

«Rhapsody in Blue von Gershwin»

Diagnostik und Therapie der Aphasie

Fanny Dittmann^a, Marianne Schmitter^b

Kantonsspital Bruderholz

^a Leitende Logopädin, ^b Neuropsychologin



Quintessenz

- Aphasie ist eine multimodale Sprach- und Kommunikationsstörung und tritt bei rund 30% der linkshemisphärischen Schlaganfälle auf.
- Die professionelle Aphasietherapie beruht auf neurolinguistischen und neuropsychologischen Erkenntnissen.
- Die Therapiewirksamkeit der logopädischen Massnahmen konnte bei intensiven Intervalltherapien nachgewiesen werden.
- Von den Aphasien zu unterscheiden sind Sprach- und Kommunikationsstörungen, die als Folge von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und/oder Exekutivfunktionsstörungen, häufig bei rechtshemisphärischen oder frontalen Hirnläsionen und im Rahmen von dementiellen Krankheiten auftreten.

Summary

“Gershwin’s Rhapsody in Blue” Diagnosis and therapy of aphasia

- *Aphasia is defined as a multimodal impairment of language and communication, occurring in approx. 30% of patients with left-hemispheric stroke.*
- *Professional approaches to the therapy of language disorders are based on neurolinguistic and neuropsychological findings.*
- *There is some evidence that intensive interval therapy enhances the effectiveness of speech-language therapy.*
- *To be distinguished from classical aphasia syndromes are language and communication disorders secondary to impairments of attention, memory or executive functions in patients with dementia and frontal or right-hemispheric brain lesions.*

Einleitung

«Rhapsody in Blue von Gershwin» ruft eine Patientin mit Aphasie beim Betrachten eines abgebildeten gelben Rapsblumenfeldes unter blauem Himmel. Sie hat lange nach dem passenden Blumenamen gesucht und lacht herzlich über ihre Wortkreation. «Ich ha en Architekturbüro mit sächs Blitzableiter gleitet», so beschreibt ein anderer Betroffener seine frühere leitende Stellung im Beruf (Wortverwechslung «Blitzableiter statt Mitarbeiter»). Freudsche Versprecher? Kaum – was als unfreiwillige Sprachkomik daherkommt, sind die selten heiteren Augenblicke der ansonsten akribischen und Geduld erfordernden logopädischen Arbeit mit Aphasiepatienten.


Definitionen und Historisches

«Aphasie» bedeutet wörtlich übersetzt «fehlende Sprache». Unter Aphasie versteht man eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Spracherwerbs. Die häufigsten Ursachen sind linkshemisphärische Schlaganfälle, die in erster Linie Läsionen im perisylvischen Kortex, einschliesslich Inselrinde, aber auch fronto-temporale oder subkortikale Strukturen (Thalamus, Basalganglien) betreffen. Weitere mögliche Ursachen sind Hirntumoren und Schädel-Hirn-Traumata. Die Sprachmodalitäten (Produktion, Verständnis, Lesen, Schreiben) können unterschiedlich stark beeinträchtigt sein und die Symptome betreffen einzelne oder mehrere linguistische Ebenen (Phonologie, Morphologie, Semantik, Syntax, Pragmatik).

Das Verständnis der Aphasie hat sich im Laufe der Jahrhunderte gewandelt. Der Beginn der klassischen Aphasieologie ist mit Paul Brocas Fallbeschreibung des Patienten Tan-Tan (1861) verbunden. Der wesentliche Beitrag von Brocas wissenschaftlicher Arbeit war die Zuordnung der Sprachfähigkeit zur linken Hirnhemisphäre. In einer Weiterentwicklung des lokalisatorischen Paradigmas unterschied der deutsche Nervenarzt Carl Wernicke zwei Sprachzentren, ein motorisches im linken Frontallappen (Broca-Areal) und ein sensorisches im linken Temporallappen [1]. Diese sogenannte klassische Lehrmeinung hat überdauert. Das Bostoner Klassifikationsmodell, welches verschiedene Aphasiesyndrome beschreibt, wurde auf dieser Grundlage entwickelt.

In der Aphasieologie des 21. Jahrhunderts zeichnet sich einerseits unter dem Einfluss von neuropsychologischen, neurolinguistischen und neuroradiologischen Erkenntnissen und andererseits aus der Erfahrung der praktisch therapeutischen Arbeit ein Denk Wandel ab. Die Sprachstörungen sind heterogen und dynamisch und können deshalb mit den klassischen Aphasiesyndromen nur ungenügend beschrieben werden. Die Sprachtherapie geht von den Symptomen in den einzelnen Modalitäten und linguistischen Ebenen aus und benötigt deshalb ein individuelles Profil, das die Beeinträchtigungen und Ressourcen des einzelnen Patienten abbildet.

Klassifikation von Aphasien

Trotz der vorgängigen Vorbehalte gegen den Syndromansatz ist die Bostoner Klassifikation der Aphasie nach wie vor eine im klinischen Alltag beliebte Einteilungshilfe (Abb. 1 ). Gemäss diesem Modell werden Aphasien primär nach der Flüssigkeit der Sprachproduktion und sekundär nach groben Leitsymptomen (auditives Sprachverständnis und Nachsprechen beeinträchtigt oder nicht) unterschieden.

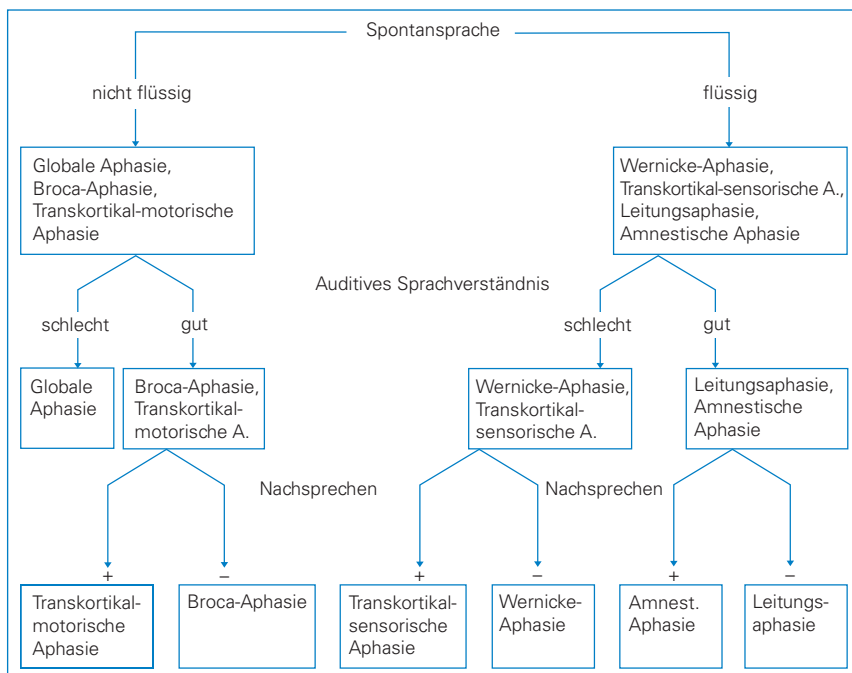



Abbildung 1
Bostoner Klassifikation der Aphasie.

In Anlehnung an die Bostoner Schule ist im deutschsprachigen Raum eine eigene Variante der Klassifikation und mit dem Aachener Aphasietest (AAT) ein standardisiertes deutschsprachiges Diagnostikinstrument entwickelt worden, das grosse Verbreitung fand [2].

Die Aachener Einteilung umfasst Standardsyndrome und Nichtstandardsyndrome. Der Unterschied zwischen diesen zwei Gruppen liegt in der Häufigkeit der Syndrome. Standardsyndrome machen 80% aller Aphasien aus [1]. Im Folgenden beschränken wir uns auf die Beschreibung der vier Standardsyndrome, die sich im Schweregrad unterscheiden und durch eine bestimmte Kombination von Symptomen charakterisiert sind. Die vorherrschenden Symptome werden Leitsymptome genannt. Tabelle 1  zeigt die Standardsyndrome mit beispielhaften Äusserungen von Patienten.

Diese Symptome bzw. Symptomkombinationen treten je nach Patient in Stärke, Frequenz und Kombination sehr unterschiedlich auf.

Prävalenz

Im Kanton Basel-Stadt wurde in einer epidemiologischen Studie bei 269 Patienten mit einem ersten ischämischen Insult eine Prävalenzrate für aphasische Störungen von 30% ermittelt. Davon sind mehr als die Hälfte mittelgradige bis schwere Aphasien [3]. Schlaganfälle treten mit einer Häufigkeit von 30% bereits vor 65 Jahren auf, bei Männern dreimal häufiger als bei Frauen. Entsprechend leiden Männer im mittleren Lebensalter häufiger unter einer Aphasie, im höheren Lebensalter sind aufgrund der demographischen Entwicklung Frauen häufiger betroffen [4].

Verlauf

Man spricht von akuten Aphasien unmittelbar und in den ersten Wochen nach dem Ereignis. Die Symptomatik kann sich anfangs rasch verändern. Die Spontanremission ist in den ersten drei Monaten am stärksten ausgeprägt (bei rund einem Drittel der Betroffenen kommt es zu einer vollständigen Rückbildung der Aphasie) [5]. Nach spätestens 12 Monaten spricht man von einer chronischen Aphasie. Weitere Spontanremissionen sind dann nicht mehr zu erwarten. Bei vielen Patienten können jedoch unter intensiver Therapie weitere Fortschritte erzielt werden. Der initiale Schweregrad der Aphasie korreliert mit der Ausdehnung der zerebralen Läsion. Die Remissionschancen hängen von der Aphasieform ab: Die amnestische Aphasie weist die besten Restitutionsraten auf, globale Aphasien können zu Broca-Aphasien konvertieren und Broca-Aphasien zu amnestischen Aphasien [6]. Man spricht von Restaphasie, wenn sprachliche Defizite minimal und mittels Aphasietests nicht mehr erfassbar sind.

Diagnostik

Die Ziele der Aphasiediagnostik sind das Erfassen der Sprachstörungen und ihrer psychosozialen Folgen. Zu diesem Zwecke wird mittels standardisierter Verfahren ein sprachliches und kommunikatives Profil erstellt, das durch eine ausführliche Sozialanamnese und die Erhebung individueller Bedürfnisse ergänzt wird. Alle diese Informationen sind bei der Festlegung der Therapieschwerpunkte und -ziele relevant.

Aphasien treten häufig parallel zu anderen kognitiven Störungen auf, welche den Verlauf und die Therapie der Sprachstörungen wesentlich beeinflussen. Aus diesem Grund ist eine differenzierte neuropsychologische Abklärung häufig eine wichtige Grundlage für eine Rehabilitationsplanung.

Tabelle 1. Standardsyndrome mit Beispielen.

Syndrom	Leitsymptom	Weitere mögliche Symptome	Beispiele
Globale Aphasie	«recurring utterances» (Sprachautomatismen)	Schwere Sprachverständnisstörung; Kommunikation schwer gestört; Alexie, Agraphie	«bau, bau, bau ... bau, bau, bau!» «grüne Welle, grüne Welle, grüne Welle, grüne Welle ...»
Wernicke-Aphasie	Paragrammatismus (Verdoppelung von Satzteilen, Satzverschränkungen)	Mittelschwere bis schwere Sprachverständnisstörung; Semantische und/oder phonematische Paraphasien; Neologismen (Neuwortschöpfungen); Jargon	«Für zülwechseer einer böxe für die zällewerkslo ... riederwöchle» (P. beschreibt einen Dosenöffner)
Broca-Aphasie	Agrammatismus (Sog. «Telegrammstil» = Aneinanderreihung von Inhaltswörtern ohne Funktionswörter und Flexion)	Wortfindungsstörungen; phonematische und semantische Paraphasien; Sprachfluss eingeschränkt; oft sprechpraktisch	«Bruder Benno ... Heinz ... Bruder, torbe Krebs» (Heinz, Bennos Bruder, ist an Krebs gestorben)
Amnestische Aphasie	Wortfindungsstörungen	Wenig semantische Paraphasien, gelegentliche Satzabbrüche, häufiges Suchverhalten	«dr Entscheid muess endlich eimol ... eh ... eh gmacht werde ...» (Der Entscheid muss gefällt werden)

Therapie

Die Indikation zur Aphasietherapie ist gegeben, wenn in mindestens einer der Modalitäten *Sprachlicher Ausdruck, Verstehen, Lesen* und *Schreiben* eine alltagsrelevante Störung vorliegt und die physische, emotionale und kognitive Verfassung des Patienten für eine Therapie ausreichend sind [7]. Systematische sprachliche Übungstherapie soll bereits in der frühen Phase der Spontanerholung beginnen. Die Einzeltherapie ist die übliche Therapieform, in der die individuellen sprachlichen Defizite bzw. die individuellen Therapieziele des Patienten den Schwerpunkt des Therapieinhalts bestimmen. Eine Gruppentherapie ist eine sinnvolle Ergänzung, in der das Erlernete umgesetzt und in geschützter aber realer Situation erprobt werden kann. Auch kann die Gruppentherapie zur Krankheitsverarbeitung beitragen.

Die *Aktivierungsphase* (Akutphase) dient der generellen sprachlichen Stimulierung und Aktivierung zur Unterstützung der Spontanremission und der Hemmung unerwünschter Symptome wie Automatismen und Fehlkomensationen.

Die *Störungsspezifische Phase* (postakute und chronische Phase) nennt man den Zeitraum des störungsspezifischen Arbeitens an einzelnen Symptomen, bestimmten Modalitäten und auf bestimmten linguistischen Ebenen.

Mit der *Konsolidierungsphase* (späte chronische Phase) ist die Periode des optimalen Transfers der Erfolge in den kommunikativen Alltag gemeint.

Verschiedene Behandlungsmethoden aus neuro-linguistischen, häufig modellorientierten, kommunikativen und pragmatischen Ansätzen stehen den Sprachtherapeuten zur Verfügung [4]:

- *Bahnung* von blockierten Sprach- und Sprechaktivitäten über intakte Sprachfunktionen (Deblockierungsansätze);
- *Aktivierung* von instabilen verbalen Fähigkeiten über multimodale Stimulierung (z.B. auditive Stimulationsmethode nach Schuell [8]);
- *Hemmung* von pathologisch automatisiertem Sprach- und Sprechverhalten über blockierende Techniken;
- *Aufbau* von fehlenden Sprach- und Sprechfähigkeiten über systematisches Wiederlernen;
- *Modifikation* von unvollständiger oder abweichender Sprach- und Sprechfähigkeit mittels modellorientierter Ansätze;
- *Optimierung* des verbalen und nonverbalen Kommunikationsverhaltens über pragmatische Ansätze;
- *Kompensation* irreversibel gestörter Sprach- und Sprechfunktionen über sprachersetzende Umwegeleistungen und technische Hilfsmittel.

Nebst der Förderung der Restitution beeinträchtigter Fähigkeiten stellt die unterstützende Begleitung der Betroffenen im Umgang mit und in der Akzeptanz der veränderten sprachlichen Möglichkeiten einen wesentlichen Bestandteil der Sprachtherapie dar.

In neueren Ansätzen der Sprachtherapie stehen die alltagskommunikativen Fähigkeiten der Patienten im Fokus. Sprache unter ihrem funktionellen Gesichtspunkt betrachtet, ist verknüpft mit Aspekten der sozialen Interaktion und wird in Bezug auf den Informationsgehalt des Geäusserten gewertet. Eine Kommunikationssituation ist gelungen, wenn es einem Gesprächspartner gelingt, seine Gedanken, Ansichten und Ziele zu vermitteln und der zweite Gesprächspartner diese versteht. Bei Aphasikern ist die Kommunikation durch Sprachstörungen, namentlich einge-

schränkte Ausdrucksmöglichkeiten und verringertes Sprachverstehen, beeinträchtigt. Man spricht deshalb von einer sekundären kommunikativen Störung. Aphasiotherapie so gesehen, muss deshalb Sprach- und Kommunikationstherapie umfassen und sich mit den Faktoren, welche der Kommunikation mit Aphasiepatienten hinderlich oder förderlich sind, beschäftigen. Spezifische auf Alltagskommunikation ausgerichtete Erhebungsverfahren und therapeutische Interventionen sind entwickelt worden und haben ihren Eingang in die sprachtherapeutische Arbeit gefunden. Angehörige werden zur Beurteilung der kommunikativen Fähigkeiten der aphasischen Personen miteinbezogen und beraten, um ihren Beitrag zum Gelingen der Kommunikation leisten zu können. Eine besondere Herausforderung für die Sprachtherapeuten stellt die Begleitung von Aphasikern bei Wiederaufnahme der prämorbid beruflichen Tätigkeit dar. Eine Rückkehr in den Beruf erfordert eine Analyse des beruflichen kommunikativen Anforderungsprofils, möglicherweise die Einführung von Hilfsmitteln sowie beratende Gespräche mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Neben individuellen, personenabhängigen Empfehlungen existieren einige einfache allgemeine Verhaltensregeln für Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte und Ärztinnen sowie Berufskollegen, die darauf abzielen, die Kommunikation mit Aphasikern zu verbessern. Grundsätzlich gilt es, das Tempo zu verlangsamen, Hintergrundgeräusche und Paralleltätigkeiten zu vermeiden und sich ganz auf die Kommunikationssituation einzulassen. Gesprächspartnern von Aphasikern

wird empfohlen, langsam, klar, deutlich und mit einfachem Satzbau zu sprechen. Abrupte Themenwechsel sollen vermieden werden. Dem Zuhörer wird empfohlen, Nichtverstehen zu signalisieren, bei Unklarheiten rückzufragen und den aphasischen Personen bei Wortfindungsstörungen Unterstützung anzubieten (Tab. 2 ↩).

In den letzten Jahren sind ergänzend zur klassischen Einzeltherapie und zur Beratung von Angehörigen weitere therapeutische Angebote entwickelt worden. In der Praxis bereits weit verbreitet sind von Logopäden moderierte Kommunikationsgruppen von Aphasikern. Computergestützte Aphasiebehandlung, Teletherapie und moderiertes Chatten finden zunehmend auch Anwendung.

Therapieabschluss

Sind am Ende einer Therapiephase keine Verbesserungen mehr zu belegen, kann die Behandlung beendet werden. Kontrolluntersuchungen sollten auch nach Beendigung der Sprachtherapie in Jahresabständen stattfinden. Bei Bedarf kann eine Wiederaufnahme der Therapie evaluiert werden.

Dokumentation der logopädischen Therapie

Zur Evaluation der Therapie ist eine ausführliche Dokumentation verschiedener Patientendaten und des Therapieverlaufs unerlässlich. Folgende Punkte sollten enthalten sein: medizinische Informationen und Diagnosen, Behandlungszeitraum, -frequenz und -inhalt, Informationen über andere Therapien, psychosoziale Aspekte, das prämorbid Leistungsniveau, Therapieziele, Verlaufskontrollen, Testergebnisse und Abschlussbefund.

Effektivität von Aphasiotherapie

Wie weit ist Aphasiotherapie (messbar) effektiv bzw. effizient? In der Aphasieforschung liegen mehrere Metaanalysen von randomisiert kontrollierten Studien vor, die widersprüchliche Ergebnisse zeigen [8, 9]. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass sich die positiven und negativen Therapiestudien in der «Therapieintensität» (Anzahl Therapiestunden pro Woche) und in der «Therapiedauer» (Anzahl Wochen) unterscheiden. Studien mit einem positiven Ergebnis beruhen auf einer sehr viel höheren durchschnittlichen Therapiefrequenz pro Woche, als Studien mit einem negativen Ergebnis. Die Therapiedauer war bei den effektiven Therapien jedoch durchschnittlich wesentlich kürzer als bei den uneffektiven. Daraus lässt sich schliessen, dass

Tabelle 2. Tipps für den Umgang mit Aphasikern.

Der Betroffene hat Sprachverständnisstörungen: Was kann ich tun, damit er mich besser versteht?
Ruhe ist wichtig. Zweiergespräche sind einfacher als Gruppengespräche.
Bilden Sie kurze und einfache Sätze.
Auf Blickkontakt achten, der Patient muss das Gesicht des Sprechers gut sehen können.
Sprechen Sie in normaler Lautstärke.
Stellen Sie Ja-nein-Fragen (geschlossene Fragen) und vermeiden Sie offene Fragen.
Setzen Sie Mimik und Gestik ein.
Wiederholen Sie die Aussagen, aber variieren Sie den Wortlaut.
Gehen Sie bei komplexen, mehrteiligen Anweisungen Schritt für Schritt vor.
Schreiben Sie ein Schlüsselwort oder das Thema auf.
Vermeiden Sie abrupte Themenwechsel.
Wie kann ich den Aphasiker besser verstehen? Wie kann ich für ihn die Kommunikationssituation erleichtern?
Zuhören heisst warten: Der Patient braucht mehr Zeit für seine Äusserungen als Gesunde.
Klären Sie zuerst gemeinsam, um welches Thema es sich handelt und worauf sich die Aussagen beziehen.
Achten Sie nur auf den Inhalt. Verbessern Sie die Fehler nicht, es kommt auf den Inhalt an!
Fallen Sie dem Patienten nicht ins Wort.
Melden Sie das bereits Verstandene zurück.
Bei Schwierigkeiten beruhigen: «Vielleicht können Sie es später sagen.»
Hören Sie genau hin, oft kann man aus Schlüsselwörtern den Sinn des Gesprochenen erschliessen.

kürzer dauernde intensive Sprachtherapien wirksamer sind als niedrigfrequente Therapien über einen längeren Zeitraum. Auch in der chronischen Phase können mit intensiver Sprachtherapie oft signifikante Verbesserungen erreicht werden [8]. Diese Erkenntnisse sprechen für das Konzept einer Intervalltherapie, bei der sich Phasen intensiv durchgeführter Therapien mit therapiefreien Zeiten abwechseln. Trotz positiver Hinweise sind sicherlich vermehrt Interventionsstudien nötig, um den messbaren Nutzen der Sprachtherapie darzustellen. Aufgrund der sehr heterogenen Symptomatik und Verläufe der Sprachstörungen könnte möglicherweise die Publikation von methodisch guten Einzelfallstudien einen wichtigen Erkenntnisbeitrag leisten.

Nichtaphasische zentrale Sprachstörungen

Hirnorganisch bedingte sprachliche Veränderungen, die nicht unter das Etikett klassischer Aphasiesyndrome fallen und nicht mit den typischen linkshemisphärischen Läsionsorten in Beziehung stehen, sind gesondert zu betrachten. Gemeint sind Sprachstörungen nach rechtshemi-

sphärischen Läsionen, nach Frontalhirnläsionen, nach Hypoxien, im Rahmen von Psychosen und demenziellen Krankheiten. Bei diesen Krankheitsbildern sind häufig sprachliche Auffälligkeiten beobachtbar, welche zwar offensichtlich, jedoch schwer fassbar sind. Sie manifestieren sich beispielsweise als Spracharmut, Vagheit, Wortfindungsstörungen, exzessive Sprachproduktion, Inkohärenzen im Antwortverhalten, Umständlichkeiten, Abbruch der Rede und Mangel an Kohäsion in Aussagen und Texten. Gemeinsam ist diesen Erscheinungen, dass sie nicht sprachstrukturelle Defizite betreffen, sondern die primäre Funktion der Sprache, nämlich die Kommunikation beeinträchtigen. Wenn für die meisten Aphasiker gilt, dass sie besser kommunizieren als sprechen können, gilt für Menschen mit nicht-aphasischen Sprachstörungen, dass sie besser sprechen als kommunizieren können. Erfolgreiche sprachliche Kommunikation basiert auf implizitem Wissen, welches parallel und teilweise unabhängig von sprachsystematischen Fähigkeiten vorliegt. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei diesen nichtaphasischen Sprachstörungen um sekundäre Folgen von Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und/oder Exekutivfunktionsstörungen handelt.

Literatur

- 1 Tesak J. Geschichte der Aphasie. Idstein: Schultz-Kirchner Verlag; 2001.
- 2 Huber W, Poeck K, Weniger D, Willmes K. Der Aachener Aphasie Test (AAT). Göttingen: Hogrefe; 1983.
- 3 Born C, Engelter S, Gostynski M, Papa S, Frei M, Djadic-Gross V, Lyrer P. Epidemiologie der Aphasie nach Schlaganfall. Aphasie und verwandte Gebiete. 2007;1(21):33–8.
- 4 Huber W, Poeck K, Springer L. Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme Verlag; 2006.
- 5 Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Leitlinien GAB

und DGNKN. [letztmals eingesehen am 9. September 2008]. www.aphasiegesellschaft.de/Leit.pdf.

- 6 Kertesz A. Die Restitution der Aphasie nach Schlaganfall. Neurol Rehabil. 1995;2:75–80.
- 7 aphasie suisse. Guidelines zur Behandlung von Aphasien. Schweizerische Ärztezeitung. 2005;86(40):2290–7.
- 8 Bhogal SK, Teasell RW, Speechley MR. Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. Stroke. 2003a;34:987–93.
- 9 Bhogal SK, Teasell RW, Foley NC, Speechley MR. Rehabilitation of aphasia: more is better. Topics in Stroke Rehabilitation. 2003b;10:66–76.

Korrespondenz:
Fanny Dittmann
Leitende Logopädin
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz
fanny.dittmann@ksbh.ch