

Privates, häusliches Üben in der Aphasie-Therapie

Ist privates, häusliches Üben in der Aphasie-Therapie sinnvoll ?

Zusammenfassung:

Der Autor, selbst ein langjähriger Sprachtherapeut mit intensivtherapeutischer Expertise, beschreibt die momentane Lernsituation der aphasisch Betroffenen in der ambulanten, nicht intensiven Aphasie-Therapie. Er kommt zu dem Schluss, dass diverse Faktoren ursächlich sind für die nicht zufriedenstellende Effektivität der Aphasietherapie. Neben dem Vergessen seitens der PatientINNen sieht er als Hauptursache dieses Dilemmas die unzureichende Lern-Intensität in nur 1 bis 2 wöchentlichen Sitzungen. Der Autor gibt einen kritischen Einblick in die aktuelle, strukturelle Beschaffenheit des Aphasietherapie-Systems und kommt zu dem Schluss, dass die therapeutische Evidenz entscheidend verbessert werden kann durch mehr therapeutisch-orientierte Eigenaktivität der aphasisch Betroffenen. Mit diesem Artikel will der Autor einen Beitrag liefern für die Einführung notwendiger Innovationen in der Aphasietherapie. Er tritt entschieden ein für [zusätzliches häusliches Üben](#) in der Aphasie-Therapie und gibt dem Leser konkrete Vorschläge für eigenes, geordnetes Üben an die Hand.

Einleitung

Aphasische PatientINNen hören oft von uns Therapeutinnen und Therapeuten: „Und das üben Sie bitte zu Hause bis zur nächsten Sitzung.“

Das sagt sich schnell und leicht. Das ist von uns zwar wohl gemeint, aber letztlich ist das eine wirkungslose Aufforderung an die PatientINNen, weil sie in der Mehrzahl zum selbstständigen Üben gar nicht in der Lage sind.

Warum sprechen wir dann diese Empfehlung am Ende einer Therapiesitzung trotzdem aus ?

Wahrscheinlich, um damit unserer Meinung Ausdruck zu verleihen, dass das *Behalten und Vertiefen* des Gelernten durch *Üben* unerlässlich sei.

Dabei setzen wir aber unterschwellig voraus, dass jemand anderes zu Hause ist, der mit der aphasischen Person übt und – dass diese Übungsperson weiß, was und wozu sie mit der aphasischen Person üben soll.

Diese Annahme ist jedoch grundsätzlich falsch. Die Erfahrung lehrt, dass nur die wenigsten Angehörigen dazu kompetent sind.

Die Hoffnung, dass sich die PatientINNen und ihre Angehörigen der meist zwischen Tür und Angel formulierten Hausaufgabenstellung zu Hause konzentriert annehmen und diese sachkundig lösen, bleibt also in den meisten Fällen unerfüllt.

Die Hausaufgabenstellung ist zwar gut gemeint und hat appellativen Charakter. Doch sie zeigt auch eine Schattenseite. Sie führt nicht selten zu Verunsicherungen auf Patientenseite, aufgrund von Unkenntnis, was das logopädische *Üben* anbelangt.

Sie kann auch im Fall des Nicht-Befolgens der Hausaufgabenstellung bei Patient und Partner zu einem schlechten Gewissen der Therapeutin aber auch sich selbst gegenüber führen.

Was sollte also geschehen ?

1. Ein Plädoyer für Intensität in der Aphasie-Therapie

Um eine Antwort auf diese Frage zu bekommen, stelle ich mir die übergeordnete Frage: Was ist eigentlich das Anliegen der Aphasitherapie ? Diese Frage sollte man sich als Betroffene/r und als Partner/in beantworten lassen. Denn, wenn ich als Betroffene/r mitdenken soll, dann muss ich genau wissen, was die Aphasie-Therapie ermöglicht und anzielt.

Die PatientINNen brauchen also verständliche und differenzierte Informationen.

In der Aphasitherapie geht es neuropädagogisch formuliert darum, den erlittenen Hirn-Nerven-Verlust, und damit den Funktionsverlust dadurch auszugleichen, dass an einem *Neu-Aufbau neuronaler Strukturen für die Sprachverarbeitung und Sprachproduktion gearbeitet* wird. Neue Sprachnerven sollen wachsen. Damit einhergehend soll ein Ersatz für die verlorenen Sprachfunktionen geschaffen werden.

Das Wachsen von Sprachnerven erreichen wir durch Lernen.

Neuwachstum von Sprach-Nerven erfordert von den PatientINNen nicht nur intensive Lernarbeit zusammen mit der Logopädin in der Therapiesitzung. Das erfolgreiche therapeutische Lernen kann mit voller Konzentration und konzentriertem Einsatz aller Aufmerksamkeit auch zu Hause stattfinden – über längere Zeiträume.

Die *Wiederherstellung (Restitution)* der Sprache ist ein Riesenprojekt. Gewaltig groß. Manche sagen, das sein nicht zu bewältigen. Andere sagen: Wer nicht versucht, hat schon verloren.

Meine Erfahrungen sagen, dass deutlich starke *Lernintensität* meist zu zufriedenstellenden Ergebnissen führt. In gezielten Lernsequenzen werden bestimmte Sprach- und Handlungsfunktionen oft wiederholt und „trainingsmäßig“ ausgeführt. Sie werden immer wieder gespeichert und ebenso oft abgerufen.

Ich empfehle, diese systematisch aufgebauten Wiederholungen der sprachlichen Handlungsabläufe unter Supervision der Logopädin durchzuführen.

Das repetitiv ansetzende Training vertieft die erarbeiteten, neu gelernten sprachlichen Handlungsabläufe mit dem Ziel, sie in „Fleisch und Blut“ übergehen zu lassen und sie für die alltägliche Kommunikation bereit zu stellen.

Dass das viel Geduld, Energie und Einsatzwillen bei den Betroffenen erfordert, ist nachvollziehbar und selbstverständlich. Deshalb brauchen die Übenden Bestärkung durch anerkennende Rückmeldungen (positive Verstärkungen).

Das therapeutische Globalziel: *Die aktive und zufriedenstellende kommunikative Teilhabe im Privaten und in der Gesellschaft* ist nur mit größtmöglicher Therapie-Intensität erreichbar.

Bei der momentan üblichen nicht-intensiven Therapiefrequenz von 1 – 2 Sitzungen pro Woche jedoch bleibt das Ziel der PatientINNen unerreichbar. Diese Minimal-Menge an Wochensitzungen reicht keinesfalls.

Die Grundlagenforschung der letzten 12 Jahre hat viele Forschungsergebnisse und wissenschaftlich begründete Forderungen zu Tage gebracht. Die bestätigen und belegen, dass eine erheblich größere Häufigkeit an Therapiesitzungen (ideal sind wöchentlich 10 und mehr) gegenüber den momentan üblichen Kontingenzahlen (von wöchentlich 1-2 Sitzungen) eine deutlich größere Therapiewirkung zur Folge hat.

Die Zusage der Krankenkassen für die Finanzierung einer intensivierten Aphasietherapie mit höherer Sitzungsfrequenz (Intensiv-Therapie) zu erreichen war bisher ein mühsames Unterfangen und wird vermutlich auch zukünftig politisch nur schwer durch- und umsetzbar sein.

Doch, nicht das Wohl der Krankenkassen sollte unser Interesse leiten. Für uns steht ausschließlich das Wohlergehen unserer aphasischen PatientINNen im Vordergrund.

Wir stecken in einem Dilemma. Einerseits erwartet die Öffentlichkeit, ganz besonders unsere aphasischen PatientINNen, mit Recht, dass unsere Aphasie-Therapie wirkungsvoll ist – andererseits wissen wir, dass wir unter den momentan existierenden, strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. die Heilmittelrichtlinien; 1-2 Sitzungen pro Woche) diese Erwartungen nicht erfüllen können – obwohl es möglich wäre.

Ich beklage eine vehemente, therapeutisch-strukturelle Unterversorgung der meisten aphasisch Betroffenen und eine falsch ausgerichtete Verteilung der therapeutischen Ressourcen.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma sehe ich in dem Lernformat des systematischen Übens zu Hause, d.h. in einem über die professionelle Sprachtherapie hinausgehenden, oftmaligen Wiederholen des in der Therapie Gelernten.

Erfahrungsgemäß setzt das neue Kräfte in den aphasisch betroffenen Menschen frei, würde die Krankenkassen kaum mehr Geld kosten, würde die Rehabilitationsprozesse

zielgenauer planbar machen und diese durch gesteigerte therapeutisch-orientierte Aktivitäten zu Hause beschleunigen.

Das heimische Übung als Ad-on zur professionellen Sprachtherapie – das würde die therapeutische Lücke schließen. Zusätzliche Lernzuwächse wären zu erwarten. Die emanzipierende Wirkung des Eigen-Übens würde positiv Einfluss nehmen auf die aphasische Person und damit auf den gesamten Therapie- und Rehabilitationsprozess.

2. Seit Jahrzehnten besteht Knappheit an wöchentlichen Therapie-Sitzungen mit nachweislich kontraproduktivem und teurem Negativ-Effekt

Seit 26 Jahren bin ich in der Intensiv-Aphasietherapie Lindlar tätig.

Unsere hauseigenen praktischen und mutmachenden Erfahrungen durch intensiv-aphasietherapeutische Interventionen entsprechen den Grundlagenforschungsergebnissen.

Ein Patient hat den momentanen Zustand aus seiner Sicht etwa so beschrieben: „Mein Arzt würde ja gern viel mehr verschreiben, aber die Heilmittelrichtlinien und der medizinische Abwehrdienst halten ihn davon ab. Der drohende Regress, Sie wissen schon.“

Ich bedaure, dieses Verschreibungsverhalten vieler Hausärzte zutiefst ablehnen zu müssen. Die aktuelle Verschreibungstendenz Richtung Minimal-Zufriedenstellung der aphasisch Betroffenen trotz Minimal-Verordnungen scheint Ausdruck zu sein einer wohlfeilen Anpassung an die kassenärztlichen und heilmittel-orientierten Budget-Vorgaben und an die versicherungstechnischen Maßgaben einer sogenannten Wirtschaftlichkeits-Illusion.

Dieses Verschreibungsverhalten führt in erschreckendem Ausmaß beim aphasisch betroffenen Menschen und bei seinem mitbetroffenen Umfeld letztlich dazu, dass das erlittene, schreckliche Sprach-Verlust-Trauma für die meisten Betroffenen zu einem bleibenden, nicht enden wollenden Leidens-Zustand zu werden droht – denn bei der verbreiteten Minimalversorgung sind signifikante Entwicklungen in der Restitution der Sprache bei Aphasie nicht zu erwarten. Verbesserungserlebnisse, die Perspektiven der Verbesserung des sprachlichen Status aufzuheben können, bleiben leider aus.

Was nicht-intensive Aphasietherapie mit wöchentlich nur 1-2 Sitzungen leisten kann ist, im Wesentlichen den erreichten Stuserhalt zu erhalten bzw. zu sichern.

Für signifikante Verbesserungen bedarf es intensiv-therapeutischer Therapieformate mit Sitzungsfrequenzen von 10 – 20. Übrigens: Jede aphasische Person kann, wenn sie nicht auf die Kostenzusage der Kasse zu warten bereit ist, als Selbstzahler Aphasie-Therapiesitzungen in Anspruch nehmen. Jede Logopädische Praxis führt auch Privatbehandlungen auf Privatrezept durch, was auf Bitten vom Arzt des Vertrauens (Hausarzt, Neurologe) gegen Gebühr ausgestellt wird.

Die meisten Krankenkassen und Medizinischen Dienste müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, kein Interesse an der wahren Wirksamkeit der Aphasietherapie zu zeigen, keinen Kriterienkatalog zur Beurteilung der Qualität von durchgeführten Maßnahmen zu haben und auf Qualitätskontrollen vor Ort gänzlich zu verzichten.

Die Kassen können keine sachgerechte Beurteilung der Therapieeffizienz vornehmen, sie können auch keine kompetente Beratung bei ihren Mitgliedern hinsichtlich erfolgreicher Aphasietherapie durchführen.

Therapiekritische, aber konstruktive Vorschläge, die wir in vielen Gesprächen den Kassen unterbreitet haben, perlen bei den Kassen-Adressaten ab.

Die Forderungen hinsichtlich Therapiefrequenzerhöhungen werden schon lange publiziert. Die wenigsten Kostenträger scheinen diese Forschungsergebnisse zu kennen.

Wir empfehlen seit 26 Jahren, wegen der objektivierbaren, eindeutig positiven Intensiv-Ergebnisse, in die ambulante Therapiephase intervallmäßig Intensiv-Aphasietherapien zu integrieren.

3. Kann Aphasie-Therapie wirtschaftlich sinnvoll sein ?

Wirtschaftlichkeitsdenken sollte klüger sein als das *Kostenminimierungsdiktat*.

Auch für die Kassen gilt es, auf der Ausgabenseite die Kosten auf ein Minimum zu bringen. Das glauben sie – so habe ich den Eindruck – im Falle der Aphasietherapie dadurch zu erreichen, dass die wöchentlichen Anzahlen der Therapiesitzungen auf ein Mindestmaß gedeckelt werden.

Der MDK lehnt intensive Aphasietherapie gern mit dem Verweis auf die *Wirtschaftlichkeit* ab. Hier wird *Kostenminimierung* unter rein quantitativen Aspekten gesehen und jedes Mehr an Sitzungen als wirtschaftlich unsinnig betrachtet. Das aber nicht-intensive Aphasietherapie ein Fass ohne Boden darstellt, darüber wird hinweg geschaut.

Die Minimalisierung von rezeptierten, aphasietherapeutischen Sitzungszahlen führt letztlich zur Wertlosigkeit einer jeden einzelnen aphasietherapeutisch-sprachrestituierenden Sitzung. Das Gesamtprojekt wird unwirksam.

Bei der Realisierung des Prinzips Wirtschaftlichkeit durch Reduktion wird in der Aphasie-Therapie letztlich genau das Gegenteil erreicht. Vielmehr sollte die Restitution von Sprache intelligent geplant werden. Dazu gibt es schon recht konkrete Ideen.

Außer Zweifel steht fachlich fest, dass Aphasietherapie aus ihrem wirkungslosen Dämmerzustand nur durch eine drastische Erhöhung der Wochensitzungszahlen herausgeholt werden kann. Dann würde sie im Durchschnitt deutlich effizienter und somit wirtschaftlicher.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie spricht vom 10 – Fachen der heutigen Wochenfrequenz als das Notwendige, was in der Aphasietherapie zur Restitution der Sprache geboten werden sollte.

Kein Mensch würde aus eigener Tasche für ein unwirksames Heilmittel rund 40 Euro pro Sitzung zahlen. Aber die Kassen bezahlen, “wenn sie rezeptiert sind”, brav für 1 oder 2 unwirksame aphasietherapeutische Sitzungen pro Woche. Das geschieht flächendeckend. Die Rezepte über wöchentlich 1-2 Sitzungen werden bundesweit ausgestellt. Die Abarbeitung erfolgt durch die LogopädINNen, die Kasse zahlt – für *unwirksame* “Heilmittel” !

Seit zig Jahren läuft das so. Sie bezahlen für diese wirkungslosen Sitzungen Monat für Monat Hunderttausende von Euro und Jahr für Jahr Millionenbeträge *für unwirksame, sprachtherapeutische Restitutionsmaßnahmen*. Dieser teure Unsinn befeuert bereits seit Jahren die Geldverbrennungsmaschinerie.

Für die Betroffenen ist es am unverständlichsten. Man muss sprachlos den Kopf schütteln und sagen: “Was für ein verrückter Zustand herrscht da in der aphasietherapeutischen Landschaft, den die Gesundheitspolitiker, die zuständigen Krankenkassen, die Medizinischen Dienste und die Ärzteschaft verantworten !“

4. Ist Aphasie im Heilmittelkatalog als Sprachstörung noch sachgerecht untergebracht ?

Aufgrund der gewaltigen Komplexität der Aphasie ist der Sprachverlust aufgrund neuronaler Substanz im Kanon aller Sprachstörungen als Sonderfall zu betrachten.

Im Vergleich mit allen funktionellen Sprachstörungen ist Aphasie als die vielschichtigste, komplexeste und neuropsychisch belastete Sprachkrankheit einzustufen, die aufgrund ihrer neurogenen Spezifität überproportional mehr an Lern- und Interventionsintensität erfordert als alle anderen Sprachstörungen.

Aufgrund ihrer Besonderheit erweist sich ihre Platzierung im Heilmittelkatalog neben anderen funktionellen und neurologisch bedingten Sprachstörungen als falsch.

Aphasietherapie braucht aufgrund der neuropathologischen Bedingungen und der Losgelöstheit von medizinischen Interventionen dringend einer restitutionsorientierten Neubetrachtung des therapeutischen Lernens. Es bedarf insofern neuer Zuordnungen von alternativen, richtlinienrelevanten, didaktischen und methodischen Vorgaben.

Dabei müssen dringend die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Grundlagenforschung sowie therapiepraktische Erfahrungen aus den vergangenen 15 Jahren wegweisend sein.

5. Was passiert im Gehirn durch Aphasie-Therapie ?

Die Aphasie (*Sprachverlust*, Verluste der Sprachverständnis-, Lese-, Sprech- und/oder Schreibfähigkeiten) tritt nach Hirnschädigungen auf. Die entstehen durch

Schlaganfälle, hypoxische Hirnschäden, Schädelhirntraumata und / oder durch andere Umstände, die zum Absterben von Hirnnerven durch Sauerstoffmangel führen.

In der Aphasietherapie werden einerseits unzerstörte, gesunde Sprach-Hirnnerven zur Sprachverarbeitung stimuliert und aktiviert, und andererseits ist das Wachstum von „sprachlichen“ Neuronen (Nervenleitungen) erforderlich.

Wachstum von Nervenbahnen resultiert aus Lernen. Sprach-Nervenzellen wachsen durch Lernen sprachlicher Funktionen. Wenn Sprachnerven absterben, dann hat das sprachliche Ausfälle zur Folge. Nicht mehr abrufbare, verloren gegangene Sprachfunktionen regenerieren sich nicht mehr. Sie sind mit den entsprechenden Nervenbahnen gestorben. Die abgestorbenen Funktionen lassen sich aber durch neu gelernte Funktionen ersetzen. Das geschieht dergestalt, dass die aphasisch Betroffenen in gesunden Hirnarealen mittels intensiven und gezielten Lernens Ersatz-Funktionen aufbauen.

Indem wir genau *die Sprachfunktionen* neu lernen und trainieren, wachsen genau die dafür zuständigen Sprach-Nerven neu.

Da Nervenzellen im Vergleich zu anderen Zellen im Körper sehr langsam wachsen, braucht es viel mehr Zeit als wir annehmen.

Die Schnelligkeit des Wachstums der Sprach-Nervenzellen ist immer abhängig von der Lernintensität und der Lernart.

Wenn wir Empfehlungen zur Frequenzfrage abgeben sollen, dann bewegen wir uns zwischen 10 und 20 wöchentlichen Sitzungen.

Therapieeffektivität hängt einerseits ab von der Häufigkeit wöchentlicher Aphasietherapie-Sitzungen mit einer hohen Anzahl von *Lernaktionen*.

Der *therapeutische Lerneffekt*, d.h. die beobachtbare, positive Verhaltensänderung der betroffenen Person nach einer gewissen Zeit des gezielten Lernens wird mehr oder weniger deutlich. Im Laufe der Therapiewochen und –monate werden die Wirkungen der ausgewählten Vorgehensweisen sicht- und hörbar.

Die Summe der Lerneffekte bildet die spezielle Qualität der Aphasie-Therapie mit einer aphasischen Person ab.

Die Lerneffektivität steigern lernfördernde Einsätze sogenannter evidenzbasierter, aphasietherapeutischer Inhalte (Methoden, Lernmedien). Darüber hinaus ist generell darauf Wert zu legen – und auch dringlichst zu empfehlen –, dass die PatientINNen kognitiv und handlungsbezogen die Therapie-Lerninhalte verarbeiten und umsetzen und die Arbeits-Intention verstehen (Organisation des Selbst-Lernens).

Das führt letztlich auf Seiten der PatientINNen zu mehr motivierter Lern-Eigeninitiative und zu sensiblerem und intensiverem Erfolgsempfinden.

6. Können wir durch Veränderungen in der praktischen Aphasie-Therapie für unsere PatientINNen etwas Positives bewirken ?

Nun, die nähere Betrachtung der momentanen Aphasietherapie-Problematik deckt deutlich die heute existierenden Schwachstellen in der Gesundheitspolitik, bei den Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und in der Ärzteschaft auf.

Praktische Veränderungen in der momentanen Struktur der Aphasietherapie sind von Seiten dieser Institutionen in absehbarer Zeit wohl kaum zu erwarten.

Was können wir tun, wenn wir keine strukturelle Veränderung von staatlicher Seite erwarten, wir aber sehen, dass in der Intensivierung des aphasietherapeutischen Lernens für alle aphasisch Betroffenen enormes rehabilitatives Potenzial steckt ?

Wir können unsere Denkrichtung ändern. Damit meine ich, dass wir das Lernen in *Eigenregie* fokussieren sollten.

Dazu möchte ich eine Möglichkeit darstellen.

Die aphasisch Betroffenen kennen aus eigener Erfahrung das leidige Vergessen, gegen das wir schon in der Schule, in Ausbildung und Studium, vor und in den Prüfungen gekämpft haben, das wir aber jetzt in der Aphasietherapie in besonderem Maße vorfinden.

Leider gilt bei aphasisch Betroffenen die allgemeine Auffassung der Hirnforschung nur eingeschränkt, dass das Vergessen ein positiver Prozess sei, der dem Großhirn erlaubt, sich von Unbrauchbarem zu trennen, um Neues besser verarbeiten und speichern zu können.

Bei Hirn-Geschädigten ist das Vergessen ein Problem. Es ist im Wesentlichen der neuen Situation des geschädigten Gehirns geschuldet. Das Vergessen resultiert aus den neuronalen Verlusten und aus den Schwierigkeiten, die sich durch die Leistungsverluste in den neuropsychischen Funktionen ergeben. Schwächen bei der Konzentrationsfähigkeit, dem Gedächtnis, der Aufmerksamkeit etc. wirken sich negativ beim *Behalten* aus. Wer nicht behält, der vergisst.

Lernen und Behalten fallen den aphasisch Betroffenen erheblich schwerer als früher.

Eine therapeutische Kernaussage lautet: Schaffen wir therapeutisch solche Lernbedingungen, die dem Vergessen stärker und effektiver entgegen wirken und dem besseren Behalten Vorschub leisten.

Weil die Speicher- und Behaltensleistungen jetzt nicht mehr so stark sind wie prämorbid, müssen die in der sprachtherapeutischen Sitzung kennen gelernten Informationen und sprachlichen Handlungen systematisch wiederholt und vertieft werden. Geschieht das nicht, gehen sie bereits kurz danach verloren.

In den 1 – 2 x wöchentlich stattfindenden Sitzungen fehlt meist die nötige therapeutische Zeit, um lernpsychologisch sinnvoll während des Lernens neuer sprachlicher Funktionen Lerninhalte zu vertiefen und Anwendungsübungen zur besseren Speicherung durchzuführen.

Das wäre aber notwendig, um das Behalten (Memorieren) zu stabilisieren und auch um dem Vergessen Einhalt zu gebieten.

Das Bisschen, was sich in der nicht-intensiven Therapie positiv verändert, reicht aber bei weitem nicht aus, um als wichtiger Schritt zu gelten in Richtung Restitution der Sprache mit einem Sprechen-Können in der Gemeinschaft.

Alle Beteiligten – die Betroffenen, die Familienmitglieder, die Freunde – spüren deutlich, dass die aphasisch Betroffenen noch meilenweit vom Ziel entfernt sind.

Viele von ihnen sind niedergeschlagen, verzweifelt, wütend, andere geben nicht auf und wollen trainieren und ehrgeizig weiter üben, um genau auf diese alternativlose Weise ihr Ziel irgendwann zu erreichen.

Deutliche Entwicklungen sind bei der üblichen Minimal-Sitzungszahl pro Woche nicht zu erreichen.

Was wir aber im Kleinen tun können ist, die Betroffenen mit *anderen Mitteln* vor dem „Versagen“, vor negativen Erfahrungen wie „Null- oder sogar Minus-Wachstum“ zu bewahren und sie kleine und größere Erfolg erleben zu lassen.

7. Eigenes Üben – Vergessen unterbinden und Neulernen intensivieren

Für viele ist es kaum vorstellbar, es ist aber so: Wir beobachten in der Intensiv-Therapie, dass alle Patienten nach den ersten, erfolgreichen Lernschritten während der ersten 5-wöchigen Intensiv-Phase bestrebt sind, nach einigen Monaten eine weitere Intensiv-Aphasietherapie durchzuführen und weitere Entwicklungssprünge zu erleben.

Während der Intensiv-Phasen beschleunigen sich die sprachlichen Lernprozesse. Während der Konsolidierungsphasen zu Hause verankern sich in der ambulanten Therapie bei der Logopädin die neu erlernten Sprachfunktionen und das neue Sprachhandeln.

Für zu Hause wird von uns angeraten, das neue sprachliche Können im kommunikativen Alltag so oft wie möglich anzuwenden, damit es in der alltäglichen Kommunikation zur „Selbstverständlichkeit“ werden kann. Dabei berät die Logopädin.

Intensiv-Patienten erfahren konkret am eigenen Körper, was uns die Neurobiologie Anfang der 1990er Jahre an Erkenntnis mitgeteilt hat: Das Gehirn ist plastisch, es ist lernfähig.

Jeder Mensch ist lernfähig ! Auch der hirngeschädigte Mensch.

Weil dem so ist, und weil die ambulanten therapeutischen Angebote andererseits nicht in der gewünschten Geschwindigkeit zum Ziel führen, muss man den aphasisch Betroffenen und ihrem Umfeld auch außerhalb der professionellen Aphasie-Therapie, also zu Hause, lerntechnische Möglichkeiten eröffnen, um mehr lernen zu können und um zu verhindern, dass sie das Gelernte schnell wieder vergessen.

8. Wieviel darf man dem aphasischen Menschen abverlangen ?

Zahlreiche Studien zeigen, dass wir dem aphasischen, aber plastischen Gehirn sehr viel mehr Arbeit zumuten können als die staatlich verordnete Therapiemenge es ermöglicht.

Viele PatientINNen glauben, dass sie sprachlich gar nichts mehr können. Diese Betroffenen müssen wir darüber aufklären, dass sie sehr wohl (noch) sprachliche Kompetenzen besitzen, die sie aufgrund des neuronalen Lochs nur nicht zum Ausdruck bringen können. Weiter ist der Gedanke wichtig, dass es gilt, intensiv die in den gesunden Hirnbereichen angesiedelte Sprach-Kompetenzen zu mobilisieren und zu motivieren, diese zum Ausdruck zu bringen.

Durch viel Therapie und noch mehr Übung müssen die neu gelernten sprachlichen Fähigkeiten gefestigt und in den „Alt“-Bestand des sprachlichen System integriert werden.

Voraussetzung dafür ist, dass wir die bisherigen gewohnten Wege verlassen und neue Maßnahmen ergreifen. Wir sollten den Mut haben, die aphasisch Betroffenen aufzufordern, *in ihrer Freizeit logopädisch zu üben.*

Für sinnvolles Üben gibt die Logopädin den Betroffenen und den Partnern richtungsweisende Beratung, Übungsmaterialien und Verhaltenstipps.

Wie bereits besprochen: Das oftmalige und konsequent-regelmäßige Üben hat wiederholende und damit vertiefende, einprägende Funktion. Je öfter die Anwendung des neu Gelernten in der Übung erfolgt, desto besser wachsen die für die neue Sprachfunktion notwendigen „Sprach-Nervenbahnen“. Die Übenden spüren aufgrund des hochfrequenten Übungshandelns im Laufe weniger Wochen bereits Veränderungseffekte, die ihrerseits die Übenden für ihr „neues“ sprachliche Erleben sensibilisieren und ihr mentales, psychisches und emotionales System sowie ihr Selbstbewusstsein positiv beeinflussen.

Mit dem wiederholenden, übenden “Über-Lernen” wächst das Erleben von größerer Sicherheit im zu übenden Sprach-Handeln.

Und das wirkt stark motivierend, der Wunsch nach weiterem ergebnisorientierten Lernen wächst, das Streben nach rehabilitativen Erlebnissen steigert sich.

Durch langjährige Beobachtungen können wir feststellen, dass die meisten aphasisch Betroffenen, die diese positive Entwicklung durchleben, sich weiterhin engagiert

anstrengen. Sie wollen „wieder sprechen können“. Sie wollen dahin kommen. Sie wollen üben und brauchen deshalb sprache-stimulierende Übungs-Inhalte.

Welche und wie viele ? Erwachsene aphasisch Betroffene sollen selbst entscheiden dürfen, mit welchem Medium sie üben wollen.

Sie sollen auch selbst bestimmen können, wie lang sie über 15 Minuten hinaus durchhalten wollen. Wenn sie ihre Kapazitätsgrenze überschreiten, spüren sie es. Sie werden müde.

9. Was muss verändert werden ?

Die Wirkungslosigkeit der Aphasie-Therapie ist einer bestimmten Faktoren-Gemengelage geschuldet:

1. Es gibt viel zu wenig Sitzungen in der Aphasietherapie für individuelles, evidentes Lernen,
2. Es fehlt eine Kultur des logopädisch-geordneten Übens zu Hause
3. Es fehlt die systematische Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Therapie.

Wegen des Mangels an Therapie-Sitzungen sollten wir dafür sorgen, dass ein Üben zu Hause das *Vergessen* stoppt und die sprachlichen Fähigkeiten durch Wiederholungs-Handeln absichert und vertieft. Dazu muss allerdings das *Üben geordnet, systematisch und kontinuierlich* verlaufen.

Eine *Kultur des logopädisch-geordneten Übens zu Hause* ist recht bald geschaffen. Man muss das Üben nur einige Tage lang erfolgreich durchhalten.

Die im *sozialen Umfeld* der Betroffenen lebenden Menschen müssen zu *Mitspielern des gesamten Geschehens* gemacht werden. Sie werden zu wichtigen PartnerINNEN für die Logopädin und natürlich auch für die aphasisch betroffene Person.

10. Das „In-Gang-Setzen“ von Übungsprozessen

In der aphasietherapeutischen Literatur fehlt es an Differenzierungen im Gebrauch der beiden Begriffe „*Übung*“ und „*therapeutisches Lernen*“. Oft werden sie synonym verwandt. Diese begriffliche Verwischung verwirrt. Die Bedeutungsunterschiede herauszuarbeiten ist aber erforderlich, damit didaktische und methodische Gestaltungsformen (z.B. Formate) in der Aphasie-Therapie entwickelt werden können.

Ich unterscheide die Begriffe *logopädische Übung* und *therapeutisches Lernen* oder das *In-Gang-Setzen von Lernprozessen* in der Sprach-Therapie.

Das *In-Gang-Setzen von Lernprozessen* ordnen wir der professionellen Sprachtherapie zu. Die Logopädin entscheidet, was therapie-inhaltlich und -methodisch mit der aphasischen Person erarbeitet bzw. gelernt wird.

Die Logopädin hat die fachliche Übersicht und Kompetenz.

Das *logopädische Üben* wird in Zusammenarbeit von Patient, Partner und Logopädin geplant und diskutiert. Das *logopädische Üben* erfolgt in Eigenverantwortung zu Hause und ist geordnet nach dem gemeinsam erstellten Übungsplan.

Die Übungspartner spielen die Rolle eines „Spielertrainers“. Sie beobachten das Übungshandeln genau und korrigieren ihre Übenden, wenn sich Fehler zeigen. Die Übenden nehmen von ihren PartnerINNEN diese Korrektur-Hinweise an und befolgen sie.

Das *geordnete logopädische Üben* steht für ein klar strukturiertes, systematisch-repetitives Durchführen bestimmter Sprach-Handlungen (z.B. beim „CIAT“). Es dient dem gezielten „Einschleifen“ der zu lernenden Sprachhandlungen und damit der wirkungsvollen Sicherung des Neu-Gelernten.

Repetitives Üben (oftmaliges, kontrolliertes Wiederholen) wird so lang durchgeführt, bis das Neu-Gelernte neuronal verankert, sprich gekonnt ist. Die Ausführung der sprachlichen Handlung wird mit jeder fehlerfreien Wiederholung sicherer.

Da in der ambulanten logopädischen Praxis bei wöchentlich nur 1-2 Sitzungen kein zeitlicher Raum für repetitive Übungen existiert, diese aber zu Realisierungen eines erfolgreichen Therapieprozesses unumgänglich sind, erscheint *geordnetes Üben* außerhalb der logopädischen Therapie-Praxis, also zu Hause als dringend angezeigt.

Das selbstgesteuerte, geordnete Üben setzt bei den Übenden ergänzend therapeutische Lern- und Absicherungsprozesse in Gang. Sie setzen damit den Vergessensprozessen Grenzen und trainieren das Behalten (das Sich-Merken; Gedächtnis).

Das notwendige *geordnete, logopädische Üben* wäre also ein Novum in der aphasietherapeutischen Landschaft.

11. Das geordnete Üben und seine lernfördernden Bedingungen

Beim *geordneten Üben* geht es im Gegensatz zum *freien Üben* ausschließlich um das systematische *Speichern und Einschleifen* bestimmter sprachlicher Handlungen, die die Übenden noch nicht „perfekt“ bzw. fehlerfrei beherrschen. Das erinnert an methodische Übungsreihen im sportlichen Training.

Therapeutisches Anliegen aus neuropädagogischer Sicht ist, mittels Wachstum von neuen Sprach-Nerven neue Sprachfunktionen zu lernen, um die hirnschädigungsbedingt verloren gegangenen Sprach-Funktionen zu ersetzen.

Das Nervenwachstum im Großhirn richtet sich grundsätzlich in seiner Entwicklung nach den *Aufgaben und „Zwängen“*, die es zu bewältigen hat.

Das laienhafte *Intuitive oder freie Üben* ist dagegen ein landläufiges, unregelmäßiges Abfragen bzw. Abrufen von Sprachhandlungen.

Dabei wird die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, dass sich dadurch das Sprachhandeln der aphasischen Person verbessert und festigt.

Dieses *abfragende Üben* trainiert vorwiegend den Abrufvorgang, weniger eigene sprachkreativ-produktive Leistungen. Es kann sogar kontraproduktiv gegen das erhoffte Anliegen wirken. Denn jede sprachproduktive Handlung (Sprechen, Wort-, Satzabruf) wird eher dann gefördert, wenn ein sprachlich-klanglicher Input hochfrequent gegeben wird (oftmaliges Vorsprechen) und gleichzeitig die Stimulation des akustischen Arbeitsspeichers (akustische Kurzzeitgedächtnis) erfolgt. Bei alleinigem Abfragen fehlt diese Hilfe.

Leider wirken sich dabei auch oft die psycho-sozialen Bedingungen (Partnerbeziehung, das prämorbid Dominanzverhältnis, bisheriges Rollenverständnis usw.) eher negativ und belastend auf dieses gemeinsame *intuitive Üben* aus.

Beim *geordneten Üben* ist eine vorgeplante, zielorientierte Sprach-Lern- und Handlungsabfolge vorgegeben, die über einen vorher definierten Zeitraum wiederholt wird. Die Ordnung des Übens ist dann komplett, wenn dazu vorher *Ziele und Zeitlimits, zielführende Maßnahmen überlegt und festgelegt* sind, wenn diese danach angewandt werden und wenn *durchgehend „Evaluationen“* (Ergebniskontrollen) und notwendige Handlungs-Korrekturen durchgeführt werden, bis das Übungsziel zur weitest gehenden Zufriedenheit aller Beteiligten erreicht ist.

Sehr sinnvoll ist die fachliche Beratung und supervidierende Begleitung durch logopädische ExpertINNen.

Das *geordnete Üben* wirkt neuropsychisch positiv auf die aphasiebetreffenden Übenden ein.

Sie bekommen über das *geordnete Üben* Lernziele gesetzt. Die Übenden erleben sich / empfinden sich in dem zu übenden sprachlichen Verhalten. Sie hören sich und spüren dabei ihre Sprechbewegungen. Das Übungs-Ziel ist ihnen vor Augen. Die Übungspartner geben in unregelmäßigen Abständen bestätigende oder korrigierende Rückmeldungen. Dadurch lernen die Übenden, ihr eigenes, aktuelles Übungs-Handeln mit dem Ziel-Handeln abzugleichen. Sie entwickeln ein Sensorium für das eigene Sprach-Handeln und einen kritischen Blick auf die momentane Performanz. So entwickeln peu à peu Kompetenzen in differenzierter Selbstwahrnehmung und in Selbstkorrektur.

Selbstwahrnehmungs- und Selbstkorrektur-Fähigkeiten sind wichtige Voraussetzungen für die später spontan und kreativ gestaltete Unterhaltung.

Oftmalige, korrigierte Wiederholungen (hochfrequent, repetitiv) fördern die Präzisierung der Sprach- und Sprechproduktion.

Oftmaliges, fehlerfreies und supervidiertes Ausführen der zu lernenden Sprachhandlung verbessert qualitativ die Sprachproduktion. Die Sprach-Handlung wird

verfeinert, sie wird neuronal vertieft gespeichert und kann dann später in anderen Kontexten erweitert, flexibler angewandt und kreativ verändert werden.

12. Zu jeder *geordneten Übung* gehört das „Training“ sprachlicher Funktionen

Das wiederholte Abrufen *basaler Sprachfunktionen* (Sprachlich-basale Teilfunktionen wie auditive Wahrnehmungsfähigkeit, Sprachspeicherungsfähigkeit, Buchstaben erkennen können u.a.) dient der Verbesserung der Abruf-Kompetenz (Erinnerung, Initiativ-Bildung).

Sprachliches Abrufen ist generell nützlich für ein erfolgreiches sprachliches Handeln (z.B. small-talk, lautes Lesen, auf Fragen antworten, ...). Es muss deshalb stets aktiviert und geübt werden, weil es unverzichtbar ist für jede Form des Dialogs.

Das ständige Wiederholen *sprachlicher Teilbereiche* (z.B. Zahlen erkennen, Zahlen lesen, Zahlen schreiben; Sprechen von Reihen wie Wochentags- oder Monatsreihe, Alphabet etc.) dient der Stabilisierung themenspezifisch-gezielter Versprachlichungen.

Repetitives Üben von Sprechreihen (rechtshirnig) stimuliert das sprecherische Handeln insgesamt (Artikulation, Stimme, Kinästhetik) und befähigt zunehmend zu besseren Sprechleistungen. Das repetitive Sprechen flüssig gesprochener Wortreihen / oder des abgelesenen, flüssig vorgetragenen Vortrags dient der Wiedergewinnung der Sprechsicherheit, aber auch der Speicherung der Sprachinhalte.

Als Mindestbedingungen für effektives Üben gelten folgende Regeln:

Am Übungsort hat Ruhe zu herrschen. Die Übenden dürfen durch nichts von ihrer Konzentration abgelenkt werden (Keine Ablenker, keine Geräusche o.ä.),

Eine Übungssitzung sollte auf 10 – 15 Minuten begrenzt sein.

Täglich sollten idealerweise 2 Übungen durchgeführt werden, möglichst zu feststehenden Übungszeiten (z.B. nach dem Frühstück um halb neun und nach dem Mittagsschlaf um halb drei)

Den Übenden müssen Zielsetzung, Übungsinhalt und das Übungs-Zeitfenster bekannt sein, um eigenaktiv und mitdenkend üben zu können.

Geordnetes Üben führt zu mehr Behaltens-Prozessen und zu weniger Vergessen. Dadurch erhöht sich die Effizienz der Sprachtherapie insgesamt und der Übung im Speziellen.

Durch das geordnete Üben wächst die Kompetenz einer viel aktiveren Mitgestaltung der Prozesse in der Sprachtherapie (Vigilanz, Präsenz). Geordnetes Üben weckt bisher verborgene Lernpotenziale bei den Übenden, die sich aus dem wachsenden Selbstbewusstsein und aus der sich vergrößernden Freude am Umgang mit den geübten Sprachhandlungen ergeben.

13. Freies, aber gezieltes Üben, wenn noch kein konkretes Übungsziel gefunden ist:

Wenn noch kein Übungsziel im Rahmen des geordneten Übens gefunden ist, dann sind unspezifische, allgemein sprachstimulierende Aktivitäten empfehlenswert. Z.B.

- das oftmals zu üben, was schon „gekonnt“ scheint, z.B. je nach individuellem Bedarf (das laute Zählen, das Zahlen-/ Ziffern-Lesen, das Alphabet aufsagen, das Lautieren von Buchstaben, Bewegungsfolgen der Mundmotorik, Uhrzeiten lesen und sprechen, Wochentags-Namen in Reihe sprechen, Wochentage einzeln benennen, den eigenen Namen nennen, die eigene Adresse sprechen, das eigene Geburtsdatum und die eigene Telefonnummer nennen, Redewendungen wie Guten Tag, Danke, Alles Gute etc.) oder
- das Nachsprechen zu üben, wobei die Übungspartner Einzellaute, Silben, ein-, zwei-, dreisilbige Wörter vorsprechen und die Übenden das Gehörte nachsprechen,
- das kann schwierigkeitsmäßig gesteigert werden durch Quantitätssteigerungen: von 1 Laut bis zu längeren Wörtern oder sogar Sätzen bei immer weniger Fehlern,
- das Sprechen mit Betonungen, Singen u.a.

Übungspartner sind dann grundsätzlich nützlich, wenn die Betroffenen sich selbst noch nicht sicher korrigieren können und wenn Korrekturen nötig sind beim lauten Lesen, beim Nachsprechen, beim Sprachverständnis-Training, beim Objekte-Zeigen, beim Objekte-Benennen, beim Bilden von Sätzen zu Handlungsbildern, bei Frage-Antwort-Dialogen usw.

Übungspartner kann jede Person sein, zu der Vertrauen besteht, die regelmäßig zeitweilig zur Verfügung steht, die über eine gewisse sprachliche Bildung verfügt und der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig ist.

Das können neben Angehörigen auch Freunde und auch unterwiesene Studenten oder Oberstufenschüler sein.

14. Aphasisch Betroffene können auch ohne Übungspartner üben

Funktionsübungen sind Übungen, bei denen gewisse sprachliche Funktionen (z.B. Prosodie (Stimmführung) oder Rhythmisierung des Sprechens) auf ein konkretes, beschriebenes Ziel hin durchgeführt werden.

Bei sinnvoller Organisation kann selbstständiges Üben von aphasisch Betroffenen ohne Übungspartner/in durchgeführt werden,

- wenn sich die aphasisch betroffene Person darüber bewusst ist, warum sie übt,
- wenn sie ihr eigenes sprachliche Handeln kritisch beurteilen kann,
- wenn sie fehlerhaftes Handeln erkennen und korrigieren kann,
- wenn sie in der Lage ist, bestimmte Übungs-Regeln zu akzeptieren und einzuhalten.

In letzter Zeit zeigen sich immer mehr IT-basierte Stimulierungsangebote z.B. Apps, die auf das Tablet heruntergeladen werden können und vielseitige Anwendungsmöglichkeiten bieten. Diese Medien jedoch liefern im Wesentlichen nur für aphasisch schwer Betroffene Stimulations- Übungsmaterial auf Wortebene.

Sprachlich anspruchsvolles Übungsmaterial für fortgeschrittenere aphasisch Betroffene findet sich kaum auf dem deutsch-sprachigen Markt. Als einziger Anbieter „sprechender“ Stimulationen bzw. Übungsinhalte auf Satz- und Textebene ist LogoMedien von VMS zu nennen. Dieser Anbieter stellt sprachlich anspruchsvolles Übungsmaterial für den TV-Bildschirm oder PC her. Es handelt sich um „sprechende“, polymodal sprachlich-logopädisch angelegte Lern- und Übungsprogramme, sogenannte Logovids, die Geschehnisse auf Video zeigen, die mündlich und schriftlich versprachlicht werden. Sie stimulieren im Üben mehr-sensorisches Sprach-Lernen über DVD am TV-Bildschirm und bieten eine Plattform für das selbstständige (Wieder-) Erlernen des Sprechens und Lesens.

Den Übungen stehen je nach Bedarf LogoMedien mit unterschiedlichen Komplexitäts-Niveaus zur Auswahl. Stimulationen auf Buchstaben-, Laut- und Wortebene werden der niedrigen Komplexitätsstufe zugeordnet, Übungsinhalte auf Satzebene mit 1 – 2 Sätzen pro Szene der mittleren Komplexitätsstufe, Übungsinhalte mit 3 – 6 Sätzen pro Szene der hohen Komplexitätsstufe und Texte mit mehr als 7 Sätzen der höchsten Komplexitätsstufe zugeordnet.

Für die fortgeschrittenen, aphasisch Betroffenen sind die Reise-Logovids mit höchster Leistungsstufe ein nicht nur unterhaltsames Übungsprogramm sondern auch ein vielseitig anwendbares Trainingsmittel für das stille und laute Lesen sowie für das Training des gebundenen und freien Sprechens.

Aufgrund der großen Datenmengen gibt es diese Programme z.Zt. nur auf DVD.

15. Das Sprechen als Übung

In der nicht-intensiven Aphasietherapie wird dem Sprechen erfahrungsgemäß didaktisch weniger Aufmerksamkeit beigemessen als dem sprachsystematischen Arbeiten.

Ich halte es jedoch aus Gründen der Stimulierung inaktiver, ruhender Kompetenzen / Potenziale und der Aktivierung sprachlicher, sprechmotorischer und stimmlicher Kompetenzen für therapeutisch äußerst wichtig, die Übungen stets zum (Mit-) Sprechen auf Satzebene zu bewegen.

Intensiv-therapeutische Beobachtungen erweisen, dass ein Sprechvorgang dann zunehmend sicherer und fehlerfreier wird, desto häufiger der Sprachklang schriftlich und mit bewegten Bildern unterlegt appliziert worden ist.

Wir können beobachten, dass wir beim erwachsenen aphasisch Betroffenen artikulatorische Bewegungsmuster triggern können.

Wenn wir ihnen verständliche Handlungsgeschehnisse präsentieren und in Form von gesprochenen und geschriebenen Sätzen hochfrequent versprachlichen, dann wirkt dieses spezielle methodisch-didaktische Vorgehen als Animation und Handlungs-Impuls zum Mit- bzw. Nachsprechen und zum Mit-Lesen.

Die Übenden nehmen die Sätze bei dieser hochfrequenten, polimodalen Applizierung mehrsensorisch wahr und verarbeiten sie kognitiv. Dabei spielen Assoziationen als Erinnerungsprozesse ebenso eine Rolle wie beim Einprägen der Sätze.

Die sprech-sprachliche Stimulierung sollte in der Form erfolgen, dass die Übenden zum sprecherischen Nachvollzug des vorgegebenen Satzes (Sprachhandlung) animiert und zum Nachsprechen des Satzes befähigt werden.

Dieses Vorgehen zielt auf „fehlerfreie Sprecherlebnisse“ ab. Bei dieser Weise des synchronen und hochfrequenten Speicherns von Sprachklängen, von Sprachinhalt, von Satzstruktur und Schriftbildern werden assoziative Bezüge zwischen ihnen getriggert.

Da bei diesem polimodalen Vorgehen mehrere Wahrnehmungs- bzw. Verarbeitungskanäle (mehrsensorisch) genutzt werden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass jede aphasische Person die jeweilige Aussage schnell versteht.

Ist das der Fall, dann kann man der übenden Person vermitteln, dass sie alle ihr zur Verfügung stehenden Assoziationen aufrufen soll, um die Hauptaufgabe zu lösen: Das Einspeichern oder Auswendiglernen dieser Sätze.

Dabei sollen die bei erwachsenen Übenden (erinnerbaren), neuronal noch vorhandenen präorbiden Artikulations-Muster stimuliert und aktiviert werden, und alles darin steckende sprech-sprachliche und kommunikativ-sprachliche Restitutions-Potenzial mit angestoßen werden.

Interessant zu beobachten ist, dass aphasisch Betroffene die Resultate eigener Sprechbemühungen mehr oder weniger differenziert wahrnehmen und beurteilen können. Sie nehmen nicht nur auditiv ihre eigenen Sprech-Klänge wahr und vergleichen diese mit dem sprech-sprachlichen Modell. Sie nehmen auch mehr oder weniger intensiv die sprechmotorischen Bewegungen der Artikulatoren wahr.

Durch häufiges Achten auf das Sprech-Klang-Produkt lernen wir zu differenzieren, in falsch, fast richtig, korrekt. Aphasisch Betroffene können sich bei häufigem Wahrnehmen von sprachklanglichen Modellen sich diese im Laufe der Wahrnehmungsübungen zunehmend besser merken. Damit geht gleichzeitig ein Entwicklungsprozess einher, der ebenfalls zunehmend differenziertere Wahrnehmungsprozesse ermöglicht: das Vergleichen von falsch und richtig.

Jede übende Person wird dahingehend sensibilisiert, wie das zu klingen hat, was wir sprechen sollen und wie es letztlich tatsächlich bei einem selbst klingt.

Die sprech-sprachlich Übenden lernen trotz vieler Hindernisse beim Sprechen zwischen korrekt und fehlerhaft zu unterscheiden, phonetisch-phonematisch, artikulatorisch-motorisch, stimmlich-prosodisch.

Erst dann, wenn aphasisch Betroffene die Unterscheidungsfähigkeit zwischen normabweichend (falsch) und korrekt (richtig) wieder hinreichend gewonnen haben, dann können sie selbst das realisierte Sprechergebnis mit dem im Kopf gespeicherten „Modell“ abgleichen und selbst das aktuell Gesprochene als richtig oder falsch identifizieren und bei Fehlern das Sprechprodukt verändern, also korrigieren.

Als übende Person sollte man sich stets anregen lassen, oft zu sprechen und so oft wie möglich durch das Sprechen eigenes Sprechhandeln aus dem Gehirn ab- bzw. aufzurufen, z.B. in „Selbstgesprächen“ zu wechselnden Themen, durch lautes Lesen, durch das Vortragen von Gedichten (von früher), ...

Wer wenig spricht, der läuft Gefahr, seine Sprechkompetenz verkümmern zu lassen. Deshalb heißt es, die Mundwerkzeuge oft in Gang zu bringen und wieder Gefühl für die Bewegung der Mund- bzw. Artikulationswerkzeuge zu gewinnen (kinästhetische Rückmeldung; das sprech-sprachliche Produkt auf sprachsystematische Korrektheit prüfen).

Die Resultate eigener Sprechbewegungen nehmen wir akustisch als Sprech-Klänge wahr. Durch häufiges Achten auf das Sprech-Klang-Produkt lernen wir zu differenzieren, in falsch, fast richtig, korrekt.

Aphasisch Betroffene benötigen sprachklangliche Modelle. Sie können sich so in die korrekten Sprechklänge einhören und sprecherisch wiedergeben. Dazu muss das auditive Wahrnehmen wieder dahingehend sensibilisiert werden, wie wir sprechen sollen, wie das klingen soll und wie es letztlich tatsächlich bei einem selbst klingt.

Wenn wir oft (möglichst fehlerfrei, angeleitet, korrigiert, selbstständig) sprechen, so wirken zwei Systeme ineinander: einmal das eigene auditive Wahrnehmungssystem, das wieder lernt, die gewünschten Klänge zu erkennen und zu behalten.

Das zweite System ist das „Übereinanderbringen“ des tatsächlich realisierten Klangs zum und des gewünschten Klangs bzw. das Annähern der aktuellen Performanz an das Zielhandeln.

Sprechbewegungen, die mittels therapeutischer Einflussnahme (Therapeut, geschulter Partner, spezifische Übungsprogramme) eingeleitet (neu gebahnt) wurden, müssen in speziellen, am besten fachlich supervidierten Übungsreihen eingepägt (memoriert) werden und dann durch oftmaliges Ausführen / Wiederholen der korrekten Sprechbewegungen so lang neuronal verankert werden, bis sie sich im Gehirn als neues Programm festgesetzt (eingepägt) haben. Dann sind die neuen Bewegungsmuster in komplexeren sprech-sprachlichen Kommunikationssituationen abrufbar. Die können dann auch in „stressigen“ Momenten relativ sicher angewandt werden.

16. Lernen ist immer individuell – die Übung muss der Individualität Rechnung tragen

Nach der Hirnschädigung hat jeder aphasische Mensch eine veränderte Lernweise gegenüber der prämorbid, „gesunden“. Die jetzige Lernweise ist insofern neu, als sie sich auf der Basis des „defizitären“ Netzwerks entwickelt hat.

Bei jedem hirngeschädigten Menschen zeigen sich die Folgen einer organischen Schädigung im Gehirn in sehr individueller, meist in einer völlig anderen Ausdrucksart. Vergleichen wir mit Hilfe bildgebender Verfahren geschädigte, neuronale Strukturen mit großer Ähnlichkeit, so heißt es trotz dieser Ähnlichkeit, dass selbst bei gleicher Lokalisation der Schädigung ganz unterschiedliche Folgeerscheinungen im Handeln und Verhalten der betroffenen Personen in Erscheinung treten.

Kein Gehirn arbeitet so wie das eines anderen aphasisch Betroffenen. Bei näherer Betrachtung der Sprachstörungen fallen deutliche Unterschiede in ihren aphasischen Erscheinungen auf. Das findet seine Erklärung in folgenden Fakten:

Erstens ist jedes neuronale Netzwerk per se individuell entwickelt und insofern unterschiedlich zu dem eines anderen Menschen, zweitens ist jede organische Hirnschädigung individuell und in letzter Konsequenz different zu der eines anderen, drittens generiert jede Hirnschädigung bei jedem betroffenen Individuum sprachlich ganz individuelle und niemals die gleichen Folgeerscheinungen in Art und Ausdruck im Vergleich zu einer anderen aphasischen Person.

Daraus folgt, dass die individuellen Symptome einer aphasischen Person einzigartig sind und dass das Syndrom insofern nach sehr individuell ausgerichteten Aphasie-Therapieansätzen verlangt.

Es werden neben der Sprachstörung bei genauer Betrachtung auch neuropsychische Defizite deutlich. Wie steht es mit der Konzentration, der Aufmerksamkeit, mit dem Behalten, mit der Vergesslichkeit usw. ?

Diese für die Mitmenschen oft nur schwer erkennbaren Veränderungen spüren die Betroffenen sehr wohl bei sich selbst.

Sie fühlen sich irgendwie anders. Die Lähmungen behindern das prämorbid bewegungsmuster, die Bewegungsgewohnheiten. Die Sprache und das Sprechen stehen ihnen für die Kommunikation nicht mehr zur Verfügung. Sie fühlen sich geistig nicht mehr so leistungsfähig wie früher. Sie vergessen schnell oder können vieles nicht mehr so gut wie früher behalten.

Jede aphasisch betroffene Person ist auf ihre ganz individuelle Weise verunsichert. Dass der gesamte aphasische Mensch aufgrund der innerpsychischen Spannungen nach Auswegen sucht, dürfte für jeden von uns klar sein.

Die aphasisch Betroffenen sind keineswegs „geistig behindert“. Sie haben nach wie vor ihre Persönlichkeit. Der Unterschied zu früher ist nur, dass ihre Erscheinung, die Darstellung ihrer selbst, für uns Mitmenschen eine ungewohnt andere ist im Vergleich

zu früher. Heute erscheinen sie ohne Sprache, mit Lähmungen und mit z.T. hilflosen Kompensationsversuchen. Der irreversible Ausfall von Hirnnerven zeigt funktional katastrophale Folgeerscheinungen.

Trotzdem sind sie nach wie vor intelligent, wohl aber in ihren Handlungsweisen verlangsamt, vielleicht ungewohnt sprunghaft oder sie wirken auch „desinteressiert“.

Die aphasisch Betroffenen sind kurz nach dem Schlaganfall, in ihrer Frühphase und danach, ständig hilflos auf der Suche nach Auswegen aus der Aphasie.

Doch sie allein sind nicht in der Lage, aus eigener Kraft selbst konstruktive Lösungen zu finden. Auch wenn sie sich bemühen. Jeder Selbstversuch ist zum Scheitern verurteilt, weil genau die Hirnnerven verloren sind, die bisher ihre Fähigkeiten „geleitet“ haben.

Das Gehirn ist plastisch. Aufgrund der Tatsache, dass auch nach einer Hirnschädigung jedem aphasischen Menschen noch viele Milliarden gesunder Hirnzellen zur Verfügung stehen, besteht Hoffnung darauf, dass sie die verlorenen sprachlichen Funktionen und Fähigkeiten neu erlernen können.

Sie brauchen also sprachlichen „Stoff“. Alle sprachlichen Stimulierungen sollen einerseits ihr kognitives System breit triggern und andererseits weitestgehend auf ihr Interesse treffen.

Diese sprachtherapeutische Stimulation sollte immer eng verknüpft sein einerseits mit dem Inhalt / der Bedeutung des Sprachauslösers, andererseits mit dem Sprach-/Sprech-Klang und dem Schriftbild einer Aussage.

Da wir überhaupt nicht wissen, wie eine aphasisch betroffene Person wahrgenommene Sprachsignale verarbeitet, empfehle ich dringend, aphasisch Betroffenen „sprechende“ Medien in polimodalem Design zu verabreichen. Sie müssen verstehen, hören, geschriebene Wörter scannen. Das sind die drei Kanäle, auf denen wir die betroffene Person sprachlich stimulieren können. Denn meist ist zumindest ein Kanal frei, auf dem man Sprache in die betroffene Person transportieren kann.

Optimale Form ist die zeitgleiche Präsentation des sprachlichen Inhalts über die 3 Kanäle. Die synchronen Darbietungen von Handlung, gesprochenem und geschriebenem Satz beispielsweise ermöglichen der aphasischen Person ein multisensorisches Wahrnehmen und geistiges Verarbeiten dieser Impulse.

Durch diese polimodale Präsentationen sprachlicher Signale auf sprachklanglicher, schriftlicher und/oder pragmatischer Ebene werden assoziative „Erinnerungsprozesse“ in Gang gesetzt.

Zwischen den gehörten Sprachklängen und den gesehenen Schriftzeichen werden Zusammenhänge erinnert und mit den im Video gesehenen Handlungen assoziiert.

Bei solchen Stimulierungs-Angeboten ist es wichtig zu beobachten, wie die betroffene Person auf diese Stimulierungs-Inhalte reagiert. Zeigt sich die Person interessiert, spricht die Person mit, liest sie laut mit, reagiert sie adäquat, usw. ?

Diese Beobachtungseindrücke sollten auf jeden Fall der behandelnden Logopädin mitgeteilt werden. Sie wird das als diagnoserelevante, hilfreiche Information aufnehmen. Sachdienliche Informationen ähnlicher Art sind erkenntniserweiternd.

17. Was kann gegen das Vergessen von Sitzung zu Sitzung getan werden ?

Wenn im Laufe einer Aphasie-Therapiereihe von der Logopädin keine Eigen-Übungen angeregt werden, so sollte man als Übungspartner doch aktiv sein und versuchen, die betroffene Person zum Üben zu bewegen, in das Üben eine gewisse Ordnung zu bringen und langfristig eine geordnete Übungsstruktur einzuhalten.

Es gilt bei Aphasie eine Devise: Täglich „eigenverantwortlich“ üben und dabei wiederholen, wiederholen und wiederholen.

Das haben wir in Lindlar über Jahrzehnte immer wieder bestätigt bekommen.

Denn Fakt ist, dass jeder Betroffene – will er seine sprachliche Kompetenz verbessern und sein Vergessen verringern und die Fortschritte deutlicher werden lassen, der muss Verantwortung für sein eigenes Fortkommen übernehmen und Übungen zwischen der einen und der anderen Therapiesitzung durchführen.

Wenn er sich davon überzeugt, dass täglich *eigenes Üben* letztlich Verbesserungen der Sprachhandlungen erzeugt und das Vergessen reduziert und er erkennt, dass er so Voraussetzungen schafft für einen weiterhin erfolgreich verlaufenden Therapieprozess, dann wird er zum Üben bereit sein.

Erfolg motiviert und oftmaliger Übungs-Erfolg bewirkt den Erhalt eines hohen Motivationsniveaus.

18. Schlussbemerkung

Gute äußere und innere Rahmenbedingungen sind die Basis und wesentliche Voraussetzung für konzentriertes, ungestörtes therapeutisches Üben.

Jede aphasisch betroffene Person übt, weil sie nach Wiedergewinnung von Sicherheit im Umgang mit der Sprache strebt und das Sprechen als gewohntes Instrument der Gestaltung der alltäglichen Kommunikation wieder gewinnen möchte.

Deshalb ist das angeleitete, begleitete oder selbstständige Sprechen als Übungsfeld so wichtig. Sprechen kommt durch Sprechen, nicht allein durch Denken.

Jede/r Übende baut durch die Häufigkeit des Sprechens die eigene Sicherheit im Sprechen aus.

Die basalen Funktionen (Arbeitsspeicher, gezielt hören können, Aufmerksamkeit, Verständnis, das sich wieder regende Sprachgefühl u.a.) werden im oftmaligen Umgang mit den Sprechimpulsen (re-) aktiviert und gestärkt. Das oftmalige Üben dient dem „Einschleifen“ bzw. „neuronalen Einspeichern“ neu erworbener sprachlicher Fähigkeiten.

Für das selbstständige, aber effektive Üben ist wichtig, dass die Übungsinhalte durch ihre Präsentation affektiv wirken. D.h., sie sollen die Übenden immer wieder interessieren und zum „Behalten“ animieren. Die Erfolgserlebnisse sollen sie motivieren, regelmäßig die Übungen durchzuführen.

Der Schlüssel für therapeutische Effizienz insgesamt sind die Erfolgserlebnisse.

Dazu sollten die Übungsinhalte möglichst realitätsnah und teilhabegemäß gestaltet sein, so dass die Übenden in ihrem Übungshandeln reale Bezüge erleben und so für sich stets neue Perspektiven und weitere Lernziele entwickeln können.

Die Übenden sollen sich durch Übungen / Übungsmedien auch intellektuell und emotional angesprochen fühlen.

Sie sollen durch die methodische Gestaltung der Übung angeregt werden, in Zukunft mit zunehmendem Selbstvertrauen mehr und öfter selbständig zu üben – denn größere Freiräume für Eigenaktivität setzen im Patienten selbstgestalterische Kräfte frei.

Übungsmedien, die geeignet sind zum Selbstüben, schaffen und gewähren den Übenden Freiräume für eigene Entscheidungen, wann, womit und wie oft sie sich damit beschäftigen, was sie üben und was sie auswählen und mit wem bzw. ohne wen sie zielorientiert arbeiten möchten.

Die / der Übende soll stets die Gelegenheit bekommen, ihrem / seinem Wunsch bzw. Bedürfnis gemäß eigeninitiativ Intelligenz und Kreativität einzusetzen sowie Leistungswillen einzubringen.

Aphasische Menschen wollen „wieder sprechen können“. Daher sollten alle Übungen, die sprecherische Anteile haben, das weitestgehend fehlerfreie Sprechen abverlangen und repetitiv ausführen lassen.

Die Mundwerkzeuge sollen so oft wie der eigentliche Übungsinhalt es zulässt in Bewegung gesetzt werden. Die Stimme gehört dazu. Sie darf zu Übungszwecken ruhig etwas lauter eingesetzt werden.

Was bereits erarbeitet ist, das sollte man immer mal wieder wiederholen.

Systematisches, geordnetes Üben braucht eine fachliche, sprachtherapeutische Begleitberatung. So lange diese als rezeptgebundene Leistung noch nicht bezahlt wird, empfehle ich den Sprachtherapeuten, im Rahmen der abrechenbaren Therapiesitzungen (z.B. einmal in einer 10er-Aphasietherapiereihe) gemeinsam mit

Patient / mit Patientin und deren längerzeitigem Übungspartner ein ausführliches Beratungsgespräch zu führen.

Dabei sollte ein Protokoll mit wenigen und klar verständlichen Handlungsanweisungen mit Ziel der Übung, Inhalte der Übung, Dauer der Übung usw. nicht fehlen.

Eine etwa so gestaltete sprachtherapeutische Begleitberatung mit differenzierten Hinweisen, speziellen Erläuterungen und verständlichen Unterweisungen zum Üben ist ein klar therapieintegratives, therapeutisches Handeln. Es dient der Optimierung der therapeutischen Lernprozesse, steigert die Lerninitiative und -aktivität der aphasischen Person und generiert damit stärkere bzw. schnellere Fortschritte in der Therapie.

Argumente dafür zielen in die Richtung, dass damit eine ungewöhnliche Therapiesitzung mit nachhaltiger Wirkung gestaltet wird, in der auch das dringend notwendige "Coaching" des Übungspartners hinsichtlich geordneten, häuslichen Übens zum Thema gemacht werden kann.

Abschließend möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass häusliches Üben keine professionelle Therapie ersetzen kann. Es kann die professionelle Therapie seinerseits sehr gut bereichern und damit einen wichtigen Beitrag liefern für den Rehabilitationsvorgang insgesamt.

Übrigens: Häusliches Üben kann letztlich nur wirken in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Logopädin vor Ort. Ohne diese Zusammenarbeit gerät man schnell in die Gefahr, laienhaft Falsches zu üben, und das wäre für alle Beteiligten schädlich.

Zum Thema: Selbstständigkeit im Üben mit der LogoCedee von LogoMedien siehe unter:

Middeldorf, V., Müller, M., Teuber, M.: Was bewirkt selbstständiges Üben bei aphasischen Menschen? Ergebnisse einer Studie zum selbstständigen Üben aphasischer Menschen mit einem interaktiven, multimodalen PC-Programm als Ergänzung zur Aphasietherapie, in: www.logozentrumlindlar.de

Zum Autor:

Dr. Volker Middeldorf ist Sprechheillehrer und diplomierter Sprachtherapeut, ist seit 1991 Leiter des Logopädisch-interdisziplinären Zentrums für Intensivtherapie Lindlar.

Er hat zahlreiche Fachartikel zu diversen sprachtherapeutischen Themen veröffentlicht. Sein Buch "Komm doch aus dem Schweigen" wurde 1991 vom Verlag Gesundheit herausgebracht.

[Er hat seit 1991 maßgeblich an der Entwicklung einer Intensiven Aphasie-Therapie gearbeitet.](#) Er hat in dieser Zeit viele tausend aphasische Menschen und ihre Angehörigen kennengelernt und ihre Intensiv-Therapie begleitet.

Seine therapeutischen Paradigmen legt er dar in einer Interviewreihe auf der Website www.dr-middeldorf.de.

Dr. Volker Middeldorf, Lindlar