

Das klinische Bild der Aphasie

- 3.1 Definition – 25
- 3.2 Die aphasischen Syndrome – 28
- 3.3 Zu allen Aphasien – 34
- 3.4 Begleitstörungen – 36

» Letztlich ist die Sprachforschung Teil der Biologie des Menschen... Angesichts der dramatischen Erfolge der Biologie ... ist die Hoffnung möglicherweise nicht übertrieben, dass in den vor uns liegenden Jahren einige klassische Fragen über die Natur des menschlichen Geistes und seiner Erzeugnisse ebenfalls in den allgemeinen Gegenstandsbereich der Naturwissenschaften aufgenommen werden können (N. Chomsky). «

Sicher sind seit der Erwähnung der an Sprachverlust leidenden ägyptischen Krieger immer wieder – durch Kriegsverletzungen und Schlaganfälle – unzählige Aphasien verursacht worden, aber in der Öffentlichkeit haben sich die Störungsbilder der Aphasie nicht herumgesprochen. Es ist immer noch wenig bekannt, dass es die Aphasie gibt, obwohl in Deutschland jährlich mit ca. 50.000 neuen Fällen von Aphasien allein nach Schlaganfall gerechnet werden muss. Da viele Aphasien oft jahrelang bestehen bleiben, ergibt sich eine Prävalenz (Gesamtzahl zu jedem Zeitpunkt) von ca. 70.000-80.000 Fällen (Wehmer & Grötzsch 2010; Huber et al. 2006).

Selbst innerhalb der Medizin wird die Aphasie häufig als medizinisches Problem nicht genügend zur Kenntnis genommen. Sie lässt sich in keinen der bekannten Krankheitsbereiche einordnen. Sie ist keine Störung, die man rein medizinisch erfassen kann wie z. B. die Leukämie. Sie ist auch keine psychosomatische Erkrankung wie z. B. Asthma, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen können, das aber ein medizinisch feststellbares Krankheitsbild hat. Sie gehört auch nicht in den Bereich der Geisteskrankheiten, da ihr alle entsprechenden Symptome – Verwirrheitszustände, Störungen der intellektuellen Funktionen, Persönlichkeitsabbau etc. – fehlen.

! Aphasie betrifft allein den Bereich Sprache.

Der Bereich »Sprache« reicht allerdings viel weiter in andere Bereiche hinein, als man sich im Allgemeinen vorstellt:

- **Sprache ist biologisch**, d. h. neurophysiologisch, begründet. Die Prozesse, die für die Entstehung und Steuerung von Sprache zuständig sind, spielen sich im Gehirn ab. Muskeln und Sinnesorgane sind Zwischenstationen, über die die Sprache vom Sprecher zum Hörer, vom Schreiber zum Leser gelangt.
- **Mit emotionalen Prozessen steht die Sprache in einer Wechselbeziehung.** Einen großen Teil unserer Gefühle transportieren wir über die Sprache an unsere Umwelt, und wir werden ständig von dem, was wir sprachlich aufnehmen (hören und lesen), in unseren Gefühlen beeinflusst.
- Am besten bekannt ist die **Wechselbeziehung zwischen Sprache und Denken**. Sie ist so bekannt, dass Sprache häufig mit dem Denken gleichgesetzt wird. Die Konsequenz: Gestörte Sprache wird auch häufig mit gestörtem

Denken gleichgesetzt. Tatsächlich gibt es Krankheiten, bei denen gestörtes Denken zu abweichender Sprache führt (z. B. Schizophrenie, Alzheimer-Krankheit). Zu diesen Krankheiten gehört die Aphasie aber nicht.

Störungen in jedem dieser Bereiche – im organischen, im emotionalen und im verstandesmäßigen – können Sprachstörungen zur Folge haben.

! Aphasie wird ausgelöst durch Störungen im neurophysiologischen Bereich; und sie wirkt sich auf den Gefühlsbereich aus, während das Denken weitgehend intakt bleibt.

Für die Betroffenen ist es in mehrfacher Hinsicht wichtig, dass eine Aphasie als Aphasie erkannt und nicht mit anderen Sprachstörungen verwechselt wird:

1. Für die Beziehungen des Aphasikers zur Umgebung ist es entscheidend, dass Aphasie nicht als Geisteskrankheit angesehen wird.
2. Für den Erfolg der Sprachtherapie ist es entscheidend, dass sie speziell auf die Aphasie zugeschnitten ist.
3. Die Betroffenen selbst sollten über die Aphasie Bescheid wissen.

Niemand hält es für möglich, dass er von einem Tag auf den anderen die Fähigkeit zum Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben verlieren könnte. Die **Aphasie taucht wie eine Katastrophe aus dem Nichts auf** – und wie bei allen Katastrophen ergeben sich nach dem Abklingen des ersten Schocks quälende Fragen:

- »Was ist passiert?«
- »Warum ist es passiert?«
- »Wie wird es weitergehen?«

Ich bin sicher, dass sich jeder Aphasiker und jeder Angehörige mit diesen Fragen herumschlägt. Trotzdem stoße ich immer wieder – selbst Monate nach Beginn der Aphasie – auf sehr unklare Vorstellungen über die Art der Schädigung und ihr Ausmaß, obwohl darüber durchaus klare Auskünfte gegeben werden könnten.

Deshalb möchte ich in diesem Kapitel eine kurze Darstellung des **klinischen Bildes der Aphasie** bringen:

- Was ist Aphasie?
- Was unterscheidet sie von anderen Sprachstörungen?
- Wie ist ihr Erscheinungsbild?

Während wir versuchen, die Aphasie mit Hilfe ihrer Definition einzukreisen und von anderen Sprachstörungen abzugrenzen, erhalten wir eine vorläufige Antwort auf die ersten beiden Fragen. Eine Antwort auf die Frage nach dem Erscheinungsbild der Aphasie wird sich durch dieses ganze Buch ziehen und letzten Endes für jeden Aphasiker individuell gegeben werden müssen.

3.1 Definition

! **Aphasie ist eine erworbene Störung der Sprache in allen Modalitäten nach vollzogenem Spracherwerb infolge einer umschriebenen Hirnschädigung (nach Wallesch 1986).**

Fangen wir ausnahmsweise mit dem Ende an:

■ Ursache der Aphasie ist eine Hirnschädigung

Fast immer handelt es sich um eine Verletzung der dominanten (meist linken) Hemisphäre.

Wir haben gesehen, dass beide Hemisphären – auf unterschiedliche Weise – an der Erzeugung der Sprache beteiligt sind, dass aber der linken Hemisphäre dabei die wichtigere Rolle zufällt (► Kap. 2.2). Sie stellt die Sprache für den Benutzer bereit. Durch ihre Verletzung wird der Zugriff zu den Regionen, in denen die Sprachprogrammierung stattfindet, gestört und der Weg der Sprachprozesse unterbrochen oder behindert.

Bei ca. 80 % der Hirnverletzungen, die Aphasie auslösen, handelt es sich um Schlaganfälle, die in zwei Formen auftreten:

- Etwa 85 % der Schlaganfälle sind sog. **ischämische Insulte**, die auf einer Mangel durchblutung bestimmter arterieller Bereiche beruhen (arterielle Thrombose, Hirngefäßverschluss durch Embolie).
- Bei ca. 15 % der Schlaganfälle handelt es sich um **Hirnblutungen**, die entweder dann auftreten, wenn – bei Gefäßwandsklerose – brüchig gewordene Hirngefäße aufgrund von Bluthochdruck platzen oder wenn – bei meist jüngeren Patienten – eine angeborene Gefäßmissbildung vorliegt, die zu einem Aneurysma (krankhafte Arterienverweiterung) oder zu einem Hämangiom (gutartige Gefäßgeschwulst) führt.

Andere Ursachen für Aphasie sind Schädelverletzungen (z.B. durch Verkehrsunfälle), Hirntumoren und Hirnoperationen, soweit sie die linke Hemisphäre betreffen.

■ Aphasie tritt bei einer umschriebenen Hirnschädigung auf

Degenerationserscheinungen, Vergiftungen, Infektionen etc. können diffuse Erkrankungen des Gehirns hervorrufen, die sich in Verwirrheitszuständen, Störungen der intellektuellen Funktionen, Antriebsstörungen und Persönlichkeitsabbau äußern. Bei solchen generalisierten (diffusen) Störungen (z.B. dem organischen Psychosyndrom oder den Demenzen wie der Alzheimer-Krankheit) zeigt sich häufig auch eine Sprachstörung, deren Ursache aber nicht ein gestörtes Sprachsystem ist, sondern – tiefer liegend – eine gestörte Persönlichkeit oder ein gestörter Intellekt. Gestörtes Denken, gestörte Wahrnehmungen,

■ **Tab. 3.1** Aphasie als Folge einer umschriebenen Hirnschädigung

Umschriebene Hirnschädigung	Generalisierte Hirnschädigung
Bei Verletzung bestimmter arterieller Versorgungsbereiche der dominanten Hemisphäre	Bei Vergiftungen, Degenerationserscheinungen, Infektionen etc.
Intellekt und Persönlichkeit sind primär nicht betroffen	Gestörter Intellekt, gestörte Persönlichkeit
Wahrnehmung und Denkfähigkeit erhalten	Wahrnehmung, Denkfähigkeit, Bewusstsein betroffen
Aphasie	Diese Störungen drücken sich in der Sprache aus

gestörtes Bewusstsein drücken sich auch in der Sprache aus. Diese Sprachstörungen müssen von Aphasie unterschieden werden. Sie erfordern eine andere Behandlung (zum Unterschied Aphasie/Sprachstörung aufgrund diffuser Hirnstörungen s. Blanken 1985; Wallesch 1986; Kotten 1990).

Ursache für eine Aphasie ist nicht eine diffuse Erkrankung des gesamten Gehirns, sondern eine umschriebene (fokale), d. h. auf bestimmte Hirnregionen begrenzte Schädigung der dominanten Hemisphäre (■ Tab. 3.1, ► S. 25).

■ Aphasie ist eine erworbene Störung der Sprache

! **Aphasie ist keine angeborene Sprachstörung.**

Man darf sie z. B. nicht mit der Sprachproblematik verwechseln, die sich bei angeborener Gehörlosigkeit (Taubstummheit) ergibt.

Obwohl Aphasiker nicht mehr normal mit Sprache umgehen können, haben sie noch ein umfangreiches sprachliches Wissen, und dieses Wissen unterscheidet sich vom Sprachwissen des Gehörlosen (■ Tab. 3.2).

Ein Aphasiker hatte als Kind die Chance, die Sprache über das Ohr aufzunehmen, sie in allen Lautschattierungen kennenzulernen und sie im Langzeitgedächtnis zu speichern. Er kennt z. B. die verschiedenen Satzmelodien (»Wann kommst du?«=echte Frage; »Wann kommst du?«=nochmaliges Nachfragen, Ungläubigkeit etc.). Er hat auch das richtige Lauterzeugungsprogramm gespeichert, das man braucht, um jeden Laut, jedes Wort und jeden Satz so zu artikulieren, dass die Botschaft beim Hörer »richtig« ankommt: Er weiß z. B., wie man – durch den Ton und die Länge der Pausen – dem Gesprächspartner signalisiert, dass man das Gespräch abbrechen möchte. Aber von einem Tag auf den anderen ist ihm die Möglichkeit genommen worden, dieses Wissen abzurufen und umzusetzen.

Tab. 3.2 Aphasie als erworbene Sprachstörung im Vergleich zur Sprachstörung bei angeborener Gehörlosigkeit

Aphasie	Angeborene Gehörlosigkeit
Der Aphasiker hat als Kind die Sprache über das Gehör in vollem Umfang erworben. Das bedeutet: <ul style="list-style-type: none"> Er hat alle Lautprogramme eingespeichert Er kennt die Satzmelodien 	Der Gehörlose kennt weder die Lautprogramme noch die Satzmelodien in normaler Vielfalt
Der Abruf der Sprachprogramme ist gestört	Ungestörter Abruf der Sprachprogramme
Die Umwandlung der Sprachprogramme in wahrnehmbare Sprache ist gestört	Ungestörte Umwandlung der Sprachprogramme
Schlechte verbale Merkfähigkeit	Normale verbale Merkfähigkeit
Keine Hörbehinderung	Wahrnehmung über das Gehör nicht/fast nicht möglich

Einen großen Teil dieses Sprachwissens, das über das Gehör gelernt wurde, kann der Gehörlose nie erwerben. Auf andere Weise ist er aber Aphasikern gegenüber im Vorteil: Alles, was der Gehörlose trotz des ausgefallenen Hörkanals an Sprache erworben hat, steht ihm auf Abruf zur Verfügung; sein sprachliches Gedächtnis ist in Ordnung, und er kann, wenn er darin geübt ist, seine Gedanken flüssig in Gebärden oder in Schrift umsetzen. Das können Aphasiker nicht mehr. Ihre Therapie muss sich deshalb von der Therapie der Gehörlosen unterscheiden.

■ ■ Aphasie ist eine Sprachstörung, die nach vollzogenem Spracherwerb auftritt

Man spricht – zumindest in unserem Teil der Welt – nicht von Aphasie, wenn man eine kindliche Sprachentwicklungsverzögerung meint, die in manchen Ausprägungen, z. B. dem sog. Agrammatismus (ungrammatische Ausdrucksweise) der Aphasie ähnelt.

Von Aphasie spricht man immer dann, wenn schon erworbene Sprache verloren geht (■ Tab. 3.3, ► S. 27). Das kann auch bei einem Kind vorkommen, wenn es z. B. im Alter von 5 Jahren durch einen Unfall seine bis dahin erworbenen Sprachfähigkeiten (ganz oder teilweise) wieder verliert. Aber die überwiegende Mehrzahl der Aphasiker sind Erwachsene und – in geringerer Zahl und hauptsächlich nach Unfällen – Jugendliche.

Tab. 3.3 Aphasie und Sprachentwicklungsstörung

Aphasie	Sprachentwicklungsverzögerung
Der Aphasiker hat als Kind alle Sprachmuster ungestört erworben; verfügte vor der Störung über komplizierte Sprachformen	Dem Kind fehlt die Fähigkeit, selbstständig das Netzwerk des Sprachsystems mit allen Verzweigungen aufzubauen
Die Sprachreste, über die er noch verfügt, können aus grammatisch/stilistisch komplizierten Formen und spezialisiertem Vokabular bestehen	Das Kind mit dieser Störung verfügt über weniger Sprachstrukturen und weniger spezialisiertes Vokabular

Ein **Aphasiker unterscheidet sich vom Kind**, das eine Sprachentwicklungsstörung hat, auf ähnliche Weise wie vom Gehörlosen:

- Er hat vor Ausbruch der Aphasie das riesige und komplizierte System der Sprache vollständig zur Verfügung gehabt, dessen Aufbau dem sprachgestörten Kind nicht von selbst gelingt.
- Er konnte z. B. mühelos mit grammatikalisch komplizierten Formen umgehen.
- Er konnte Sätze zu Texten verknüpfen.
- Er brachte, ohne sich der komplizierten Umwandlungsprozesse bewusst zu sein, seine Gedanken zu Papier, wobei er – je nachdem, ob es sich um einen Brief an seinen Sohn oder seinen Chef handelte – ganz unterschiedliche Wörter und Sätze niederschrieb.

Dem **Kind** mit einer Sprachentwicklungsstörung fehlt die Fähigkeit, das Netzwerk des Sprachsystems mit allen Verzweigungen aufzubauen und so die Sprache mit allen Feinheiten in den Griff zu bekommen. Der Aphasiker dagegen hatte sie früher im Griff und verfügt jetzt immer noch über Teilsysteme, die wesentlich subtiler und spezieller sind als die rudimentären Sprachsysteme eines sprachentwicklungsgestörten Kindes.

Die Aphasitherapie des Erwachsenen unterscheidet sich von der Therapie der Kinder:

- Beim Kind wird die Sprache schrittweise aufgebaut und erweitert.
 - Beim Erwachsenen versucht man, sein noch vorhandenes Sprachwissen zu mobilisieren und seine noch funktionierenden Teilsysteme der Sprache für die Kommunikation nutzbar zu machen.
- Siehe dazu auch ► Kap. 10.

■ ■ Aphasie ist eine Störung der Sprache in allen Modalitäten

Im deutschen Sprachgebrauch unterscheiden wir im Allgemeinen nicht zwischen »Sprachstörungen« und »Sprechstörungen«. Wir sagen »Er hat eine Sprachstörung«, wenn wir jemand meinen, der aufgrund bestimmter Fehlbildungen oder neuromuskulärer Störungen der Sprechwerkzeuge (z.B. der Zunge, des Gaumensegels, der Nasenhöhle etc.) nicht so artikulieren kann, wie man es normalerweise gewohnt ist, der z. B. lispelt oder näselt. Bei diesen **organisch bzw. motorisch bedingten Störungen ist aber nur das Sprechen betroffen** – Verstehen, Lesen und Schreiben sind nicht gestört (Vogel et al. 1988).

Eine dieser Störungen, die nur den Sprechbewegungsapparat betreffen, ist die **Dysarthrie**. Sie wird manchmal nicht genügend von der Aphasie unterschieden, da sie – wie die Aphasie – bei einem Schlaganfall entsteht. Weil bei ihr das Verstehen, das Lesen und das Schreiben normal funktionieren, erfordert sie aber eine andere Therapie als die Aphasie (Vogel et al. 1988). Auch die Sprechstörungen, die beim Parkinson-Syndrom und bei der progressiven Paralyse auftreten, müssen von der Aphasie unterschieden und anders als diese therapiert werden.

Aphasie dagegen ist keine SPRECHStörung, sondern **betrifft den gesamten Bereich der Sprache** (■ Übersicht 3.1): Sie betrifft das im Gedächtnis gespeicherte sprachliche Regelsystem, sozusagen das Programm für die Spracherzeugung und Sprachverarbeitung, wie auch die Prozesse, die dieses Programm in wahrnehmbare Sprache umsetzen. Ein Aphasiker hat nicht bestimmte Wörter oder Formulierungen vergessen, sondern ihm stehen die Regeln und die Sprachprozesse nicht mehr zur Verfügung, die er braucht, um in jeder Situation die passenden Äußerungen zu erzeugen bzw. aufzunehmen. Das bedeutet, dass **alle Fähigkeiten der sprachlichen Realisierung** – Sprechen, Verstehen, Lesen, Schreiben (Sprachmodalitäten) – **bei Aphasie nicht mehr richtig arbeiten können**, da sie auf das zugrunde liegende Sprachprogramm angewiesen sind.

■ Übersicht 3.1. Betroffene Sprachbereiche

- Alle Teile des abstrakten Sprachsystems (das Programm)
- Alle Sprachmodalitäten (Sprechen, Verstehen, Lesen, Schreiben, Gestik)
- Die Zusammenarbeit dieser Modalitäten

Alle Sprachmodalitäten zeigen meist ähnliche Störungsmuster:

- Ein Aphasiker, dessen grammatische Prozesse betroffen sind, **spricht** und **schreibt agrammatisch**.
- Beim **Lesen** überspringt er die unbetonten grammatischen Bestandteile der Wörter und die »kleinen« Wörter wie Präpositionen, Pronomen, Konjunktionen und Artikel.
- Im **Gespräch** versteht er die sinntragenden Wörter (Substantive, Verben, Adjektive) besser als die übrigen Wörter.

Ingo erzählte, was ihm in Berlin passierte: »Ich fahre Freitag Berlin. Schöne Sonne. Ost-Berlin: Auto kaputt. Anlasser. Herr abschleppen Grenze. Anrufen Berlin: Kommst du? Ich: Zündung geht nicht.« Er schreibt es auf (■ Abb. 3.1).

- Ein Aphasiker, der **Laute, Wörter, Satzteile und Sätze verdoppelt**, umstellt und ineinander schachtelt, zeigt diese Tendenz mündlich und schriftlich (s. Beispiel Frau T., ■ Abb. 3.2).

Ein Aphasiker

Hann-Berlin und Berlin-Hamburg
 Ich fahre Freitag in Berlin. Ost-Berlin
 Auto. Schlüsselauto. Anfassung. Herr Red
 t. Berlin Telefon. Ich Auto fahre
 Schloss-Anfassung Telefon. Radelekt
 Ich Sie fahre Auto. Passenito
 fahre Auto. VW fahre Auto. Ich fahre
 Auto. Schloss-Anfassung.

■ Abb. 3.1 Ingo berichtet schriftlich über einen Ausflug nach Berlin (die mehrfachen Wiederholungen sind Korrekturversuche – Ingo bemerkte seine Fehler).

■ Abb. 3.2 Frau T. schreibt etwas auf.

Er war ein 'guter Mensch'
 Er war ein 'guter Mensch' zu dem 'guten Menschen'
 Es war in einem 'guten Menschen' zu dem 'guten Menschen'

Frau T. erzählt, dass sie für einen kurzen Moment besser verstehen konnte, als sie bei ihrer Tochter war – aber dann war es wieder vorbei: »Ja, und ich konnte es hier schon mal geerdn gelerdenmer bei meiner zweimal ungener, da war ich so gefreut, ich konnt's wieder legen, aber das hat's wieder vorbech ... Und dann haben wir's gelegen ... Ich schubbe ob das, ob das jetzt sehr, aber ... och nein, nein. Das ist fal nicht deute, nicht so ...«

Allerdings sind Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben nicht immer gleichmäßig schwer gestört. Sie erholen sich unterschiedlich schnell. Manche Aphasiker gewinnen das Verstehen von gesprochener Sprache schneller zurück als die übrigen Fähigkeiten; andere Aphasiker können Gelesenes schneller wieder verstehen als Gesprochenes; wieder andere können ihre Sprechfähigkeit am schnellsten zurückgewinnen.

Die **Sprachmodalitäten arbeiten normalerweise eng zusammen**. Wir hören, was wir sprechen; wir schreiben – beim Diktat – das, was wir hören. Bei Aphasie dagegen bricht diese Koordination häufig zusammen: Ein Aphasiker schreibt manchmal etwas anderes als er denkt; beim lauten Lesen sagt er etwas anderes als das, was er mit den Augen aufnimmt; es kommt vor, dass er nicht hört, was er selbst sagt (= Parallelitätsstörungen, ► Kap. 2.3).

Auch die **Gestik ist häufig betroffen**. Sie ist ebenfalls ein sprachliches Ausdruckssystem, das durch Regeln gesteuert wird, die wir in der Kindheit gelernt haben und die bei Aphasie eventuell nicht mehr abgerufen werden können.

3.2 Die aphasischen Syndrome

Man hat immer wieder versucht, die Vielfalt der aphasischen Störungen zu klassifizieren, wobei sich die Klassifikationen aus den jeweiligen theoretischen Vorstellungen über die Aphasien ergeben haben (Leischner 1987; v. Stockert 1984).

Eine der bekanntesten Klassifikationen habe ich schon genannt: Die aus dem 19. Jh. stammende Einteilung in eine »**motorische Aphasie**« (Störung des Sprechens) und eine »**sensorische Aphasie**« (Störung des Verstehens). Die gleichzeitig auftretenden Schreib- und Lesestörungen (**Agraphie** und **Alexie**) wurden als Zusatzstörungen angesehen (Leischner 1987). Diese alte Einteilung hat sich bis heute – in Lehrbüchern, in Arztberichten etc. – vielfach erhalten, häufig nur als Name, hinter dem sich eine speziellere Klassifikation verbirgt, manchmal noch mit der alten, heute nicht mehr vertretenen Vorstellung.

Man akzeptiert heute diese alte Auffassung nicht mehr, weil die Verankerung der Sprache im Gehirn so komplex ist, dass zwischen der Verletzung einer bestimmten Hirn-

region und einer gestörten Sprachmodalität (Sprechen oder Verstehen, Lesen oder Schreiben) keine geradlinige Verbindung angenommen werden kann. Wir gehen heute davon aus, dass Prozesse, die den Sprachmodalitäten zugrunde liegen, bei Aphasie gestört sind, so dass bei jeder Aphasieform alle Modalitäten auf irgendeine Weise betroffen sind.

Die aphasischen Störungen befallen unterschiedliche Teilbereiche der Sprache (z.B. Wortfindung, Bedeutung, Grammatik, Satz-, Text- und Gesprächsplanung, Lautprogrammierung etc.). Dabei ergeben sich viele verschiedene individuelle Kombinationen von Störungen, so viele, dass manche Aphasologen vorschlagen, alle derzeit gültigen Aphasieklassifizierungen abzuschaffen und nur noch die individuellen Störungsmuster zu beschreiben (Caplan 1987).

Trotz aller individuellen Abweichungen kann man aber doch bei manchen Störungsbildern gewisse Ähnlichkeiten feststellen:

Eine einfache Klassifikation unterscheidet nach der Sprechweise in »**flüssige**« und »**nichtflüssige**« **Aphasien**. Viele Aphasien lassen sich unter diesem Aspekt auch für Laien leicht erkennbar einteilen, denn für überschnelle, hastige oder extrem langsame Sprache haben wir von Natur aus ein feines Ohr. Allerdings kommen auch Aphasien vor, die sich nicht leicht in dieses Schema einfügen. Manche Aphasiker sprechen teilweise flüssig, teilweise stockend.

Eine weitere häufig angewandte Klassifikation geht gleichzeitig von den sprachlichen Symptomen und dem Ort der Störung aus:

Die Aachener Aphasieforschungsgruppe um den Neurologen Poeck stellte fest, dass Schädigungen in bestimmten Versorgungsbereichen der linken mittleren Hirnarterie charakteristische Störungsmuster hervorrufen, wenn die **Aphasie durch einen Schlaganfall** (ischämischen Insult) verursacht wird (Poeck 1989). Auch diese Einteilung enthält also den Aspekt der Lokalisation, aber man kombinierte bestimmte Hirnregionen nicht mehr mit einer ganzen Modalität (Sprechen oder Verstehen), sondern stellte fest, dass Störungen in diesen Hirnregionen Auffälligkeiten im Sprachgebrauch hervorrufen können, die sowohl beim Sprechen wie auch beim Verstehen, Lesen und Schreiben vorkommen.

Allerdings ist auch diese Klassifikation in der Theorie einfacher als im klinischen Alltag. Nicht alle durch Schlaganfall hervorgerufenen Aphasien passen genau in dieses Schema. Es gibt auch Mischformen und zusätzliche seltenere Sonderformen. Aber da diese Einteilung die überwiegende Zahl der Aphasien erfasst, hat sie sich – für Schlaganfallpatienten – weitgehend durchgesetzt.

Sie genügt für die schnelle und grobe Charakterisierung eines Falles. Ich wende sie auch in diesem Buch an

und verzichte auf Beschreibungen weiterer Sonderformen (dazu z. B. Kelter 1990; Kotten 1990; Leuninger 1989; Poeck 1989; v. Stockert 1984; Tesak 2006, 2007).

Poeck et al. (1989) unterschieden bei Aphasien, die durch Schlaganfälle hervorgerufen wurden, 4 Syndrome (Krankheitsbilder):

- globale Aphasie,
- Broca-Aphasie,
- Wernicke-Aphasie,
- amnestische Aphasie.

3.2.1 Globale Aphasie

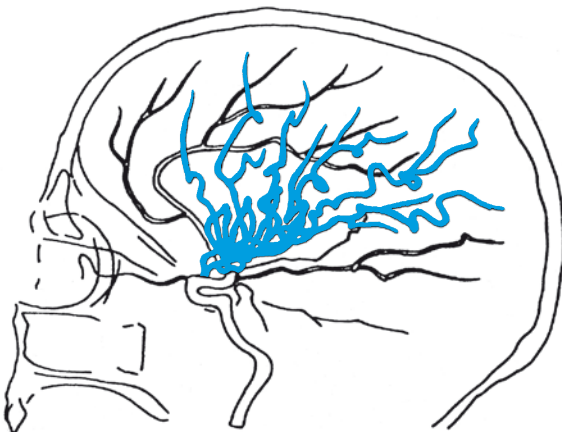
Eine globale Aphasie entsteht, wenn in der linken Hemisphäre der Hauptstamm der mittleren Hirnarterie (Arteria cerebri media) verschlossen ist (■ Abb. 3.3). Dadurch ist eine Region betroffen, die den größten Teil aller sprachlichen Prozesse regelt.

! **Globale Aphasie ist die schwerste Form der Aphasie. Alle sprachlichen Fähigkeiten sind schwer gestört.**

Die **Äußerungen** fehlen entweder ganz oder sind weitgehend unverständlich. Sie bestehen aus:

- Sprachautomatismen,
- Stereotypen,
- mühsam hervorgebrachten Einzelwörtern oder aus Silben und Lautfolgen, deren Sinn nicht erkennbar ist.

Auch das **Verstehen** ist – zumindest in der Anfangszeit der Störung – schwer beeinträchtigt und bessert sich meist nur langsam. Das Lesen und Schreiben ist völlig gestört.



■ **Abb. 3.3** Ausfall der gesamten A. cerebri media. (Aus Poeck 1981).

Ein Gespräch mit Herrn G., dem Segler, dem wir in der Einleitung begegnet sind. Es fand ca. 4 Monate nach Ausbruch der Aphasie und 2 Monate nach Beginn der Therapie statt. Das Verstehen war so weit gebessert, dass er im Gespräch meistens erschließen konnte, worum es ging, obwohl er nicht jedes Wort verstand:

Herr G. war gebeten worden, ein Bild zu beschreiben, das einen Vater und mehrere Kinder im Wohnzimmer zeigte: Herr G.: ... bi, ach so, Bild, ja ... äh ... d ... das ... ähm ... nee, s'is ... äh ... viertel vor ... nee, viertal nach halb...

L.L.: Hm. Und nun ...

Herr G.: So. Dann ... äh ... ein ... äh ... einich ... das ... das Kpelefon ...

L.L.: Ja. Wo?

Herr G.: Nee ... das ... der Mann is ...

L.L.: ja! Herr G.: ... is Frau und Kinder ...

L.L.: Eine Frau? Eine Frau seh ich gar nicht ...

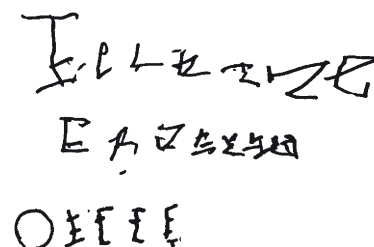
Herr G.: Nee ... oh, ja ... das ... äh ... i ... is alles ... so ... so der Frau ... äh ... sucht ... am ob tu ... sam ... dem ge Mann sucht ... nein, das ist ein Kinder, is ... äh ... Mann, nee?

L.L.: Ja ... das ist ein Kind.

Typisch ist, dass diese Wortbrocken mit relativ natürlicher Intonation hervorgebracht werden: eine Aneinanderreihung von einsilbigen Einzelwörtern verschiedener Kategorien, durchsetzt von einzelnen unverständlichen Silben, kurzen oder unvollständigen Floskeln und vereinzelt semantischen Paraphrasen, d. h. Wörtern, die zwar im Deutschen vorkommen, aber an dieser Stelle nicht passen wie z. B. »Kpelefon« (auf dem Bild ist kein Telefon zu sehen – er meinte wahrscheinlich den Fernseher damit).

Dieses Beispiel ist wie alle Beispiele, die ich für die einzelnen Syndrome gebe, nur **eine** Spielart unter verschiedenen möglichen der globalen Aphasie. Jede Aphasie hat ihre individuelle Ausprägung.

Auch die **Schreibfähigkeit** ist bei der globalen Aphasie schwer betroffen. Selbstständiges Schreiben ist unmöglich. Häufig ist sogar die Fähigkeit zum Abschreiben gestört; selbst Einzelbuchstaben können oft nicht abgeschrieben werden (■ Abb. 3.4).



■ **Abb. 3.4** Versuch eines globalen Aphasikers, seinen Namen abzuschreiben.

Ebenso schwer gestört ist die **Lesefähigkeit**. Manchmal können bestimmte einzelne Wörter noch erkannt werden.

! Eine Sonderform der globalen Aphasie ist die »Monophasie«.

Die Betroffenen produzieren – ohne Sprechanstrengung und mit guter Artikulation – immer wieder dieselben Silben, Wörter oder Phrasen wie z.B. »sisisi«, »kon-kon«, »Samstag, Samstag«, »Vergelt's Gott« etc., Automatismen, die weder der Situation noch den Intentionen des Aphasikers entsprechen (recurring utterances).

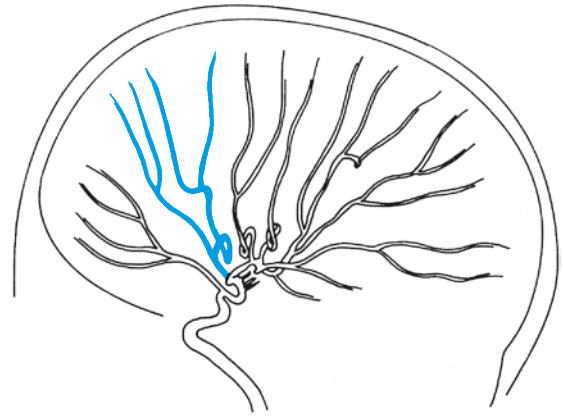
Im Anfangsstadium scheint den Aphasikern nicht bewusst zu sein, dass sie nur diese sinnlosen Äußerungen produzieren, **weil sie aufgrund der gestörten Parallelität das, was sie sagen, nicht gleichzeitig hören können**. Aber selbst dann, wenn sie das Problem erkannt haben und sich große Mühe geben, normale Wörter auszusprechen oder nachzusprechen, können sie diese »recurring utterances« nicht unterdrücken. So sind sie gezwungen, mit Hilfe der Intonation, die sie meist noch beherrschen, ihre Wünsche und Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

In manchen Fällen wandelt sich die globale Aphasie im Laufe der Zeit zur Broca-Aphasie, in anderen Fällen zur Wernicke-Aphasie; häufig zeigt eine gebesserte globale Aphasie Mischformen, die sowohl Symptome der Broca- als auch der Wernicke-Aphasie enthalten.

Ingo, der junge Polizist, hatte eine globale Aphasie. Inzwischen hat er gelernt, sich – mit Hilfe seines Gesprächspartners – kommunikativ durchzusetzen. Ingo am Telefon auf meine Frage »Was hast du heute Abend vor?«
Ingo: ich tuper haben L.L. ??? Ingo: t-u-m-p ...
L.L. (mehr ahnend): Computer?
Ingo: Ja, ich heute Abend ...
L.L.: Du willst heute Abend zum Computerkurs?
Ingo: Ja!

3.2.2 Broca-Aphasie (früher »motorische Aphasie« genannt)

Poeck und seine Mitarbeiter haben festgestellt, dass dieses Syndrom dann auftritt, wenn der Versorgungsbereich der Arteria praerolandica (ein Ast der Arteria cerebri media) in der linken Hemisphäre betroffen ist (■ Abb. 3.5). Dieser Bereich entspricht nicht völlig der von Broca angegebenen »motorischen« Sprachregion (Poeck 1981).



■ Abb. 3.5 Verlauf der A. praerolandica aus der A. cerebri media. (Aus Poeck 1981)

! Das Leitsymptom der Broca-Aphasie ist die verlangsamte, unflüssige und agrammatische, telegrammstilartige Sprache.

Ein Broca-Aphasiker **äußert sich meist in kurzen Sätzen**, in denen die Funktionswörter wie Artikel, Konjunktionen, Präpositionen etc. fehlen, die Substantive nicht dekliniert und die Verben nicht konjugiert werden. Er spricht mit großer Anstrengung, und seine Äußerungen enthalten ungewohnt viele und überlange Pausen, die einerseits durch die allgemeine Verlangsamung der Sprache entstehen, andererseits aufgrund der angestregten Suche nach Wörtern. Wenn er semantische Paraphasien (Ersetzen eines Wortes durch ein anderes) produziert, stehen sie häufig mit dem gesuchten Wort in Beziehung (»Mantel« für »Jacke« etc.).

Ein Broca-Aphasiker hat häufig **Mühe, seine Lautproduktion richtig zu steuern**: Es kommt vor, dass er Laute auslöst oder sie an der falschen Stelle produziert, da er aufgrund der Hemmungsstörung manche Laute zu früh, andere Laute gar nicht produziert. Er sagt evtl. statt Blume »Bulme« – im Fachjargon ausgedrückt: Seine Sprache enthält phonematische Paraphasien (durch Lautverwechslung veränderte Wörter).

Häufig tritt **zusätzlich zur Aphasie eine Dysarthrie** auf, die die Lautsprache noch mehr entstellt: Die Laute erscheinen z.B. verwaschen, undeutlich, manche Laute können eventuell nicht gebildet werden.

Gespräch mit Frau N. (mit phonematischen Paraphasien):
L.L.: Konnten Sie gestern die Sonne genießen?

Frau N.: ja ... Garten ... Sohn ... Schie ... toch ... äh ... Sohn und ... Schiebertochte ... Faul ... nein ... Faumen füllen ... nein ... Korb Faumen ... Garten ... ich Sonne sitzen, dann ... hause ... Kuchen backen ... Sohn gerne Faulmenchuchen ...

Typisch ist das **mühsame, schwerfällige Hervorbringen von Einzelwörtern und Teilsätzen**, die trotz der fehlenden Grammatik und der Metathesen (Lautumstellungen, z. B. »Fauluren« für »Pflaumen«) den Sinn der Mitteilung erkennen lassen.

Häufig wird behauptet, dass das Verstehen bei Broca-Aphasie kaum gestört sei. Auf diese Aussagen darf man sich aber nicht verlassen. Schwer oder mittelschwer betroffene Broca-Aphasiker können **große Mühe** haben, **Gespräche zu verfolgen oder Äußerungen vollständig zu verstehen**. Da sie aber mit sinntragenden Wörtern wie Substantiven, Verben und Adjektiven besser umgehen können als mit Funktionswörtern, können sie häufig den Sinn der Äußerungen aufgrund dieser sinntragenden Wörter erraten. Sie geraten aber in Schwierigkeiten, wenn der Sinn einer Äußerung von Funktionswörtern abhängt, z. B. würde es ihnen schwerfallen, die folgenden Sätze den entsprechenden Bildern (■ Abb. 3.6a–d) zuzuordnen (Letsche 1988):

- Die Mutter hat sich noch nicht gewaschen./Die Mutter hat sie noch nicht gewaschen.
- Der Junge bringt das Geschenk für Großmutter./Der Junge bringt das Geschenk von Großmutter.

Eine zusätzliche Problematik entsteht beim **Verstehen durch die Verlangsamung der Sprachverarbeitung**:

Broca-Aphasiker haben beim (Zu)hören große Mühe, das Gesagte schnell genug aufzunehmen – sie verlieren leicht den Faden, weil sie an einzelnen Wörtern hängenbleiben.

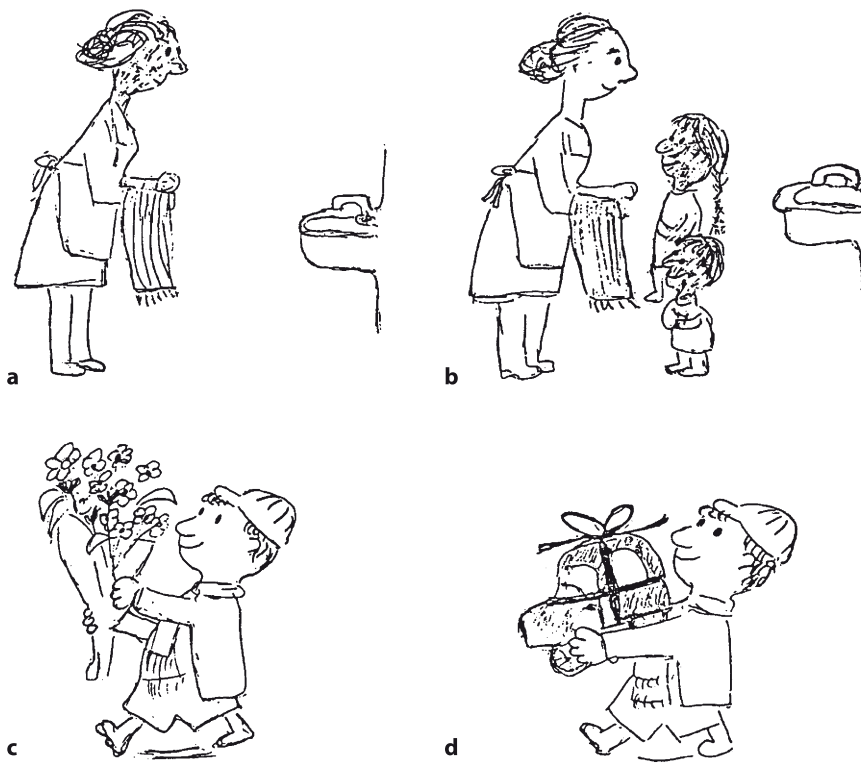
Im Gegensatz zu Wernicke-Aphasikern können sich Broca-Aphasiker **gut auf ihre Gesprächspartner einstellen** und erwecken dadurch bei ihnen den Eindruck, dass sie alles verstehen.

! Bei Broca-Aphasikern bessert sich das Verstehen häufig schneller als die übrigen Sprachmodalitäten. Man sollte aber nicht von vornherein davon ausgehen, dass es bei Broca-Aphasie normal funktioniert.

Die **schriftsprachlichen Fähigkeiten** der Broca-Aphasiker sind meist in gleicher Weise gestört wie die mündlichen: Beim Lesen überspringen Broca-Aphasiker häufig die Funktionswörter und erraten den Text aufgrund der sinntragenden Wörter. Allerdings gelingt das Lesen in vielen Fällen besser als das (Zu)hören, weil der Zeitdruck dabei geringer ist.

Beim **Schreiben** lassen Broca-Aphasiker Funktionswörter und grammatische Wortteile ebenso aus wie beim Sprechen.

Die Prognose für die Broca-Aphasie hängt von verschiedenen Faktoren ab. Unter günstigen Umständen kann sich eine Broca-Aphasie so weit bessern, dass sie in



■ Abb. 3.6. a Die Mutter hat sich noch nicht gewaschen. b Die Mutter hat sie noch nicht gewaschen. c Der Junge bringt das Geschenk für Großmutter. d Der Junge bringt das Geschenk von Großmutter.

eine amnestische Aphasie übergeht (► Abschn. 3.2.4) und sich dann allmählich dem normalen Sprachverhalten nähert.

3.2.3 Wernicke-Aphasie

Dieses Syndrom tritt auf, wenn der Versorgungsbereich der A. temporalis posterior betroffen ist. Das ist die Region im hinteren Abschnitt der linken ersten Schläfenwindung, die schon Wernicke als Störungsherd beschrieben hatte (■ Abb. 3.7).

! Das Leitsymptom der Wernicke-Aphasie ist eine flüssige, überschießende Sprache mit

- vielen falsch benutzten Wörtern (semantischen Paraphasien) und/oder
- vielen lautlich entstellten Wörtern (phonematischen Paraphasien),
- einer Tendenz zum **Ineinanderschachteln von Wörtern, Satzteilen und Sätzen (Paragrammatismus)**.

Diese unverständlichen endlosen Wortfolgen sprudeln Wernicke-Aphasiker hastig, aber mit so natürlicher Intonation hervor, dass sie manchmal von unerfahrenen Gesprächspartnern für Ausländer gehalten werden.

Ein Wernicke-Aphasiker beschreibt das Bild, das auch Herr G. zu beschreiben versuchte: einen Vater mit drei kleinen Kindern im Wohnzimmer. Er spricht sehr schnell und mit natürlicher Intonation: »Ja, ich seh das ja hier wie wir, dass, das stimmt ja nun nicht, aber bevorses hier, das ist ein das hier, we weggeschröders hier das, der vorhin is da von weg, damit ich nu sehen kann, das ist die Tür,



sie sie die Tür schließt das mittem Schor, Schorftrecker und sieht dann ehm die früher machen müssen als sch Schapner selber machen müssen, ehm fällt machen die Apparate ...«

Typisch die überschießende, hektische Redeweise mit vielen Funktionswörtern und nur wenigen Substantiven, von denen nur zwei richtig sind (»Tür« und »Apparate«), während die Neologismen (Wortneuschöpfungen) »Schorftrecker« und »Schapner« unverständlich bleiben. Typisch auch die Satzschlangen.

Ein Ausschnitt aus einem Gespräch mit einem anderen Wernicke-Aphasiker, in dem es um seine Wohnung geht:

L.L.: Da, wo Sie wohnen, haben Sie da auch einen Garten?

Herr J.: Ha ah, das seh ich sofort hier.

L.L.: Ja, haben Sie da auch einen Garten? Da, wo Sie wohnen?

Herr J.: Ja, gäh äh ka ur ein geomer, ein teomer vin annern to eh

L.L.: Ja ...

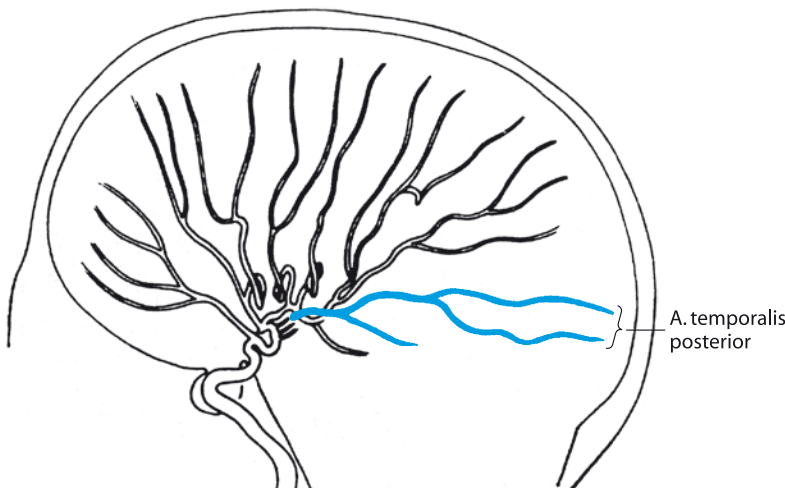
Herr J.: Nech, also, mein schön kerger küksil im Sommer, jetzt um diese Zeit ...

L.L.: Ja ...

Herr J.: Gehabt un so auch heute den bron denn ein ein für äh na et den oder oder für mich denn für – Gott, wie schwer ist das denn!

L.L.: Ich kann Sie immer noch nicht verstehen, leider! Ich möchte so gern, aber da kommen immer andere Wörter ...

Herr J.: Ich weiß, aber aber ein mies da hab ich denn manches so gelies gehakkert ja, ach ja, sach ich da stehn für halle sarge was ich wusste...



■ Abb. 3.7 Verlauf der A. temporalis posterior aus der A. cerebri media. (Aus Poeck 1981).

Typisch, dass Nebenbemerkungen, die quasi »beiseite« gesprochen werden wie »Gott, wie schwer ist das denn!« oder »ich weiß« richtig artikuliert werden können, während die Äußerungen, die das eigentliche Gesprächsthema betreffen, völlig verstümmelt sind.

Wenn wie in diesem Fall die Sprache fast nur noch aus Wortersetzungen (Paraphasien) besteht, bei denen die Zielwörter nicht mehr erkennbar sind (Neologismen), wird die Aphasieform als »Wernicke-Jargon« bezeichnet.

Jargonaphasiker (und andere Wernicke-Aphasiker in der Anfangsphase ihrer Störung) bemerken häufig nicht, dass sie unverständlich sprechen – sie hören sich zwar selbst, **hören aber nicht das, was sie wirklich sagen, sondern hören das, was sie sagen wollen** (Problem der Parallelität! ► Kap. 2.3). Das heißt, sie glauben, dass sie richtig sprechen und können sich nicht erklären, warum man sie nicht versteht. Da das für einen Nichtbetroffenen schwer vorstellbar ist, geraten sie leicht in Gefahr, für psychisch gestört gehalten zu werden – besonders, da bei ihnen weniger häufig als bei anderen Aphasikern eine Halbseitenlähmung auftritt, das äußere Anzeichen einer körperlich verursachten Behinderung.

Nicht nur sich selbst verstehen Wernicke-Aphasiker häufig schlecht, auch das, was andere ihnen sagen, können sie im Allgemeinen nicht gut verstehen. Ihnen scheinen pausenlos Satzketten durch den Kopf zu schwirren, die sie nicht unterdrücken können, so dass sie sie aussprechen müssen: **Ihr Redefluss ist kaum zu bremsen**. Auch bei leichteren Wernicke-Aphasien ist dieser anhaltende Redefluss, im Fachjargon »Logorrhö« genannt, häufig vorhanden. Jemand, der pausenlos selbst redet, kann sich natürlich schlecht auf andere Gesprächspartner einstellen; das ist einer der Gründe, weshalb Wernicke-Aphasiker Gesprächen nicht folgen können und nicht verstehen, um was es geht.

Aber selbst wenn Wernicke-Aphasiker es geschafft haben, ihr eigenes Sprechen abzuschalten, und sich bemühen, ihren Gesprächspartner zu verstehen, dringt der Sinn einer Äußerung häufig nicht bis zu ihnen durch. Sie können in solchen Fällen nur aus der Satzmelodie erkennen, ob man sich mit einer Frage oder einer Aufforderung an sie wendet. Den Sinn der Frage oder Aufforderung verstehen sie aber nicht. Das lässt sich teilweise daraus erklären, dass ihnen – im Gegensatz zu den Broca-Aphasikern – der Umgang mit den sinntragenden Wörtern wie Substantiven und Adjektiven besonders schwer fällt (Verben fallen Wernicke-Aphasikern manchmal leichter).

Aufgrund dieser **Verstehensprobleme** haben Wernicke-Aphasiker es besonders schwer mit ihrer Umgebung: **Sie wecken Aggressionen**. »Sie macht einfach nicht mit«, sagte eine Krankengymnastin über eine Wernicke-Aphasikerin. »Ich kann ihr noch so oft sagen, was sie tun soll, sie macht einfach was anderes.« Die Aphasikerin konnte

nur verstehen, dass sie zu irgend etwas aufgefordert wurde, verstand aber nicht, was verlangt wurde.

Die **Schriftsprache** ist entsprechend gestört. Wernicke-Aphasiker erfassen häufig den Sinn des Gelesenen nicht, und beim Schreiben haben sie auch die Tendenz, Wörter – und besonders sinntragende Wörter – zu verdrehen, zu vertauschen, wegzulassen oder ineinander zu verschieben. Ineinandergeschoben werden häufig auch Sätze und Satzteile. In vielen Fällen lässt sich aber die Schriftsprache besser wieder anbahnen als die mündliche Sprache und die Verstehensprozesse, so dass der Therapieanstieg häufig über das Lesen und Schreiben versucht wird.

! Unter günstigen Umständen kann sich eine Wernicke-Aphasie zu einer amnestischen Aphasie entwickeln und sich dann allmählich der normalen Sprache angleichen.

3.2.4 Amnestische Aphasie

Diese Form der Aphasie hat unterschiedliche Ursachen und kann weniger als die anderen Aphasiesyndrome der Schädigung einer bestimmten Hirnregion zugeordnet werden.

Aphasiker mit dieser Störung haben das Problem, dass sie gerade die Wörter, auf die es ankommt – sinntragende Wörter wie Substantive, Adjektive, Verben – nicht abrufen können, da ihre Wortfindung gestört ist. (Diese Störung der Wortfindung tritt auch bei allen anderen Aphasiesyndromen auf, aber bei der amnestischen Aphasie ist sie die Hauptstörung). Amnestische Aphasiker stocken, wenn sie etwas ganz Bestimmtes sagen wollen, oder sie gebrauchen ein Wort, das nicht ganz dem beabsichtigten entspricht, sondern »haarscharf danebentritt«: »Bleistift« für »Kugelschreiber«, »Schule« für »Therapie« etc. Es kommen auch lautlich entstellte Wörter vor, wenn sie versuchen, sich an das richtige Wort heranzuarbeiten.

Ihnen stehen aber eine Reihe **Ersatzstrategien** zur Verfügung:

- Sie können auf **Redefloskeln** ausweichen: »Na, wie heißt das noch?«
- Sie **umschreiben** das gesuchte Wort »das zum Schneiden«.
- Sie benutzen **Ersatzwörter** wie: »das Dings«.
- Sie **wiederholen** die Worte ihres Gesprächspartners oder ihre eigenen Worte.
- Sie **unterbrechen** den Satz und setzen neu an.

Herr P. während eines Tests, in dem es darum geht, dass die Namen abgebildeter Objekte angegeben werden sollten (Aachener Aphasie Test, Benennen).



»Koffer: Hier haben wir zum Verreisen einen ... einen ... eine Tasche oder einen To einen Ta einen tsch ... einem ähm ... Kofo Koffer einen Kofer einen Koffer
Besen: Und jetzt wollen wir für Sauberkeit ... äh, sa an der Sauberkeit denken und nehmen uns einen ... einen scho scho einen ... einen ... (11 Sekunden Pause) .. was wollen wir wollen zu Hause oder im Geschäft wollen wir saubermachen und benutzen dazu einen Sch ... einen ... einen ... (6 Sekunden Pause) ... einen ... wischen und nach dem Wischen kommt das auf ... hoch tro ein trocken ein ... ja das ist ein Fehlei.«

Die **Sprache** der amnestischen Aphasiker weicht in vieler Hinsicht nicht von der ungestörten Sprache ab: Sie ist flüssig und gut artikuliert. Sie wird mit normaler Sprechmelodie, mit normalem Rhythmus und in normaler Geschwindigkeit hervorgebracht. Aber sie wirkt umständlich, redundant, ungenau, unsicher, häufig gequält, und durch die vielen Satzabbrüche kann sie strukturlös, sogar falsch konstruiert erscheinen, obwohl Satzbau und Grammatik eigentlich ungestört sind.

Auch beim **Schreiben** zeigt sich die gleiche Wortfindungsproblematik und die gleiche Tendenz, Ersatzstrategien anzuwenden. Aber da beim Schreiben mehr Zeit zur Verfügung steht, gelingt es den amnestischen Aphasikern häufiger relativ gut, ihre Wortfindungsstörung zu kompensieren.

Lesen und Verstehen sind bei amnestischer Aphasie im Allgemeinen kaum gestört.

3.3 Zu allen Aphasien

Die beschriebenen vier Syndrome sind auch für Laien erkennbar:

- Die **globale Aphasie**, bei der alle Modalitäten sehr schwer gestört sind.
- Die unflüssige **Broca-Aphasie** mit dem typischen Telegrammstil.
- Die hektische, überschießende Sprache der **Wernicke-Aphasiker**.
- Die reine Wortfindungsstörung der **amnestischen Aphasiker**.

Aber man darf diese Klassifikation nicht überschätzen:

❗ Die Bezeichnungen »global«, »Broca«, »Wernicke« und »amnestisch« geben nur eine Tendenz bezüglich der Sprachproduktion an, die für die schnelle Verständigung in der Klinik (bei der Visite, bei der Zusammenstellung von Gruppen etc.) sinnvoll benutzt werden kann. Für die Therapie bietet diese Klassifikation keine

ausreichende Grundlage, da man dafür das individuelle Störungsbild viel genauer erfassen muss. Außerdem bilden sich die beschriebenen Syndrome erst einige Zeit nach dem auslösenden Ereignis heraus. In den ersten 4–6 Wochen ist das Störungsbild weniger syndromtypisch; man spricht dann von »akuter Aphasie« (Biniek 1993; Wallesch 1993).

Aphasien, hervorgerufen durch Blutungen, Tumoren, Unfallverletzungen etc. Sie zeigen weniger typische Störungskombinationen. Die sprachlichen Ausfälle, die z. B. die Grammatik, die Sprachstruktur, die Wortbildung und -findung und die Artikulation betreffen, können individuell stark variieren. Aber auch bei diesen Aphasien sind sprachliche Ausfälle immer in allen vier sprachlichen Modalitäten – Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben – erkennbar.

Aphasien, hervorgerufen durch tiefer liegende (subkortikale) Verletzungen. Sie entsprechen nicht den typischen aphasischen Syndromen. Sie sind meistens mit einer Dysarthrie verbunden und werden häufig von anderen neuropsychologischen Störungen begleitet, wobei vor allem die Merkfähigkeit und das Gedächtnis betroffen sind (Kotten 1990; Tesak 2005).

Patienten mit Störungskombinationen. Im klinischen Alltag begegnen uns nicht selten Patienten mit Störungskombinationen: Auch Aphasien, die durch Schlaganfall hervorgerufen wurden, können von verschiedenen anderen neuropsychologischen Störungen begleitet sein. In der geriatrischen Klinik, in der ich arbeitete, hatten wir immer wieder mit Patienten zu tun, deren Aphasien von hirnatrophischen Prozessen und/oder hirnorganischen Psychosyndromen überlagert wurden. Da sich häufig eine ganze Reihe verschiedener und schwer zu therapierender Störungen mit der Aphasie verbinden, besteht die Gefahr, dass die eigentliche aphasische Störung nicht deutlich genug erkannt werden kann. Zusätzliche Störungen wie Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit etc. können dann der Aphasie zugeschrieben werden, obwohl sie zusätzliche Begleitsymptome sind.

Aphasien bei Kindern und Jugendlichen. Sie haben die gleiche Symptomatik wie Aphasien bei Erwachsenen. Formen mit unflüssiger Sprechweise scheinen häufiger vorzukommen als flüssige Aphasien. Ursachen der kindlichen Aphasien sind Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirngefäßerkrankungen und Tumoren. Bei 3- bis 7-jährigen Kindern kann eine Sonderform entstehen: das Landau-Kleffner-Syndrom, das mit Verstehensstörungen beginnt und sich

allmählich zu einer schweren Aphasie entwickeln kann (Becker u. Elstner 1986; van Dongen 1987).

Obwohl mit der Aphasie primär keine Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten verbunden ist, wirken sich Aphasien bei Kindern und Jugendlichen auf die Lernfähigkeit aus, die ja immer von den sprachlichen Fähigkeiten abhängt.

Aphasien bei Mehrsprachigen. Die Aphasie betrifft fast immer alle Sprachen, die der Aphasiker vorher beherrschte. Die Muttersprache bzw. die Sprache, die am geläufigsten gesprochen wurde, ist meistens leichter zurückzugewinnen als später erworbene Sprachen, selbst wenn diese gut beherrscht wurden. Deshalb ist es schwierig und in vielen Fällen sogar unmöglich, Aphasiker, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, auf deutsch zu therapieren. Dieses Problem, das sehr viele hier lebende Ausländer betrifft, ist innerhalb unseres medizinischen Bereichs noch nicht genügend zur Kenntnis genommen worden. Solange keine Sprachtherapeuten zur Verfügung stehen, die auf einige der hier häufiger vorkommenden Fremdsprachen (z.B. Türkisch) spezialisiert sind, bleibt nur der Versuch, Aphasiker, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, mit Hilfe von Angehörigen oder Freunden zu therapieren.

- Frau Gr. ist Spanierin; ihre Muttersprache ist Katalanisch. Seit mehr als 30 Jahren lebt sie mit ihrer Familie in Hamburg. Nach ihrem Schlaganfall trat eine Wernicke-Aphasie auf. Sie sprudelte unaufhörlich ein Gemisch von Spanisch und Katalanisch hervor. Mit der Hilfe ihres spanischen Mannes, der alle Therapiesitzungen mitmachte und sowohl alle meine Aufforderungen und Fragen als auch alle Reaktionen seiner Frau übersetzte (einschließlich aller aphasischen Abweichungen), gelang es, die Wernicke-Aphasie so weit abzubauen, dass Frau Gr. innerhalb ihrer Familie wieder eine verständliche Kommunikation möglich wurde. Nach einiger Zeit konnte Frau Gr. teilweise mein Deutsch wieder verstehen, antwortete allerdings immer auf Spanisch, so dass der Lerneffekt beidseitig war: Ich lernte allmählich, Spanisch zu verstehen.

Der Effekt, dass durch die Therapie **einer** Sprache (meist der Muttersprache) eine andere Sprache, sozusagen unter der Oberfläche, indirekt mitbehandelt wird, scheint sich häufiger zu ergeben.

- **Frau E.** hatte Englisch als Muttersprache. Sie lebte seit einer Reihe von Jahren in Deutschland und hatte fließend Deutsch gesprochen, bevor sie eine schwere Broca-Aphasie bekam. Wir versuchten zuerst die Therapie auf Deutsch, was jedoch überhaupt nicht

gelang. Also stieg ich auf Englisch um und merkte sofort, dass sie in dieser Sprache viel besser reagierte. Eine lange Zeit sprachen wir nur Englisch. Dann stellte sich eines Tages heraus, dass sich auch ihr Deutsch gebessert hatte, allerdings weniger als ihr Englisch. Es dauerte aber noch eine geraume Weile, bis sie bereit war, in der Therapie auf Deutsch umzuschalten.

- Auch **Herr H.K.** konnte seine Muttersprache Koreanisch durch die Therapie in einer Fremdsprache verbessern. Seine 2. Sprache war Japanisch, seine 3. Sprache Englisch. Er hatte seit 30 Jahren in Deutschland gelebt und fließend Deutsch gesprochen, als er eine schwere Aphasie bekam. Den Versuch, ihn auf Deutsch zu therapieren, musste ich aufgeben, aber auf Englisch reagierte er gut. Nach einem Jahr Therapie konnte er sich in dieser Sprache relativ verständlich äußern, und seine Angehörigen berichteten, dass sie sich allmählich auch auf Koreanisch mit ihm unterhalten konnten.

Auf diesen unterschweligen Mittherapieeffekt kann man sich allerdings nicht verlassen. Es hat auch Fälle gegeben, in denen die zuerst zurückerworbene Sprache sich wieder verschlechterte, wenn eine zweite Sprache wiedererlernt wurde.

Manchmal vermischen sich die verschiedenen Sprachen. Ein Satz wird – unbeabsichtigt – in einer Sprache begonnen und in einer anderen Sprache fortgesetzt, oder Wörter aus der einen Sprache tauchen in den Sätzen einer anderen Sprache auf (■ Abb. 3.8).

Da wir uns normalerweise bewusst für den Gebrauch einer Sprache entscheiden können, ist dieser unvermutete und nicht beherrschbare Wechsel von einer Sprache in die andere für manche Aphasiker erschreckend (über mehrsprachige Aphasiker s. Ellersiek 1988; Vogeler 1988; Lyncker 1995).

I have it a funn morgen zu
gehen. Du Freude had zur Spanien
eine gehen

■ **Abb. 3.8** Mischen von englischen und deutschen Wörtern in einem Satz.

3.4 Begleitstörungen

Einige Störungen treten häufig zusammen mit der Aphasie auf:

- Dysarthrie,
- Apraxie,
- gestörtes verbales Lernen und gestörte verbale Merkfähigkeit,
- Konzentrationseinbrüche,
- Perseverationen,
- Lähmungen und Gesichtsfeldausfall.

3.4.1 Dysarthrie

Unter dieser Bezeichnung werden Störungen zusammengefasst, die die Steuerung und Koordination von **Sprechbewegungen** betreffen, die also auf gestörte Funktionen der Sprechmuskulatur zurückzuführen sind. Diese Störungen betreffen in der Regel die Steuerung der Atmung beim Sprechen, die Stimmgebung (Phonation) und die Artikulationsbewegungen. Sie verbinden sich zu verschiedenen Dysarthriesyndromen (Enderby 1991; Huber 1989; Vogel et al. 1988; Runge 2003).

Eine **Dysarthrie kann sich auf vielfache Weise auswirken auf:**

- die Artikulation,
- den Sprechrhythmus,
- die Sprechmelodie,
- die Qualität der Stimme.

Typische Symptome sind z. B.

- langsames, monotones, skandierendes Sprechen,
- Schwankungen in der Lautstärke und Tonhöhe,
- verwaschene, unpräzise Artikulation.

Da bestimmte Artikulationsbewegungen nicht mehr ausgeführt werden können, kommt es zu systematischen Lautverzerrungen und Lautersetzungen (im Unterschied zur Aphasie, bei der die Laute unsystematisch miteinander vertauscht werden). In schweren Fällen können gar keine Laute mehr gebildet werden.

Diese Störungen der Bewegungsmuskulatur führen häufig auch zu nichtsprachlichen Störungen der Mundmotorik wie Speichelfluss und Schluckstörungen (Schalch 1992).

3.4.2 Apraxie

Sie betrifft die **Planung** von Bewegungen und Bewegungsfolgen. Bewegungen können nur richtig funktionieren, wenn alle Muskeln im richtigen Moment auf die richtige Weise eingesetzt werden. Dafür ist eine umfangreiche zeitliche und räumliche Planung nötig. Apraxien können sich auf unterschiedliche Körperbereiche erstrecken und auch nichtsprachliche Handlungen betreffen.

In Verbindung mit Aphasie sind besonders häufig:

- Sprechapraxie,
- buccofaziale Apraxie,
- Gliedmaßenapraxie.

Sprechapraxie. Sie betrifft die Planung der Sprechbewegungen. Aufgrund dieser Störung werden die einzelnen Laute nicht auf die richtige Weise und nicht im richtigen Moment geplant. Dadurch werden einerseits falsche Laute produziert, andererseits erscheinen Laute an der falschen Stelle in der Lautkette (»Pera ... Teparä ... Teta ... Teparie ...« für »Therapie«). Den Lautvertauschungen liegt nicht, wie bei Dysarthrie, eine Systematik zugrunde, d. h. dass nicht immer wieder dieselben Laute miteinander vertauscht werden (Fehlervariabilität).

In sehr schweren Fällen von Sprechapraxie ist der Sprechbewegungsapparat so stark betroffen, dass überhaupt keine Laute produziert werden können.

Buccofaziale Apraxie. Sie betrifft die Mund- und Gesichtsmuskulatur. Mund-, Lippen- und Zungenbewegungen können willentlich nicht auf die richtige Weise bewegt werden.

! Buccofaziale Apraxie und Sprechapraxie treten häufig gleichzeitig auf. Oft begleiten sie, einzeln oder gemeinsam, eine Aphasie, besonders eine unflüssige Aphasie. Wenn sich in dieses Störungsbild dann noch eine Dysarthrie hineinmischt (was nicht selten ist), dann sind die einzelnen Störungen schwer voneinander abgrenzbar. Sie müssen aber auf unterschiedliche Weise therapiert werden (über Sprechapraxie: Ziegler 2003a, b).

Gliedmaßenapraxie. Sie beeinträchtigt häufig die linke (also die von der Lähmung nicht betroffene) Hand. Schreibbewegungen, das Ergreifen von Gegenständen (z. B. eines Bleistiftes oder Löffels), das Ausführen alltäglicher Handlungen (z. B. Kaffee einschenken, Schallplatten auflegen) können misslingen oder auffällig ungeschickt sein.

3.4.3 Verbales Lernen und verbale Merkfähigkeit

Beide sind meist eingeschränkt. Das bedeutet, dass sich der Aphasiker bei allem alltäglichen Kleinkram, den er sich merken will (wie z. B. Preise oder Termine), sehr viel mehr anstrengen muss als ein Nichtaphasiker.

Auf nonverbale Lern- und Merkvorgänge wirkt sich die Aphasie nicht aus.

3.4.4 Konzentrationseinbrüche

Besonders während der ersten Zeit der Störung ist die Konzentrationsfähigkeit häufig betroffen. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- **Erstens** wirken sich die körperliche Verletzung, durch die die Aphasie verursacht wurde – Schlaganfall, Unfall etc. – und die damit verbundene Schwächung des gesamten Organismus auch auf die Konzentrationsfähigkeit aus.
- **Zweitens** bewirkt die plötzliche katastrophale Veränderung der gesamten individuellen und sozialen Lebensumstände einen psychischen Schock, der auch die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt.
- **Drittens** hat aber auch die Aphasie selbst Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit. Die »Unregelmäßigkeit« der Sprachprozesse bedeutet, dass der Aphasiker bei allen Sprachhandlungen viel mehr Energie einsetzen muss als wir Nichtaphasiker. Er muss sich beim Sprechen und Schreiben angestrengt kontrollieren und beim Zuhören und Lesen konzentriert um Verstehen bemühen. Diese anstrengende Konzentration kann er nicht ununterbrochen durchhalten.

Wenn ein Aphasiker gelernt hat, mit seiner Störung und seinen Kräften richtig umzugehen, verbessert sich im Allgemeinen seine Konzentrationsfähigkeit.

3.4.5 Perseverationen

Häufig zeigt sich zusammen mit einer Aphasie eine Tendenz zu Perseverationen (unbeabsichtigte Wiederholungen). Der Aphasiker kann von einem Wort oder einer Äußerung nicht wieder loskommen. Gegen seinen Willen produziert er die störende Äußerung weiter, weil bestimmte neurale Hemmprozesse versagen. Perseverationen, die in ihrer Hartnäckigkeit einem Schluckauf gleichen, können auch bei nichtsprachlichen Handlungen auftreten.

3.4.6 Lähmungen und Gesichtsfeldausfall

Häufig besteht eine Lähmung der rechten Seite (Hemiplegie). Dazu kommt oft ein rechtsseitiger Gesichtsfeldausfall (Hemianopsie), der bewirkt, dass der Aphasiker nicht mehr alles sieht, was sich rechts von ihm befindet.

Das Schweigen verstehen

Über Aphasie

Lutz, L.

2011, XVI, 276 S. 65 Abb., 12 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-642-12918-6