
Inhaltsverzeichnis

	Seite
Aphasie – allgemeiner Überblick	1 – 3
Die globale Aphasie	4 – 6
Die Broca – Aphasie	7 – 8
Die Wernicke – Aphasie	9 – 11
Die amnestische Aphasie	12 – 13
Die Leitungsaphasie	14
Die transkortikalen Aphasien	
Sensorische Form	15
Motorische Form	16
Gemischte Form	16
Restaphasien	17
Diagnostik der Aphasie	18 – 21
Therapie der Aphasie	22 – 28
Beispiel: MODAK	28 – 30
Die Aphasie kommt selten allein	31 – 32
Was können Angehörige und Freunde tun?	32 – 35
Was kann neben der Therapie gemacht werden?	35 – 36
Ein Appell zum Schluss	37

Begriffserklärungen

<i>Schlaganfall</i>	Minderdurchblutung des Gehirns durch Verschluss oder Platzen einer das Gehirn versorgenden Arterien (für weitere Informationen siehe Glossar)
<i>Schädel-Hirntrauma</i>	Verletzung des Schädels und des darunter liegenden Gehirns, entsteht meist durch Unfälle, die mit direkter Gewalteinwirkung auf den Kopf verbunden waren (für weitere Informationen siehe Glossar)
<i>Neologismen</i>	Wortneuschöpfungen

Aphasie

Das Wort Aphasie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Sprachlosigkeit“ oder „ohne Sprechen“. Menschen mit einer Aphasie, egal welcher Form und Ausprägung, haben Schwierigkeiten in allen Bereichen, die mit Sprache in Verbindung stehen. Dies kann von Problemen beim Sprechen an sich, beim Finden der richtigen Worte, bis hin zu Verständnisproblemen gehörter oder geschriebener Sprache reichen, die Aphasie kann sich also auf das Sprechen, das Verstehen gesprochener Sprache, das Lesen und / oder Schreiben auswirken. In der Fachsprache wird die Aphasie auch als multimodale Sprachstörung bezeichnet, da oft mehrere Bereiche gleichzeitig betroffen sind.

Ursache für das Auftreten einer Aphasie ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein *Schlaganfall*, ein *Schädel-Hirntrauma* ist der zweithäufigste Grund, weniger oft werden Hirntumore oder andere Erkrankungen des Gehirns als Ursache gefunden.

Die Fachbegriffe für die verschiedenen Bereiche, die durch eine Aphasie gestört sein können, sind die folgenden, falls Ihnen diese Begriffe bei Arztgesprächen oder Gesprächen mit Logopäden einmal begegnen. Da ist zum einen eine Störung in der Phonologie möglich, hierbei handelt es sich um die fehlerhafte Kombination von einzelnen Lauten, z.B. wird „Tinsch“ statt „Tisch“ gesagt, manchmal werden Laute innerhalb eines Wortes umgestellt, so kann dann aus „Brot“ „Trob“ werden oder es werden Laute durch andere ersetzt, dann heißt „Flasche“ plötzlich „Flusche“. Desweiteren kann die Morphologie beeinträchtigt sein. Morphologie bezeichnet die Wortbildung. Patienten mit gestörter Morphologie verändern die Deklination, also die Regeln, nach denen Worte gebildet und im Satzzusammenhang verändert werden. Da heißt es dann zum Beispiel „ Ich bin mit dem Auto gefahrt.“ Auch die Semantik, also die reine Wortbedeutung, kann gestört sein. Es kann zu Verwechslungen zwischen Worten kommen, deren Bedeutungen mit einander in Zusammenhang stehen können, so wird dann zum Beispiel aus einem „Elfmeter“ ein „Schiedsrichter“. Tatsächlich existierende Worte werden zu Neuschöpfungen, sog. *Neologismen*, neu kombiniert, z.B. „Steinzeugdreher“ statt „Schraubenzieher“¹. Manchmal werden Teilworte eines kombinierten Wortes weggelassen und der „Blumentopf“ ist nur noch

¹ Zitat aus „Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel“ Kapitel 2.1.

Begriffserklärungen

<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion
<i>Symptom</i>	Krankheitszeichen

ein „Topf“. Auch der Satzbau, die Syntax, kann beeinträchtigt sein. Es werden dann z.B. Verben ausgelassen oder es wird mitten im Satz einfach abgebrochen und man kann nicht mehr verstehen, was der Patient eigentlich mitteilen wollte. Manche Patienten mit einer Aphasie neigen dazu, unkontrolliert und quasi überschäumend zu reden, der Rededrang lässt sich nur schwer oder gar nicht unterbrechen, dies wird in der Fachsprache als Logorrhö bezeichnet. Nicht nur das eigene Sprechen des Patienten kann bei einer Aphasie beeinträchtigt sein, manchmal können Patienten nicht mehr verstehen, was ihnen gesagt wird. Sie können genannte Begriffe nicht mehr den bezeichneten Gegenständen zuordnen. Wobei hier wichtig ist, dass die Patienten mit einem gestörten Wortverständnis eher abstrakte Begriffe, wie „Vertrauen“ oder „Glück“, nicht mehr verstehen, Dinge, die ‚begreifbar‘ sind, wie zum Beispiel ein „Buch“ oder ein „Hund“, scheinen den Patienten weniger Probleme zu bereiten.

Neben der folgenden Unterscheidung der Aphasieformen nach der *Läsionsregion*, gibt es auch noch die Unterscheidung zwischen der akuten und der chronischen Aphasie. Akut bezeichnet in diesem Zusammenhang die ersten vier bis sechs Wochen nach der Läsion. In dieser Phase können sich die im Weiteren beschriebenen Symptome stark verändern, es kann sogar zu einem fast vollständigen Verschwinden der Symptome kommen, einer sog. Spontanremission. Während der akuten Phase sind neben den *Aphasiesymptomen* auch große Probleme in Aufmerksamkeit und Belastbarkeit des Patienten zu beobachten, die in der auf die akute folgenden chronische Phase so nicht mehr beobachtet werden können. 2006 wurden für eine Studie fast 100 Aphasiepatienten direkt nach der *Läsion* 4 Monate danach und 7 Monate nach dem Auftreten der *Läsion* untersucht. Es zeigte sich, dass bereits in den ersten 4 Monaten 27% der Patienten keine Aphasie mehr hatten. Nach 7 Monaten war der Anteil der Gesunden auf 35 % angestiegen. (Huber et al.,2006)

Wir verwenden im folgenden Text immer die männliche Form, meinen damit aber sowohl Patienten, als auch Patientinnen bzw. Therapeuten, als auch Therapeutinnen. Wir haben uns für diese Form entschieden, um den Text nicht zu sehr zu verkomplizieren.

Begriffserklärungen

Symptom

Krankheitszeichen

Ätiologie

Lehre von den Ursachen und
auslösenden Faktoren einer Erkrankung
oder Störung

Doch nun wieder zum eher medizinischen Aspekt der Aphasie. Es werden vier Arten der Aphasie unterschieden, zum Teil benannt nach ihrer Ausprägungsart oder –stärke und zum Teil benannt nach der *Läsionsregion* im Gehirn, die ursächlich für die dann auftretenden *Symptome* sind. Sie finden nachfolgend diese vier Arten einzeln erklärt nach dem Ort der *Läsion*, da es weitere nicht so verbreitete Aphasieformen gibt, wird auf diese auch noch kurz eingegangen, dann folgt eine Auflistung der *Symptome*, eine Beschreibung des für diese Art üblichen Sprachflusses mit Einschätzung der Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit, die ein Mensch mit dieser Art der Aphasie üblicherweise zeigt. Nach der ausführlichen Beschreibung der *Ätiologie* der Aphasieformen geben wir Ihnen eine Beschreibung der häufigsten Diagnosemethoden und danach möchten wir Sie noch über die bisher angewandten Therapiemethoden informieren.

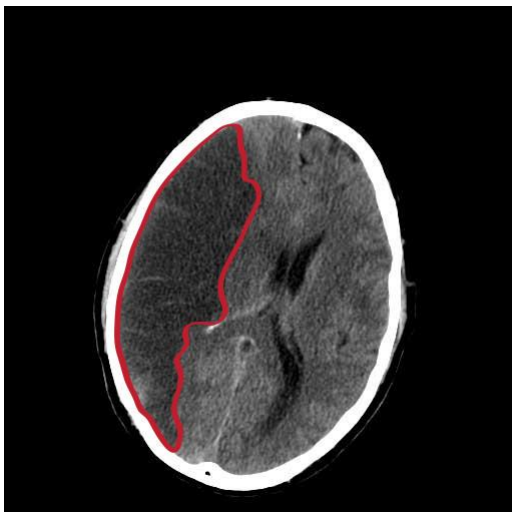
Begriffserklärungen

<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion
<i>Mediastromgebiet</i>	Blutkreislauf der <i>Arteria cerebri media</i>
<i>frontal</i>	vorne
<i>parietal</i>	zum Scheitel gehörend
<i>temporal</i>	schläfenwärts bzw. seitlich gelegen
<i>subkortikal</i>	unterhalb der Großhirnrinde
<i>Arteria cerebri media</i>	Verzweigung der <i>Arteria carotis interna</i> , sie versorgt weite Teile des Gehirns
<i>Arteria carotis interna</i>	Zweite Hauptarterie, die das Gehirn mit Blut versorgt; doppelt vorhanden, rechts und links

Die globale Aphasie

Läsionsort

Wie der Name bereits vermuten lässt, ist die *Läsion*, die zu einer globalen Aphasie führt die mit den größten Auswirkungen. Bedingt dadurch, dass das *Mediastromgebiet* betroffen ist, wirkt sich die Minderdurchblutung *frontal, parietal* und *temporal* aus, auch *subkortikale* Bereiche sind betroffen. In Abbildung 2 finden Sie ein CT-Bild, welches einen Mediainfarkt zeigt, der zu einer globalen Aphasie geführt hat. Der rot umrandete Bereich ist der *Läsionsort*. Wenn man sieht, wie viel Gewebe im Sprachbereich des Gehirns betroffen ist, kann man verstehen, woher die globale Aphasie ihren Namen hat. Wie bereits erwähnt, ist die Ursache für eine globale Aphasie meist in einem sogenannten *Mediainfarkt* zu suchen. Mit dem Begriff ist gemeint, dass in der *Arteria cerebri media* die Durchblutung gestört ist. Da diese Arterie der erste Abzweig der *Arteria carotis interna* darstellt und danach noch viele Bereiche des Gehirns von ihr mit Blut versorgt werden, ist eine Minderdurchblutung dieser Arterie und aller ihr nachfolgenden Arterien eine sehr ernsthafte *Läsion*, die gravierende Schädigungen verursacht. Wie das untenstehende CT-Bild ja auch belegt.



Links

Rechts

Abb. 2

Es mag Ihnen komisch vorkommen, dass unter dem CT Bild „links“ und „rechts“ steht. Dies hat einen besonderen Grund: Je nach Art der CT Aufnahme wird das Gehirn seitenverkehrt oder sozusagen richtig herum abgebildet. Das hat mit der Bildbearbeitung zu tun. Damit Sie nicht zu sehr verwirrt werden, haben wir auch unter die nun noch folgenden CT Bilder immer „links“ und „rechts“ notiert.

Begriffserklärungen

Modalität

wird unterschieden nach

Sensorischer Modalität: Möglichkeit der menschlichen Wahrnehmung (hören, sehen, lesen, fühlen etc.) und

Motorische Modalität: Möglichkeit zu handeln oder sich zu verständigen (sprechen, schreiben, mit Gesten oder Gesichtsausdruck etc.)

Symptome

Die globale Aphasie zeichnet sich dadurch aus, dass nicht nur Teilbereiche der Sprache gestört sind, sondern ein Patient mit einer globalen Aphasie hat in allen *Modalitäten* mehr oder weniger ausgeprägte Probleme. Keine Aphasie gleicht in ihren Ausprägungen der anderen. Nahezu jeder Patient mit einer globalen Aphasie zeigt unterschiedlich starke Einschränkungen in seiner Fähigkeit zu kommunizieren. Aber bei allen ist ähnlich, dass so gut wie jeder Bereich, der mit Sprache zu tun hat, beeinträchtigt ist. Patienten mit globaler Aphasie können sich entweder gar nicht äußern oder ihre Äußerungen sind teilweise oder ganz unverständlich. Sie geben häufig nur einzelne Silben oder Wörter von sich, so dass der Sinn dessen, was gesagt werden sollte, unverständlich wird.

Auch das Verständnis für gehörte Sprache ist – zumindest in der ersten Zeit nach dem Schlaganfall bzw. der Hirnverletzung – nicht mehr vorhanden oder stark gestört. Lesen und Schreiben ist entsprechend leider ebenfalls stark in Mitleidenschaft gezogen. Dr. Luise Lutz, eine klinische Linguistin, hat in ihrem Buch „Das Schweigen verstehen“ einen Patienten mit einer globalen Aphasie beschrieben, wir möchten hier ein aufgezeichnetes Gespräch zwischen dem Patienten und Frau Dr. Lutz zitieren:

Ein Gespräch mit Herrn G:

Es fand ca. 4 Monate nach Ausbruch der Aphasie und 2 Monate nach Beginn der Therapie statt. Das Verstehen war so weit gebessert, dass er im Gespräch meistens erschließen konnte, worum es ging, obwohl er nicht jedes Wort verstand:

Herr G. war gebeten worden, ein Bild zu beschreiben, das einen Vater und mehrere Kinder im Wohnzimmer zeigte:

Herr G.: ... bi, ach so, Bild, ja ... äh ... d ... das ... ähm ... nee, s'is ... äh ... viertel vor ... nee, viertel nach halb...

L.L.: Hm. Und nun ...

Herr G.: So. Dann ... äh ... ein ... äh ... einich ... das ... das Kpelefon ...

L.L.: Ja. Wo?

Herr G.: Nee ... das ... der Mann is ...

L.L.: ja! Herr G.: ... is Frau und Kinder ...

L.L.: Eine Frau? Eine Frau seh ich gar nicht ...

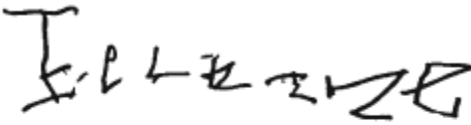
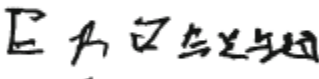
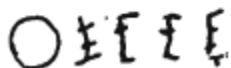
Herr G.: Nee ... oh, ja ... das ... äh ... i ... is alles ... so ... so der Frau ... äh ... sucht ...

am ob tu ... sam ... dem ge Mann sucht ... nein, das ist ein Kinder, is ... äh
Mann, nee?

L.L: Ja ... das ist ein Kind.¹

Wie an diesem Gespräch unschwer zu erkennen ist, ist die gesprochene Sprache des Patienten sehr stark beeinträchtigt, so stark, dass nur noch Fragmente einem verständlich gesprochenem Wort nahe kommen. Aber man sollte auf keinen Fall den Fehler machen, diese unverständliche Sprache mit einer eingeschränkten Intelligenz gleichzusetzen! Patienten mit einer Aphasie haben eine Verletzung am Sprachzentrum des Gehirns, sie sind nicht plötzlich dumm geworden durch diese Verletzung, wohl aber können sie in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt und verlangsamt sein, was dann anmutet, als ob derjenige dümmer geworden sei. Auch die Persönlichkeit des Patienten hat sich durch diese Störung nicht verändert, es ist immer noch der gleiche Mensch, mit dem Sie vor der Erkrankung zu tun hatten. Aber da die Einschränkungen durch diese Aphasieform beträchtlich sind, machen Sie sich darauf gefasst, dass Ihr Angehöriger vor allem in der ersten Zeit viel Zuspruch und Ermutigung brauchen wird. Depressionen sind leider ein häufige Folge einer Aphasie, doch dazu später mehr.

Leider ist fast immer neben der gesprochenen Sprache auch die geschriebene Sprache stark beeinträchtigt. Patienten mit globaler Aphasie haben – ebenso wie beim Sprechen – größte Probleme, selbst zu schreiben oder geschriebene Sprache zu verstehen. Auch das Abschreiben einzelner Buchstaben oder von Wörtern gelingt Patienten, die unter einer globalen Aphasie leider meistens nicht. Frau Dr. Lutz hat in ihrem bereits erwähnten Buch eine Schriftprobe eines Patienten mit globaler Aphasie veröffentlicht. Er war gebeten worden, seinen Namen abzuschreiben:

Begriffserklärungen

<i>Broca-Areal</i>	Region des Gehirns, hier wird die Sprachmotorik geplant. Liegt bei 90% der Rechtshänder auf der linken Hemisphäre, bei Linkshändern kann es links oder rechts lokalisiert sein (bei ca. 10% – 15% der Linkshänder auf der rechten Hemisphäre).
<i>Arteria praerolandica</i>	Arterienverzweigung aus der <i>Arteria cerebri media</i>
<i>Arteria cerebri media</i>	Verzweigung der <i>Arteria carotis interna</i> sie versorgt weite Teile des Gehirns
<i>Arteria carotis interna</i>	Zweite Hauptarterie, die das Gehirn mit Blut versorgt; doppelt vorhanden, rechts und links
<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion

Die Broca-Aphasie

Läsionsort

Die Broca-Aphasie hat ihren Namen, wie Sie sicher schon vermutet haben, vom Ort der zugrundeliegenden Läsion bekommen. Patienten mit einer Broca-Aphasie leiden unter der Minderdurchblutung des *Broca-Areals*. In Abbildung 3 finden Sie eine Zeichnung, die die Lage des *Broca-Areals* zeigt.

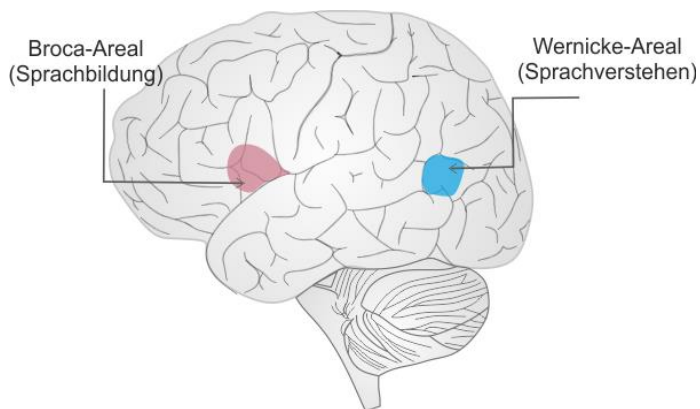


Abb. 3

Ursache der Broca-Aphasie ist in den meisten Fällen eine Minderdurchblutung der *Arteria praerolandica*, dies ist eine Verzweigung der *Arteria cerebri media*, sie wird im Ursprung also durch die *Arteria carotis interna* versorgt. Auch hier ist die Händigkeit des Patienten von großer Bedeutung, ist die *Arteria praerolandica* rechtsseitig verschlossen, so wird sich eine Broca-Aphasie in der Regel eher bei Linkshändern zeigen. Ist die *Arteria praerolandica* linksseitig verschlossen bzw. ihre Durchblutung stark gestört, so können Linkshänder und auf jeden Fall die Rechtshänder eine Broca-Aphasie erleiden.

In Abbildung 4 finden Sie ein CT-Bild eines Patienten mit Broca-Aphasie, man kann hier sehr gut den *Läsionsort* erkennen.

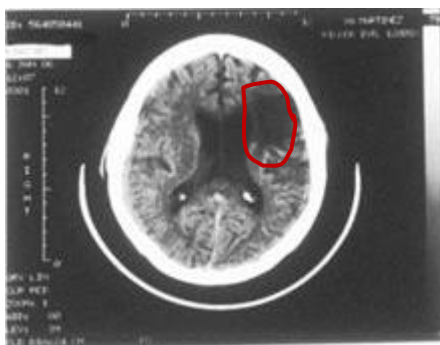


Abb. 4

Rechts Links

Begriffserklärungen

Paraphasie

Durch Sprachstörung verursachte Wortveränderungen. Es wird unterschieden zwischen einer **phonematischen Paraphasie**, einer **formalen Paraphasie**, einer **morphologischen Paraphasie**; einer **semantischen Paraphasie**, hier werden Worte durch dem Sinn nach ähnliche Worte ersetzt (z.B. „Tasse“ statt „Glas“); einer **verbalen Paraphasie** und einer **syntagmatische Paraphasie** (alle Formen sind im Glossar erklärt)

Motorisch

die Motorik betreffend (für weitere Informationen siehe Glossar)

Symptome

Patienten mit Broca-Aphasie zeigen als hauptsächliches Symptom (sog. Leitsymptom) eine Sprache, die sich durch kurze und unvollständige Sätze auszeichnet. Häufig fehlen Funktionswörter wie Artikel („der, die, das“), die Substantive werden nicht dekliniert (also dem Zusammenhang in ihrer Form angepasst) und die Verben werden in ihrer Grundform genutzt. Der Sprachfluss ist wesentlich langsamer als üblich und das Sprechen an sich scheint Patienten mit Broca-Aphasie große Schwierigkeiten zu bereiten. Patienten mit Broca-Aphasie ist sehr wohl bewusst, dass mit ihrer Sprache etwas nicht stimmt. Sie bemerken die überlangen Pausen, die sie beim Versuch zu sprechen machen und die zum einen begründet sind in der langwierigen Suche nach dem richtigen Wort, zum anderen in den *motorischen* Einschränkungen an sich. Patienten, die unter einer Broca-Aphasie leiden, haben sehr große Probleme, ihre Sprache richtig zu steuern, manchmal streuen sie Laute ein, die nicht dorthin gehören, wo sie gesprochen wurden oder sie lassen Laute einfach aus. Um zu verdeutlichen, wie sich die Sprache eines Patienten mit Broca-Aphasie von der eines Gesunden und der eines Patienten mit globaler Aphasie unterscheidet, haben wir untenstehend ein Beispiel aus dem bereits zitierten Buch von Frau Dr. Lutz aufgeführt:

Gespräch mit Frau N.:

L.L.: Konnten Sie gestern die Sonne genießen?

Frau N.: ja ... Garten ... Sohn ... Schie ... toch ... äh ... Sohn und ... Schiebertochte ... Faul ... nein ... Faumen fülken ... nein ... Korb Faumen ... Garten ... ich Sonne sitzen, dann ... hause ... Kuchen backen ... Sohn gerne Faulmenchuchen ..¹

Der Fachbegriff, für die von Frau N. gezeigte sprachliche Einschränkung (sie sagt z.B. „Faulmenchuchen“ statt „Pflaumenkuchen“), lautet *phonematische Paraphasie*. Auch wenn die Sprache von Frau N. noch weit von allgemein verständlicher Sprache entfernt ist, so ist doch verständlich, was Frau N. erzählen möchte, ganz im Gegensatz zu Herrn G., dessen Äußerungen als globaler Aphasiker überhaupt nicht mehr zu verstehen sind.

Begriffserklärungen

<i>Wernicke-Areal</i>	Region des Gehirns, hier wird die Semantik der Sprache verarbeitet. Liegt bei 90% der Rechtshänder auf der linken Hemisphäre, bei Linkshändern kann es links oder rechts lokalisiert sein (bei ca. 10% – 15% der Linkshänder auf der rechten Hemisphäre).
<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion
<i>Arteria temporalis posterior</i>	Arterienverzweigung aus der <i>Arteria cerebri media</i>
<i>Arteria cerebri media</i>	Verzweigung der <i>Arteria carotis interna</i> sie versorgt weite Teile des Gehirns
<i>Arteria carotis interna</i>	Zweite Hauptarterie, die das Gehirn mit Blut versorgt

Die Wernicke-Aphasie

Läsionsort

In Abbildung 3 ist neben dem *Broca-Areal* auch das *Wernicke-Areal* eingezeichnet. Auch diese Form der Aphasie hat ihren Namen von dem Ort der *Läsion*, die diese Störung verursacht.

Eine Durchblutungsstörung der *Arteria temporalis posterior* ist Ursache der Wernicke-Aphasie. In Abbildung 5 sehen Sie ein CT-Bild, das den Läsionsort sehr gut dokumentiert. Auch hier gilt wieder, dass ein Verschluss der *Arteria temporalis posterior* nicht unbedingt zu dieser Aphasieform führen muss. Ist die *Arteria temporalis posterior* rechtsseitig verschlossen oder nicht mehr richtig durchblutet, ist die Wahrscheinlichkeit einer Wernicke-Aphasie zu erleiden höchstens bei Linkshändern gegeben. Die Gefahr, eine Wernicke-Aphasie zu erleiden, steigt stark an, wenn der Patient einen Verschluss oder eine Minderdurchblutung der *Arteria temporalis posterior* linksseitig erlitten hat.



Abb. 5

Rechts Links

Symptome

Patienten mit Wernicke-Aphasie sind sich ihrer Sprachstörung nicht immer bewusst. Dies ist wichtig zu wissen, damit man weiß, wie mit diesen Patienten umgegangen werden sollte. Das häufigste Symptom ist ein flüssiger aber auch sehr übertriebener Sprachfluss. Diese Patienten sind quasi nicht zu stoppen. Leider ist ihre Sprache

Begriffserklärungen

Paraphasie

Durch Sprachstörung verursachte Wortveränderungen. Es wird unterschieden zwischen einer **phonematischen Paraphasie**, die sich durch Veränderungen eines Lautes in dem Zielwort auszeichnet (aus „Sessel“ wird „Tessel“); einer **formalen Paraphasie**, einer **morphologischen Paraphasie**; einer **semantischen Paraphasie**, hier werden Worte durch dem Sinn nach ähnliche Worte ersetzt (z.B. „Tasse“ statt „Glas“); einer **verbalen Paraphasie** und einer **syntagmatische Paraphasie**

Paragrammatismus

Sprachstörung, die charakterisiert ist durch lange, verschachtelte Sätze und Verdoppelung von Satzteilen

aber selten wirklich verständlich. Patienten mit Wernicke-Aphasie neigen zu *semantischen* und *phonematischen Paraphasien*. Ihre Sprache ist also zum einen durchsetzt von Lautveränderungen einzelner Worte und zum anderen durch die Nutzung von dem Sinn nach ähnlichen, aber im Zusammenhang unpassenden Worten. Außerdem zeigen Wernicke-Aphasiker häufig sogenannten *Paragrammatismus*, sie verschachteln und verquicken die Dinge, die sie mitteilen möchten derart, dass kaum noch etwas Verständliches dabei herauskommt.

Frau Dr. Lutz hat in ihrem Buch ein Gespräch mit einem Patienten mit Wernicke-Aphasie aufgezeichnet. Der Patient war gebeten worden, über seine Wohnung zu sprechen:

L.L.: Da, wo Sie wohnen, haben Sie da auch einen Garten?

Herr J.: Ha ah, das seh ich sofort hier.

L.L.: Ja, haben Sie da auch einen Garten? Da, wo Sie wohnen?

Herr J.: Ja, gäh äh ka ur ein geomer, ein teomer vin annern to eh

L.L.: Ja ...

Herr J.: Nech, also, mein schön kerger küksil im Sommer, jetzt um diese Zeit ...

L.L.: Ja ...

Herr J.: Gehabt un so auch heute den bron denn ein ein für äh na et den oder oder für mich denn für – Gott, wie schwer ist das denn!

L.L.: Ich kann Sie immer noch nicht verstehen, leider! Ich möchte so gern, aber da kommen immer andere Wörter ...

Am Anfang der Symptombeschreibung der Wernicke-Aphasie wurde gesagt, dass Patienten mit dieser Aphasieform sich ihrer Sprachprobleme nicht bewusst sind. Das eben zitierte Gespräch legt die Vermutung nahe, dass das so nicht stimmt. Allerdings muss hier dazu gesagt werden, dass die Patienten kurz nach dem ersten Auftreten

der Wernicke-Aphasie sich ihrer Sprachproblematik wirklich nicht bewusst sind. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten die Unterschiede zwischen dem Gesagten und dem, was sie sagen wollten, nicht realisieren. Sie hören also sozusagen das, was sie sagen wollten, auch wenn bei uns etwas vollkommen anderes ankommt. Diese Problematik erschwert anfangs die Krankheitseinsicht und damit natürlich auch die Erfolgsaussichten für die Rehabilitation.

Wie zu erwarten, ist leider auch die Schriftsprache von der Wernicke-Aphasie betroffen. Patienten mit Wernicke-Aphasie schreiben, wie sie sprechen, verschachtelte und komplexe Sätze, denen häufig die richtigen Worte fehlen. Leider ist nicht nur das Schreiben, sondern auch das Lesen betroffen und diese Patienten können oft den Sinn dessen, was sie lesen nicht erfassen. Allerdings scheint es so zu sein, dass sich das Verständnis für geschriebene Sprache schneller bessert, als das für die gesprochene Sprache. Dies ist eine gute Chance für die Therapie, auf die wir später noch zu sprechen kommen.

Begriffserklärungen

<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion
<i>Temporallappen</i>	seitlich unten gelegener Teil des <i>Neocortex</i> , auch Schläfenlappen genannt
<i>Neocortex</i>	macht ca. 90% der Großhirnrinde aus, entwicklungsgeschichtlich jüngster Teil des Gehirns
<i>Parietallappen</i>	Bezeichnung für den oben gelegenen Teil des <i>Neocortex</i> , auch Scheitellappen genannt

Die amnestische Aphasie

Läsionsort

Im Gegensatz zu den beiden zuvor beschriebenen Aphasieformen, kann der *Läsionsort*, der zu einer amnestischen Aphasie führt, nicht klar umrissen werden. Häufig werden *Läsionen* im *Temporallappen* oder im unteren *Parietallappen* oder auch in der Grenzregion zwischen diesen beiden Gehirnteilen gefunden. Genauer kann der *Läsionsort* allerdings nicht beschrieben werden.

Symptome

Amnesie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „ohne Gedächtnis“. Das sagt eigentlich auch schon das Wichtigste über diese Form der Aphasie. Patienten mit einer amnestischen Aphasie haben große Probleme, die richtigen Worte zu finden, sie haben eine Wortfindungsstörung. Dies ist das sogenannte Leitsymptom, also das Symptom, das hauptsächlich auftritt. Wortfindungsstörungen gibt es auch bei allen anderen Aphasieformen, bei der amnestischen Aphasie ist dies aber die auffälligste Einschränkung. Die amnestische Aphasie ist die leichteste Form der Aphasie, da die Patienten in der Lage sind, in vollständigen Sätzen zu sprechen. Nur leider fehlen ihnen die richtigen Worte. Dies führt dann dazu, dass sie z.B. häufig mit Floskeln arbeiten. So wird dann beispielsweise gesagt: „Wie heißt das noch gleich?“ oder es wird das ‘allgemeingültige’ „Dings“ genutzt. Auch Umschreibungen für das gesuchte Wort werden gerne von Patienten mit einer amnestischen Aphasie genutzt, da ist dann ein Schlüssel das Gerät, mit dem man die Tür öffnet. Da Patienten mit amnestischer Aphasie den Gesprächen um sie herum meist gut folgen können, sind sie (leider) auch oft gut in der Lage, ihre Wortfindungsstörungen zu verstecken, indem sie beispielsweise die von ihren Gesprächspartnern genutzten Worte in ihren eigenen Redebeitrag einflechten. Hier ist also eine sehr genaue Diagnostik äußerst wichtig! Ein von Frau Dr. Lutz im Rahmen der Diagnostik aufgezeichnetes Gespräch gibt die Symptome der amnestischen Aphasie gut wieder. Der Patient war gebeten worden, abgebildete Gegenstände zu benennen:

»Koffer: Hier haben wir zum Verreisen einen ... einen ...eine Tasche oder einen To einen Ta einen tsch ... einem ähm ... Kofo Koffer einen Kofer einen Koffer

Besen: Und jetzt wollen wir für Sauberkeit ... äh, sa an der Sauberkeit denken und nehmen uns einen ... einen scho scho einen ... einen ... (11 Sekunden Pause) .. was

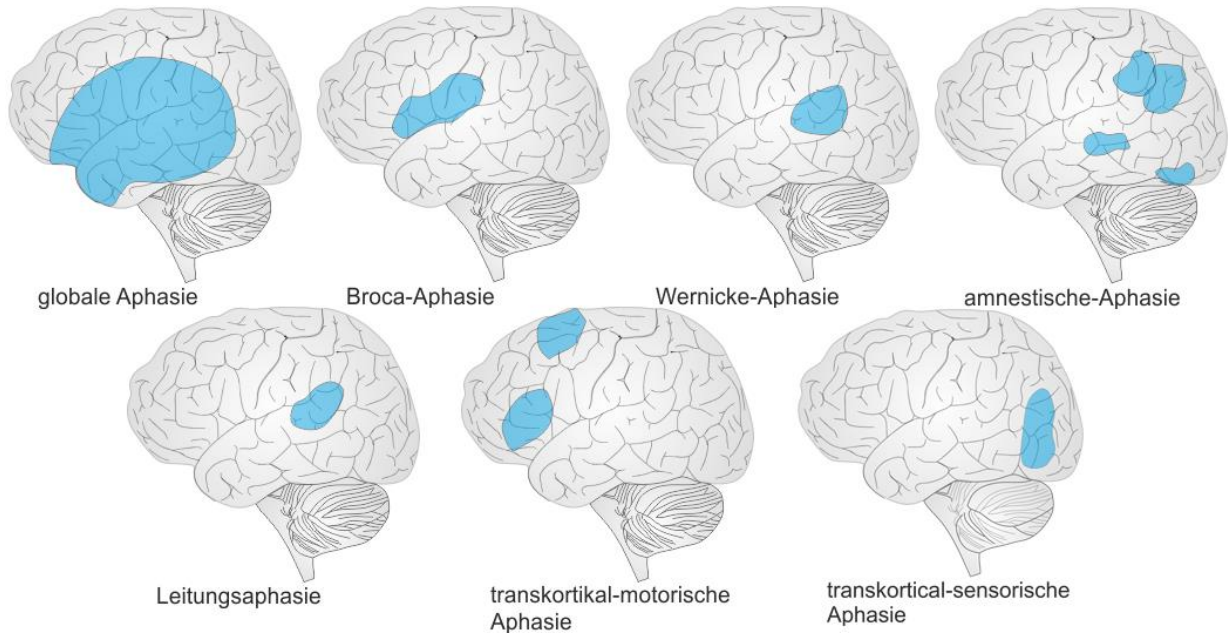


Abb. 6

wollen wir wollen zu Hause oder im Geschäft wollen wir saubermachen und benutzen dazu einen Sch ... einen ...einen ... (6 Sekunden Pause) ... einen ... wischen und nach dem Wischen kommt das auf ... hoch tro ein trocken ein ...ja das ist ein Fehlei.«¹

Wie man im Vergleich zu den Beispielen der vorher beschriebenen Aphasieformen sehen kann, ist die Sprache eines Patienten mit amnestischer Aphasie meist recht flüssig und zusammenhängend. Sicher, die Pausen zur Suche nach dem richtigen Wort, sind auffällig, aber dadurch, dass diese Patienten sich irgendwie zu helfen wissen, ist die Einschränkung nicht so gravierend, wie bei der globalen, der Broca- oder Wernicke-Aphasie. Auch das Schreiben zeigt bei Patienten eine ähnliche Problematik, wie das Sprechen. Worte können nicht gefunden werden und werden dann umschrieben. Lesen macht Patienten mit einer amnestischen Aphasie keine Probleme, was eine gute Ansatzmöglichkeit für die Therapie bietet.

Abbildung 6 gibt Ihnen nochmal einen schematischen Überblick über die Läsionsorte der einzelnen Aphasieformen. Nachdem wir Sie über die vier häufigsten Aphasieformen ausführlich informiert haben, möchten wir Ihnen auf den folgenden Seiten noch einen kurzen Überblick über die wesentlich selteneren Formen der Vollständigkeit halber geben, diese selteneren Formen finden Sie bereits in Abbildung 6, zumindest was den Ort der *Läsion* angeht. Dazu ist noch zu bemerken, dass die Darstellung Läsionsort → Störungsbild stark vereinfachend ist. Neben der Region, die geschädigt wurde, spielen Faktoren wie zum Beispiel die individuelle Größe der fraglichen Region bei dem Patienten eine Rolle, denn das Gehirn ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich, die groben Überblicke stimmen, aber man kann keinen allgemeingültigen Grundriss des Gehirns zeichnen. Weiterhin spielen Dinge wie der Bildungsstand des Patienten vor der Läsion eine große Rolle. Auch das Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Läsion hat eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Begriffserklärungen

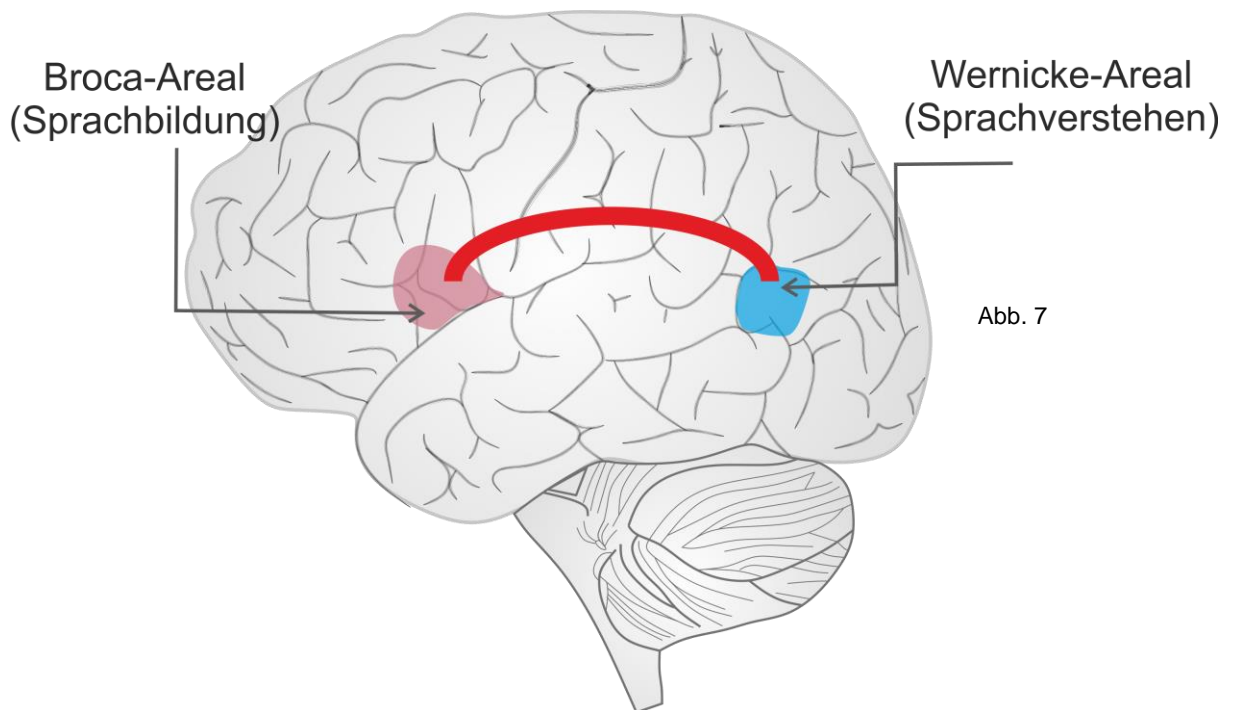
Fasciculus arcuatus

Nervenfasern, die das Broca- und das Wernicke-Areal mit einander verbinden

Die Leitungsaphasie

Läsionsort

Wie der Name vermuten lässt, ist bei der Leitungsaphasie eine für Sprache wichtige Verbindung im Gehirn gestört. Hierbei handelt es sich um den *Fasciculus arcuatus*. Der *Fasciculus arcuatus* ist eine Faserbindung zwischen dem Wernicke- und dem Broca-Areal. Abbildung 6 zeigt diese Verbindung ein wenig genauer.



Symptome

Bei der Leitungsaphasie haben die Patienten weder Probleme, Sprache zu verstehen ob nun gesprochen oder geschrieben, noch macht ihnen das Sprechen oder Schreiben Schwierigkeiten. Die einzig auffällige Einschränkung besteht darin, dass sie nicht mehr in der Lage sind, vorgesprochene und ihnen unbekannte Worte nachzusprechen. Patienten mit Leitungsaphasie ist ihr Problem bewusst. Das Schreiben und Lesen scheint nicht beeinträchtigt zu sein.

Begriffserklärungen

Paraphasie

Durch Sprachstörung verursachte Wortveränderungen. Es wird unterschieden zwischen einer **phonematischen Paraphasie**, einer **formalen Paraphasie**, einer **morphologischen Paraphasie**; einer **semantischen Paraphasie**, hier werden Worte durch dem Sinn nach ähnliche Worte ersetzt (z.B. „Tasse“ statt „Glas“); einer **verbalen Paraphasie** und einer **syntagmatische Paraphasie** (alle Formen sind im Glossar erklärt)

Echolalie

Wie ein Echo nur die Worte wiederholen, die der Gesprächspartner nutzt, ohne eigene Inhalte hinzuzufügen

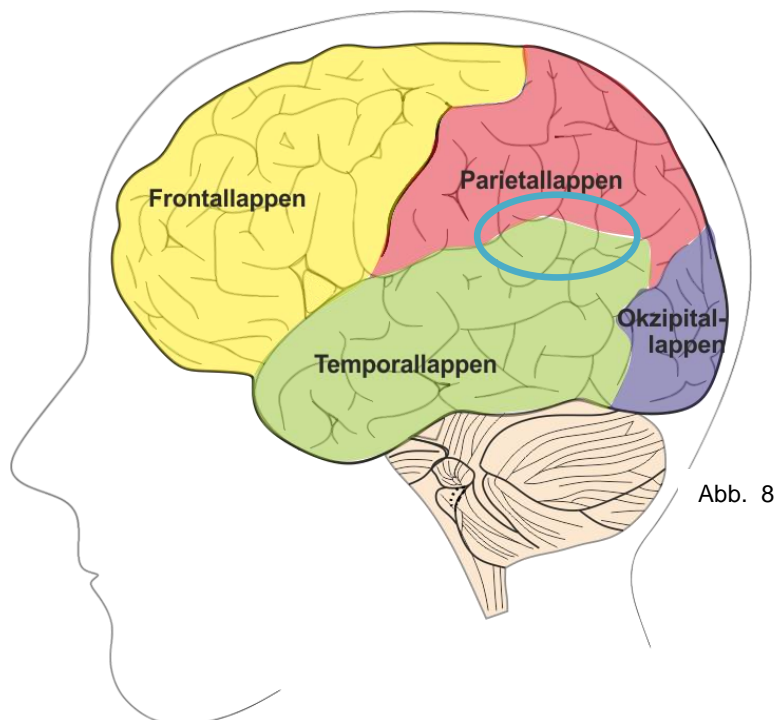
Die transkortikalen Aphasien

Transkortikale Aphasien werden in drei Unterformen kategorisiert, diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

Sensorische Form

Läsionsort

Hinterer temporoparietaler Bereich des Gehirns, genauer läßt es sich bisher leider nicht beschreiben. Abbildung 8 zeigt eine Skizze mit der ungefähren Lage der *Läsion*.



Symptome

Patienten mit dieser Form der transkortikalen Aphasie können die Sprache anderer sehr schlecht verstehen und sie haben ausgeprägte Wortfindungsstörungen. Außerdem zeigen Patienten mit der sensorischen Form der transkortikalen Aphasie häufig *semantische Paraphasien* und *Echolalien*. Sie können sehr gut vorgesprochene Sprache nachsprechen und ihre Sprache ist als recht flüssig zu bezeichnen.

Begriffserklärungen

<i>Frontallappen</i>	Bezeichnung des vorderen Teils des <i>Neocortex</i> ; auch Stirnlappen genannt
<i>Neocortex</i>	macht ca. 90% der Großhirnrinde aus, entwicklungsgeschichtlich jüngster Teil des Gehirns
<i>Agrammatismus</i>	Sprachstörung, die sich durch das Fehlen grammatikalisch wichtiger Bestandteile gesprochener oder geschriebener Sätze auszeichnet. Oft auch als „Telegrammstil“ bezeichnet.
<i>Läsion</i>	Verletzung einer anatomischen Struktur oder einer physiologischen Funktion
<i>Echolalie</i>	Wie ein Echo nur die Worte wiederholen, die der Gesprächspartner nutzt, ohne eigene Inhalte hinzuzufügen

Motorische Form

Läsionsort

Meist im *Frontallappen*.

Symptome

Patienten mit der motorischen Form der transkortikalen Aphasie zeigen sehr gute Leistungen, wenn sie etwas nachsprechen sollen. Allerdings sprechen sie von sich aus recht wenig. Ihr Sprachverständnis ist gut und sie zeigen keinen *Agrammatismus*.

Gemischte Form

Läsionsort

Wie der Name vermuten läßt, ist der *Läsionsort* nicht genau zu lokalisieren. Diese Form wird eher aufgrund der Symptome diagnostiziert.

Symptome

Patienten, die die gemischte Form der transkortikalen Aphasie haben, zeigen ein Symptommuster, das tatsächlich wie eine Mischung der beiden anderen Formen der transkortikalen Aphasie anmutet. Zum einen können sie sehr gut Vorgesprochenes nachsprechen, ihre eigene Sprache ist allerdings nicht sonderlich flüssig und sie sprechen generell recht wenig. Sie neigen zu *Echolalien* und ihr Sprachverständnis ist sehr schlecht.

Allen drei Formen ist gemeinsam, dass die jeweils geschilderten Probleme sich auch im schriftlichen Teil der Sprache zeigen.

Restaphasien

Läsionsort

Lässt sich nicht lokalisieren.

Symptome

Die sogenannten Restaphasien sind Aphasieformen, die sich nicht zuordnen lassen. Patienten mit dieser Aphasieform zeigen im Alltag keinerlei sprachliche Einschränkungen, weder mündlich noch schriftlich. Ihre Probleme offenbaren sich nur in Gesprächen, in denen im Alltag selten genutzte Fachbegriffe benötigt werden. Auch hier zeigen sich dann Wortfindungsstörungen. Patienten mit einer Restaphasie erzählen davon, dass sie Verständnisprobleme bei komplexeren Themen haben. Ihre Geschwindigkeit beim Lesen ist etwas verlangsamt und sie machen häufiger Rechtschreibfehler als zu der Zeit, bevor die Störung auftrat.

Begriffserklärungen

Prosodie

Sprachmelodie, also die Geschwindigkeit und Betonung gesprochener Sprache, die richtig genutzten Akzente zur Betonung von Worten etc.

Echolalie

Wie ein Echo nur die Worte wiederholen, die der Gesprächspartner nutzt, ohne eigene Inhalte hinzuzufügen

Diagnostik der Aphasie

Der Aachener Aphasie Test (AAT) ist häufig der Test, der zur Diagnose und Einstufung des Schweregrades einer vermuteten Aphasie genutzt wird. Der AAT besteht aus sechs sogenannten Untertests, also ist es, wenn man es genau nimmt, eine Sammlung aus sechs Tests, die hilft, die Einschränkungen in verschiedenen Sprachbereichen genauer zu erkennen und nach ihrer Ausprägungsstärke einzuordnen. Die Untertests bestehen aus folgenden Teilen:

1. Spontansprache: Hierbei führen Untersucher und Patient ein ungefähr 10 minütiges Gespräch. Der Untersucher hat – wenn auch nicht dem genauen Wortlaut nach – Vorgaben über den Inhalt der Fragen, die er stellen soll. Es soll sich um den aktuellen Gesundheitszustand, den Beruf des Patienten, seine Familie und die Freizeitaktivitäten des Patienten drehen. Der Untersucher achtet hier besonders auf die oben beschriebenen Auffälligkeiten. Also z.B. auf die korrekte *Prosodie* oder ob der Patient unter einer *Echolalie* leidet. Es wird also die gesamte Kommunikationsfähigkeit des Patienten betrachtet.
2. Token-Test: Dem Patienten werden mehrere verschiedenfarbige Formen vorgelegt und er wird vom Untersucher gebeten, z.B. das blaue Quadrat zu zeigen. Dieser Test dient hauptsächlich dazu, die Aphasie von anderen Sprachstörungen abzugrenzen, also zu klären, ob es sich tatsächlich um eine Aphasie handelt.
3. Nachsprechen: Der Patient muss einzelne Laute, Silben, Fremdwörter, zusammengesetzte Wörter und ganze Sätze nachsprechen. Dieser Teil besteht aus insgesamt 50 Aufgaben. Jeder Aufgabe wird vom Untersuchenden vorgesprochen, mit höchstens einer Wiederholung der Aufgabenstellung. Dann sollen die vorgesprochenen Worte nachgesprochen werden. Jede Aufgabe wird mit 0 bis 3 Punkten bewertet, hier bedeutet 3, dass die Aufgabe korrekt gelöst wurde und 0 dass der Patient die Aufgabe nicht lösen konnte und das nachgesprochene Wort nicht mit der Aufgabe übereinstimmt.

Benennen: Dieser Test besteht aus 10 Teilen mit jeweils 10 Aufgaben und es sollen Objekte, Farben, Situationen oder Handlungen beschrieben werden. Die ersten drei Teile beinhalten Zeichnungen von verschiedenen Gegenständen, hier soll jeweils mit einem Begriff das Abgebildete benannt werden. Im nächsten Teil sollen gezeichnete Situationen oder Handlungen mit genau einem Satz beschrieben werden. Die Lösefähigkeit dieser Aufgaben wird wieder mit Punkten zwischen 0 und 3 bewertet.

4. Schriftsprache: Hier müssen Aufgaben erfüllt werden, die z.B. das laute Vorlesen von Wörtern oder Sätzen auf einer Tafel (3 Teile mit je 10 Aufgaben) oder das "Zusammensetzen nach Diktat", damit ist gemeint, dass der Patient aus vor ihm liegenden Karten mit Buchstaben oder Worten die Worte zusammensetzen muss, die der Untersucher vorgibt (beispielsweise. S-A-A-L oder KAMEL-HAAR-MANTEL) und der Patient muss einen Text nach Diktat durch den Untersucher schreiben. Auch hier werden wieder 0 bis 3 Punkte vergeben.
5. Sprachverständnis: Der Patient muss unter vier gleichzeitig präsentierten Zeichnungen diejenige auswählen, die zu dem vorher vom Untersucher vorgelesenen Wort oder Satz passt. Hier wird also überprüft, ob der Patient gesprochene Sprache korrekt verstehen kann. Die Reaktionen des Patienten werden wieder mit 0 bis 3 Punkten bewertet

Um das Vorliegen einer Aphasie nachzuweisen, genügt es bereits, den Token-Test durchzuführen, erreicht der Patient hier 7 oder weniger Punkte, kann eine Aphasie mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Bei einer Punktezahl zwischen 8 und 11 sollten weitere der Untertests durchgeführt werden, weil eine Aphasie nicht ausgeschlossen werden kann. Ab 12 Punkten kann vom Vorliegen einer Aphasie ausgegangen werden, nun geht es mit den Untertests und weiteren Testungen darum, den Schweregrad der Aphasie zu diagnostizieren. Der Test dauert zwischen 60 und 90 Minuten.

Es gibt auch eine kürzere Variante des AAT, den Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), dieser kann bereits im Krankenhaus, also zeitlich recht nah zum Auftreten der Störung, direkt am Krankenhausbett durchgeführt werden und dauert zwischen 15 und 40 Minuten. Der AABT besteht aus sechs Testteilen: Spontansprache, die

Stimulierung expressiver Sprache (zum Ausdrücken von Gefühlen oder Gedanken) durch Singen, Reihensprechen und dem Nach- oder Mitsprechen von Floskeln, dem Benennen von Objekten, dem Sprachverstehen und Ausführen von Blick- oder Kopfbewegungen oder Mundbewegungen oder Zeige- oder Greifbewegungen.

Ein weiterer häufig genutzter Test zur Diagnostik bei einer möglichen Aphasie ist die Aphasie Check List (ACL). Die Bearbeitung der beiden Teile A und B mit diversen Untertests benötigt ca. 30 Minuten. Die ACL wird zur Diagnose und zur Schweregradeinteilung einer möglicherweise vorliegenden Aphasie genutzt. Teil A, der sogenannte Sprachteil, setzt sich aus 7 Untertests zusammen:

1. Reihensprechen: Der Patient soll die Wochentage und Zahlenreihen aufsagen
2. Befolgen von Handlungsanweisungen: Hier wird dadurch dass der Untersucher dem Patienten Anweisungen erteilt untersucht, ob das Sprachverständnis des Patienten beeinträchtigt ist.
3. Farb-Figur-Test: Hier wird das Hörverständnis gesprochener Sprache untersucht, denn der Patient soll vom Untersucher genannte Figuren in der ebenfalls benannten Farbe finden, es wird also untersucht, ob der Patient mit diesen recht abstrakten Begriffen etwas anfangen kann. Gleichzeitig wird noch untersucht, ob das Kurzzeitgedächtnis des Patienten beeinträchtigt ist, denn eine einmal gesprochene Anweisung muss ja auch korrekt ausgeführt werden. Dieser Untertest hat Ähnlichkeit mit dem Token-Test des AAT.
4. Wortgenerierung (Wortzeugung): Hier muss der Patient innerhalb einer Minute so viele Worte wie möglich aufzählen, die entweder mit dem gleichen Buchstaben beginnen oder in die gleiche Kategorie gehören
5. Einzelne sprachliche Leistungen: Hier muss der Patient in 6 Aufgaben Gegenstände benennen, Worte laut vorlesen, den Sinn gelesener und vorgesprochener Worte verstehen, nach Diktat etwas schreiben und Vorgesprochenes nachsprechen.

Begriffserklärungen

Kognition

Alle Denk- und Wahrnehmungsvorgänge und deren mentale (geistige) Ergebnisse (Wissen, Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungen). Kognitionen können bewusst, z.B. das Lösen einer Rechenaufgabe, und unbewusst, z.B. bei der Meinungsbildung, sein

6. Einschätzung der verbalen Kommunikationsfähigkeit
7. Zahlenverarbeitung: Der Patient muss 3 unterschiedlich lange Zahlen laut vorlesen, nach Diktat aufschreiben und nachsprechen.

Teil B, der sogenannte *Kognitionsteil*, besteht aus drei Tests, die alle nonverbal – also ohne Sprache – sind. Da die durch eine Aphasie möglicherweise vorhandenen Sprachprobleme werden so umgangen.

1. Nonverbaler Gedächtnistest: Der Patient muss sich sechs geometrische Figuren für ca. 10 Sekunden merken und diese dann entweder sofort oder nach 10 Minuten (in dieser Zeit werden andere Aufgaben erledigt) aus einer Reihe von Figuren heraussuchen.
2. Aufmerksamkeitstest: In einer vorgegebenen Zeit muss der Patient aus einer Liste mit verschiedenen Zeichen ein bestimmtes Zeichen heraussuchen und markieren. Die Zeichen sind in Spalten angeordnet. Insgesamt müssen 6 Spalten in je 10 Sekunden durchsucht werden.
3. Logische Reihen: Der Patient muss in Reihen von aufeinander folgenden Symbolen bestimmte Gesetzmäßigkeiten herausfinden. Jede Reihe enthält also ein Symbol, das nicht der jeweiligen Regel entspricht. Der Patient muss also erst die zu Grunde liegende Regel in der Reihe erkennen und dann den Fehler finden.

Weitere Tests zur Diagnose einer Aphasie sind unter anderem die folgenden, die hier aus Platzgründen nicht weiter beschrieben werden: die Kurze Aphasieprüfung (KAP, von Lang et al. 1999), der Aphasie Schnell-Test (AST von Kroker 2000) oder die Bogenhausener Semantikuntersuchung (BOSU von Glindemann et al. 2002).

Doch nun zu den verschiedenen Therapieformen, die zum Teil auch zu Hause allein oder mit der Hilfe von Angehörigen durchgeführt werden können.

Therapie der Aphasie

Wichtig zu wissen ist, dass unser Körper immer bestrebt ist, sich selbst zu helfen. Das heißt, dass sich bereits in der sogenannten Akutphase, also in den ersten Wochen nach Auftreten der Aphasie, die ersten Besserungen zeigen, auch ohne Therapie, dies wurde in den Eingangsworten zu diesem Kapitel mit der erwähnten Studie eindrucksvoll belegt. Noch besser ist es natürlich, wenn diese Selbstheilungskräfte durch eine Therapie unterstützt werden. **Je früher mit der Therapie begonnen wird, desto besser kann sie helfen.** Aber erwarten Sie bitte keine Wunder. Ziel der Therapie muss immer sein, so schnell wie möglich, bei möglichst geringer Belastung für den Patienten, die bestmögliche Kommunikationsfähigkeit zu erreichen.² Der Erfolg der Therapie hängt von vielen Faktoren ab:

1. Die Ursache der Aphasie

War es ein Schlaganfall oder hat die Aphasie eine andere Ursache? Beim Schlaganfall geht alles etwas langsamer vonstatten. Das hat unter anderem damit zu tun, dass ein Schlaganfall in den seltensten Fällen “nur“ eine Aphasie zur Folge hat. Je größer und beeinträchtigender die Läsion (Schädigung), desto vielfältiger die daraus entstandenen Störungen.

2. Die Schwere der Aphasie

Es versteht sich eigentlich schon fast von selbst, dass die Therapie einer globalen Aphasie langwieriger und aufwändiger ist, als die Therapie eines Patienten mit einer leichten amnestischen Aphasie.

3. Der Zeitabstand zwischen Auftreten der Störung und Therapiebeginn

Wie bereits erwähnt, je früher desto besser! Wobei man anmerken muss, dass die Experten sich hier nicht immer einig sind. Manche sagen je früher, desto besser, manche sagen, dass erst einmal abgewartet werden sollte, bis sich herauskristallisiert, um welche

² Zitat aus „MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie“, Dr. Luise Lutz, Springer Verlag, 2.Auflage 2009; Kapitel 1, Seite 2

Störung es sich genau handelt. Neben der Expertendiskussion über den besten Therapiebeginn, sollte man auch folgendes nicht außer Acht lassen: Patienten mit einer Aphasie haben sich, wenn die Therapie später einsetzt, eventuell bereits Wege ausgedacht, um mit ihrer Aphasie zu Recht zu kommen (das “Dings“!). Je eher mit der Therapie begonnen wird, desto geringer ist die Möglichkeit für solche meist nicht wirklich hilfreichen Strategien. Und ausgebildete Therapeuten haben mehr Möglichkeiten, dem Patienten zu signalisieren, dass sie die Sprache der Aphasie verstehen können und den Patienten darin unterstützen, mit seiner Umwelt zu kommunizieren. Der richtige Zeitpunkt für einen Therapiebeginn ist also schwer zu bestimmen, fragen Sie nach und diskutieren Sie, lassen Sie sich erklären, warum dieser und nicht ein anderer Zeitpunkt.

4. Der Patienten als Person

Neigt jemand eher dazu, sehr optimistisch in die Zukunft zu blicken, ist es leichter, ihn oder sie nach der Diagnose Aphasie zu einer Therapie und zur Mitarbeit daran zu bewegen. Jemand, der um sich herum alles nur schwarz sieht, wird sich schlechter motivieren lassen. Auch das Alter ist ein Faktor, der nicht außer Acht gelassen werden darf. Daneben ist auch der Bildungsstand des Patienten vor der Läsion ein wichtiger Faktor: Menschen, die von vorneherein einen größeren Wortschatz haben, können Wortfindungsstörungen beispielsweise leichter ausgleichen.

5. Das Umfeld des Patienten

Die Familie und die Freunde des Patienten sind nicht zu unterschätzen. Je besser hier die Unterstützung ist, desto motivierter wird der Patient sein, die Therapie “durchzuziehen“. Auch hat es Vorteile, wenn sich mehrere mit dem Patienten vertraute Personen bei der Therapie zu Hause oder auch als Unterstützung der Profis in der Klinik abwechseln können. Ein Problem auf mehrere Schultern verteilt ist nicht mehr ganz so schwer.

Über die Dauer der Therapie und über den Zeitpunkt, an dem der unter einer Aphasieform leidende Patient wieder soweit gesundet ist, dass der Alltag ohne größere Probleme gemeistert werden kann, kann man nichts sagen. Es würde an Kaffeesatzleserei grenzen, zu sagen Patient A (z.B. Globale Aphasie) kann in 2 Jahren wieder gut verständlich reden und Patient B (z.B. leichte Broca-Aphasie) kann dies in 30 Monaten. Wie schon mehrfach geschrieben: nicht aufgeben!

Eine Therapie muss sorgfältig geplant werden. Neben dem Wissen durch die vorher erfolgte Diagnostik über die Schwere der Aphasie, muss auch geklärt werden, was der Patient will. Will / muss der Patient wieder in den Beruf zurück? Wie wichtig ist dem Patienten die Verbindung zu Freunden, Bekannten und Familie, muss hier die Sprechfähigkeit verbessert werden und wenn ja, wie sehr? Aber Vorsicht! Setzen Sie sich, Ihren Angehörigen und Therapeuten keine unrealistischen Ziele! Erwarten Sie keine Wunder! Vielen Aphasiepatienten kann ein Großteil ihrer Sprache wiedergegeben werden durch die Therapie, aber die Wenigsten kommen aus der Therapie als zu 100% geheilt heraus. Sind die gesteckten Ziele zu ehrgeizig, wiegt ein zwangsläufiger Misserfolg umso schwerer.

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat ein Papier herausgegeben, mit dessen Hilfe die Funktions- und Besserungsfähigkeit von Patienten eingeteilt (klassifiziert) werden kann. Dies ist die sogenannte ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), sie wurde 2001 zum ersten Mal veröffentlicht und soll helfen, die Einschränkungen aufgrund einer Erkrankung einzuteilen, nicht die Person des Erkrankten. Da sich die Planung der Therapie auch an den ICF-Daten orientiert, werden wir hier kurz darauf eingehen. Die ICF geht davon aus, dass verschiedene Faktoren uns und unser Leben beeinflussen, zum leichteren Verständnis finden Sie in Abbildung 9 eine Grafik, die die Zusammenhänge deutlich macht. Ein Beispiel: Das Ausmaß eines Gesundheitsproblems beeinflusst neben den Körperfunktionen auch das Ausmaß der eigenen Aktivität und damit die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben allgemein, Umwelt- und personenbezogene Faktoren tun das Ihrige dazu.

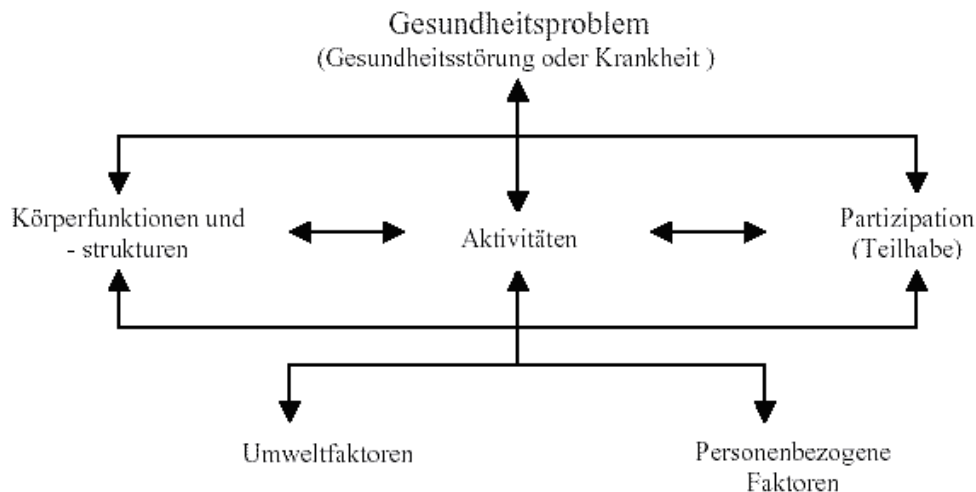


Abb. 9

Therapeuten arbeiten häufig nach der sogenannten SMART-Regel. SMART ist eine Abkürzung für verschiedene Therapieaspekte, die Tabelle in Abbildung 10 gibt diese in ihrem jeweiligen Zusammenhang wieder. Die Tabelle basiert auf einem Model, das in einem Buch mit dem Titel „Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel“, herausgegeben von Barbara Schneider, Meike Wehmeyer und Holger Grötzbach veröffentlicht worden ist, erschienen als 5. Auflage im Jahr 2012 im Springer Verlag.

Die SMART-Regeln basieren auf der ICF und versuchen, die einzelnen Erfordernisse einer Therapie mit den Bedürfnissen des Patienten in Einklang zu bringen.

Regel (englisches Original)	Bedeutung (deutsche Bedeutung)	Erklärung (gemeinte Fragestellung)
Specific	Genau	Welche Leistung soll verbessert werden?
Measurable	Messbar	In welchem Ausmaß soll die Leistung verbessert werden?
Achievable	Erreichbar	Ist das definierte Ziel realistisch zu erreichen?
Relevant	Bedeutsam	Ist das definierte Ziel für den Patienten wichtig?
Timed	Zeitlich festgelegt	In welchem Zeitraum soll das angestrebte Ziel erreicht werden?

Abb. 10

Bei der Therapieplanung für Patienten mit einer Aphasie orientiert sich fast immer an einem dreistufigen Modell, außer wenn es sich um eine leichte Aphasie handelt oder die Ursache für eine Aphasie in einer degenerativen (die Funktionsfähigkeit nimmt immer mehr ab) Erkrankung liegt. Diese drei Stufen sind die folgenden:

1. Phase der Aktivierung

Hierbei handelt es sich meistens um die ersten 6 Wochen nach dem Auftreten der Aphasie, sie wird auch Akutphase genannt. In dieser Zeit sollen die bereits erwähnten Selbstheilungskräfte des Körpers durch erste Therapieansätze unterstützt und gestärkt werden.

In dieser Phase sollte die Therapie – sofern es dem Patienten möglich ist – täglich erfolgen und zwischen 20 und 45 Minuten dauern.

2. Phase des störungsspezifischen Übens

Diese Phase dauert ungefähr zwei Jahre und ist gekennzeichnet durch eine Therapie, die sich exakt auf die Art und das Ausmaß der Störung bezieht. Wie bereits erwähnt, ist das Gehirn in der Lage, gewisse Schäden zu reparieren. Man kann - bildlich gesprochen – sich die Nervenbahnen im Gehirn wie die Wege in einem Park vorstellen, die Wege, die häufig genutzt werden, sind breiter als solche, die selten genutzt werden. Fällt nun beispielsweise ein Baum auf einen Weg und er wird nicht weggeräumt, so werden die Parkbesucher sich "Trampelpfade" um dieses Hindernis herum suchen und diese werden, je nach der Anzahl der Spaziergänger, immer breiter und leichter zu nutzen. Ähnliches passiert im Gehirn. Fällt eine Bahn, die für eine Funktion wichtig war, dauerhaft aus (der Baum, der auf den Weg fällt), so wird das Gehirn versuchen, sich einen neuen Weg anzulegen ("Trampelpfad"), um die nicht mehr verfügbare Funktion wieder zurückzubekommen. Diese Fähigkeit des Gehirns nennt man in der Fachsprache die Plastizität des Gehirns. In den ersten Monaten nach einer Verletzung des Gehirns ist diese Plastizität ein sehr wichtiger Punkt auf dem Weg zur Verbesserung des Gesundheitszustandes. Therapie kann diese Plastizität gut unterstützen, indem sie, um im vorherigen Bild zu bleiben, dabei hilft, neue "Trampelpfade" anzulegen.

Die Therapie in dieser Phase sollte 3-mal wöchentlich jeweils 60 Minuten stattfinden.

3. Phase der Konsolidierung (Festigung)

Nach zwei Jahren ist das Gehirn sicher noch nicht 'am Ende', aber die Fähigkeit zur Plastizität ist leider auch endlich. Lernfortschritte sind jetzt nur noch langsam und selten zu erreichen. Jetzt geht es darum, die "Trampelpfade" zu festigen.

Um das Gelernte zu festigen, sollte in dieser Phase die Therapie mindestens einmal wöchentlich für ca. 60 Minuten erfolgen.

Es gibt beide Formen der Therapie, die Einzel- und die Gruppentherapie. In der zweiten, der Übungsphase, kann neben der Einzeltherapie auch in Gruppen geübt werden. Dies hat den Vorteil, dass die Patienten merken, dass sie nicht allein sind mit ihrer Störung. Ein bisschen Wettbewerb unter den Patienten kann motivierend wirken, allerdings besteht hier natürlich immer die Gefahr, dass Patienten mit kleinen Fortschritten frustriert werden.

Verschiedene Aphasieformen erfordern verschiedene Therapieformen, zwar gibt es nicht die Idealtherapie, aber ein paar grundsätzliche Dinge können hier schon gesagt werden. Bei der Beschreibung der Aphasieformen auf den vorhergehenden Seiten haben Sie ja schon gelesen, dass unterschiedliche Bereiche der Sprache unterschiedlich stark betroffen sein können. Es versteht sich von selbst, dass die Therapie der Art und Ausprägung der Aphasie angepasst sein muss. Somit muss also ein Patient mit globaler Aphasie erstmal wieder dazu gebracht werden, überhaupt zu sprechen. Handelt es sich um eine Broca-Aphasie, so muss hier der Patient wieder lernen, sozusagen einfach drauflos zu reden. Ein Patient mit einer Wernicke-Aphasie muss im Gegenteil wieder lernen, seinen überschießenden Sprachdrang zu zügeln. Grundsätzlich sollte eine Therapiesitzung, auch um nicht zu überfordern, nicht aus einem einzigen Therapiebaustein bestehen. Frau Dr. Lutz empfiehlt vielmehr eine Dreiteilung der Therapiesitzung, diese Teile bestehen aus Gesprächsabschnitten, Übungsabschnitten und – ganz wichtig – Entspannungsabschnitten.

Es gibt dadurch, dass die Aphasie in so vielen verschiedenen Formen auftreten kann und dadurch, dass jeder Mensch aufgrund seiner Persönlichkeit anders mit dieser Störung umgeht und aufgrund der Tatsache, dass kein Therapeut dem anderen gleicht, leider nicht DIE Aphasie-Therapie. Alle Beteiligten müssen sich mit dem, was in der Therapie passiert wohl fühlen und es muss eindeutig sein, dass die Therapie dem Patienten auch wirklich helfen kann und hilft. Daher ist es unmöglich, hier die Idealthherapie vorzustellen. Wichtig ist immer, dass die oben aufgeführten Grundsätze erfüllt werden und dass Therapeut und Patient gut mit einander arbeiten können. Da auch die Angehörigen eines Patienten sehr wichtig beim Genesungsprozess sind, muss eine Therapie auch immer darauf zielen, dass die Angehörigen sozusagen mitgenommen werden auf dem Therapieweg. Die Angehörigen sind – wie bereits mehrfach ausgeführt – eine sehr wichtiger Faktor für das Gelingen der Therapie. Ab und zu sollten sie an Therapiesitzungen teilnehmen, um zu sehen was dort passiert, denn verständlicherweise kann eine Mensch mit einer Sprachstörung nicht so ausführlich erzählen, wie es zum besseren Verständnis des Therapieablaufes für die Angehörigen notwendig wäre. Neben diesem Verständnis für die Therapieabläufe, können Angehörige (und natürlich auch die Freunde) als Gesprächspartner und Übungshilfen für den Patienten fungieren. Je mehr Übung ein Patient mit einer Aphasie hat, desto besser sind die Therapiechancen! Aber Vorsicht: Angehörige oder Freunde dürfen nicht zum Ersatztherapeuten werden. Ein gesundes Maß an Unterstützung ist sehr wichtig, aber der Patient darf nicht überfordert werden.

Ein Therapiebeispiel wollen wir dennoch kurz vorstellen, denn es richtet sich an alle an einer Aphasie leidenden Patienten.

Das MODAK (MOdalitätenAKtivierung) - Konzept

Dieses Konzept, entwickelt von Dr. Luise Lutz, umfasst 5 Bestandteile, die wir hier kurz erläutern wollen:

1. Das Grundprogramm

Es wurde für Patienten mit einer schweren Aphasie entwickelt, sollte aber auch bei allen anderen Patienten mit einer Aphasie zu Beginn der Therapie eingesetzt werden. Zu Beginn des Grundprogramms werden 4 Bilder mit Situationen, wie in Abbildung 11 als Beispiel gezeigt.



Es soll sich dabei immer um Bilder handeln, die eine leicht zu beschreibende Situation zeigen. Woher diese Bilder stammen, ist vollkommen egal. Fotos, Bilder aus der Zeitung oder aus dem Internet oder Zeichnungen.

Neben diesen Bildern gibt es auch immer Papierstreifen mit Worten darauf. Zu Beginn wird der Patient gebeten, auf ein Bild zu zeigen („fährt Auto“), danach soll der Papierstreifen mit den entsprechenden Worten gezeigt werden, als nächstes soll der Patient dem Therapeuten das Bild geben, danach den Papierstreifen, als nächstes soll das zu dem Bild gehörende Wort (z.B. Auto) vom Patienten aus Buchstaben gelegt werden, danach soll der Patient das Wort abschreiben und als letztes das Wort selbstständig schreiben. Dadurch, dass im Grundprogramm vom Patienten nicht verlangt wird zu sprechen, erleichtert es den Einstieg in die Therapie, denn das mit der größten Angst besetzte Verhalten, Sprechen, wird erst mal gar nicht gefordert. Natürlich kann auch das Schreiben problematisch werden, hier muss der Ablauf vom Therapeuten entsprechend angepasst werden. Danach soll – wenn möglich – eine Art Dialog entstehen. Der Therapeut sagt beispielsweise: „ Sie fährt Führt sie Fahrrad?“ und der Patient antwortet: „Auto“. Dieser Dialog soll sich immer weiter entwickeln, indem der Therapeut z.B. nach dem Verb (in unserem Beispiel also “fahren“) fragt usw. Diese Dialoge werden im Laufe der Therapie immer mehr erweitert, sodass zum Schluss Sätze mit Erweiterungen (z.B. „Heike fährt schnell Auto, weil sie nervös ist.“) entstanden sind.

2. Satzerweiterungen: Jonglieren mit Worten

Jetzt kommen zu den Situationsbeschreibungen aus dem Grundprogramm Satzerweiterungen hinzu, beispielsweise solche Worte wie “natürlich“ oder “selbstverständlich“, diese Worte können am Anfang oder am Ende eines Satzes stehen, aber auch mittendrin und verändern dabei manchmal auch den Inhalt des Gesagten. Zuerst werden diese Worte was ihrem Platz im Satz angeht nicht verändert zum Ende dieses Therapieteils dann schon.

3. Grammatik im Dialog: Jonglieren mit Worten und Strukturen

Nun wird das Jonglieren mit Sprache immer umfangreicher.

4. Texte – Jonglieren mit Worten, Strukturen und Textmengen

Und noch mehr Sprachinhalt zum “Jonglieren“.

5. Einstieg in das Jonglieren mit Zahlen

Auch Zahlen müssen gesprochen oder geschrieben werden, damit man selbst und andere sie verstehen können. Dementsprechend ist, vor allem bei schweren Aphasien, auch das Zahlenverständnis stark eingeschränkt und muss neu gelernt werden. Wie Sie sehen können, war dies wirklich nur ein ganz kurzer Überblick über dieses sehr häufig genutzte Therapieprogramm. Fragen Sie die Therapeuten, mit denen Sie zu tun haben. Sie werden ihnen sicher mehr Informationen geben können.

Begriffserklärungen

<i>Hemianopsie</i>	Gesichtsfeldausfall, kann sich auf eine komplette Seite beziehen, dann sieht der Patient z.B. auf der rechten Seite nichts, kann aber auch nur teilweise eine Hälfte des Gesichtsfeldes betreffen; siehe Kapitel <u>Hemianopsie</u>
<i>Hemiparese</i>	leichte Lähmung der Muskeln auf einer Körperseite; siehe Kapitel <u>Hemiparese</u> <u>Anosognosie</u> Nichtwahrnehmen der Krankheit
<i>Frontal</i>	Vorne

Die Aphasie kommt selten allein

Leider ist es sehr selten, dass ein Aphasiepatient (in Anführungsstrichen) „nur“ die Symptome der Aphasie zeigt. Bei den meisten Patienten sind neben allen Modalitäten der Sprache auch andere kognitive Fähigkeiten, so z.B. die Konzentrationsfähigkeit an sich, die Planung von Handlungen, das Gedächtnis und ihre Belastbarkeit nicht mehr die, die sie vor der Erkrankung von sich gewohnt waren. Menschen, die eine Aphasie haben, können sich nicht mehr so lange wie früher konzentrieren, dies erklärt auch, warum die geschilderten Therapiezeiten so kurz (in den Augen Gesunder) sind. Oft benötigen sie auch mehrere Wiederholungen, um sich Dinge merken zu können.

Neben diesen weiteren Problemen sollten Angehörige sich auch darauf gefasst machen, dass ein Mensch mit Aphasie wesentlich empfindlicher auf Misserfolge reagiert, als vor der Verletzung. Wenn man sich einmal vorstellt, was es für uns Menschen bedeutet, eine Fähigkeit von jetzt auf gleich nicht mehr ausüben zu können, dann sind diese ungeduldigen Reaktionen sehr verständlich. Was jeder gesunde Mensch als kleines Kind mühelos gelernt hat, ist plötzlich verschwunden: die Fähigkeit, sich mitzuteilen. Viele Patienten mit Aphasie zeigen früher oder später alle Anzeichen einer Depression, häufig muss diese gesondert behandelt werden. Der Umgang damit, dass Ihr Angehöriger neben all diesen gesundheitlichen Problemen nun „auch noch“ psychische Probleme entwickelt, ist für Freunde und Verwandte eines Aphasiepatienten nicht leicht. Nun ist Geduld und Verständnis gefragt.

Wenn es sich um eine Aphasie aufgrund der Läsion der Arteria cerebri media handelt, hat der Patient meist noch weitere teilweise sehr gravierende Einschränkungen, mit denen er zurecht kommen muss. Oft entsteht eine Hemiparese, eine halbseitige Lähmung der Extremitäten, entweder ein Arm und ein Bein gleichzeitig oder nur eines von beiden. Es kann auch zu anderen Ausfällen kommen, auf die hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden kann. Bei vielen Patienten mit Aphasie tritt eine *Anosognosie* auf. Oft entwickeln sie auch Angstzustände oder sie werden aggressiv, sie können auch unrealistische Erwartungen haben was den Therapieerfolg angeht. Wenn *frontale* Hirnstrukturen betroffen sind, kommt es leider auch oft zu Veränderungen der Persönlichkeit

(beispielsweise können diese Patienten ihre Impulse nicht mehr so kontrollieren, also den unwiderstehlichen Drang, etwas bestimmtes zu tun, nicht mehr so unterdrücken, wie vor der Verletzung). Als Angehöriger muss man sich also auf viele „Nebenkriegsschauplätze“ einstellen!

Was können Angehörige und Freunde tun?

Angehörige und Freunde eines Patienten mit einer Aphasie haben einen nicht zu unterschätzenden Therapie“wert“!

Auch wenn Ihr Angehöriger sich momentan nicht so ausdrücken kann, wie Sie es gewohnt sind, der Mensch ist noch immer da und er möchte sich mitteilen. Geht das nicht mehr über die einfachste Form, das Sprechen, so müssen andere Möglichkeiten gesucht werden. Keine Angst, Sie werden sie finden. Frau Dr. Lutz sagt dazu: „ Den Aphasiker als gleichwertigen Gesprächspartner behandeln.“ Sie schildert eine Situation, in der auch sie als Profi nicht richtig gehandelt hat und ihr erst später aufgefallen ist, was da passiert ist:

Herr U., Globalaphasiker, wird von seiner Frau zur Therapie gebracht. Sie sind verspätet. Ich öffne die Tür. Frau U. ruft: »Es tut mir leid! Der Tunnel war gesperrt«, und es folgt eine längere Erklärung. Herr U. sitzt abwartend im Rollstuhl. Ich habe noch eine organisatorische Frage an Frau U. und merke erst danach, dass ich Herrn U. noch nicht begrüßt habe.

Was mag in ihm vorgegangen sein, während wir Frauen uns über seinen Kopf hinweg unterhielten?¹

Diese Situation zeigt deutlich, wie schwierig es ist, einen Menschen ohne Sprache, oder auch mit eingeschränkter Sprache, nicht zu „übersehen“! Also: beziehen Sie Ihren Angehörigen mit ein in die Gespräche, die Sie führen. Er mag vielleicht nichts oder nicht viel dazu beisteuern können, aber ausgeschlossen werden frustriert! Das Umfeld eines Patienten mit Aphasie muss lernen, sich auf diese Störung einzustellen. Das geht nicht von jetzt auf gleich, aber wenn Sie sich vor Augen führen, was Sie über die Aphasie gelesen haben und dies auf Ihren Angehörigen

übertragen, dann können Sie sich sicherlich Stück für Stück auf diese neue Situation einstellen und lernen, dass Menschen mit Aphasie nicht immer vollständige Sätze sprechen können, nachdem sie einen Satz gesprochen haben lange für den nächsten brauchen könnten, dass ihnen einfach manchmal die Worte fehlen oder dass in dem ganzen Redefluss, den sie von sich geben, irgendwo auch ein Sinn versteckt ist. Das ist nicht einfach, das ist schon klar. Daher der Rat: suchen Sie sich Gleichgesinnte, gehen Sie zu einer Selbsthilfegruppe, geteiltes Leid ist halbes Leid!

Es gibt ein paar Besonderheiten, die wir noch kurz erwähnen wollen. Frau Dr. Lutz sagt in ihrem Buch „Sprechen steckt an“³. Sie meint damit, dass wir ähnlich reagieren, wie z.B. wenn jemand in unserem Umfeld gähnt, wir gähnen auch. Nutzt jemand mit dem wir sprechen ein bestimmtes Wort, so nutzen wir dieses Wort ebenfalls. Versuchen Sie beispielsweise mal, jemandem, der Sie mit „Guten Morgen“ begrüßt, mit „Guten Tag“ zu antworten, es gelingt nur mit Schwierigkeiten! Wenn also einem Patienten mit Aphasie die Wahl zwischen zwei Dingen gelassen wird, kann es ohne weiteres sein, dass das zuletzt genannte gewählt wird, auch wenn eigentlich das andere das Gewünschte war, einfach durch diesen „Ansteckungseffekt“. Außerdem sollten Gesunde nicht vergessen, dass Sprache aus mehr als aus den tatsächlich gesprochenen Worten besteht, da gibt es häufig noch einen Sinn hinter dem reinen Wortsinn. Zum Beispiel kann eine Mutter, die zu ihrem Kind sagt: „Pass auf, dass Du Dir nicht wehtust.“ Damit genau das meinen, was sie sagt. Es kann aber auch bedeuten, „dass Du Dir nicht (schon wieder) wehtust“. Das angesprochene Kind wird den gemeinten Sinn hinter dem gesprochenen Wort verstehen, ein Mensch mit Aphasie muss diese Fähigkeit erst wieder neu erlernen. Frau Dr. Lutz nennt das „mit dem Herzen hören“, hören Sie Ihrem Angehörigen mit dem Herzen zu, es ist nicht leicht, aber es wird helfen. Wenn Sie nicht verstehen könne, was Ihr an Aphasie leidender Angehöriger Ihnen mitteilen möchte, hilft es manchmal, ein Bild zeichnen zu lassen, keinen Picasso, aber wenn Sie mit dem Herzen hören, können Sie vielleicht leichter verstehen, was gemeint ist. Manchmal sind Angehörige im Verstehen sogar besser, als die Therapeuten, denn Sie kennen den Menschen besser. Frau Dr. Lutz beschreibt eine Therapiesituation.

³ Zitat aus „Das Schweigen verstehen“, Dr. Luise Lutz, Seite 250

Meine Patientin Frau M. hat eine schwere Aphasie. Ich möchte ihrem Mann zeigen, auf welche Weise er mit ihr zu Hause üben kann. Jeder hat eine Reihe Bilder vor sich auf dem Tisch, in der Mitte liegen Wortkarten mit den Bezeichnungen für die abgebildeten Objekte. Jeder zieht eine Wortkarte und liest das Wort vor. Derjenige, der das passende Bild hat, bekommt die Wortkarte und legt sie zum Bild. Frau M. übt auf diese Weise das Lesen und prägt sich dabei spielerisch die Namen der Dinge ein.

Sie ist an der Reihe, zieht eine Wortkarte und ruft »Hut«.

Ich weiß, dass in dem Spiel weder Hut noch Mütze vorkommen und frage: »Steht wirklich Hut auf der Karte, Frau M.?«

»Nein«, sagt sie, »aber doch ... Hut!«

»Ist es was zum Anziehen?«

»Nein«, sagt sie, »aber – schmeckt gut!

Ihr Mann fragt: »Zuckerhut?«

»Nein«, sagt sie wieder, – »aber doch – Hut!«

Ihr Mann überlegt. Dann hat er es: »Apfel?«

»Ja, Apfel!« sagt Frau M.

Ich bin völlig verblüfft, aber ihr Mann klärt mich auf. »Meine Sekretärin hat einen Garten und bringt uns immer Äpfel mit, und sie hat immer so auffallende Hüte!«

Nicht immer kann verstanden werden, was ein Patient mit Aphasie sagen wollte, leider auch nicht immer auf die oben beschriebene Weise. Dann sagen Sie auf nette Art, dass Sie nicht verstanden haben, was gesagt wurde und versuchen Sie gemeinsam mit dem Patienten hinter den Sinn zu kommen. Partnerschaftliches Handeln ist hierbei immer der wichtigste Punkt. Es hilft niemandem und macht Menschen mit Aphasie nur traurig und frustriert sie, wenn ihre Umgebung mit allen Mitteln die korrekte Sprache einfordert, indem zum Beispiel beim Essen am Tisch gewünschte Gegenstände wie ein Salzfaß oder ähnliches an den Patienten mit Aphasie nur weitergegeben werden, wenn er von sich aus oder durch Nachsprechen diesen Gegenstand benennen kann, Sie erinnern sich: nicht zum Lehrer aufspielen! Wichtig ist auch, für eine entspannte Umgebung zu sorgen, unter Stress können Menschen mit einer Aphasie die Dinge nicht abrufen, die sie vielleicht gerade in der Therapie gelernt haben. Hören Sie als Angehöriger oder Freund eines Menschen mit Aphasie genau zu, was gesagt wird, auch der nonverbale Anteil der Sprache, also die Gesten oder der Gesichtsausdruck, kann das Verständnis erleichtern. Achten Sie auf Blickkontakt, dann merken Sie schneller, ob Ihr aphasisches Gegenüber Sie

vielleicht nicht verstanden hat und Sie können Ihr Nichtverstehen leichter signalisieren. Sie müssen nicht lauter sprechen, als vor Eintritt der Störung, Menschen mit einer Aphasie sind nicht schwerhörig geworden, ihnen fehlt "einfach" nur die Sprache. Kurze Sätze sind für das Verstehen besser, als lange mit vielen Informationen. Wenn Ihr an Aphasie erkrankter Angehöriger Sie nicht verstanden hat, versuchen Sie es mit anderen Worten erneut. Fragen Sie Ihren Angehörigen so, dass er / sie mit Ja oder Nein antworten kann, das ist leichter, als lange Antworten geben zu müssen, wenn einem die Sprache abhanden gekommen ist.

Was kann neben der Therapie gemacht werden?

Wie bereits erwähnt: Angehörige und Freunde eines Patienten mit einer Aphasie haben einen nicht zu unterschätzenden Therapie"wert"! Nutzen Sie diesen auch in der hier geschilderten Art und Weise:

Es können zum Beispiel ganz alltägliche Dinge als Rollenspiel nachgespielt werden, um so den Alltag leichter meistern zu können. Überlegen Sie als Angehöriger oder Freund allein oder, falls möglich, mit dem Patienten gemeinsam, welche alltäglichen Dinge der Patient Tag für Tag erledigt, ob nun mit oder ohne Sprache. Sie werden sich wundern, wieviele Dinge das sein können! Hier eine sehr unvollständige Liste, die als Anregung gedacht ist:

- Anklopfen und herein gebeten werden
- Sich vorstellen, jemanden begrüßen
- Telefonieren (z.B. einfach mit 2 Telefonen im Raum, ohne tatsächlich zu telefonieren)
- Schimpfen, mit z.B. "auf den Tisch hauen"

Egal was es ist, wichtig ist, dass es vor allem dem Patienten Spaß macht.

Man kann auch "Roboter" spielen: Hierbei gibt der Patient Anweisungen, die vom Angehörigen ausgeführt werden müssen. Wenn etwas unverständlich ist und auch durch eine Geste durch den Patienten nicht erklärt werden kann, nachfragen, aber

nur dann. Sie werden sich wundern, wieviel Spaß so etwas machen kann. Irgendwann kann der "Roboter" dann auch schwerhörig werden und die Anweisungen missverstehen und falsch ausführen oder immer wieder nachfragen. Auf diese Art muss der Patient die Anweisungen neu formulieren bzw. mehrfach wiederholen und hat so noch ein bisschen mehr Übung.

Es kann auch das Grundprogramm des MODAK durchgeführt werden. Indem z.B. eigene Bildkarten erstellt werden, am besten zusammen mit dem Patienten.

Die genannten Beispiele sind alle dem Buch „Das Schweigen verstehen“ von Frau Dr. Lutz entnommen.

Aber auch "Stille Post" ist eine gute Spielmöglichkeit, zumal es mit mehreren gespielt werden kann. Sicher kennen Sie auch Gesellschaftsspiele (Scrabble, um nur eines zu nennen), die gespielt werden können. Wie gesagt, das wichtigste ist der Spaß, den der Patient bei diesen Übungen haben soll. Spielerisch lernen ist immer noch die angenehmste Form.

Sie sehen, es gibt viele Ideen und sicher fallen Ihnen auch noch andere Dinge ein, die Ihrem Angehörigen helfen können, seine Sprache wieder zu finden.

Ein Appell zum Schluss

Was Ihnen und Ihren Angehörigen passiert ist, ist schlimm. Man hat das Gefühl, einer großen Katastrophe ausgesetzt zu sein und man sucht verzweifelt „das Licht am Ende des Tunnels“. Lassen Sie sich nicht entmutigen!

Suchen Sie sich Unterstützung. Es gibt überall in Deutschland Selbsthilfegruppen für Betroffene genauso wie für Angehörige. Sie sind nicht allein. Auf der Internetseite des Bundesverbands Aphasie (<http://www.aphasiker.de/>) finden sich aktuell (Juni 2013) folgende Zahlen:

Aphasie in Deutschland

2 von 1.000	Menschen überleben jährlich einen Schlaganfall
40 %	von ihnen erleiden dabei eine Aphasie
90.000	Menschen haben eine Aphasie nach einem Schlaganfall
über 100.000	Menschen sind zu jedem gegebenen Zeitpunkt in Deutschland von Aphasie betroffen - ohne Dunkelziffer
1 - 2 Promille	der Bevölkerung ist an Aphasien erkrankt

Abb. 12

Wie Sie sehen, es gibt viele Betroffene allein in Deutschland und es gibt in jeder größeren Stadt mindestens eine Selbsthilfegruppe. Fragen Sie im Krankenhaus nach, dort wird man Ihnen sicher bereits weiterhelfen können.

Neben diesen Interessenvertretungen und Selbsthilfegruppen gibt es auch noch etwas ganz speziell für Menschen mit einer Aphasie. Die sogenannten Aphasiker-Chöre. So merkwürdig es klingt, Menschen mit einer Aphasie mögen vielleicht keinen vollständigen Satz mehr sprechen können, aber sie können singen. Sie singen die vollständigen Texte ihnen bekannter Lieder ohne einen einzigen Fehler oder eine dort nicht hingehörende Pause. Vielleicht mögen Sie sich hierzu einen kurzen Film ansehen: <http://mediathek.rbb-online.de/rbb-fernsehen/rbb-praxis/focus-stimme-aphasiker-chor?documentId=13398646>

Lassen Sie sich nicht entmutigen, das Leben geht – wenn auch in anderer als bisher gewohnter Weise – weiter.

Auf jeden Fall wünschen wir Ihnen und Ihren erkrankten Angehörigen für die Zukunft alles Gute.

Abbildungen

Abb. 1: © Petr Vaclavek - Fotolia.com

Abb. 2: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Infarction.svg>, am 30.06.2013

Abb. 3: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:BrocasAreaSmall.png>, am 30.06.2013

Abb. 4: http://www.tau.ac.il/~naamafr/more/broca_tomo1.jpg, am 30.06.2013

Abb. 5: Abb. 2.3 b aus: **Linn, J., Wiesmann, M. & Brückmann, H. (2011)**: Atlas klinische Neuroradiologie des Gehirns. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, Seite 81

Abb. 6: http://www.burre-lemgo.de/docs/pub_aphasie_fig5.jpg, am 30.06.2013

Abb. 7: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:BrocasAreaSmall.png>, am 30.06.2013, modifiziert

Abb. 8: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Temporoparietal_junction.jpg, am 30.06.2013

Abb. 9: **Hrsg. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2005)**: ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Seite 23

Abb. 10: Tabelle 10.1. aus: **Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2011)**: Hrsg. Thiel, M. M. & Frauer, C. Aphasie Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, Seite 161

Abb. 11: © texxi - Fotolia.com

Abb. 12: : <http://www.aphasiker.de/> am 30.06.2013

Literatur

Hrsg. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (2005): ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Huber, W. , Poeck, K. & Springer, L. (1991): Sprachstörungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Linn, J., Wiesmann, M. & Brückmann, H. (2011): Atlas klinische Neuroradiologie des Gehirns. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag,

Lutz, L. (2009): MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Lutz, L. (2010): Das Schweigen verstehen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2011): Hrsg. Thiel, M. M. & Frauer, C. Aphasie Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Tesak, J. (1997): Hrsg. Springer, L. & Schrey-Dern, D. Einführung in die Aphasologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag