



Dr. Volker Middeldorf

Vielen Betroffenen, die einen Schlaganfall erlitten haben, fällt es mehr oder weniger schwer, ihre Sprache so zu gebrauchen wie vor dem Schlaganfall. Sie haben Probleme, Sprache zu verstehen oder Wörter zu finden. Unter Umständen funktionieren das Lesen und Schreiben auch nicht mehr so wie früher. In vielen Fällen kommt es zu dezenten, recht unauffälligen, in anderen zu dramatischen Erscheinungen, die mit dem Fachbegriff „**Aphasie**“, auf Deutsch: „**Sprachverlust**“, bezeichnet werden. Ein schweres Schicksal, dass man als Betroffener jedoch nicht tatenlos hinnehmen muss. In unserem Interview erklärt Dr. Volker Middeldorf (Lindlar) die Aphasie und worauf es in der Therapie ankommt.

- **Herr Dr. Middeldorf, wie arbeitet eigentlich unser Hirn?**

Wenn das Großhirn arbeitet - das passiert immer, wenn wir etwas tun -, dann schießen durch das neuronale Netzwerk Millionen und Abermillionen von Nervenimpulsen gleichzeitig zueinander und miteinander. Das ungestörte Zusammenspiel bestimmter Nervenimpulse ermöglicht unsere hochkomplizierten Hirnleistungen, die in unseren Handlungen und in jedem Verhalten ihren Ausdruck finden. Hirnleistungen zeigen sich im Denken, Bewegen, Wahrnehmen, Fühlen, selbstverständlich auch beim Sprechen, Sprache verstehen, Lesen, Schreiben usw.

- **Und wie kommt es zu einer Beeinträchtigung dieser Funktionen?**

Wenn nach Schlaganfall, Hirnblutung oder Schädelhirntrauma bleibende Folgen zu beklagen sind, dann hat das seinen Grund darin, dass in dem engmaschigen neuronalen Netz von Hirnnervenleitungen Nervenzellen in einem bestimmten Bereich abgestorben sind. Das neuronale Netzwerk zeigt dort quasi ein „Loch“ im Netz, was den Ausfall bestimmter Hirnleistungen dadurch zur Folge hat. Die abgestorbenen Leitungen lassen keine elektrobiochemischen Impulse mehr durch. Die Impulse bleiben dann am „Loch-Rand“ stecken und erreichen weder ihr Ziel noch die gewohnte Kooperation mit anderen Impulsen. „Abrufstörungen“ oder Sprachstörungen wie Störungen des Sprachverständnisses, des Sprechens, des Schreibens und Lesens sind die Folge.

- **Muss man sich mit solchen Funktionsausfällen abfinden?**

Prinzipiell nein. Die Betroffenen hoffen auf wirksame Hilfe durch die Medizin und die Pharmazie. Leider gibt es noch keine Sprach-Medikamente, die abgestorbene Hirnnerven wieder zum Leben erwecken und auf diese Weise eine Heilung des „Lochs im Netzwerk“ bewirken könnten. Es gibt heute auch keine Operationen, die Sprachfunktionsverluste ausgleichen könnten. Hirnnerventransplantationen sind noch Zukunftsideen, die uns heute nicht weiter helfen. So bitter es klingt: Die neurologische Medizin besitzt zurzeit für die Phase nach der akuten Krankenhaus- und Erstrehabilitationsbehandlung zur „Heilung“ der „chronischen“ Folgeschäden eines Schlaganfalls keine pharmakologischen oder operativen Mittel.

- **Die neurologische Medizin nicht,...**

...wohl aber die Neurowissenschaften. Sie geben den Betroffenen eine mutmachende Blickrichtung. Sie sprechen von der „Plastizität des Gehirns“, was bedeutet, dass das Gehirn zu seinem bestehenden

neuronalen Netzwerk neue Nervenfasern hinzuentwickeln kann, so auch – bildlich gesprochen – um das neuronale „Loch“ herum. Die entwickeln sich durch Lernen. Das Wachstum neuer Nervenleitungen ist das Anliegen jedes erfolversprechenden, therapeutischen Lernens. Wir müssen uns also nicht fatalistisch abfinden mit Funktionsausfällen.

- **Kann auch das Gehirn nach dem Schlaganfall noch lernen?**

Auch hirngeschädigte Menschen können lernen. Auch sie besitzen trotz des Schlaganfalls große Hirnzellen-Reserven. Gehen wir von der in der Fachwelt vorherrschenden Annahme aus, dass wir im erwachsenen Alter nicht mehr als 30 bis 40 Prozent der ca. 50 bis 100 Milliarden Hirn- und Nervenzellen nutzen. Das bedeutet andererseits ein Reservepotenzial von 60 bis 70 Prozent. Nehmen wir nun hypothetisch an, das Gehirn des Betroffenen habe durch die Hirnschädigung 10 oder 20 Prozent seines Hirnnervenpotenzials verloren - dann errechnet sich immerhin noch eine Reserve, die unvorstellbar groß ist.

- **Wann sollte die Therapie beginnen?**

Menschen mit Aphasie müssen aus rehabilitativer Sicht nach dem Ereignis so schnell wie möglich logopädisch, das heißt sprachtherapeutisch, versorgt werden. Sie sollten intensive Sprachtherapie erhalten und auf diese Weise ihr großes Rehabilitationspotenzial aktivieren bzw. zum Lernen nutzen. Das kann anfangs auch von den Angehörigen durch viele Erzählungen über Geschehnisse im Umfeld des Betroffenen geschehen. Gerade in der Phase 6 bis 12 Monate nach dem Ereignis, in der das Gehirn auf der Suche ist nach Verlustausgleich, sollte es massiv stimuliert und zum Lernen angeregt werden. Grundlagenwissenschaftliche Studien und intensiv-aphasietherapeutische Erkenntnisse belegen, dass – auch wenn die Aphasie bereits mehrere Jahre besteht – Aphasie-Intensivtherapie mit 3 bis 5 sprachtherapeutischen Sitzungen pro Tag deutliche Fortschritte zur erheblichen Verbesserung der sprachlichen Leistungen generiert.

- **Können die Folgeschäden des Schlaganfalls „geheilt“ werden?**

Obwohl sich die abgestorbenen Nerven nicht selbst heilen können oder heilen lassen, gibt es einen anderen Weg der „Heilung“. Das ist der Weg des Neulernens verloren gegangener Verarbeitungs- und Abruf-Funktionen. Der Patient lernt bestimmte Funktionen neu, die ihm Zugang verschaffen zu den „verschütteten“ Sprachfähigkeiten. Er baut neue Hirnnerven-Leitungen, die ihm „neue“ Zugriffe auf „alte“ Sprachfähigkeiten schaffen. Oder er lernt neue, jetzt notwendige Fähigkeiten und entwickelt auch dafür neue Nerven-Leitungen.

- **Was ist das Ziel der Aphasietherapie bei Erwachsenen und jüngeren Patienten?**

Das ehrgeizige Ziel der Aphasietherapie ist, dass der Patient Sprache wieder verarbeiten und hervorbringen, seine Gedanken und Gefühle wieder mitteilen kann. Jeder lernmotivierte Patient kann – auch Jahre nach dem Ereignis - von der Aphasietherapie sehr profitieren und seine Aktivität bei der Teilhabe am kommunikativen, sprachlichen Leben deutlich verbessern.

- **Wie lange dauert eine Aphasietherapie?**

Wir beobachten, dass Patienten in intensiven Sprachtherapiephasen, z.B. in 5-wöchigen Therapiephasen mit täglich 4 Sprachtherapien deutliche Entwicklungsschübe erzielen. In den sich anschließenden Konsolidierungsphasen zu Hause von mehreren Monaten Länge können sich dann die

sprachlichen Leistungen stabilisieren, vertiefen und durchaus weiter entwickeln. Dafür empfiehlt sich ambulante Sprachtherapie kombiniert mit eigenem Üben zu Hause.

- **Und wie sind die weiteren Schritte?**

Den nächsten Entwicklungsschub zu generieren – dazu bedarf es dann wieder einer weiteren, zielführenden Intensiv-Sprachtherapie und einer anschließenden Konsolidierungsphase zu Hause usw. Nicht wenige unserer Patienten praktizieren ein solches Intervall-Modell mit gutem Erfolg. Leider berücksichtigen die meisten Krankenkassen und deren Medizinischen Dienste die Tatsache nicht, dass hohe Frequenz der Sitzungszahlen, z.B. 20 logopädische Sitzungen pro Woche, nachweislich schnellere Genesung und damit kürzere Krankheitszeiten generieren als die übliche Verschreibungs- und Genehmigungspraxis auf nicht-intensiver Basis mit nur 1-3 Sitzungen pro Woche. Auch darüber gibt es bereits überzeugende Vergleichszahlen.

- **Worin unterscheiden sich Aphasien?**

Weil jeder Schlaganfall bei jedem Patienten ganz individuelle Folgen in Art und Form des Substanzverlustes sowie in Schwere und Ausmaß der Funktionsstörungen zeigt, stellt sich das Bild der Funktionsstörungen von Fall zu Fall ganz unterschiedlich dar. Für den Laien sehen die Sprachstörungen bei aphasischen Menschen oft recht ähnlich aus. Doch darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der Individualität der individuellen Hirnschädigung und psychischen Verfasstheit bei den Patienten sehr unterschiedliche Lernbedingungen vorherrschen. Das Lernen jedes Patienten ist durch die veränderte Struktur seiner Hirnleistungen mehr oder weniger stark verlangsamt. Und das wird vom Betroffenen meist als „erschwertes“ Verarbeiten von Informationen wahrgenommen.

- **Aphasien zeigen also ganz individuelle Ausprägungen...**

Was während der Monate und Jahre nach dem Ereignis bei nahezu allen Betroffenen zu beobachten ist, sind ganz eigene psychische Verarbeitungsweisen. Jeder Betroffene geht sowohl mit seinem eigenen Sprachverlust als auch mit seiner Wiedergewinnung von Sprache im Umgang mit sich und seinem Umfeld sehr unterschiedlich um. Man sieht deprimiertes Resignieren wie auch tatkräftiges, hoffnungstragendes Arbeiten. Die Lust zur und an der Restitution der Sprache entwickelt sich mit zunehmenden Therapieerfolgen. Die steigern die Freude und den Drang, später wieder sprachlich und kommunikativ kompetent zu sein. Wie lange also der aphasische Patient braucht, um zu einer bestimmten Zielleistung zu gelangen, das hängt – wie angedeutet – von objektiven Verhältnissen im Gehirn und von den individuellen Faktoren beim Patienten und seinem Umfeld ab und von dem Therapieformat, was ihm geboten wird. Insofern kann es letztlich keine Standardwerte zur Länge von „Wiederherstellungszeiten“ geben.

- **Wie weit kann der Betroffene kommen?**

Über welche sprachlichen Leistungen der Patient am Ende einer längeren Therapie-Wegstrecke verfügen wird oder verfügen will, kann am Anfang prognostisch nicht vorhergesagt werden. Das hängt einerseits stark von seinem persönlichen Lerneinsatz ab und davon, wie oft, wie lange, wie konzentriert, wie ausdauernd und wie zielorientiert er lernt. Selbstverständlich hängen seine Therapie-Ergebnisse auch maßgeblich von dem gewählten Therapieformat ab. Wichtig aber ist ein Kriterium: Wenn der Patient dahin kommt, dass er sich wieder recht zufrieden fühlt mit seinem sprachlichen Können, dann sollte über die Beendigung der Therapie entschieden werden.

**Weitere Informationen:**

Logopädisch-interdisziplinäres Zentrum für Intensive Therapie Lindlar

Tel.: 02266 906-0

E-Mail: [Volker.Middeldorf@logozentrumlindlar.de](mailto:Volker.Middeldorf@logozentrumlindlar.de)