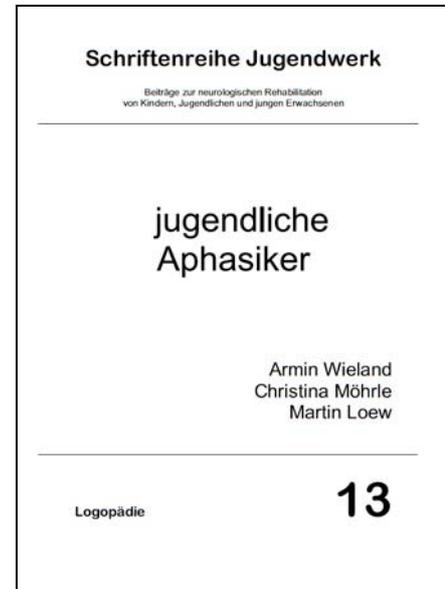


Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 13
Download
Wieland, Armin / Möhrle, Christina /
Loew, Martin :
Jugendliche Aphasiker, Gailingen, 2001



Die Autoren:

Armin Wieland ist Logopäde und seit 1983 im Hegau-Jugendwerk tätig.

Christina Möhrle ist Logopädin und arbeitet seit 1994 im Hegau-Jugendwerk.

Martin Loew ist klinischer Linguist und arbeitete von 1997 bis 2000 im Hegau-Jugendwerk auf der Station Frührehabilitation.

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die neurologische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die ganze Rehabilitationskette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen medizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinandersetzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten zur Verfügung und können als pdf-Datei von der Homepage des Hegau-Jugendwerks kostenfrei heruntergeladen werden.



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0
Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206
Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277
Telefax Krankenhausschule 07734 / 939 - 366
schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de
www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe: Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

Vorwort

"Junge Menschen leiden unter einer Störung des Sprachvermögens (Anm. d. Verf.: Aphasie) besonders. Die Behinderung wirkt in alle Lebensbereiche. Ausbildung und beruflicher Einstieg sind in Frage gestellt." (Main-Post, 8.3.1995)

Wir SprachtherapeutInnen im Hegau-Jugendwerk sehen vergleichsweise viele junge PatientInnen mit Aphasie. Diese kommen bereits in der Postakutphase zu uns und sind über einen langen Zeitraum der Rehabilitation hier. Dabei ist für die Sprachtherapie die Orientierung am Gesamtziele, d.h. an der sozialen und ggf. schulisch-beruflichen Wiedereingliederung ein wesentlicher Faktor. Die Zusammenarbeit mit der Krankenhausschule, der Berufstherapie, sowie den anderen medizinisch-therapeutischen Bereichen ist hierbei von großer Bedeutung.

Das Fehlen wissenschaftlicher Studien zu aphasischen Störungen bei Jugendlichen hat Elisabeth Hofmann, Klinische Linguistin und Dipl. Psychologin, Anfang der neunziger Jahre dazu bewogen, hier im Hegau-Jugendwerk Untersuchungen durchzuführen. Außerdem entwickelte sie ein Therapieprogramm zur Arbeit mit ausbildungsbezogenen Texten.

Nachdem wir einige Workshops und Vorträge zu diesem Thema angeboten haben und die Resonanz sehr groß war, haben wir uns entschlossen, die Arbeiten von E. Hofmann in zusammengefasster Form im Rahmen der Schriftenreihe des Hegau-Jugendwerkes zu veröffentlichen.

Der zweite Teil des vorliegenden Heftes ist somit die Zusammenfassung folgender Arbeiten von E. Hofmann:

- Aphasische Störungen bei Jugendlichen: Besondere Charakteristika und Verlauf
- Zur schulisch-beruflichen Entwicklung junger Aphasiker: Ergebnisse einer katamnestischen Studie
- Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie.
 - Teil 1: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie
 - Teil 2: Vorschlag eines Therapieprogramms

Allen, die sich intensiver mit dem Thema der Aphasie bei Jugendlichen auseinandersetzen möchten, empfehlen wir, die ausführlichen Arbeiten von E. Hofmann zu lesen (Literaturhinweise zu den vollständigen Veröffentlichungen finden Sie am Ende des Heftes.)

Wir danken Elisabeth Hofmann dafür, dass sie uns ihre Ausführungen zur Verfügung gestellt hat.

In der *Schriftenreihe Jugendwerk* ist weiterer Band zum Thema „Aphasie bei Kindern“ erschienen. Beide Hefte ergänzen sich und sind Teil eines Ganzen. Damit aber jedes einzelne Heft für sich vollständig und damit verständlich ist, beginnt auch der Band „Aphasie bei Kindern“ mit dem Kapitel „Grundlagen der Aphasien“ von Martin Loew.

Gailingen im Februar 2001

Christina Möhrle

Armin Wieland

Weitere Informationen zum Thema Aphasie erhalten sie beim

Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA)

Robert-Koch-Str.34

97080 Würzburg

Tel: 0931/25 01 30-0

Fax: 0931/25 01 30-39

Internet: www.aphasiker.de

e-mail: info@aphasiker.de

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	3
1. Grundlagen der Aphasien - von Martin Loew	7
1.1. Sprache – ein Kinderspiel !?	7
1.2. Zum Begriff der Aphasie	16
2. Aphasie bei Jugendlichen (eine Zusammenfassung der Arbeiten von E. Hofmann)	21
2.1. Aphasische Störungen bei Jugendlichen: Besondere Charakteristika und Verlauf von Elisabeth Hofmann	21
2.2. Ergebnisse einer katamnestic Studie	28
2.2.1. Ergebnisse zum Verlauf der Sprachstörungen und ihre Auswirkungen auf die schulisch-berufliche Ausbildung und die Sozialbeziehungen	28
2.2.2. Ergebnisse zur schulisch-beruflichen Entwicklung	32
2.2.3. Ergebnisse zu Sozialbeziehungen, Freizeitgestaltung und Lebensführung	34
2.2.4. Ergebnisse zur Einschätzung der Unterstützung während der schulisch-beruflichen Wiedereingliederung	35
2.3. Aphasie und Lernen	36
2.4. Teil 1: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie	40
2.4.1. Stufen des Lernens	40
2.4.2. Modelle der kognitiven Psychologie zur Textverarbeitung	41
2.4.3. Anforderungen schulischer Texte an die Verarbeitungsprozesse beim Textverstehen und Lernen	45
2.5. Vorschlag eines Texttherapieprogramms	46
2.5.1. Entwicklung des Texttherapieprogramms	46
2.5.2. Zur Textauswahl	47
2.5.3. Zielsetzung	47
2.5.4. Leitfaden zum Texttherapieprogramm	48
2.5.5. Erfahrungen mit dem Programm	51
2.6. Restaphasie	51
3. Literatur	54

1. Grundlagen der Aphasien - von Martin Loew

1.1. Sprache – ein Kinderspiel !?

„Die Sprache wirkt von Natur aus in den Menschen und entfaltet sich dort, und zwar so, dass sie die Natur des Menschen wesentlich mitbestimmt.“ (Helmut Schnelle)

„Sprache ist genauso wenig eine kulturelle Erfindung wie der aufrechte Gang. [Sie ist] das Produkt eines besonderen menschlichen Instinktes.“ (Steven Pinker)

"[In] der Sprache stimmen die Menschen überein. Dies ist keine Übereinstimmung der Meinungen, sondern der Lebensform.“ (Ludwig Wittgenstein)

„Die Sprache ist unser treuer Vasall, der erst etwas von seinen Geheimnissen preisgibt, wenn er noch nicht oder nicht mehr gut funktioniert.“

Willem J. M. Levelt

Nehmen wir einmal an, wir führten eine Umfrage zur Bedeutung des Begriffes „Aphasie“ durch. Die überwiegende Mehrheit der Befragten wüsste vermutlich mit dem Wort nichts anzufangen. Auch die stets mitbetroffenen Familienangehörigen von AphasikerInnen wissen unmittelbar nach dem Ereignis meist nicht, was unter Aphasie zu verstehen ist. Sogar Fachkräften, die bisher nichts mit Aphasie zu tun hatten, fällt es bisweilen schwer, diese erworbene Störung einer höheren Hirnleistung und ihre oft schwerwiegenden Folgen zu begreifen.

Angesichts von immerhin 400.000¹ Menschen, die in der Bundesrepublik Deutschland von Aphasie betroffen sind, mag dies erstaunen.

¹ Vgl. Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (Hrsg.): Sprachstörung Aphasie. Eine Information für Angehörige und Fachkräfte. Würzburg, 1999; S.3.

Bedenkt man jedoch, was bei AphasikerInnen in erster Linie gestört ist – nämlich die *Sprache* -, so muss sich niemand wundern, dass Menschen erst dann allmählich begreifen, was eine Aphasie ist, wenn sie selbst oder nahestehende Verwandte davon betroffen sind.

„Die unbewussten grammatischen Kenntnisse eines Vorschulkindes sind weitaus komplexer als das dickste Handbuch des guten Sprachstils oder das modernste Computersprachsystem.“

Steven Pinker

Wir alle denken erst über Sprache nach, wenn sie zum Problem wird.

Und das ist gut so. Denn: Die Beherrschung der Sprache ist die komplexeste Steuerungsleistung kognitiver Vorgänge im Menschen, die wir kennen (Schnelle, 1991, 3).

Mit anderen Worten: wären wir in Gesprächen jedes mal gezwungen darüber nachzudenken, wie wir unsere Gedanken sprachlich zu **verschlüsseln** haben, damit die anwesenden Gesprächspartner im Stande sind unsere Äußerung wieder zu **entschlüsseln**, um schließlich zu verstehen was wir eigentlich **meinen**, wir alle wären hoffnungslos verloren. Wahrscheinlich wäre jeder sprachliche Verständigungsversuch zwischen zwei Menschen von vornherein zum Scheitern verurteilt.

Heinrich von Kleist schrieb in seinem 1805/06 entstandenen Aufsatz *Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden*: „Ich glaube, dass mancher große Redner, in dem Augenblick, da er den Mund aufmachte, noch nicht wusste, was er sagen würde.“ Wohl wahr, doch stellen Sie sich vor, ein Sprecher müsste sich nicht nur auf die Entfaltung seiner Gedanken konzentrieren, die er seinen HörerInnen vermitteln will, sondern in gleicher Weise auf das sprachliche Formulieren achten, er hätte womöglich die größten Schwierigkeiten überhaupt einen Anfang zu machen.

Wir alle besitzen die natürliche Gabe der Sprachfähigkeit. Beinahe jeder Mensch bringt es im Produzieren und Verstehen sprachlicher Äußerungen innerhalb weniger Jahre zu wahrer Meisterschaft. Erstaunlicherweise können wir uns nicht daran erinnern, für diese Höchstleistung, die wir als erwachsene Menschen unter normalen Umständen präzise und in Sekundenschnelle erbringen können, auch nur ein einziges mal trainiert zu haben. Wie lässt sich dies erklären?

Die meisten Regeln der Sprache haben wir nicht explizit sondern stillschweigend erlernt. Bis zu einem Alter von ungefähr drei Jahren stehen den allermeisten Menschen die wesentlichen grammatikalischen Grundbausteine ihrer Muttersprache

zur Verfügung, zu einem Zeitpunkt also, da wir noch gar nicht im Stande sind bewusst über unser sprachliches Wissen nachzudenken.

So spielend wie sich unsere Sprache im Kindesalter entwickelt hat, so selbstverständlich und unbekümmert gehen wir im Alltag mit ihr um.

Vermutlich wären jedoch die wenigsten von uns einverstanden, wenn wir unser stets zur Verfügung stehendes Sprachvermögen etwa mit dem Schlagen des Herzens verglichen – obwohl es so abwegig nicht ist. Unseren Herzschlag können wir genauso wenig bewusst kontrollieren wie beispielsweise den innerhalb von Millisekunden ablaufenden Prozess des Auffindens passender Wörter im „Wortspeicher“ unseres Gehirns.

Nach Levelt (1989) verfügen erwachsene SprecherInnen mit normaler Ausbildung in unserer Kultur über einen Wortschatz von etwa 30 000 und manchmal noch viel mehr verschiedenen Wörtern. Während des Sprechens rufen wir im Mittel pro Sekunde zwei bis drei Wörter aus unserem „Lexikon“ ab. Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass SprecherInnen gelegentlich bis zu 7 Wörter pro Sekunde produzieren, so wird wohl niemand auf die Idee kommen, diese sprachlichen Prozesse seien bewusst gesteuert, zumal diese Wörter die Absicht der SprecherInnen meistens richtig wiedergeben und außerdem fast immer in der richtigen Reihenfolge, im grammatikalisch richtigen Augenblick erscheinen.

Seit der Antike gilt die Sprachlichkeit als Eigenart des Menschen schlechthin. Die Sprache erhebt den Menschen über alle anderen Lebewesen, macht ihn zur „Krone der Schöpfung“. Wir schmücken uns gerne mit unserer Sprachfähigkeit und tun dabei manchmal so, als sei der Erwerb dieser Fähigkeit unser eigenes Verdienst.

„Wenn Sie nur einmal miterleben, wie ein Einwanderer mit der neuen Sprache oder ein Schlaganfallpatient mit seiner Muttersprache kämpft, wenn Sie versuchen ein paar Brocken Kleinkindersprache zu analysieren oder einen Computer so zu programmieren, dass er Deutsch oder Englisch versteht – dann wird Ihnen Ihre Alltagssprache sehr bald in einem ganz anderen Licht erscheinen. Die Mühelosigkeit, die Transparenz und die Selbstverständlichkeit sind nichts als Illusionen, hinter denen sich ein System voll Reichtum und Schönheit verbirgt.“

Steven Pinker

In Anlehnung an den berühmten Satz von René Descartes „Ich

denke also bin ich.“, könnte man das herkömmliche Verständnis der menschlichen Sprachfähigkeit folgendermaßen umreißen: *Ich bin der Sprache mächtig also bin ich ein Mensch und damit allen anderen Lebewesen überlegen.* Aus heutiger Sicht ist dieser Gedanke umzuformulieren: *Ich habe ein Menschenhirn also bin ich der Sprache mächtig.*

Das Sprachvermögen ist Teil unserer biologischen Ausstattung und damit jedem Menschen bereits in die Wiege gelegt. Der Mensch erlernt schon als Kind, lange vor der eigentlichen Sozialisation, eine und manchmal sogar zwei Sprachen nahezu perfekt (Zweisprachigkeit). Doch die Beherrschung der Muttersprache kann sich niemand als sein Verdienst anrechnen. Kindern schaffen es „spielend“ das komplexe Regelsystem der Sprache zu lernen. Gewiss, dies gelingt ihnen nicht auf Anhieb, doch sie „meistern“ ihre Muttersprache ohne sich jemals dieser enormen Leistung bewusst zu werden. Kurzum: die sprachlichen Fähigkeiten entfalten sich im Kindesalter, wenn nur entsprechende Bedingungen geboten werden, d.h. die Entfaltung nicht behindert wird. Erwachsene hingegen tun sich schwer beim Erwerb einer Fremdsprache. Für meinen Italienisch-Kurs an der Volkshochschule muss ich als erwachsener Mensch regelrecht „büffeln“, und dies alles auch noch mit eher dürftigem Ergebnis. Denn es gelingt uns nicht - selbst wenn wir uns noch so sehr abmühen - eine Fremdsprache auch nur annähernd so perfekt zu sprechen wie unsere Muttersprache.

Es mag sein, dass manche von uns immer noch geneigt sind, Sprache als „kulturelle Erfindung“ des Menschen zu betrachten. In der Tat spricht ja auch einiges dafür. Unsere Muttersprache, von der wir glauben, ganz bewusst über sie verfügen zu können, ist eine Einzelsprache. Als solche besitzt sie eine wechselvolle Geschichte. Sie ist geprägt von einer ganz bestimmten Kultur und Gesellschaft und unterliegt einem unaufhaltsamen Wandel. Der Mensch hat es immer wieder unternommen, die Vielfalt der Sprache(n) detailliert zu beschreiben. In der Tat lassen sich leicht ganze Regale füllen mit Büchern, die die Sprache(n) zum Gegenstand haben. Bei einer derartigen Anhäufung von Wissen über Sprache erliegt man

schnell der Illusion, über Sprache bewusst verfügen zu können. Doch all das in Büchern gesammelte „Sprachwissen“ macht uns noch lange nicht zu kompetenten SprecherInnen einer Sprache. Im Moment der sprachlichen Verständigung mit einem Gesprächspartner/einer Gesprächspartnerin hilft uns selbst das dickste Grammatikbuch nicht weiter. Die dort beschriebenen Regeln der Sprache haben auch nur entfernt etwas zu tun mit den unbewussten sprachlichen Formulierungsprozessen bzw. Verstehensprozessen die in den Gehirnen zweier GesprächspartnerInnen ablaufen. Bei den unzähligen Gesprächen, die wir tagtäglich führen *verfügen* wir im eigentlichen Sinne nicht über Sprache, vielmehr *steht sie uns einfach zur Verfügung*, ohne dass es einer besonderen Anstrengung bedürfte, quasi instinktiv.

Steven Pinker (dt. 1996) hat in sehr einleuchtender Weise nachgewiesen, dass die weit verbreitete Auffassung, wonach Sprache als kulturelle Erfindung des Menschen verstanden wird, ein Irrtum ist. Kinder erlernen Sprache nicht wie das Lesen einer Uhr oder die Namen der größten deutschen Flüsse, sie erlernen sie so, wie Spinnen lernen Netze zu weben, oder Vögel das Fliegen lernen. Nach Steven Pinker muss das Sprachvermögen des Menschen als „*Instinkt*“ begriffen werden.

Nur in Ausnahmefällen ringen wir nach Worten, oder, wie es im Volksmund heißt „es verschlägt uns die Sprache“ (etwa wenn wir vor einer größeren Zuhörerschaft frei reden sollen, oder wenn uns jemand zu unrecht beschuldigt und wir deshalb sehr aufgebracht sind, oder wenn wir uns gerade verliebt haben). Doch in der Regel kommen uns die Worte völlig mühelos über die Lippen. Es erscheint selbstverständlich, dass wir uns beim Reden auf die **Sache** und auf unsere **Gesprächspartner** konzentrieren und nicht auf die **Sprache** selbst. Über die in unserem Gehirn ablaufenden Sprachverarbeitungsprozesse muss sich normalerweise kein Mensch den Kopf zerbrechen.

„Die Fülle der Bestimmungen grammatischer und inhaltlicher Form, also die Fülle der sprachlichen Details, planen wir nicht und kontrollieren wir nicht. Wir lösen ihre unbewusste Realisierung nur aus, und zwar so, wie sie sich in uns in natürlichem Umgang mit der Umwelt aufgrund angelegter Möglichkeiten im Organismus entfaltet hat – d.h. so, wie wir die Sprache in natürlichem Umgang erworben, und nicht etwa mit rationaler Konzentration erlernt haben.“ (Schnelle, 1991, 12).

Unser „Sprachverarbeitungsapparat“ arbeitet größtenteils hochautomatisiert und in aller Regel ist auf ihn auch Verlass!

Schleicht sich dennoch mal ein Fehler ein (jede(r) hat sich schon einmal „versprochen“), so bemerken wir ihn meist umgehend und korrigieren ihn blitzschnell.

Nun könnte man ja auf den Gedanken kommen, diese unbewusst ablaufenden sprachlichen Formulierungsprozesse auf dem Wege der Introspektion bewusst zu machen. Doch das ist zwecklos: in unser kognitives Sprachverarbeitungssystem können wir, selbst wenn wir uns noch so sehr bemühen, nicht „hineinsehen“! Untersuchen können wir lediglich *sprachliches Verhalten*, entweder so, wie es sich in Gesprächssituationen zeigt oder im Rahmen bestimmter zum Teil sehr ausgefeilter Experimente. Aufgrund solcher Gesprächsanalysen und experimentell gewonnener Daten lassen sich Hypothesen über die kognitiven Verarbeitungsprozesse bilden, die den sprachlichen Äußerungen zu Grunde liegen.

Um die Komplexität des der Sprache zugrundeliegenden Systems annähernd verstehen zu können, ist es nützlich sich die einzelnen Ebenen und Prozesse der Sprachverarbeitung eines sprachgesunden Menschen wenigstens kurz zu betrachten:

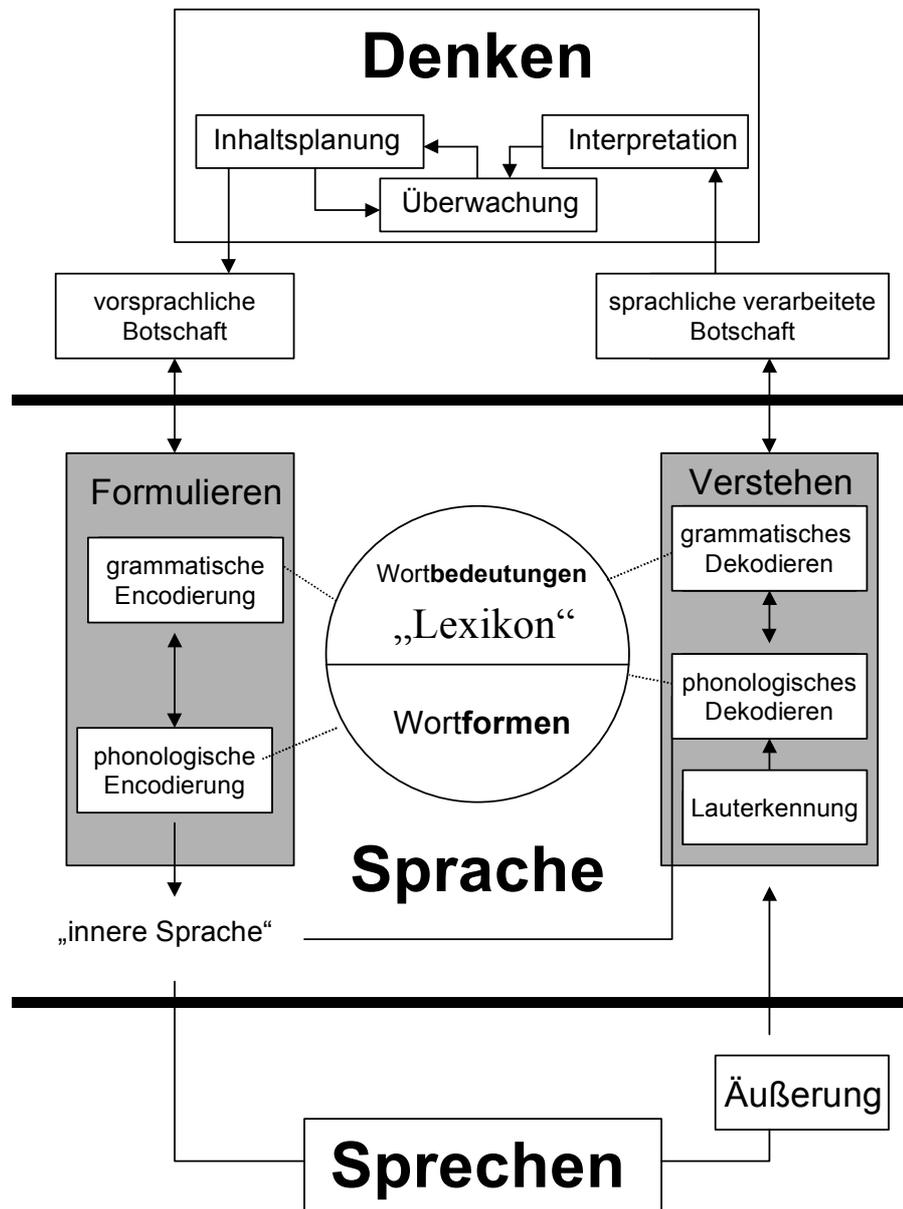


Abb. 1.1.: Prozessmodell des Sprachbenutzers (modifiziert nach Levelt, 1989). Das psycholinguistische Modell illustriert die Ebenen und Prozesse der Sprachverarbeitung eines Sprachgesunden. Es zeigt – wenn auch nur in grober Weise – die drei Ebenen *Denken - Sprache - Sprechen*, die auseinander zu halten sind. Die zwischen den Schraffierungen angedeuteten eigentlichen *sprachlichen* Verarbeitungsprozesse sind es, die bei Aphasikerinnen gestört sind.

Aufgrund der Mühelosigkeit mit der wir Sprache produzieren und verstehen, übersehen wir im Alltag nur allzu leicht, wie vielschichtig die Strukturen und Prozesse der kognitiven Sprachverarbeitung im Gehirn eigentlich sind. Selbst die bildgebenden Verfahren, die in der modernen Medizin zum Einsatz kommen, um die Funktionen des Gehirns direkt zu untersuchen (Positronen Emissions Tomographie [PET], functional magnetic resonance imaging [fMRI]) können nicht einmal annäherungsweise eine Vorstellung vermitteln von dieser komplexesten Steuerungsleistung zu der ein Mensch fähig ist.

Noam Chomsky, einer der einflussreichsten Linguisten der Gegenwart, hat darauf hingewiesen, dass Sprache eine Form biologischen Lebens ist, welche in Analogie zu einem **Organ** gesehen werden kann.²

Die Aphasien machen uns dies in erschreckender Weise bewusst. Eine *Schädigung des Gehirns*, also die Verletzung von Nervengewebe durch einen Schlaganfall oder ein Trauma, kann auch das mentale „Sprachorgan“ in Mitleidenschaft ziehen. Die *Folgen* dieser neurologischen Schädigung sind mitunter katastrophal: der Mensch verliert sein Sprachvermögen, wenn auch nicht immer komplett, so doch teilweise und dies reicht bereits aus, um sozusagen über Nacht und in den alltäglichsten Lebenssituationen aus jedem verbalen Kommunikationsversuch ein Problem werden zu lassen.

Die Sprache erscheint uns im Alltag als ein „Kinderspiel“. Für einen Aphasiker oder eine Aphasikerin wird sie immer wieder zum mühsamen Geschäft.

Gerade die *psychosozialen Folgen* einer aphasischen Störung erinnern uns an einen anderen sehr wesentlichen Aspekt von Sprache: Die **Sprache** ist nicht nur konstituiert durch die **biologische Ausstattung** des Menschen, sie muss auch als **Form sozialen Lebens** begriffen werden. Dank seines naturgegebenen Sprachvermögens hat der Mensch gewaltige Handlungsspielräume. Die „Sprachlosigkeit“ aphasischer Menschen führt hingegen rasch in die gesellschaftliche Isolation. Letzteres gewinnt im Hinblick auf therapeutische Zielsetzungen eine besondere Bedeutung.

Nach übereinstimmender Meinung ist es oberstes Ziel der Aphasietherapie die

² „Wir können uns sinnvollerweise das Sprachvermögen, das Zahlenvermögen u.a. als *mentale Organe* vorstellen, analog dem Herzen oder dem visuellen System oder dem System der motorischen Koordination.“ (Chomsky, 1981 [engl. Orig. 1980], S. 46)

Die Medizin kann bei Hirnschädigungen bis heute keine Therapie im Sinne von Heilung anbieten. Alle AphasikerInnen müssen aber trotz ihrer zum Teil gravierenden sprachlichen Einschränkungen die

Ein Ziel der Aphasitherapie ist es, Kommunikation trotz gestörter Sprache zu fördern.

verschiedensten Alltagssituationen bewältigen. Aphasitherapie muss daher **patientenorientiert** und **alltagsrelevant** sein. Sie darf sich nicht lediglich an den sprachlichen Defiziten orientieren sondern muss – zugeschnitten auf die individuellen Probleme eines bestimmten aphasischen Menschen und innerhalb der Grenzen, die durch die jeweilige neurologische Erkrankung gesetzt sind - Strategien aufzeigen, die Kommunikation trotz gestörter Sprache ermöglichen.

All diejenigen, die mit aphasischen Menschen umgehen (also nicht nur die professionellen Kräfte in der neurologischen Rehabilitation sondern auch Angehörige, FreundInnen und KollegInnen), können dazu beitragen, dass AphasikerInnen die Auswirkungen der sprachlichen Funktionseinschränkungen (Verstehen, Sprechen, Lesen Schreiben) in den unterschiedlichen Lebensbereichen als weniger schmerzlich empfinden – sei es nun im Familienleben oder in der Öffentlichkeit, etwa bei einem Behördengang, am Bankschalter oder beim Einkaufen .

Die wenigsten AphasikerInnen kämen wohl noch auf den Gedanken Sprache als ein „Kinderspiel“ zu bezeichnen und auch die Unterstützung durch sprachgesunde Menschen macht die sprachliche Verständigung für sie gewiss nicht kinderleicht. Doch wir alle können im Zusammenleben mit AphasikerInnen einen Beitrag dazu leisten, dass Verständigung nicht immer nur ein „mühsames Geschäft“ ist. Die vorliegende Broschüre, die sich gleichermaßen an Betroffene (RehabilitandInnen/Angehörige), interessierte Laien und an die in der neurologischen Rehabilitation Tätigen wendet, möchte einen Beitrag dazu leisten, die Probleme, mit denen Aphasikerinnen zu kämpfen haben, ein wenig besser begreifen zu können.

1.2. Zum Begriff der Aphasie

Unter einer Aphasie versteht man eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Spracherwerbs, bzw. nach einer bis zum hirnschädigenden Ereignis normal verlaufenden Sprachentwicklung. Die aphasischen Störungen führen zu Problemen in der verbalen Kommunikation und haben häufig enorme psycho-soziale Folgen (vgl. Tesak, 1999,14; Martins u. Mitarb. 1991.

Aphasie ist ein Wort griechischer Herkunft. Wollte man seine Bedeutung aus den ursprünglichen Wortbestandteilen herleiten [griech. : **a** „nicht“ + **phanai** „sprechen“] , so wäre es naheliegend anzunehmen, es handele sich bei Aphasie um einen Verlust des *Sprech*vermögens. Im Herkunftswörterbuch findet sich aber unter dem Eintrag „Aphasie“ außerdem die Bedeutung „*Sprachlosigkeit*“. Zwar bezeichnet Letzteres die Aphasien zutreffend als Störungen der Sprache. Doch auch das Wort „Sprachlosigkeit“ kann Anlass zu Missverständnissen geben, denn „Aphasie“ bedeutet nicht in jedem Fall einen kompletten Verlust der sprachlichen Fähigkeiten. Was also verstehen wir unter Aphasie?

Da sich der Blick ins etymologische Lexikon als wenig hilfreich erweist, wollen wir uns beim Versuch einer Begriffsbestimmung lieber an den französischen Neurologen Armand Trousseau halten, der 1864 **Aphasie** als Bezeichnung für eine ***Sprachstörung nach Hirnschädigung*** eingeführt hat (vgl. Tesak, 1997, 1). Armands schlichte Definition beinhaltet bis heute die zwei wesentlichen Gesichtspunkte, über die man sich einigermaßen einig ist:

- **Die Ursache einer Aphasie ist eine Schädigung des Gehirns.**
- **Die sprachliche Leistung der Betroffenen ist beeinträchtigt.**

(Tesak, 1997, 1)

Besonders wichtig ist es, an dieser Stelle auf die oben angedeutete Unterscheidung zwischen *Sprach*- und *Sprech*störungen zurückzukommen. Die durch ein hirnschädigendes Ereignis (Schlaganfall, Schädelhirntrauma etc.) erworbene Störung der *Sprache* ist nicht gleichzusetzen mit neurogenen Störungen des *Sprechens*. Zu den Sprechstörungen, die infolge einer Hirnschädigung auftreten, zählen die **Dysarthrie (Anarthrie)** und die **Sprechapraxie**.

- Von Dysarthrie sprechen wir, wenn die Steuerung von Sprechbewegungen durch eine Lähmung bestimmter Muskeln nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich ist. Sind beispielsweise diejenigen Muskeln betroffen, die für die Hebung des Zungengrundes nötig sind, so kann der/die Betroffene die Laute [g] und [k] nicht mehr bilden. Von einer dysarthrischen Störung können Sprechatmung, Stimmgebung und Artikulation betroffen sein. Die schwerste Form einer dysarthrischen Sprechstörung stellt die Anarthrie dar. Patienten, die unter einer Anarthrie leiden sind schlimmstenfalls unfähig auch nur irgend ein Sprachlaut zu bilden, d.h. ihre lautlichen Äußerungen sind völlig unverständlich.
- Bei der Sprechapraxie hingegen kann der Patient grundsätzlich alle für das Sprechen erforderlichen Bewegungen ausführen. Es besteht jedoch eine Störung in Bezug auf die Planung der Sprechbewegungen. Während DysarthrikerInnen in *konstanter* Weise eine Anzahl spezifischer Probleme bei der Steuerung von Sprechbewegungen zeigen, sind die Probleme sprechpraktischer Menschen *inkonstanter* Natur. So ist es typisch für einen sprechpraktischen Menschen, dass er den gleichen Laut oder das gleiche Wort einmal problemlos und dann wieder gar nicht äußern kann.

Liegt eine **Aphasie** vor, so sind also an sich die Funktionen des Sprechens, nämlich *Sprechatmung* (Respiration), *Stimmgebung* (Phonation) und *Aussprache* (Artikulation), nicht beeinträchtigt.

Mit anderen Worten: sofern nicht, wie es immer wieder der Fall ist, zusammen mit einer Aphasie eine Dysarthrie auftritt, bestehen keine Störungen der neuronalen Steuerung der „Sprechwerkzeuge“ (zu letzteren zählen die Atmungsmuskeln, der Kehlkopf, die Rachen- und Gaumensegelmuskulatur, die Zunge, die Kiefermuskulatur und die Lippen).

Bei Aphasie ist die Fähigkeit zur Ausführung von Sprechbewegungen intakt, doch das sprachliche Formulieren und/oder das Verstehen sprachlicher Äußerungen sind mehr oder weniger gestört.

Da wir uns in der vorliegenden Schrift mit den **jungen** AphasikerInnen befassen wollen, lohnt es sich, die obige Abgrenzung zwischen Sprach- und Sprechstörungen noch ein wenig genauer zu betrachten. AphasikerInnen, die tatsächlich nicht sprechen, ja nicht einmal Sprechversuche machen, sind die Ausnahme. Kommt es zu einem völligen Verstummen, so spricht man nicht von Aphasie sondern von **Mutismus** [zu lat. mutus „stumm“]. Strenggenommen sind mutistische Menschen unfähig zu willkürlicher Stimmgebung („Aphonie“) und zur Bildung von Sprachlau-

ten („Anarthrie“) (vgl. Ziegler et al. 1998, 6).³

Bei Erwachsenen sind nur gelegentlich mutistische Erscheinungsbilder im Rahmen aphasischer *Syndrome* zu beobachten, in der Regel als vorübergehendes Symptom im Anfangsstadium einer Aphasie (Ziegler und Ackermann, 1994).

Anders stellt sich dies bei jungen AphasikerInnen dar. Vor allem bei den im Kindesalter erworbenen Aphasien sind mutistische Phasen häufiger und dabei auch länger anhaltend als bei Erwachsenen (Satz u. Lewis, 1993). Diesbezüglich berichtet Hofmann Stocker (⁵1996), - basierend auf den im Hegau-Jugendwerk gemachten Erfahrungen - dass in den meisten Fällen von kindlicher Aphasie eine einige Wochen bis Monate dauernde Phase mit **initialem Mutismus** durchlaufen wird.

Wichtig dabei ist: dieses völlige Unvermögen zu sprechen (Mutismus) darf nicht in eins gesetzt werden mit der Sprachstörung (Aphasie). Das ganze Ausmaß und die individuelle Ausprägung des aphasischen Störungsmusters beginnt sich bei Kindern erst nach dieser anfänglichen Phase des Verstummens herauszukristallisieren. Das Sprachverständnis erscheint häufig relativ gut, so lange allerdings die mutistische Phase andauert, ist - zumindest bezüglich der Sprachproduktion - weder Art noch Ausmaß der aphasischen Störung hinreichend beurteilbar

Nachdem wir die Aphasien abgegrenzt haben von den erworbenen Störungen des Sprechens (Mutismus, Anarthrie, Dysarthrie, Sprechapraxie), möchte ich eine weitere Unterscheidung treffen: die Sprachstörung ist nicht gleichzusetzen mit einer Denkstörung.

Es ist sehr wichtig, dass wir im Umgang mit AphasikerInnen niemals den Fehler begehen, von den sprachlichen Funktionseinschränkungen auf die Denkfähigkeiten zu schließen. Unter normalen Umständen sind wir geneigt genau das zu tun. In unserer Gesellschaft hat die Beredsamkeit einen hohen Stellenwert. Das sprachliche Ausdrucksvermögen wird gerne als Indikator für die Intelligenz eines Menschen gewertet. Wer redegewandt ist gilt als verständiger Mensch, wer mit dem sprachlichen Ausdruck hingegen Probleme hat wird schnell als begriffsstutzig ab-

³ Ergänzend zu den von Ziegler et al. (1998) und Ziegler u. Ackermann (1994) beschriebenen Formen des Mutismus bei Aphasie, die selbst nicht als genuin aphasisch eingestuft werden, sei noch der Mutismus als Bestandteil fehlender Ausdrucksfähigkeit in der post-traumatischen Periode bei Kindern mit Schädelhirntrauma erwähnt, wie ihn Todorow (1978) beschreibt. Auch dabei handelt es sich *nicht* um eine aphasische Störung der Sprache. Vielmehr ist darunter eine **psychoreaktive Form des Mutismus** nach Schädelhirntrauma zu verstehen, die nicht Ausdruck einer lokalen Schädigung der „Sprachzentren“ ist.

gestempelt. Aphasische Menschen sind aber alles andere als schwer von Begriff.

Aphasie hat nichts mit geistiger Behinderung oder psychischer Störung zu tun.

Sie leiden vielmehr darunter, dass sie nur mit Mühe oder gar nicht mehr in der Lage sind, ihre Absichten, Gedanken, Wünsche und Gefühle *sprachlich zu formulieren*. Sie haben bisweilen größte Schwierigkeiten, einem anderen Menschen eine Nachricht zu übermitteln. Auch im umgekehrten Falle, wenn es darum geht, die sprachlich „verpackte“ Botschaft eines Gesprächspartners zu *verstehen*, so sehen sich AphasikerInnen immer wieder aufs neue vor schier unüberwindbare Probleme gestellt.

Menschen, die unter einer Aphasie leiden, haben also Schwierigkeiten, sprachliche Äußerungen - mündliche wie schriftliche - zu formulieren, und gesprochene oder geschriebene Sprache zu verstehen. Es fällt ihnen beispielsweise schwer, das passende Wort in ihrem „mentalen Lexikon“ (= Wortspeicher im Kopf eines jeden Sprachbenutzers) zu finden, Sätze zu bilden, einem Gespräch zu folgen, Texte zu lesen oder zu schreiben.

2. Aphasie bei Jugendlichen

(Zusammenfassung der Arbeiten von Elisabeth Hofmann)

2.1. Aphasische Störungen bei Jugendlichen: Besondere Charakteristika und Verlauf

Untersucht wurden 65 Jugendliche mit aphasischen Störungen unterschiedlicher Ätiologie.

Untersuchungsverfahren:

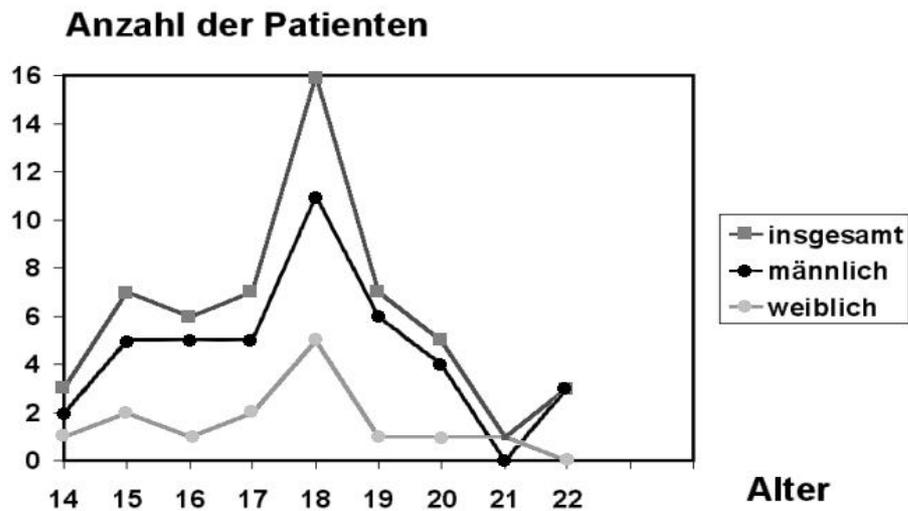
- Aachener Aphasietest, ergänzt durch
- Informationen über das sprachlich-kommunikative Verhalten in Berufstherapie und Krankenhausschule

Altersverteilung der aphasischen Jugendlichen:

Die Altersverteilung der aphasischen Jugendlichen lag zwischen 14 und 22 Jahren (Median: 18 Jahre)

Es sind wesentlich mehr männliche Patienten von einer Hirnschädigung mit Aphasie als Folgestörung betroffen. Dies liegt zum einen daran, dass männliche Jugendliche häufiger ein Schädelhirntrauma erleiden, zum anderen aber auch daran, dass sie auch bei den vaskulären und entzündlichen Ätiologien hinsichtlich der Häufigkeit weibliche Jugendliche bei weitem übertreffen.

Altersverteilung aphasischer Jugendlicher

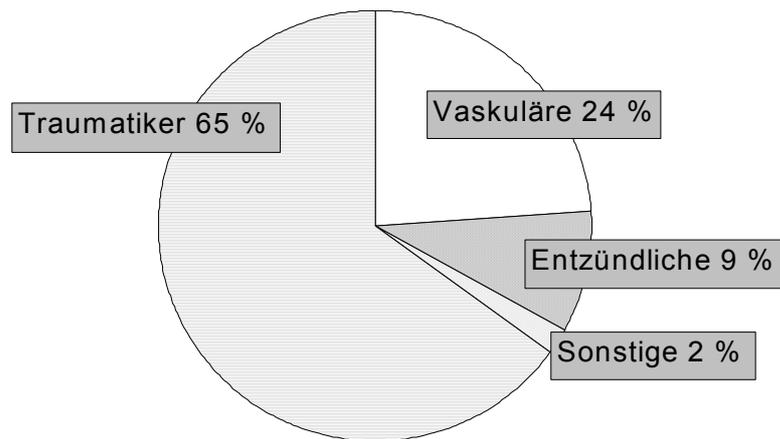


Ursachen der Aphasien bei Jugendlichen

Im Unterschied zu Erwachsenen ist die häufigste Ursache für eine Aphasie bei Jugendlichen das Schädelhirntrauma. Weiterhin sind Gefäßerkrankungen, vorwiegend Hirnblutungen aufgrund von Gefäßmissbildungen, entzündliche Prozesse und Hirntumore Ursachen für Aphasien.

Ätiologien

aphasischer Jugendlicher (14 - 22 Jahre)



Physiologischer Zustand des Gehirns

Die hirnschädigenden Ereignisse treten zu einem Zeitpunkt auf, in dem die Hauptstrukturen des jugendlichen Gehirns bereits ausgebildet, die feinere Ausdifferenzierung jedoch noch im Gange ist.

Es ist davon auszugehen, dass das Gehirn Jugendlicher über eine größere *Plastizität* verfügt als das Erwachsener, insbesondere noch nicht von Abbauprozessen betroffen ist, wie dies oft für ältere Schlaganfallpatienten angenommen werden muss.

Darauf ist die langandauernde Erholung jugendlicher Hirngeschädigter, die sich vor allem bei jugendlichen Hirntraumatikern lt. Forschungsliteratur über Jahre erstrecken kann, zurückzuführen (vgl. Lemay und Gschwind, 1978; Klonoff, Low und Clark, 1977).

Kognitive Entwicklung bei Jugendlichen

Ein großer Teil der sprachlich kognitiven Entwicklung ist bei Jugendlichen abgeschlossen, im Gegensatz zu Erwachsenen jedoch weniger ausgefeilt und eingeschliffen.

In der Jugend, die auch die wichtigste Ausbildungszeit im Leben ist, und im jungen Erwachsenenalter findet eine Erweiterung der Wissensbasis statt, nehmen Aufmerksamkeitsspanne und Gedächtniskapazität zu, die Effektivität kognitiver Verarbeitungsprozesse nimmt zu.

Es ist anzunehmen, dass sprachliche Prozesse bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen weniger automatisiert sind und daher bei aphasischen Störungen Floskeln, eingeschliffene Redewendungen und sprachliche Überproduktion eher seltener Vorkommen.

Es gibt aber auch kognitive Funktionen, die sich während der Adoleszenz erst entwickeln. Laut Piaget und Inhelder sind dies:

1. die Fähigkeit zur Reflexion über das eigene Denken,
2. die Fähigkeit zum Denken als Probehandeln, d.h. zur gedanklichen Vorwegnahme der Interaktion zwischen sich selbst und der Umwelt, zwischen Gegenwart und Zukunft,
- und 3. die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und der fortlaufenden Neueinstellung der Perspektive.

Diese Fähigkeiten sind wichtig für die Bewältigung komplexerer sprachlicher und kommunikativer Alltagsaufgaben wie anspruchsvollerer Konversation oder der Verarbeitung komplexerer Texte.

Eine Hirnschädigung während der Adoleszenz stellt also nicht nur einen Einbruch in die kognitive Entwicklung dar in Bezug auf die Erweiterung des Wissens sondern gefährdet vor allem die Funktionen, die noch entwickelt oder zumindest noch gefestigt werden müssen.

Psychosoziale Lebenssituation Jugendlicher

Die Jugendzeit ist die Zeit des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsensein.

Der Jugendliche muss den Schutzraum der Familie verlassen, neue partnerschaftliche Beziehungen außerhalb der Familie eingehen und eine Entscheidung über Berufswahl und Ausbildung treffen.

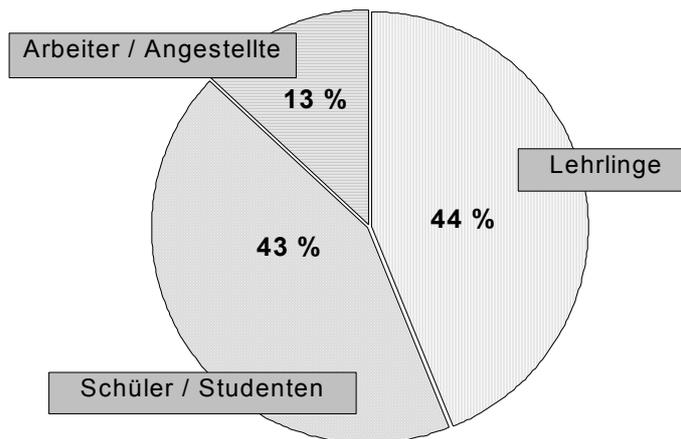
Jugendzeit ist die Zeit der Suche nach eigenen Orientierungen und Maßstäben. Jugendliche Aphasiker stehen damit vor der Aufgabe sich trotz einer Sprachstörung von ihrer vertrauten Umgebung zu lösen und neue Beziehungen einzugehen.

Berufliche Situation

87 % der jugendlichen Aphasiker befinden sich zum Zeitpunkt der Hirnschädigung in schulischer oder beruflicher Ausbildung.

Berufliche Situation aphasischer Jugendlicher

(Alter: 14 - 22 Jahre)

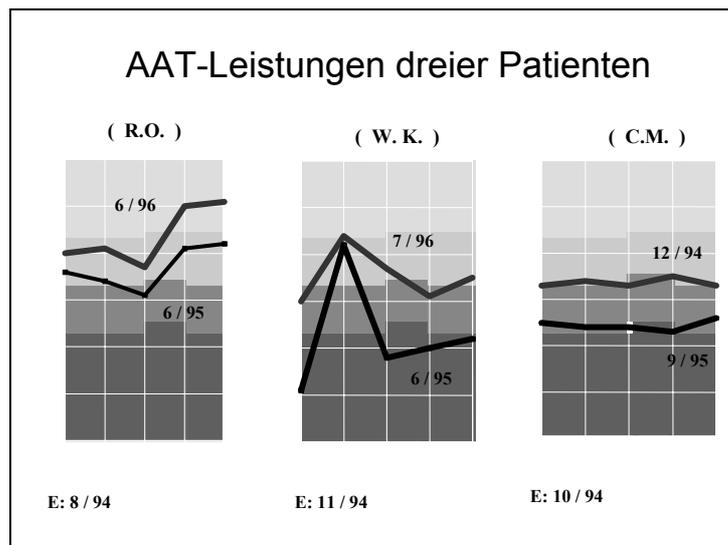
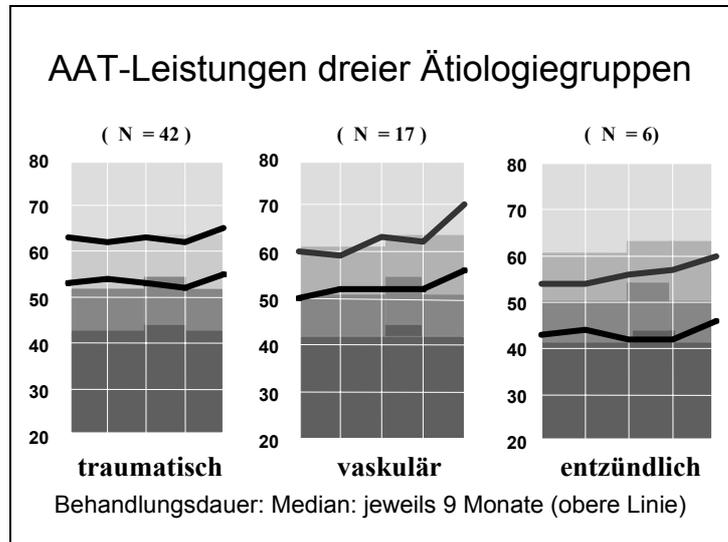


Aus diesen Punkten ergibt sich für die Diagnostik und Therapie folgendes:

- Fast allen Ätiologien bei jugendlichen Aphasikern ist gemeinsam, dass sie keine umschriebenen Läsionen verursachen und daher auch keine einheitlichen Störungsbilder erwarten lassen.
Aphasische Störungen bei Jugendlichen lassen sich daher nur unzureichend mit der herkömmlichen Syndromklassifikation beschreiben.
Daher ist eine Übernahme der an älteren Schlaganfallpatienten gewonnenen klassischen Syndromeinteilung in Broca-, Wernicke-, amnestische und globale Aphasie nur sehr bedingt sinnvoll und sollte durch eine genaue Beschreibung der sprachlichen Symptomatik ersetzt werden.
Ähnlich wie bei Kindern treten auch bei Jugendlichen mit Aphasie wesentlich seltener Paragrammatismen, Logorrhoe, Neologismen und Jargon auf. Es treten also sehr selten Aphasieformen auf, die einer Wernicke-Aphasie ähnlich sind. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sprachliche Leistungen bei Kindern und Jugendlichen weniger automatisiert sind.
Zu den sprachlichen Symptomen treten häufig nichtsprachliche neuropsychologische Symptome wie z.B. Merk- und Konzentrationsstörungen, Probleme in der Wahrnehmung oder kognitive Probleme modifizierend hinzu.
- Der Aachener Aphasie Test erfasst leichte aphasische Störungen nur unzureichend oder gar nicht.
Über $\frac{1}{4}$ klinisch noch als aphasisch diagnostizierter Patienten werden durch den Aachener Aphasie Test in dieser Untersuchung nicht erfasst.
In die klinische Diagnose fließen neben den Ergebnissen des Aachener Aphasie Tests vor allem die sprachlichen Schwierigkeiten ein, die sich in zusätzlichen selbst zusammengestellten Untersuchungen zur Wortfindung für niederfrequente Wörter, Oberbegriffen sowie Textverständnis und Textproduktion zeigen.
Weitere wichtige Informationen erhalten wir aus der Krankenhausschule und der Berufstherapie.
- Diagnostik und Therapie muss im Hinblick auf ein erreichbares Ziel erfolgen, nicht nur aufgrund der Symptome und des Schweregrades der Symptome.
Daher ist ein gesamtes Behandlungskonzept, das die jeweiligen Lebensbereiche des Patienten mitberücksichtigt wichtig, d.h. innerhalb der Klinik ein Behandlungskonzept, das Bereiche, wie z.B. Berufstherapie und Schule miteinbe-

zieht.

- Tendenziell bilden sich aphasische Störungen bei Jugendlichen besser zurück als bei Erwachsenen.



Dies gilt sowohl für traumatisch als auch vaskulär bedingte Aphasien.

Allerdings muss gesagt werden, dass es kaum zu vollständigen Remissionen kommt, d.h. die Aphasie bildet sich in den seltensten Fällen ganz zurück.

Beachtenswert ist, dass klinisch bei keinem der Patienten bei Entlassung eine Diagnose „keine Aphasie“ gestellt wurde.

- Aphasische Störungen bei Jugendlichen können sich auch lange nach Einsetzen der Schädigung noch verbessern.

Die Darstellung der Token-Testverläufe einzelner Patienten soll verdeutlichen, dass sowohl in Spätphasen der Behandlung als auch nach Behandlungsunterbrechung noch Verbesserungen durch Therapie zu erzielen sind.

Betrachten wir den Verlauf von Patient 3: Trauma 3: es lag ein AAT-Ergebnis vor, das 15 Monate nach Einsetzen der Schädigung entstanden ist. Nach einer Behandlungspause von 20 Monaten wurde der Patient im Jugendwerk aufgenommen. Wie Sie sehen waren, noch deutliche Verbesserungen zu erzielen.

Diese Ergebnisse stimmen überein mit der in der Forschungsliteratur beschriebenen langandauernden Erholung bei jugendlichen Hirngeschädigten allgemein.

2.2. Ergebnisse einer katamnesticen Studie

60 aphasische Jugendliche, für die der Verlauf ihrer Sprachstörung bereits während des Aufenthaltes im Jugendwerk untersucht worden war (vgl. Hofmann 1990), wurden 2 Jahre nach Entlassung aus dem Jugendwerk zu ihrer Lebenssituation befragt.

- 83 % dieser Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt ihrer Hirnschädigung in schulischer oder beruflicher Ausbildung.
- Bei allen Jugendlichen wurden bei Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung klinisch noch aphasische Störungen diagnostiziert, wenn auch bei 38 % nur noch leichte.
- Zielsetzung der Studie war, Informationen über die weitere sprachliche, schulisch-berufliche und soziale Entwicklung zu gewinnen.

2.2.1. Ergebnisse zum Verlauf der Sprachstörungen und ihre Auswirkungen auf die schulisch-berufliche Ausbildung und die Sozialbezie-

hungen

a) zum Schweregrad der Sprachstörung:

90 % der befragten Jugendlichen gaben an, noch sprachliche Schwierigkeiten zu haben.

Diese Einschätzung stimmt weitgehend mit der klinischen Beurteilung der Aphasie bei Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung überein.

Die Schweregradeinstufung des Token-Tests und des gesamten AAT beurteilt die aphasischen Störungen als weniger gravierend.

Dieses Ergebnis bestätigt die größere Praxisrelevanz einer klinischen Beurteilung in der vielfältige Informationen aus verschiedenen sprachlichen Kontexten berücksichtigt werden, insbesondere ausbildungs- und berufsrelevanten wie Krankenhausschule und Berufstherapie.

b) zu Art noch vorhandener Sprachstörungen

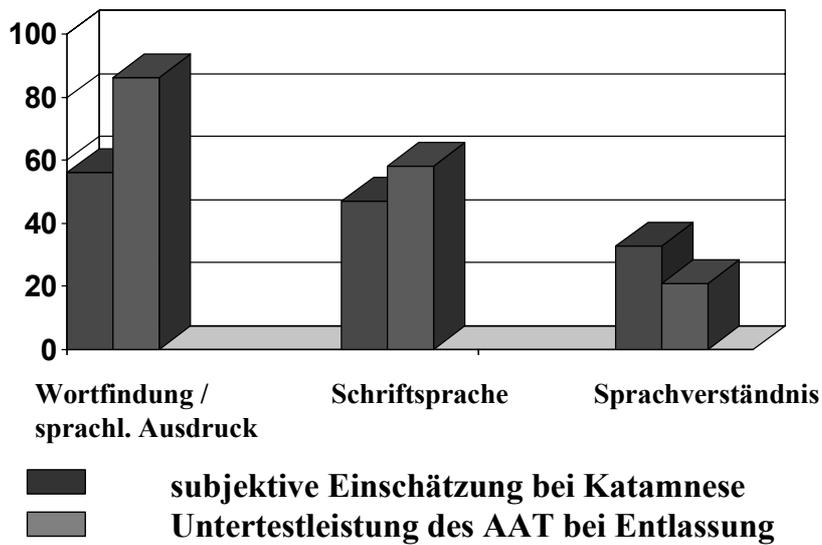
Bei der subjektiven Einschätzung gaben fast alle Probleme in der Wortfindung und im sprachlichen Ausdruck an; etwa 2/3 Störungen in der Schriftsprache; jedoch nur 1/4 Schwierigkeiten im Sprachverständnis.

Der Aachener Aphasie Test beurteilt die Schwierigkeiten geringer als die subjektive Einschätzung außer bei Sprachverständnis.

Da zugleich viele der Jugendlichen, die angaben, keine Probleme im Sprachverständnis zu haben, bei der Frage nach den Auswirkungen der Sprachstörung bei der Ausbildung mitteilten, sie hätten Mühe, dem Unterricht zu folgen und beim Verstehen von Lerntexten, ist zu vermuten, dass die Sprachverständnisprobleme eher unterbewertet werden, vermutlich weil sie weniger auffallen.

Art der noch vorhandenen Sprachstörungen

Anzahl der Patienten (%)



c) zu den Auswirkungen der Sprachstörung auf die Ausbildung:

Fast alle der Jugendlichen, die nach ihrer Hirnschädigung eine schulische oder berufliche Ausbildung durchlaufen, berichten - vor allem auf den theoretischen Unterricht bezogen - von negativen Auswirkungen der Sprachstörungen darauf.

Häufig wird angegeben, dass es schwer falle,

- dem Unterricht zu folgen
- Texte zu verstehen
- das Wichtigste daran zu erfassen
- sprachliche Informationen zu lernen

Ihren Angaben nach stoßen die Jugendlichen zwar bei Lehrern und Ausbildern meist auf Verständnis, doch nur etwas mehr als die Hälfte bekommt aktive Unterstützung (z.B. in Form von ausführlicheren Erklärungen, zusätzlichen Unterlagen, Darstellungen, praktischem Vormachen oder zusätzlicher Zeit bei Klassenarbeiten).

Zusätzliche Förderung durch Nachhilfeunterricht, die Unterstützung durch Kollegen, Eltern und Geschwistern oder eine ausbildungsbezogene Sprachtherapie werden als wichtige Hilfen empfunden, um die Ausbildungsanforderung zu bewältigen. Diese stehen jedoch nur einem kleinen Teil der Jugendlichen in Ausbildung zur Verfügung.

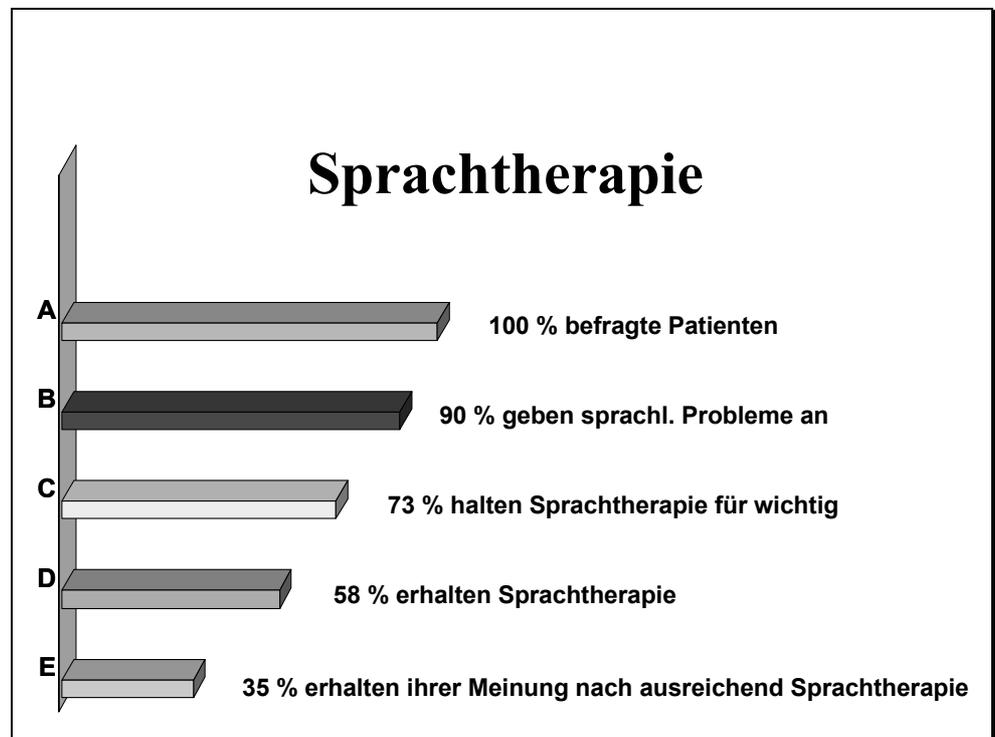
d) zu den Auswirkungen auf das Verhalten in Sozialbeziehungen:

64 % der Jugendlichen geben an, ihre Sprachstörungen hätten negative Auswirkungen auf ihr Verhalten anderen Menschen gegenüber: Sie seien z.B. gehemmter oder würden weniger sprechen.

Aufgrund ihrer Sprachprobleme hätten sie Schwierigkeiten neue Beziehungen herzustellen.

Diese Befunde sind um so ernster, als sehr viele der Jugendlichen lt. Untersuchung ihre alten Freunde und Bekannten verloren haben.

e) Sprachtherapie:



f) Selbsthilfegruppen:

Nur 5 der in der Stichprobe erfassten Jugendlichen nehmen an einer Selbsthilfegruppe für Sprachgeschädigte teil.

2.2.2. Ergebnisse zur schulisch-beruflichen Entwicklung

Von allen Jugendlichen, die nach ihrer Hirnschädigung eine Berufsausbildung durchlaufen, sind etwas über die Hälfte dafür auf Sonderausbildungsstätten wie Berufsbildungswerke angewiesen, bei mehr als einem Drittel beginnt die Ausbildung erst nach einer Berufsvorförderung.

Die Zeit zwischen Hirnschädigung und Ausbildungsbeginn wird dadurch oft sehr lang. Das Ausmaß der aphasischen Störungen scheint für die Ausbildungsfähigkeit wie auch für die spätere Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend zu sein.

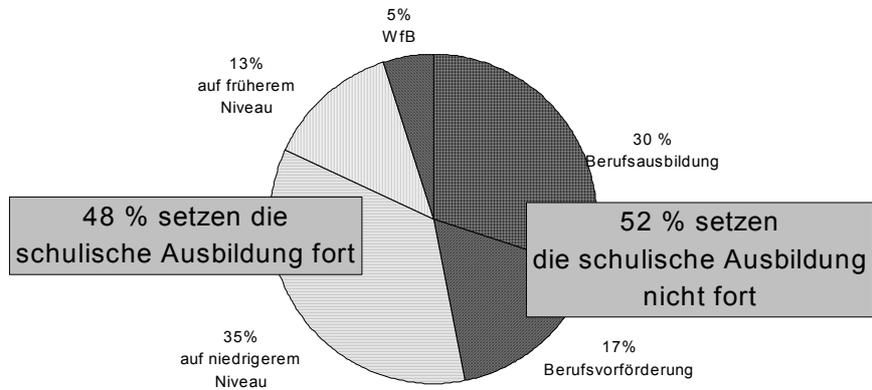
Nur leichte aphasische Störungen lassen eine weitere Schulausbildung ab Hauptschulniveau zu und auch eine Berufsausbildung ist mit Ausnahmen nur bei gut zurückgebildeten Aphasien möglich.

Von den bei Entlassung als „schwer“ beurteilten Aphasikern machte keiner eine Berufsausbildung.

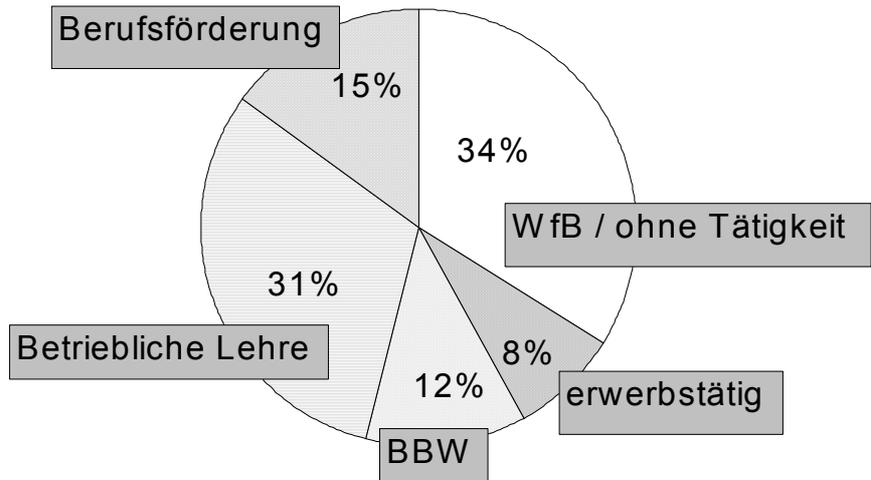
Bei Aphasikern ist die Häufigkeit der Verschlechterung der beruflichen Situation gegenüber dem prämorbidem Niveau deutlich größer als bei der gesamten Gruppe hirngeschädigter Jugendlicher. Dies muss vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass das Niveau einer Schul- oder Berufsausbildung oder Berufstätigkeit meist sehr stark von sprachlichen Anforderungen mitbestimmt wird.

Am Arbeitsplatz haben lt. Angaben der Jugendlichen aphasische Störungen geringere negative Auswirkungen. Dies mag evtl. darauf zurückzuführen sein, dass hauptsächlich technisch-handwerkliche Tätigkeiten ausgeführt werden und die sprachlichen Anforderungen des Lernens dabei weitgehend entfallen.

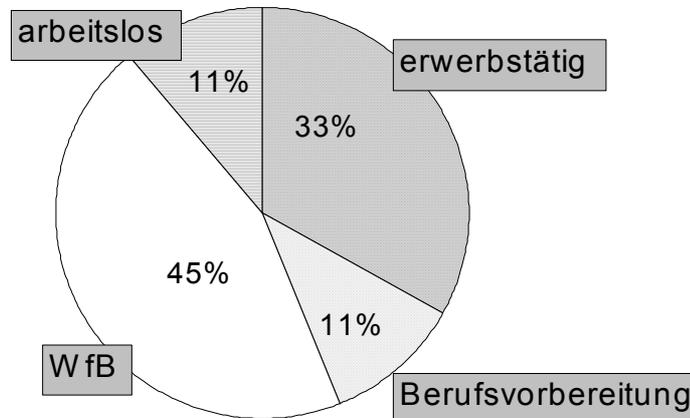
Schulisch-berufliche Entwicklung:
frühere Schüler (n = 23)



Schulisch-berufliche Entwicklung:
frühere Auszubildende (n=26)



Berufliche Entwicklung:
frühere Erwerbstätige (n=9)



2.2.3. Ergebnisse zu Sozialbeziehungen, Freizeitgestaltung und Lebensführung

Es wurde z.B. gefragt, welcher Lebensbereich sich durch Hirnschädigung und Aphasie am stärksten verändert habe: Ein Großteil (69 %) gab an, dass sich die Beziehungen zu anderen Menschen am meisten veränderten, Beruf und Freizeit veränderten sich weniger gravierend.

Selbst leichte aphasische Störungen wirken sich meist einschränkend auf soziale Beziehungen aus.

Die Auswirkungen nehmen jedoch mit dem Schweregrad der Aphasie erheblich zu, je schwerer die Aphasie, desto größere Auswirkungen hat diese auf die sozialen Beziehungen.

Um trotz Sprachstörungen außerfamiliäre Beziehungen zu knüpfen und auch die Freizeit außerhalb der Familie zu verbringen scheint die Mitgliedschaft in Vereinen eine wichtige Rolle zu spielen.

2.2.4. Ergebnisse zur Einschätzung der Unterstützung während der schulisch-beruflichen Wiedereingliederung

1. Viele Angehörige und Betroffene fühlten sich nach dem Abschluss der Behandlung im Jugendwerk mit dem weiteren Rehabilitationsverlauf allein gelassen und überfordert. Von ihrer Seite sei ein großer und dauernder persönlicher Einsatz notwendig, um das berufliche Vorankommen der betroffenen Jugendlichen zu sichern, es dauere zudem häufig sehr lange, bis Maßnahmen in die Wege geleitet werden würden.

2. Die Schwierigkeiten aphasischer Jugendlicher würde bei der Ausbildung zu wenig berücksichtigt, selbst Spezialeinrichtungen böten zu wenig Lernunterstützung und zu wenig ausbildungsorientierte Sprachtherapie.

3. Eine Schul- oder Berufsausbildung sei selbst nach sehr gut verlaufener Aphasie, die in der Alltagskommunikation kaum mehr auffällt, nur mit einem sehr großen Einsatz zu bewältigen, sei daher ein großer Stress und habe auch soziale Auswirkungen, da fast alle Kräfte durch die Ausbildung gebunden würden. Eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen würde für die Jugendlichen zugleich ihre gesamte psychosoziale Situation entlasten.

Daher wäre es sehr wichtig, bereits während der Rehabilitation gerade bei leichten aphasischen Störungen deren Auswirkungen beim Lernen besonders zu berücksichtigen, z.B. in Form eines speziellen Trainings der Bearbeitung von Lerntexten (Vergleich Hofmann, 1988), vor allem aber auch durch eine, die gesamte Ausbildung begleitende, Lernunterstützung.

4. Für die Jugendlichen mit schwereren Aphasien wäre es dringend notwendig, das Selbsthilfgruppenangebot zu erweitern, das bisher vorwiegend auf ältere Erwachsene abgestimmt ist, und zugleich die Integration von Behinderten und Nicht-Behinderten zu fördern.

2.3. Aphasie und Lernen

Den Aphasikern das Lernen erleichtern

In diesem Teil sollen einige Probleme von Aphasikern beim Verstehen von Texten, mündlichen Anweisungen, Erzählungen, v.a. auch im Unterricht bzw. in der Ausbildung genannt werden.

Diese Thesen gründen sich auf ein Seminar von Elisabeth Hofmann zum Thema „Aphasie und Lernen“.

Es geht darum, alle die mit Aphasikern zu tun haben - Angehörige, Therapeuten, Lehrer, Ausbilder, Arbeitskollegen - auf die Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, dadurch mehr Verständnis zu wecken und einige Hinweise zum Umgang damit zu geben.

Es gibt zwei große Schwierigkeiten von Aphasikern beim Verstehen von Texten:

I. Verstehen als erste Stufe des Lernens ist gestört.

II. Der Aufbau von inneren Darstellungen (Repräsentationen) der Lerninhalte fällt schwer.

I. Verstehen als erste Stufe des Lernens ist gestört:

1. Aphasiker brauchen vermehrt Zeit, sich auf neue sprachliche Mitteilungen oder auf ein neues Thema einzustellen und verlieren dadurch Informationen. Hilfreich wäre:

- Mitteilungen und Themenwechsel vorzubereiten (auch für die Aufmerksamkeit) z.B. durch Vorbereitungsfloskeln: „heute werde ich über folgendes Thema reden“ oder „jetzt kommen wir zu einem anderen Thema, nämlich ...“
- Unnötige Themenwechsel vermeiden
- Anweisungen gebündelt darbieten, z.B. im Unterricht, die Erarbeitungsphase nicht unterbrechen und andere Anweisungen nachreichen
- Gut gegliederter Unterricht kommt den Aphasikern entgegen.
- Je berechenbarer und wiedererkennbarer die Unterrichtsformen in ihrer Bedeutung sind, desto mehr kann sich der Aphasiker auf die Erfassung des Inhaltes konzentrieren.

2. Aufgrund der Einschränkung des verbalen Kurzzeitgedächtnisses (eingeschränkte Kapazität, rascher Spurenerfall) ist die Grundlage für eine bedeutungsmäßige Verarbeitung sprachlicher Informationen mangelhaft. Hilfreich wäre:

- Kurze Sinneinheiten
- Pausen zwischen den Sinneinheiten
- Informationen nicht zu dicht komprimiert anbieten, ruhig mehrfach

→ Das Informationsangebot wird der eingeschränkten Kapazität angepasst.

3. Die sprachliche Verarbeitung während des Verstehens ist verlangsamt. Hilfreich wäre:

- Langsameres Sprechen
- Verlängerte Zeit für Reaktionen, so dass Nachfragen ermöglicht wird.

4. Aphasiker verfügen oft über einen eingeschränkten passiven Wortschatz und haben Schwierigkeiten, komplexe, grammatikalische Beziehungen zu erfassen. Hilfreich wäre:

- Einfache, klare Ausdrucksweise
- Fremdwörter vermeiden
- Wo dies nicht möglich ist, Verständnis sichern, erklären lassen.
- Lange, komplizierte Satzgefüge vermeiden
- Auf Nichtverstehenssignale achten bzw. die Aphasiker dazu anregen, Nichtverstehen zu äußern.

5. Aphasikern fällt es häufig schwer, Wörter zu verstehen, die auf andere Wörter verweisen (Referenzbezüge). Es handelt sich dabei um Wörter wie „sie, dort, davor“. Hilfreich wäre:

- z.B. statt vieler Pronomen den Referenten (das Bezugswort) anzugeben.
- „die Katze“ statt „sie“
- „vor dem Essen“ statt „davor“
- Die Referenten häufig wiederholen
- Möglichst eindeutige Referenzbezüge

6. Aphasiker bemerken das eigene Nichtverstehen oft nicht und fragen daher auch

häufig nicht nach. Hilfreich wäre:

- Verstehenskontrolle durch Rückfragen vom Gesprächspartner
- Kleinschrittig geplanter Unterricht
- Nach kurzen Einheiten gemeinsam zusammenfassen

II. Der Aufbau von inneren Darstellungen (Repräsentationen) der Lerninhalte fällt schwer

(innere Repräsentation: inneres Bild, in das alle Informationen mit einfließen, z.B. visuell, sprachlich, Geschmack, Vorerfahrung oder ähnliches)

1. Häufig fällt es Aphasikern schwer, eigentlich vorhandenes Altwissen abzurufen und es damit für eine Informationsverarbeitung nutzbar zu machen. Hilfreich wäre:

- Verfügbares Wissen aktivieren
- z.B. die eigene Lebenserfahrung zu einem neuen Thema,
- mit Emotionen besetzte Erlebnisse durch Fragen anregen
- An bereits vorhandenes schulisches Wissen anknüpfen
- z.B. durch kurzes, gemeinsames Wiederholen,
- durch Nennen der Kernbegriffe
- Wissen aus anderen Fächern mit einzubeziehen,
- besonders gut durch fächerübergreifenden Unterricht

Die Inhalte werden dadurch von verschiedenen Seiten angegangen, erhalten mehr Bezüge und können so besser ins eigene Wissen aufgenommen werden.

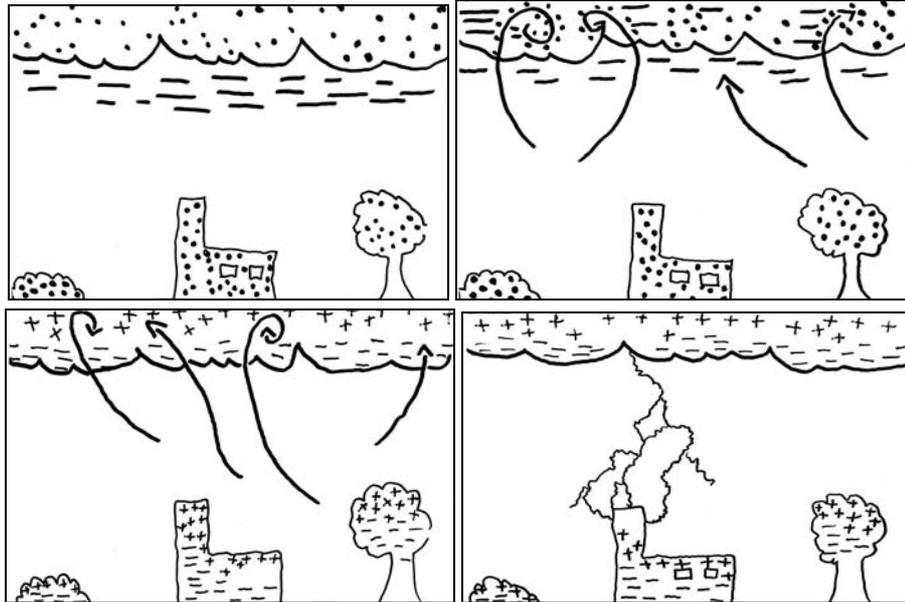
2. Aphasiker haben besondere Mühe mit der Strukturierung und Zusammenfassung neuer Informationen. Sie können häufig Wesentliches von Unwesentlichem nicht unterscheiden. Hilfreich wäre:

- Möglichst klare Struktur, z.B.:
- klare, gebündelte Anweisungen
- beim Thema bleiben
- unwesentliche Aspekte weglassen
- auch hier Verständnis durch Rückfragen sichern

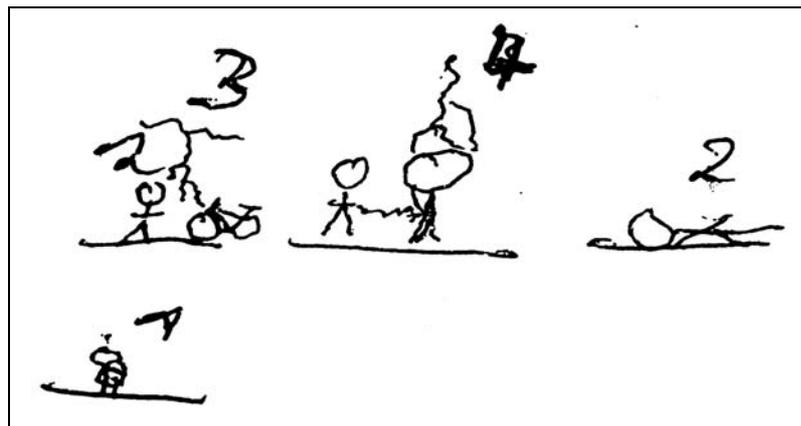
3. Die bildliche Vorstellung unterstützt Vorgänge des Verstehens und der Verarbei-

tung sehr. Sie kann entweder als kompensatorisches Mittel zur Verfügung stehen oder ebenfalls gestört sein. Hilfreich wäre in beiden Fällen:

- Informationen bildlich darstellen (lassen)



Rehabilitand S.: Bildliche Darstellung eines Textes zum Thema: „Wie entsteht ein Gewitter?“



Rehabilitand S.: Bildliche Darstellung eines Textes zum Thema: „Wie schützt man sich vor Gewitter?“ Bild 1: in die Hocke gehen, Bild 2: nicht auf den Boden legen, Bild 3: nicht in der Nähe eines Fahrrades aufhalten, Bild 4: nicht in der Nähe eines Baumes aufhalten, da der Blitz überspringen kann.

2.4. Teil 1: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie

Um Probleme von Aphasikern beim Lernen zu verstehen ist es sinnvoll, zunächst den Lernprozess und die Textverarbeitung ganz allgemein zu betrachten.

2.4.1. Stufen des Lernens

A) Wahrnehmen

- Aufmerksamkeit ausrichten und halten, hierbei spielen auch Konzentration und Motivation eine wichtige Rolle.
- richtig wahrnehmen (Laut- bzw. Schriftketten als entsprechende Wörter der deutschen Sprache identifizieren)

B) Verstehen (v.a. sprachliches Vorwissen ist dabei wichtig)

- den Laut- bzw. Schriftbildern Bedeutung zuordnen
- syntaktische Bezüge erfassen
- situativen und sprachlichen Kontext berücksichtigen

C) Zusammenfassen - Ordnen (sprachliches und allgemeines Wissen notwendig)

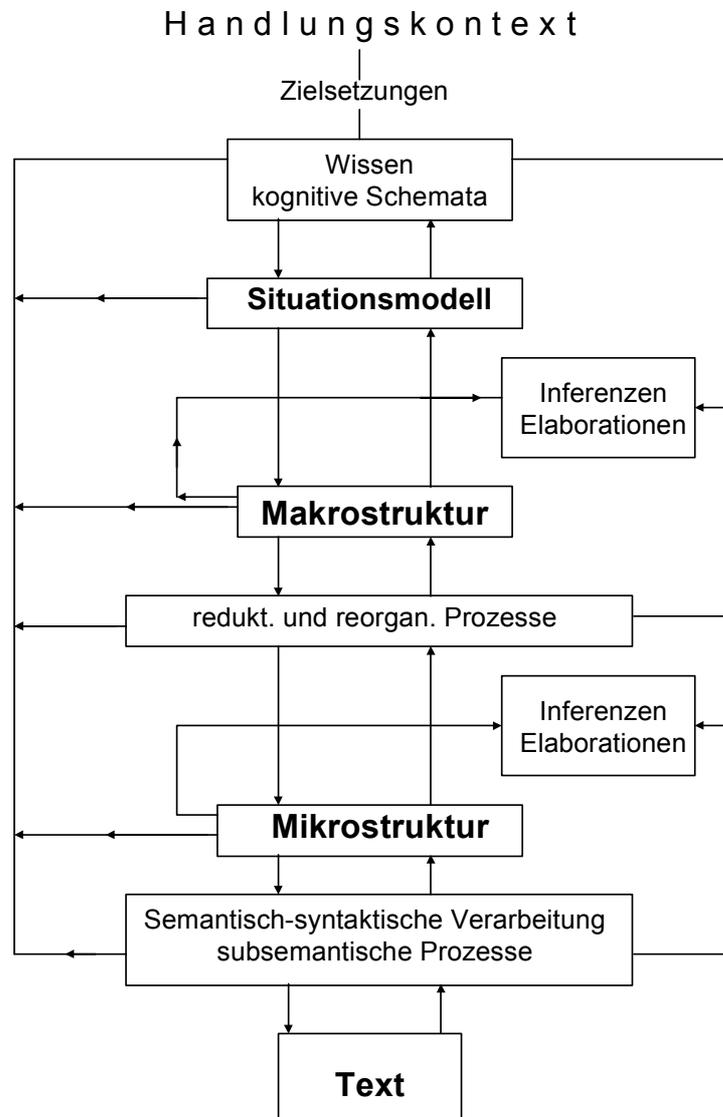
- Unwesentliches weglassen, Wesentliches auswählen, Informationen bündeln und verallgemeinern
- eine logische Ordnung herstellen

D) Erweitern - Integrieren (allgemeines Wissen ist wichtig)

- mit Hilfe des verbalen und nonverbalen Vorwissens eine stimmige innere Darstellung des Lerninhaltes bilden und
- die neuen Informationen in das Vorwissen integrieren, d.h. dieses erweitern und modifizieren

2.4.2. Modelle der kognitiven Psychologie zur Textverarbeitung

A) Modell des Textverstehens von van Dijk und Kintsch (Modifikation eines Schemas aus Ballhaus et al., 1981)



Modell des Textverstehens von van Dijk & Kintsch
(Modifikation eines Schemas aus Ballstaedt et al., 1981, S.83)

Zu Beginn der Textverarbeitung sind **subsemantische Prozesse** wie z.B. Augenbewegungen, Fixationen und das Erkennen von Buchstaben und Wörtern notwendig.

Mit Hilfe der **semantisch-syntaktischen Verarbeitung** entsteht eine genaue, bedeutungsmäßige Repräsentation des Textes, die auch als **Mikrostruktur** bezeichnet wird. Diese kann durch Inferenzen (Schlussfolgerungen) und Elaborationen (mit dem Textinhalt zusammenhängende aus Vorwissen und Vorerfahrungen gebildete Hinzufügungen) ergänzt werden.

An der Mikrostruktur ansetzend wird durch reduktive und reorganisierende Prozesse (Auswahl wichtiger und Weglassen weniger wichtiger Informationen, Verallgemeinerung und Bündelung) die **Makrostruktur** gebildet. Diese ist die auf das Wesentliche verdichtete Bedeutungsrepräsentanz des Textes. Auch hierbei können Inferenzen und Elaborationen beteiligt sein.

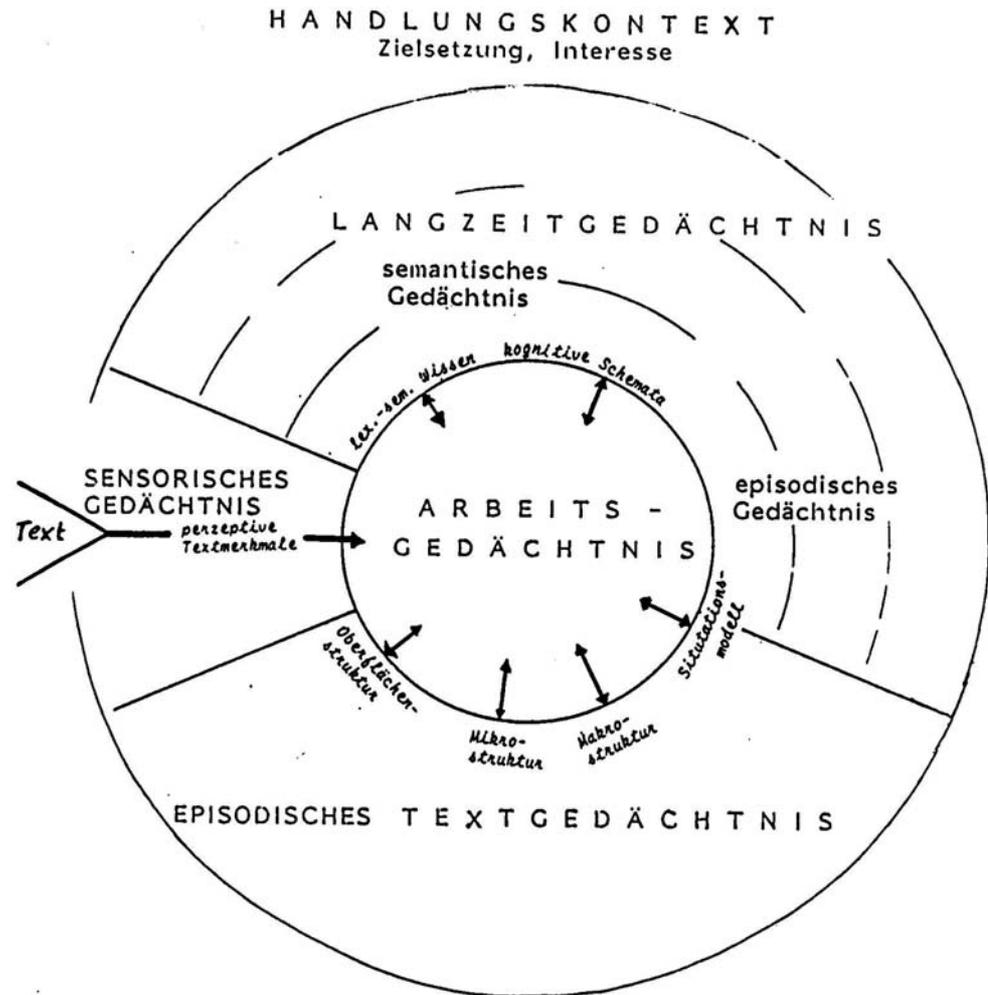
Die Herausbildung der Makrostruktur erfolgt nicht - wie es scheint - nach der Erstellung der Mikrostruktur sondern parallel und in ständigem, gegenseitigem Austausch.

Das **Situationsmodell** entsteht durch die Einbeziehung des von Leser zu Leser verschiedenen Vorwissens und den ganz persönlichen Vorerfahrungen, die nicht nur sprachlich sondern z.B. auch visuell oder taktil sein können. Somit wird eine innere multimodale Darstellung der im Text beschriebenen Situation aufgebaut, die in die eigene Wissensstruktur eingefügt wird und somit die Basis für Lernen darstellt.

Wie im Modell durch die ab- und aufsteigenden Pfeile verdeutlicht, beeinflussen kognitive Schemata sämtliche Prozesse der Textverarbeitung. So werden z.B. Buchstaben und Wortmuster mittels entsprechender Schemata erkannt, bei der semantisch-syntaktischen Verarbeitung werden sprachliche Schemata verwendet und auch die reduktiven und reorganisierenden Prozesse setzen Wissen über die Zusammenhänge in der Welt voraus.

Sämtliche Teilprozesse der Textverarbeitung werden auch von der Zielsetzung und dem Interesse des Lesers, die sich aus dem Handlungszusammenhang ergeben, beeinflusst.

B) Das Prozessmodell der Textverarbeitung nach van Dijk und Kintsch, 1983



Das Prozessmodell der Textverarbeitung verdeutlicht noch einmal das Zusammenspiel von Text, mentaler Textrepräsentation und Eigenschaften des Lesers. Zudem macht es die Beteiligung der verschiedenen Gedächtnissysteme deutlich. Und es wird deutlich, dass der Aufbau der verschiedenen Textrepräsentationen (z.B. der Mikro- und Makrostruktur) nicht nacheinander sondern parallel geschieht.

Im Zentrum des Modells steht das Arbeitsgedächtnis in dem die gerade ablaufenden Verarbeitungsprozesse stattfinden. Darum herum sind die weiteren an diesem Prozess beteiligten Gedächtnissysteme dargestellt.

Im **sensorischen Gedächtnis** finden Wahrnehmungsprozesse, vor allem die Buchstaben- und Wortidentifikationen statt. Für die - später beschriebene - Textverarbeitungstherapie kommen vorwiegend Patienten in Frage, die einigermaßen flüssig lesen können und damit vorausgesetzt werden kann, dass diese Verarbeitungsstufe relativ ungestört ist.

Das **Langzeitgedächtnis** umfasst das semantische und das episodische Gedächtnis. Das semantische Gedächtnis speichert lexikalisches, semantisch-konzeptuelles und alle Art von allgemeinem Wissen. Im episodischen Gedächtnis sind persönliche Erfahrungen zusammen mit ihren zeiträumlichen Bezügen repräsentiert.

Beide Untersysteme des Langzeitgedächtnisses - zwischen denen die Übergänge fließend sind - bilden die Wissensbasis, die Verstehensprozesse erst ermöglichen.

Das episodische Textgedächtnis sowie das Situationsmodell werden während der Textverarbeitung konstruiert.

Im **episodischen Textgedächtnis** wird sowohl die Oberflächenstruktur als auch die Bedeutung des Textes auf der Ebene der Mikro- und Makrostruktur gespeichert und kann jederzeit abgerufen werden.

Das **Situationsmodell** beinhaltet die vielfältigsten verbalen und nonverbalen Beziehungen und stellt somit die reichste Abrufstruktur dar.

Aus dem Langzeitgedächtnis und dem episodischen Textgedächtnis werden die Informationen abgerufen, die für die Verarbeitung des Textes im Arbeitsgedächtnis notwendig sind.

Dem **Arbeitsgedächtnis** werden 2 Funktionen zugeschrieben: die Speicherung des zu bearbeitenden Materials und die Verarbeitung. Es wird angenommen, dass diese beiden Funktionen um die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses wetteifern, d.h. je geringer die Anforderungen an die Verarbeitung um so größer ist die Speicherkapazität.

Die Prozesse die im Wesentlichen während des Textverstehens im Arbeitsgedächtnis stattfinden sind:

- die semantisch-syntaktische Interpretation der Oberflächenstrukturen mit Hilfe des Abrufs der entsprechenden lexikalisch-semantischen Einheiten aus dem semantischen Gedächtnis und von Informationen aus dem episodischen Textgedächtnis
- die Konstruktion einer bedeutungsmäßigen Makrostruktur mit Hilfe entsprechen-

der Schemata aus dem Langzeitgedächtnis aber auch durch Operationen wie Selektion, Eliminierung, Bündelung und Verallgemeinerung von Informationen aus dem episodischen Textgedächtnis

- und schließlich die Ausbildung einer inneren Repräsentation durch die multimodale Verknüpfung der über den Text aufgenommenen Information mit Vorwissen und Vorerfahrung

2.4.3. Anforderungen schulischer Texte an die Verarbeitungsprozesse beim Textverstehen und Lernen

Die Anforderungen, die Texte an die Verarbeitung stellen, sind unterschiedlich je nach Textart und Komplexität des Textes.

1. Textart

Es werden drei verschiedene Textarten unterschieden:

- narrative (=erzählende) Texte
- prozedurale Texte, die einen Handlungsablauf schildern
- expositorische Texte, die zu einem Thema neue Informationen darlegen

Manche (meist narrative und prozedurale) Texte folgen einem gängigen Aufbau wofür Schemata zur Verfügung stehen, die die Verarbeitung erleichtern.

2. textartunabhängige Kriterien:

- verwendeter Wortschatz
- Anzahl der auftretenden Personen und die Möglichkeit, diese bzgl. des Geschlechtes, des Alters zu verwechseln
- Anzahl der Örtlichkeiten und Zeitperioden und damit verbundene Zeit- und Szenenwechsel
- zeitliche Rück- und Vorblenden
- Textlänge

Für das therapeutische Arbeiten mit Texten ist die Einschätzung der Komplexität eines Textes und damit seiner Anforderungen an Verarbeitungsprozesse wesentlich. So können auch die Schwierigkeiten, die aphasische Jugendliche mit Texten haben, nur verstanden werden, wenn man diese bezüglich Textart und Komplexität betrachtet.

Die schulischen Texte, die Schwierigkeiten bereiten sind:

1. komplexe narrative Texte, z.B. mit mehreren ineinander geschachtelten Episoden, übertragener Bedeutung oder Pointen (Beispiele: Kurzgeschichten im Deutschunterricht, Geschichtstexte)
2. komplexe prozedurale Texte mit meist mehreren ineinander eingebetteten Handlungssequenzen und unvertrautem Wortschatz (Beispiel: berufskundliche Texte mit komplexeren Anweisungen)
3. expositorische Texte, die meist neue Informationen zu einem Thema geben oder es aus verschiedenen Gesichtspunkten diskutieren und damit ebenfalls unvertrautes Vokabular benutzen (Beispiel: Texte aus der Biologie oder Gemeinschaftskunde)

Bei diesen Texten kann nur sehr bedingt davon ausgegangen werden, dass bereits verfügbare Schemata sprachstörungsbedingte Lücken auf der Ebene der Mikrostruktur schließen helfen. Im Gegenteil, diese Texte erfordern ein möglichst genaues Verständnis der Mikrostruktur und der Textzusammenhänge damit über reduzierende und reorganisierende Prozesse Makrostrukturen und innere Modelle aufgebaut und in das bereits verfügbare Wissen eingefügt werden können, geht es doch wesentlich um Wissenserweiterung und den Aufbau neuer Wissensstrukturen.

2.5. Vorschlag eines Texttherapieprogramms (Teil 2)

2.5.1. Entwicklung des Texttherapieprogramms

Das Programm wurde aus der klinischen Praxis heraus entwickelt für Jugendliche, die laut Aachener-Aphasie-Test eine leichte bis minimale Störung haben, in ihrer Alltagskommunikation relativ unauffällig sind aber erhebliche Probleme beim Verstehen schulischer Texte und beim sprachlichen Lernen haben.

Die katamnestiche Studie ergab, dass sich selbst gut zurückgebildete Aphasien negativ auf die Ausbildungssituation auswirken und diese Schwierigkeiten dort nicht genügend berücksichtigt werden.

Über 50 % der aphasischen Jugendlichen zwischen 14 und 22 Jahren werden mit einer Ausbildungsempfehlung entlassen.

Das Programm geht von der Annahme aus, dass die Lernprobleme von Aphasie-

kern Probleme in der Einspeicherung sind.

Je besser die Einspeicherung, desto besser wird das Gelernte behalten, desto besser kann es abgerufen werden.

Diese Annahme hat sich durch das Arbeiten mit dem Texttherapieprogramm bestätigt.

Das Programm dient zur Vorbereitung auf die Anforderungen einer weiteren Ausbildung.

2.5.2. Zur Textauswahl

Gemeinsam mit den Jugendlichen werden relevante Texte ausgewählt

Relevant sind

- Texte der Schule oder Berufstherapie, die sowieso bearbeitet werden müssen,
- alltagspraktisch wichtige Texte (z.B. Gebrauchsanweisungen) oder
- Texte aus besonderen Interessengebieten

Die Texte werden unverändert aus dem Kontext übernommen, um realistische Bedingungen zu schaffen.

Der Therapeut soll den Text für sich erschließen, dies ist eine Voraussetzung für eine gute Durchführung.

2.5.3. Zielsetzung

1. Relevante Texte sollen so gut verstanden und verarbeitet werden, dass das durch sie vermittelte Wissen in die eigene Wissensstruktur aufgenommen und diese dadurch erweitert wird.

2. Die Textbearbeitung wird dazu benutzt:

- den Wortschatz zu erweitern
- Wortbedeutungen auszugestalten
- zusammenhangschaffende sprachliche Mittel (Referenzen) zu verstehen und zu gebrauchen.

So soll die Grundlage geschaffen werden für die Verbesserung sprachlicher Verarbeitungsprozesse.

3. Die bei der Bearbeitung der Texte angewandte Vorgehensweise soll vom Aphasiker übernommen und selbständig angewandt werden können.

Vor allem für die dritte Zielsetzung ist es wesentlich, dass mit schriftlichen Texten gearbeitet wird.

Diese bieten eine beständige Bearbeitungsgrundlage und erlauben den Jugendlichen, ihre Schwierigkeiten zu kompensieren durch zusätzliche, selbständige Arbeit, z.B. kann so in Absprache mit dem Lehrer Unterrichtsstoff vor- und nachbereitet werden.

Im Verlauf der Therapie soll der Jugendliche die Rolle des Therapeuten zunehmend selbst übernehmen, d.h. er soll lernen, sich Vorsichtshinweise, Anweisungen und Rückmeldungen selbst zu geben.

Die Bearbeitung des Textes selbst erfolgt in vier Abschnitten

Diese sind:

1. Orientieren - Vorbereiten
2. Verstehen
3. Zusammenfassen - Ordnen
4. Überprüfen - Erweitern - Beurteilen

2.5.4. Leitfaden zum Texttherapieprogramm

1. Orientieren – Vorbereiten

Überschrift

- verstehen (Verständnissicherung*)
- Erwartungen formulieren (→ Aktivierung des Vorwissens)

Text durchlesen: Überblick, Verständnissicherung*

- beim Durchlesen schwierige Wörter unterstreichen
- Frage, worum es im Text geht, mit 1 Satz beantworten
- daraus, wenn keine Überschrift da ist, Überschrift formulieren
- zu unterstrichenen Wörtern Verständnissicherung* durchführen

2. Verstehen

Satz für Satz in eigenen Worten wiedergeben

- Verständnissicherung (→ Probleme beim Verstehen können so erkannt werden)
- besonders auf Textteile achten, die nur durch Bezug zu anderen zu verstehen sind (Bsp.: dort - im Garten)
- indirekte Mitteilungen erschließen
- Erschließen - Nachschlagen - Schema (s.u.) - Definition (selbst formulieren und in ein Definitionsheft eintragen)
- Inhalte bildlich vorstellen und zeichnen (→ wichtige Einspeicherungs- und Ab-rufhilfe)

Bildliche und graphische **Gesamtdarstellung** entwickeln

(→ Ergänzung zur verbalen Speicherung, Zusammenhänge können so verdeutlicht werden und die innere Vorstellung des Textinhaltes wird vielfach ausgestaltet)

3. Zusammenfassen – Ordnen

Sinnabschnitte markieren

Sinnabschnitt zu Kernsätzen zusammenfassen

- durch Beachten hervorhebender Hinweise zum Text
- Auswählen der wichtigsten Textteile (markieren)
- Weglassen weniger wichtiger Textteile (durchstreichen)
- Zusammenfassen

Kernsätze in logische Ordnung bringen, mit bildlich-graphischer Gesamtdarstellung von 2. vergleichen;

Hauptsatz für den ganzen Text formulieren und mit Überschrift vergleichen

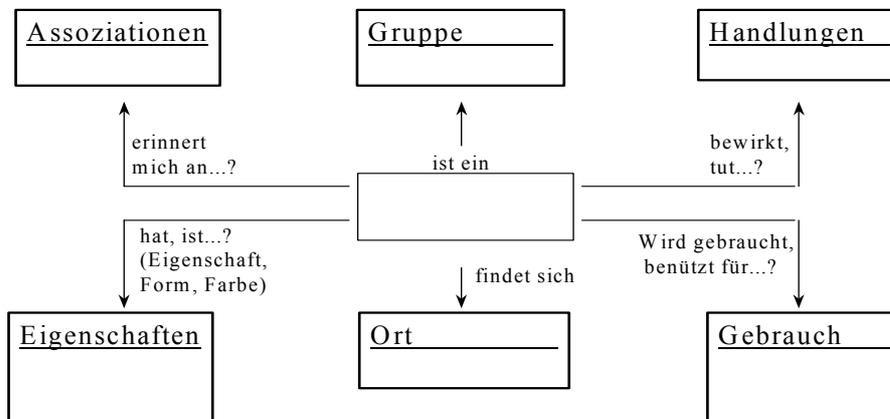
4. Überprüfen - Erweitern – Beurteilen

- Kernsätze in Kernfragen umwandeln
- (→ selbstgestellte Fragen haben eine große Bedeutung für den Aneignungsprozess)
- Kernfragen frei beantworten
- Beantwortung am Text überprüfen
- Was weiß ich sonst noch zum Thema?
- (→ möglichst gute Verknüpfung zu schon bestehendem Wissen bzw. Erfahrungen)
- Beurteilen: Was bedeutet der Inhalt des Textes für mich?)
- (→ emotional bedeutsame Inhalte werden besser behalten)

Begriffsbildungsschemata

Zur Verständnissicherung ist eine besonders gute Einbindung des für den Aphasiker schweren, neuen oder fremden Begriffs notwendig. Der Begriff muss möglichst vielseitig in das begriffliche Netz des Altwissens, der persönlichen Erfahrungen und Assoziationen eingebunden werden, um nicht wieder aus dem Gedächtnis zu fallen. Hierfür wird ein Begriffsbildungsschema eingesetzt, welches grundsätzlich folgende Struktur hat:

Begriffsbildungsschema:



Begriffsbildungsschema nach Ylvisaker und Szekeres

2.5.5. Erfahrungen mit dem Programm

a)

Die Annahme, dass die Lernschwierigkeiten Folge von Problemen beim Einspeichern sind wurde bestätigt.

Eine sorgfältige Einspeicherung führt zu besserem Lernen und verbessertem Abruf.

b)

Die mittels des Texttherapieprogramms erarbeiteten Lernstoffe können relativ stabil in die eigene Wissensstruktur eingefügt werden und bieten so eine verbesserte Grundlage für die Verarbeitung neuer Texte.

c)

Es ist auch sinnvoll, das Programm nur in Teilen durchzuführen, z.B. die Verständnissicherung auf Wortebene oder die Textreduktion für Zusammenfassungen zum Schwerpunkt gesonderter Übungen zu machen.

Die Durchführung des gesamten Programms nimmt sehr viel Zeit in Anspruch.

d)

die selbständig Anwendung des gesamten Programms erfordert langes, sehr systematisches Einüben und wird selten vollständig erreicht, aber selbst wenn nur Teile vom Patienten übernommen werden, wie z.B. das Nachschlagen in Wörterbüchern oder die bildliche Darstellung von Textinhalten, sind bereits wichtige Therapieziele erreicht.

2.6. Restaphasie

Als Restaphasiker bezeichnen wir im Jugendwerk Aphasiker, bei denen nach ihrer Erkrankung eine Aphasie diagnostiziert wurde, welche sich soweit zurückgebildet hat, dass im Aachener-Aphasie-Test (AAT: standardisiertes Testverfahren zur Diagnostik von Aphasien) ein unauffälliges Ergebnis erzielt wird. In der Spontansprache sind in Alltagsgesprächen nahezu keine aphasischen Symptome mehr feststellbar. Dennoch haben diese Patienten sprachliche Probleme.

In Situationen, in denen der Patient besonders müde, aufgeregt oder abgelenkt ist, treten verstärkt aphasische Symptome auf: z.B. Wortfindungsstörungen, semantische und phonematische Paraphasien, Satzabbrüche und Satzumlagerungen.

Bei komplexeren sprachlichen Aufgaben, wie sie in der Ausbildungssituation gefordert sind, haben RehabilitandInnen mit Restaphasie unter anderem Probleme:

- beim Verstehen von Texten
- Wesentliches von Unwesentlichem bei der Textverarbeitung zu trennen
- beim Lernen sprachlicher Informationen
- dem Unterricht zu folgen

Therapie:

Die spontane Sprachproduktion in Stresssituationen kann im „geschützten“ Rahmen innerhalb einer Übungsgruppe (Restaphasiegruppe) geübt werden. Die Patienten können sich Strategien aneignen, mit denen sie in künftigen Kommunikationssituationen unter Stress besser zurecht kommen. Die sprachliche Leistungsfähigkeit der einzelnen Mitglieder der Kleingruppe sollte sich möglichst wenig unterscheiden, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Kommunikationspartnern zu gewährleisten. Wichtig ist, dass innerhalb einer Kleingruppe möglichst frei und kontrovers geredet und ausprobiert wird. Auch sollten die Patienten motiviert sein, sich in dieser Gruppe zu engagieren. Dies kann nur durch Erklären der Hintergründe der einzelnen Übungen erreicht werden. Immer wieder sollte die Sprache und das Sprechen selbst zum Thema gemacht werden (Meta-Ebene), um die Patienten für Probleme und Erfolge zu sensibilisieren.

Ziele:

Der Restaphasiker sollte lernen:

- sich auch in angespannten Situationen ohne Unterbrechung des Sprachflusses auszudrücken.
- spontan sprachlich reagieren zu können.
- eine aktivere Rolle in Gesprächen zu übernehmen.
- die eigene Meinung darzustellen und sie zu vertreten.
- kurze Referate frei zu halten.
- Sachverhalte sprachlich exakt darzustellen.

Mögliche Inhalte:

1. Ein vorbereiteter Inhalt sollte in einem ca. 5-minütigen Vortrag vor der Gruppe referiert werden. Der Rede-Stress wird durch das freie Stehen vor der Klein-

gruppe verstärkt. Wichtig ist das anschließende Gespräch über Gefühle und Erfahrungen, der Austausch über Tricks und Strategien. So ist es z.B. hilfreich, sich die ersten Sätze wörtlich aufzuschreiben, um im ersten (und größten) Stress den Faden nicht zu verlieren.

2. Ein Hörspiel kann hergestellt werden, bei dem die Patienten die verschiedenen Rollen z.T. mit verstellten Stimmen auf Band sprechen. Das Sprechen auf Band stellt dabei einen hohen Stressfaktor dar.
3. Weiter eignen sich Rollenspiele, in denen kontroverse Themen mit eindeutiger Rollenverteilung gespielt werden (evtl. sogar mit Videoaufzeichnung). Die Inhalte sollten an den Interessen der Gruppenteilnehmer orientiert sein.
4. Mögliche Konfliktsituationen im Alltag können in der Gruppe besprochen und ggf. bestimmte Verhaltensweisen im Rollenspiel geübt werden.
5. Ein Gruppenteilnehmer soll einem anderen eine möglichst exakte sprachliche Anweisung geben. Dies kann folgendermaßen geübt werden:
 - mit Bauklötzen eine vorgegebene Figur bauen lassen
 - eine Person genau beschreiben, so dass ein anderer Gruppenteilnehmer sie zeichnen oder wiedererkennen kann.

Durch den anschließenden Bildervergleich lassen sich sprachliche Ungenauigkeiten aufzeigen.

3. Literatur

Aphasiology- An interdisciplinary journal. Special issue: Acquired Childhood Aphasia
Vol. 7, No. 5 Sept.- Oct. 1993

Alajouanine, T. & Lhermitte, F. (1965) Acquired aphasia in children. *Brain* 88/4, 553-562

Birkenbeil, Chr. (1995) Aphasie im Kindesalter (Kindliche Aphasien). In: Manfred Grohnfeldt (Hrsg.) Sprachstörungen im Sonderpädagogischen Bezugssystem. Handbuch der Sprachtherapie Bd. 8. Berlin: Marhold.

Blanken, G., Dittmann, J., Grimm, H., Marshall, J.C., Wallesch, C.W.: (Eds) (1993)
Linguistic disorders and pathologies. An international handbook. Berlin: deGruyter.

Böhme, G. (1997) Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Bd. 1 : Klinik. Stuttgart: Gustav Fischer.

Chomsky, N. (1980) Rules and Representations, Oxford (dt. 1981, Regeln und Repräsentationen, Frankfurt a.M.).

Cooper, J.A. & Flowers, C.R. (1987) Children with a history of acquired aphasia: residual language and academic impairments. *Speech and Hear, Dis.* 52, 251-262

Cranberg, L.D., Filley, C.M., Hart, E.J. & Alexander, M.P. (1987) Acquired aphasia in childhood: clinical and CT investigations. *Neurology* 37, 1165-1172

Ewing-Cobbs, L., Levin, H.S., Eisenberg, M. & Fletcher, J.M. (1987) Language Functions Following Closed-Head Injury in: Children and Adolescents. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. Vol. 9. No. 5, 575-592

Fabbro, Franco (Ed.) (1999) Concise encyclopedia of language pathology.
Oxford: Elsevier

Geigenberger, A. (1989) Langzeitfolgen kindlicher Aphasien. Hausarbeit zur Erlangung des Magistergrads an der Ludwig-Maximilian-Universität München

Grimm, H. (1995) Sprachentwicklung- allgemeintheoretisch und differentiell betrachtet. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie*. : Weinheim: Psychologie Verlags Union, 705-757.

Grimm, H. (1999) Störungen der Sprachentwicklung. Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention. Göttingen Hogrefe.

Hartje, W. & Poeck, K. (1997) *Klinische Neuropsychologie* Stuttgart: Thieme.

Hecaen, H. (1976) Acquired aphasia in children and the ontogenesis of hemispheric functional specialization. *Brain and language*, 3 , 114-134

- Hecaen, H. (1983) Acquired aphasia in children: revisited. *Neuropsychologia*, 21, 581-587
- Heubrock, D. & Petermann, F. (2000) Lehrbuch der klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention. Göttingen: Hogrefe.
- Hofmann-Stocker, E. (1990a) Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie. Teil 1: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete*, Vol. 3, No. 3, 22-39
- Hofmann-Stocker, E. (1990b) Aphasische Störungen bei Jugendlichen. Besondere Charakteristika und Verlauf. *Neurolinguistik*, 4/2, 109-128
- Hofmann-Stocker, E. (1991 a) Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie. Teil 2: Vorschlag eines Therapieprogramms. *Aphasie und verwandte Gebiete*, Vol. 4, No. 1, 5-25
- Hofmann-Stocker, E. (1991 b) Zur schulisch-beruflichen Entwicklung junger Aphasiker: Ergebnisse einer katamnesticen Studie. *Die Rehabilitation*, Heft 3, 30. Jahrgang, 116-124
- Hofmann-Stocker E. (1996) Aphasische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In *Kommunikation zwischen Partnern- Aphasie. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte* Bd. 240. Düsseldorf, 37-49.
- Hofmann, E. & Kaiser, G. (1989) Tagungsbericht: Jugendliche Aphasiker und ihre berufliche Ausbildung in Berufsbildungswerken. *Aphasie*, 9. Jh., Heft 36, 27-32
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983) Der Aachener Aphasie Test (AAT), Hogrefe: Göttingen
- Kolb, B., Whishaw, I.Q. (1995) *Fundamentals of Human Neuropsychology*. 4. Aufl. New York: Freeman (Neuropsychologie. Heidelberg Spektrum Akademischer Verlag, 1996)
- Leischner, A. (1987) *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme
- Levelt, W.J.M. (1989) Hochleistung in Millisekunden- Sprechen und Sprache Verstehen. In: *Universitas* 1/1989.
- Martins, I.P., Castro-Caldas, A., Van Dongen, H.R. and Van Hout, A. (Eds.) (1991) *Acquired Aphasia in Children: Acquisition and Breakdown of Language in the Developing Brain*. Dordrecht: Kluwer.
- Paquier, P. & Van Dongen, H.R. (1996) Review of Research in the clinical presentation of acquired childhood aphasia. *Acta Neurologica Scandinavica*, 93, 428-436.
- Paquier, P. & Van Dongen H.R. (1998) Is Acquired Childhood Aphasia Atypical? In: Coppers, P., Lebrun, Y., Basso, A. (Eds) (1998) *Aphasia in Atypical Populations*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 67-115.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S., Ireland, C. (1999) *Aphasie. Leben mit dem Sprachverlust*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Pinker, S. (1996) Der Sprachinstinkt. Wie der Geist die Sprache bildet. München: Kindler.
- Satz, P. & Bullard-Bates, C. (1986) Acquired aphasia in children. In E. Sarno (ed) Acquired Aphasia. New York
- Satz, P. & Lewis, R. (1993) Acquired Aphasia in Children . In Blanken, G. et al. (Eds.) (1993) Linguistic disorders and pathologies, 646-659.
- Schnelle, H. (1991) Die Natur der Sprache. Die Dynamik der Prozesse des Sprechens und Verstehens. Berlin: deGruyter.
- Springer, L. (1997) Tendenzen in der Aphasietherapie. In: Widding et al. (Hrsg.) (1997), 13-34.
- Steinert, J. (1978) Allgemeiner Deutscher Sprachtest (ADST) Hogrefe Göttingen
- Tesak, J. (1999) Grundlagen der Aphasietherapie. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Tesak, J. (1997) Einführung in die Aphasologie. Stuttgart: Thieme.
- Tewes, U. (Hrsg.) (1983) Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-R) Revision Hans Huber Bern
- Van Dongen, H.R. & Loonen, M.C. (1977) Factors related to prognosis of acquired aphasia in children . In Y. Lebrun & R. Hoops (eds) Cortex 13, 131-136
- Van Hout, A. (1992) Acquired aphasias in children. In: Boller, F. & Grafmann, J. (Eds.) Handbook of Neuropsychologie Vol. 7. Section 10: Child Neuropsychology (Part 2) edited by S.J. Segalowitz and I. Rapin. Amsterdam: Elsevier.
- Widding, W., Pollow, Th.A., Ohlendorf, I.M., Malin, J.-P. (Hrsg.) (1997) Aphasologie in den Neunzigern. Therapie und Diagnostik im Spannungsfeld von Neurolinguistik, Pragmatik und Gesundheitspolitik. Freiburg: Hochschulverlag.
- Wittgenstein, L. (1969) Philosophische Untersuchungen. In: ders., Schriften I, Frankfurt a. M.
- Ziegler, W., Vogel, M., Gröne, B., Schröter-Morasch H. (1998) Dysarthrie. Grundlagen-Diagnostik-Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Ziegler, W., Ackermann, H. (1994) Mutismus und Aphasie - eine Literaturübersicht. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 62 (1994) 366-371

Weitere Angaben zur verwendeten Literatur erhalten sie direkt bei den Verfassern.
