

## Plötzlich zum Schweigen verdammt –

# Sprachverlust (Aphasie) und sozial-kommunikative Folgen nach Schlaganfall und anderen Hirnschädigungen

von Dr.<sup>paed.</sup>Volker Middeldorf, 2010; Leiter des logopädisch-interdisziplinären Behandlungs- und Rehabilitationszentrums für Intensivtherapie Lindlar ([www.logozentrumlindlar.de](http://www.logozentrumlindlar.de))

### Einleitung

Schlaganfall, Schädelhirntrauma oder Hirnblutung sind Ursache für eine plötzliche Unterbrechung der Sauerstoffversorgung in einem bestimmten Bereich des Gehirns.

Der Ausfall der Sauerstoffzufuhr führt zu einer Sauerstoffunterversorgung der Hirnzellen und des neuronalen Netzwerks. Das führt in vielen Fällen zu einem Absterben der neuronalen Strukturen in dem geschädigten Teil des Gehirns.

Je nach Lage, Schweregrad und Ausmaß der Hirnschädigung kann der Schlaganfall sehr deutliche, z.T. sehr schwere Verlusterscheinungen im sprachlichen Leistungsbereich nach sich ziehen (Sprachverlust = Aphasie).

Es zeigen zwischen 20 % und 38 % (Angaben unterschiedlich je nach Autor) aller Schlaganfallpatienten aphasische Symptome (*Jaecks, P, Hielscher-Fastabend M., 2010*).

Diese sind für den Außenstehenden im ersten kommunikativen Kontakt oft nicht sichtbar, doch meist hörbar und spürbar. Dann kommuniziert der Betroffene nämlich ungewohnt anders.

[Dagegen treten deutlich augenfälliger die durch Hirnschädigung eingetretenen motorisch-funktionellen Leistungsausfälle in Erscheinung (z.B. Halbseitenlähmung)].

Alle Angehörigen stehen in einer durch Schlaganfall plötzlich eingetretenen Situation vor einem Problem.

Nie vorher hat der betroffene Mensch in dieser Weise agiert, wie er sich jetzt verhält. Das ungewohnte Ausbleiben bisher selbstverständlicher Sprachfähigkeiten lässt das bekannte Erscheinungsbild der Persönlichkeit verändern.

Was steckt dahinter ? Was hat das für Konsequenzen für den Betroffenen ? Welche für die Menschen in seiner Umgebung ? Was kann man, was sollte man tun ?

Mit diesem Aufsatz möchte ich allen betroffenen Laien (Angehörigen der Betroffenen) Informationen geben zu einem Thema, was für die meisten Menschen völlig unbekannt ist. Diese Informationen sollen es ihnen ermöglichen, sich mit dem vielschichtigen Phänomen *Aphasie* gedanklich auseinander zu setzen und auf diese Weise – mit mehr Wissen darüber – die leidvolle Konfrontation mit dem erlittenen Sprachverlust besser verarbeiten zu können.

Nur Informiert-Sein / Wissen / neue Erfahrungen helfen, sich in der plötzlich „neuen Existenz“ der Aphasie schneller zurecht zu finden. Der kundige, „gerüstete“ Betroffene / Angehörige kann sich konstruktiv mit der Aphasie und ihren unausweichlichen Begleitumständen auseinander setzen.

Ich würde mich freuen, wenn die Lektüre einen Beitrag dazu leisten könnte.

Es gilt auch, unsägliches Leid abzubauen, was bei vielen akut Betroffenen aufgrund von Enthaltbarkeit / Schweigen auf Seiten der Fachleute entsteht.

Was hier noch einmal dringend hervorzuheben ist: Die Betroffenen geraten in einen existenziell völlig neuen, noch nie da gewesenen „Krankenstand“, der sich meist nicht – wie z.B. nach operativen Eingriffen gewohnt – bald wieder abbaut.

Deshalb spreche ich mit dem folgenden Beitrag die Betroffenen und ihre Angehörigen an.

Ich stelle die Aphasie kurz als neuro-linguistisches Funktionsproblem vor und verweise darauf, dass Aphasie zwar psychisch-desolate Zustände hervorrufen kann / wird, dass man aber mittlerweile therapeutisch-rehabilitative Wege gehen kann, die neue Perspektiven zur Bewältigung des Sprachverlustes und seiner Folgen zulassen bzw. sogar generieren.

Im ersten Schritt umreißt ich die *Formen der Aphasie (Sprachverlust)*, die auftreten können.

Im zweiten Schritt stelle ich die *psychosozialen, sozial-kommunikativen und persönlichen Folgen des Sprachverlustes* dar, die auf jeden aphasisch Betroffenen und dessen Angehörigen in den ersten Wochen und in den Folgemonaten und -jahren unausweichlich einströmen.

Im dritten Schritt beschreibe ich *die heute existierenden Chancen und Möglichkeiten* der Verbesserung der persönlichen Situation des aphasisch Betroffenen.

Damit ergeben sich für den einen oder anderen Perspektiven einer erfolgreichen Behandlung und Verringerung des Sprachverlustes.

[Der Vereinfachung halber werden die Betroffenen und die Angehörigen, Freunde usw. in der männlichen Form verwandt]

## **1. Die Aphasie**

Aphasie ist Sprachverlust auf vielen Ebenen.

Sprachverluste können im Wahrnehmen und zentralen Verarbeiten gesprochener / gehörter Sprache beobachtet werden (Sprachverständnisstörung), ebenso auch in der Schriftsprache, wenn Schrift nicht mehr gelesen bzw. verstanden werden kann (Lesestörung). Schnell auffällig sind Störungen in den sprachproduktiven Fähigkeiten beim Sprechen (Wortfindungsstörung, falscher Satzbau u.a.). Beim Schreiben kann es auffallen, dass der Betroffene nicht mehr weiß, wie geschrieben werden muss (Störungen im Schriftsprachgebrauch).

Neben Sprachverlust können vielfältige Folgen einer Hirnschädigung als Begleitsymptome auftreten: Hemiparese, ggf. mit Rollstuhlabhängigkeit, visuelle Beeinträchtigungen wie z.B. Gesichtsfeldausfall, Facialisparesie mit der Folge von unkontrolliertem Speichelfluss und verwaschenem Sprechen oder Apraxie (Programmabrufstörung) usw.

Auch können begleitend Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen und exekutiven Funktionen in Erscheinung treten. Neuro-psychische Defizite in zeitlicher, räumlicher, situativer oder auf die eigene Person gerichteter Orientierung, beim Speichern und Abrufen von Informationen (Gedächtnis) oder Verhaltensauffälligkeiten wie aggressiv wirkendes Verhalten, Enthemmung, Antriebsstörungen sind ebenfalls oft neben dem Sprachverlust zu beobachten.

Diese Auffälligkeiten können je nach individueller neuronaler Störungsstruktur (Ausmaß, Lokalisation) bei schnellen Heilungsverläufen dezentert auftreten und bereits nach einigen Tagen und wenigen Wochen verschwinden.

Bei schwereren Schädigungen (mit bleibendem Verlust von Hirn- und Nerven-Zellen) sind meist gravierende Folgeerscheinungen zu beklagen, die das Leben des Betroffenen nachhaltig verändern.

Es gibt unterschiedliche Typisierungen des Sprachverlustes, die implizit nach Kombinationen von besonders auffälligen Symptomen / Ausfallserscheinungen entstanden sind.

1. Globale Aphasie: bei der globalen Aphasie sind Störungen in allen 4 Modalitäten der Sprache gleichzeitig zu erkennen mit mehr oder weniger starken Störungen im Sprachverständnis, Lesesinnverständnis, in der Sprachproduktion und beim Schreiben.
2. Motorische Aphasie (Broca-Aphasie): hier sind eher die sprachproduktiven Leistungen gestört (Wortfindung, Grammatik)
3. Sensorische Aphasie (Wernicke-Aphasie): Leistungsverlust besonders auf der Wahrnehmungsebene (auditives Wahrnehmen, zentrales Verarbeiten und Verstehen; stark überschießendes Sprechen, z.T. in eigenen Jargons, mit Ersetzungen von Wörtern durch z.T. unpassende Wörter u.a.

[Für eine intensivere Beschäftigung mit der Aphasie ist das Buch von Jürgen Tesak, Einführung in die Aphasiologie, ( 2. Auflage 2006, Thieme Stuttgart) zu empfehlen]

In aphasiologischen Stellungnahmen (Gutachten, sprachtherapeutischen Berichten) finden wir heute zunehmend phänomenologische Beschreibungen vor, so dass im Allgemeinen die Grundstörung Aphasie mit differenzierter Beschreibung der spezifischen Symptome charakterisiert wird, z.B. *Aphasie mit Schwerpunktstörungen im Lesesinnverständnis, Sprachverständnisstörung auf abstrakter Sprachebene usw.*

Die Fachbegriffe Globale Aphasie, Motorische Aphasie (Broca-Aphasie), Sensorische Aphasie (Wernicke-Aphasie) usw. um- und beschreiben den (sprach-) pathologischen Status des Betroffenen auf kurze und „nüchterne“ Weise.

Sie vermögen es jedoch nicht, die vom aphasisch Betroffenen subjektiv empfundene Dimension der Schädigung zu erfassen.

## **2. Einblicke in die psychosozialen, sozial-kommunikativen und persönlichen Folgen des Sprachverlustes.**

### **2.1 Sprachverlust ist kein Schönheitsfehler, Sprachverlust hat existentielle Bedeutung für den Menschen.**

Die Bedeutung des Sprachverlustes für das persönliche Leben und das der Angehörigen, Freunde, Bekannten und Kollegen können wir ermessen, wenn uns bewusst wird, was Sprache für unser individuelles und gesellschaftliches Leben bedeutet.

Sprache ist das Kommunikationsmittel und -system, was wir Menschen in unseren ersten fünf, sechs Lebensjahren über das Hören und Ausprobieren im Umgang mit anderen Menschen erlernen.

Danach erlernen wir das Schriftsprachsysteem.

Mit Hilfe der erlernten Kulturtechniken Lesen, Schreiben, Rechnen und PC- Umgang sowie über das Verstehen von Sprache nehmen wir in der Schule, in der Ausbildung,

im Studium, im Berufsleben zunehmend Teil am Bildungsprozess und an der Sozialisation in der Familie und in der Öffentlichkeit.

Sprache bestimmt die Entwicklung unserer Persönlichkeit.

Unsere persönliche Existenz, so wie sie sich im Augenblick darstellt (sozialer Status, Rolle), wird von der Sprache (z.B. als "Machtinstrument ") determiniert.

Mittels Sprache lernen wir. Wir denken in Sprache. Sprache bestimmt unsere Stellung in der Gesellschaft, Sprache ist meist entscheidend über Erfolg oder Misserfolg.

Sprache dient, wie wir aus eigener Erfahrung wissen, unserem psychischen Gleichgewicht: Wir sprechen Meinungen, Gefühle, eigene Pläne aus.

Sie dient dazu, unserem Ich im sozial-gesellschaftlichen Gefüge Bedeutung zuzuschreiben. Wir können mit ihr gezielten Einfluss auf das Geschehen um uns herum nehmen, z.B. mit Sprache Überzeugungsarbeit leisten, Anweisungen erteilen oder durch humorvolle Erzählungen Situationen erheitern.

Schriftsprache erlaubt uns, in die Welt der Literatur, Wissenschaft und Kultur einzutreten und uns dort zu erbauen.

Sprache prägt uns als Individuum. Individuelle Sprachstile und Kommunikationsweisen charakterisieren uns; Art und Weise unseres Umgangs mit Sprache prägen unsere Kommunikation mit anderen.

*Sprache ist die Voraussetzung für selbstständige Teilhabe, denn nur wer sprachlich kommunizieren kann, kann auch selbstständig teilhaben und handeln (der "mündige" Bürger).*

All das hier über Sprache Gesagte trifft auf jeden Menschen zu und vereint sich in jedem von uns, so auch im Aphasiker.

Die Not des aphasischen Patienten können wir schnell nachvollziehen, wenn wir uns selbst fragen, was wir noch sind, was wir vielleicht werden, wenn uns die eigene Sprache verloren geht.

Was passiert mit unserer Identität und Persönlichkeit ?

Was geschieht in mir, wenn ich mich nicht mehr informieren kann, weil ich nichts mehr verstehe ? Was wird mit mir, wenn ich meine Gedanken nicht mehr mitteilen kann ? usw.

## **2.2 Die ersten Erfahrungen mit dem Sprachverlust nach dem Schlaganfall – der Betroffene**

Das für die meisten Patienten anfangs gravierendste Problem ist die plötzliche Erfahrung, mit seinen Mitmenschen nicht mehr sprechen zu können. Dieses Erleben versetzt ihm einen Schock.

Darüber hinaus erlebt der Schlaganfallpatient in der Akutphase eine fremde, ihm bis dahin völlig ungekannte Eigenwahrnehmung in Bezug auf seine sprachlichen Fähigkeiten und auf seinen (oft) gelähmten Körper.

Mit Entsetzen spürt er plötzlich, wie ihm das Sprechen schwer fällt oder überhaupt nicht gelingt; er versucht, das, was er ausdrücken will, nun wenigstens aufzuschreiben; dabei muss er unter Umständen auch erleben, dass er kaum oder gar nicht mehr schreiben kann.

Ganz schwierig wird es für ihn wie für seine Gesprächspartner, wenn er erkennen muss, dass er die gesprochene Sprache anderer kaum oder nicht mehr verstehen kann. Denn jetzt ist die Kommunikation auf sprachlicher Ebene fast unmöglich geworden.

Völlig irritiert und verunsichert hofft er auf seine schnelle Genesung. Er wünscht sich nichts sehnlicher als schnellstmöglich aus dieser Lage heraus zu kommen. Er möchte in sein bisheriges, gewohntes Leben zurück.

Wenn dann u.U., nach mehreren Wochen und Monaten, keine spürbaren Heilungsfortschritte eintreten, verliert er ggf. den Mut und die Hoffnung auf Besserung. Dann resigniert und verzweifelt er. Pessimistische Grundstimmungen sind die Folge.

### **2.3 Die ersten Erfahrungen mit dem Sprachverlust nach dem Schlaganfall – die Angehörigen**

Die Angehörigen erleben die Andersartigkeit sprachlichen Verhaltens auf ihre Weise: Erschütterung, Mit-Leiden und völlige Ratlosigkeit charakterisieren die ersten Begegnungen. Das plötzlich veränderte Erscheinungsbild des aphasischen Menschen ruft bei ihnen wie bei Freunden und Bekannten Erschrecken, Ängste und Gefühle der Ohnmacht hervor.

Weil sein Verhalten so fremd und schrecklich anders ist, wollen die Angehörigen des Betroffenen wissen, was tatsächlich ist, was da im Augenblick in ihm geschieht, wie es weiter gehen soll, was die Zukunft bringt usw.

Anfangs können die meisten Ärzte nichts prognostisch Sicheres sagen; oft geht es nur darum, das Überleben zu sichern, den Zustand zu stabilisieren und die Heilungschancen durch intensiv-medizinische Maßnahmen zu erhöhen.

Die Angehörigen hoffen selbstverständlich, bald eine positive Prognose zu hören.

Nach einer gewissen Stabilisierung des Betroffenen beginnen dann die therapeutischen bzw. rehabilitativen Aktivitäten; Sprachtherapie wird mehr oder weniger intensiv durchgeführt – wochenlang, monatelang, oft – aus der Perspektive der Angehörigen – mit zu wenig positiver und schneller Verbesserung.

*In dieser Zeit treten massive Zukunfts- und Existenzängste auf, und viele Fragen über das zukünftige Leben mit dem Betroffenen stehen im Raum:*

Kann der Betroffene überhaupt wieder ein selbstständiges Leben führen ?

Wird der Betroffene je wieder arbeiten (können) ?

Wie sieht die finanziell-materielle Zukunft aus ?

Wird man in der lieb-gewonnenen Umgebung wohnen bleiben können ?

Wie wird sich mein Leben als Partner ändern ? usw.

Die Mischung aus Angst und Hoffnung stellt das Leben der Angehörigen auf den Kopf.

In täglichen Besuchen, Ansprachen und Aktivierungen des Betroffenen wachsen viele Angehörige als emotionale Träger und psychische Stützen des Betroffenen über sich hinaus.

Sie geben Zuwendung an den Betroffenen und schaffen eine für diesen positive Atmosphäre des Vertrauens.

Angehörige möchten wissen, wie sich der Betroffene fühlt, wie man ihm helfen kann, sie wünschen sich Anleitungen zum Umgang mit dem Betroffenen.

In dieser Situation, in der Sprechen für den Betroffenen und den Angehörigen so wichtig wäre, herrscht oft nur Schweigen. Der sprachliche Austausch fehlt. Das wichtigste Element in der Beziehung innerhalb der Familie oder des Freundeskreises ist verloren.

Wie das zukünftige, gemeinsame Leben dauerhaft möglich ist, können sich viele in der aktuellen Situation nicht vorstellen.

## **2.4 Weitere Gedanken zur subjektiven Wahrnehmung der Sprachveränderung**

### **2.4.1 Wenn ich meine Sprache nicht mehr gebrauchen kann, dann ist meine selbstständige Teilhabe verloren.**

Wir können ermessen, dass Aphasie

- die Basis für Gedanken- und Informationsaustausche zwischen Menschen, die miteinander und untereinander in Beziehung stehen und miteinander zu tun haben, zerstört und
- darüber hinaus den regelgerechten Gebrauch der Sprache verhindert und so die sprachliche Kommunikation in Form und Gehalt im Zusammenhang mit selbstständiger Teilhabe behindert.

Welchen herausragenden Stellenwert die Fähigkeit des Sprachgebrauchs im Zusammenhang mit selbstständiger Teilhabe hat, wird in folgendem Beispiel deutlich.

Der ab Hals querschnittgelähmte Mensch kann – weil er sprechen kann – trotz seiner motorischen Eingeschränktheit selbstständig teilhaben. Er kann sein Leben initiativ und eigenverantwortlich selbst organisieren und Einfluss nehmen auf das Geschehen mit ihm und um ihn herum. Er kann Einfluss nehmen auf sein Assistenz-Personal, auf deren Dienstpläne, die Einkäufe, auf das Wohn- und Haushaltsmanagement. Das alles ist möglich, weil er Sprachvermögen besitzt.

Für selbstständige Teilhabe am privaten wie am öffentlichen Leben sowie am Arbeitsleben ist die sprachliche Kommunikationsfähigkeit Basis. Besitzt er diese nicht mehr, ist die Selbstständigkeit in der Teilhabe verloren.

Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Problembereich ist die psychische Verarbeitung der Konsequenzen, die sich aus motorischen, sprachlichen und neuropsychischen Funktionsstörungen ergeben.

Bei den meisten hirngeschädigten Betroffenen kann angenommen werden, dass sie Wochen und Monate nach dem Ereignis psychische Krisen durchleben. Sie müssen ungewollt ihre eingeschränkten Fähigkeiten als neue Bedingung zur Kenntnis nehmen und all die gespürten Verluste verarbeiten (Krankheitsverarbeitung).

Der Betroffene beschäftigt sich mit Erwartungen, Hoffnungen und/oder Illusionen hinsichtlich der (Wieder-) Herstellung seiner prämorbid Kommunikationsfähigkeit, die ja bisher und aktuell elementare Basis für seine Lebenssituation war bzw. ist.

Er muss jedoch mit zunehmender Dauer des neuen Status zur Kenntnis nehmen, dass seine unveränderbar erscheinenden Funktionseinschränkungen für seine Zukunft entscheidend sein werden.

Dieser Gedanke schmerzt nicht nur sondern verwirrt ihn auch. Er ist konsterniert auf allen Ebenen, denn diese Vorstellung lässt seine aktuellen Zukunftspläne zerplatzen. Sie zerstört das prämorbid Lebenskonzept.

*Der aphasische Mensch muss auf brutale Weise tagtäglich die neue Realität zur Kenntnis nehmen und den (teilweisen) Ausschluss aus der Sprachgemeinschaft verkraften, der unweigerlich auch einen folgenschweren Verlust sozialer Anerkennung im Privaten sowie im gesellschaftlichen und beruflichen Leben nach sich zieht.*

Nicht nur, dass er z.B. als Berufssprecher (Professor, Kaufmann, Vorstand, usw.) seinen Beruf für lange Zeit nicht ausüben kann und dadurch sein „Ansehen“ und seine sonst täglich erlebte Anerkennung verliert, verschlimmernd ist die Tatsache, dass die anderen vorurteilsgeleitet annehmen, dass er nichts verstehen und somit nicht mehr richtig denken kann und schlussfolgern, dass, weil er seine Gedanken nicht mehr formulieren kann, er intelligenzgemindert sei.

Als Beispiel dafür möchte ich ein Zitat aus einem Buchbeitrag eines Aphasikers anführen. Es schreibt Herr F.: „Oft passiert es mir auch, wenn ich irgendwo anfangen zu sprechen, wo mich die Leute nicht kennen, dass ich gefragt werde: Du Türke ?!“  
(Middeldorf, V. 1999, S.71)

Unsere Fantasie reicht sicherlich nicht aus, um uns die Dimensionen des Leidens aphasischer Menschen in der Frühphase und danach vorstellen zu können.

Er kann in dem aphasischen Status nicht zum Ausdruck bringen, dass er selbstverständlich nicht als teilnahmsloser Zeitgenosse betrachtet und behandelt werden möchte.

Er ist aufgrund der sprachlichen Unzulänglichkeiten nicht in der Lage, sich als verständig, geistig verarbeitend und lebenshungrig darzustellen.

Nun, Fakt ist, dass der aphasisch Betroffene gegen die "gesunden" Regeln der sprachlichen Kommunikation verstößt und dass man irgendwie geneigt ist, ihn aus der sprachlichen Kommunikation auszublenden.

*Warum ist es so schwierig, dem Betroffenen ungehemmt, ohne Vorurteile und Ängste gegenüber zu treten?*

Ich will versuchen, diesen Fragen mit einigen Gedanken zu begegnen.

Ein ganz wichtiger Aspekt ist die emotionale und geistige Verarbeitung des schnellen Wandels des gesamten Erscheinungsbildes des betroffenen Menschen. Schafft man es, sich mit dem neuen Erscheinungs- und Handlungsbild zu arrangieren ?

Der Betroffene zeigt durch sein funktionelles Eingeschränktsein eigenartige, unerwartete und völlig veränderte Verhaltensweisen, die er früher nie gezeigt hat.

Es entsteht schnell, wenn der Betroffene mit seinen verbliebenen Fähigkeiten zu kommunizieren versucht und verärgert, wütend, resigniert, fassungslos, entmutigt, zutiefst traurig die Reaktionen der anderen zur Kenntnis nehmen muss, der Eindruck, dass sich bei ihm eine „Wesensveränderung“ vollzogen habe.

[Ein vielleicht tröstlicher Gedanke an dieser Stelle: Hinter diesem im Erscheinungsbild „veränderten“ Menschen verbirgt sich im allgemeinen noch der „alte“ Charakter. Die Eigenschaften, die man als „innere Werte einer Persönlichkeit“ bei ihm kennt,

sind nach wie vor in ihm vorhanden, können sich z.Zt. jedoch nicht entfalten bzw. ausdrücken.]

Der schnelle „Wandel“ dieses Menschen von einer „anerkannten Persönlichkeit“ zu einem hilfsbedürftigen Zeitgenossen erschüttert nicht nur sein Bild in der Öffentlichkeit sondern zerstört das soziale System seines näheren Umfeldes. Vor einiger Zeit noch lebensaktiv und lebensstüchtig, eine „gestandene“, lebenswürdige Persönlichkeit, mit Intellekt und Esprit, Charme und Witz - heute auf Betreuung angewiesen, das Gesamtbild des Betroffenen entspricht dem eines hilfsbedürftigen Menschen.

Intakte, bis zum Ereignis beständige Beziehungen laufen Gefahr, zugrunde zu gehen, weil gewohnte Interaktionen zwischen Betroffenen und seinen Freunden und Kollegen wegfallen und „Verständigungsprobleme“ ein „normales“ Miteinander verunmöglichen. Das ist anstrengend – für alle Beteiligten.

Alles ist anders, nichts ist mehr wie früher. Damit droht ganz schnell die Basis für bisher beständige Beziehungen zu verschwinden.

Viele „Freunde“ wenden sich ab. Angst vor der plötzlich fremden Andersartigkeit treibt sie davon.

Die „wahren“ Freunde bleiben treu.

#### **2.4.2 Warum geht es nicht weiter ?**

Leider verweilen viele aphasisch Betroffene längere Zeit und / oder auf Dauer in einem und demselben sprachlichen Status.

Aus Sicht der Familie und der Freunde sieht man keine „Heilungs“-Fortschritte (mehr), trotz der ambulanten Sprachtherapie und des großen Engagements der Logopädin / Sprachtherapeutin.

Das kann neben den, durch Schwere und Ausmaß der Hirnschädigung mehr oder weniger beeinträchtigten Lernfähigkeiten auch dadurch begründet sein, dass Ungeduld, Abnahme von Hoffnung auf Verbesserung und Frustrationen zu einer massiven Demotivation beim Betroffenen führen.

Unlust zum therapeutischen Lernen / Arbeiten be- und verhindert Veränderungen durch erforderliche (Lern-) Anstrengung.

Auch bei den Angehörigen beeinflusst das Ausbleiben schneller evidenter Verbesserungen in der sprachlichen Kommunikation nicht selten deren Motivierungsfähigkeit negativ.

Was wir in diesem Zusammenhang aber grundsätzlich mit großer Vorsicht und Skepsis betrachten sollten sind Aussagen wie „er ist therapieresistent“, „er ist austerapiert“.

Diese Etikettierungen qualifizieren den Betroffenen ab. Denn damit bescheinigt man dem Betroffenen, dass er das Ende seiner Leistungsfähigkeit / seiner Rehabilitationspotenziale erreicht habe.

Wer will / kann das beurteilen ? Zumal wenn wir wissen sollten, dass aphasische Menschen – wie alle anderen auch – nur dann erfolgreich lernen und immer weitere Fortschritte machen, wenn Sie motivierende Erfolgserlebnisse haben.

Bekommt der aphasische Mensch diese Gelegenheiten ? Sind die therapeutischen Angebote dem individuellen Anspruch und der Erwartung des Betroffenen entsprechend ? Generieren die therapeutischen Rahmenbedingungen motivierende Erlebnisse ?

Leider kommt die Attestierung des Austherapiertseins nicht selten sogar aus fachlich-„berufenem“ Mund. Die zerschlägt jegliche Hoffnung auf langfristige Besserung des Zustandes – trotz des heute gültigen Wissens, dass – wie bereits erwähnt – das Gehirn plastisch ist und durch Reizsetzungen Neuleistungen erlernen kann.

*Die Aussage des Austherapiertseins ist in vielen Fällen wissenschaftlich unhaltbar. Den Gegenbeweis liefert uns täglich die Therapiewirklichkeit.*

Ein weiterer wesentlicher Ursachenfaktor für „Entwicklungsstillstand“ ist die von Hoffnungslosigkeit getragene Haltung dem Betroffenen gegenüber. Die wird in vielen alltäglichen Handlungen zum Ausdruck gebracht wie durch zu große Vorsicht, Rücksichtnahme und Ängstlichkeit bei Anforderungen, wenig Vertrauen in die Lernfähigkeit usw.

Hoffnungslosigkeit und Resignation in der Umgebung färben letztlich auf das Ich des Betroffenen ab. Spätestens jetzt verliert auch er die Hoffnung. Die sich selbst erfüllende Prophezeiung beginnt zu wirken.

[Aus sozial-psychologischen Studien wissen wir, dass gerade resignativ und destruktiv bestimmte Einstellungen z.B. von Eltern ihren Kindern gegenüber entscheidend negativen Einfluss haben auf deren weitere Entwicklung.]

Ganz andere Reaktionen auf destruktive Äußerungen aus „berufenem“ Mund können bei Angehörigen aber auch beobachtet werden. Diese äußern sich in Eigeninitiative, in einem „trotzigen Kampf“ gegen perspektivlose Sichtweisen.

Viele Partner des Betroffenen wollen es anpacken, wollen es besser machen, richten ihr eigenes Leben an dem Status des Betroffenen aus. Sie verhelfen dem Betroffenen mit den besten Vorsätzen und unter Einsatz eigener Initiativen und Anstrengungen tatsächlich zur Verbesserung der therapeutisch wirksamen Rahmenbedingungen.

Tatsache ist, dass nach erstem langem Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik viele Betroffene zu Hause regelrecht „aufblühen“. Die betreuenden Familienmitglieder beobachten dann oft erstaunliche Veränderungen zum Positiven. Erste deutliche Erfolge geben ihnen in ihrem engagierten und intensiven Tun Recht.

Im Laufe der Zeit jedoch wird in vielen Fällen den Angehörigen zunehmend deutlich, dass es im Prozess der Verbesserung nicht weiter geht.

In diesen Fällen reicht die heimische, wohltuende Atmosphäre als Aktivitätsimpulsgeber nicht mehr aus. Dann braucht der Betroffene dringend sprachtherapeutische „Führung“.

Zu Hause stellen sich neben den therapeutischen Notwendigkeiten bei diesem Thema auch viele unbeantwortete Fragen wie:

Was kann man einem aphasischen Menschen nach Schlaganfall abverlangen?

Wie soll man mit ihm umgehen ? Was braucht er an Therapie ?

Er wirkt doch so schwach, besorgniserregend antriebsgemindert, oft unverständig, inaktiv, unfähig adäquat zu reagieren. Scheint er nur nicht belastbar zu sein ?

Was ist erlaubt – was nicht ? usw.

Wenn diese vielen Fragen nicht beantwortet werden, bleibt Unsicherheit. Und die drückt sich nicht selten aus in einem wirkungslosen, kontraproduktiven Aktionismus in der Familie.

Der „richtige“ Weg muss gefunden werden.

Von fachlicher Seite sollte alles getan werden, um evidenzbasiert Veränderungen zu provozieren.

Wir müssen es schaffen, den Betroffenen so motiviert zu bekommen, dass er aus eigenen Stücken beginnt, sein Lern-Potenzial, seine Intelligenz, seine Willensstärke und sein Engagement konstruktiv in die Therapie-Arbeit einzubringen.

Um das zu erreichen, sollten dem Betroffenen Möglichkeiten und Chancen eröffnet werden, eigene Strategien zu entwickeln, um wiederholt Neues ausprobieren und behalten zu können, Eigeninitiative zu entwickeln und eigene Versuche zu unternehmen, um eigenes Können zu zeigen bzw. auszubauen.

So bekommt der Betroffene tatsächlich Raum, sich zu einem großen Teil aus seiner erstarrten Situation und Lage selbst herauszubewegen und damit zu befreien.

Sicherlich gibt es auch Betroffene, die sich 2 oder 3 Jahre nach dem Schlaganfall mit der mittlerweile gewohnten Lebenssituation abfinden und dieser Situation sogar etwas Positives abgewinnen können. So haben sie sich daran gewöhnt, keine Verantwortung mehr für sich und andere tragen zu müssen. Sie sind befreit von beruflichem Stress und können sich allen unliebsamen Pflichten entziehen.

Viele Betroffene aber leiden stark unter einer überbehütenden Fürsorge durch Familie, Partner oder Freunde. Dabei empfinden sie sich ständig eingeeengt und wie eingesperrt. Sie wehren sich unausgesprochen dagegen, zumal sie sich u.U. nach wie vor als „mündige Bürger“ fühlen und früher doch eigenverantwortlich handelten, ihr eigenes Lebenskonzept und ihre selbstverantwortungsgetragene Berufstätigkeit innehatten.

Sie können sich mit dieser Unfreiheit nicht arrangieren. Sie leiden, jeder reagiert auf seine eigene Art oft auch psychosomatisch, zum Beispiel mit Erkrankungen, die man aufwändig symptomorientiert behandeln muss, was wiederum Sekundärreaktionen hervorrufen kann usw.

Die sich hier entwickelnde Aktions- und Reaktionsspirale entwickelt sich nicht selten zu einem Strudel mit schlecht kontrollierbarer Dynamik.

### **2.4.3 Was kann ich tun ?**

Deshalb empfehle ich allen Familienmitgliedern dringend, sich von fachlich-rehabilitativer und kompetenter Seite intensiv informieren, beraten und auch coachen zu lassen, um mit neuem und sachgemäßen Verhalten der aphasischen Situation besser begegnen zu können.

An die Betroffenen gerichtet appelliere ich, sich auf die eigenen persönlichkeitspezifischen Stärken zu besinnen, die bisher (wieder-) erlernten Fähigkeiten als kostbare Resultate eigener Lernleistungen (unter erschwerten Bedingungen) im alltäglichen Leben initiativ anzuwenden und jede neue Leistung zu würdigen und darauf (stolz) zu sein.

Jeder Betroffene möge stets den einen Gedanken in sich tragen, dass er ein gigantisch großes Rehabilitationspotenzial besitzt, das darauf wartet, permanent aktiviert zu werden.

An die therapeutischen Profis richte ich eine große Bitte: Gehen Sie immer wieder neue Wege, für jeden einzelnen Betroffenen, damit er stets positive Erfolgserlebnisse erfährt. Wir brauchen für die vielen „Entmutigten“ Alternativen zu den bisher gegangenen, weniger wirksamen Wegen.

Der sogenannte „chronische“, langjährige Aphasiker ist lernfähig aufgrund der Plastizität seines Gehirns (Lernfähigkeit aufgrund Neuronenwachstums = Neuronenwachstum durch Lernen).

Das bestätigen u.a. die Therapieergebnisse der Patienten, die im Rahmen von intensiv-sprachtherapeutischen Settings behandelt werden. Die sogenannte 2-Jahres-These entspricht nicht mehr dem Stand der Wissenschaft. Trotzdem grassiert sie heute noch in vielen entscheidenden Köpfen.

### ***3 Möglichkeiten und Chancen, den Sprachverlust erfolgreich zu behandeln und die Situation des aphasisch Betroffenen deutlich zu verbessern.***

#### ***3.1 Sprachtherapie sofort nach dem Ereignis anlaufen lassen - intensiv***

Die neuromedizinische Sofortmaßnahme im Akutkrankenhaus bzw. in einer Stroke Unit ist state of the art.

Bezüglich des Sprachverlustes sollte auch dort schon – wenn es der Zustand des Patienten zulässt – Sprachtherapie möglichst intensiv durchgeführt werden.

Dies gilt auch für die weitere Verweildauer auf der Krankenhausstation.

*Intensität* in der Sprachtherapie ist besonders angeraten, weil sich der Patient in der Spontanremissionsphase befindet, in der er besonders empfänglich ist für Außenreize. Der Betroffene muss sprachlich aktiviert werden - sprachtherapeutisch gezielt.

Die Sprachwahrnehmung, die zentrale Sprachverarbeitung und die exekutiven Funktionen müssen angeregt werden.

Das neuronale System des Patienten will sich regenerieren.

Es nimmt all jene Herausforderungen am ehesten an, die seine sprachlichen „Rest“-Fähigkeiten mobilisieren.

#### ***3.2 Sprachtherapie in der Frührehabilitationsphase***

Remissionsprozesse in motorischen, psychisch-kognitiven und sprachlichen Bereichen verlaufen individuell unterschiedlich intensiv und schnell.

Mit Beginn und während der Frührehabilitation sollte darum eine intensive Aphasietherapie durchgeführt werden, weil die Rehabilitationspotenziale, die in der Spontanremission (bis ca. 6 Monate nach dem Schlaganfall) schlummern, gezielt und effizient rehabilitativ genutzt werden können.

Generell ist zu beobachten, dass körperlich-motorische Einschränkungen wie Halbseitenlähmungen (Rollstuhlfahrer) den Außenstehenden sofort ins Auge stechen. Das führt dann verständlicherweise dazu, dass bei Vielen die Erwartung besteht,

dass der therapeutische Schwerpunkt auf die motorische Rehabilitation gelegt wird. „Raus aus dem Rollstuhl!“ ist oft die Devise.

Sprachverlust fällt dagegen nicht so ins Auge. Sprachverlust ist „still“, weil der Betroffene schweigt.

Das hat m.E. früher in der Rehabilitationslandschaft die Grundhaltung genährt, der Physiotherapie mehr Beachtung zu schenken als der Sprachtherapie. Es kann uns beruhigen, dass man sich in den letzten 10 Jahren zunehmend auch der Sprachrehabilitation zugewandt hat.

Wir können beobachten, dass manche Patienten ohne intensivere sprachtherapeutische Intervention recht bald wieder sprechen können, jedoch u.U. länger zeitig mit bleibender Lähmung leben müssen.

Andere Schlaganfallpatienten dagegen können sich in der Remissionsphase erfreulich schnell wieder mobilisieren, bei der sprachlichen Verbesserung aber nur sehr geringe Fortschritte erleben.

Daher richtet sich das Rehabilitationsprogramm nach Hirnschädigung in modernen Rehabilitationskliniken an den individuellen Defiziten aus.

Diejenigen Betroffenen, die massive sprachliche Auffälligkeiten aufweisen, bedürfen bereits in der Phase der neurologischen Frührehabilitation besonderer, gezielter und intensiver Sprachtherapie.

Das kann je nach fachlicher Ausstattung in der Frührehabilitationseinrichtung oder in einer sprachtherapeutisch-aphasiologischen Spezialeinrichtung erfolgen.

### **3.3 Stationäre, intensive Aphasietherapie**

Besonders gute Bedingungen für Aphasiepatienten bieten sich in stationären Einrichtungen mit intensiver Aphasietherapie. (Zu nennen wären z.B. Aachen, Lindlar oder Vechta).

Wissenschaftlich belegt ist, dass der größte Wirkfaktor für Effizienz in der Aphasietherapie die Intensität ist, d.h., eine hohe Therapiefrequenz ist in der Aphasietherapie entscheidend für ihre Effektivität (vgl. *Pulvermüller und Mitarbeiter 2001; Grötzbach 2004*).

Jüngste Studien bestätigen die Auffassungen, dass auch „massiertes Üben“ sehr wirkungsvoll ist (vgl. „Constraint-Induced Movement Therapy“ von *Taub (1999)*, bei motorischen Beeinträchtigungen erfolgreich angewandt; auch bei aphasischen Sprachstörungen ist „massiertes Üben“ ein leistungssteigerndes didaktisch-methodisches Gestaltungsinstrument.)

Das zeigen u.a. die Therapieerfolge durch die Anwendung der „Constraint-Induced Aphasia Therapy“ (CIAT) (*Meinzer 2004; Pulvermüller et al. 2001; Breunig, V., Kaiser, M., Krüger, St., Müller, M., Schramm, A.; Werner, R. (2007)*), die in Lindlar bereits seit 2007 zum klinischen Therapiealltag gehört (*Breunig, V., Krüger, St., Werner, R. (2009)*).

Starke Lern- und Arbeitsintensität gilt zurzeit als das geeignete methodische Mittel, um das Verhalten selbst chronisch aphasischer Menschen innerhalb überschaubarer Zeiträume deutlich zu verändern.

(Die positive Wirkung von Intensität beschreiben Schomacher et al. 2005 in ihrer Studie zur Evaluation des Trainingsansatzes des intensiven repetitiven Benenntrainings (siehe auch *Breitenstein / Baumgärtner 2003*) bei flüssigen und nichtflüssigen aphasischen Patienten.)

Die 4 – 6 wöchigen Intensivtherapien in unserem Hause erweisen sich besonders für Rehabilitanden, die sich noch in der Remissionsphase befinden als hocheffektiv.

Intensives, fokussiertes Arbeiten mit dem Patienten, didaktisch-methodisches Eingehen auf den Einzelnen, Beachtung der individuell-subjektiven Ziele des Betroffenen und Generierung von Motivation und Zufriedenheit sind paradigmatische Grundlagen unserer Arbeit auf dem Weg zur selbständigen, kommunikativen Teilhabe des Betroffenen.

Intensiv-Therapie in unserem *Logopädisch-interdisziplinären Behandlungs- und Rehabilitationszentrum für Intensivtherapie Lindlar* bedeutet:

Hohe Therapiefrequenz, große Dichte interdisziplinärer Therapien (Logopädie, bei Bedarf in Kombination mit Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie), viel Anregungen zum Selbstlernen (Üben), volle Konzentration auf die Therapie und individuelle Anpassung und persönlichkeits-spezifische Attraktivität der vielseitigen Therapieinhalte und -verfahren.

Angehörige können die Patienten in den Therapien begleiten, sich informieren und fachliche sowie praktische Anregungen im Umgang mit dem aphasisch Betroffenen erhalten. Auf diese Weise können sie co-therapeutisch außerhalb der Therapie, auch zu Hause, zum Lernfortschritt und Lernerfolg beitragen.

Intensivtherapie Lindlar konkret:

Vor Aufnahme der Therapie in unserem Hause erhalten die Patienten ausführliche Informationen (Informationsmappe / telefonisch) zu allen Aspekten der Lindlarer Intensiv-Therapie sowie zur Bewältigung der oft sehr belastenden Hindernisse bis zur Kostenzusage durch die Kostenträger. Therapieeinleitend und –begleitend werden in unserem Hause eingehende Informations- und Beratungsgespräche mit den Betroffenen und den Angehörigen geführt.

Die *Logopädischen Einzelsitzungen* bilden die Basis unserer Intensivtherapie. Sie finden in unserem Haus in der Regel 2 – 3 mal am Tag statt und dauern 45 Minuten.

Das Ziel der Einzeltherapie ist, in relativ kurzer Zeit deutlich verbesserte Fähigkeiten zu erreichen. Dazu hilft uns der hohe Spezialisierungsgrad speziell im Bereich Aphasologie unter unseren 14 Sprachtherapeuten.

Neben der logopädischen Einzeltherapie führen wir auch 45minütige *logopädische 2-Patienten-Sitzungen* mit 2 Patienten und 1 Therapeuten durch. In dieser kommunikativen Dreierbeziehung werden die in den Einzeltherapien erarbeiteten Fähigkeiten jedes Einzelnen aufgegriffen und durch wiederholtes, gemeinsames und alltagsorientiertes Anwenden gefestigt, vertieft und erweitert. Hier werden anwendungsorientierte, auf die Alltagsanforderungen ausgerichtete Trainings durchgeführt.

Täglich findet auch eine *logopädische Gruppensitzung* mit wechselnden Inhalten statt. Alle Gruppen-Inhalte dienen dem besseren Umgang mit Sprache in der „kleinen“ Öffentlichkeit. In der Gruppensitzung findet der Patient Gelegenheit, seine in den Einzeltherapien gewonnenen Fähigkeiten in Gesprächen mit anderen Patienten anzuwenden.

Dabei lernt er auch deren Probleme und ihren Umgang damit kennen. Die täglich einmal stattfindende Gruppe fördert außerdem psychosoziale Stabilisierung, Aufmerksamkeit und Konzentration, das Gedächtnis und alle kognitiven Fähigkeiten sowie die geistige Auseinandersetzung

Das selbstständige Üben und Anwenden neu gelernter Inhalte ist für den Langzeiteffekt der Aphasitherapie unerlässlich. Aufgrund des Wiederholungsprinzips ermöglichen Übungen, die neuen sprachlichen Fähigkeiten zu vertiefen, einzuprägen und zu automatisieren. Gezielte Übungen fördern den Transfer des neuen sprachlichen Könnens in das alltägliche Geschehen.

Unsere logopädischen Übungen finden in unterschiedlichen Formen statt: mit Übungspartner, ohne Übungspartner, ein- oder mehrmals am Tag, mit von der Therapeutin angefertigten Medien. Die PCs in den Apartments und Wohnungen erlauben den Patienten, in ihrer therapiefreien Zeit mit sprachtherapeutisch basierten Übungsprogrammen selbstständig zu lernen.

Die Störungen, die die Aphasie begleiten, werden ergänzend von unseren auf neurologische Therapie spezialisierten Ergotherapeuten und Physiotherapeuten behandelt.

So fügt unser Therapieplan das zusammen, was sich gut ergänzt und zusammenwirkt, was also „zusammen gehört“. Das intensiviert den Therapieerfolg insgesamt.

Dies praktizieren wir als Intensiv-Sprachtherapie seit nunmehr 19 Jahren in rund 5000 Intensiv-Therapien erfolgreich und unterstützen mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln die neuere Entwicklung der wissenschaftlichen Forschung und gesundheitspolitischen Umsetzung eines flächendeckenden Intensiv-Aphasitherapieangebotes.

Als rehabilitativ besonders wirksam hat sich in Lindlar die Form der Intervalltherapie erwiesen. Phasen ambulanter Therapie zu Hause (z.B. 4 Monate) wechseln sich ab mit intensiv-sprachtherapeutischen Phasen in Lindlar (z.B. 4 Wochen).

### **3.4 Ambulante Therapie**

Nach intensivtherapeutischer Intervention gehen die aphasischen Patienten zurück in ihre heimische Umgebung. Dort geht die Therapie in nicht-intensiver Form (mit üblicherweise 1 – 3 Sitzungen pro Woche) weiter.

Durch die regelmäßige Therapie wird das Bewusstsein des Betroffenen für die Fortführung seiner Rehabilitation aufrecht erhalten, der erreichte Status gesichert und erweitert. Der Aphasiker wird stetig angeleitet und motiviert, zu Hause selbstständig weiter zu üben.

Die seit 2004 auch wissenschaftlich bestätigte Erkenntnis (*Grötzbach, H. (2004)*), dass zur Erreichung evidenter Therapieerfolge mindestens 9 Aphasitherapie-Sitzungen pro Woche nötig sind, hat bis heute durch Fehlen des Umdenkens bei Krankenkassen und verordnenden Ärzten im ambulanten Bereich leider noch nicht zu den notwendigen Konsequenzen geführt.

## **4 Zusammenfassung und Fazit**

Es wurde dargestellt, dass der Sprachverlust eine menschliche Tragödie mit ungeahnten Folgen ist – sowohl für den Betroffenen als auch für seine Familie und Freunde.

Auch wenn der unkundige Betrachter an keine Chance auf Besserung für den Betroffenen glaubt, ist durch die richtigen therapeutischen Interventionen nachhaltige Verbesserung zu erwarten.

Dabei ist nicht nur das beobachtbare, objektiv verbesserte Sprachverhalten entscheidend sondern auch das subjektiv-positive Empfinden und Erleben des aphasisch Betroffenen.

(Das im Frühjahr 2010 in Lindlar durchgeführte „Konversationstraining für

Aphasiker“ führte nachweislich zu einer Steigerung von Selbstwertgefühl und -vertrauen sowie Mut zum Sprechen).

Faktoren für eine erfolgreiche Sprachrehabilitation für Aphasiker sind

- ein möglichst sofortiger Beginn von Sprachtherapie nach dem Schlaganfall,
- eine intensive, spezialisierte Aphasitherapie im Anschluss und
- in der Folgezeit eine engagierte ambulante Sprachtherapie – optimal in Kombination mit intensiv-sprachtherapeutischen Phasen und selbstständigem Üben.

## Literatur

- *Barthel, G. (2005): Modellorientierte Sprachtherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie; Dissertation Uni Konstanz*
- *Breitenstein, C. u. Baumgärtner, A. (2003): Intensives repetitives Benenningstraining bei Patienten mit Anomie, Unveröffentlichtes Therapiemanual, aus: M. Schomacher, A. Baumgärtner, B. Winter, Ch. Dobel, S. Knecht, C. Breitenstein (2005): 5. Jahrestagung der GAB, 3.-5.11.2005 /Basel (Handout Beiträge)*
- *Breunig, V., Kaiser, M., Krüger, St., Müller, M., Schramm, A.; Werner, R. (2007); Wie wirksam ist die „CIAT“ im klinischen Alltag? – Eine vergleichende Therapiestudie; Posterausstellung auf der 7. Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und Behandlung, (2007 in Idstein)*
- *Breunig, V., Krüger, St., Werner, R., (2009) CIAT im klinischen Alltag- Ergebnisse und Erfahrungen. Forum Logopädie (6): 20-25*
- *Grötzbach, H. (2004): Zur Effektivität von Aphasitherapie. Neurologie und Rehabilitation 10 (1): 1-5*
- *Jaecks, P., Hielscher-Fastabend M.: Pragmatik und Aphasie. Sprache-Stimme-Gehör 2010; 34: 58-62*
- *Meinzer, M. (2004): Neuropsychologische und Neurophysiologische Aspekte intensiver Sprachtherapie bei chronischer Aphasie. Dissertation, Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie.*
- *Middeldorf, V. (1999): Komm doch aus dem Schweigen“, Ullstein).*
- *Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., Taub, E. (2001): Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke, 32, 1621-1626*
- *Tesak, J. (2006, 2.Aufl.): Einführung in die Aphasie, Thieme Stuttgart*

- *Taub, E., Uswatte, G., Pidikiti, R. (1999): Constraint-induced movement therapy: a new family of techniques with broad application to physical rehabilitation – a clinical review. J. Rehabil. Res. Dev., 36, 237-251.*