

Empfehlungen für aphasisch Betroffene

Erfahrungen aus über 8000 Intensiv-Therapien seit 1991 – von Dr. Volker Middeldorf

Vielen Betroffenen, die einen Schlaganfall oder andere Hirnschädigungen erlitten haben, fällt es schwer, ihre Sprache so zu gebrauchen wie vorher. Sie haben nämlich Probleme, Sprache zu verstehen oder Wörter zu finden. Unter Umständen klappen das Lesen und Schreiben auch nicht mehr so wie früher. In vielen Fällen kommt es „nur“ zu dezenten, recht unauffälligen, in anderen Fällen aber zu sehr dramatischen Erscheinungen, die mit dem Fachbegriff „Aphasie“, auf Deutsch „Sprachverlust“ bezeichnet werden.

Wenn das Großhirn arbeitet [das passiert immer, wenn wir etwas tun], dann schießen durch das neuronale Netzwerk Millionen und Abermillionen von elektrochemischen Nervenimpulsen gleichzeitig zueinander und miteinander. Erst 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. Großhirn-Schädigungen durch Sauerstoffmangel (Schlaganfall, Hirnblutung, u.a.) haben oft zur Folge, dass bestimmte Hirnnerven im Großhirn abgestorben sind und dass sie dadurch ihre Nervenimpuls-Leitungsfunktion unwiederbringlich verloren haben. Hirnnerven wachsen nicht nach. Deshalb zielt Sprachtherapie auf Neuwachstum von Sprach-Nerven in „gesunden“ Arealen (Fazilitieren, Lernen) und auf (Re-) Aktivierung / Befeurung gesund gebliebener, jedoch „schlummernder“ Nervenbahnen (Stimulation).

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 elektrochemischen Impulse mehr durch. Die Impulse bleiben dann am „Loch-Rand“ stecken und erreichen weder ihr Ziel noch die gewohnte Kooperation mit anderen Impulsen. Das Erscheinungsbild dieser neuronalen Störung zeigt sich als Abrufstörung. Wenn es sich um Unterbrechungen in den Sprach-Nerven handelt, dann treten Sprachstörungen auf wie Sprachverständnisstörungen, Sprechstörungen, Schreibstörungen und Lesestörungen, auch sogenannte Blockaden.

Muss man sich mit solchen Funktionsausfällen abfinden ?

Prinzipiell nein.

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

Wohl aber liefern die Neurowissenschaften den Betroffenen eine mutmachende Blickrichtung. Die Neurowissenschaften sprechen von der „Plastizität des Gehirns“ und weisen damit darauf hin, dass das Gehirn zu seinem bestehenden neuronalen Netzwerk neue Nervenfasern hinzuentwickeln kann, also – bildlich gesprochen – auch um das neuronale „Loch“ herum. Das kann im Rahmen intensiver Sprachtherapien beobachtet werden.

Neue Nervenfasern entwickeln sich (nur) durch intensives Lernen.

Das Anliegen einer jeden erfolgsorientierten Sprachtherapie ist die Einleitung und der Ausbau des Wachstums neuer Sprach-Nervenleitungen durch gezieltes, intensives therapeutisches Lernen.

Wir brauchen uns also nicht fatalistisch abzufinden mit unveränderbaren, sprachlichen Funktionsausfällen.

Kann das Gehirn auch nach dem Schlaganfall neue Nervenbahnen entwickeln oder – anders formuliert – noch lernen ?

Ja, auch hirngeschädigte Menschen können lernen.

Studien belegen, dass intensiv-sprachtherapeutische Interventionen bei aphasischen Menschen zu sprachlichen Lernprozessen mit neuen Fähigkeiten führen können. Aphasisch Betroffene besitzen – wie die neurologisch nicht betroffenen Menschen auch – 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 – 40 % der bis 100 Milliarden Hirn- und Nervenzellen in Gebrauch haben.

Das bedeutet andererseits ein Vorhandensein eines Reservepotenzial von 60 bis 70 %. Nehmen wir nun hypothetisch an, das Gehirn des Betroffenen habe durch die Hirnschädigung 10 oder 20 % seines Hirnnervenpotenzials verloren – dann errechnet sich immerhin noch eine Reserve, die unvorstellbar groß ist. Wir können daraus

schließen, dass es sich also immer lohnt, den Kampf gegen das Schweigen / den Sprachverlust intensiv aufzunehmen.

Wann sollte die Aphasie-Therapie beginnen?

Menschen mit Aphasie müssen aus rehabilitativer Sicht nach dem Ereignis so schnell wie möglich logopädisch (sprachtherapeutisch) versorgt werden. Studien belegen, dass die Sprachtherapie während der anfänglichen Spontanremission (bis 6-12 Monate nach dem Ereignis) unbedingt intensiv erfolgen sollte. Das Gehirn soll jetzt durch intensive Sprachtherapie lernen, sich in die „richtige Richtung auszurichten“ und auf diese Weise sein großes Reservepotenzial (Rehabilitationspotenzial) zu mobilisieren. Das Gehirn ist nach dem „Schlag“ in einer Phase der ungezielten Neu-Orientierung (Spontanremission). Es ist offen für Neues, auch für Sprache. Das bedeutet – wenn sprachliche Restitution erreicht werden soll – dass der betroffene Mensch gezielt und intensiv mit sprachlichen Stimuli konfrontiert werden muss. Dabei können anfangs auch Angehörige durch Erzählungen über Vergangenes oder Geschehnisse im Umfeld des Betroffenen helfen.

Gerade in der Spontanremissionsphase, 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 (z.B. aus 28-jähriger intensiv-therapeutischer Erfahrung im Logopädisch-interdisziplinären TherapieZentrum Lindlar) belegen, dass auch bei „chronischer“ Aphasie eine Intensivtherapie mit 3-5 sprachtherapeutischen Sitzungen pro Tag deutlich sprachliche Verbesserungen 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 Aphasitherapie bei Erwachsenen und jüngeren Patienten ?

Das ehrgeizige Ziel der Aphasitherapie ist, dass der Patient Sprache wieder verarbeiten und hervorbringen, seine Gedanken und Gefühle wieder mitteilen und sprachlich-kommunikatives Verhalten und Können zeigen kann. Jeder lernmotivierte Patient kann – auch Jahre nach dem Ereignis – von der intensiven Aphasitherapie sehr

profitieren und seine Aktivität bei der Teilhabe am kommunikativen, sprachlichen Leben deutlich verbessern.

Wie lange dauert eine Aphasietherapie?

Es ist zu beobachten, dass Patienten in intensiven Sprachtherapiephasen, z.B. in 4-wöchigen Therapiephasen mit täglich 4 Sprachtherapien (wie im Logopädischen Zentrum Lindlar), deutliche Entwicklungsschübe erzielen.

Danach schließt sich die Konsolidierungsphase zu Hause an. Diese dauert mehrere Monate. Hier können sich die neuen sprachlichen Leistungen stabilisieren, vertiefen und durchaus weiter entwickeln. Dafür empfiehlt sich ambulante Sprachtherapie kombiniert mit eigenem Üben zu Hause.

Den nächsten Entwicklungsschub zu generieren – dazu bedarf es dann wieder einer weiteren, zielführenden Intensiv-Sprachtherapie und einer anschließenden Konsolidierungsphase zu Hause usw.

Nicht wenige Patienten praktizier(t)en ein solches Intervall-Modell in Lindlar mit gutem Erfolg.

Leider berücksichtigen die meisten Krankenkassen und deren Medizinischen Dienste erkennbar die Tatsache nicht, dass hohe Frequenz der Sitzungszahlen (z.B. 20 logopädische Sitzungen pro Woche) nachweislich schnellere sprachliche Genesung und damit kürzere Krankheitszeiten generiert als die übliche Verschreibungs- und Genehmigungspraxis auf nicht-intensiver Basis mit nur 1-3 Sitzungen pro Woche. Auch darüber gibt es bereits überzeugende Vergleichszahlen.

Weil jeder Schlaganfall bei jedem Patienten ganz individuelle Substanzverluste und funktionelle Störungen in Art und Form, in Schwere und Ausmaß zeigt, stellt sich deshalb das Bild der Funktionsstörungen von Fall zu Fall ganz unterschiedlich dar.

Für den Laien sehen die in Erscheinung tretenden aphasischen Sprachstörungen phänomenologisch recht ähnlich aus. Doch darf das nicht darüber hinwegtäuschen, dass wegen der Individualität einer jeden Hirnschädigung und aufgrund der individuell-psychischen Verfasstheit eines jeden Patienten tiefergehend sehr unterschiedliche Verarbeitungs- und Lernbedingungen vorherrschen. Das Lernen bei den meisten aphasisch-betroffenen Menschen ist aufgrund der veränderten Neuro-Struktur und ihrer aktuellen, psychischen Verfasstheit beobachtbar verlangsamt. Und das wird von den Betroffenen selbst meist als „erschwertes“ Verarbeiten von Informationen beschrieben.

Während der Monate und Jahre nach dem Ereignis entwickeln alle aphasisch Betroffenen ihre eigenen psychischen Verarbeitungsweisen. Jeder Betroffene geht sowohl mit seinem spürbaren Sprachverlust als auch mit der Wahrnehmung der Wiedergewinnung seiner Sprache im Umgang mit sich und seinem Umfeld sehr unterschiedlich um. Man kann deprimiertes Resignieren wie auch tatkräftiges,

hoffnungstragendes Arbeiten beobachten. Wir erkennen in der Intensiv-Sprachtherapie, dass mit zunehmenden Therapieerfolgen aphasische Patienten Lust zur und an der Restitution der Sprache entwickeln. Erfolg in der Sprachtherapie steigert ihre Freude an der Sprache und den Drang, weiter daran zu arbeiten, später wieder sprachlich und kommunikativ kompetent zu sein.

Wie lange also die aphasisch betroffene Person braucht, um zu einer bestimmten Zielleistung zu gelangen, das hängt – wie oben angedeutet – von den funktionalen Bedingungen im Gehirn und von den individuell-psychischen Faktoren beim Patienten und seinem Umfeld ab.

Daneben spielt selbstverständlich auch die Persönlichkeits-Struktur des betroffenen Menschen eine wesentliche Rolle. Wie ausgeprägt ist seine Motivation, sein Wille, sein Ehrgeiz, um seine Sprache zu verbessern? Darüber hinaus hängt die Größe des Zeitrahmens für die „Herstellung“ sprachlicher Fähigkeiten maßgeblich von dem angebotenen Therapieformat ab, was er für sich bzw. seine Familie letztlich für ihn auswählt.

Die Dauer einer Aphasie-Therapie hängt letztlich auch ab von der Qualität der Faktoren, die auf die therapeutischen Lernprozesse einwirken. Da in jedem Einzelfall diese Faktoren auf das therapeutische Lernen unterschiedlich wirken, kann es keine Standardwerte geben, an denen sich die Schätzung einer Therapiedauer orientieren kann.

In der Rückschau auf etwa 8000 Intensiv-Therapien in den vergangenen 28 Jahren in Lindlar ist festzustellen, dass es – wie in allen anderen Sprachstörungsbildern auch – ein limitierendes Kriterium gibt, was die zeitliche Dimension der Aphasie-Therapie maßgeblich beeinflusst:

Das ist die persönliche „Unzufriedenheit“ mit der eigenen sprachlich-kommunikativen Teilhabeproblematik, das ist das persönliche Leiden unter den „aphasischen“ Lebensbedingungen.

Was will die Therapie? Sie will das Erreichen größtmöglicher eigener Zufriedenheit mit der eigenen Sprache als Funktion und als Interaktionswerkzeug. Dieses Globalziel ist im Idealfall erreichbar, wenn wir drei Zufriedenheitskonstituenten beeinflussen,

- erstens unsere *Performanz verbessern* (Sprach- und Sprechfähigkeit und -kompetenz),
- die *Exspektanz beeinflussen* (Erwartung, Vorstellung vom Zielverhalten) und
- eine *stabile Akzeptanz entwickeln* (das Verstehen und Annehmen der aktuellen, neuen Bedingungen).

Wie weit können aphasisch Betroffene kommen?

Über welche sprachlichen Leistungen die aphasisch Betroffenen am Ende einer längeren Therapie-Wegstrecke verfügen werden oder verfügen wollen, das kann am Anfang prognostisch nicht vorhergesagt werden.

Das hängt einerseits stark von ihrem persönlichen Lerneinsatz ab und davon, wie oft, wie lange, wie konzentriert, wie ausdauernd und wie zielorientiert sie lernen. Selbstverständlich hängen ihre Therapie-Resultate maßgeblich von dem gewählten Therapieformat ab.

Wichtig aber ist ein Kriterium: Wenn die aphasisch betroffene Person dahin kommt, dass sie sich mit ihrem aktuell-sprachlichen Können wieder recht zufrieden fühlt, dann sollte ruhig über die Beendigung der Therapie nachgedacht und diese ggf. getroffen werden.

In modernen aphasie-therapeutischen Studien wird das Therapieformat „*Intensiv-Intervall-Therapie*“ als sehr effektives Format der Aphasietherapie empfohlen. Das Logopädisch-interdisziplinäre TherapieZentrum für Intensivtherapie Lindlar verfügt über 28-jährige Erfahrung mit *Intensiv-Intervall-Therapien*. Dabei kombiniert der Patient eine 4-5-wöchige Intensivtherapie-Phase mit der anschließenden, ambulanten Therapiephase zu Hause. Nach 3 – 6 monatiger Übung und Anwendung zu Hause folgt dann eine weitere 4-wöchige Intensiv-Sprachtherapie-Phase usw. Im Januar 2011 wurde im Logopädischen Zentrum für Intensive Therapie Lindlar eine Befragung von 102 zufällig ausgewählten sprach-, sprech- und stimmgestörten ehemaligen Patienten Lindlars durchgeführt. Deren Auswertung ergab, dass die Kombi-Sprachtherapie (Ambulante Therapie zu Hause mit 1-3 Sitzungen pro Woche / Intensiv-Sprachtherapie in Lindlar mit 15 – 20 logopädischen Therapiesitzungen pro Woche) von der überwältigenden Mehrheit von 78 % aller Befragten als *ursächlich bedeutsam bis sehr bedeutsam für ihre aktuelle, verbesserte Alltagskommunikation* beschrieben wurde. (siehe auch unter www.logozentrumlindlar.de / Neuigkeiten)

Die Lindlarer Intensiv-Sprachtherapie stellt seit 1991 in der Bundesrepublik Deutschland das erste und bisher einzige Sprachtherapieformat dar, was auf Basis hoher Therapiefrequenz bei allen Sprachstörungen systematisch angewandt wird und bei allen PatientINNen evidente Therapie-Resultate generiert.

Welche weiteren Faktoren sind in der Aphasie-Therapie erfolgsbeeinflussend ?

Zur Erreichung starker Therapiewirkungen sind neben *Intensität* der Therapie (Sitzungsanzahl pro Woche) und *Therapieformat* (ambulant, intensiv, Intervall-Therapie) auch die entscheidenden individuellen, persönlichkeitspezifischen Faktoren auf Seiten der Betroffenen wie bei den TherapeutINNen. Dazu gehören als entscheidende Erfolgsfaktoren das persönliche *Therapie-Ziel*, der *Ehrgeiz*, der *Wille*, die *Ausdauer* sowie die *Motivation* der betroffenen Person und ihrer Angehörigen – aber auch auf Seiten der TherapeutINNen.

Dazu kommen die tatsächlichen, logopädischen Versorgungsbedingungen im Heimatort sowie die co-therapeutischen Möglichkeiten im persönlichen Umfeld der Betroffenen.

Wir sehen, dass in der Sprachtherapie – analog zum schulischen Unterricht – die Qualität der Therapie abhängig ist vom Grad des Engagements, der partnerschaftlich-empathischen Zuwendung, des individuellen Eingehens der TherapeutInnen / LehrerINNEN auf die persönlichen Zielvorstellungen und individuellen Wünsche der Betroffenen sowie vom Grad der Informations-Klarheit und des Umfangs der Transparenz in der Therapie.

Bei stationären Aufenthalten (z.B. in medizinischen Rehakliniken oder in Lindlar) muss selbstverständlich auch dem Wohlfühl-Aspekt beim Wohnen große Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Denn gute, zufriedenstellende Qualität der therapiebegleitenden Wohn- und Lebenssituation wirkt sich effizienzsteigernd auf das therapeutische Lernen aus.

Einerseits generiert die hardware, die Unterbringungsbedingungen im Einzel- oder Doppelzimmer oder im Apartment oder in einer Wohnung gewisse Wohlfühl-Wirkung.

Andererseits wehren positive „Aufbau-Stimmung“ und eine Atmosphäre des freundlichen Miteinanders belastende Heimwehgefühle ab.

Diese positiven Stimmungsfaktoren beflügeln die Anstrengungsbereitschaft aller sprachlich betroffenen Personen und ihrer Familien.

Informationen zur Intensiv-Sprachtherapie und Beratung erhalten Sie unter:

Logopädisch-interdisziplinäres TherapieZentrum Dr. Middeldorf GmbH, Kamper Str. 17-19, D-51789 Lindlar, Tel. 02266-906-0