

10 Standards der Therapie

Ziele und Planung

Fragt man Betroffene nach ihren Zielen für die Sprachtherapie, dann kommt meist die gut nachvollziehbare allgemeine Antwort: Die Sprache soll wieder so werden wie früher. Anfangs besteht die Hoffnung, dass dies möglichst rasch zu erreichen ist. Bei vielen Patienten und ihren Angehörigen kommt jedoch nach einigen Wochen die – meist schmerzhafteste – Einsicht, dass ein langwieriger und mühevoller Weg vor ihnen liegt, auf dem die Sprache wiedererlernt werden muss. Dies kann Aggression, Trauer oder Verzweiflung auslösen und zu Resignation und sozialem Rückzug führen. Im längeren Verlauf wiederholen sich solche Reaktionen, insbesondere wenn die Fortschritte ausbleiben oder es gar zu Rückschlägen kommt.

Erfahrene Aphasiotherapeuten kennen die Veränderungen im Rehabilitationsverlauf. Sie vereinbaren mit den Betroffenen realistische Therapieziele und erarbeiten Anpassungsstrategien für die Kommunikation. Diese können helfen, die persönlichen und sozialen Auswirkungen der Aphasie im Alltag zu bewältigen. Nach Möglichkeit werden die Angehörigen dabei eng miteinbezogen.



Die Ziele der Aphasiotherapie sind vielfältig. Sie richten sich nach der klinischen Phase des Verlaufs, sie berücksichtigen die Art und das Ausmaß der Sprachstörungen und die Voraussetzungen für eine funktionelle Reorganisation des Gehirns. Ebenso wichtig ist es, die Persönlichkeit des Betroffenen sowie die Anforderungen in Beruf und sozialer Umgebung zu berücksichtigen.

Primäres Ziel der Aphasiotherapie ist die *Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit*. Allzu häufig orientieren sich die Therapieschwerpunkte ausschließlich an den sprachlichen Defiziten und vernachlässigen die noch vorhandenen kommunikativen Ressourcen. Entscheidend ist jedoch für die

Betroffenen, wie sich die sprachlichen Funktionseinschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen auswirken, z. B. beim Verstehen und Erzählen im Familien- und Bekanntenkreis, in Alltagssituationen wie beim Einkauf, in der Bank, beim Arzt.

Rehabilitationsziele sollen die funktionellen Einschränkungen sowie Benachteiligungen, mit denen die Patienten in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert sind, berücksichtigen. Therapieplanung und Erfolgskontrolle sollten deshalb nicht nur störungsspezifisch sein, sondern auch auf die Partizipation an der Kommunikation in unterschiedlichen sozialen Situationen ausgerichtet sein.

Die *Planung der Therapie* orientiert sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Berücksichtigt werden die 3 grundlegende Faktoren: Funktionsschädigung, Aktivitäten und Partizipation (vgl. S. 8f).

Allgemeine Therapieziele:

- Schädigung der Sprachfunktionen:
Ziel ist die Reorganisation des gestörten Sprachsystems.
- Beeinträchtigungen der sprachlichen Aktivitäten:
Ziel ist das Wiedererlernen von laut- und schriftsprachlichen Fähigkeiten.
- Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe) an der Kommunikation und am sozialen Leben:
Ziel ist die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit im Alltag.

Da bei Aphasien immer das innere Sprachwissen betroffen ist, richten sich die Ziele der Behandlung auf die Verbesserung von Wortschatz, Wortfindung, Satzbau und Lautstrukturen. Je nach Art der Störung müssen die sprachlichen Störungsmerk-

male in unterschiedlichen sprachlichen Modalitäten, dem Sprechen und Verstehen, Lesen und Schreiben, behandelt werden.

Durch die Therapie sollen sich Aphasiker wieder an Gesprächen beteiligen und Alltagssituationen mit ihren wiedererlangten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten bewältigen können. Denn die Verbesserung von sprachlichen Fähigkeiten ist eng mit einer Steigerung der sozialen Handlungsmöglichkeiten und des Selbstwertgefühls der aphasischen Person verknüpft.

Die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit hängt jedoch nur teilweise davon ab, ob und wie stark sich die Aphasie bessert:

- Selbst bei weitgehendem Sprachverlust – also bei globaler Aphasie – können die Betroffenen lernen, sich über die Körpersprache (Blickverhalten, Gesichtsausdruck, Zeigen und Gestik) oder über nichtsprachliche Ausdrucksmittel (Lautmalerei, Pantomime, Zeichnen, Malen) zu verständigen.
- Andererseits kann die Kommunikationsfähigkeit trotz sehr guter Rückbildung der Aphasie eingeschränkt bleiben: Manche Patienten können die durch die Aphasie ausgelösten Sprechängste nicht überwinden. Andere entwickeln ein ungünstiges Gesprächsverhalten, beispielsweise unterbrechen sie das Gespräch durch fortwährende negative Eigenkommentare wie z. B. „ich weiß nichts mehr“, „hab alles vergessen“, „Mist“ etc.
- Deshalb müssen die störungsspezifischen und kommunikativen Therapieziele auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden.

Individuelle Therapieziele

Diese beruhen zum einen auf einer genauen Bestimmung der aphasischen Störungen und zum anderen auf den persönlichen Erwartungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die Therapieziele sollten mit den Patienten und ihren Angehörigen – soweit möglich – gemeinsam festgelegt werden. Dabei ist zu berücksichtigen:

- Art und Ausmaß der Aphasie im Einzelfall
- individuelle Lernfähigkeit und Motivation
- Familiensituation und soziale Umgebung
- Anforderungen im Beruf.

Die Festlegung der Therapieziele variiert je nach Verlaufsphase (vgl. S. 97):

- **In der Akutphase** und teilweise auch in der frühen postakuten Phase übernimmt der The-

rapeut die Auswahl der Therapieziele. So weit wie möglich sollen die Angehörigen aber auch in der frühen Rehabilitationsphase in die Planungsprozesse einbezogen werden. Sobald es die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten zulassen, sollte er aktiv an der Zielplanung beteiligt werden.

- **Nach der Akutphase** werden die Zielsetzungen nicht mehr einseitig vom Therapeuten vorgegeben, sondern zunehmend von den Betroffenen mitbestimmt. Meist sind die Patienten vor allem daran interessiert, ihre sprachliche Defizite zu reduzieren. Die Ziele der Angehörigen können sich davon deutlich unterscheiden. Sie erhoffen sich von der Therapie vor allem, dass die psychosozialen Belastungen in der Familie und im Alltag geringer werden. Dies gilt besonders für Familien mit einem schwer betroffenen aphasischen Mitglied, das ständige Unterstützung benötigt oder einfordert.

Allzu häufig beschränkt sich das sprachliche Üben für viele Patienten auf den Therapieraum, damit wird jedoch eine Übertragung des Gelernten in die Alltagssituation erschwert. Deshalb ist es wichtig, dass die Betroffenen aktiv an der Festlegung von Therapiezielen und den Möglichkeiten der Umsetzung beteiligt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Ziele konkret formuliert und begründet sind. Die Kriterien, wann ein Ziel erreicht ist, sind eindeutig festzulegen und den Patienten und Angehörigen durchschaubar zu machen. So früh wie möglich sollen die Patienten erkennen, dass der Therapieerfolg von der eigenen Mitarbeit abhängt.

Die **Therapieplanung** setzt eine möglichst konkrete Beschreibung der störungsspezifischen und kommunikativen Ziele voraus. Oft geben die Patienten allgemeine und unspezifische Zielbeschreibungen, z. B.: „Ich will wieder sprechen, lesen und schreiben können.“ Diese müssen in kleine, bewältigbare Teilziele untergliedert und möglichst genau definiert werden. Solche Teilziele lassen sich leichter und schneller erreichen und motivieren somit für das weitere sprachliche Lernen.

Die zu Beginn in der Therapie festgelegten Ziele verändern sich im Verlauf; mehrfache Anpassungen an Veränderungen der Störung, an Lernfähigkeit und Motivation sowie an soziale Anforderungen sind notwendig.

Arbeitsschritte für die gemeinsame Formulierung von Therapiezielen:

- konkrete Beschreibung störungsspezifischer und kommunikativer Ziele
- detaillierte Planung der Aktivitäten und Übungen
- Ziele und Aktivitäten in Rangfolge bringen
- Besprechung der Umsetzungsmöglichkeiten in Klinik und Alltag.

Die Tabellen 6 u. 7 geben Beispiele für die individuelle Planung von Therapiezielen. Beispiel 1 beschreibt störungsspezifische und kommunikative Ziele für einen Patienten mit schweren Sprachverständnisstörungen. Im 2. Beispiel werden Ziele für einen Patienten mit nichtflüssiger Sprachproduktion beschrieben, der nur wenige Wörter verständlich äußern kann. Gesprochene Sprache ver-

Tabelle 6 Individuelle Planung von Therapiezielen – Beispiel 1: schwere Sprachverständnisstörung

Beeinträchtigungen von sprachlichen Funktionen und Aktivitäten:

Der Patient versteht Sprache schlecht und spricht flüssig, aber mit vielen semantischen Wortverwechslungen (semantischen Paraphasien).

Störungsspezifische Ziele ICF: Bereich Aktivitäten	Der Patient soll • Wörter/Bilder mit ähnlicher Bedeutung unterscheiden • einfache Sätze verstehen (Wer macht was?) • auf Fragen mit „ja“ bzw. „nein“ antworten • Gegenstände und Handlungen aus dem Alltag benennen/beschreiben • die eigenen Sprachäußerungen kontrollieren
Kommunikative Ziele ICF: Bereich Partizipation	• am Telefon grüßen und den Namen nennen • Fremden eine Karte mit eigenem Namen und Adresse zeigen und dabei vorlesen • Alltagsfloskeln situationsangemessen verwenden (Grüßen, Höflichkeitsfloskeln) • Alltagssituationen bewältigen: z. B. Brötchen beim Bäcker kaufen • Tischgespräche in der Familie aufmerksam verfolgen und vermitteln, wenn etwas nicht verstanden werden konnte

Tabelle 7 Individuelle Planung von Therapiezielen – Beispiel 2: schwere Wortfindungs- und Satzplanungsstörung

Beeinträchtigungen von sprachlichen und schriftsprachlichen Aktivitäten:

Der Patient spricht unflüssig mit großer Anstrengung und hat große Probleme bei der Wortfindung und Satzplanung. Das Sprachverständnis ist relativ gut. Lesesinnverstehen und Schreiben sind schwer gestört.

Störungsspezifische Ziele ICF: Bereich Aktivitäten	Der Patient soll: • hochfrequente Silben und Wörter deutlicher artikulieren • Alltagsgegenstände/Bilder benennen • Wörter zu einem Oberbegriff finden (Garten, Sport, Reisen) • Handlungen mit einfachen Satzfragmenten (Telegrammen) beschreiben • Umwegstrategien bei Wortfindungsstörungen einsetzen (Zeichnen, Gestik) • Sprachlaute und Buchstaben einander zuordnen • hochfrequente geschriebene Wörter verstehen, laut lesen und schreiben
Kommunikative Ziele ICF: Bereich Partizipation	• Alltagssituationen bewältigen: z. B. Zeitung am Kiosk kaufen, Urlaubskatalog holen • mit dem Sohn Sportsendungen ansehen und eigene Meinung durch Floskeln und Interjektionen ausdrücken • sich bei Gesprächen in der Familie durch eindeutige Zuhörersignale beteiligen („hm“, „ja-ja“, „nein“, „oh je“, „prima“) • Gesprächspartnern anzeigen, ob sie helfend eingreifen oder abwarten sollen • Schlüsselwörter in einem Sportbericht der Zeitung verstehen und Familienangehörigen vorlesen • in der Selbsthilfegruppe den Kaffee mit austeilen und nachfragen, wer noch Milch oder Zucker will

steht er relativ gut. Dagegen kann er den Sinn von schriftlichen Wörtern und Texten nur annähernd erraten. Schreiben ist ihm kaum möglich. Er kann

nur noch seinen Namen und einige Wörter selbstständig schreiben.

Methoden und Phasen der Behandlung

Je nach Schweregrad und Art der Störungen sowie je nach erhaltenen kompensatorischen Fähigkeiten kommen folgende generelle Therapieverfahren zur Anwendung:

Generelle Therapieverfahren:

- **Bahnung** von blockierten Sprach- und Sprechaktivitäten über intakte Sprachfunktionen
- **Stimulierung** von instabilen Sprach- und Sprechfähigkeiten über multimodale Stimulierung
- **Hemmung** von pathologisch automatisiertem Sprach- und Sprechverhalten über blockierende Techniken
- **Aufbau** von fehlenden Sprach- und Sprechfähigkeiten über systematisches Wiederlernen
- **Modifikation** von unvollständigen oder abweichendem Sprach- und Sprechfähigkeiten über modellorientierte Ansätze
- **Optimierung** des verbalen und nonverbalen Kommunikationsverhaltens über pragmatische Ansätze
- **Kompensation** irreversibel gestörter Sprach- und Sprechfunktionen über sprachersetzende Umwegleistungen und technische Hilfsmittel

Die Auswahl der Behandlungsverfahren basiert auf den Ergebnissen des Sprach- und Sprechbegriffs sowie auf den individuellen Behandlungszielen und Lernbedingungen des Aphasikers und der Angehörigen. Ein weiteres Kriterium für die Methodenwahl ist der *Verlauf der Rehabilitation*. Bewährt hat sich ein Vorgehen, dass sich an den klinischen Rückbildungsphasen orientiert. Es werden 3 Phasen der Behandlung unterschieden, die in Abb. 15 schematisch dargestellt sind.

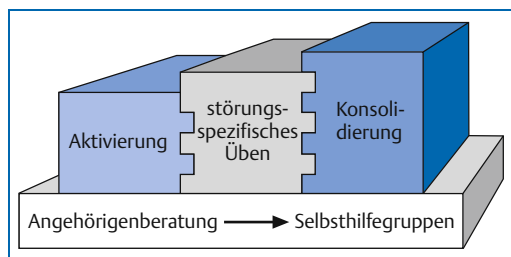


Abb. 15 Behandlungsphasen der Aphasitherapie.

Behandlungsphasen und -methoden:

- Die **Aktivierung** erfolgt vor allem in der Akutphase, bis zur Stabilisierung der Störungsmuster. Ziel ist die **Restitution** (Wiederherstellung) von gestörten Sprachfunktionen.
- Die **störungsspezifische Übungstherapie** ist auf die sprachlichen Symptome und die zugrunde liegenden Sprachschädigungen sowie die sprachlichen und schriftsprachlichen Aktivitäten ausgerichtet. Diejenigen Symptome, die sprachliche Basisleistungen betreffen und sich damit auf (komplexere) sprachliche Leistungen negativ auswirken, werden zunächst vorrangig behandelt. Intensive, spezifische Therapie dauert an, solange bei den Patienten sprachliche Lernfortschritte zu beobachten sind. Ziel der störungsspezifischen Therapie ist die **funktionale Reorganisation** der Sprachfunktionen
- Die **Konsolidierung** hat das Ziel, die kommunikative Partizipation (Teilhabe) im Alltag zu ermöglichen. Alle wiedererlernten sprachlichen Fähigkeiten – zusammen mit nichtsprachlichen Umwegstrategien – sollen für die Kommunikation und die soziale Integration verfügbar gemacht werden. Der Übergang zwischen störungsspezifischem Üben und Konsolidieren ist fließend.

Bereits in der störungsspezifischen Phase muss eine Konsolidierung einsetzen, um die Übertragung gelernter sprachlicher Einzelleistungen in den Alltag zu erreichen. Beim Erreichen von Lernplateaus wird die *Einzeltherapie* allmählich reduziert und möglichst von *Gruppenbehandlung* abgelöst. In dieser Phase erleben die Aphasiker und ihre Angehörigen, dass auch bei optimaler Therapie meist keine vollständige Restitution erreicht werden kann. Gruppentherapien und die Integration in eine *Selbsthilfegruppe* können jedoch Wege aufzeigen, wie sich die Lebensqualität mit den wiedererlangten kommunikativen Fähigkeiten und Umwegstrategien verbessern lässt.

Aktivierungsphase

Die sprachliche Aktivierung sollte so früh wie möglich einsetzen, am besten noch am Krankenbett im Akutkrankenhaus. Natürlich muss dies mit dem Allgemeinzustand des Patienten, seiner Belastbarkeit und dem Grad der Sprach- und Sprechstörungen abgestimmt sein. Der Arzt oder Logopäde kann die sprachliche Stimulierbarkeit des Patienten durch besondere Untersuchungsverfahren ermitteln und die Therapie darauf abstimmen (vgl. S. 70). Ziel der Aktivierung ist die möglichst optimale Restitution der noch verbliebenen, aber vorübergehend beeinträchtigten Sprachfunktionen (vgl. S. 93).

Als Therapiemethoden bieten sich stimulierende bzw. bahnende oder hemmende sowie kompensatorische Verfahren an. Sobald der Patient 10–20 Minuten belastbar ist, kann mit ersten Versuchen, ein Gespräch zu führen, und mit der allgemeinen sprachlichen Aktivierung begonnen werden.

Methoden der sprachlichen Aktivierung:

Vorbereitende Übungen bei Begleitstörungen:

- Aufmerksamkeitslenkung
- Körperhaltung
- Kau- und Schluckmotorik, Mundmotorik
- auditive und visuelle Wahrnehmung

Stimulierung (auditiv/multimodal):

- automatisierte Sprache (z. B. Reihensprechen, Floskeln)
- situationsbezogene Sprache
- emotionale Sprache
- Intonation und Rhythmus

Deblockierung (Bahnung):

- Koppelung von intakten mit blockierten Sprachfunktionen
- objekt- und handlungsbezogenes Deblockieren

Hemmung:

- Sprachautomatismen
- Jargon und Logorrhö
- Perseverationen

Kompensation:

- nonverbale Kommunikation
- Kommunikationstafeln und -bücher
- elektronische Hilfsmittel
- unterstützendes Gesprächsverhalten.

Vorbereitende Übungen

Bei sehr schweren Aphasien liegen immer auch neuropsychologische Begleitsymptome vor. Diese können so schwer sein, dass vor der eigentlichen Sprachtherapie Übungen zur gezielten Hinwendung der Aufmerksamkeit und zur Steigerung des Antriebs notwendig sind.

Bei Lähmungen kann es zu Beginn der Therapie erforderlich sein, gemeinsam mit Physiotherapeuten eine möglichst symmetrische Körper- und Kopfhaltung zu erarbeiten.

Liegen schwere Sprech- und Schluckstörungen vor, wird zunächst mit der Wiederherstellung der vitalen Funktionen (z. B. Kauen, Schlucken) und mit Übungen der Tonusregulierung begonnen, weil dies meist die Voraussetzung für eine Verbesserung der übrigen Sprechfunktionen darstellt. Können Mundbewegungen nicht mehr ausgeführt werden, gelingt die Stimulierung der Mundmotorik meist über taktile Reize. Es folgt das Üben von Schluckbewegungen und anderen nichtsprachlichen Mundbewegungen. Die Stimulierungstechniken unterscheiden sich bei Paresen (Lähmungen) und Störungen von gezielten Mundbewegungen, sog. „oralen Apraxien“ (vgl. S. 62f).

Sofern das vorsprachliche Erkennen in einzelnen Modalitäten wie Hören und Sehen herausragend stark betroffen ist, müssen hierfür besondere Übungen ausgeführt werden. Dazu eignet sich das Zuordnen von Bildern zu Gegenständen und das Unterscheiden von Alltagsgeräuschen (Tabelle 8).

Stimulierung

Die auditive Stimulierung beruht vor allem auf deutlichem, betonten und mehrmaligen Vorsprechen von hochvertrauten Wörtern und Sätzen. Dabei wird der Patient aufgefordert, das Mundbild des Therapeuten zu beobachten (Lippenlesen).

Bei der *multimodalen Stimulierung* wird zusätzlich Bild- und Schriftmaterial verwendet. Soweit möglich soll bei der Auswahl des Wortmaterials Bezug auf reale Bedürfnisse des Patienten im Krankenzimmer genommen werden. Anfangs wird das Verstehen von einfachen Aufforderungen, Mitteilungen und Fragen mit hochfrequenten Wörtern und Redewendungen stimuliert. Es folgen basale Dialoge wie Gruß/Gegengruß oder Frage-Antwort-Dialoge (z. B.: „Guten Morgen“, „Hallo, wie geht's?“ > „Besser“ oder „Was möchten

Tabelle 8 Beispiele für Übungen zur Aufmerksamkeit und zum Unterscheiden von auditiven und visuellen Stimuli

Übungsbereich: Aufmerksamkeit für nichtsprachliche auditive Stimule	
Ziel:	Der Patient soll die auditiven Stimuli wahrnehmen und unterscheiden
Stimuli:	Musik, Sprechstimmen, Alltagsgeräusche
Durchführung:	Der Patient hebt nur die Hand, wenn er von einem Tonband Musik hört, nicht jedoch bei anderen Geräuschen oder Stimmen
Übungsbereich: Unterscheiden und Zuordnen von auditiven und visuellen Stimuli	
Ziel:	Der Patient soll Alltagsgeräusche, Tierlaute und bekannte Stimmen unterscheiden und entsprechenden Fotos zuordnen
Stimuli:	Tonbandaufnahmen von Alltagsgeräuschen, Tierlauten (Telefon, Autohupen, Hundegebell etc.) und bekannten Sprechstimmen sowie entsprechende Fotos
Durchführung:	Alltagsgeräusche, Tierlaute oder Stimmen von Bekannten werden vom Tonband vorgespielt, der Patient soll sie erkennen und entsprechenden Fotos zuordnen

Sie?“ > „Wasser bitte“) und Mitteilungen an Pflegepersonal und Angehörige. (z. B. „Schmerzen“, „Fenster zu“, „meine Frau – Handy?“). Wichtige Hilfsmittel sind dabei reale Gegenstände, Bild- und Schriftmaterial sowie handlungsbegleitendes Sprechen (Abb. 16).

Bei Patienten, die nicht mehr spontan sprechen können, gelingen erste Sprachäußerungen meist durch gemeinsames Sprechen von automatisierten Wortreihen, z. B. Zahlen, Wochen- und Monatsnamen. Bei manchen Patienten kann das Sprechen auch über Singen oder rhythmisches Klopfen und Vorsummen der Redephase erleichtert werden.

Eine wirksame *therapeutische Hilfe* in dieser frühen Therapiephase sind außerdem Anlauthilfen, Lückensätze und Gegensatzpaare, bei denen der Patient das Wort oder den Satz fast automatisch ergänzt:

- „Guten M...“ (orgen)
- „Gleich kommt ihr Sohn Pe ...“ (ter)
- „Morgens trinken Sie am liebsten ...“ (Kaffee)
- „Ich lese jeden Tag die ...“ (Zeitung)
- „Tag und ...“ (Nacht)
- „jung und ...“ (alt).

Mit vertrautem Bildmaterial, z. B. Familienfotos lässt sich situationsbezogenes Sprachverstehen stimulieren. Fotos aus der Werbung eignen sich häufig zur Aktivierung emotionaler Sprache (Interjektionen wie „au“, „oweia“, „ii“ und Floskeln: „so geht's nicht“, „keine Ahnung“, „so lala“).

Deblockierung (Bahnung)

Unter Deblockieren versteht man eine Methode, bei der weitgehend intakte Funktionen genutzt werden, um vorübergehend nicht verfügbare Sprachleistungen zu bahnen.

So können manche Patienten Wörter gut verstehen, nachsprechen oder sogar laut lesen, wohingegen Benennen und Schreiben nicht möglich sind. Werden nun die intakten Funktionen den gestörten systematisch vorangestellt, kommt es zum so genannten Deblockierungseffekt: Die zuvor „blockierte“ Benennleistung ist nun wieder verfügbar.

Dazu ein Beispiel: Vor dem Patienten liegen mehrere Bilder von Toilettenartikeln. Der Patient soll das Bild „Seife“ benennen, es gelingt zunächst nicht. Erst nachdem der Patient die geschriebenen Wörter „Wasser“, „Seife“, „Kamm“ laut vorgelesen hat, ist er in der Lage, den Gegenstand „Seife“ auch selbst zu benennen.

Um mechanisches Wiederholen auszuschließen, das zu keiner stabilen Deblockierung von Sprachfähigkeiten führt, muss die Reihenfolge der vorgeschalteten Wörter, die zur Deblockierung eingesetzt werden, variiert werden.

Deblockierungseffekte lassen sich auch durch eine Koppelung von Zeigehandlungen und Sprache oder Objektgebrauch und Sprache erzielen. Beispielsweise gelingt die Benennung eines Gegenstands, unmittelbar nachdem eine Zeigegeste oder charakteristische Handlung ausgeführt worden ist.



Abb. 16 Übungsmaterial zur sprachlichen Aktivierung: hoch vertraute Redefloskeln.

Hemmung

Bei stereotypem Aneinanderreihen von *Sprachautomatismen* müssen auch hemmende Behandlungsmethoden eingesetzt werden, um ein Einschleifen von Automatismen zu verhindern. Direkte Übungen zum Wahrnehmen und Kontrollieren der Sprachautomatismen gelingen bei schweren Störungen meist nicht. Alternativ bietet sich an, fortlaufende Automatismen (recurring utterances) direkt zu unterbrechen.

Bewährt hat sich zudem, generell die Anforderungen an expressive Sprachleistungen zu reduzieren oder zunächst sogar zu vermeiden, beispielsweise durch gemeinsames Singen von Redephrasen, durch vorrangiges Stimulieren gestisch-mimischer Verständigung oder durch ausschließliches Üben von rezeptiven Sprachleis-

tungen (Unterscheiden und Sortieren von Wörtern/Bildern).

Auch selten produzierte Sprachautomatismen sollten so früh wie möglich gehemmt werden. Solche unkontrolliert und unpassend hervorgebrachten Wörter oder Phrasen behindern die Verständigung mit Gesprächspartnern erheblich. In der Therapie kann versucht werden, ob die zunächst automatisch ablaufende Sprachproduktion gestoppt und einzelne Sprachautomatismen bewusst wiederholt und in unterschiedliche Aufgaben und Gesprächssituationen eingebettet werden können.

Überschießende Sprachproduktion (Jargon und Logorrhö) kann durch kontrolliertes betontes Mit- und Nachsprechen kurzer Spracheinheiten (ggf. auch „Sprechgesang“) oder gemeinsames, silben- oder wortweises Lesen reduziert werden.

Sprachliches Perseverieren (Haftenbleiben mit unbeabsichtigtem Wiederholen von Wörtern und Phrasen) wird durch direktes Unterbrechen, Einschalten einer Pause, gezielte „Ablenkung“ oder Vereinfachung der sprachlichen Anforderungen unterbunden.

Kompensation

Falls der Patient sich nicht verbal verständigen kann, muss die Kommunikation durch Hilfsmittel unterstützt werden. Sind keine willkürlichen Sprachäußerungen möglich, muss zunächst ein nonverbaler Ja/Nein-Code aufgebaut werden, der eine basale *Verständigung über Körperzeichen* ermöglicht. Beispielsweise können mimische oder

gestische Zeichen wie Händedruck, Augenschließen, Blinzeln, das Anheben des Zeigefingers etc. als zustimmende Antworten auf Fragen des Pflegepersonals oder der Angehörigen eingesetzt werden. Hilfreich können auch *Kommunikationstafeln und -bücher* sein.

Der Patient kann durch Zeigen auf einfache Strichzeichnungen oder Fotos Mitteilungen wie „ich habe Durst“, „mir ist kalt“ etc. machen. Er kann das Krankenpflegepersonal bitten, ihn zur Toilette oder in den Aufenthaltsraum zu fahren oder die Angehörigen telefonisch zu verständigen. Solche bildlichen Kommunikationshilfen (Abb. 17) können auch in der Familie gemeinsam mit dem Patienten zusammengestellt werden. Man kann dazu Fotos aus Illustrierten ausschneiden oder



Abb. 17 Kommunikationstafeln.

selbst Strichzeichnungen anfertigen, diese einfach beschriften und sie zu einem Kommunikationsbuch zusammenstellen. Wichtig ist, dass die Patienten beim Zeigen auf die Bilder immer zu lautsprachlichen Äußerungen ermutigt werden.

Patienten, die in erster Linie Schwierigkeiten haben, deutlich zu sprechen (Dysarthrie), können auf einer Alphabetafel das Zielwort zeigen und damit erheblich zur Verständigung beitragen. Auch *technische Hilfsmittel* wie Computer mit Tastatur und Sprachausgabe versetzen Patienten mit guten Schreib- und Lesefähigkeiten in die Lage, schriftlich zu kommunizieren. Diese technischen Verständigungsmittel sind für einen raschen Informationsaustausch jedoch nicht geeignet, der Gesprächspartner muss geduldig abwarten. Schneller gelingt die Verständigung in alltäglichen Situationen unter vertrauten Gesprächspartnern dagegen über Gestik und Mimik.

Oft erleichtert ein *aktives Gesprächsverhalten* sowie die Gestaltung des Kommunikationsraums die Verständigung mit den Patienten.

Unterstützendes Gesprächsverhalten:

- möglichst geräuscharmer und heller Kommunikationsraum
- Blickkontakt halten und das Ausdruckverhalten beobachten
- ruhig und geduldig zuhören
- sprachlich nicht überfordern: einfach und deutlich sprechen
- wiederholtes Anbieten von Sprache
- vom Vertrauten zum wenig Vertrauten
- sprachbegleitend mimisch-gestische Ausdrucksmittel einsetzen
- Zeichnen und Zeigen auf Fotos oder Gegenstände
- Fragen stellen, die nur mit ja oder nein zu beantworten sind
- kommunikative Hilfsmittel zur Verfügung stellen
- nonverbale Kommunikation über gemeinsam Musik anhören, gemeinsames Singen, Fotos ansehen etc.

Nach dem ersten Schock des Sprachverlusts entwickeln Patienten und Angehörige mit den ersten wiedergewonnenen Sprachfähigkeiten die Hoffnung, dass alle noch fehlenden Leistungen wiederkommen werden. Erfahrungsgemäß ist es nicht ratsam, den Patienten schon jetzt mit möglichen bleibenden Defiziten zu konfrontieren, sondern man soll ihn jetzt eher ermutigen. Der Rückbildungsverlauf kann in dieser frühen Phase noch nicht sicher vorhergesagt werden.



Zusammenfassung –

Hauptziele der Aktivierungsbehandlung:

In der frühen Rehabilitationphase setzt man eher solche Verfahren ein, die auf eine Reaktivierung von verbliebenen, aber vorübergehend beeinträchtigten Sprachfunktionen und auf die Reduzierung von pathologischem Verhalten abzielen. Dazu gehören stimulierende, bahnende und hemmende Behandlungsansätze.

Störungsspezifische Übungsphase

Die Akutphase ist meist 6 Wochen nach dem Schlaganfall abgeschlossen. Die sprachlichen Fähigkeiten ändern sich danach nicht mehr von Tag zu Tag, sondern werden stabiler. Eine bestimmte Kombination von sprachlichen Symptomen wird erkennbar. Zu diesem Zeitpunkt ist eine **ausführliche Sprachdiagnostik** notwendig. Die Ergebnisse zeigen, in welchen sprachliche Modalitäten (Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben) und Komponenten (Wortschatz, Wortbildung, Satzbau, Lautstrukturen) der Schwerpunkt der Störung liegt (vgl. S. 72ff).

Die störungsspezifische Behandlung versucht, die gestörten Sprachfunktionen und beeinträchtigten Aktivitäten direkt zu modifizieren. Bei Ausfällen im Sprachwissen wird dieses schrittweise aufgebaut. Außerdem müssen je nach Art und Ausmaß der Störung Behandlungsziele der Akutphase weiterverfolgt werden: Pathologisch automatisiertes Sprachverhalten wird möglichst gehemmt. Für irreversible gestörte Sprachfunktionen werden Umwegeleistungen und Ersatzfunktionen gesucht, die eine Verständigung erleichtern.

In den letzten Jahren wurde eine ganze Reihe von sprachlichen **Übungsmaterialien** und **-programmen** entwickelt. Es werden Übungen für bestimmte sprachliche *Komponenten* (Semantik, Lexikon, Phonologie, Morphologie, Syntax) und für sprachliche *Einheiten* (Silben, Wörter, Sätze, Texte) in den verschiedenen *Modalitäten* (Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben) angeboten. Die gezielte Auswahl der Therapieformen und -materialien kann sich auf *modellorientierte Analysen* der gestörten und erhaltenen Sprachfunktionen stützen (vgl. S. 75ff). Sprachverarbeitungsmodelle erlauben Rückschlüsse auf die zugrunde liegenden Defizite und erleichtern somit die Entscheidung über die Wahl der Methoden und Übungsmaterialien.

Bereiche des störungsspezifischen Übens (Auswahl):

Wortschatz (Lexikon):

- semantische Felder und Relationen
- Wortklassen und Wortbildung
- phonologisch ähnliche Wörter, Reimwörter

Lautstrukturen (Phonologie):

- Phoneme und Phonemverbindungen
- Silben und Silbenverbindungen
- Prosodie (Wortbetonung, Satzintonation)

Schriftsprache:

- Buchstaben- bzw. Graphemkenntnis
- Phonem-Graphem-Zuordnung
- orthographische Regeln/Muster
- Sichtwortschatz

Satzbau (Syntax):

- thematische Rollen
- Phrasenstrukturen
- Flexionsformen

Textstrukturen:

- Sinnzusammenhang (Kohärenz)
- stilistische Verknüpfung von Sätzen (Kohäsion)
- Textsorte und Textaufbau.

Behandlungsansätze für Störungen des Wortschatzes

Bei Störungen des Wortschatzes (mentales Lexikon) wird zwischen Wissens- und Abrufstörungen unterschieden, die sowohl die Wortinhalte (Bedeutungen) als auch Wortformen (Lautform des Wortes) betreffen können. Wie generell bei Aphasie können die lexikalischen Störungen eine expressive, rezeptive oder gemischte Ausprägung haben, was in der Therapie zu berücksichtigen ist. Die Behandlung von *rezeptiven* Sprachstörungen muss den *expressiven* grundsätzlich vorausgehen. Bei Störungen des Wortwissens gilt es, rezeptive und expressive Übungen zu kombinieren.

Es lassen sich direkte, indirekte und kompensatorische Ansätze zur Therapie lexikalischer Störungen unterscheiden. *Direkte* Verfahren streben das Wiederlernen des Wortschatzes und die verbesserte Wortfindung an. *Indirekte* Ansätze erarbeiten Strategien, um das nicht verfügbare Wortwissen über sprachliche und nichtsprachliche Umwege zu aktivieren. Dagegen werden bei *kompensatorischen* Verfahren nichtsprachliche Hilfen sprachersetzend eingesetzt, z.B. Zeichnen oder Pantomime statt sprachliches Beschreiben.

Störungen der Wortbedeutungen

Ist die Unterscheidung zwischen bedeutungsmäßig ähnlichen Wörtern gestört, dann werden systematisch *semantische Wortfelder* erarbeitet (vgl. Abb. 18) oder Übungen zur bedeutungsmäßig richtigen Zuordnung und Kombination von Wörtern durchgeführt.

Bei herausragenden Wortverständnisstörungen werden zunächst *lexikalische Entscheidungsaufgaben* mit zunehmenden semantischen Anforderungen durchgeführt, z. B.:

- Welches Wort gehört zur deutschen Sprache?
- Welches Wort gehört zur Politik?
- Welches Wort gehört zum Sport?
- Welches Wort ist ein Fahrzeug?
- Welches Wort ist ein Haustier?

Die Fähigkeit, zwischen ähnlichen Wortbedeutungen zu unterscheiden sowie Wörter semantisch passend zu kombinieren, kann durch die linguistische Struktur des Übungsmaterials wieder verfügbar gemacht werden. Übungsmaterialien zur Behandlung von lexikalisch-semantischen Störungen berücksichtigen deshalb die Bedeutungsbeziehungen, die zwischen Wörtern bestehen.

Beispiele für solche *semantischen Relationen* sind klassifikatorische Beziehungen wie Oberbegriffe (Gemüse, Fahrzeuge, Möbel), Nebenordnung (Kartoffel, Gurken, Spinat), Unterordnung (Tier > Hund) und Teil-Ganzes-Beziehungen (Auto > Lenkrad). Neben diesen hierarchisch organisierten semantischen Relationen bestehen aber auch situative oder thematische Beziehungen zwischen Wörtern wie Eigenschaften (Zucker > süß), Aktion (Schere > schneiden) und Situation (Sekt > Geburtstagsparty) oder Ort (Eis > Kühlschrank).

Man beginnt mit Übungsaufgaben zur Unterscheidung und Auswahl von Wortbedeutungen auf Wort- und Satzebene, z. B.:

- Was ist kein Möbelstück: Tisch / Stuhl / Schlüssel / Schrank / Glas?
- Was macht man mit Blumen: füttern / düngen / gießen / lachen / verschenken?

Es folgen schwierigere semantische Aufgaben wie Satzergänzungen mit Auswahl zwischen bedeutungsähnlichen Verben oder Beschreibungen von Wortbedeutungen:

- Der Bergsteiger _____. (klettert / kriecht / marschiert / schwimmt)
- Was macht man mit einem Zirkel?

- Was ist ein Handy?
- Was ist der Unterschied zwischen einem Motorrad und einem Fahrrad?
- Wie kann man einem Ausländer beschreiben, was ein Fahrschein / Hauptbahnhof / Flughafen / Zirkus / Restaurant etc. ist?

Beispiele für lexikalische Übungen zur Differenzierung und Klassifikation von Wortbedeutungen liefern Abb. 18 sowie Tabelle 9.

Störungen der Wortformen

Bei Wortfindungsstörungen kennt der Patient zwar die Bedeutung des gesuchten Wortes, kann aber dessen Lautform nicht abrufen. Für diese Störungen eignen sich *direkte* Ansätze, bei denen die Wortformen gezielt, multimodal und intensiv aktiviert werden, z. B. durch Beobachten des Mundbildes von deutlich vorgesprochenen Wörtern und anschließendes Nachsprechen, durch mündliches

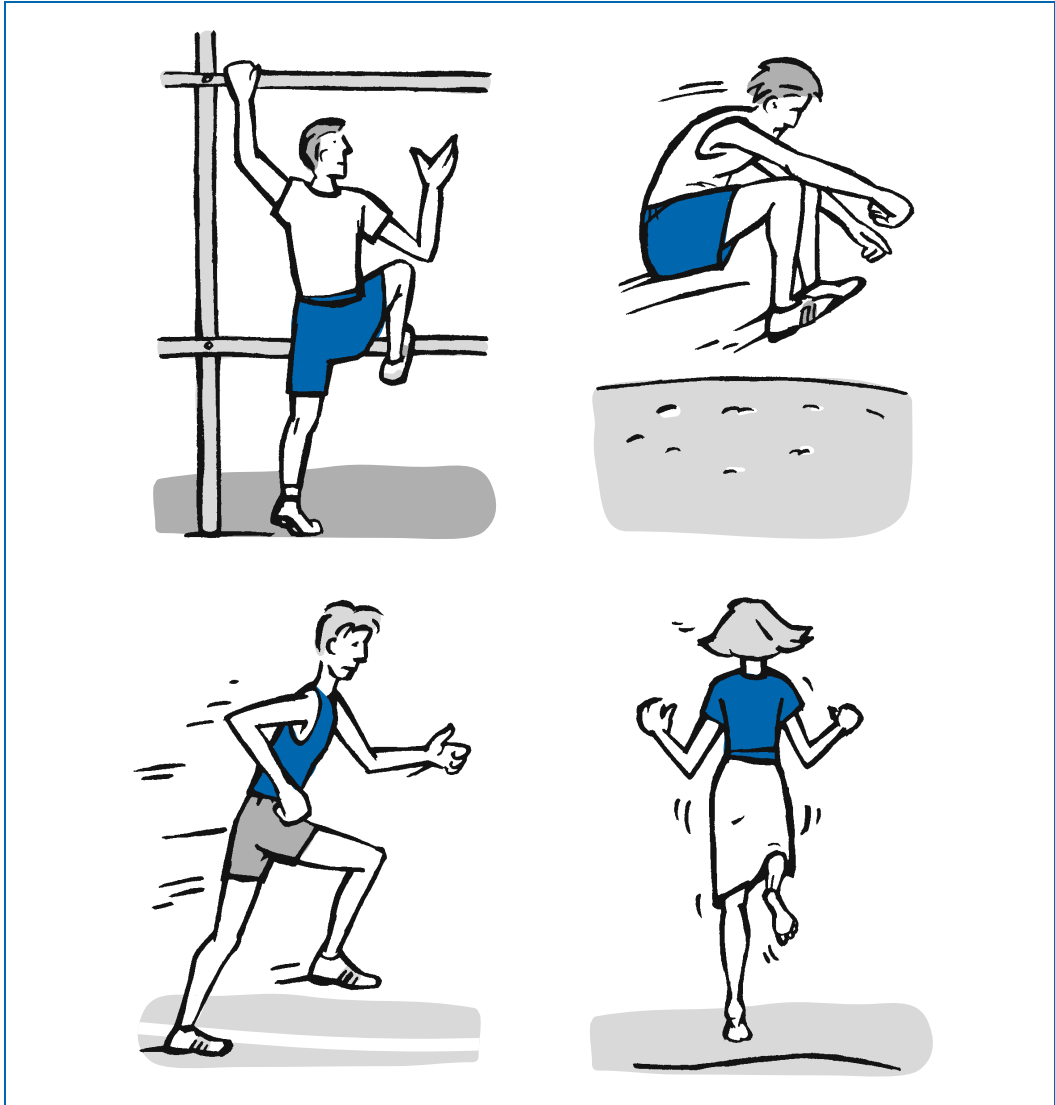


Abb. 18 Übungsmaterial zur Differenzierung von Wortbedeutungen. Welches Wort passt zu welchem Bild: tanzen, springen, klettern, steigen, gehen, rennen, stapfen, hüpfen?

Tabelle 9 Übungsbeispiel zum semantischen Differenzieren und Sortieren von Wörtern

Übungsbereich: Unterscheiden und semantischen Sortieren von Wörtern/Bildern

Ziel:	Der Patient soll die Bedeutung von Wörtern differenzieren und die Wörter nach dem semantischen Merkmal Nebenordnung und Teil/Ganzes sortieren.
Stimuli:	Bilder und Schriftkarten von Wörtern aus der Wortklasse Kleidung: „Hose“, „Hemd“, „Mantel“, „Pullover“ Fahrzeuge: „Auto“, „Bus“, „Fahrrad“ Wörter mit Teil-Ganzes-Relation: „Kragen“, „Ärmel“
Durchführung:	Dem Patienten liegen Fotos/Schriftkarten von Fahrzeugen und Bekleidungsstücken sowie von Teilen der Bekleidung vor. Der Patient soll die Fotos/Schriftkarten nach den Wortklassen „Bekleidung“ bzw. „Fahrzeuge“ sortieren. Anschließend sollen Teile dem Ganzen zugeordnet werden, z. B. „Kragen“ zu „Hemd“, „Gürtel“ zu „Hose“.

und schriftliches Benennen/Beschreiben sowie Finden von Reimpaaren oder Assoziieren von Wörtern zu vorgegebenen Anlauten oder Themen (Nennen Sie Wörter, die mit „A“ beginnen, sagen Sie alle Wörter, die ihnen zu „Urlaub“ / „krank“ / „rot“ / „lachen“ einfallen).

Gelingt die Wortfindung nicht, können Anlauthilfen oder semantische Auswahlhilfen vorgegeben werden. Diese *Aktivierungshilfen* sollten aber so früh wie möglich wieder ausgeblendet werden, weil sie die Patienten nicht bei der selbstständigen Wortfindung unterstützen. Alternativ können die Patienten lernen, eigene Strategien anzuwenden, um den Wortabruf zu erleichtern. Solche **„Self-Cueing-Strategien“** sind beispielsweise sprachliches Umschreiben oder Suchen nach noch verfügbaren Lautelementen des Zielwortes.

Bei Patienten beobachtete Beispiele sind:

- Self-Cueing-Strategie für Wortfindung über semantische Annäherung an das Zielwort: „äh ... wir haben das doch in unserem Haus, da steht mein Auto drin .. in unsrer na ... in unserer Garage“
- Self-Cueing-Strategie über phonologische Ähnlichkeit:
„Das Wort fängt mit Ga an .. klingt so ähnlich wie Garane nee ...Garage .. ja Garage is richtig“.

Einige Beispiele für lexikalische Übungen zur Lautgestalt von Wörtern (Wortform) veranschaulicht Tabelle 10.

Auch für die Behandlung von **kombinierten lexikalischen Störungen**, bei denen sowohl die Wortbedeutung als auch die Wortformen nicht stabil zur Verfügung stehen, eignen sich *intensive*

multimodale Stimulierungsansätze (Tabelle 11). Ein Sprachtherapieprogramm, das multimodale Stimulierungsansätze aufgreift, ist unter dem Namen MODAK geläufig.

Direkte Sprachübungen sollten möglichst früh auch mit *konsolidierenden indirekten* Therapieansätzen verknüpft werden, sodass die Partizipation in der Alltagskommunikation unterstützt wird. Solche indirekten Ansätze zur Behandlung von lexikalischen Störungen vermitteln Umwegstrategien, die eine Verständigung im Gespräch erleichtern sollen und vom Gesprächspartner eine aktive Rolle bei der gemeinsamen Wortfindung erwarten.

Deshalb eignen sich Übungen, in denen der Patient lernt, das fehlende Wort, z. B. Zigarette, durch eine charakteristische Geste („rauchen“) oder durch sprachliches Umschreiben zu ersetzen. Für schwere Wortfindungsstörungen ist auch sprachersetzendes Zeichnen in Kombination mit Gesten eine alternative Ausdrucksmöglichkeit, die dem Gesprächspartner erlaubt zu erraten, was der Patient meinen könnte (vgl. PACE-Therapie, S. 129ff).

Der *kompensatorische* Einsatz von deskriptiven Gesten zum Beschreiben von Handlungen oder Gegenständen wird im **visuell-gestischen Training** (Visual-Action-Therapie, VAT) kleinschrittig erarbeitet (Gesten für „trinken“, „essen“, „schneiden“, „rasieren“, „kämmen“, „schreiben“, „lesen“, „telefonieren“). Dieses Übungsprogramm kann auch bei visuellen Wahrnehmungsstörungen eingesetzt werden, weil systematisch eine Zuordnung von Bildern (verschiedener Perspektive) zu Objekten und von Gesten zu Bildern geübt wird (Abb. 19).