

Was bedeuten aphasische Symptome? Die Position von Goldstein und Gelb

Neurol Rehabil 2015; 21(6): 330–336
© Hippocampus Verlag 2015

H. Grötzbach¹, L. Spitzer²

Zusammenfassung

Aphasische Symptome werden typischerweise als Störungen der Sprache interpretiert, die als Folge einer Hirnschädigung auftreten. Während es in der Diagnostik darum geht, die Art und Schwere der Sprachstörungen zu bestimmen, ist es das Ziel der Therapie, die Störungen mit Hilfe sprachsystematischer Übungen zu beseitigen. Sowohl das diagnostische als auch das therapeutische Vorgehen werden jedoch durch die Überlegungen von Goldstein und Gelb in Frage gestellt, indem sie nachwiesen, dass sich aphasische Symptome in Abhängigkeit von der Situation verändern, in der ein Gespräch stattfindet. So erbringen Betroffene dann gute sprachliche Leistungen, wenn eine Gesprächssituation konkret ist. Umgekehrt nehmen die aphasischen Symptome zu, wenn Gesprächsinhalte abstrakt sind. Für eine erfolgreiche Aphasitherapie bedeutet dies eine Abkehr von abstrakten, dekontextualisierten Therapiesituationen und eine Hinwendung zu kontextsensitiven Vorgehensweisen.

Schlüsselwörter: Transparenz-Annahme, Lokalisations-Annahme, abstrakte Haltung, konkrete Haltung, kontext-sensitive Aphasitherapie

1 *Asklepios Klinik Schaufling*
2 *Sektion Neuropsychologie,
Klinik für Neurologie,
Medizinische Fakultät,
RWTH Aachen*

Einleitung

Aphasien sind als Störungen der Sprache definiert, die nach abgeschlossenem Spracherwerb meist aufgrund einer Schädigung der linken Hirnhälfte auftreten [29]. Sie wirken sich auf die Betroffenen und ihre Angehörigen immer einschneidend und häufig auch lang anhaltend aus: Denn liegen Störungen in der Sprachproduktion oder im Sprachverständnis vor, sind Unterhaltungen entweder gar nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich. Bestehen darüber hinaus Schwierigkeiten in der Schriftsprache (Alexie und Agraphie), kann die Zeitung nicht mehr gelesen und nicht mehr fehlerfrei geschrieben werden. Schließlich führen Beeinträchtigungen in der Zahlenverarbeitung (Akalkulie) dazu, dass der Umgang mit dem Geld oder mit der Uhr und das Rechnen erschwert sein können.

Zur Diagnose der aphasischen Symptome steht eine Reihe von psychometrisch validen Messinstrumenten zur Verfügung [5, S. 8]. Obwohl sie sich im Aufbau und in der Durchführung teilweise erheblich voneinander unterscheiden, basieren alle auf der Annahme, dass die Symptome als unmittelbare Konsequenz einer gestörten sprachlichen Fähigkeit auftreten. Um welche Fähigkeit es sich handelt, lässt sich an der Art des Symptoms erkennen (»Transparenz-Annahme«, s. dazu [7]). So spiegeln

- phonematische Paraphasien und phonematische Neologismen Störungen des phonologischen Wissens,
- Wortbildungs- und Flexionsfehler Störungen des morphologischen Wissens,

- Agrammatismus und Paragrammatismus Störungen des syntaktischen Wissens,
- Wortfindungsstörungen, semantische Paraphasien und semantische Neologismen Störungen des semantischen Wissens,
- Logorrhö und ein Verlust des »roten Fadens« Störungen des pragmatischen Wissens und
- Sprachautomatismen und »recurring utterances« eine Störung des gesamten sprachlichen Wissens

wider. Die Symptome lassen jedoch nicht nur Rückschlüsse auf die jeweils zugrundeliegende sprachliche Störung zu, sondern einige von ihnen werden auch zur Definition von Aphasiesyndromen verwendet [21]. Dabei zeigen Sprachautomatismen eine globale Aphasie und Wortfindungsstörungen eine amnestische Aphasie an, während der Agrammatismus auf eine Broca-Aphasie und der Paragrammatismus auf eine Wernicke-Aphasie hindeuten.

Die Transparenz-Annahme wird durch die Vorstellung ergänzt, dass sich das sprachliche Wissen in umschriebenen Gebieten der linken Hirnhälfte lokalisieren lässt (»Lokalisations-Annahme« [33]). So werden das morphologisch-syntaktische Wissen sowie die Sprachproduktion der vorderen Sprachregion (Broca-Areal) und das semantisch-phonologische Wissen sowie das Sprachverständnis der hinteren Sprachregion (Wernicke-Areal) zugeordnet. Oberhalb des Wernicke-Areals wird im Gyrus angularis außerdem das Lesen lokalisiert (Abb. 1).

Die Rationale der Lokalisations-Annahme reicht bis weit in die Anfänge der Aphasologie zurück. Denn schon Paul Broca [6] und Carl Wernicke [35] führten Autopsien mit dem Ziel durch, einen Zusammenhang zwischen den aphasischen Symptomen einerseits und Läsionsorten in der linken Hemisphäre andererseits herzustellen. Die Ergebnisse dieser und weiterer Lokalisationsstudien mündeten in der Erstellung einer Vielzahl von Schemata, in denen die (gestörte) Sprachverarbeitung auf der Grundlage der Hirnanatomie erklärt wird [33]. Zwei der bekanntesten Schemata dürften das Wernicke-Lichtheim-Schema [27, S. 208] und das Wernicke-Schema [35, S. 19] sein, das in **Abbildung 2** zu sehen ist.

Kritik an der Transparenz- und Lokalisationsannahme

Die Transparenz- und Lokalisations-Annahme haben in der Aphasologie zwar eine lange Tradition, dennoch sind sie immer wieder kritisiert worden [34]. Gegen die Lokalisations-Annahme sprechen die Befunde, dass Läsionen im klassischen Broca- und Wernicke-Areal nur selten zu den Symptomen führen, die nach den Schemata (**Abb. 2**) zu erwarten sind [24]. Mehr noch: Der Versuch, mit Hilfe von Bildgebungsverfahren bestimmte sprachliche Fähigkeiten umschriebenen Gebieten der linken Hemisphäre zuzuordnen, ist bislang fehlgeschlagen. Damit bleibt nach vielfältigen Forschungsbemühungen die Erkenntnis, »dass das sprachliche System (...) wie ein Netz aufgebaut ist. Es gibt zwar Schwerpunkte in der Spezialisierung, aber die Zusammenarbeit ist essentiell für eine gute sprachliche Leistung« [28, S. 213].

Zu den Kritikern der Transparenz-Annahme gehört beispielsweise Max Isserlin, der den Agrammatismus nicht auf eine bloße Störung des morphologisch-syntaktischen Wissens, sondern auf ein »aus der Sprachnot (...) entsprungenes Einstellungsphänomen« zurückführt [23, S. 395]. Die »Sprachnot« besteht aus dem Problem, dass die Patienten mehr Zeit als vor Beginn ihrer Erkrankung für die Überlegung benötigen, welche Funktionswörter und Flexionsendungen in einem Satz gebraucht werden. Sie lassen diese Elemente daher weg, um ihre Absichten trotz des Zeitdrucks, unter dem Gespräche stehen, ausdrücken zu können. Zur Illustration der »Sprachnot« zitiert Isserlin einen Patienten, der schreibt:

»Aber wie viele Schwierigkeiten oft bei dem kleinsten Sätzlein muss der Sprachgestörte überwinden, das (sic!) ein gesunder Kopf nur mechanisch aussprechen kann. Der kranke Kopf muss ganz bewusst tun, was er sprechen will. (...) Da muss man das betreffende Wort und seine Artikulation genau kennen, dann probieren, wie der Artikel lautet, die Stellung einzelner Wörter und das Verbum kennen, ob es haben oder sein verlangt, ob es aktiv oder passiv, persönlich oder unpersönlich angewandt wird, ob es im Singular oder Plural steht usw. Da diese Erwägungen aber sehr schnell hintereinander folgen müssen, so schleichen sich viele Fehler ein oder

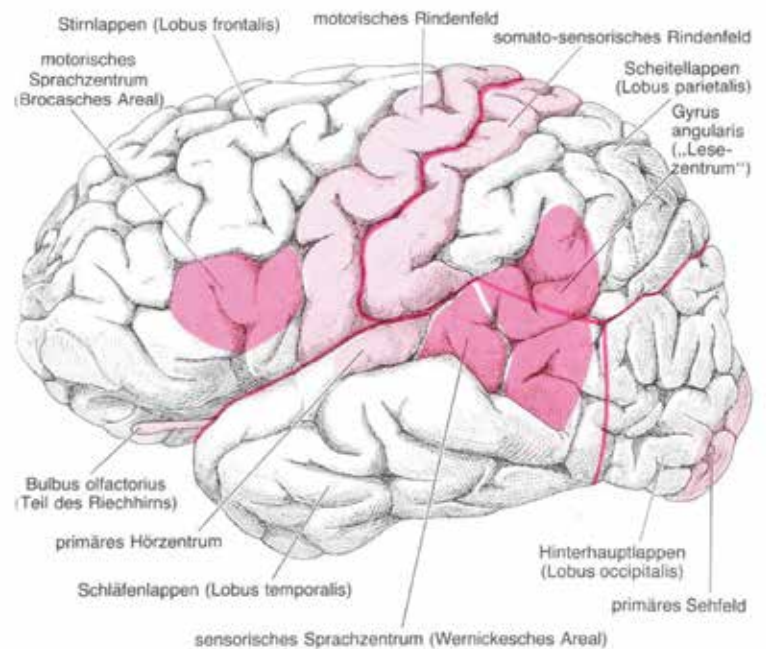


Abb. 1: Die linkshemisphärische Lokalisation von Sprache [11, S. 115]

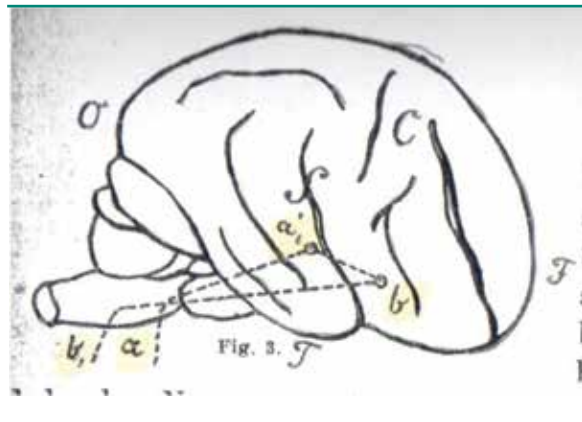


Abb. 2: Das Wernicke-Modell [35, S. 19]

a = Eintrittsstelle des N. acusticus in die Oblongata; a1 = zentrale Ende des N. acusticus; b = zur Lautproduktion gehörige Bewegungsvorstellungen; b1 = Bahn der lautbildenden Bewegungsnerven in die Oblongata

aber weiß man, wie es oft vorkommt, überhaupt nicht, worüber man gerade sprechen wollte. Darum wende ich, um diesen Übelständen auszuweichen, oft den Telegrammstil an.« [23, S. 399–400, Hervorhebung durch die Autoren]

Der Gedanke, dass der Agrammatismus eine strategische Entscheidung der Patienten darstellt, ist später von Goldstein [13] und in der Adaptationshypothese [26] wieder aufgegriffen worden. Nach der Hypothese ist die reduzierte Syntax des Agrammatismus zwar sprachlich suboptimal, sie hat jedoch den Vorteil, dass sie eine effektive Anpassung an die »Sprachnot« bedeutet. Ein

Aphasic symptoms evaluated by Goldstein and Gelb

H. Grötzbach, L. Spitzer

Abstract

Aphasic symptoms are typically understood as speech disorders caused by brain injuries. While clinical diagnostics strive to determine the nature and severity of speech disorders, speech therapy aims to reduce the symptoms through systematic exercises. Both, the diagnostic and therapeutic procedure are challenged by Goldstein and Gelb as their studies showed that aphasic symptoms crucially depend on the situational context of a conversation: In concrete situations patients show better linguistic skills than in abstract situation where their linguistic difficulties increase. These findings require for a successful aphasia therapy to move away from abstract, decontextualized exercises towards therapeutical settings consisting of context-sensitive approaches.

Keywords: transparency condition, localization theory, abstract attitude, concrete attitude, context-sensitive aphasia therapy

Neurol Rehabil 2015; 21 (6): 330–336

© Hippocampus Verlag 2015

weiterer Vorteil ist, dass der Agrammatismus nicht gesondert gelernt werden muss, sondern als sprachliche Variante allen Sprechern zur Verfügung steht. So finden sich agrammatische Konstruktionen in den Zweiwort-Sätzen von Kleinkindern (»Ball spielen«), im Ausländer-Deutsch (»Du Käse kaufen«) und in Zeitungs-Schlagzeilen (»zwei Verbrecher verhaftet«).

Die Verwendung des Agrammatismus als strategische Entscheidung ist jedoch an Voraussetzungen gebunden. Zu ihnen gehören, dass sich die Patienten ihres Problems bewusst sind und in der Adaptation ein wirksames Mittel sehen, um ihr Problem zu lösen [vgl. 19]. Fehlen diese Voraussetzungen, werden vorschnelle Entscheidungen getroffen, die zu einer beliebigen Wahl von Funktionswörtern und Flexionsendungen führen. Dadurch entsteht der Paragrammatismus, der gerade durch den Gebrauch vieler falscher Funktionswörter und Flexionsendungen gekennzeichnet ist [22]. Die Opposition von Agrammatismus und Paragrammatismus [25] erklärt sich damit nicht durch unterschiedliche syntaktische Störungen, sondern durch eine vorhandene und fehlende Anpassung an die »Sprachnot«.

Gegen die Transparenz-Annahme spricht jedoch nicht nur die Adaptationshypothese. Vielmehr wird sie auch durch die Beobachtung von Goldstein in Frage gestellt, dass sich die aphasischen Symptome in Abhängigkeit von der Situation verändern, unter der ein Gespräch stattfindet [12, S. 22]. Mit dieser Beobachtung wird eine Erfahrung aufgegriffen, die vermutlich schon viele gemacht haben: Es lässt sich häufig beobachten, dass Patienten mit einer Aphasie beispielsweise in der Therapie, in der sie optimale Unterstützung erhalten, weitaus weniger gute sprachliche Leistungen erbringen als in Situationen, in denen sie sich z. B. mit ihren Angehörigen über ein für sie interessantes Thema unterhalten. Der Leistungsunterschied kann zwar dadurch erklärt werden, dass die Patienten in der Therapie

weniger motiviert sind als für häusliche Gespräche, Goldstein [13] und Gelb [10] gehen jedoch davon aus, dass die jeweilige Situation selbst die aphasischen Symptome beeinflusst.

Aphasische Symptome in konkreten und abstrakten Situationen

Wie sehr sprachliche Leistungen von der jeweils vorliegenden Situation bestimmt werden können, verdeutlicht eine Anekdote von Gelb [10]. Er las einem Betroffenen eine »Gewitter-Geschichte« mit der Bitte vor, sich den Inhalt zu merken, um ihn anschließend wiederzugeben. Das Ergebnis war, dass der Betroffene unmittelbar nach dem Vorlesen der Geschichte nur einzelne Wörter ohne Sinnzusammenhang äußern konnte. Eine Zeit später erzählte Gelb dem Betroffenen dieselbe Geschichte als persönliches Erlebnis nochmals. Der Betroffene folgte der Erzählung nun auf eine ganz andere Weise: »Der Kranke hörte plötzlich ganz anders zu; er ist ganz bei der Sache, und noch mehr: ist der Bericht vorbei, so erzählt er seinen Kameraden, was »dem Professor passiert ist« [10, S. 266]. Gelb führt die unterschiedlichen Leistungen darauf zurück, dass es eine hohe Anforderung an den Betroffenen darstellte, der vorgelesenen Geschichte zuzuhören. Denn »um zuzuhören, muss man sich von der augenblicklichen Situation, in der man sich befindet, losreißen (sic!) und einer anderen Sache zuwenden, die in keinem inneren Zusammenhang mit der konkreten Situation selbst steht« [10, S. 266]. Im Gegensatz zu der abstrakten Situation des Vorlesens handelt es sich bei der erzählten Geschichte um eine konkrete Situation, die für den Betroffenen einfacher zu bewältigen war.

Auch in anderen Experimenten machte Gelb [10] die Beobachtung, dass der Grad der Abstraktheit einer Situation die kognitiven Leistungen der Patienten beeinflusst. Dabei gilt, je abstrakter eine Situation ist, desto schwerer fällt es den Patienten, sich sprachlich darauf einzustellen [10, 12]. Umgekehrt, je konkreter eine Situation ist, desto besser gelingt es den Betroffenen, sich sprachlich zu beteiligen. Als konkret werden Situationen bezeichnet, die im Hier und Jetzt stattfinden. Sie ermöglichen es den Betroffenen, unmittelbar, situativ und intuitiv zu handeln [14].

Abstrakte Situationen, wie die beim Zuhören einer vorgelesenen Geschichte, führen dazu, dass sich die Betroffenen vom Hier und Jetzt lösen und damit eine Distanz zu ihrer momentanen Umwelt aufbauen müssen. Dadurch werden sie gezwungen, bewusst und diskursiv, d. h. reflektierend, vorzugehen. Zur Reflexion gehört, dass

- verschiedene Entscheidungsoptionen zu bedenken, abzuwägen und zu verbalisieren sind;
- von einer Situation auf eine andere zu schließen ist;
- eine Metaebene einzunehmen und aus dieser Perspektive heraus zu argumentieren ist;

- in einem Gespräch das Wesentliche zu erkennen und sich darauf zu beziehen ist;
- abstrakte Kategorien zu bilden und zu hierarchisieren sind;
- im Voraus zu planen und dies zu verbalisieren ist

[14]. Für die Bewältigung von abstrakten Situationen ist somit eine Vielzahl von kognitiven Prozessen notwendig, auf die Patienten mit einer Hirnschädigung nicht (mehr) zugreifen können. Denn als Folge der Hirnläsion werden die Betroffenen »in dem Sinne »primitiv«, dass (...) [sie] mit den Dingen der Umwelt nur noch praktisch (...) [umgehen], aber keine theoretisch-erkennende Haltung ihnen gegenüber (...) [einnehmen können]« [10, S. 249]. Indem die Patienten zu »weniger rationalen, unmittelbar tuenden Menschen geworden sind« [10, S. 265], können sie abstrakt-reflektierende Fähigkeiten nur noch sehr eingeschränkt nutzen. Im Falle einer Aphasie nehmen die sprachlichen Symptome daher um so mehr zu, je abstrakter eine Situation wird. Gelb schreibt:

»Die Welt, in der sie [d.h. die Patienten] leben, ist ärmer und bedürftiger geworden, sie kennt nur einen sehr beschränkten Aufgabenkreis. In ihr gibt es nur solche Aufgaben, die aus der präsenten Situation erwachsen; Aufgaben dagegen, die darüber hinaus gehen, bleiben diesen Kranken verschlossen, d.h. sie hören auf, dem Kranken ihren Sinn zu enthüllen. Wo aber der Sinn einer Aufgabe nicht aufgeht, fällt die Aufgabe als solche fort.« [10, S. 268] Die Annahme von Gelb erklärt auch, warum es Betroffenen trotz einer ausgeprägten Aphasie häufig gelingt, in emotionalen Situationen sprachlich korrekt zu reagieren. So können Patienten beispielsweise aus dem Affekt heraus (korrekt) fluchen, da sie sich dabei im Hier und Jetzt befinden. Dies ermöglicht ihnen, Sprache unbewusst, intuitiv und ohne Reflexion zu verwenden.

Im Vergleich zur affektiven Sprache ist für die reaktive Sprache ein weitaus höheres Maß an Reflexion notwendig. Zur reaktiven Sprache zählen z. B. Antworten auf Fragen. Die antwortende Person muss die gestellte Frage nicht nur verstehen, sondern auch interpretieren. Selbst wenn eine Gesprächssituation recht konkret ist und eine Frage im Gesprächskontext auftritt, so benötigt der Antwortende dennoch ein gewisses Maß an Reflexionsfähigkeit, da über eine mögliche Antwort nachgedacht und aus verschiedenen Antwortalternativen eine ausgesucht werden muss. Hargie [18] spricht in seiner Kommunikationstheorie davon, dass mögliche Konsequenzen verschiedener Optionen zu bewerten sind und zeitgleich diejenige Alternative zu wählen ist, die den eigenen Wünschen am besten entspricht. Für das Interpretieren und Abwägen ist eine rein intuitive Reaktion, wie bei der affektiven Sprache, nicht ausreichend.

Von der reaktiven Sprache grenzt Gelb [10] die Spontansprache ab, die einem Sprecher ebenfalls Initiative und somit einiges an Reflexion abverlangen. So ist in der

Spontansprache das Thema zu bestimmen und zu überlegen, an welcher Stelle eines Gesprächs ein Redebeitrag passt. Dabei ist auf die Richtung des Gesprächs sowie auf Themenwechsel zu achten [15]. Dennoch handelt es sich bei Gesprächen um konkrete Situationen, wenngleich die Gesprächsinhalte im Grad der Abstraktheit variieren können.

Ein noch höheres Ausmaß an Reflexion wird den Betroffenen in sprachtherapeutischen Übungssituationen, wie z. B. bei Nachsprech- und Benennaufgaben, abverlangt. Denn auf das Nachsprechen und Benennen müssen sich die Betroffenen bewusst einlassen und sich dadurch von der gegenwärtigen Situation distanzieren. Wie sich dies auswirkt, wird durch die Anekdote eines Patienten illustriert, der Gelb erzählte, dass er etwas auf dem Versorgungsamt zu erledigen hatte. Während der Unterhaltung gelang es dem Patienten, das Wort »Versorgungsamt« flüssig auszusprechen. In einer nachfolgenden Nachsprechaufgabe konnte er aber dasselbe Wort nicht mehr fehlerfrei artikulieren.

Das Benennen von Realgegenständen oder Bildkarten hat ebenfalls wenig mit alltäglichen, konkreten Situationen gemeinsam. Darüber hinaus ist es pragmatisch unsinnig, da ein geteiltes Wissen zwischen Sprecher und Hörer, wie beim Objekt- oder Bildkarten-Benennen, nur in Ausnahmefällen zur Sprache gebracht wird. Betroffene müssen bei Benennaufgaben daher sowohl abstrahieren als auch gegen pragmatische Regeln handeln. Beides verlangt ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit, für die eine intuitive Sprache nicht ausreichend ist. Gelb merkt dazu an, dass »ein Wort, welches sie [d.h. die Patienten] als »Bezeichnung« nicht zur Verfügung haben, (...) ihnen als Bestandteil ihrer reaktiven Sprache erhalten geblieben sein [kann]« [10, S. 251]. Damit verweist er auf Situationen, in denen Betroffene in der Therapiestunde Schwierigkeiten mit der Wortfindung haben, obwohl sie die gleichen Wörter in einem eventuell anschließenden Gespräch mühelos abrufen können.

Aus den Beobachtungen von Gelb [10] ergibt sich eine Schwierigkeitshierarchie für Sprache, wobei die geringsten Störungen für die affektive Sprache und ausgeprägte Defizite für das Nachsprechen und Benennen zu erwarten sind. Die Hierarchie mit ihrem bestimmenden Faktor »Grad der Abstraktheit« ist in **Tabelle 1** zu sehen.

Tabelle 1: Grad der Abstraktheit in verschiedenen Situationen und Übungen (eigene Darstellung in Anlehnung an Gelb [10])

Grad der Abstraktheit	Situation/Übung
niedrig	Affektive Sprache, z. B. fluchen, Reihen ergänzen
	Reaktive Sprache, z. B. Antworten auf Fragen
	Spontansprache
	Nachsprechen
hoch	Benennen

Bedeutung der Position von Gelb und für die Aphasiotherapie

Für die Aphasiotherapie ergibt sich aus den Annahmen von Gelb [10] zum einen die Frage, wie sprachliche Übungen möglichst konkret gestaltet werden können. Zum anderen stellt sich die Frage, wie die Fähigkeit zur Reflexion gefördert werden kann, damit Betroffene auch in abstrakten Situationen sprachlich zurechtkommen.

Konkrete Therapiesituationen werden geschaffen, indem Übungen zur Förderung der reaktiven Sprache durchgeführt werden [10]. Dazu gehören Aufgaben, bei denen die Patienten verschiedene Fragen zur Person erhalten. Die Fragen sollten zunächst geschlossen sein, damit sie lediglich mit einem »ja« oder »nein« beantwortet werden können. Als Steigerung bieten sich im Verlauf offene Fragen an. Beispiele für geschlossene und offene Fragen sind:

- Sind Sie verheiratet?
- Haben Sie Kinder?
- Wie alt sind Sie?
- Was essen Sie am liebsten?

Neben den Fragen zur Person können Themen diskutiert werden, die sich aus der Biographie eines Betroffenen ergeben. Ist ein Patient beispielsweise leidenschaftlicher Golfspieler, können Fragen zum Thema Golf im Vordergrund stehen.

An die Übungen zur reaktiven Sprache können sich Übungen zur Spontansprache anschließen, wie es im Rahmen von Rollenspielen bereits von verschiedenen Autoren vorgeschlagen worden ist [8, 16, 31]. Dabei sollten ebenfalls Themen im Vordergrund stehen, die für einen Patienten relevant sind.

Übungen zum Benennen, die Gegenstand vieler Therapiekonzepte sind [u. a. 29, 32], sollten in einem sinnvollen Kontext stattfinden. Möglich ist, dass nach der Durchführung eines Rollenspiels die im Rollenspiel verwendeten Requisiten benannt werden (z. B. Golfschläger, Golfball). In Verbindung mit der reaktiven Sprache kann das Thema zudem durch konkrete Fragen vertieft werden, z. B.:

- Was braucht man alles zum Golfspiel?
- Wie sieht Ihre Golfausrüstung aus?
- Was müssen Sie beim Golfspielen beachten?

Eine weitere Möglichkeit, in konkreten Situationen zu arbeiten, ist eine Therapie gemeinsam mit einem Betroffenen und seinen Angehörigen. Dabei werden den Angehörigen Strategien vermittelt, wie sie im Gespräch auf den Betroffenen eingehen und ihn fördern können [30]. Dabei ist es nicht nur das Ziel, Informationen ohne Missverständnisse auszutauschen, sondern es geht auch darum, eine konstruktive Interaktion zwischen den Gesprächspartnern zu schaffen [20]. Simmons-Mackie et al. [30] konnten in ihrem Review zeigen, dass die Arbeit mit Angehörigen zu einer Verbesserung der sprachlichen Aktivitäten und der Teilhabe von Betroffenen mit einer chronischen Aphasie führt.

Beckley et al. [2] gehen in ihrem Therapiekonzept ebenfalls von einer Gesprächssituation zwischen Patient und Angehörigen aus. Sie begrenzen ihre Intervention jedoch nicht auf die Arbeit mit den Angehörigen, sondern sie arbeiten mit beiden Gesprächspartnern. Dabei stellen sie bewusst konkrete Situationen und deren Reflexion in den Mittelpunkt der Therapie. Ihre Absicht ist, dass beide Gesprächspartner Erfahrungen in konkreten Situationen sammeln. Anschließend sollen sie über ihre Erfahrungen reflektieren und über Verbesserungen nachdenken, um diese daraufhin umzusetzen und dadurch erneut Erfahrungen zu sammeln. Ihr Therapiekonzept, das sich in drei Phasen gliedert, ist in **Tabelle 2** zusammengefasst dargestellt.

Die Autoren evaluierten ihr Konzept in verschiedenen Einzelfallstudien [3, 2, 4]. Es ergab sich zum Teil eine signifikante Zunahme von eingesetzten Kommunikationsstrategien, wie z. B. der Einsatz von Mimik, Gestik, Schrift oder Umschreibungen [3, 2]. Zudem profitierten die Patienten von der Intervention zum Teil auch sprachsystematisch [2].

In welchem Ausmaß das Konzept auch die Fähigkeit zur Reflexion verbessert, wurde in den Studien nicht geprüft. Andere Übungen bzw. Therapieansätze zur Förderung der Reflexivität von Personen mit einer Aphasie sind bislang nicht bekannt. Es sind daher weitere Überlegungen notwendig, wie Betroffene auf die sprachliche Bewältigung abstrakter Situationen vorbereitet werden können.

Fazit

In der Geschichte der Aphasologie haben die Lokalisations- und die Transparenz-Annahme eine lange Tradition, die sich unverändert in vielen der gängigen Therapieansätze widerspiegelt. In den Ansätzen werden typischerweise einzelne sprachliche Fähigkeiten (z. B. Phonologie, Morphologie, Syntax oder Semantik) in abstrakten und dekontextualisierten Therapiesituatio-

Tabelle 2: Das Therapiekonzept von Beckley et al. [2] (eigene Darstellung)

Phase	Vorgehen
1	Patient und Angehörige nehmen im Alltag verschiedene Gesprächssituationen auf Video auf. Es handelt es sich um konkrete Alltagssituationen. Anschließend wird eine Sequenz aus den Aufnahmen gemeinsam mit der Sprachtherapeutin besprochen.
2	In der Besprechung wird überlegt, an welchen Stellen es in der Unterhaltung zu Schwierigkeiten kam und warum. Daraufhin werden Strategien überlegt, die es ermöglichen sollen, die analysierten Schwierigkeiten zu umgehen (z. B. Einsatz von Gestik oder Schrift als Kompensation; Umschreibung bei Wortfindungsstörungen).
3	In anschließenden Rollenspielen werden die erarbeiteten Strategien erprobt. Die Sprachtherapeutin nimmt eine außenstehende Position ein: Sie beobachtet den Ablauf und das Gesprächsverhalten und kann eingreifen, wenn das Gespräch bzw. die Anwendung der Strategien nicht mehr zielführend sind.

nen behandelt. Mit der Behandlung ist die Hoffnung verknüpft, dass Verbesserungen einzelsprachlicher Fähigkeiten zu Fortschritten in sprachlichen Aktivitäten (z. B. sich unterhalten können) führen [5]. Die Beobachtungen von Isserlin [23], Gelb [10] sowie Goldstein und Scheerer [14] lassen jedoch Zweifel an den Ansätzen aufkommen. Denn der Gedanke einer dekontextualisierten Therapie verkennt, dass die Patienten von abstrakten Aufgaben sehr viel weniger profitieren als von Aufgaben, die in konkrete Situationen eingebettet sind. Mehr noch: Die abstrakten Therapiesituationen können die Betroffenen vor nicht zu lösende Herausforderungen stellen. Schließlich wird mit den typischen Therapieansätzen das zugrunde liegende Problem der Patienten, auf die Bewältigung konkreter Situationen reduziert zu sein, nicht aufgegriffen. Um Patienten darin zu unterstützen, sich auch an abstrakten Situationen sprachlich zu beteiligen, gilt es zukünftig, entsprechende Therapiekonzepte zur Förderung der Reflexionsfähigkeit zu entwickeln und zu evaluieren.

Erste therapeutische Ideen dazu finden sich in dem Konzept von Beckley et al. [2]. Die Autoren verzichten bewusst auf das Üben von einzelsprachlichen Leistungen und stellen stattdessen die Gespräche zwischen Patienten und ihren Partnern in den Vordergrund der Therapie. Ausgangspunkt sind dabei die Gespräche zwischen ihnen, die anschließend gemeinsam mit der Therapeutin analysiert, reflektiert und daraufhin erneut ausprobiert werden. Therapeutisch ergeben sich daraus zwei Vorteile: Zum einen handelt es sich bei den analysierten Gesprächen um konkrete kontextnahe Situationen, und zum anderen wird durch die Nachbesprechung die Reflexionsfähigkeit der Betroffenen gefördert. Im Gegensatz zur herkömmlichen Aphasiotherapie nimmt die Sprachtherapeutin dabei eine andere Rolle ein, bei der v. a. die Beobachtung, Begleitung und Beratung der Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Es geht damit weniger darum, passende Objekte oder Bildkarten zum Benennen auszuwählen, sondern im Sinne eines Top-down-Zielsetzungsprozesses [9, 17] alle sprachlichen Fähigkeiten zu beachten und bei Schwierigkeiten passende Hilfestellungen und Strategien anzubieten.

Die Überlegungen von Goldstein und Gelb stellen für die Aphasiotherapie keinen bloßen Tapetenwechsel dar. Vielmehr brechen sie mit der langjährigen Tradition, sprachliche Fortschritte beispielsweise durch Benennübungen zu erreichen, die im Mittel zwei- bis dreimal pro Woche für 45 Minuten in Therapiezimmern stattfinden [1]. Natürlich erfordert es Mut, vertraute Pfade zu verlassen. Der Mut wird jedoch durch die Aussicht belohnt, den Wunsch der Patienten zu erfüllen, (wieder) an Gesprächen teilnehmen zu können.

Literatur

1. Asmussen L, Bremer W, Heldt C, Krüger ST. Therapiefrequenz in der ambulanten logopädischen Praxis. Literaturstudie, Onlineumfrage, Experteninterviews. *Forum Logopädie* 2013; 27: 12-19.
2. Beckley F, Best W, Johnson F, Edwards S, Maxim J, Beeke S. Conversation therapy for agrammatism: Exploring the therapeutic process of engagement and learning by a person with aphasia. *Int J Lang Commun Disord* 2013; 48: 220-239.
3. Beeke S, Beckley F, Johnson F, Heilemann C, Edwards S, Maxim J, Best W: Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology* 2015; 29: 355-377.
4. Beeke S, Maxim J, Best W, Cooper F. Redesigning therapy for agrammatism: Initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study. *J Neurolinguistics* 2011; 24: 222-236.
5. Beushausen U, Grötzbach H. Evidenzbasierte Sprachtherapie. *Grundlagen und Praxis*. München: Elsevier 2011.
6. Broca P. Perte de la parole, ramollissement chronique de destruction partielle du lobe antérieur gauche du cerveau. *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris* 1861; 2: 235-238.
7. Caramazza A. The logic of neuropsychological research and the problem of patient classification in aphasia. *Brain and language* 1984; 21: 9-20.
8. Coopmans J. Alltagsrelevante Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 2007; 21: 6-13.
9. Frommelt P, Grötzbach H. Die ICF und das Modell einer kontextsensitiven Neurorehabilitation. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2007; 78: 210-216.
10. Gelb A. Zur medizinischen Psychologie und philosophischen Anthropologie. *Acta Psychologica* 1937; 3: 193-272.
11. Geschwind N. Die Großhirnrinde. In: *Gehirn und Nervensystem*. Heidelberg: Spektrum 1988, 113-120.
12. Goldstein K, Marmor J. A case of aphasia, with special reference to the problems of repetition and word finding. *J Neurol Psychiatry* 1938; 4: 329-340.
13. Goldstein K. Über Aphasie. *Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 1927; 19: 3-38
14. Goldstein K, Scheerer M. Abstract and concrete behavior an experimental study with special tests. *Psychol Monogr* 1941; 53: 1-151.
15. Grice HP. Logic and conversation. In: Cole P, Morgan J. (ed): *Syntax and Semantics III: Speech Acts*. New York: Academic Press 1975, 41-58.
16. Grönke C, Mebus M. Aphasie-Partizipations-Training. Idstein: Schulz-Kirchner 2011.
17. Grötzbach H. Rehabilitation bei Sprach- und Sprechstörungen: Grundlagen und Management. In: P Frommelt, H. Lösslein (ed). *Neuro-Rehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Heidelberg: Springer 2010, 339-348.
18. Hargie O. Die Kunst der Kommunikation. *Forschung, Theorie, Praxis*. Bern: Huber 2013.
19. Heesch C. Agrammatism versus paragrammatism: A fictitious opposition. In: Kean ML (ed). *Agrammatism*. Orlando: Academic Press 1985, 207-248.
20. Hinckley J, Douglas N, Goff R, Nakano E. Supporting communication with partner training. In: N Simmons-Mackie, J King, D Beukelman (ed). *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*. Baltimore: Paul H Brookes 2013, 245-274.
21. Huber W, Poeck K, Springer L. *Klinik und Rehabilitation der Aphasie: Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Thieme 2006.
22. Huber W, Poeck K, Weniger D. Aphasie. In: Hartje W, Poeck, K. (ed). *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme 1997, 80-143.

23. Isserlin H. Ueber Agrammatismus. Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 1922; 75: 332-410.
24. Kessler J, Kalbe E, Heiss WD. Sprachstörungen – Phänomenologie, Diagnostik und Therapie der Aphasie. Bremen: Uni-Med 2003.
25. Kleist K. Aphasie und Geisteskrankheit. Münchener Medizinische Wochenschrift 1914; 61: 8-12.
26. Kolk HHJ, van Grunsven MJF, Keyser A. On parallelism between production and comprehension in agrammatism. In: Kean ML (ed). Agrammatism. Orlando: Academic Press 1985, 165-206.
27. Lichtheim L. Über Aphasie. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1885; 36: 204-268.
28. Rijntjes M, Weiller C. Bildgebung der Aphasie und ihrer Erholung: Ergebnisse und offene Fragen. In: Dettmers C, Weiller C (ed). Update Neurologische Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus 2005, 207-220.
29. Schneider B, Wehmeyer M, Grötzbach H. Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel, 6. Auflage. Berlin: Springer 2014.
30. Simmons-Mackie N, Raymer A, Armstrong E, Holland A, Cherney L. Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil 2010; 91: 1814-1837.
31. Spitzer L, Grötzbach H, Beushausen U. Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie. Bedeutung und Vorstellung einer teilhabeorientierten Therapie. Forum Logopädie 2013; 27: 24-29.
32. Stadie N, Schröder A. Kognitiv orientierte Sprachtherapie. München: Elsevier 2008.
33. Tesak J. Grundlagen der Aphasietherapie. Idstein: Schulz-Kirchner 2006.
34. Tesak J. Geschichte der Aphasie. Idstein: Schulz-Kirchner 2001.
35. Wernicke C. Der aphasische Symptomencomplex. Breslau: Cohn und Weigert 1874.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Holger Grötzbach, M. A.
Leiter Sprachtherapie
Asklepios Klinik Schaufling
Hausstein 2
94571 Schaufling
h.groetzbach@asklepios.com