

Carsten Kroker

SATK

**Saarbrücker Aphasie-
Therapie-Konzept**

Übungssammlung für die
Therapie und Zuhause

Manual

ISBN 3-935204-51-5

Inhalt

| | |
|---|-------|
| Einleitung | S. 5 |
| Ziel | S. 5 |
| Lerninhalte | S. 5 |
| Zielgruppe | S. 6 |
| Linguistische Grundlagen | S. 6 |
| Kritik am Modell | S. 8 |
| Therapie von Wortfindungsstörungen | S. 11 |
| Von der Theorie zur Praxis | S. 12 |
| | |
| Syntaxtherapie | |
| Zu Grunde liegende Theorie | S. 13 |
| Probleme | S. 14 |
| Therapeutische Konsequenzen | S. 14 |
| Vorgehen | S. 16 |
| Wirksamkeitsnachweis | S. 18 |
| Inhalt der Arbeitsblätter | S. 21 |
| Literatur | S. 23 |

Danksagung und Widmung

Ich möchte mich bei allen bedanken, die zur Entstehung dieses Buches beigetragen haben.

Dies waren vor allem mein Vater, Herr Ingo Kroker, der zahlreiche Stunden in der Saarbrücker Universitätsbibliothek zugebracht hat, um die entsprechende Literatur zu besorgen sowie Frau Martina Mamona, die mir bei der Durchführung der Therapien zur Wirksamkeitsstudie behilflich war.

Dieses Buch ist meiner Frau Izabela gewidmet.

Carsten Kroker

Impressum

Dieser Band ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Vervielfältigung, gleichgültig in welcher Form,
ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages
unzulässig.

Der rechtmäßige Erwerb des Bandes berechtigt zur
Nutzung der Arbeitsblätter als Kopiervorlagen zum
persönlichen Gebrauch.

ISBN 3-935204-51-5

1. Auflage, März 2006

ProLog Therapie- und Lernmittel OHG
Olpener Straße 124
51103 Köln

Telefon 0221/66 09 10
Telefax 0221/66 09 111

www.prolog-shop.de
info@prolog-shop.de

Einleitung

Das häufigste Problem, das sich uns in der ambulanten Aphasietherapie stellt, ist bis heute die Therapiefrequenz:

Wir stellen fest, dass eine Therapie, die nur einmal in der Woche stattfindet, keinen befriedigenden Erfolg zeigt (Schlenck und Mitarb., 2004). Häufig ist es vielen Betroffenen jedoch nicht möglich, in Zeiten ständig rigider werdender Heilmittelrichtlinien mehrmals wöchentlich zur Sprachtherapie zu erscheinen. Dass sowohl Patienten als auch Therapeuten mit diesem Zustand unzufrieden sind, zeigt das wachsende Angebot einer Reihe von Hausaufgabensystemen (z.B. Storch und Mitarb., 1999) sowie eine steigende Anzahl von Computerprogrammen zur Selbsttherapie bei Aphasie.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, ein Therapiekonzept zu entwickeln, mit dem Aphasiker (mit gelegentlicher therapeutischer Kontrolle) alleine üben können. Die Indikation für diese Art der Übung sollte auf jeden Fall durch den Therapeuten festgestellt, überwacht und ergänzt werden. Eine linguistische Begründung, basierend auf neueren neurolinguistischen Erkenntnissen, eine kleine Evaluationsstudie sowie die Tatsache, dass der Patient weder einen Computer besitzen noch mit diesem umgehen können muss, soll dieses Programm von anderen unterscheiden.

Lerninhalte

1. Allgemeine Lerninhalte

- Der Patient soll bei der Reorganisation seiner Sprache von Angehörigen unabhängig sein. Dabei sollte auch der Therapeut gegebenenfalls eingreifen und darauf bestehen, dass der Angehörige weder die Übungsbögen korrigiert, noch beim Ausfüllen derselben hilft. Der Patient erlangt durch das eigenständige Arbeiten ein Stück Selbständigkeit zurück. Dies ist wichtig für das Selbstwertgefühl. Ähnliche Effekte beschreibt auch Lutz (1997) bei der Selbsttherapie von Aphasikern. Ferner können Fehler einen Hinweis auf einen Therapieerfolg geben oder richtungweisend für symptom- bzw. modellorientierte Ansätze sein.
- Das Therapiekonzept ist für fünf Tage/Woche ausgelegt. Der Patient soll lernen, dass an der Sprachstörung zwar hart gearbeitet werden muss, um eine Veränderung hervorzurufen, aber dass sie nicht einziger Lebensinhalt sein darf. Mindestens ein Tag/Woche sollte ohne jegliche Therapie verbleiben.

Das Therapiekonzept zielt auf eine einmal wöchentlich erfolgende sprachtherapeutische Therapie ab.

Die Woche sollte wie folgt aufgeteilt werden:

- 1 Tag Sprachtherapie (beim Sprachtherapeuten)
- 5 Tage mit Hilfe dieses Konzeptes alleine zu Hause üben
- 1 Tag ohne jegliche Therapie

2. Sprachsystematische Lerninhalte

- Verbesserung der Wortfindung
- Verbesserung der schriftsprachlichen Fähigkeiten
- Konventionelle Syntaxtherapie:
 - 1. Subjekt-Prädikat
 - 2. Subjekt-Prädikat-Objekt
 - 3. Ich-Form
 - 4. Fragen

Anzumerken ist, dass dieses Programm im Wesentlichen der Verbesserung auf Wortebene dienen soll. Die Syntaxtherapie dient hauptsächlich der Konsolidierung derselben. Es wurde jedoch die Beobachtung gemacht, dass manche Patienten nach Abschluss der zweiten Lektion auch syntaktische Verbesserungen zeigten, die noch weiter ausgebaut werden konnten.

In bereits bestehenden neueren Therapieprogrammen, z.B. Modak (vgl. Lutz, 1997), wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass Aphasiepatienten möglichst wenig belastet und Therapieprogramme möglichst ansprechend gestaltet werden sollten. Diesem Aspekt entspricht das vorliegende Programm augenscheinlich nicht. Jedoch hat die klinische Erfahrung des Autors gezeigt, dass es scheinbar eine ganze Reihe von Patienten gibt, die eine gewisse Belastung wünschen. Dies hängt wohl auch von der Persönlichkeit des Patienten ab. So ist es ein Sportler beispielsweise gewohnt, durch sehr viel hartes und eintöniges Training zum Ziel zu kommen, und nicht wenige dieser Persönlichkeiten wenden das Prinzip „Erfolg durch harte Arbeit“ auch auf andere Bereiche des Lebens an. Des Weiteren nehmen viele Patienten (und auch Therapeuten) ein strukturiertes Üben mit erkennbarem Ziel sehr positiv auf (vgl. Storch und Mitarb., 1999).

Ferner wurde von Marshall und Mitarb. (1990) eine Gruppenstudie vorgelegt, in der ein ähnliches „Hausaufgabenkonzept“ beschrieben wurde. Ich stimme mit diesen Autoren darin überein, dass die meisten Patienten diese Art der Übungen keineswegs als eintönig oder zu belastend ansehen. Wenn man den Erfolg der vorliegenden Evaluationsstudie und die zeitliche Dauer des Programms (3-4 Monate/5-15 Minuten pro Tag) betrachtet, so sind nach Meinung des Autors Art und Umfang der Übungen auf jeden Fall vertretbar.

Zielgruppe

In Frage kommen Aphasien mit hauptsächlich expressiven Störungen. Lesesinnverständnis (auf Wortebene) sowie das Abschreiben einzelner Worte sollten halbwegs intakt sein.

Auch relativ isolierte Agraphien und Alexien können behandelt werden. Ferner sollte der Patient zu einer intensiven Therapie motiviert sein.

Sollte der Behandler in der Lage sein, eine modellgeleitete Diagnose zu erstellen (Logogenmodell) – z.B. mit Lemo (DeBleser und Mitarb., 2004) oder Wortproduktionsprüfung (Blanken u. Mitarb., 1999) – so dürfte der Erfolg am größten sein, wenn es sich bei den zu behandelnden Störungsbildern um Unterbrechungen zwischen visuellem Eingangsllexikon und semantischem System bzw. zwischen semantischem System und einem Ausgangsllexikon (phonologisch/orthographisch) handelt.

Der semantische Charakter des Programms könnte jedoch auch Einfluss auf das semantische System haben.

Das wichtigste Entscheidungskriterium jedoch ist, dass der Patient die ersten Arbeitsblätter alleine – eine geringe Fehlerquote ist statthaft – lösen kann.

Linguistische Grundlagen

1. Wortfindung

1.1. Fragestellungen bei Wortfindungsstörungen

Eingangs ist anzumerken, dass die meisten gängigen Studien das Problem Wortfindung gleichsetzen mit mündlichem Benennen von Bildern, da sich dieses wesentlich einfacher messen lässt als die Spontansprache. Diese sollte jedoch keinesfalls außer Acht gelassen werden, da ihre Verbesserung oberstes Ziel einer jeden sprachsystematischen Therapie ist.

Die ersten Theorien zu Wortfindungsstörungen waren zumeist monokausal, d.h. alle Benenndefizite wurden auf eine Ursache zurückgeführt. Bei der Deblockierungsmethode (vgl. Weigl, 1979) z.B. wurde ein Defizit im Bereich mündlichen Bildbenennens auf eine Blockierung des verbo-motorischen Outputkanals zurückgeführt.

Einige neuere Theorien – z.B. das Logogen-Modell (vgl. Kotten, 1997; Howard u. Mitarb., 1984) – nehmen verschiedene Ursachen für Benennstörungen an. Dies resultiert vor allem aus den Beobachtungen von Howard u. Mitarb, dass verschiedene Aphasiker auf unterschiedliche Cues (Hilfen) unterschiedlich reagieren. In der zitierten Studie handelte es sich vor allem um Anlauthilfen. So gibt es Patienten, die auch mit Anlauthilfe ein Wort nicht produzieren können, während andere ausschließlich von diesen Hilfen abhängig sind. Eine weitere Beobachtung ist, dass manche Aphasiker sogar auf semantisch verwandte Anlauthilfen reagieren. Legt man z.B. einem Patienten das Bild eines Löwen vor und gibt ein „T“ vor, so wird das Wort „Tiger“ produziert (vgl. Howard und Mitarb., 1984).

Einige andere Studien untersuchten Generalisierungseffekte durch verbales Lernen (vgl. Wiegel-Crump und Mitarb., 1973; Blanken, 1989). Die Frage hierbei war, ob man durch das Lernen weniger Worte Aphasikern dazu verhelfen kann, dass auch nicht gelernte Worte wieder produziert werden können. Auch hier kann man sich nicht generell festlegen. Die Frage, die hieraus natürlich entsteht, ist, ob man durch umfassende Erfassung der Symptome der Wortfindungsstörungen vorhersagen kann, ob durch verbales Lernen bei einem Patienten Generalisierungseffekte entstehen werden oder nicht. Relativ unumstritten hingegen haben viele Studien gezeigt, dass geübte Worte bei fast allen Aphasikern besser produziert werden können als ungeübte (vgl. Wiegl-Crump und Mitarb., 1973; Deloche und Mitarb., 1993; Blanken, 1989; Marshall und Mitarb., 1990; Lorenz und Mitarb., 2004; Howard und Mitarb., 1985). Ausnahmen könnten hier lediglich Patienten, bei denen auch mit maximalen Hilfen kein Wort stimulierbar ist, bilden.

1.2. Bildbenennung im Logogenmodell und Störungsmöglichkeiten

Nach dem visuellen Erkennen eines Bildes gelangt die Information ins „semantische System“ (bei manchen Autoren auch als „kognitives System“ bezeichnet). Hier werden semantische Informationen bezüglich des Bildes aktiviert.

Vom semantischen System aus wird die Wortform im phonologischen Ausgangslexikon aktiviert. Die aktivierte Phonemkette wird im phonologischen Arbeitsspeicher bis zum Aussprechen des Wortes abgespeichert.

Störungen sind auf allen genannten Verarbeitungsebenen möglich. Die nachfolgende Beschreibung geht von isolierten Fehlern aus; in der Praxis ist zu beachten, dass Störungen meist auf mehreren Verarbeitungsebenen zu suchen sind. Die angeführten Überlegungen gehen v.a. auf Howard und Mitarb. (1984) zurück.

1.2.1. Semantisches System

Eine Störung dieses Moduls wirkt sich auf fast alle Modalitäten gleich stark aus, Ausnahmen können lediglich sprachliche Leistungen bilden, die auch ohne Beteiligung der Semantik produzierbar sind, z.B. Nachsprechen, lautes Lesen sowie Diktatschreiben. Der Patient produziert semantische Paraphasien; ähnliche Schwierigkeiten zeigen sich auch im Sprachverständnis gerade bei semantisch verwandten Wörtern. Kann ein Patient ein Bild im Sinne einer Nullreaktion nicht benennen, so kann dies daran liegen, dass mehrere semantisch verwandte Einträge im phonologischen Ausgangslexikon aktiviert worden sind, von denen jedoch keiner den notwendigen Schwellenwert zur Weiterleitung in die nächste Verarbeitungsstufe erreicht. Eine Anlauthilfe kann meist zur Produktion des Wortes führen. Eine Anlauthilfe auf einen semantisch verwandten Eintrag kann auch diesen auslösen. Scheinbar ist es möglich, das semantische System weiter zu unterteilen. Mindestens in verbale und nonverbale (konzeptuelle) Semantik (vgl. Glindemann und Mitarb., 2002; Howard und Mitarb., 1984; Kotten, 1997).

Zumindest bei der Therapie konzeptueller Störungen konnten in verschiedenen Studien Generalisierungseffekte erzeugt werden. So gelang es z.B. Springer (1985) innerhalb einer Gruppenstudie, in der ein Gestentraining (VAT) völlig ohne Sprechen durchgeführt wurde, Benennleistung, Nachsprechen und Sprachverständnis bei einigen Patienten signifikant zu verbessern. Zur Diagnostik und Diskussion semantischer Störungen s.a. Glindemann und Mitarb. (2002).

1.2.2. (Teilweise) Unterbrechung zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon

Das Sprachverständnis ist erhalten. Anlauthilfen sind unwirksam, da keine Wortform im phonologischen Ausgangslexikon voraktiviert wurde. Die Benennstörung sollte inkonstant sein. D.h. gleiche Worte können in einer Testdurchführung benannt werden, in der nächsten wiederum nicht.

Für verschiedene erfolgreiche Therapien mit umfangreichen Generalisierungseffekten, die in älteren Studien (z.B. Wiegel-Crump und Mitarb., 1973) beschrieben wurden, wird eine Störung in hauptsächlich diesem Bereich unterstellt (Blanken, 1989). Es gab jedoch auch Studien, die keine Generalisierungseffekte außerhalb der Spontanremission fanden (z.B. Lorenz und Mitarb., 2004).

1.2.3. Erhöhte Schwellenwerte im phonologischen Ausgangslexikon

Das Sprachverständnis ist unbeeinträchtigt. Da sich diese Störung auf einzelne Lexikoneinträge bezieht, sind Wortfindungsstörungen weitestgehend konstant: Benennungen misslingen immer bei den gleichen Worten. Nur korrekte Anlauthilfen können ein Wort auslösen. Sollte trotzdem ein semantisch verwandter Eintrag stimuliert werden können, so wird dieser vom Patienten als falsch zurückgewiesen. Erfahrungen mit verbalem Lernen zeigen hier (z.B. Blanken, 1989), dass es zwar zum Lernerfolg von geübten Worten kommt, jedoch kein Transfer auf ungeübte Wortformen stattfindet. Die einzige Ausnahme bilden Homonyme (vgl. Blanken, 1989).

Kritik am Modell

Vermutlich wird Sprache nicht seriell, wie in dem Modell postuliert, sondern eher parallel verarbeitet (vgl. Bartels, 2001).

Viele Studien, die im Rahmen dieses Modells interpretiert wurden, wurden innerhalb einer Therapiephase durchgeführt, in der noch spontane Remissionen zu erwarten sind. Einschlusskriterium für die Studie von Seron und Mitarb (1979) war die Zeit mindestens einen Monat nach dem Ereignis, bei Wiegel-Crump u. Mitarb. (1973) waren es drei Monate (vgl. auch die Kritik von Kotten, 1989).

Einige Studien, z.B. Marshall u. Mitarb. (1990) sowie Lorenz und Mitarb. (2004), erzeugten nicht die gewünschten (oder nur minimale) Generalisierungseffekte bei

Therapie einer partiellen Unterbrechung zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon. Dies lässt vermuten, dass noch unbekannte Fähigkeiten für einen Lerntransfer notwendig sind. Denkbar wäre hier, ob es z.B. Deckeneffekte in der Therapie von Zugangsstörungen geben könnte. D.h., ob sich nur zu Therapiebeginn Generalisierungseffekte (unabhängig von Spontanremission!) zeigen und weitere therapeutische Bemühungen in diesem Bereich der Sprache nur noch geübte Items verbessern.

Die Vertreter des Logogenmodells postulieren nur Lerneffekte innerhalb der behandelten Einheit und empfehlen, auch nur die gestörten Prozesse zu behandeln. Dies ist gleichzusetzen mit einer Absage an linguistische Verfahren, die über Modalitätenverknüpfungen ans Ziel kommen. Dass Lerneffekte jedoch auch in anderen Modalitäten als der behandelten entstehen können, zeigen verschiedene Studien. So wurde durch eine rein schriftliche Therapie am PC scheinbar der Zugang zum phonologischen Outputlexikon verbessert (vgl. Deloche und Mitarb., 1993). Bei einer weiteren Studie (vgl. Marshall u. Mitarb., 1990) sollten Patienten in Heimarbeit alleine zu verschiedenen Bildern passende Wörter aus einer Auswahlmenge aussuchen. Hierbei verbesserte sich ebenfalls die Wortfindung, obwohl im Vortest eine partielle Unterbrechung zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon diagnostiziert wurde. Dieser Effekt wäre nur bei einer Störung des semantischen Systems zu erwarten gewesen. Kotten (1997) kritisiert, dass aus der Studie nicht eindeutig hervorgeht, ob die Patienten die Worte möglicherweise laut gelesen haben. Ein lautes Lesen würde eine Aktivierung des phonologischen Ausgangslexikons bedeuten und könnte den Therapieeffekt erklären. Lutz (1997) beschreibt, dass viele Aphasiker bei Aufgaben, bei denen nicht unbedingt Sprechen erforderlich ist (z.B. Abschreiben mit Einsetzen des Hauptvokals), unwillkürlich das entsprechende Wort äußern, was wiederum ein Miteinbeziehen des phonologischen Ausgangslexikons bedeutet.

In manchen Versionen des Logogenmodells findet sich eine Verbindung zwischen dem phonologischen und dem orthographischen Ausgangslexikon (vgl. Kotten, 1997; Marshall, 1990). Eine Aktivierung des orthographischen Ausgangslexikons kann über das semantische System (mit Einbezug des Sprachverständnisses), das phonologische oder das visuelle Eingangslexikon (ohne Beteiligung des Verständnisses) erfolgen. Eine Aktivierung über das phonologische Ausgangslexikon scheint umstritten. Fraglich ist auch, welche dieser Routen vom Normalsprecher bevorzugt benutzt wird.

Für eine Aktivierung über das phonologische Ausgangslexikon spricht der Erfolg des vorliegenden Programms. Außerdem korrelieren Leistungen in geschriebener und gesprochener Sprache miteinander (vgl. Basso und Mitarb., 1978). Untersuchungen von Patienten einer eigenen Studie (Kroker, 2002) zeigen, dass wenn es zu Leistungsunterschieden zwischen schriftlichem und mündlichem Ausdruck bei Apha-

sichern kommt, dies meist zu Gunsten der gesprochenen Sprache geschieht. Es wurden 76 (akute) Aphasiker untersucht. 13 davon zeigten eine relativ isolierte Agraphie, zwei eine reine Alexie. Störungen zu Gunsten der schriftlichen Modalitäten kamen nicht vor. Insgesamt sind diese Störungen sehr selten; meist liegen hier sprechmotorische Defizite (Sprechapraxie/Dysarthrie) zu Grunde. So diagnostiziert ein standardisierter deutscher Aphasietest (vgl. Lang und Mitarb., 1999) automatisch eine Sprechapraxie bei deutlichen Unterschieden zwischen gesprochenen und geschriebenen Modalitäten zugunsten der Schriftsprache und relativ intakten rezeptiven Leistungen.

Eine Studie von Basso und Mitarb. (1978) fand unter 500 linkshirrig Geschädigten zwei Aphasiker, die in der Lage waren, deutlich besser zu schreiben als zu sprechen. Dies galt nicht nur für das schriftliche Benennen, sondern auch für das Schreiben eines Briefes bzw. die mündliche Kommunikationsfähigkeit: Die Patienten waren scheinbar in der Lage gewesen, ihr sprachliches Defizit über die Modalität Schreiben zu kompensieren. Sprechmotorische Defizite konnten ausgeschlossen werden, da es sich um flüssige Aphasien handelte und die Patienten in der Lage waren, laut zu lesen. Modelltheoretisch wäre bei solch einem Patienten das vorliegende Programm zur Behandlung von Wortfindungsstörungen vermutlich unangebracht. Der Autor geht jedoch davon aus, dass bei vielen Patienten wie auch bei Sprachgesunden das orthographische Ausgangslexikon häufig gleichzeitig mit dem phonologischen Ausgangslexikon (evtl. über subvokalisches Sprechen) aktiviert wird. Eine Therapie des mündlichen Benennens über das schriftliche Benennen wäre somit denkbar (Beweise wurden von Deloche und Mitarb. 1993 angetreten).

Weber und Mitarb. (1972) gelingt es, über ein Training Sprachgesunden das subvokalische Lesen abzutrainieren, um eine Steigerung der Lesegeschwindigkeit zu erreichen, da es zu einem Lesen mit Ausschluss des phonologischen Ausgangslexikons kommt. Die Autoren gehen in ihrem Werk davon aus, dass das subvokalische Lesen die bevorzugte Strategie der meisten Sprachgesunden ist.

In Zeiten, in denen man sich weniger starr auf modellhaftes Denken versteifte, wurden sehr viel weitergehende Generalisierungseffekte als nur intrasprachliche angenommen. Z.B. bei Leischner (1970) wurde zwischen Scheller, Lhermitte, Lebrun und Wiechmann diskutiert, ob eine intensive krankengymnastische Behandlung einer Hemiparese Auswirkungen auf eine Aphasie haben könnte. Auch der Gegen effekt (ob Aphasietherapie Hemiparesen beeinflussen könnte) wurde besprochen. Ein solcher Effekt würde sicher die Möglichkeiten eines jeden linguistischen Modells sprengen.

Ein weiteres Argument gegen das Logogenmodell ist die Studie von Lorenz und Mitarb. (2004). Hier konnten verbale Lerneffekte innerhalb einer Gruppe von Aphasikern eher aus dem Syndrom als aus dem gestörten Logogenmodul vorausgesagt werden. Auch wenn viele Fragen noch ungeklärt sind, so ist das Logogenmodell jedoch

scheinbar eine gute Hilfe, die Abläufe bei der Einzelwortverarbeitung im menschlichen Gehirn wenigstens im Groben zu verstehen. Viele Annahmen erscheinen logisch und haben große Auswirkung auf die Therapie der Schriftsprache und Wortfindung gehabt. Bislang konnte keine dem Autor bekannte Studie Erkenntnisse des Logogenmodells eindeutig widerlegen.

Die mangelnde Übereinstimmung vieler Studien, die im Rahmen des Logogenmodells durchgeführt wurden, könnte auch auf die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden zurückzuführen sein. Beispielsweise erhält man bei Lemo (vgl. de Bleser und Mitarb., 2004) eine vollständige Diagnose, ohne die Patientenreaktion auf Cues zu untersuchen. Bei der Methode von Howard und Mitarb. (1984) gehörten diese zu den wichtigsten Untertests.

Für wissenschaftliche Beweise ist der heutige Kenntnisstand jedoch auch nicht ausreichend. Es fehlen noch viele Therapiestudien.

Man muss jedoch annehmen, dass heutige Versionen dieses Modells eine starke Vereinfachung der Realität darstellen, da das Gehirn sehr viel komplexer arbeiten dürfte oder wie es von Kotten (1997) formuliert wird: „... Wir müssen daher mit Kritikern rechnen, denen das vorgestellte Modell viel zu holzschnitthaft ist. Aber um wie vieles besser waren denn die Landkarten, die zur Entdeckung neuer Länder geführt haben?“

Therapie von Wortfindungsstörungen

Für die Therapie von Wortfindungsstörungen sind Generalisierungseffekte von besonders großer Bedeutung: Da das Erlernen einzelner Worte Aphasikern sehr schwer fällt, wäre es meist unmöglich, einen alltagstauglichen Wortschatz, wie man ihn etwa aus dem Fremdsprachenunterricht kennt, neu zu erlernen. Tatsache ist jedoch, dass es Aphasiker gibt, die durch verbales Lernen im Stande sind, einzelne Bilder wieder benennen zu können, ohne dass jedoch ein Transfereffekt auf ungeübtes Material entsteht (vgl. Blanken, 1989). Dies kommt vor allem bei erhöhten Schwellenwerten für einzelne lexikalische Einträge im phonologischen Ausgangslexikon vor. Blanken (1989) empfiehlt hier „ein wortspezifisches Üben mit dem Ziel der Erarbeitung eines kleinen aktiven Lexikons“ wie man es z.B. aus Kommunikationsbüchern kennt.

Recht interessant hingegen scheint die Methode des verbalen Lernens bei teilweisen Unterbrechungen zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon zu sein. Bei vielen erfolgreichen Therapien (z.B. Wiegel-Crump und Mitarb., 1973) wurde eine Störung in diesem Bereich angenommen (vgl. Blanken 1989). Interessant scheint außerdem die Frage zu sein, ob bei solch einem Defizit Übungen in semantischen Feldern stattfinden müssen. Der Theorie nach benötigt man, um dieser Störung zu begegnen, eine gleichzeitige Aktivierung des semantischen Systems und des phonologischen Outputlexikons. Da das Defizit nicht in der

Semantik liegt, sollte es nicht von Belang sein, ob in semantischen Feldern gearbeitet wird, oder ob das Wortmaterial aus semantisch nicht verwandten Items besteht. Tatsache ist jedoch, dass erfolgreiche Therapiestudien (z.B. Wiegel-Crump und Mitarb., 1973) in semantischen Feldern trainiert haben. Auch Marshall und Mitarb. (1990) haben eine Gruppenstudie durchgeführt, bei der es um Therapie von Patienten mit Unterbrechungen zwischen semantischem System und phonologischem Ausgangslexikon ging. Transfereffekte fanden nur auf semantisch verwandte Items (Ablenker) statt. Verbesserungen auf ungeübtes nicht semantisch verwandtes Material waren nicht signifikant. Die Autoren geben zu bedenken, dass der Erfolg beim Üben in einem oder wenigen semantischen Feldern evtl. größer sein könnte, was jedoch natürlich keinen wissenschaftlichen Beweis darstellt.

Beim verbalen Lernen innerhalb semantischer Felder ist eine höhere oder zumindest exaktere semantische Aktivierung erforderlich. Es erscheint fraglich, ob eine höchstmögliche semantische und phonologische Aktivierung der Therapie förderlich sind. Lorenz und Mitarb. (2004) konnten anhand des Logogenmodells in einer Gruppenstudie nicht voraussagen, ob Patienten eher von phonologischen oder semantischen Cues profitieren werden. Im Allgemeinen entstehen durch semantische Cues dauerhaftere Therapieeffekte. Es gibt jedoch Einzelfälle, die eher von phonologischen Cues profitieren (vgl. Lorenz u. Mitarb., 2004).

Ein positiver Nebeneffekt des Übens in semantischen Feldern könnte eine Verbesserung des semantischen Systems bedeuten.

Von der Theorie zur Praxis

Das vorliegende Therapieprogramm wurde nach den o.g. Ausführungen konzipiert. Dabei spielen zusammengefasst folgende Überlegungen eine Rolle:

1. Das verbale Lernen weniger Worte zeigt i.d.R. mehr Transfereffekte als das Üben großer Lexikonausschnitte (vgl. Seron und Mitarb., 1979). Das Programm ist auf das Erlernen von 7-12 Worten/Woche ausgelegt worden.
2. Es ist sinnvoll, in semantischen Feldern zu üben. (Viele Studien, die Generalisierungseffekte zeigten, wurden in semantischen Feldern durchgeführt (z.B. Wiegel-Crump und Mitarb., 1973).
3. Eine Therapie, die semantisch und phonologisch aktiviert, könnte erfolgreicher sein als rein semantisches Üben (vgl. Lorenz, 2004).
4. Eine Therapie des mündlichen Benennens ist auch über eine rein schriftliche Bearbeitung möglich (Deloche und Mitarb., 1993).
5. Vielen Patienten mit schweren Agraphien fällt u.a. gerade das Produzieren längerer Worte schwer. Deshalb wird in der ersten Therapiewoche mit kurzen Worten (Körperteile) begonnen (drei bis vier Grapheme). Längere Worte der ersten Therapiestufe (Obst) werden in der zweiten Therapiestufe zu Beginn noch einmal wiederholt.

Syntaxtherapie

Zu Grunde liegende Theorie

Das hier vorliegende Programm wurde zur Behandlung des schweren Produktionsagrammatismus entwickelt.

Die Symptome sind (nach Tesak, 1990):

- Auslassung der Elemente der geschlossenen Klasse
- Ersetzung flektierter Verbformen durch Infinitive
- Probleme mit der Wortstellung
- Probleme mit Verben
- Verkürzte Satzlänge, vereinfachte Syntax
- Mühsames Sprechen

Wie Tesak (1991) selbst zu bedenken gibt, herrscht keine Einigkeit darüber, „welche Symptome zum Agrammatismus gehören“. Das Thema „Agrammatismus“ beschäftigt die Linguistik bis heute. Es wurden zahlreiche Hypothesen (vgl. Peuser, 1978; Tesak, 1991; Kolk, 1998) aufgestellt, von denen jedoch keine alle Ausprägungsformen des Agrammatismus erklären kann.

Viele Symptome schwerer agrammatischer Störungen bei Aphasie können jedoch über die Adaptionshypothese erklärt werden (vgl. Kolk, 1998; Tesak, 1991). Eine wichtige Grundaussage ist hier, „dass das spontane Sprachverhalten bei Agrammatikern nicht ein direkter Reflex des zugrundeliegenden Defizits sei, sondern das Ergebnis einer Adaption an dieses Defizit“ (Tesak, 1991). Agrammatische Sprecher greifen hierbei auf eine Fähigkeit (z.B. Ellipsenbildung) zurück, die auch Normal Sprecher besitzen. Es wird eine einfachere Sprache verwendet, wie man dies auch Kindern oder Ausländern gegenüber tut (vgl. Tesak, 1991; Kolk, 1998).

Dies würde bedeuten, dass Agrammatiker den Telegrammstil bewusst als einen Kompensationsmechanismus einsetzen. Tesak (1991) hält dieser Annahme entgegen, dass „,richtige‘ ,telegraphische‘ Agrammatiker, wenn es sie überhaupt gibt, äußerst selten im zum Agrammatismus untersuchten Krankengut (sind)“.

Peuser (1978) kommt nach einer Diskussion mehrerer Studien, die unterschiedliche grammatische Leistungen in geschriebener und gesprochener aphasischer Sprache aufzeigen, zu einem ähnlichen Ergebnis und bezeichnet dies als „mnestische Variante der Ökonomie-Hypothese“.

Schriftliche Sprachproduktion ist häufig auch bei Normalsprechern grammatisch korrekter (vgl. Peuser, 2000).

Von der Annahme ausgehend, dass bei einigen Agrammatikern schriftliche Satzproduktion (durch fehlenden Zeitdruck) besser erhalten ist als mündliche, wurde dieses Programm entwickelt. Es wäre denkbar, dass durch intensive schriftliche Satzproduktion die grammatischen Fähigkeiten eines Aphasikers soweit beschleu-

nigt werden, dass auch in der gesprochenen Sprache wieder syntaktisch komplexere Strukturen auftauchen.

Probleme

In der Praxis zeigt sich der Agrammatismus in sehr unterschiedlichen Formen und Schweregraden, auch die Vermischung mit paragrammatischen Äußerungen ist nicht selten. Wenn der Agrammatismus bei unterschiedlichen Patienten verschiedene Symptome zeigt, so ist es fraglich, ob er nur auf eine Prozessebene (z.B. Gedächtnis) zurückzuführen ist.

Sollte überhaupt ein Gedächtnisdefizit eine Rolle spielen, so stellt sich die grundsätzliche Frage der Therapierbarkeit, da Gedächtnisstörungen im allgemeinen kausal (außerhalb der Akutphase) nur sehr bedingt beeinflussbar sind. Eine ausführliche Diskussion hierzu findet sich z.B. bei Parkin (2000). Die konventionelle Gedächtnistherapie behilft sich meist mit kompensatorischen Maßnahmen, die hier wegen des hohen Zeitaufwandes, der benötigt würde, um einen Satz zu produzieren, indiskutabel wären. Dies wäre auch ein Plädoyer für sprachlich kompensatorische Ansätze wie z.B. REST (vgl. Schlenck und Mitarb., 1995). Hier ist entgegenzuhalten, dass es einige Fallstudien mit relativ guten Ergebnissen in der konventionellen Syntaxtherapie bei chronischen Agrammatikern gab (vgl. Jones, 1986).

Ein zweites Problem liegt darin, dass sich gesprochene und geschriebene Sätze syntaktisch stark unterscheiden. So ist z.B. die Ellipse (Zähne putzen, Kaffee trinken) eine umgangssprachlich häufig verwendete Form, während sie in der Schriftsprache praktisch nicht vorkommt. Ähnlich verhält es sich mit Vergangenheitsformen. So findet das Präteritum in der Schriftsprache häufig Anwendung, während es in der gesprochenen Sprache meist durch das Perfekt ersetzt wird.

Therapeutische Konsequenzen

Die zentrale Frage bei diesem Programm war, ob man einen schweren Agrammatismus kommunikativer gestalten kann. Ein hier häufig bestehendes Problem liegt in der Auslassung des Themas (vgl. Lutz, 1997). Das Thema ist in vielen Fällen mit dem Subjekt eines Satzes gleichzusetzen. Auch in der Syntaxtherapie (z.B. REST, vgl. Schlenck u. Mitarb., 1995) ist dies ein Problem, welches viele Patienten nicht bewältigen können.

Das Produzieren eines Subjekts trägt wesentlich zum Verständnis bei und wird deshalb in allen Syntaxlektionen dieses Programms gefordert.

Des Weiteren wird die Verwendung von Verben geübt. Der Schwerpunkt sollte hier nicht auf korrekte Konjugation gelegt werden (deshalb werden hier auch nur die erste und dritte Person Singular sowie die dritte Person Plural geübt), sondern darauf, dass Verben überhaupt eingesetzt werden. Selbst wenn korrekte Verbflektionen nicht einmal in den drei geforderten Formen erreicht werden, ist eine Verbin-

dung von Subjekt und Verb in der Spontansprache als großer Therapiefortschritt zu verstehen.

Das zusätzliche Einfügen von Objekten stellt der Erfahrung des Autors nach keine große Herausforderung an Patienten.

Frageformen werden zusätzlich angebahnt, um die Möglichkeiten der Gruppen- oder Einzeltherapie zu steigern (z.B. mit Frage-Antwortdesigns s.u.).

Bei vielen Patienten, die von diesem Programm profitierten, verbesserte sich die Syntax bereits bei Therapie auf Wortebene. Welchen Anteil die Syntaxtherapie dieses Programms wirklich an der Verbesserung der (gesprochenen) Syntax der einzelnen Patienten hatte, wurde nicht untersucht. Manche Patienten konnten ihre schriftliche Grammatik unter Einfluss der Syntaxtherapie verbessern. Fraglich erscheint jedoch die Beeinflussung der gesprochenen Sprache. Ist eine intensive begleitende Einzeltherapie (z.B. mit der Mapping-Therapie, vgl. Jones, 1986) nicht möglich, sollte nur eine minimale Verbesserung der (gesprochenen) Syntax erwartet werden. Dieser Therapieteil kann jedoch zur Verbesserung schriftsprachlicher Grammatik (bei schweren Störungen) sowie zur Konsolidierung auf Wortebene und der Verbfindung eingesetzt werden.

Vorgehen

Dem Patienten wird die Vorgehensweise in der ersten Sitzung durch vollständige Bearbeitung einer Tageseinheit verdeutlicht.

Der Patient erhält jede Woche nur ein neues semantisches Feld. Bei sehr schweren Fällen können auch Lektionen wiederholt werden, d.h. jedes semantische Feld wird zwei Wochen lang bearbeitet.

Der Patient wird angewiesen, die Aufgaben möglichst **alleine** zu lösen.

An jedem Übungstag sollte nur **eine** Übungseinheit (auf Wortebene vier Arbeitsblätter/auf Satzebene 2-3) bearbeitet werden, auch wenn der Patient nur relativ kurze Zeit dafür benötigt, da durch die daraus resultierende Wiederholung an den nächsten Tagen die Wörter und Satzstrukturen langfristiger behalten werden können.

Die Arbeitsblätter werden vom Therapeuten für jeden einzelnen Therapietag einzeln zusammengeheftet und mit dem Wochentag überschrieben, an dem sie bearbeitet werden sollen.

In den ersten beiden Lektionen ist es nicht ausreichend, die Wörter einfach abzuschreiben. Das Ankreuzen oder Unterstreichen der Lösung erscheint dem Autor nach praktischer Erfahrung vor allem bei den graphematischen Übungen (2. Übungsblatt) wichtig, da durch dieses Vorgehen eine Art Anagrammdesign erzeugt wird, welches sich sehr wirkungsvoll auf Wortfindungsstörungen auswirken kann (vgl. Deloche, 1993; Lutz, 1997).

Nach Möglichkeit sollte es in den folgenden Therapiestunden vermieden werden, weitere Arbeitsbögen dieses Programms durchzuarbeiten, da der Patient dies alleine tun soll.

Die Therapiestunde kann wie folgt genutzt werden:

- Kontrolle der Hausaufgaben durch den Therapeuten: Eventuelle Fehler geben Aufschluss über noch bestehende Defizite, die in der Therapiesitzung bearbeitet werden können.
- Bei relativ isolierten Agraphien könnten Anagramme gelegt oder GPK-Regeln erarbeitet werden. (Empfehlenswert ist hier eine Diagnose mithilfe des Logogenmodells und eine daraus resultierende Therapie.)

Sollte der Patient große Schwierigkeiten haben, die Übungsblätter zu bearbeiten, kann das semantische Feld vorbereitet werden, welches später die Hausaufgabe darstellt. Hierzu sollten möglichst Modalitäten verknüpft werden wie z.B.:

- Mündlich bzw. schriftlich vorgegebene Worte werden Bildern zugeordnet. Häufig fällt dieses einigen Patienten leichter, wenn die mündliche und schriftliche Vorgabe gleichzeitig erfolgt. Je nach Schweregrad der Störung werden dem Patienten 3-10 Bilder vorgelegt; der Patient erhält eine Schriftkarte, die vom Therapeuten vorgelesen wird; der Patient hat die Aufgabe, diese dem Bild zuzuordnen. Später kann eine Modalität ausgelassen werden. Danach können Fragen zu den Bildern gestellt werden (z.B. Oberbegriff „Tiere“: Welche Tiere können fliegen? Welche Tiere haben Hörner? etc.).

- Anagramme legen: Der Patient erhält ein schriftlich vorgegebenes Wort und als Lesestreifen gleichzeitig die Bildkarte. Der Therapeut spricht das Wort ggf. mehrfach vor. Dann wird der Lesestreifen in die einzelnen Grapheme zerschnitten. Der Patient hat die Aufgabe, diese zu sortieren. Gelingt dies nicht, kann der Lesestreifen erst in zwei später in drei oder mehr Teile zerschnitten werden.
- Der Patient erhält die Anweisung, das Wort abzuschreiben. Gelingt dies problemlos, können auch nur Teile des Wortes vorgelegt werden, mit Hilfe dessen der Patient das Wort komplett produzieren soll. Danach wird die Schrift verdeckt und der Patient erhält die Anweisung, das Wort noch einmal aus dem Gedächtnis zu schreiben.
- Der Therapeut gibt Wörter mit fehlenden Graphemen vor, die der Patient einsetzen soll.
- Semantische Übungen wie z.B. Ober- und Unterbegriffe oder Teil-Ganzes finden, z.B. „Was gehört zu einem Hund, Fell oder Federn?“.
- Die Modalität „Sprechen“ sollte besonders berücksichtigt werden, da diese in der selbständigen Übung fehlt. Z.B. Bilder mit Lesestreifen vorlegen, der Patient hat die Aufgabe, vorzulesen und anschließend zu benennen.

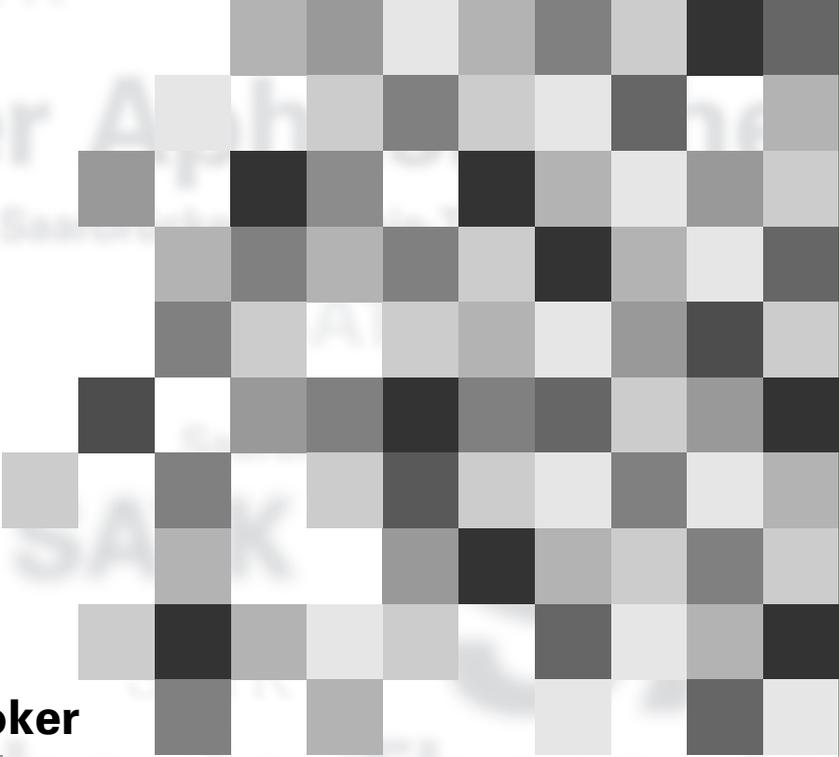
Vor allem sollten die individuellen Schwierigkeiten des Patienten berücksichtigt werden v.a. bei der Auswahl der Reihenfolge der Modalitätenverknüpfung.

Diese Auflistung stellt auch nur einen Bruchteil des Möglichen dar. Für weitere Übungen siehe Kotten (1997). Anzumerken ist jedoch, dass eine Therapie niemals nur sprachsystematisch angelegt werden sollte.

Bei Patienten, die keine Schwierigkeiten hatten, die Aufgaben zu lösen, empfiehlt es sich, bereits geübte semantische Felder über Modalitätenverknüpfungen zu wiederholen, um das langfristige Behalten zu sichern. V.a. sollte auch hier jedoch die Modalität „Sprechen“ im Vordergrund stehen.

Bei der Syntaxtherapie empfehlen heute viele gängige Verfahren (z.B. REST, vgl. Schlenck und Mitarb., 1995) neben der Einzelbehandlung ein gruppentherapeutisches Training. Hier sind z.B. Frage-Antwort-Spiele zu Bildern oder Streitgespräche zu nennen. Weitere Übungsvorschläge können aus Lutz (1997) oder Schlenck und Mitarb. (1995) adaptiert werden.

Wird das Programm neben einer zusätzlich erfolgenden intensiven (z.B. stationären) Einzeltherapie verwendet, so ist (je nach Schweregrad der Störung) in Erwägung zu ziehen, auch an anderen Zielen parallel zu arbeiten; jedoch nur solange dieses Programm auf Wortebene erfolgt.



Carsten Kroker

SATK

**Saarbrücker Aphasie-
Therapie-Konzept**

Übungssammlung für die
Therapie und Zuhause

Arbeitsblätter

ISBN 3-935204-51-5

Bitte ordnen Sie zu:

Arm
Bauch



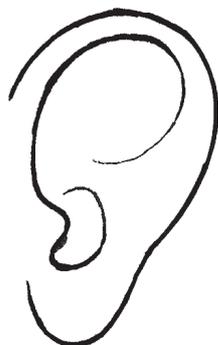
.....

Ohr
Nase



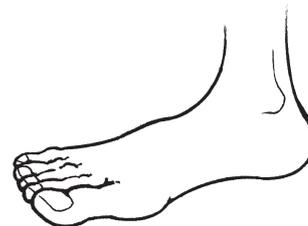
.....

Haar
Ohr



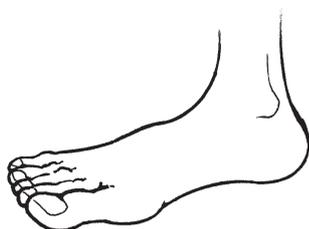
.....

Fuß
Knie



.....

Fuß
Nagel



.....

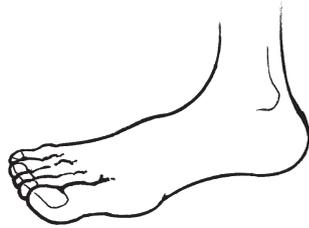
Auge
Arm



.....

Bitte ordnen Sie zu:

Fuß
Tuß



.....

Arm
Ärm



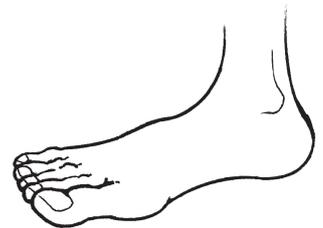
.....

Uhr
Ohr



.....

Fuß
Luß



.....

Arm
Orm



.....

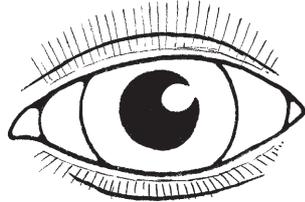
Ehr
Ohr



.....

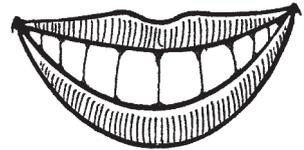
Bitte ordnen Sie zu:

Auge
Ouge



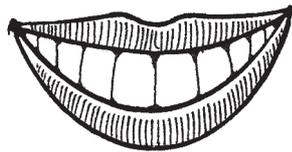
.....

Nund
Mund



.....

Hund
Mund



.....

Urm
Arm



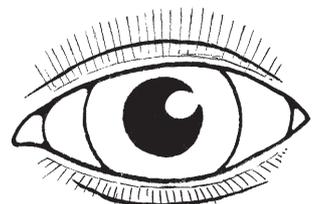
.....

Erm
Arm



.....

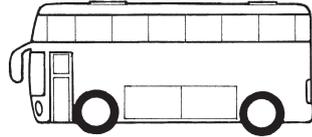
Lauge
Auge



.....

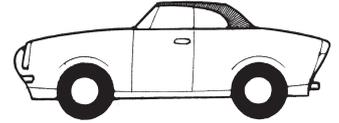
Bitte ordnen Sie zu:

Bus
Auto
Flieger



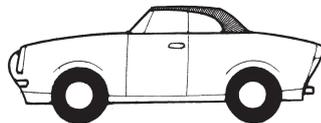
.....

Auto
Fahrer
Rad



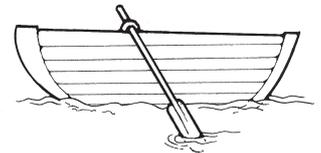
.....

Bus
Moped
Auto



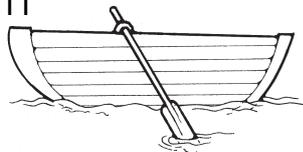
.....

Boot
Ruder
Holz



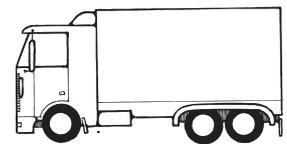
.....

Dampfer
Boot
Segelschiff



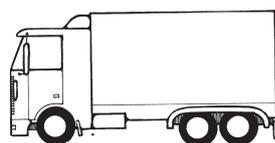
.....

Ladung
Reifen
Laster



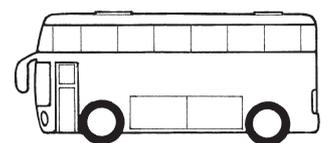
.....

Bus
Laster
Auto



.....

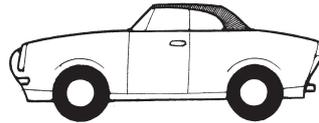
Fahrgast
Bus
Sitze

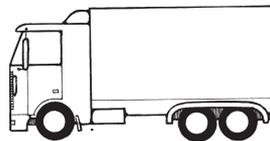


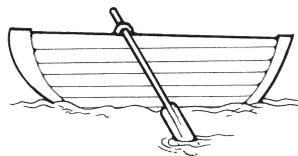
.....

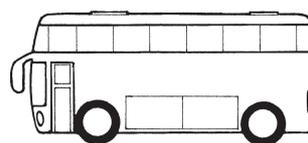
Bitte ordnen Sie zu:

Boot, Bus, Auto, Laster



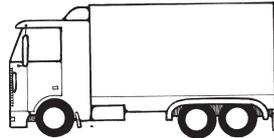






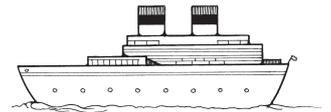
Bitte ordnen Sie zu:

Laster
Gaster
Haster



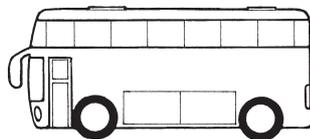
.....

Shift
Schiff
Schifl



.....

Fus
Bus
Lus



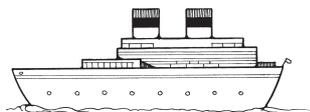
.....

Fahrrad
Fahrrat
Fahrrab



.....

Schiff
Fisch
Cchiff



.....

Lasta
Laster
Lasten



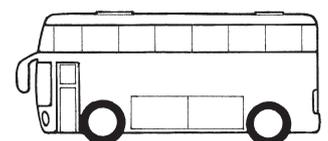
.....

Lahrrad
Tahrrad
Fahrrad



.....

Bul
Bun
Bus



.....

Jede Reihe enthält ein wildes Tier (nur ein Wort ist richtig geschrieben).

1. Bur, Beere, Bär, Bier

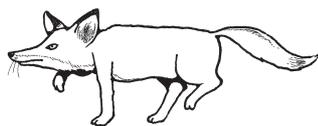
2. Lelefant, Elefunt, Elefand, Elefant

3. Teger, Tiger, Taler, Tuger

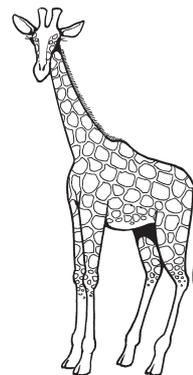
4. Löwe, Love, Lowe, Lewö

5. Krokogator, Krokodil, Krollodil, Krekodil

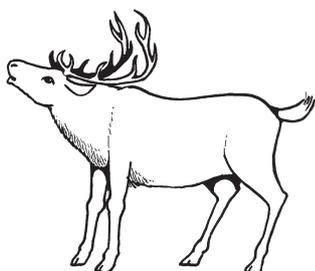
Bitte schreiben Sie die Bezeichnungen unter die Tiere!



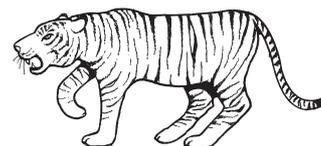
.....



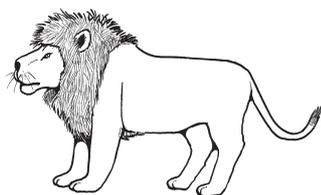
.....



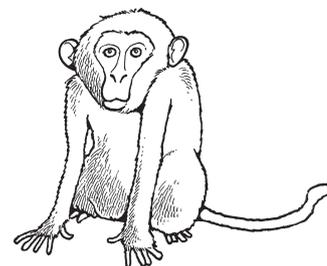
.....



.....



.....



.....