

NeuroGeriatric 2010; 7 (2–3): 82–85

Wenn die Worte fehlen: Aphasie – Verlust der Sprache und mehr

A. Winnecken, W. Dornieden

Aphasie-Zentrum Josef Bergmann gGmbH, Vechta-Langförden

Zusammenfassung

Unter dem Begriff Aphasie wird allgemein der komplette oder auch teilweise Verlust von Sprache verstanden. Eine Aphasie kann nach einer hirnorganischen Erkrankung auftreten. Der Mensch mit einer Aphasie hat Probleme, mit seiner eigenen Sprache umzugehen. Die Kommunikation ist stark eingeschränkt. Betroffen sind die sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben. Eine Aphasie beschränkt sich aber nicht nur auf sprachliche Dysfunktionen, sondern verändert die gesamte Lebenssituation eines betroffenen Menschen. Sozial-kommunikative Interaktionen sind nur noch sehr rudimentär möglich. In einer Lebensgemeinschaft ist der Angehörige gleichsam mitbetroffen.

Schlüsselwörter: Aphasie, Epidemiologie, Aphasie/Klassifikation, Aphasie/Lebenssituation, Aphasie/Selbstzeugnisse

When words are lost by brain injury: Aphasia – damage of speech and more

A. Winnecken, W. Dornieden

Abstract

Aphasia is a condition characterized by either partial or total loss of the ability to communicate verbally or using written words. Aphasia is caused by a brain injury. A person with aphasia may have difficulties to use his or her own speech (there are mainly difficulties in speaking or in understanding what other people have said, in reading and writing, or for example in recognizing the name of objects). The communication is nearly totally impaired. Aphasia may be temporary or permanent.

An aphasia does not only include speech impediments; an aphasia also completely changes the whole life (social situation) of a person concerned with aphasia. Social-communicative interactions are only possible in a rudimentary way. In a marriage or in a symbiotic community not only the person concerned with aphasia is injured but also the marriage partner and other members of the family as well as friends.

Key words: aphasia, epidemiology, aphasia/classification, aphasia/situation of life, aphasia/texts of experience

© Hippocampus Verlag 2010

Jedem von uns ist es schon einmal passiert, dass plötzlich ein Wort fehlt. Jeder von uns hat sich schon einmal versprochen oder war nicht mehr in der Lage, einen Sachverhalt sprachlich korrekt auszudrücken. Dagegen bedeutet der Verlust von Sprache (Aphasie) für den Betroffenen nicht nur einen funktionellen Ausfall, sondern eine grundlegende Veränderung der bisherigen Lebenssituation.

Der New Yorker Neurologe *Oliver Sacks* bringt dies auf den Punkt: »Die Realität ist manchmal verrückter als jede Fiktion. Ein kleiner Tumult in der cerebralen Chemie – und wir geraten in eine andere Welt« [12].

Die schwedische Journalistin *Ingrid Tropp-Erblad* berichtet als Betroffene: »Als ich an jenem Morgen aufwachte, fühlte ich mich gut. Ich war in bester Stimmung. Fand es schön, dass die Operation (aneurysmatische Einblutung) vorüber war. Dass ich keine Schmerzen hatte. Und dass

ich heute wieder sitzen durfte. [...] Jetzt war es sechs Uhr, und die Nachtschwester hatte gerade angefangen, die Fieberthermometer auszuteilen. Ich wartete, bis sie damit fertig war. Dann bat ich sie um ein Becken. Im nächsten Augenblick wusste ich, dass etwas passiert war. Was ich gesagt hatte, waren keine richtigen Wörter, es war ein Sammelsurium von Buchstaben, sinnlos durcheinander geworfen. Die Schwester sah mich an. Was hatte ich gesagt? Sie kam an mein Bett, und ich versuchte die Wörter zu wiederholen. Aber was ich sagte, war nicht mehr zu verstehen. [...] »Anna kam ins Zimmer.« Anna, ein junges Mädchen, dem ich am Tag zuvor geholfen hatte, eine Bewerbung zu schreiben. [...] Anna und ich hatten uns etwas angefreundet. Aber nun tat sie so, als sähe sie mich nicht. Ich versuchte, ihren Blick einzufangen. Doch sie wich mir aus und widmete sich verbissen dem Bettenmachen. Da wurde

mir klar, dass sich seit gestern noch mehr verändert haben musste. Ich war, von außen betrachtet, nicht mehr derselbe Mensch. Gestern formulierte ich Annas Bewerbung und redete ihr gut zu. Heute war ich ein Mensch ohne Sprache! [...]« [15].

Der Begriff Aphasie

Der französische Internist *Armand Trousseau* (1801–1867) führte den Begriff »Aphasie« im Jahr 1864 für eine Sprachstörung nach Hirnschädigung ein und löste damit den von *Paul Broca* benutzten Begriff der »Aphemie« (bei *Broca*: Verlust des Sprechens) ab. Im Übrigen war *Trousseau* in Frankreich einer der Ersten, der die Intubation und die Tracheotomie durchführte [13].

Epidemiologie

In der Bundesrepublik Deutschland erleiden jährlich 200.000 Bürger einen Schlaganfall (80% ischämische Infarkte, 20% intrazerebrale Blutungen). Anfangs haben ca. 35% der Betroffenen eine Aphasie (Inzidenz). Bei rund der Hälfte dieser Betroffenen führt die Aphasie zu einer jahrelangen, oft auch lebenslangen Behinderung; derzeit sind ca. 1.200.000 Menschen davon betroffen (Prävalenz).

Nimmt man auch andere Krankheitsursachen hinzu, insbesondere Hirnabbauerkrankungen des Alters, so liegt die Anzahl der chronisch Erkrankten deutlich höher. Männer und Frauen können im gleichen Maße von einem Schlaganfall und somit von einer Aphasie betroffen sein. Mehr als 30% aller Schlaganfälle treten bereits im berufstätigen Alter auf, also vor dem 65. Lebensjahr [8].

Essentielle Merkmale einer Aphasie

Nach *Brookshire* (1983) ist eine allgemeingültige Definition von Aphasie kaum möglich, da die Sichtweisen der einzelnen Fachdisziplinen zu unterschiedlich sind [2].

Mehr Sinn macht es, von essentiellen Merkmalen auszugehen, die eine Aphasie bestimmen. So schreibt *Tesak* [13], es herrsche Einigkeit darüber, dass die Ursache einer Aphasie immer

- auf eine Schädigung des Gehirns zurückzuführen sei und dass
- die sprachlichen Leistungen der Betroffenen beeinträchtigt sind [14].

Schädigungen des Gehirns können sein:

- zerebro-vaskulärer Insult
- Blutung
- Schädelhirntrauma
- Hirntumor (prä- wie postoperativ)
- entzündliche sowie degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

Unter sprachlichen Leistungen werden zunächst die sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen und Schrei-

ben sowie die diesen Modalitäten zugrundeliegenden linguistischen Ebenen Lautbildung (Phonologie), Wort- und Satzbedeutung (Semantik), Wort- und Satzgestalt (Morphologie) und Satzbau (Syntax) verstanden.

Tesak nennt weiter Charakteristika, die die Aphasie in sinnvoller Weise eingrenzen [14]:

- Aphasie ist die Folge einer plötzlich auftretenden, umschriebenen kortikalen Läsion der linken Hemisphäre
- Aphasie betrifft sprachliche Leistungen bei relativer Intaktheit von Intelligenz und Gedächtnis
- Aphasie tritt nach vollzogenem Spracherwerb auf
- Aphasie ist eine Störung aller sprachlicher Modalitäten und linguistischen Ebenen
- Aphasien sind relativ stabil und chronisch (gute Ansätze für therapeutische Verfahren)

Dadurch, dass eine Aphasie als Folge einer plötzlich auftretenden kortikalen Läsion in der linken Hirnhälfte auftritt, grenzt sie sich stark von den progressiv verlaufenden neurodegenerativen Erkrankungen des Alters ab. Dementielle Entwicklungen, welchen Ursprungs und welcher Entwicklung auch immer, sollten nicht mit dem Begriff »Aphasie« in klassischer Definition belegt werden und wenn, dann nur mit dem Attribut »progressiv« (= progressive Aphasie).

Weiter bedeutet Aphasie keine intellektuelle Beeinträchtigung. Der Mensch mit Aphasie ist weiterhin in der Lage, folgerichtig zu denken, auch wenn er seine Gedanken häufig nur noch fragmentarisch in Worte und Sätze kleiden kann.

Eine Aphasie tritt nach abgeschlossenem Spracherwerb auf, was grob betrachtet die Phase der sprachlichen Entwicklung von der Lallphase eines Säuglings bis hin zur Ausreifung grammatikalischer Strukturen und dem Verständnis von Ironie im Lebensalter zwischen 13 und 15 Jahren umfasst.

Aphasie wird als multimodale Prozessstörung bezeichnet [8] und kann in unterschiedlichem Schweregrad alle sprachlichen Modalitäten und alle linguistischen Ebenen betreffen (s.o.) [6].

Aphasie: stabil/chronisch

Aphasien sind im Initialstadium instabil. Schon bei vorübergehenden neurologischen Ausfallerscheinungen, die nicht länger als 24 Stunden (TIA = Transitorisch ischämische Attacke) oder nicht länger als acht Tage (PRINT = Prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit) andauern, kann es u. a. zu massiven sprachlichen Beeinträchtigungen kommen.

Eine Aphasie, die über mehrere Wochen andauert, gilt als stabil und kann sich in den folgenden Monaten chronifizieren. In den postakuten Phasen bietet eine Aphasie gute Ansätze für therapeutische Verfahren.

Aphasie/Asymbolie

Ferdinand Carl Finkelnburg (1832–1896) machte 1870 eine bemerkenswerte Beobachtung, indem er über Pati-

	Amnestische Aphasie	Wernicke-Aphasie	Broca-Aphasie	Globale Aphasie
Sprachproduktion	meist flüssig	flüssig	erheblich verlangsamt	<i>spärlich bis Ø, auch Sprachautomatismen</i>
Artikulation	meist nicht gestört	meist nicht gestört	oft dysarthrisch	meist dysarthrisch
Prosodie (Sprachmelodie/Rhythmus)	meist gut erhalten	meist gut erhalten	oft nivelliert, auch skandierend	oft nivelliert, bei Automatismen meist gut erhalten
Satzbau	kaum gestört	<i>Paragrammatismus</i> (Verdopplungen und Verschränkungen von Sätzen und Satzteilen)	<i>Agrammatismus</i> (nur einfache Satzstrukturen, Fehlen von Funktionswörtern)	nur Einzelwörter, Floskeln, Sprachautomatismen
Wortwahl	Ersatzstrategien bei <i>Wortfindungsstörungen</i> , einige semantische Paraphasien	viele semantische Paraphasien, oft grob vom Zielwort abweichend, semant. Neologismen, in der stärksten Form: semantischer Jargon	relativ eng begrenztes Vokabular, kaum semantische Paraphasien	äußerst begrenztes Vokabular, grob abweichende semantische Paraphasien
Lautstruktur	einige phonematische Paraphasien	viele phonematische Paraphasien bis hin zu Neologismen, auch phonematischer Jargon	viele phonematische Paraphasien	sehr viele phonematische Paraphasien und Neologismen
Verstehen	leicht gestört	stark gestört	leicht gestört	stark gestört

Tab. 1: Klassifikation und Leitsymptome der aphasischen Syndrome [11]

enten berichtete, die neben einer aphasischen Störung auch keine Symbole erkennen und kognitiv verarbeiten konnten. Er schloss daraus, dass es sich bei einer Aphasie nur um ein Teilproblem eines umfassenderen Problems handle, das er »Asymbolie« nannte. Er ging seinen Beobachtungen zufolge davon aus, dass bei dem Auftreten einer Aphasie auch gleichsam die Fähigkeit des Produzierens und des Verstehens von Symbolen gestört sei. Eine Beobachtung, die in Fachkreisen bis heute immer wieder zu Diskussionen anregt [4].

Klassifikation der Aphasie

Im deutschsprachigen Raum wird die Aphasie in der Regel in Syndrome eingeteilt. Bezug nehmend auf die Aachener Schule gibt es vier Standardformen: Amnestische Aphasie, Wernicke-Aphasie, Broca-Aphasie und Globale Aphasie. In Tabelle 1 werden diese vier Standardsyndrome – in Anlehnung an *Poeck* und *Hacke* [11] – mit ihren Leitsymptomen (kursiv) dargestellt.

Diagnostik

Wichtig ist eine exakte neurolinguistische Diagnostik nach vier bis sechs Wochen onset in Form einer aphasischen Syndromklassifizierung (AAT = Aachener Aphasie-Test [7]) oder eines modellorientierten Vorgehens (LEMO-Lexikon modellorientiert [3]) mit der Frage »Welche sprachliche Modalität und/oder welche linguistische Ebene ist spezifisch gestört?« und/oder nach konversationsanalytischen Kategorien, die das kommunikative Verhalten der Betroffenen mit den Parametern Sprecherwechsel, Sprecherverhalten und Hörerverhalten genau analysieren [5].

Behandlung/Erfolg

Der Erfolg einer Aphasiebehandlung hängt von dem frühzeitigen Beginn, von der Häufigkeit und von der Dauer der Therapie ab. Bei Langzeitbetroffenen ist es entscheidend, dass das Kommunikationsverhalten durch Intervall-Intensiv-Therapien gefördert wird. Experten haben bewiesen [1], dass neben ambulanten Therapien intensive stationäre Intervallbehandlungen über mindestens vier Wochen mit mehr als neun Therapiestunden pro Woche/pro Patient wirksam sind. Das gilt auch für chronische Aphasien. Selbst Langzeitbetroffenen profitieren noch nach Jahren von einer Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT), die eine hohe Behandlungsintensität von drei Stunden pro Tag an mindestens zehn aufeinander folgenden Werktagen vorsieht, bei ausschließlicher Förderung der verbal expressiven Kommunikation, einer stetigen Steigerung der geforderten verbalen Äußerungen und einer hohen Repetitionsrate spezifischer sprachlicher Handlungen [10]. Diagnostik und Therapie folgen den Richtlinien der ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

Begleitsyndrome

Aphasien werden häufig von sprechmotorischen Störungen (Dysarthrophonien), von Sprechapraxien (Störungen der willentlichen Ansteuerung und Programmierung der Artikulationsorgane), von Lese-, Schreib- und Rechenstörungen (Alexien, Agraphien, Akalkulien) und von Schluckstörungen (Dysphagien) begleitet. Überdies treten parallel zur Aphasie überhäufig neuropsychologische Symptome wie Beeinträchtigung der Aufmerk-

samkeits- und Konzentationsleistungen, des Gedächtnisses, des psychomotorischen Tempos, der Ausführungen von Bewegungs- und Handlungsabläufen, der Orientierung, der auditiven und visuellen Wahrnehmung, logischer Denkprozesse und der Affektivität auf.

Behandelnde Berufsgruppen

Aphasien werden vorrangig von Neuro- und Patholinguisten, klinischen Linguisten (BKL), Logopäden und Sprachheilpädagogen behandelt.

Aphasie verändert die Lebenssituation

»Menschsein« und der »konkrete Alltag« hängen an Sprache und Kommunikation. Alltags- und Berufsleben ist ohne Sprache und Kommunikation nicht vorstellbar, sodass der Verlust oder der teilweise Verlust von Sprache nicht nur isoliert auftritt, sondern auch zu enormen Veränderungen im Leben des Betroffenen selbst führt, und auch zu gleichen Teilen zu Veränderungen im Leben der Angehörigen. Die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld oder in eine berufliche Tätigkeit ist besonders erschwert. Innerhalb von Familien kommt es zu Rollenveränderungen und Konflikten; depressive Verstimmungen und psychische Begleiterscheinungen können sich ausweiten.

Wie erlebt sich der Aphasiker selbst

Durch Untersuchungen wurde gezeigt [16], dass neurologische Schädigungen nicht nur im engeren Sinne zu neurolinguistische Ausfällen führen, sondern dass sie auch soziale und psychische Prozesse in Gang setzen, die sich auf das Alltagsleben und auf das Sprachverhalten der Betroffenen auswirken.

Die folgenden Beispiele weisen darauf hin, dass das sprachliche Verhalten von Aphasikern durch aktive Kompensations- und Adaptionsversuche an die sich veränderten Lebens- und Sprachbedingungen geprägt sein kann [16]:

- Die Patientin sprach zunächst kaum und verbesserte sich dann rapide. Darauf angesprochen erklärte sie, dass sie sich zunächst zurückgehalten habe; sie habe noch nicht so viel zu sagen gehabt und sich nicht getraut.
- Der Patient gab an, sich in Gesprächen zurückzuhalten, da er längere Zeit brauche, um komplizierte sprachliche Strukturen zu äußern. Dadurch falle er auf. Wenn er einfacher spreche, habe er das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden.
- Der Patient gab an, dass er starke Aggressionen gegen sich selbst aufbaue, wenn er sich sprechen höre. Es könne dann sein, dass er sich stundenlang nicht mehr äußerte.
- Der Patient sei beim Sprechen immer so aufgeregt: »[...] bestimmt mache ich viele Fehler [...] ich bin ganz sicher dumm.«
- Die Patientin gab an, dass ihr manchmal ein Wort fehle. Sie rede dann einfach weiter, manchmal auch Blödsinn.

- Der Patient gab an, er habe zu Anfang unheimliche Angst gehabt, psychisch verrückt zu sein. Erst als er merkte, dass »Normale« auch hin und wieder Sprachprobleme haben, ließ das nach [...].

Entscheidend ist, dass der Mensch mit Aphasie testdiagnostisch nicht nur isoliert in seinen defizitären sprachlichen Strukturen wahrgenommen werden darf, sondern in seiner Gesamtheit als Mensch gesehen werden muss – im Besonderen auf der Ebene der veränderten Lebenssituation und auf der Ebene der Teilhabe.

Literatur

1. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M. Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. In: Stroke 2003; 34: 987-993.
2. Brookshire RH. Introduction to Neurogenic Communication Disorders. Mosby, Boston 1983.
3. De Bleser R, Colewa J et al. Lexikalische Modellorientierte Aphasiediagnostik. Hogrefe, Göttingen 2000.
4. Finkelnburg FC. Bericht: Niederrheinische Gesellschaft in Bonn. Medizinische Sektion. Sitzung vom 21.03.1870. Berliner Klinische Wochenschrift 1870; 7: 449-450, 460-462.
5. Grice HP. Logic and Conversation. In: Cole P, Morgan JL (eds). Syntax and semantics. Vol. 3, Academic, New York 1975.
6. Huber W et al. Aphasie. In: Hartje W, Poeck K. Klinische Neuropsychologie. 6. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006.
7. Huber W, Poeck K et al. Der Aachener Aphasie Test. Hogrefe, Göttingen 1983.
8. Huber W, Poeck K, Springer L. Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Patienten, Angehörige und Therapeuten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006.
9. Lutz L. Das Schweigen verstehen. Über Aphasie. 3. Aufl., Springer, Berlin 2004.
10. Meinzer M, Breitenstein C. Zur Notwendigkeit intensiver therapeutischer Intervention bei chronischer Aphasie. Aphasie und anverwandte Gebiete 2007/2008; 23: 7-21.
11. Poeck K, Hacke W. Neurologie. 12. Aufl., Springer, Berlin 2006.
12. Sacks O. Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Rowohlt, Reinbeck 1987.
13. Tesak J. Einführung in die Aphasologie, 2. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2006.
14. Tesak J. Geschichte der Aphasie. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2001.
15. Tropp-Erbild I. Katze fängt mit S an. Aphasie oder der Verlust der Wörter. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/M 1994.
16. Winnecken A, Mellies R. (1990): Aphasie und Emotionen. In: Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R (Hrsg). Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen, Westdeutscher Verlag, Opladen 1990.

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Winnecken
 Koordinator für Entwicklung & Konzept
 Aphasie-Zentrum Josef Bergmann gGmbH
 Sozial-medizinische Rehabilitationsstätte
 Josef-Bergmann-Str. 1
 49377 Vechta-Langförden
 E-Mail: Andreas.Winnecken@Aphasie-Zentrum.de