

Ingrid Weng

Aphasietherapie – Aktivitäten- orientierter Ansatz

Theorie und Praxis

 Springer

Aphasietherapie – Aktivitätenorientierter Ansatz

Ingrid Weng

Aphasietherapie – Aktivitätenorientierter Ansatz

Theorie und Praxis

 Springer

Ingrid Weng
Stockach, Deutschland

ISBN 978-3-662-69019-2 ISBN 978-3-662-69020-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-69020-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2024

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Ulrike Hartmann

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort

Für Menschen mit einer aphasischen Störung ist es nicht nur schwierig, im Alltag entsprechend ihren Bedürfnissen und Notwendigkeiten kommunikativ zu handeln; sehr oft gelingt es ihnen nicht mehr, ihr Leben autonom und selbstbestimmt zu gestalten. In vielen Fällen sind sie zu einer Neuorientierung und zu einer Neuplanung ihres Lebensentwurfs gezwungen. Diesen tiefen Einschnitt erleben sie umso intensiver, da sie dieser existenziellen Krise ausgesetzt sind, ohne selbst etwas Entscheidendes daran verändern zu können. In dieser Situation benötigen sie sowie ihre Angehörigen die Unterstützung von fachlich geschulten Personen. Für diese erweist sich die sprachtherapeutische Begleitung von Menschen mit einer Aphasie als eine sehr komplexe und verantwortungsvolle Aufgabe, vor allem bei schwerer und mittelschwerer Ausprägung der Sprachstörung. Ihr Bemühen muss es sein, das Selbstbewusstsein der Betroffenen zu stärken und ihnen dazu zu verhelfen, wieder als aktiv Handelnde möglichst selbstbestimmt zu agieren und mit anderen zu interagieren – und sei es nur in elementaren kommunikativen Lebenssituationen.

Im Rahmen meiner langjährigen sprachtherapeutischen Tätigkeit sah ich mich bei jedem aphasischen Patienten mit der Aufgabe konfrontiert, ihn in diesem Sinn auf dem Weg zu kommunikativer Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung ein Stück zu begleiten. Das Ziel bestand darin, ihn im Rahmen seiner Möglichkeiten auf die kommunikativen Anforderungen des Alltags vorzubereiten und für ihn eine ‚Brücke‘ vom geschützten Raum der Therapie zum freien kommunikativen Alltag zu bauen.

Vor diesem Hintergrund habe ich den in diesem Buch vorgestellten *Aktivitätenorientierten Ansatz der Aphasietherapie* entwickelt. Er soll eine mögliche Antwort auf die folgende Frage geben: *Wie kann eine begründete Aphasietherapie aussehen, die die Patienten gezielt auf die kommunikativen Anforderungen des Alltags vorbereitet?* Der Ansatz stellt ein Gesamtkonzept für die Aphasietherapie dar, bei dem Ziele, Übungsinhalte und Aufbau der Therapie formuliert und begründet werden. Die theoretische Grundlegung des Ansatzes beruht auf Erkenntnissen der einschlägigen wissenschaftlichen Disziplinen; die praktische Durchführung, die durch viele Therapiebeispiele anschaulich erklärt wird, ist zudem lernpsychologisch und sprachdidaktisch begründet.

Das vorliegende Buch richtet sich an all diejenigen, die in Rehabilitationseinrichtungen und logopädischen Praxen teilhabe- und aktivitätenorientiert arbeiten

wollen, sowie an die Lehrenden und Studierenden in der Fachausbildung, die sich mit einem teilhabeorientierten sprachtherapeutischen Ansatz auseinandersetzen. Das Buch soll ihnen wichtige theoretische Grundlagen für begründete Therapieentscheidungen und konkrete didaktische Kenntnisse für die praktische Umsetzung vermitteln.

Im Zentrum des praktischen Teils stehen der Aufbau der Therapie, ihre Ziele und die Übungsinhalte bei bestimmten Störungsschwerpunkten. Der Therapieansatz kann in seiner Grundstruktur bei vielen aphasischen Syndromen und bei unterschiedlichen Schweregraden angewendet werden, da die Auswahl der Übungsinhalte je nach Störungsschwerpunkt und Interessen der Patienten erfolgt und die Übungen dem sprachlichen und allgemein-kognitiven Leistungsstand der aphasischen Personen variabel angepasst werden können. Die in den praktischen Kapiteln 9 bis 12 vorgestellten Übungen und Übungsfolgen entsprechen dem Anforderungsniveau für schwere und mittelschwere aphasische Störungen.

Auf bestimmte spezielle Störungsschwerpunkte, z. B. dissoziative Störungen, einzugehen, hätte den Rahmen des Buches gesprengt; ebenso finden sich keine gesonderten Ausführungen zu Dyslexie und Dysgraphie oder zur Therapie bei visuellen oder auditiven Einschränkungen.

Zur besseren Lesbarkeit des Textes habe ich auf eine ‚gendergerechte‘ Sprache verzichtet. Wegen der zahlenmäßigen Überzahl weiblicher Fachpersonen im logopädischen Bereich verwende ich die feminine Form *Therapeutin*, die Betroffenen werden mit der maskulinen Form *Patient* bezeichnet.

Dank

Zur Entstehung und zum Gelingen dieses Buchprojekts haben viele Personen beigetragen. Mein herzlicher Dank geht an alle Betroffenen und ihre Angehörigen, die ich während meiner langjährigen therapeutischen Tätigkeit an den Kliniken Schmieder in Allensbach therapeutisch begleitet habe – vor allem an diejenigen, die wiederholt zur Reha oder nach der Reha zu Besuch in die Klinik kamen und mir dadurch wertvolle Einsichten in Verlauf und Rückbildung ihrer aphasischen Störung ermöglicht haben. Ein Dankeschön geht auch an die Kolleginnen und Kollegen und an die Studierenden, mit denen ich bei der täglichen Arbeit in der Klinik, bei meinen Fortbildungsseminaren oder in Unterrichts- und Supervisionsstunden in regem Austausch stand und die mich in dem Vorhaben, dieses Buch zu schreiben, bestärkt haben. Ganz besonders danke ich Erika Hunziker (Hochschule für Heilpädagogik Zürich) und Sarah Feil (Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach) für den fruchtbaren Austausch im Forschungsprojekt AgAD, von dem ich für die Arbeit an vorliegendem Buch sehr profitiert habe. Dem Springer-Verlag danke ich für die Aufnahme des Titels in das Verlagsprogramm; Ulrike Hartmann gilt ein herzliches Dankeschön für den allzeit freundlichen und konstruktiven Austausch; Ambrose Stanislaus möchte ich für die Unterstützung in Fragen der Manuskripterstellung danken. Und last, but not least: Von ganzem Herzen danke ich meinem Ehemann Günther Storch für den jahrelangen konstruktiven fachlichen Austausch, die Ermunterung zu diesem Buchprojekt und die große Unterstützung in allen Phasen der Manuskripterstellung.

Stockach
im März 2024

Ingrid Weng

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlegung des therapeutischen Handelns	1
1.1	Didaktischer Spezialfall ‚Aphasietherapie‘	2
1.2	Therapeutische Entscheidungsfindung	3
1.3	Wissensbasis für die Entscheidungsfindung	5
1.4	Teilhabeorientierte Therapie nach ICF	6
1.4.1	Die ICF-Klassifikation	7
1.4.2	Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation	9
1.5	Schlussfolgerungen für die Therapie	11
	Literatur	11
2	Situations-, Welt-, Handlungswissen und Kommunikation	13
2.1	Sprache, Situations- und Weltwissen	14
2.1.1	Sprache und Situationswissen	14
2.1.2	Sprache und Weltwissen	18
2.2	Sprache und Handlungswissen	19
2.2.1	Kommunikatives Handeln	19
2.2.2	Mentales Handlungswissen	20
2.2.3	Sprach- und Handlungsnetzwerke	21
2.3	Situations- und Handlungswissen bei Aphasie	22
2.4	Schlussfolgerungen für die Therapie	23
	Literatur	23
3	Sprachwissen und Sprachprozesse	25
3.1	Sprachwissen	26
3.1.1	Lexikalisch-semantisches Wissen	27
3.1.2	Morphologisches und syntaktisches Wissen	29
3.1.3	Phonologisches Wissen	29
3.2	Sprachprozesse	30
3.2.1	Modell der Sprachverarbeitung	30
3.2.2	Sprachproduktionsprozesse	30
3.2.3	Sprachrezeptionsprozesse	33
3.2.4	Schriftsprachliche Verarbeitungsprozesse	34

3.3	Störungen der Sprache bei Aphasie	35
3.3.1	Morphosyntaktische Störungen	36
3.3.2	Lexikalisch-semantische Störungen.	39
3.3.3	Phonologische Störungen.	40
3.3.4	Begleitende Artikulationsstörungen.	40
3.3.5	Gestörtes Monitoring bei Aphasie	41
3.3.6	Zentrale Störungen der Schriftsprache.	42
3.4	Schlussfolgerungen für die Therapie	42
	Literatur.	42
4	Sprache, kommunikatives Handeln und Exekutivfunktionen	45
4.1	Exekutivfunktionen	46
4.2	Sprachverarbeitung und Exekutivfunktionen.	48
4.2.1	Sprachverarbeitung und Arbeitsgedächtnis	48
4.2.2	Sprachverarbeitung und Inhibition.	49
4.2.3	Sprachverarbeitung und kognitive Flexibilität.	50
4.3	Kommunikatives Handeln und Exekutivfunktionen	50
4.4	Aphasie und Exekutivfunktionen.	52
4.4.1	Aphasie und Arbeitsgedächtnis	53
4.4.2	Aphasie und Inhibition.	53
4.4.3	Aphasie und kognitive Flexibilität.	55
4.5	Aphasie, Kommunikation und Exekutivfunktionen.	55
4.6	Schlussfolgerungen für die Therapie	56
	Literatur.	57
5	Sprachverarbeitung und Lateralisierung	59
5.1	Hemisphärendominanz bei der Sprachverarbeitung	60
5.2	Sprachfunktionen der nicht-sprachdominanten Hemisphäre.	60
5.3	Aphasie und Lateralisierung von Sprache	62
5.4	Ressourcen bei Aphasie	64
5.5	Schlussfolgerungen für die Therapie	66
	Literatur.	66
6	Aphasieremission	69
6.1	Ursachen aphasischer Störungen	70
6.2	Beeinflussende Faktoren der Aphasieremission.	70
6.3	Neuroplastische Prozesse bei der Aphasieremission	71
6.3.1	Neuroplastizität des Gehirns	71
6.3.2	Studien zu den neuroplastischen Prozessen bei Aphasie.	71
6.3.3	Phasen der Aphasieremission nach Saur et al. (2006)	73
6.4	Aphasieremission und Inhibition	74
6.5	Unterstützung der Aphasieremission	76
6.6	Schlussfolgerungen für die Therapie	76
	Literatur.	77

7	Der aktivitätenorientierte Therapieansatz	79
7.1	Grundlegung des aktivitätenorientierten Ansatzes.	80
7.2	Zielsetzung der Therapie	81
7.2.1	Top-down-Struktur des Zielsetzungsprozesses	81
7.2.2	Kommunikative Selbstbestimmung	83
7.2.3	Partizipative Zielsetzung	84
7.2.4	Kriterien für die Formulierung von Therapiezielen.	85
7.3	Inhalte der aktivitätenorientierten Aphasiotherapie	85
7.3.1	Notwendigkeit sprach- und handlungsorientierter Übungen.	85
7.3.2	Übungstypen	87
7.4	Aufbau einer aktivitätenorientierten Übungssequenz	88
	Literatur.	89
8	Diagnostik und Therapieprinzipien	91
8.1	Diagnostische Erfordernisse	91
8.2	Zwölf didaktische Prinzipien für die Aphasiotherapie.	94
8.2.1	Allgemeine sprachdidaktische Prinzipien	94
8.2.2	Aphasiespezifische didaktische Prinzipien	99
8.3	Wirksamkeitsprinzipien für die Aphasiotherapie.	100
8.3.1	Qualitätssicherung	100
8.3.2	Wirksamkeitsprinzipien	101
8.3.3	Stellenwert der Wirksamkeitsprinzipien	102
	Literatur.	103
9	Übungssequenz Teil A: Situations- und Handlungserarbeitung.	105
9.1	Grundlagen.	106
9.1.1	Auswahl des Situationsbilds	106
9.1.2	Das Situationsbild als Sprechanlass.	107
9.2	Erarbeitung der Situations- und Handlungsstruktur	109
9.2.1	Gespräch über das Situationsbild.	109
9.2.2	Textpräsentation.	110
9.2.3	Erarbeitung der Handlungsstruktur	112
9.3	Erarbeitung eines situationsbezogenen Dialogs.	114
9.3.1	Übungen zur dialogischen Interaktion.	115
9.3.2	Dialogarbeit vs. freies Rollenspiel.	118
	Literatur.	119
10	Übungssequenz Teil B.1: Sprachbezogene Funktionsübungen.	121
10.1	Grundlagen.	122
10.1.1	Zielsetzung der Sprachübungen.	122
10.1.2	Integriertes sprachliches Üben.	122
10.1.3	Steuerung von Übungen.	123
10.1.4	Anforderungsniveau von Übungen	124

10.2	Übungsschwerpunkte	125
10.2.1	Übungsschwerpunkt Morphosyntax.	125
10.2.2	Übungsschwerpunkt lexikalische Semantik.	129
10.2.3	Übungsschwerpunkt Phonologie/Graphematik	132
10.3	Übungsfolgen	135
10.3.1	Allgemeines	135
10.3.2	Eine integrierte Übungsfolge für schwere Aphasien	135
10.3.3	Einzelne Übungsfolgen für mittelschwere Aphasien	140
	Literatur.	144
11	Übungssequenz Teil B.2: Maßsysteme und Medien	145
11.1	Maßsysteme und Medien im Alltag	146
11.2	Maßsysteme und Medien in der Aphasietherapie	146
11.3	Den Umgang mit Maßsystemen üben	148
11.3.1	Uhrzeit	148
11.3.2	Kalenderzeit und Datum	152
11.3.3	Zahlungsmittel	155
11.4	Umgang mit Medien üben	158
11.4.1	Tischrechner (Riesenrechner)	160
11.4.2	Telefon	162
11.4.3	PC, Tablet und Smartphone	163
	Literatur.	165
12	Übungssequenz Teil C: Aktivitätenorientierte Übungen	167
12.1	Aktivitäten und Aktivitätenbausteine	168
12.1.1	Aktivitäten	168
12.1.2	Aktivitätenbausteine	170
12.2	Aktivitätenorientiertes Üben bei Aphasie	171
12.2.1	Allgemeines	171
12.2.2	Zur Durchführung der Übungen.	173
12.2.3	Transfer in den Alltag mithilfe der Angehörigen	174
12.3	Gebrauchstexte	174
12.3.1	Die Funktion von Gebrauchstexten	174
12.3.2	Training der Informationsentnahme	177
12.4	Umgang mit Textformularen	179
12.4.1	Freie und gesteuerte schriftliche Textproduktion.	179
12.4.2	Formularhafte Texte in der Aphasietherapie	179
12.5	Exemplarische Aktivitätenbausteine	180
12.5.1	Aktivitätenbaustein 1: Einen Termin im Kalender notieren.	180
12.5.2	Aktivitätenbaustein 2: Auf ein Einladungsschreiben antworten	182
12.5.3	Aktivitätenbaustein 3: Telefonisch einen Termin vereinbaren.	184

12.5.4	Aktivitätenbaustein 4: Ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen.	187
12.5.5	Aktivitätenbaustein 5: Eine Bestellung aufgeben und bezahlen	189
12.5.6	Aktivitätenbaustein 6: Eine Dienstleistung beauftragen.	191
12.6	Aktivitätenorientierte Gruppentherapie	193
	Literatur.	196
	Stichwortverzeichnis.	197

Über die Autorin



Ingrid Weng, Dr. phil. Studium der Germanistik und Slawistik

- Promotion in Germanistischer Linguistik
- DAAD-Lektorin an ausländischen Hochschulen mit Schwerpunkt Linguistik und Sprachdidaktik
- Tätigkeit als Klinische Linguistin (BKL) in Festanstellung an den Kliniken Schmieder in Allensbach
- Dozentin in der Aus- und Weiterbildung von Logopäd*innen
- Autorin von Beiträgen und Materialien für die Aphasietherapie



Grundlegung des therapeutischen Handelns

1

Inhaltsverzeichnis

1.1 Didaktischer Spezialfall ‚Aphasietherapie‘	2
1.2 Therapeutische Entscheidungsfindung	3
1.3 Wissensbasis für die Entscheidungsfindung	5
1.4 Teilhabeorientierte Therapie nach ICF	6
1.4.1 Die ICF-Klassifikation	7
1.4.2 Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation	9
1.5 Schlussfolgerungen für die Therapie	11
Literatur	11

Die Aphasietherapie stellt einen didaktischen Spezialfall des Lehrens und Lernens von Sprache dar, der sich in wesentlichen Punkten von anderen Formen der Sprachvermittlung unterscheidet. Die Therapeutinnen müssen im Rahmen der therapeutischen Entscheidungsfindung (*Clinical Reasoning*) zu einem vertieften Verständnis der Störung gelangen. Für eine begründete Therapieplanung und -durchführung müssen sie über ein breites Wissen verfügen sowie die in vielfältigen Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen erreichten Einsichten zielgerichtet in praktisches therapeutisches Handeln überführen. Sie müssen die charakteristischen Störungsmerkmale erkennen und mit einem fachspezifischen Diagnostikinstrumentarium erfassen, die daraus gewonnenen Ergebnisse mit Wissen aus verschiedenen Bezugsdisziplinen verknüpfen, geeignete therapeutische Interventionsmöglichkeiten auswählen und die Therapie den jeweiligen spezifischen Anforderungen entsprechend durchführen. Die Zielsetzung des gesamten therapeutischen Handelns ist in erster Linie an den Vorgaben des *Sozialgesetzbuchs IX* auszurichten, das die Verbesserung der Selbstbestimmung und der Teilhabe der Betroffenen als Ziel aller therapeutischen Interventionen formuliert.

Die jeweiligen Gesetze und Verordnungen entsprechen den Vorgaben der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* der WHO.

1.1 Didaktischer Spezialfall ‚Aphasietherapie‘

Die Diagnose ‚Aphasie‘ stellt im Leben der Betroffenen einen entscheidenden Einschnitt dar, vor allem bei schwerer und mittelschwerer Ausprägung. Plötzlich wird einem Menschen bewusst, welche Rolle Sprache im Leben einnimmt und welche Auswirkungen eine Störung dieses Kommunikationsmittels auf den Alltag hat. Der sprachliche Austausch mit anderen Menschen ist von einem Tag auf den anderen nicht mehr mühelos möglich, und zahlreiche Alltagsaktivitäten, die man vor Beginn der Erkrankung ohne Anstrengung ausführte, können wegen der sprachlichen Einschränkungen nur noch mit Schwierigkeiten oder gar nicht mehr durchgeführt werden. Hinzu kommt die oft mit einer Sprachstörung verbundene gesellschaftliche Ausgrenzung, die von aphasischen Menschen schmerzhaft empfunden wird. Die Komplexität der Ausfallerscheinungen zeigt sich für die Betroffenen meist erst in ihrem ganzen Ausmaß, wenn sie nach der Schutzzone der klinischen Rehabilitation in den Alltag zurückkehren.

Die Betroffenen erleben ihre durch die Hirnschädigung verursachten sprachlichen Ausfälle ohne die Möglichkeit, das Problem selbstständig zu lösen, und sie begeben sich – meist im Rahmen eines Rehabilitationsverfahrens – in therapeutische Behandlung. Damit legen sie die Verantwortung in die Hände der Therapeutinnen – oft mit der Hoffnung, in absehbarer Zeit wieder ihr gewohntes Leben aufnehmen zu können.

Die Therapeutinnen stehen vor einer komplexen Aufgabe, die sie angesichts der einschneidenden Auswirkungen der Aphasie auf das Leben der Betroffenen sehr reflektiert und mit dem Einsatz aller ihnen zur Verfügung stehenden Mittel angehen müssen. Bei dem Prozess, den (partiellen) Wiedererwerb der Kommunikationsfähigkeit fachgerecht zu begleiten, gilt es, verschiedene Schwierigkeiten zu bewältigen:

- Die Sprache der Patienten weist sehr unterschiedliche sprachlich-kommunikative Störungsmerkmale und Schweregrade auf, kein Fall ist wie der andere.
- Oft zeigen die Betroffenen zusätzlich zu den sprachlichen Ausfällen allgemeinkognitive Beeinträchtigungen, die das Reaktivieren und Wiedererlernen der Sprache erschweren.
- Die Therapeutinnen sehen sich mit den psychischen Folgen konfrontiert, die das Ereignis bei den Patienten ausgelöst hat. Ihre Therapie ist somit auch mitmenschliche Begleitung, was ein sehr einfühlsames und sensibles Verhalten erfordert.

So übernehmen die Therapeutinnen einen Spezialfall des Lehrens und Wiedererlernens von Sprache. Durch den persönlichen kommunikativen Kontakt mit dem Patienten, durch Einblicke in seine Situation und eine fachgerechte Diagnostik der verbliebenen sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten wird ein IST-Zustand ermittelt. Auf dieser Basis wird entsprechend der Lebenssituation und den Zielen des Patienten sowie dem Schweregrad der Störung ein SOLL-Zustand formuliert, auf den hin die Therapie ausgerichtet ist. Der therapeutische Prozess ist aufgrund der individuellen Persönlichkeits- und Störungsmerkmale sowie der persönlichen Ziele der Betroffenen einzigartig. Er erfordert vonseiten der Therapeutinnen eine sehr reflektierte Planung sowie wichtige Entscheidungen – Entscheidungen, die den zukünftigen Lebensweg der ihnen anvertrauten Menschen beeinflussen.

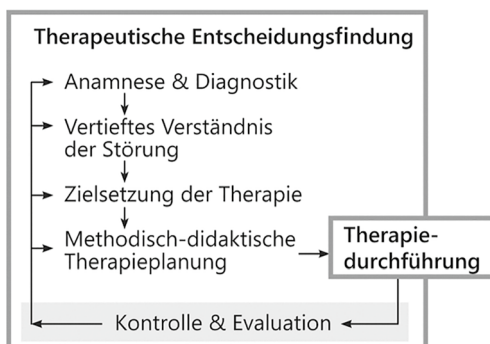
1.2 Therapeutische Entscheidungsfindung

Die Planung und Durchführung einer therapeutischen Behandlung ist das Ergebnis eines umfassenden Reflexions- und Entscheidungsprozesses, der therapeutischen Entscheidungsfindung (*Clinical Reasoning*). Darunter werden die „Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozesse“ (Beushausen 2018, S. 119) verstanden, die die Therapeutinnen – so weit wie möglich gemeinsam mit den Patienten – absolvieren; diese Prozesse führen zu begründeten therapeutischen Entscheidungen hinsichtlich der Therapieplanung, -durchführung und -bewertung (Beushausen 2020). Dabei werden mehrere Reflexions- und Entscheidungsphasen durchlaufen (s. Abb. 1.1).

Phase 1: Anamnese und Diagnostik

Durch Anamnese und Diagnostik werden im kommunikativen Umgang mit dem Patienten sowie durch fachspezifische Tests sprachlich-kommunikative Störungsmerkmale sowie vorhandene Ressourcen ermittelt (= der festgestellte IST-Zustand).

Abb. 1.1 Therapeutische Entscheidungsfindung



Phase 2: Vertieftes Verständnis der Störung

Vor diesem Hintergrund stellt die Therapeutin Hypothesen über Zusammenhänge zwischen den einzelnen Störungsmerkmalen sowie über den Zusammenhang der Störungsmerkmale mit der Art der Hirnschädigung auf. Dadurch soll ein vertieftes Verständnis der Störung erreicht werden.

Phase 3: Zielsetzung der Therapie

Auf Basis der Ergebnisse der Phasen 1 und 2 werden in Absprache mit dem Patienten (soweit möglich) und gegebenenfalls mit den Angehörigen die Ziele der Therapie formuliert (= der angestrebte SOLL-Zustand; s. Abschn. 7.2).

Phase 4: Methodisch-didaktische Planung der Therapie

Bei der Planung der konkreten Therapie wird – unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Phasen 1 bis 3 – ein Zusammenhang zwischen den Störungsmerkmalen und möglichen therapeutischen Interventionen hergestellt, und zwar hinsichtlich

- der Reaktivierung der gestörten Strukturen und Prozesse,
- der allgemein-kognitiven Beeinträchtigungen (Exekutivfunktionen),
- der Nutzung von Ressourcen.

Diese Phase der Reflexion mündet in eine Entscheidung für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen, vor allem für einen methodischen Weg, das adäquate Anforderungsprofil sowie für bestimmte Aufgaben- und Übungstypen.

Es folgt die Durchführung der eigentlichen Therapie, die kontinuierlich sowie nach Abschluss evaluativ kontrolliert wird.

Phase 5: Kontrolle und Evaluation

Die Evaluation, d. h. die kritische Reflexion über den Therapieprozess, begleitet diesen kontinuierlich während der Therapie sowie abschließend nach Beendigung der Therapie; dazu sollte ein Fragenkatalog herangezogen werden, der Fragen wie die folgenden beinhaltet:

- Wie kommt/kam der Patient mit dem Übungsmaterial zurecht?
- Wie motivierend ist/war die Therapie für ihn?
- Werden/Wurden durch die Therapie die gestörten sprachlich-kommunikativen Strukturen und Prozesse verbessert?
- Wird/Wurde durch die Therapie das angestrebte Ziel erreicht?
- Setzt/Setzte der Patient die geübten Fertigkeiten außerhalb der Therapie ein?

Wenn die Evaluation im Verlauf des Therapieverfahrens stattfindet, kann entschieden werden, ob die Therapie auf die gleiche Art fortgesetzt oder gegebenenfalls verändert werden soll. Nach Abschluss der Therapie sollte die Therapeutin in einer Evaluation die Stärken und Schwächen ihrer Therapie einschätzen sowie die Gründe dafür erkennen; so kann sie aus einer abgeschlossenen Therapie einen

Gewinn für Folgetherapien mitnehmen. Die Evaluation hat auch im interdisziplinären Team zu erfolgen.

1.3 Wissensbasis für die Entscheidungsfindung

Die Therapeutinnen benötigen für die Entscheidungsfindung im didaktischen Spezialfall ‚Aphasietherapie‘ in allen Phasen des Therapieprozesses Fachwissen aus sehr unterschiedlichen Wissensgebieten.

Phase 1: Anamnese und Diagnostik

- Kenntnis der einschlägigen Diagnostikinstrumente, ihrer Anwendung sowie Auswertung (s. Abschn. 8.1)
- Spezifische methodische Fertigkeiten im kommunikativen Umgang mit aphasischen Menschen

Phase 2: Vertieftes Verständnis der Störung

- Neurologisches Grundverständnis von Hirnstrukturen und -schädigungen
- Linguistische, psycho- und neurolinguistische Kenntnisse über die Strukturen der Sprache und über ihre Verwendung in der Kommunikation, über die Speicherung und Verarbeitung von Sprache im Gehirn (auch in Bezug auf die sprachdominante und nicht-sprachdominante Hemisphäre) sowie über die kognitiven Prozesse beim Verstehen und Produzieren von Sprache, um von den festgestellten Störungsmerkmalen auf die gestörten sprachlichen Strukturen und Prozesse schließen zu können. Daraus ergeben sich auch Erkenntnisse über die aktuelle Nutzung von Ressourcen (s. Kap. 2, 3 und 5).
- Aphasiologische Kenntnisse über aphasische Störungsbilder (s. Abschn. 3.3)
- Neuropsychologische Kenntnisse, um die Zusammenhänge zwischen Sprachverarbeitung und allgemein-kognitiven Steuerungsfunktionen (Exekutivfunktionen) verstehen und in der Therapie berücksichtigen zu können (s. Kap. 4)
- Neurophysiologische Kenntnisse, um die Phase der Aphasieremission, in der sich der aphasische Patient jeweils befindet, und die bei der Remission ablaufenden neuroplastischen Vorgänge im Gehirn zu verstehen. Einsichten in diese Prozesse liefern Anhaltspunkte für die Einschätzung des Therapieverlaufs (s. Kap. 6).

Phase 3: Zielsetzung (s. Abschn. 1.4 und 7.2)

- Kenntnisse der ICF-orientierten Zielsetzung
- Kenntnisse der Lebensumstände, der relevanten Lebensbereiche und angestrebten Ziele des Patienten
- Fähigkeit, das rehabilitative Potenzial des jeweiligen Patienten realistisch einzuschätzen

Phase 4: Methodisch-didaktische Planung der Therapie (s. Kap. 8–12)

Wissen darüber, wie die in den Phasen 1 bis 3 gewonnenen Einsichten methodisch-didaktisch in einen zielführenden therapeutischen Prozess überführt werden können, insbesondere:

- Sprachdidaktisches Grundwissen über Methoden und Übungstypen zur Reaktivierung alltags- und anwendungsbezogener sprachlich-kommunikativer Strukturen und Prozesse
- Kenntnis lern- und sprachpsychologischer Prinzipien, die das Wiedererlernen von Sprache und Kommunikation fördern
- Die Fähigkeit, dieses Grundwissen an die jeweiligen individuellen Bedingungen der aphasischen Störung anzupassen und dementsprechend begründete Übungssequenzen zu planen
- Digitales Wissen, um Computer, Tablet und Smartphone in die Therapie einbeziehen zu können (Steiner 2023)

Phase 5: Kontrolle und Evaluation

Fähigkeit, begründet über den Therapieprozess zu reflektieren und gegebenenfalls die erforderlichen Konsequenzen zu ziehen. Kontrolle und Evaluation sind Prozesse, die kontinuierlich während der Therapie sowie nach ihrem Abschluss stattfinden. Das entsprechende Instrumentarium sollte im (inter-)disziplinären Team erarbeitet werden (ausführlicher: Grötzbach und Spitzer 2023).

In den folgenden Kapiteln sollen die Therapeutinnen auf die einzelnen Phasen des therapeutischen Prozesses vorbereitet werden, indem ihnen

- relevantes theoretisches und praxisbezogenes Wissen verfügbar gemacht wird,
- die Verknüpfungen zwischen den einzelnen Wissensbereichen sowie zwischen dem theoretischen Hintergrundwissen und der Praxis der Therapiedurchführung aufgezeigt werden und daraus resultierend
- mögliche therapeutische Interventionen exemplarisch aufgezeigt werden. Ziel ist, durch die Verbindung von Basiswissen und therapeutischer Praxis die Grundlagen für ein begründetes therapeutisches Handeln bereitzustellen.

1.4 Teilhabeorientierte Therapie nach ICF

Das gesamte Therapiegeschehen steht unter einer im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) vorgegebenen übergeordneten Zielsetzung. Dort wird für alle rehabilitativen Maßnahmen das Ziel formuliert, dass die von Krankheit und Behinderung Betroffenen wieder eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreichen sollen, sodass sie den Erfordernissen des Alltags zumindest partiell nachkommen können. Diese Zielformulierung wurde wesentlich durch die von

der WHO begründete *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* beeinflusst. Das ICF-Modell, das das herkömmliche Verständnis von Gesundheit und Behinderung um wichtige Aspekte erweitert, ermöglicht es, die Folgen gesundheitlicher Probleme nicht isoliert zu sehen, sondern im Rahmen des Lebenskontextes der Betroffenen (DIMDI 2005).

1.4.1 Die ICF-Klassifikation

Rehabilitationsmaßnahmen unterscheiden sich von der medizinischen Akutversorgung dadurch, dass dabei längerfristig zu erwartende Folgeschäden behandelt werden, die die Betroffenen in ihrer Lebenssituation einschränken und die akut-medizinisch nicht geheilt werden können (Gerdes und Weis 2000). Ihr Ziel ist die weitestgehende private, gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung. „Eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.“ (DRV 2009, S. 11) Dadurch soll der Weg aus der Pflegebedürftigkeit und Bevormundung gebahnt werden, sodass jede Person in die Lage versetzt wird, ihre Ressourcen im Alltag zu nutzen. Die ICF stellt für die Umsetzung dieser Konzeption mit ihrem Begriff der *funktionalen Gesundheit* ein Beschreibungs- und Klassifikationsmodell bereit, in dem der Gedanke der Reintegration im Vordergrund steht. Dieses Modell ist seit 2001 Bezugsrahmen für Verordnungen, Dokumentationen und Maßnahmen im Rehabilitationswesen. Gesetzgebende Organe, wissenschaftliche Organisationen, Sozialversicherungsträger und weitere Institutionen haben die Grundgedanken der ICF aufgenommen (Staupendahl 2017).

Das ICF-Klassifikationsmodell. Das im Jahr 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete Klassifikationsmodell ICF liefert als bio-psycho-soziales Modell die Grundlage für eine detaillierte ganzheitliche Beschreibung der einzelnen Aspekte menschlicher Gesundheit, Krankheit und Behinderung (DIMDI 2005).

„Allgemeines Ziel der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit).“ (DIMDI 2005, S. 9).

Der Begriff der funktionalen Gesundheit. Das ICF-Klassifikationsmodell beruht auf dem Grundgedanken der funktionalen Gesundheit (DIMDI 2005). Demnach ist eine Person vor dem Hintergrund ihres Lebenskontextes als gesund anzusehen,

- wenn ihre Körperfunktionen und -strukturen den allgemein gültigen Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen);

- wenn sie alle nötigen Aktivitäten durchführen kann, die von einem gesunden Menschen erwartet werden (Konzept der Aktivitäten);
- wenn sie ihr Leben in allen für sie wichtigen Lebensbereichen in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie man es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen/-strukturen oder der Aktivitäten bei vergleichbaren Lebensbedingungen erwarten kann (Konzept der Teilhabe).

Diese Aspekte der funktionalen Gesundheit werden vor dem Hintergrund der Lebenswelt der Betroffenen, den ‚Kontextfaktoren‘, betrachtet (s. u.).

Durch diesen weit gefassten Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit umfassend erweitert: „Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen.“ (DRV 2009, S. 6).

Die bio-psycho-sozialen Komponenten der ICF. Das ICF-Modell konkretisiert das Konzept der funktionalen Gesundheit, indem es dessen wesentliche bio-psycho-soziale Aspekte expliziert und zueinander in Beziehung setzt. Es unterscheidet in einem ersten Schritt zwischen den beiden Bereichen ‚Funktionsfähigkeit/Behinderung‘ und ‚Kontextfaktoren‘ (s. Abb. 1.2).

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

Funktionsfähigkeit bezeichnet in einem positiven Sinn alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, über die eine Person – unabhängig von einem Gesundheitsproblem – verfügt. Behinderung dagegen bezeichnet die Beeinträchtigungen, die durch eine gesundheitliche Schädigung auftreten. Diese Ebene wird untergliedert in

- die Komponente der ‚Körperfunktionen‘, das sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (auch des kognitiven und psychischen Bereichs), und die der ‚Körperstrukturen‘, d. h. der anatomischen Teile des Körpers, sowie
- die Komponente der ‚Aktivitäten‘ (Durchführung von Handlungen, z. B. einkaufen, waschen, telefonieren) und der ‚Teilhabe‘, d. h. der aktiven Mitwirkung an den verschiedenen Lebensbereichen der Gesellschaft (z. B. häusliches Leben, Beruf, Freizeit; DIMDI 2005; BAR 2016).

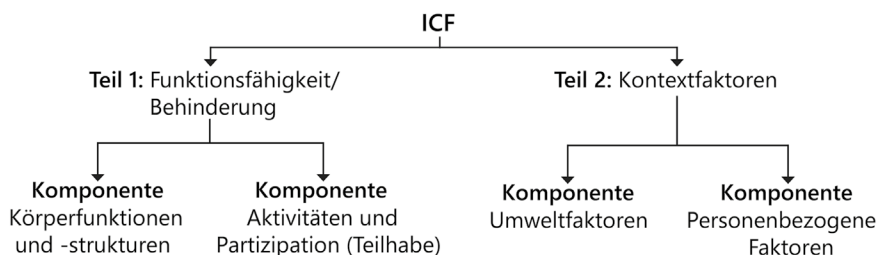


Abb. 1.2 Grundstruktur der ICF-Klassifikation. (Quelle: BAR 2015, S. 12)