögen.*

*Beliebt und weit verbreitet ist für medizinische Diagnosezwecke der **Aachener Aphasie Test (AAT)**. Der AAT erlaubt eine erste grobe Orientierung im Hinblick auf sprachsystematische Leistungen in verschiedenen Modalitäten (Ebene der Symptome, WHO-Ebene Schädigung), gibt aber nur wenige Hinweise auf funktionale, pragmatische, kommunikative oder strategische Leistungen der untersuchten Personen. Man muss also weitere diagnostische Verfahren anwenden, um zu ausreichenden therapie relevanten Erkenntnissen zu kommen.*

*Man darf nicht annehmen, dass alle relevanten Daten in den ersten beiden Sitzungen mit dem Aphasiker erhoben werden können. Man sollte davon ausgehen, dass **Diagnostik** auch noch **therapiebegleitend** stattfindet. Nicht selten muss man seine in der Anfangsphase bereits erhobenen Daten ergänzen bzw. deren Interpretation revidieren. Häufig sind spezifische Diagnoseverfahren notwendig, um einzelnen aphasischen Erscheinungen auf den Grund zu gehen.*

Die folgende Darstellung der diagnostischen Notwendigkeiten basiert auf keinem bestimmten Diagnosepaket. Allerdings wird im Kapitel über Symptome der Aachener Aphasie Test (AAT) wegen seiner weiten Verbreitung den Hintergrund bilden, und die Aspekte, die mittels AAT abklärbar sind, werden mit Sternchen () in den jeweiligen Übersichten gekennzeichnet. Weitere Hinweise zu diversen Diagnosepaketen aus allen Bereichen finden sich in den Literaturhinweisen.*

2 ANAMNESE

2.1 Persönliche Daten

An den Beginn gehört die Erhebung der **persönlichen Daten** des Patienten: Name, Wohnort, Alter, Beruf, Familiendaten, Schulbildung, Muttersprache. Einiges kann man vielleicht einer mitgelieferten Akte, einem Begleitschreiben oder der Heilmittelverordnung entnehmen oder von einer Kollegin erfahren, anderes muss man beim ersten Treffen mit dem Patienten oder durch Befragung der Angehörigen klären.

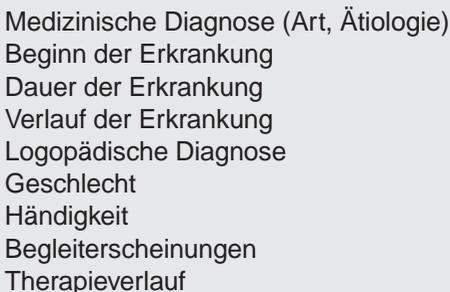


- Name
- Adresse
- Alter
- Familiendaten
- Beruf
- Schulbildung
- Muttersprache

Abb. 2.1:
Persönliche Daten

2.2 Medizinisch-biologische Fakten

Zu den relevanten **medizinisch-biologischen Daten** gehören Geschlecht, Alter, Händigkeit, verursachendes Ereignis (Schlaganfall, SHT, etc.), Dauer der Erkrankung (akut/chronisch), Begleiterscheinungen und eventuell bereits stattgefundene Therapie. In Abbildung 2.2 sind medizinisch-biologische Fakten aufgelistet, die möglichst vollständig zu erheben sind.



- Medizinische Diagnose (Art, Ätiologie)
- Beginn der Erkrankung
- Dauer der Erkrankung
- Verlauf der Erkrankung
- Logopädische Diagnose
- Geschlecht
- Händigkeit
- Begleiterscheinungen
- Therapieverlauf

Abb. 2.2:
Medizinisch-biologische Fakten