

Aphasietherapie

Pro Jahr erleiden in Deutschland etwa 260.000 Menschen einen erstmaligen oder wiederholten Schlaganfall, etwa 30% von ihnen leiden initial an einer Aphasie. Bei knapp der Hälfte dieser Menschen kommt es innerhalb der ersten sechs Monate zu einer vollständigen Spracherholung, bei ca. 20% aller Schlaganfallpatienten verbleiben chronische Defizite [13, 14].

Ilona Rubi-Fessen

Aphasien sind neurologisch bedingte Sprachstörungen, die sich als Folge eines Schlaganfalls oder einer anderen Hirnschädigung, in der Regel der linken Hirnhälfte, zeigen. Sie schränken Menschen mit Aphasie häufig ein Leben lang in ihren Aktivitäten und an der Teilhabe am Leben in der Familie, der sozialen Gemeinschaft und dem beruflichen Leben ein [18]. Bei einer Aphasie können die sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben betroffen sein. Zudem unterscheidet man in allen Modalitäten die linguistischen Ebenen Semantik (Wortbedeutung), Syntax (Satzbau) Phonologie (Lautstruktur). Das Wissen um den Sprachgebrauch (Pragmatik) kann auch bei schwerer Aphasie noch gut erhalten sein, und die Patienten halten kommunikative Regeln, wie z. B. Sprecherwechsel, ein.

Auch wenn Menschen mit Aphasie durch ihre Störung Probleme beim sprachlichen Formulieren und Verstehen von Gedanken haben, können sie folgerichtig denken und haben das Wissen für Abläufe und biografische Inhalte nicht verloren.

Eine Aphasie ist keine Denkstörung.

— Aphasie und Aphasietherapie aus dem Blickwinkel der ICF

Durch die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) im Jahr 2001 hat sich der Blickwinkel der neurologischen Rehabilitation verändert.

Die ICF betrachtet die funktionale Gesundheit am Beispiel Aphasie auf den drei Ebenen:

- (Sprach-)Funktion und -strukturen (z. B. ein betroffener Wortabruf)
- (sprachliche) Aktivitäten (Sprechen, Schreiben, Lesen, Verstehen)
- Partizipation (gelungene oder betroffene Teilhabe am sozialen Leben durch

Kommunikation und Sprache – z. B. beim Bestellen in einem Restaurant)

Beeinflusst wird der Rehabilitationsverlauf zusätzlich durch umweltbedingte und personenbezogene Kontextfaktoren, die sich als Förderfaktoren oder Barrieren auswirken können.

Übergeordnetes Ziel der Aphasietherapie ist es, Menschen mit Aphasie zu selbstbestimmter und aktiver Teilhabe am kommunikativen Alltag zu verhelfen.

Aphasietherapie soll Menschen mit Aphasie die Teilhabe am sozialen Leben erleichtern. Es ist deshalb nicht nur wichtig, es den Patienten zu ermöglichen, mehr Wörter abzurufen, sondern sicherzustellen, dass diese Wörter auch im Alltag sinnvoll angewendet werden können.

— Der Rückbildungsverlauf bei Aphasie

Der klinische Rückbildungsverlauf der Aphasie lässt sich in drei sich überlappende Phasen einteilen (Abb. 1), denen unterschiedliche neuronale Erholungsmechanismen der (Spontan-)Remission und funktionellen Reorganisation zugrunde liegen. Unterschieden werden die Akutphase (bis sechs Wochen nach Ereignis), die postakute Phase (ca. sechs Wochen bis ein Jahr) und die chronische Phase, die etwa nach 12 Monaten beginnt. Die Aphasietherapie muss die pathophysiologischen Rückbildungsprozesse der entsprechenden Phase berücksichtigen und unterstützen [22, 46, 36].

— Aphasietherapie ja – aber: wann, wie lang, wie oft?

Aphasietherapie wirkt [6]. Aber unter welchen Bedingungen kann sie optimal wirken? In der Leitlinie „Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

(DGN, [13]) werden folgende Empfehlungen auf der Grundlage der aktuellen Studienlage formuliert:

- *Sprachtherapie soll bereits in der frühen Phase der Spontanerholung – also direkt im Akutkrankenhaus oder auf der Stroke-Unit – beginnen.*

Ein früher Therapiebeginn kann den durch die Spontanremission erwartbaren Effekt fast verdoppeln [41, 16].

- *Sprachtherapie soll bei behandlungsbedürftigen Kommunikationsstörungen am besten täglich erfolgen.*

Die Wirksamkeit von Sprachtherapie hängt wesentlich vom Faktor Intensität ab.

- *Auch nach mehr als 12 Monaten sind intensive Intervallbehandlungen zu empfehlen.*

Die kürzlich veröffentlichten Ergebnisse der ersten internationalen multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie zum Nachweis intensiver Sprachtherapie bei chronischer Aphasie [7] erbrachte den Beleg der durchgeführten Therapie für die Verbesserungen der Kommunikation im Alltag unabhängig von Alter und Schweregrad der Aphasie. Den Vorgaben der Leitlinienkommission wird in der Realität häufig nicht entsprochen [27].

— Therapieziele

Für die meisten Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen ist der Rehabilitationsverlauf selbst unter optimalen Bedingungen ein langwieriger Weg. Die Wiederherstellung der prämorbidem Sprachfähigkeiten kann nicht immer erreicht werden. Selbst bei gut rückgebildeten Aphasien berichten die Betroffenen noch über tagesformabhängige Probleme z. B. beim Sprechen oder Schreiben unter Zeitdruck, was eine Rückkehr ins Berufsleben erschwert [9]. Sprachtherapeutische Zielsetzungen sollten sowohl auf der Ebene der Sprachfunktionen als auch auf der Ebene der sprachlichen Aktivitäten/Teilhabe formuliert werden [29, 32].

Im Verlauf der Rehabilitation müssen die Ziele kontinuierlich den Bedingungen angepasst werden. Menschen mit Aphasie und Angehörige werden möglichst früh in die Zielsetzung einbezogen.

Teilhabeziele lassen sich immer nur durch eine funktions- und teilhabeorientierte Therapie und entsprechende Übungen verwirklichen. Sprachsystematische Übungen verfolgen immer auch ein teilhabeorientiertes Ziel.

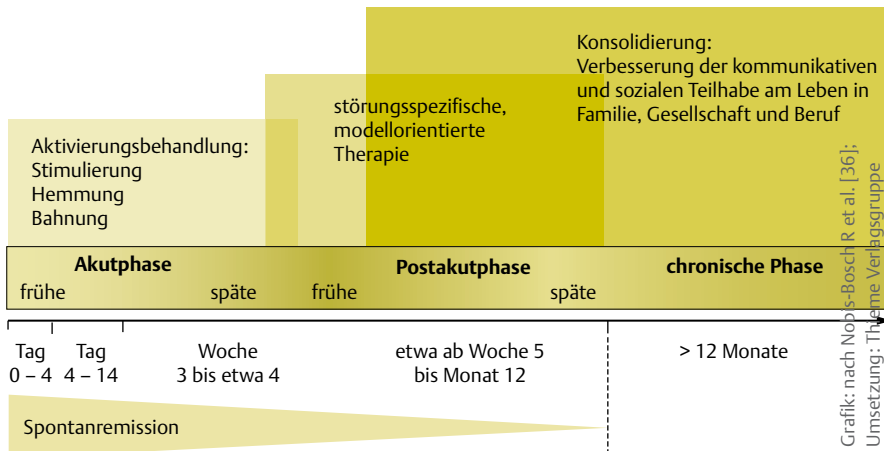


Abb. 1 Phasenmodell der Aphasien

Therapiemethoden bei Aphasie

Die Wahl einer Therapiemethode erfolgt auf der Basis einer phasenspezifischen, funktionsorientierten sprachsystematischen Diagnostik und ab der postakuten Phase auch teilhabeorientierten Diagnostik (für einen Überblick z. B. [22, 36, 44]). Sie richtet sich neben der individuellen Symptomatik und dem Schweregrad der Aphasie auch nach dem Stadium der Aphasie, da den unterschiedlichen physiologischen Wirkmechanismen Rechnung getragen werden muss (vgl. Abb. 2). Grundsätzlich unterschieden wird zwischen

- primär funktionsorientierten (sprachsystematischen) Therapieansätzen mit dem Ziel, gestörte Sprachfunktionen so weit wie möglich zu verbessern, und
- teilhabeorientierten Verfahren, die sich auf die konkrete Lebenswelt von Menschen mit Aphasie beziehen und die mit zunehmender Chronifizierung der Aphasie in den Fokus rücken.

Im Folgenden werden aus den Phasen des Rehabilitationsverlaufs exemplarisch Methoden und therapeutisches Vorgehen vorgestellt. Im klinischen Alltag erfolgt üblicherweise eine phasenspezifische Kombination geeigneter Methoden. Eine ausführliche Beschreibung findet sich z. B. bei Schneider et al. [44].

Über alle Therapiephasen hinweg erstreckt sich der Bereich der Angehörigenarbeit.

Therapie in der Akutphase Stimulierung, Bahnung und Hemmung

In der Akutphase der Aphasie ist das Ziel die Reaktivierung der vorübergehend beeinträchtigten Sprachfunktionen. Ein klassisches Konzept ist die multimodale Stimu-

lierung [46, 36]. Dabei wird das gesamte sprachliche Netzwerk durch alle verfügbaren Modalitäten angeregt. Stimuliert wird sprachlich durch Verstehen, Sprechen, Lesen, Schreiben; Gestik und Rhythmus werden unterstützend eingesetzt. Es ist sinnvoll, Bilder und Realgegenstände aus dem Alltag und Umfeld des Patienten (wie Brille, Kamm, Zahnbürste, Handy, Familienbilder) zu verwenden. Gearbeitet wird zunächst am Verstehen einfacher Aufforderungen, z. B. „Geben Sie mir die Brille“, später auch am verbalen Abruf von Worten durch Nachsprechen, Mitsprechen oder semantische und phonologische Hilfen wie der Lückensatz „Zum Lesen brauchen Sie eine Bri...“.

Stimuliert werden auch Floskeln (z. B. Ja/Nein), einfache Dialoge wie z. B. Gruß und Gegengruß. Um Menschen mit Aphasie ein motivierendes, möglichst fehlerfreies Lernen zu ermöglichen, werden zu Anfang maximale Hilfestellungen gegeben und im Verlauf der Behandlung reduziert. Es wird keine spezifische Fehlerrückmeldung gegeben, da Lernprozesse implizit angeregt werden sollen [22, 36].

Verbal-expressive Äußerungen werden auch über den Abruf hoch überlernerter, automatisierter („nichtpropositionaler“) Sprache wie Zahlenreihen, Wochentage oder Sprichwörter angeregt. Diese Äußerungen, die eine geringe kommunikative Funktion haben, sind auch bei schweren Aphasien häufig leicht abrufbar. Es ist wichtig, den Übergang zur bewusst geplanten Sprache zu schaffen. So kann sich auf das Zählen von 1–10 die gezielte Frage anschließen: „Wie viele Kinder haben Sie?“ Der Patient kann dann bis zur korrekten Anzahl „hochzählen“. Ähnlich kann mit dem Nennen des aktuellen Wochentags verfahren werden.

Zu beachten ist, dass bei Menschen mit schweren unflüssigen Aphasien häufig auch begleitend eine (Sprech-)Apraxie vorliegt, die den willkürlichen Zugriff auf (mund-) motorische und artikulatorische Muster erschwert. Dies erfordert zusätzliche Hilfestellungen wie Mundbild des Therapeuten oder taktil-kinästhetische Reize.

Sprachanstrengung und Überforderung sind zu vermeiden, da diese die sprachliche Symptomatik verschlechtern und zum Ausbilden unwillkürlicher, kommunikativer inadäquater Äußerungen, sogenannten *Sprachautomatismen*, führen können. Diese Äußerungen können vom Patienten selbst nicht gestoppt werden und müssen durch den Therapeuten gezielt unterbunden werden. Sei es direkt durch Stoppen der Automatismen oder indirekt durch Senken des Schwierigkeitsgrades der Aufgaben oder durch das Ausweichen auf rezeptive Übungen. Eine Evaluation dieses frühen Therapieverlaufs kann durch eine entsprechende Diagnostik geleistet werden [3, 40, 28].

Frühe Kompensation?

Bei Menschen mit schweren Aphasien und wenig verbal-expressiven Ausdrucksmöglichkeiten sollten in der Akutphase vorübergehend kompensatorisch nonverbale Strategien angeboten werden. So können Kommunikationstafeln mit aussagekräftigen Piktogrammen für wenige elementare Bedürfnisse, Gesten, Symbole oder Kopfbewegungen für Ja und Nein eine basale Kommunikation im Alltag ermöglichen. Bei ausgedehnten Läsionen des Gehirns über die klassischen Sprachnetzwerke hinweg kann jedoch zusätzlich zum Sprachvermögen auch das Verständnis für Zeichen und Symbole betroffen sein, sodass die Patienten Kommunikationstafeln nur schwer nutzen können und der Transfer in den Alltag nicht gegeben ist.

Neben diesem funktionsorientierten Vorgehen werden in der Literatur auch Therapiekonzepte für die Akutphase beschrieben, die von Beginn an ausschließlich an der Kommunikation arbeiten [19, 12].

Wichtig ist es, den Angehörigen in dieser Phase Information zur Erkrankung, zu günstigem Gesprächsverhalten und zu effektiven kommunikativen Strategien zu vermitteln.

— Therapie in der Postakutphase

Bei Stabilisierung der klinischen Symptomatik sollte der Übergang zum sprachsystematisch-störungsspezifischen Üben erfolgen. Der Einfluss der spontanen Rückbildung schwindet, aus Restitution wird funktionelle Reorganisation, die explizites Lernen erfordert. Neben dem störungsspezifischen Üben rückt die Alltagskommunikation in den Fokus der Therapie.

Störungsspezifische sprachsystematische Therapie

Nach Durchführung einer standardisierten, sprachsystematischen Diagnostik wie etwa dem Aachener Aphasie Test (AAT, [20]) oder der Aphasie-Check-Liste (ACL, [24]) können Störungsschwerpunkte auf Funktionsebene, wie etwa ein gestörter Wortabruf, Schwierigkeiten bei der lautlichen Planung von Worten oder Probleme beim sinnentnehmenden Lesen ermittelt werden. Modellorientierte Testverfahren wie das LEMO-Lexikon [11, 47] spezifizieren Störungen im Rahmen psycholinguistischer Modelle der Sprachverarbeitung. Hierdurch können sehr individuelle Defizite aufgedeckt werden, aus denen sich spezifische therapeutische Interventionen ableiten lassen.

So leiden fast alle Menschen mit Aphasien unter Störungen des gezielten Wortabrufs, die sich im Aachener Aphasie Test z. B. im Untertest „Benennen“ in Nullreaktionen, semantischen Wortbedeutungsverwechslungen (Apfel → Birne), dem Abruf formal ähnlicher Wörter (Apfel → Affe) oder Fehlern der Lautstruktur, den phonologischen Fehlern (Apfel → Afle), zeigen können. Im Rahmen der modellorientierten Diagnostik lassen sich den Wortabrufstörungen genaue funktionelle Störungsorte z. B. auf Wortbedeutungsebene oder Wortformebene zurechnen, die unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen und Übungen erfordern. Typische Übungen bei Störungen der Wortbedeutung sind z. B. multimodale Kategorisierungsübungen, bei denen Worte bestimmten Oberbegriffen zugeordnet werden, oder Wort-Bild-Zuordnungsübungen.

Liegt das Problem auf der Aktivierung der korrekten Wortform, können Menschen mit Aphasie z. B. den Wortabruf durch Umschreiben des Wortes selbst erleichtern. Weitere Übungsformen sind z. B. Übungen mit Lückenwörtern, mit Minimalpaaren, zur Fehlererkennung und -korrektur oder das die multimodale Stimulierung aufgreifende MODAK-Programm [31].

Die Auswahl der in diesen sprachsystematischen Übungen erarbeiteten Worte richtet sich nach linguistischen Kriterien (z. B. Beginn mit vertrauten, häufig vorkommenden Worten) und den konkreten kommunikativen Bedürfnissen des Patienten.

Transfer in die Alltagskommunikation

Ziel der störungsspezifischen Phase ist immer ein Transfer der in den Übungen erarbeiteten Worte in die Alltagskommunikation. Dazu sind besondere Übungen erforderlich. Ist ein Schwerpunkt der Therapie das Schreiben, können das Notieren von Besorgungslisten oder beim Vorhandensein eines Smartphones v. a. bei jüngeren Patienten das Verfassen kurzer Textnachrichten Schritte zur Alltagskommunikation sein. Durch kommunikationsorientierte Testverfahren [4, 37] oder Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung [5, 30, 26] kann und muss auch in diesem Bereich die Therapie evaluiert werden.

Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen

Die Einzeltherapie sollte zudem durch Gruppentherapie ergänzt werden, da hier im geschützten Rahmen die im Einzelsetting erworbenen Fähigkeiten und der Transfer in alltagsnahe Situationen erprobt werden können. Die Anregung der Gruppenmitglieder stellt einen hohen Motivationsfaktor dar, der Austausch mit Betroffenen kann den Prozess der Krankheitsverarbeitung unterstützen. Ein weiteres Mittel zur Unterstützung von Partizipation sind Selbsthilfegruppen.

Angehörige Neben dem Patienten werden auch die Angehörigen zur Entwicklung realistischer kommunikativer Ziele eingebunden. Bei Akzeptanz durch den Patienten können den Angehörigen auch Strategien zu Hilfestellungen z. B. bei der Bewältigung von Übungsaufgaben vermittelt werden. In erster Linie sollen Angehörige im Alltag jedoch vertrauter Gesprächspartner sein.

— Therapie in der chronischen Phase

In der chronischen Phase ist die Spontanremission abgeschlossen und sprachliche Verbesserungen sind nur noch durch intensive Lernprozesse zu erwarten. Solange sich bei funktionsorientierten Übungen (s. o.) weitere Fortschritte zeigen, sind diese unbedingt weiterzuerfolgen.

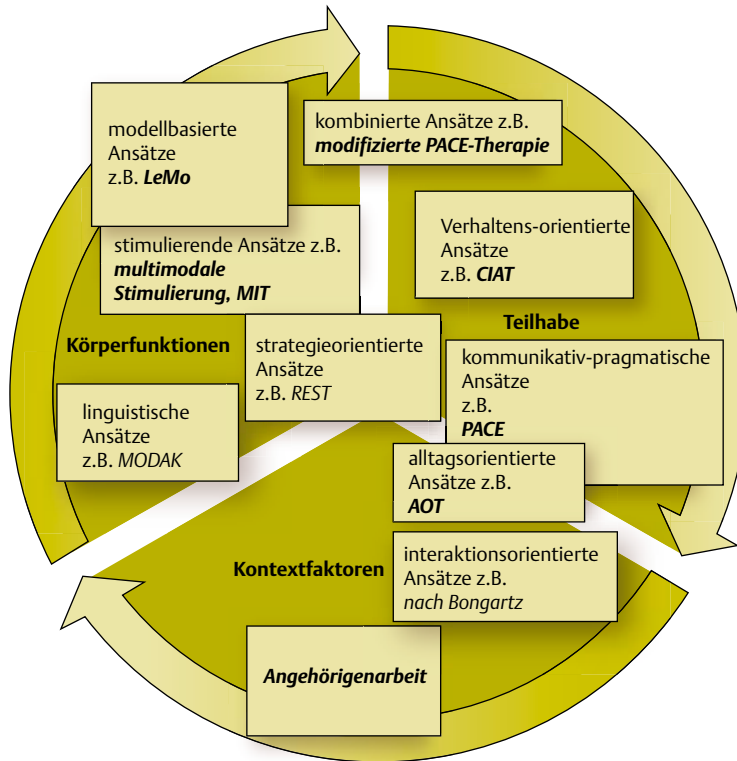
Die sprachsystematische Therapie muss durch kommunikativ orientierte Ansätze ergänzt werden, mit dem Ziel, die verbleibenden verbalen und nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten optimal zu nutzen und eine Teilhabe in Alltagssituationen auch durch den Erwerb kompensatorischer Strategien zu ermöglichen.

Spezifische Therapiemethoden

Melodische Intonationstherapie Zur Behandlung schwerer unflüssiger Aphasien erlebt die bereits in den 1970er-Jahren beschriebene Melodische Intonationstherapie (MIT) eine regelrechte Renaissance [1, 53, 48, 43]. Die Besonderheit dieser kompensatorisch ausgerichteten Therapiemethode ist die systematische Nutzung von Melodie (Singen) und Rhythmus (Handklopfen), die gezielt die rechte gesunde Hemisphäre des Gehirns aktivieren. Erarbeitet werden kommunikative Phrasen etwa „Wie geht's dir?“ Der Therapieansatz ist hierarchisch strukturiert, die Hilfestellungen des Therapeuten sowie Intonation werden systematisch abgebaut. Ziel ist eine normale Sprechprosodie. Durch den stark stimulierenden Charakter und das Verzicht auf direkte Fehlerrückmeldung ist die MIT auch in den Fokus der Therapie bei (post-)akuter Aphasie gerückt, und erste Studien zeigen vielversprechende Wirksamkeitsnachweise [50].

Constraint-Induced Aphasia Therapy Ein weiteres Therapieverfahren für die chronische Phase ist die Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT, [38, 33]). In der CIAT werden Menschen mit Aphasie „gezwungen“, verbal zu kommunizieren. Andere Kommunikationsformen werden unterbunden. Die CIAT wird als interaktives Gruppensetting durchgeführt. Die drei Grundprinzipien der CIAT sind: „*Massed Practice*“ – Üben mit hoher Intensität „*Shaping*“ – schrittweise Steigerung der sprachlichen Anforderung bei Leistungsverbesserung und „*Constraint-induced*“ – Unterbinden nonverbaler Kommunikationsmittel. Insbesondere bei schweren Aphasien kann jedoch das Unterbinden alternativer kommunikativer Mittel wie Gestik, Schreiben oder Pantomime kontraindiziert sein.

PACE-Therapie Bei der von David und Wilcox 1981 konzipierten „PACE-Therapie“ (Promo-



Grafik: I. Rubi-Fessen; Umsetzung: Thieme Verlagsgruppe

Abb. 2 Therapiemethoden im Kontext der ICF

ting Aphasics' Communicative Effectiveness) [10] wird die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten im Dialogsetting geübt. Therapeut und Patient übernehmen abwechselnd die Hörer- und Sprecherrolle. Es werden, für den Partner unbekannt Informationen (z. B. Beschreibung von Objekten, Handlungen) ausgetauscht, beide Dialogpartner wählen die kommunikative Modalität (Sprechen, Pantomime, Gestik, Schreiben etc.) frei. Bei unverständlichen Mitteilungsversuchen kann der Therapeut Hilfestellungen geben. In einer modifizierten Version der PACE-Therapie von Glindemann und Springer [15] wird gezielt störungsspezifisch ausgewähltes Material verwendet, sodass linguistisch und kommunikativ gearbeitet wird.

Alltagsorientierte Therapie Alltagsorientierte Ansätze wie die „Alltagsorientierte Therapie“ (AOT, [17]) sind interdisziplinär ausgerichtete Therapieansätze, die die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt berücksichtigen. Ziel ist die Verminderung der individuellen Beeinträchtigung (Handicap), also die Kompensation des Defizits im Alltag. Die AOT versteht sich als Ergänzung funktional ausgerichteter Therapiekonzepte. Die Therapie findet im Gruppensetting mit einem interdisziplinären

Therapeutenteam statt und soll den Übergang vom geschützten Klinikalltag in das individuelle Lebensumfeld erleichtern. Gearbeitet wird an spezifischen Zielen der Patienten, z. B. das Besorgen bestimmter Produkte oder das Bewältigen von Wegen. Eine Konzeption zur Durchführung einer *alltagsorientierten Aphasiotherapie* wurde kürzlich von Storch und Weng [51, 52] vorgestellt.

Fazit

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Methoden der Aphasiotherapie ist durch zahlreiche Studien belegt. Ob das Ziel einer nachhaltigen Verbesserung der kommunikativen Teilhabe (Abb. 2) von Menschen mit Aphasie eher durch auf Restitution und Reorganisation abzielende sprachsystematisch-funktionsorientierte oder kommunikative Behandlungsstrategien oder eine Kombination der Strategien erreicht werden kann, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beantwortet werden [8].

— Ergänzende Therapieangebote

Computergestützte Therapie und Kommunikationshilfen

Ergänzende PC-gestützte Methoden der Übungsbehandlung oder therapeutensuper-

vidiertes Heimtraining leisten einen wirksamen Beitrag zur Erhöhung der Übungsfrequenz [23, 39, 35, 45].

Für viele Menschen mit Aphasie ist der Umgang mit PC, Tablet oder Smartphone selbstverständlich Teil des Alltags.

Kompensatorisch können mobile Computersysteme und Kommunikationshilfen bei schweren expressiven Störungen alternativ zur betroffenen Sprache eingesetzt werden.

Medikamentöse Therapie

Kleinere Studien zeigen, dass der Outcome der Sprachtherapie durch pharmakologische Therapie gesteigert werden kann [21].

Nichtinvasive Hirnstimulation

Zur Steigerung der Effektivität der logopädischen Therapie werden zunehmend Verfahren der nichtinvasiven Hirnstimulation, additiv zur Sprachtherapie eingesetzt [25]. Obwohl diese Verfahren in kleinen kontrollierten Studien vielversprechende Ergebnisse sowohl auf linguistische Sprachfunktionen als auch auf den Transfer in die Alltagskommunikation zeigten [42, 34], befinden sich die Verfahren noch in der klinischen Erprobung.

Die komplette Literaturliste finden Sie unter www.thieme-connect.de/ejournals

Autorin



Ilona Rubi-Fessen arbeitet seit 1999 als Logopädin und Fachsupervisorin für Aphasie in der Neurologischen Rehabilitationsklinik RehaNova Köln. Sie unterrichtet an Lehreinrichtungen und Fachhochschulen für Logopädie und führt Seminare in der Weiterbildung durch. Sie ist zusätzlich an Forschungsprojekten zum Einsatz der nichtinvasiven Hirnstimulation in der Aphasiotherapie beteiligt und hat zu diesem Thema an der RWTH Aachen promoviert.

Dr. rer. medic. Ilona Rubi-Fessen
Dipl.-Logopädin
Neurologische Rehabilitationsklinik RehaNova Köln
Ostmerheimerstraße 200
51109 Köln
E-Mail: rubifessen@aol.com

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0043-107133
neuroreha 2017; 9: 79–82
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-6496