

# „PRAGAPRAXIEMATIK“

## Die Pragmatik in der Therapie der Sprechapraxie

JÜRGEN KOHLER

**Zusammenfassung:** Die traditionelle Sprechapraxietherapie wird anhand eines systemisch orientierten Sprachproduktionsmodells und kommunikationstheoretischen Überlegungen kritisiert. Ein ausführlich beschriebenes Fallbeispiel soll die notwendige Anschaulichkeit geben. Außerdem will die Falldarstellung die Vorteile des pragmatisch orientierten Ansatzes auch bei schwerpunktmäßig sprechapraktischer Störung andeuten.

„Es besteht keineswegs Einigkeit darüber, der Sprechapraxie den Status eines eigenständigen Syndroms neben den Dysarthrien und den Aphasien einzuräumen“ (von Cramon 1988, 347).

Tatsächlich hat sich aber sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie eine deutliche Differenzierung im Sinne eines eigenständigen Syndroms ergeben. Die Sprechapraxie wird demnach vornehmlich als zentral bedingtes Sprechplanungsproblem betrachtet. Die besonderen differentialdiagnostischen Kriterien (neben anderen) sind dabei **lautliche Entstellungen**, trotz erhaltener automatischer bzw. reflektorischer Funktion der Muskelbewegungen (im Gegensatz zur Dysarthrie) (Schalch 1989, S. 46). Die Abgrenzung zur Broca-Aphasie ist schwierig, denn die lautlichen Entstellungen kommen hier in ähnlicher Weise vor. Dabei können „graphematische“ Paraphasien (als schriftsprachliche Entsprechung zu den bekannten phonematischen Paraphasien) auf Aphasie hindeuten. Während man bei einer Aphasie eher vom „Sprach-

problem“ spricht, also „höhere“ Planungs- und Programmierdefizite vermutet (lautliche Entstellungen aufgrund von z.B. morphologischer Fehlplanung), wird das apraktische Sprechen einer eher „oberflächlichen“ Ebene zugerechnet, nämlich der schon erwähnten rein motorischen Programmierung.

Die **Suchbewegungen** der Artikulationsorgane gelten als Hauptcharakteristika für die Sprechapraxie und sind wohl auch in diagnostischer Hinsicht wichtigstes Beobachtungsmerkmal (vgl. von Cramon 1988, S. 347).

Die Behandlung konzentriert sich ebenso i.a. auf die phonematische Struktur der Sprache:

„Der Schwerpunkt der Übungen richtet sich auf die Artikulation und Prosodie. Die Anschauung, die dahinter steckt, Sprechapraxie im wesentlichen als eine Artikulationsstörung zu sehen, hat (...) ihre Ursache in den Untersuchungsverfahren. Die phonologische Beschreibung reduziert Sprechapraxie auf eine „Programmstörung“, bei der die zeitlich-räumlichen Engramme als Korrelate der distinktiven Merkmale verloren gegangen sind. Es ist sehr leicht festzustellen, daß nicht nur die Übungsstufen, sondern auch das Übungsmaterial üblicherweise nach diesem Konzept zusammengestellt ist“ (von Cramon 1988, S. 352).

Ich will hier nicht weiter darüber nachsinnen, inwiefern es problematisch ist, eine Therapiemethode nach Untersuchungsmethoden auszurichten (dazu ausführlicher Hüttemann 1990, S. 62 ff. u. 93 ff.), sondern das konkrete Vorgehen dieser Artikulationstherapie mit einem Modell der Sprachproduktion konfrontieren. Das Grundmodell der folgenden Analyse sieht wie Abb. 1 aus:

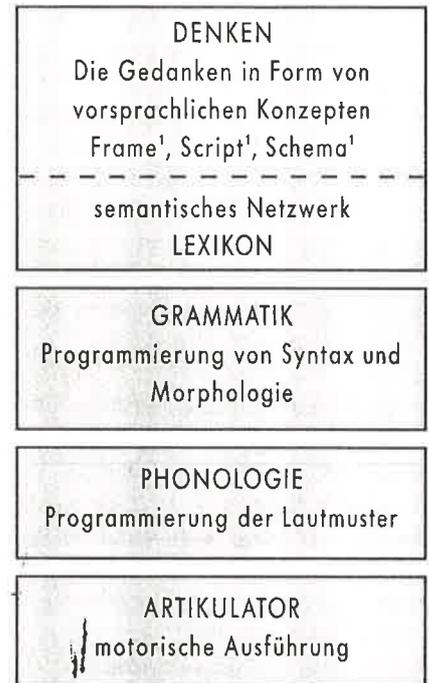


Abb. 1

Der hier anschaulich gemachte Sprachproduktionsprozeß ist stark vereinfacht dargestellt. Jedes einzelne Programmiersystem kann in sich weiter differenziert werden; außerdem fehlen in diesem Modell<sup>2</sup> die pragmatischen Aspekte der Sprachproduktion, was aber der Übersichtlichkeit wegen zunächst vernachlässigt werden kann. Es ist allerdings wichtig zu betonen, daß dieser Produktionsprozeß weniger in einer zeitlichen Rei-

1) Diese Begriffe werden später etwas genauer erläutert.

2) Die hier vorgeschlagenen Modelle sind dem vorgestellten Problem angepaßt. Ein zitiertechnischer Hinweis auf Modelle in der Literatur verbietet sich daher. Bei der Modellkonstruktion habe ich mich besonders an Herrmann (1985) orientiert.

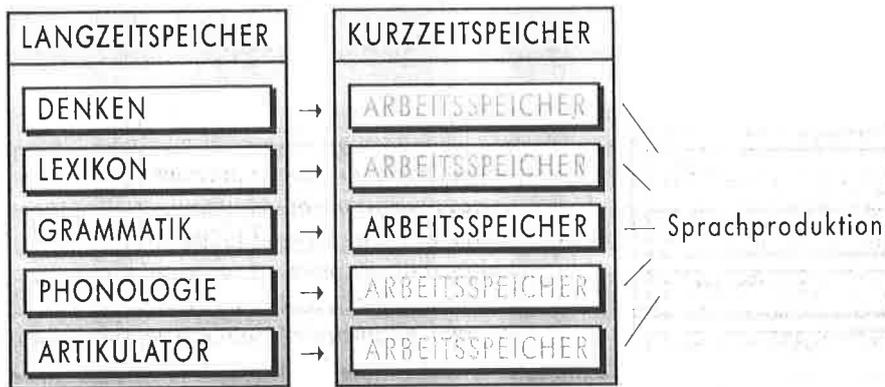


Abb. 2

henfolge (graphisch: von oben nach unten), als vielmehr in sogenannten top-down und bottom-up- (hinauf und hinunter) Verarbeitungsschritten abläuft, die kaum zeitlich gegeneinander abzugrenzen sind. Die Programmiersysteme stehen also in einer wechselseitigen Abhängigkeit voneinander und laufen beinahe gleichzeitig ab. Die systemtheoretische Sprachpsychologie (Herrmann 1985) formuliert deshalb die Annahme eines Arbeitsspeichers, in dem alle Informationen der Teilsysteme integriert werden. Dieser Arbeitsspeicher kommt dem am nächsten, was wir unter „bewußter“ Verarbeitung verstehen. Er ist dem aus der Gedächtnisforschung bekannten Ultrakurzzeit bzw. Kurzzeitgedächtnis ebenfalls nahe. Damit wissen wir, daß er zwar ein extrem flexibler und schneller Analytiker und Integrator von Informationen, in seiner Belastbarkeit allerdings begrenzt ist. Die Verarbeitungseinheiten (Items) sind nur relativ kurzzeitig daraus abrufbar. Dagegen haben die anderen Speicher im Modell eher den Charakter von Langzeitspeichern mit relativ festen Programmen.

Ein erweitertes Sprachproduktionsmodell könnte also so aussehen wie Abb. 2.

Bei der Sprechapraxietherapie fokussiert der Arbeitsspeicher seine Ressourcen vor allem auf die phonematische Ebene. Was eigentlich automatisch funktioniert, muß nun aufgrund der defekten Lautprogrammierung mit viel Konzentration „bewußt“<sup>3</sup> geplant werden. Das erklärte Ziel einer solchen Therapie ist die extreme „Bewußtmachung sprechmotorischer Vorgänge“. Wir befinden uns zu

Beginn der Therapie auf der **Einzel-lautebene**:

Der Arbeitsspeicher ist also damit beschäftigt, die Artikulationsstelle zu finden und bekommt dabei allerlei Unterstützung<sup>4</sup>:

#### Visuelle Hilfe

- graphisch-schematische Darstellung der Artikulationsstelle (gezeichnetes Mundbild)
- Mundbild des Therapeuten
- Spiegel, um eigene Mundbewegung zu kontrollieren
- Vorliegen des Schriftbildes

#### Auditive Hilfe

- Vorsprechen, Mitsprechen, Nachsprechen
- Einsatz von Betonung, Stimmvariation und rhythmischen Elementen
- lautliche Assoziationen (Lautmalerei, z. B. summen bei /m/)
- Verbalisierung des Lautbildungsgeschehens
- lautunterstützende Gestik u. a.

3) Das „Bewußtsein“ bzw. die Abgrenzung von „bewußter“ versus „unbewußter“ Verarbeitung ist ein Dauerproblem der humanen Verhaltenswissenschaften. Im folgenden wird das bewußte Sprechen in „automatisch-spontan“ und „kontrolliert“ unterschieden. Die oft im Zusammenhang von Apraxie und Aphasie gemachte Unterscheidung in „bewußtes“ und „spontanes“ Sprechen ist insofern irreführend als „spontanes“ Sprechen natürlich auch bewußt geschieht; vielleicht etwas weniger bewußt als „kontrolliertes“ Sprechen.

4) Die Hilfen gelten natürlich nicht für die Einzellautebene, sondern werden auch später auf Silben- oder Wort- bzw. Satzebene eingesetzt.

außerdem: phonetische Platzierungshilfe als **taktile Hilfe** und verschiedene Formen von **semantischen Hilfen**, auf die ich später genauer eingehen werde.

Der Phantasie des Therapeuten sind hierbei keine Grenzen gesetzt. Zur **Anbahnung** scheint alles erlaubt zu sein, was irgendwie hilft. Die therapeutische Arbeit besteht im geschickten Geben-wenn-nötig bzw. Weglassen-wenn-möglich der Hilfen. Durch Wiederholung des Ziellauts mit mehr oder weniger Hilfen hoffen wir zunächst eine **Festigung**, danach eine **Generalisierung** des Artikulationsmusters zu erreichen. Idealerweise sollte der Patient fähig sein, ohne irgendeine Hilfe den Laut zu produzieren. Nur in diesem Fall könnte man von einer wiedererlangten Programmierung sprechen und damit von Generalisierung.

Für die Einbettung dieses Lernprozesses in das Sprachproduktionsmodell wäre dabei folgendes anzunehmen: Die Erarbeitung eines Lautes funktioniert mit Hilfe des Arbeitsspeichers und dem allmählichen Transfer des Artikulationsmusters in den Programmierspeicher. Bei der konzentrierten Produktion desselben Lautes sollte dann aber nur das „reine“ Artikulationsmuster vom Lautprogramm Speicher in den Arbeitsspeicher abgerufen werden können. Gerade diese letzte Annahme ist aber eher unwahrscheinlich. Es ist viel wahrscheinlicher, daß der sprechapraktische Patient eine oder mehrere zur Anbahnung benutzten Hilfen mit abgespeichert hat, bzw. sich beim selbstgesteuerten, konzentrierten Produzieren diese als innere Vorstellungen in den Arbeitsspeicher holt, um sich an das Lautmuster zu erinnern. Dann müßte man also davon ausgehen, daß der Arbeitsspeicher schon bei der willentlichen Produktion eines einzelnen Lautes mit mehreren Verarbeitungseinheiten belastet wird. Diese Annahme hätte aber ganz entscheidende Konsequenzen für den Fortgang der Therapie, was im folgenden genauer analysiert werden soll.

Ganz gleich welche Arten von Hilfen benutzt werden und wieviele es für das einzelne Lautmuster sind, gehe

ich grundsätzlich von der **Annahme** aus, daß diese **Hilfen oder zumindest eine davon im Arbeitsspeicher gebraucht werden, um ein Ziellautmuster zu produzieren**. Es sollen hier nicht alle möglichen konkreten Vorgehensweisen auf den verschiedenen Stufen (Einzellaut, Silbe, Wort, Satz, Text) betrachtet werden. Ich will nur beispielhaft auf einige konkrete Vorgehensweisen eingehen, die in der Literatur vorgeschlagen werden und selbst erlebte Therapiesituationen beschreiben. Bei dieser Analyse sollen das vorgestellte Sprachproduktionsmodell und die oben ausgeführte Annahme als Grundlage dienen.

### Lautanbahnung, systematisch betrachtet

Oft wird nach der Erarbeitung von einigen Einzellaute dazu übergegangen, **Lautkombinationen** in Form von sinnlosen Silben oder ein- bis zweisilbigen Wörtern zu üben. Nehmen wir ein einfaches Beispiel: Die Kombination von /a/ und /m/ zu /am/.

Für das /a/ seien folgende Hilfen gegeben:

[A] Mundbild des Therapeuten und  
[B] auditive Stimulierung durch Vorsprechen

Für das /m/ seien es:

[C] Mundbild des Therapeuten  
[D] lautliche Assoziation (Summen von /m/).

Zunächst werden beide Laute noch getrennt artikuliert; der Arbeitsspeicher hat also noch genügend Zeit, die Verarbeitungseinheiten pro Lautmuster getrennt voneinander zu aktivieren: [A + B] und danach [C + D]. Dann werden die Einzellaute immer mehr zusammengezogen, so daß schließlich die Lautkombination /am/ als neues Lautmuster entsteht. Das Mundbild des Therapeuten und seine auditive Stimulierung durch das Vorsprechen erlangen durch die Koartikulation eine neue Qualität:

Für das /am/ wirkt daher:

[E] Mundbild des Therapeuten und  
[F] auditive Stimulierung durch Vorsprechen.

Im Arbeitsspeicher verlieren sich die benötigten Einzellauthilfen [A, B, C, D]. Das muß so sein, denn das Zu-

sammenziehen der Einzellautmuster würde bei bleibender Aktivierung der Einzellauthilfen behindert werden. Die „alten“ Hilfen werden nicht mehr benötigt, weil durch kurz aufeinanderfolgende Wiederholung der Einzellautmuster diese im Arbeitsspeicher als „reine“ Lautmuster verbleiben können. Das Absinken des neuen Lautmusters /am/ in den Langzeit-Lautprogrammspeicher soll ebenso durch andauernde Wiederholung erreicht werden. Durch den Anbahnprozeß des neuen Lautmusters ist es wahrscheinlich, daß die Aktivierungshilfen für den Einzellaute nun aber abgeschwächt wurden: [E, F] überlagern sozusagen [A, B, C, D]. Dieser Prozeß ist in der Psychologie als **retroaktive Hemmung** bekannt, die vor allem dann vorkommt, wenn das zuerst Gelernte noch frisch und instabil enkodiert und dem nachfolgend Gelernten ähnlich ist (/a/ und /m/ sind /am/ ähnlich). Das könnte der Grund dafür sein, warum nach Anbahnungsversuchen von Lautkombinationen die Einzellaute manchmal wie „verloren“ zu sein scheinen:

*„Der Übergang vom Einzellaute zur Lautkombination kann äußerst schwierig sein und dazu führen, daß die isolierte Bildung des an und für sich schon erarbeiteten Lautes vorübergehend wieder verloren geht“* (Poser & Koebbel 1985, S. 119).

Das ist nun wirklich fatal. Damit unsere Patienten Lautmuster als Programme enkodieren können, brauchen wir solche Vermittlungstechniken. Die Anbahnung von komplizierten Lautkombinationen mit einer sequentiellen Technik stößt aber schon auf der untersten Ebene (Laut und Silben) an ihre Grenzen. Eine weitere, noch nicht erwähnte Tatsache erschwert die Engrammbildung zusätzlich:

Bleiben die Hilfen auf rein phonematischer Ebene, wie bei der auditiven und visuellen Vermittlung, sinkt die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Enkodierung rapide. Man weiß aus der Lerntheorie, daß Lerninhalte mit semantischer Belegung viel besser in den Langzeitspeichern bleiben als solche ohne. Im oben genannten Beispiel hatte ich für die Anbahnung der

Lautkombination nur auditive und visuelle Hilfen angenommen, so daß die Lautkombination in diesem Fall wohl schon allein deswegen eher instabil programmiert ist. Die Konsequenz daraus könnte sein, sämtliche anzubahnenden Lautmuster mit einer starken **semantischen Hilfe** zu belegen.

Genau dafür plädiert Luise Lutz:

*„In der Therapie muß die Fähigkeit zur Artikulation jedes einzelnen Lautes wieder angebahnt werden. Das heißt aber nicht, daß Laute einzeln geübt werden sollten. Sie müssen sinnvoll verpackt sein, d. h. in leicht aussprechbaren Wörtern geübt werden, am besten unterstützt durch Bilder“* (1992, S. 291).

Ein Beispiel für eine solche semantische Hilfe auf Einzellautebene könnte die Bedeutung „schmeckt gut“ für /m/ sein. Lutz gibt noch andere an:

/a/ mit der Bedeutung von „Bewunderung“ oder

/o/ mit der Bedeutung von „Erstaunen“.

Das Prinzip der semantischen Hilfe wird auch von anderen Therapeuten vorgeschlagen, allerdings in etwas anderer Form. Für schwer bildbare Laute gehen Elfi Poser und Peter Koebbel einen umgekehrt sequentiellen Weg. Zunächst deblockieren sie mit Hilfe von Lückensätzen ein Wort, welches den schwierigen Ziellaut enthält:

*„z. B. /k/ im Wort „Kino“: „Ich gehe heute abend ins...“. Der Patient sollte bei diesem Übungsverfahren, welches also nicht vom Detail zum Ganzen vorgeht, den entsprechenden Laut aus dem Wortganzen isolierend wahrnehmen lernen, ohne ihn jetzt schon isoliert bilden zu müssen“* (Poser & Koebbel 1985, S. 120).

Später wird dann mit bestimmten Techniken die isolierte Bildung des Einzellautes angebahnt:

*„Es wurde nun versucht, bei Wörtern, die inzwischen verfügbar waren, vom Wortganzen durch Lautdehnung, Pausieren bzw. Abstoppen zum lautlichen Detail zu gelangen (z. B. üben – ü ben; ich – i ch; ja – j a)“* (Poser & Koebbel 1985, S. 125).

Sind solche semantischen Hilfen tatsächlich die besseren und sinnvolle-

ren Vermittlungstechniken bei einer sequentiellen Anbahnung von Lautmustern?

Um einer Antwort auf diese Frage näher zu kommen, will ich nun ein Fallbeispiel aus eigener Praxis schildern und das Problem der Semantik in einen weiteren Rahmen stellen.



Abb. 3: Nachdenkliche Frau V. vor einer Stunde Sprechpraxietherapie.

## Falldarstellung

Ich lernte Frau V. Ende 1992 kennen. Ihr Schlaganfall lag schon zwei Jahre zurück. Die Diagnostik mit dem Aachener Aphasietest (AAT)<sup>1</sup> und nichtstandardisiertem Prüfverfahren zur Apraxie im buccofacialen und sprechmotorischen Bereich ergaben eine mittelgradig schwere Broca-Aphasie und deuteten auf eine schwere Sprechapraxie hin.

Die Unfähigkeit zu artikulieren war das herausragende Kommunikationsproblem, so daß ich mit einer Sprechapraxietherapie begann. Als Vorstufe zur Lautanbahnung machte ich mundmotorische Übungen. Beinahe jedesmal, wenn ich ihr eine Übung vormachte (z. B. Zunge herausstrecken), bekam Frau V. einen Lachanfall. Das trug zwar zu einer heiteren und gelösten Stimmung bei, doch war es ihr auf diese Weise unmöglich, willentlich-kontrollierte Mund- und Zungenbewegungen zu imitieren. Ich war verwirrt. Ihr Lachen steckte mich an. Ich mußte einfach mitlachen. Auf der anderen Seite erklärte ich ihr, daß diese Übung der erste Schritt sei, um bewußt-kontrollierte Artikulationsbewegungen zu erlernen, und daß nur eine disziplinierte Haltung erfolgversprechend sei.

Der ihr von mir vorgesetzte Spiegel bewirkte dasselbe. Sie lachte aus vollem Herzen, wenn sich ihre Zunge irgendwie außerhalb des Mundes bewegte.

Ich hatte abermals ambivalente Gefühle und Gedanken: Zunächst freute ich mich für sie, denn das herzliche Lachen zeigte mir, daß sie trotz ihrer massiven Beeinträchtigung Humor und damit Lebensfreude bewahrt hatte. Andererseits dachte ich: „So wird nie etwas aus dem Üben“.

Ich verließ die mundmotorische Ebene daher schnell und begann, Einzellaute anzubahnen (noch ohne semantische Hilfen). Jetzt war es Frau V. überhaupt nicht mehr zum Lachen zumute. Sie vermied ständig den Blickkontakt mit mir und schaute auch, wenn überhaupt, nur sehr kurz auf meinen Mund beim Vor-, Mit- und Nachsprechen. Den Spiegel benutzte sie in meiner Anwesenheit ebenso selten. Ich mußte sie immer wieder auffordern, diese visuelle Hilfe zu nutzen – doch ohne Erfolg. Ich hatte bei meinem Insistieren gar kein gutes Gefühl: Sollte ich die Frau „zwingen“, etwas zu tun, was ihr offensichtlich unangenehm war? Aber sie mußte doch lernen, wieder willentlich und bewußt-konzentriert zu artikulieren!!!

Ich mußte erkennen, daß schon eine rein mundmotorische bzw. phonematische Ebene Bedeutung in sich trägt. Die Handlung „Zunge herausstrecken“ war im Sinne von „Bäh!“ witzig für meine Patientin, während das

Handlungsmuster „Lautanbahnung“ eine massive Konfrontation mit ihrem Defizit und damit wohl „Scham“ bzw. „es ist mir peinlich“ bedeuteten.

Kommunikationstheoretisch formuliert, tragen solche Handlungsmuster als Zeichen genauso „Semantik“ in sich, (mit spezifischer Appell- und Ausdrucksfunktion) wie es sogenannte Inhaltswörter haben können. Im folgenden stellte ich mir die Frage, inwiefern solche zweifellos im Arbeitsspeicher präsenten, handlungsbegleitenden Bedeutungsrepräsentationen den Lerneffekt beeinflussen können. Oder anders gefragt: Können auf der einen Seite Scham und Peinlichkeit – oder weiter gefaßt – Unbehagen, Streß oder gar Angst den Lernprozeß beeinträchtigen und auf der anderen Seite so etwas wie Ausgelassenheit, Freude oder gar Begeisterung diesen Prozeß fördern? Diese Frage ist eine rhetorische. Die Abhängigkeit der Lernfähigkeit von der Stimmung ist hochplausibel und empirisch nachgewiesen. Unmittelbar einleuchtend ist, daß solche Gefühle bzw. physiologischen Zustände den Lernprozeß nicht nur beeinflussen, sondern mitgelernt werden und damit langfristige Bedeutung haben (Vester 1978).

Da bei einer kommunikationstheoretischen Betrachtung immer von mindestens zwei Personen die Rede ist, will ich die Bedeutung meiner Rolle im Therapiegeschehen ebenso reflektieren. Wie oben mehrmals beschrieben, hatte ich öfters zwiespältige



Abb. 4: Zeit nehmen und geben: Frau V. in sich versunken bei der Planung ihrer Sprechhandlung.

Gefühle und war mir unsicher, ob mein Handeln richtig und angemessen ist. Ich zweifelte in dieser Phase oft an mir:

– Bin ich unfähig, die Übungen so zu strukturieren, daß meine Patientin die bewußte Artikulation wieder erlernen kann?

– Bringe ich durch meine eigenen Zweifel und mein fehlendes Durchhaltevermögen bei der sequentiellen Anbahnung nicht auch die Patientin zum Zweifeln? Gebe ich dadurch nicht ein unglaubwürdiges Bild ab? Kommunikationstheoretisch formuliert, erlangten meine halbherzigen Aufforderungen zum Üben eine mehrdeutige Zeichenfunktion (Polysemie), die in dieser Qualität vermutlich alles andere als motivationsfördernd waren und sich zudem auf die

wort /Mama/. Durch das Zusammenziehen der schon generalisierten Einzellaute zu zwei Silben sollte das Wort produziert werden. Das spielte sich so ab:

Therapeut: „Frau V., Sie wissen doch, daß man so macht (zeige auf das Schriftbild m), wenn es besonders gut schmeckt.“

Patientin: (erinnert sich, was wie ein Aha-Effekt zu beobachten war, und artikuliert den Laut sofort).

Therapeut: „Und nun erinnern Sie sich bitte daran, wie man sich wundern kann“ (zeigt auf das Schriftbild a).

Patientin: (erinnert sich und produziert den Laut prompt).

In dieser Phase versuchte ich, das Vorgesprochen so lange wie möglich zu ver-

gesamte Wort /Mama/ nachzusprechen.

Zu keinem Zeitpunkt schaffte Frau V. die selbständige sequentielle Bildung eines Lautmusters (wie z. B. /Mama/) durch das Zusammenziehen von zwei mit semantischen Hilfen angebahnten Einzellauten. Die Gründe dafür stelle ich mir so vor:

Die Lautprogramme mit semantischen Hilfen scheinen sich bei sequentieller Verbindung noch extremer gegenseitig zu stören als Lautprogramme, die ohne semantische Hilfen angebahnt werden.

Mit der Semantik kommen bedeutungstragende Items in den Arbeitsspeicher, es werden u. U. Vorstellungen ausgelöst wie z. B.:

für /m/ = „schmeckt gut“: ein gutes Essen, eine Situation zu Tisch...

für /a/ = „Bewunderung“: ein geliebtes Kunstwerk, die Erinnerung an den Künstler selbst oder ähnliches.

Solche Vorstellungen können den Arbeitsspeicher so sehr in Beschlag nehmen, daß zuvor Aktiviertes völlig verschwinden muß. Vor allem wenn die bedeutungstragenden Vorstellungen wenig miteinander zu tun haben, also keine oder kaum eine semantische Relation zueinander haben, ist es ziemlich unwahrscheinlich, daß die eine Vorstellung mit der anderen

zusammenfinden kann, was wir uns für die Koartikulation der damit aktivierten Einzellaute aber wünschen würden.

Luise Lutz schildert (1992, S. 291 ff.), mit wieviel Mühe sie einem ihrer Patienten durch semantische Hilfen das Sprechen von einigen Einzellauten beibrachte, die auch in einem kommunikativen Sinne von dem Patienten eingesetzt wurden. Allerdings schien die sinntragende Wortproduktion dann wieder auf nicht-sequentielle Art und Weise angebahnt worden zu sein. Beispiel:

„LL: „Das Auto fährt hin und?“

Herr Gl: „her“ (Lutz 1992, S. 293).

Auch hier wird ein Lückensatz zur Deblockierung gebraucht. Später schreibt Luise Lutz dann auch:

„Wir hatten die Sprechapraxie – wenigstens zu einem kleinen Teil – umschiff“ (1992, S. 293).

Die „tieferen“ Programmbildung ist

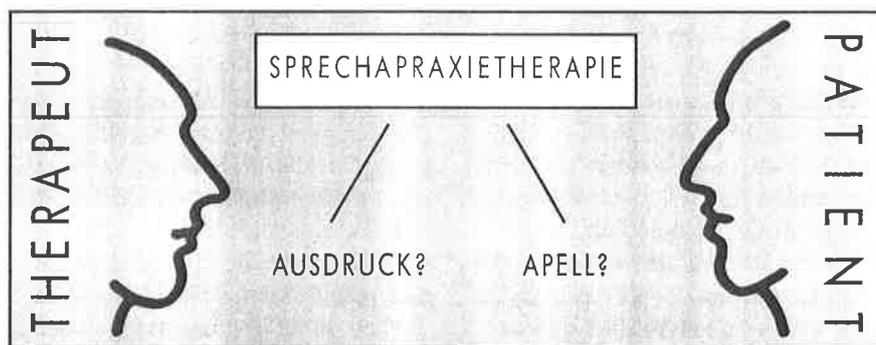


Abb. 5

Beziehung zwischen mir und Frau V. belastend auswirkten.

Noch andere, ganz grundsätzliche Fragen beschäftigten mich:

Was macht eine Therapiemethode mit mir als Therapeut und meinem Gegenüber? Welche Bedeutung hat eine Therapiemethode, die ihrerseits als Zeichen im Kommunikationsmodell eine spezifische Ausdrucks- und Appellfunktion für und an alle Beteiligten besitzt (s. Abb. 5)?

Ich konnte und wollte in diesem Fall den Spiegel als Therapiehilfe nicht mehr einsetzen, legte der Patientin aber nahe, zu Hause „im stillen Kämmerlein“ mit dessen Hilfe zu üben und machte nun die Lautanbahnung mit semantischen Hilfen zum Therapieschwerpunkt.

Ich folgte den oben erwähnten Vorschlägen von Luise Lutz, bzw. Poser & Koebbel. Ein Beispiel auf Wortebene: Das Ziellautmuster war das Inhalts-

meiden und hoffte darauf, daß diese semantischen Hilfen genügen, und Frau V. unabhängiger von mir wird, indem sie sich diese Hilfen im Sinne einer Selbstdeblockierung ins Gedächtnis ruft (hier hätte ich auch Arbeitsspeicher schreiben können). Tatsächlich schaffte sie das immer für einen Einzellaut, vergaß aber postwendend den kurz zuvor auf dieselbe Art gebildeten anderen Laut.

Auf die Aufforderung hin, sich wieder an den ersten zu erinnern und diesen mit dem zweiten zu verbinden, blickte sie mich ratlos und verwirrt an, suchte meist zunächst mit dem Mund die Artikulationsstelle, schaute danach das Schriftbild an und zuletzt noch ratloser wieder mich. Oft habe ich ihr dann doch ziemlich schnell wieder die Vorsprechhilfe angeboten, wodurch ihr die Artikulation der Einzellaute gelang, das Zusammenziehen derselben und schließlich das

zwar zur Einzellausproduktion sehr nützlich, aber durch die bei der Koartikulation notwendigen Nacheinanderaktivierung im Arbeitsspeicher wird sie durch gegenseitige Verdrängung zu einem Nachteil. Allgemein:

**Angebahnte Lautmusterprogramme mit abgespeicherten Hilfen sind bei stark sprechpraktischen Patienten extrem instabil und können sich durch Anbahnungsprozesse gegenseitig stören.**

Bei der „rückwärts“ ablaufenden Anbahnungsstrategie (vom Wortganzen zum isolierten Laut) beobachtete ich folgendes:

Schlüsselwort war *Engel* als semantische Hilfe für den Laut /e/ aus /Engel/. Vorgehen:

Die Patientin suchte zunächst das isolierte /e/. Da das Wort [Engel] als Schlüsselwort für den Laut /e/ eingeführt war, erinnerte ich sie daran, daß dieses Laut am Anfang des Wortes Engel steht, und zwar nicht, indem ich ihr das Wort vorsprach, sondern sie zunächst so daran erinnerte:

„Frau V., wissen Sie noch, welches Wort mit diesem Laut begann (zeige auf das Schriftbild E)? ... Im Himmel sind die...?“

Spätestens durch den Lückensatz sagte Frau V. wie aus der Pistole geschossen /Engel/, murmelte das Wort mehrmals vor sich hin und versuchte dann, durch Dehnung und Pausensetzen bzw. Abstoppen das /e/ zu isolieren, ganz so, wie wir das vorher zimal gemeinsam geübt hatten. Es gelang ihr aber ohne Hilfe nur sehr selten, und eine Festigung oder gar Generalisierung der so gebildeten Laute konnte ich nie beobachten.

Wiederum empfand ich ein ungutes Gefühl. Warum sollte ich das /e/ so herauspartialisieren und den langen Weg einer sequentiellen Anbahnung gehen, wenn sie doch spontan „Engel“ sagen kann?

Nun ja, so ganz spontan war es nicht gewesen. Die Aktivierung von Engel gelang ihr offensichtlich nicht durch eine sequentielle, sondern durch eine ganzheitliche Strategie. Sie hatte von mir ja eine semantische Hilfe in Form des Lückensatzes bekommen. Aber das war wiederum nicht der Weg einer sequentiellen Anbahnung, der die Sprachproduktion stimulierte.

Solche eher „ganzheitlichen“ Übungen werden auch von Poser & Koebbel als Ergänzung zur sequentiellen Sprechapraxietherapie als „weiterführende Übungen zur verbalen Produktion“ vorgeschlagen.

Dabei werden die Lautprogramme für ganze Wörter durch die Aktivierung eines Konzepts, man könnte auch von einem semantischen Netzwerk sprechen, deblockiert (z. B. durch Lückensätze).

Für mich war bis zu diesem Zeitpunkt klar, daß eine sequentiell angelegte Wiederverfügbarmachung von Lautprogrammen für diese Patientin nicht in Frage kommt. Die Mißerfolge waren zu gravierend, um das Therapiekonzept weiter so verantworten zu können.

### Allgemeine Kritik zur Sprechapraxietherapie

Ich habe versucht, an diesem Einzelfall zu zeigen, wie schwierig es sein kann, eine schwere Sprechapraxie auf die allgemein vorgeschlagene Art und Weise zu behandeln. Die Analyse mit Hilfe eines von mir vorgeschlagenen Sprachproduktionsmodells sollte auf deduktivem Wege auch einige allgemein gültige Probleme aufzeigen. Dabei ist allerdings zu beachten, daß solche Modelle nur Erklärungshilfen sein können und niemals als real existierende Systeme betrachtet werden dürfen. Was mich daher brennend interessiert, sind Erfahrungen anderer Sprachtherapeutinnen. Wie geht es Ihnen damit, liebe Kollegin?

Andere von mir durchgeführte Sprechapraxietherapien verliefen ähnlich frustrierend, und in der mir vorliegenden Literatur habe ich keinen Hinweis auf einen erfolgreichen Verlauf bei der Anwendung dieses Therapiemodells gefunden. Wann man nun vom „Erfolg“ einer therapeutischen Intervention sprechen kann, ist eine so individuelle Sache, wie der Mensch, der uns als Patient begegnet. Ich würde aber im Falle der gängigen Sprechapraxietherapie unter Erfolg eine tatsächlich erweiterte Fähigkeit zur lautlichen Sprachproduktion in möglichst alltagsnahen Kommunikationssituationen verstehen, vor allem

auch, weil der Anspruch ja eine Wiederverfügbarmachung von Lautprogrammen ist, die kommunikativ einsetzbar sein sollen.

Von einer alltagsnahen Kommunikationssituation waren meine Patientin und ich während unserer gemeinsamen Sitzungen „meilenweit“ entfernt. Es wurde in der Analyse nur die Produktion von solchen Lautmustern problematisiert, die in irgendeiner Weise vom Therapeuten in der Form eines „Ziellautmusters“ vorgegeben wurden. Der alltagsnahe Sprachproduktionsprozeß hat aber eine ganz andere Struktur.

Zu Beginn dieses Prozesses passiert folgendes:

„Der Sprecher richtet seine Beachtung auf diejenigen Informationsbestände, die die Basis dessen sind, worüber er reden will“ (Sidner 1983; zitiert nach Herrmann 1985).

Man könnte auch verschärft systemtheoretisch sagen:

Der Arbeitsspeicher aktiviert diejenigen Informationen (auch: „Netzwerkbereiche“, „nicht-sprachliche, kognitive Strukturen“ genannt), die für das sprachliche Enkodieren die Datenbasis darstellen.

Ich hatte eingangs erwähnt, daß die Aktivierungen der Speichersysteme im Sprachproduktionsmodell eher gleichzeitig und in Auf- und Abwärtsrichtung ablaufen als nacheinander. Allerdings scheint eines doch vorgeordnet: nämlich der oben mehrfach angedeutete **Gedanke**, der untrennbar mit den Grundfunktionen der Kommunikation verbunden ist und damit ihren eigentlichen **Sinn** konstituiert: **Das Verlangen, sich einem anderen mitzuteilen (Ausdruck) und ihn zu irgend etwas zu bewegen (Appell).**

Die Übungen in einer an phonematischen Kriterien orientierten Sprechapraxietherapie vernachlässigen den intentionalen Aspekt der Sprache jedoch zunächst vollständig.

„Für ein komplettes Übungsprogramm dieser Form sind bei mittelschwerer apraktischer Störung – ohne gravierende aphasische Störungen – gut 70 Stunden zu veranschlagen, ohne die Zeit des selbständigen Übens dazuzurechnen“ (von Cramon 1988, S. 355).

Danach folgt eine Phase des „selbst-

generierten Sprechens", das allerdings immer noch so vorstrukturiert wird, daß „man ihm (dem Patienten) Fragen stellt oder (ihn) Bilder beschreiben läßt, die bestimmte Wörter bzw. Lautverbindungen beinhalten.“

„Im nächsten Abschnitt kann ein freies Gespräch mit dem Therapeuten oder noch effektiver in der Gruppe stattfinden“ (von Cramon 1988, S. 355).

Die spezifische Übungsphase ohne den geplanten kommunikativen Anteil erfordert also eine Menge Zeit, Ausdauer und Disziplin.

Ich habe mich oft gefragt, welche ungeplanten kommunikativen Effekte diese Tatsache haben kann:

\*Welche Auswirkungen hat die lange Zeit des eingeschränkten Sich-nicht-ausdrücken-Könnens auf das Kommunikationsverhalten dieses Menschen? Und wieder:

\*Was geschieht auf der Beziehungsebene zwischen mir und der Patientin während dieser Zeit? oder auch:

\*Ist es realistisch, von einem Menschen, der sich in einer extremen Not-situation befindet, so viel Disziplin zu verlangen?

Außerdem:

\*Ist es nicht unrealistisch, von einer isolierten Form der Sprechapraxie auszugehen?

„Die Sprechapraxie tritt, falls überhaupt, nur äußerst selten ohne Aphasie auf. Meist ist sie im akuten Stadium mit einer nichtflüssigen, im chronischen mit einer Broca- oder globalen Aphasie assoziiert...“ (Wallesch 1993, S. 27).

Wenn das so ist, dann hat eine sequentiell angelegte Anbahnung von Lautmustern noch viel weniger Erfolgsaussichten unter der Perspektive eines Sprachproduktionsmodells mit Arbeitsspeicher, der (wie man bei Aphasie annimmt) zusätzlich in seinen Ressourcen eingeschränkt ist.

Daher erscheint folgendes notwendig:

„Die Therapie der Sprechapraxie kann immer nur ein Bestandteil einer umfassenderen logopädischen Therapie sein, in der Sprechen, Lesen, Schreiben, Sprachverständnis und Gestik im Sinne einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit gleichermaßen berücksichtigt werden“ (von Cramon 1988, S. 352).

Aber:

Die Einbettung in eine „umfassende logopädische Therapie“ erfordert zusätzlich Zeit. Daher meine Frage:

\*In welchem konkret sprachtherapeutischen Kontext haben wir diese Zeit überhaupt?

\*Zu welchem Zeitpunkt (bezogen auf das Datum der Hirnverletzung) ist eine Sprechapraxietherapie angemessen?

Poser & Koebel schlagen vor, „die spezifischeren Übungen immer wieder mit allgemein aktivierenden Verfahren abzuwechseln bzw. zu verbinden“ (S. 133) und auch:

„Die während des gesamten Trainingsverlaufs im Wechsel mit den spezifischen Methoden durchgeführten Aktivierungsübungen dienen nicht nur der psychischen Stabilisierung und der emotionalen Entlastung. Sie waren ebenso gedacht als selbständige Therapieeinheiten in bezug auf das Training der Kommunikationsfertigkeiten generell und auf bestimmte aphasische Anteile der Sprachstörung“ (S. 131).

Diese „Aktivierungsübungen“ umfassen dann unter anderem:

Gespräche, Rollenspiele, Einbezug von Kompensationsstrategien (Gestik, Schreiben, Zeichnen u. a.) und von situativen Zusammenhängen.

Ich möchte Ihnen, liebe Leserin, einen Therapieansatz vorstellen, der das „Training der Kommunikationsfertigkeiten“ im Falle der Frau V. schwerpunktmäßig und differenzierter angeht.

Die Therapie veränderte sich nicht nur auf inhaltlicher Seite. Es ergab sich zudem eine Veränderung der Rahmenbedingungen. Zwei Studierende der Logopädie beteiligten sich im Zuge ihrer Ausbildung an dieser Therapie. Ich wollte den beiden nicht die Möglichkeit nehmen, ihre eigenen Erfahrungen zu machen und so eigenverantwortlich wie möglich ein Therapiekonzept zu entwickeln. Daher hielt ich mich zu Beginn meiner Beratungstätigkeit in der Vorgabe von konkreten Verhaltensanweisungen zurück. Aber lesen Sie selbst, welche Erfahrungen Nadja Ruppel und Susanne Schulte im Verlaufe der Behandlung machten:

Die beiden angehenden Therapeutin-

## FALLBERICHT DER LOGOPÄDIE-STUDIERENDEN

Unsere ersten beiden Therapiestunden hielten sich mangels praktischer Erfahrung mit Aphasiepatienten streng an die im Unterricht besprochenen Diagnostik- und Therapiekonzepte. Eine Durchführung des AAT wollten wir der Patientin nicht zumuten, da dieser kurz zuvor schon einmal mit ihr durchgeführt worden war. Wir überprüften die Aphasie daher im Sinne einer Förderdiagnostik mit Schwerpunkt auditives Sprachverständnis, Lesesinnverständnis und Sprachproduktion. Um uns von den motorischen Fähigkeiten im Orofacialbereich ein genaueres Bild zu machen, überprüften wir diese anhand eines schulinternen Befundbogens. Zu Beginn der eigentlichen Therapie bestand unser Vorgehen hauptsächlich aus mundmotorischen und sprachsystematischen Übungen. Die mundmotorischen Übungen führten wir aufgrund der Überlegung durch, daß die Grundlage der Artikulation darin besteht, willentlich eine bestimmte Bewegung ausführen zu können, was (nach dem Befund zur Sprechapraxie) der Patientin nicht mehr möglich war. Jedoch waren die Übungen sowohl für die Patientin als auch für die Therapeutinnen frustrierend und ermüdend, da keine Erfolge erzielt werden konnten. Nach langem Überlegen fiel uns folgendes auf:

1. Die Schwere des Störungsbildes und seine Symptome konnten wir zwar mittlerweile einschätzen, aber die Patientin selbst hatten wir noch nicht kennengelernt und sie uns ebensovienig; wir hatten lediglich ein „symptomorientiertes“ Verhältnis zu ihr entwickeln können.

2. Durch unser bisheriges Vorgehen übernahmen wir zwangsläufig die Rolle derjenigen, die Anweisungen geben, die dann von der Patientin erfüllt werden sollen. Unser Ziel aber war eine mehr symmetrische Konstellation zwischen Therapeutin und Patientin.

3. Das Ziel einer jeden Aphasietherapie sollte es sein, die kommunikative Kompetenz soweit wiederherzustellen, daß die Patienten auch im Alltag zu wenigstens elementarer Verständigung fähig sind.

Bei den bisherigen Übungen war es jedoch so, daß die Inhalte sich nur schwer bzw. gar nicht in den Alltag übertragen ließen, vor allem deswegen, weil die Patientin in ihrer Antwort keinerlei Handlungsspielraum besaß. Sie war oft gezwungen, ein schon vom Therapeuten erwartetes Wort zu produzieren, was sämtlichen Gesetzen natürlicher Kommunikation widerspricht, die auf dem gegenseitigen Austausch von neuer Information beruht.

4. Die kommunikative Kompetenz der Patientin war durch die Sprechapraxie stark eingeschränkt. Unsere therapeutische Intervention in diesem Bereich beschränkte sich darauf, die willentliche und bewußte Bewegung durch Mundmotorik zu trainieren.

Dabei fiel uns auf, daß die Patientin in der Übungssituation oft große Probleme hatte, sie jedoch bei spontanen und unwillkürlichen Äußerungen genau diese Bewegungen korrekt ausführen konnte. Es stellte sich für uns die Frage, welchen Grad der Bewußtheit das Sprechen hat.

Aufgrund all dieser Überlegungen wollten wir unser Therapiekonzept ändern, waren uns aber über das neue Vorgehen nicht im klaren. Hilfesuchend wandten wir uns an unseren Lehrlogopäden, dessen Absicht es jedoch war, uns unseren neuen Weg selbst erarbeiten zu lassen. Er forderte uns auf, noch genauer zu beobachten, was unserer Patientin in der Kommunikation mit uns nützt und in welcher Situation wir selbst uns wohl fühlen.

Mangels neuer Ideen lief die nächste Stunde – trotz Unwillens – nach dem alten Muster ab. Hierbei kam es zu einem Schlüsselerlebnis. Abweichend vom geplanten Programm fand zwischen Therapeutin und Patientin ein Informationsaustausch statt, der die Patientin sichtlich motivierte. Der Ablauf war folgender: die Patientin zeigte bei einer Bildbeschreibung

erfreut auf den darauf abgebildeten Hund.

Therapeutin: „Haben Sie einen Hund?“

Patientin: (zustimmende Geste) „Pudel“

Therapeutin: „Wie heißt er denn?“

Patientin: „Pecky“

Therapeutin: „Blacky?“

Patientin: (hocherfreut mit Mimik und Gestik) „Ja, Ja.“

Hieraus entwickelte sich eine kurze Unterhaltung über Haustiere, wobei die Patientin alle ihr verbliebenen Mittel – auch nonverbale – einsetzte, um Informationen zu übermitteln. Nach der Stunde empfanden wir diese kurze Sequenz als das einzig wirkliche Erfolgserlebnis, das wir während der bisherigen Therapie hatten. Es fand zum ersten Mal ein wirklicher Informationsaustausch statt, bei dem die Patientin nicht nur reagierte, sondern auch agierte.

Zusammenfassend ergaben sich für uns folgende Resultate:

\*Das eigentliche Ziel der Therapie kann nicht darin bestehen, vom Therapeuten vorgegebene Aufgaben korrekt zu erfüllen, sondern der Patientin muß es erlaubt sein, ihre Gedanken der Umwelt mitzuteilen.

\*Hierbei ist es nicht erforderlich, ein Wort korrekt zu artikulieren, sondern es zählt nur der kommunikative Erfolg, zu dessen Realisierung auch nonverbale Mittel eingesetzt werden sollen.

\*Motivierend und sinnvoll erscheint uns der gleichberechtigte Austausch von Informationen zwischen Therapeutin und Patientin.

Im Laufe der Stunden ergab sich für uns ein Therapiekonzept. Wir gliederten die Stunde in zwei Teile: im ersten Teil wurde eine echte Kommunikationssituation geschaffen, im zweiten arbeiteten wir kombiniert kommunikativ und sprachsystematisch. Zudem waren uns Aspekte wie eine entspannte Atmosphäre zu schaffen, keinen Zeitdruck auszuüben und das Selbstbewußtsein zu fördern, sehr wichtig.

Folgende Ziele setzten wir uns für den kommunikativen Teil der Therapie:

\*Die Patientin sollte in die Lage ver-

setzt werden, durch Ausschöpfen aller ihr zur Verfügung stehenden Fähigkeiten einen Kommunikationserfolg zu erreichen. Hierzu bestärkten wir sie in der Anwendung von Mimik, Gestik und Schriftsprache. Darüberhinaus übten wir mit ihr verschiedene Kommunikationsstrategien:

1. Wir regten die Patientin dazu an, sich bei der Suche nach einem Wort den gegenständlichen Referenten oder auch eine ganze Referenzhandlung intensiv bildlich vorzustellen.

2. Sie sollte sich in die Lage des jeweiligen Gesprächspartners (hier: Therapeutin) versetzen und ihre Äußerungen auf deren Vorwissen abstimmen. Damit konnte sie durch geschickte Wortwahl auch mit Ein- oder Zweiwortsätzen den größtmöglichen Informationswert übermitteln. Ein weiterer Aspekt war die Erarbeitung verschiedener Antwortmöglichkeiten in alltäglichen, immer wiederkehrenden Gesprächssituationen. Dadurch wollten wir ihr verdeutlichen, daß sie trotz ihrer eingeschränkten Sprach- und Sprechfähigkeit in der Lage ist, in vielen alltäglichen Situationen adäquat kommunikativ zu handeln. So gelang es ihr z. B., unterschiedliche Begrüßungs- und Abschiedsformeln anzuwenden und auf gebräuchliche Fragen („Wie geht es Ihnen?“) variierend zu antworten.

Konkret sah unser Vorgehen folgendermaßen aus. Wir gaben der Patientin stets ein natürliches Feedback, wobei wir formulierten, ob die Informationsvermittlung erfolgreich war oder nicht. Wir gaben ihr immer unmittelbar eine Rückmeldung darüber, **was und wie** wir verstanden hatten. Sie reagierte darauf, indem sie unsere Hypothesen bestätigte oder ablehnte. Dazu eine konkrete Situation:

In einer Therapiesitzung besprachen wir österreichische Spezialitäten, von denen sie uns die Rezepte erklären sollte. Die Patientin begann mit dem Auflisten von Zutaten und beschrieb dann das Vorgehen der Zubereitung, wobei wir nach jedem Schritt das von uns Verstandene wiederholten, was sie dann bestätigen oder ablehnen konnte. Unsere Themen für die Kommunikationssituationen wählten wir

aus alltagsbezogenen Bereichen z. B. Familie, Tagesablauf oder Hobbies, da wir beobachtet hatten, daß gerade diese für die Patientin emotional wichtigen Themen ihre Motivation zum Gespräch förderten.

Im zweiten Teil der Stunde arbeiteten wir kombiniert kommunikativ und sprachsystematisch. Dies machten wir vor allem deshalb, um uns nicht nur darauf zu beschränken, die noch verbliebenen Fähigkeiten auszunützen, sondern möglichst noch zu erweitern. Unser Ziel war, eine einfache Syntax aufzubauen. Dabei gingen wir so vor: Wir legten Frau V. eine Bildkarte vor, die einen handelnden Menschen zeigte (z. B. eine kochende Frau). Dann fragen wir sie zuerst „Was macht die Frau?“ und deblockierten so (kochen); gleich danach fragten wir sie „und wer kocht da?“ und deblockierten (Frau). Zuletzt fragten wir „also was passiert hier?“ und zeigten dabei auf die Bildkarte. Es gelang ihr meist, auf die letzte Frage mit einem Zweiwortsatz zu antworten (Frau kocht). Nicht selten erweiterte sie selbständig, ohne vorangegangene Deblockierung, ihre Aussage zu einem Dreiwortsatz wie z. B. (Mann ißt Brot). Wir wandten diese Frage-technik zum Syntaxaufbau dann auch in natürlichen Gesprächssituationen an und konnten beobachten, wie unsere Patientin eigenständig solche Zwei- und Dreiwortsätze benutzte. Nach insgesamt 35 Stunden logopädischer Therapie wurde die Behandlung auf Wunsch von Frau V. abgebrochen. Sie kehrte an ihren eigentlichen Wohnort in Österreich zurück. Wir werteten diesen Abschluß als Erfolg, da unsere Patientin sich nun wieder fähig glaubte, ohne Hilfe den kommunikativen Anforderungen ihres Alltags gewachsen zu sein. Wir erfuhren auch Bestätigung durch die Angehörigen, die uns mitteilten, daß die Patientin vor der Therapie nach einmaligem Scheitern der Kommunikation gleich aufgegeben und sich in ihrem Zimmer zurückgezogen habe. Mittlerweile habe sie ihr Selbstbewußtsein wiedergefunden und ließe sich auch von zeitweiligen kommunikativen Mißerfolgen nicht entmutigen.

Nadja Ruppel und Susanne Schulte

nen machten mit dem Konzept der Sprechapraxietherapie ähnliche Erfahrungen wie ich, und so bestärkte ich sie im Ausprobieren alternativer Vorgehensweisen. Ihr Therapieansatz ähnelt in vielerlei Hinsicht denjenigen, die unter „kommunikative Ansätze in der Aphasiotherapie“ (Davis & Wilcox 1985, Pulvermüller 1988, Steiner 1989) bekannt wurden.

Im Fallbeispiel wurde in erster Linie die Verständnissicherung durch Nachfragen und weiterführende Hypothesenstellung beschrieben.

Ich möchte darüberhinaus die Vorgehensweise in sprachsystemischer Weise etwas näher betrachten und ergänzen. Dies soll wieder mit Hilfe des eingangs vorgestellten Sprachproduktionsmodells und auch mit Begriffen aus der linguistischen Pragmatik geschehen. Besonders interessiert mich, was die Studentinnen unter „Kommunikationsstrategien“ beschrieben haben.

## Kommunikationsstrategien

Erstens forderten die Therapeutinnen ihre Patientin auf, sich eine intensive **innere bildliche Vorstellung** zu machen. Im Sprachproduktionsmodell befinden wir uns (besser gesagt: die Patientin) auf der obersten Ebene. Der Gedanke (das vorsprachliche semantische Netzwerk) wird im Arbeitsspeicher intensiviert. Die kognitive Repräsentation von konkreten Gegenständen und Handlungen scheinen uns tatsächlich oft als ikonisch repräsentiertes inneres Abbild gegenwärtig zu sein (Paivio 1971). Die Idee der **Intensivierung** wurde auch von Krome (1989) für die Behandlung der globalen Aphasie vorgeschlagen. Andere Autoren vermuten ebenso eine zentrale Stellung der inneren bildlichen Vorstellung (vgl. Becker 1993, S. 282). Dabei scheint die intensive Vorstellung im Arbeitsspeicher die sprachlichen Lexikoneinträge und **auch** die Lautprogramme zu deblockieren. Man schlägt mit dieser therapeutischen Intervention also zwei Fliegen mit einer Klappe: Sowohl die sprachliche Blockade, also der Zugriff zum Lexikon, als auch die

Programme der Sprechplanung werden auf einen Schlag deblockiert. Bei einer sprachsystematisch-linguistisch orientierten Aphasiotherapie (Engl et al. 1989) wird ja im Grunde nichts anderes getan, als von außen (durch den Therapeuten) ein semantisches Netzwerk angeboten, welches dann meist sehr erfolgreich ein Zielwort deblockiert. Die therapeutische Intervention „Intensivierung der inneren bildlichen Vorstellung“ will aber kein von außen herangetragenenes Zielwort deblockieren, sondern dem Patienten eine Hilfe anbieten, sein eigenes Zielwort zu finden. Zur Anbahnung einer tatsächlichen Intensivierung des ikonischen Konzepts schlug ich Frau V. vor, sich Gegenstände oder auch Handlungen bei geschlossenen Augen vorzustellen.

Ist der Schwerpunkt der Störung ein sprechapraktischer und die Schriftsprache einigermaßen abrufbar, kann man einen Patienten auch dazu ermutigen, sich das Schriftbild seines Zielwortes intensiv vorzustellen. Hier überschneiden sich die Interventionen der sequentiellen Sprechapraxietherapie und des hier vorgestellten Ansatzes:

„Die *Behandlung der Schriftsprache stellt aber auch immer einen Teilaspekt des Sprechapraxietrainings dar*“ (Poser & Koebbel 1985, S. 128).

Allerdings wird hier umgekehrt argumentiert:

„... die *Übungen anhand des stufenweise aufbauenden, systematisch strukturierten Laut- und Wortmaterials sollten auf die schriftsprachlichen Fähigkeiten einen gewissen Einfluß haben (...)*“ (Poser & Koebbel 1985, S. 128).

Der bei Poser & Koebbel vorgestellte Patient versuchte aber die Schriftsprache auch als Deblockierung für die Lautsprache zu benutzen:

„*Durch Vorschreiben der gesuchten Wörter mit dem Finger auf den Tisch versucht der Patient jetzt die entsprechenden Äußerungen zu deblockieren*“ (Poser & Koebbel 1985, S. 136).

Ich schlug Frau V. eine solche **Intensivierung der inneren graphematischen Vorstellung** als Deblockant für die Lautsprache vor. Ich tat dies, weil sie in der Regel fähig war, ein Wort, wenn auch langsam und unter „Schreiban-

strengung", auf das Papier zu bringen. Sie griff sowieso ab und zu zum bereitliegenden Bleistift, wenn das Lautprogramm einfach nicht „herauskommen" wollte.

Eine weitere wichtige Intervention war, die Patientin aufzufordern, sich ein möglichst effektiv-kommunikatives Wort zu suchen. Oft genügt dem Gesprächspartner ein einziges Wort (sozusagen als Schlagwort), um den Gesamtzusammenhang des Gemeinten zu erkennen oder über die schon beschriebene Hypothesenbildung zu erschließen. In der Kognitionspsychologie (vgl. Wessells 1990, S. 326 f) werden solche weiter gefaßten inneren Repräsentationen als **Schema**, **Script** oder auch **Frame** bezeichnet. Sie sind im Grunde nichts anderes als komplexe semantische Netzwerke von Handlungskonfigurationen. Aber zurück zum anschaulichen Beispiel. Die Patientin sollte sich also ein Wort wählen, das ihrem Gesprächspartner die Hypothesenbildung erleichtert und ein Schema bei ihm aktiviert. Dazu mußte sie sich in den Gesprächspartner hineinversetzen, also eine Annahme darüber machen, was dieser braucht, um erfolgreich Hypothesen bilden zu können oder ein Schema zu aktivieren. Annahmen zum Vorwissen des Gesprächspartners werden in der linguistischen Pragmatik **Präsuppositionen** genannt. Hierzu ein Beispiel:

Frau V. versuchte mir über ihre Familienmitglieder etwas zu erzählen. Ich schlug ihr vor, mir in der festen Reihenfolge

1. Beruf – 2. Hobbies – 3. charakterliche Eigenheiten

über jeden einzelnen zu berichten, damit sie erste Präsuppositionen bilden konnte. Sie hatte mir auf diese Weise schon einige ihrer Verwandten beschrieben. Nun ging es um einen ihrer Söhne, der in Österreich lebt. Sie artikulierte ein mir unverständliches Wort. Ich begann nachzufragen und Hypothesen zu bilden:

Ich: „Es geht doch um den Beruf jetzt, Frau V., das war immer unser erster Punkt, gel?"

Frau V.: „Ja, Ja!" (runzelt gleichzeitig die Stirn und wiederholt das mir immer noch unverständliche Wort).

Ich: „Ist es ein handwerklicher Beruf?"

Frau V.: „Nein" (wiederholt das unverständliche Wort)

Ich: (verstehe immer noch nicht und biete ihr weitere Berufsgruppen an)

Frau V. verneint alles und wiederholt beinahe mechanisch das mir unverständliche Wort. Gleichzeitig macht sie eine Handbewegung, die ich als „in der Ferne" bzw. „dort, in Österreich" interpretiere und daraufhin die Hypothese formulierte, daß es sich bei dem Wort um den Namen der Firma handle, in der ihr Sohn arbeitet, was ein glücklich-zufälliger Volltreffer war. Frau V. bestätigte sichtlich erleichtert mit beschwörendem „Jaaa, Jaa!!!" Ich machte sie aber höflich darauf aufmerksam, daß mir die Firma völlig unbekannt ist, und ich mit deren Eigennamen nichts verbinden kann, was mir ihren Sohn näher beschreiben könnte. Ich machte ihr so deutlich, daß dieses von ihr gewählte Wort in pragmatischer Hinsicht ungeschickt war.

Das nächste Beispiel zeigt, daß man dem Patienten nicht nur Präsuppositionen erklären und deren Wert für die Verständigung durch Feedback in der konkreten Situation klarmachen kann, sondern daß die **Wortwahl** auch auf **phonologischer Ebene beeinflusst werden kann**:

In der erstmalig stattfindenden Aphasie-Gruppe war Frau V. an der Reihe, sich vorzustellen und ein wenig über sich zu erzählen. Das von ihr produzierte lautliche Gebilde war so entstellt, daß alle Anwesenden etwas ratlos dreinschauten. Ich ermutigte sie, es nochmal zu probieren und nach einigen Anläufen hatte eine Co-Therapeutin tatsächlich das Gemeinte verstanden: Frau V. wollte sich als Großmutter vorstellen. Ich fragte sie daraufhin: „Kennen Sie auch noch ein einfacheres Wort dafür?" und sie artikulierte spontan und lachend „Oma". Hier hatte ich sie daran erinnert, sich möglichst kurze Wörter zu suchen. Da sie in der Einzeltherapie schon so manches Mal über lange und kompliziert zu artikulierende Wörter gestolpert war, hatte ich ihr vorgeschlagen,

sich lieber einfache und kurze vorzunehmen.

Solche therapeutischen Interventionen auf pragmatischer Ebene haben den Sinn, eine möglichst effektive und ökonomische Nutzung des Arbeitsspeichers zu erreichen. Ich hatte aber gerade wegen der begrenzten Ressourcen auch Bedenken, was die Quantität dieser metakognitiven<sup>5</sup> Verarbeitung anging. Ich befürchtete, daß eine zu große Anzahl von beachtenswerten Strategien unter Umständen für die Patientin eher verwirrend werden könnte.

Vielleicht stören sich die Strategien beim bewußten Gebrauch gegenseitig nach denselben Gesetzen, wie ich sie auf phonologischer Ebene bei der Lautanbahnung beschrieben habe?

Ich fragte Frau V. daher, ob es sie manchmal verwirre, an so viel denken zu müssen, doch sie verneinte (und schien gar nicht so recht zu wissen, was ich eigentlich meinte) und war schon wieder dabei, ein neues Wort vorzubereiten. Diese „Vorbereitungs"-Situation erlebte ich des öfteren: Frau V. gab mir durch eine eigentümliche Körperhaltung zu verstehen, daß sie mir etwas sagen wollte. Sie hob dabei meist zunächst etwas die Arme, was ich mit „hab' acht, ich will Dir was sagen" interpretierte und daraufhin wartete. Ich stellte mir dabei die bei ihr ablaufenden kognitiven Prozesse im Arbeitsspeicher so vor:

#### 1. Vorsprachliche Konzept-Ebene

(Synonyme dafür: Schema, Frame, Script, komplexes semantisches Netzwerk)

Frau V. denkt: *Ich will ihm sagen, daß wir am Wochenende mit der ganzen Familie im Restaurant essen waren.*

#### 2. Semantisch-Pragmatische Wortwahl-analyse (Abstimmung auf das inhaltliche Vorwissen des Gesprächspartners = Präsuppositionen)

Frau V. denkt: *Ich sage also „Restaurant"; das hat den größten Informationswert für meine Intention.*

.....  
5) Die Abgrenzung des Begriffs „Metakognition" zur „einfachen Kognition" ist überaus schwierig. Hier bedeutet Metakognition: Auswahl von Strategien.

### 3. Phonologische Wortwahlanalyse

(Abstimmung der Wortlänge und artikulatorischen Komplexheit auf die eingeschränkte Artikulationsfähigkeit)

Frau V. denkt: „Restaurant“ ist aber zu lang und zu schwer für mich auszusprechen. Ich sage lieber „Essen“, das ist einfacher, und er kann dann ja genauer nachfragen (= Präsupposition auch hier).

#### 4.1 Intensivierung der inneren Vorstellung der Handlungskonfiguration

(Aktivierung des vorsprachlichen Konzeptes mit dem Schwerpunkt der visuellen Repräsentation, aber auch den anderen wahrnehmungsmäßigen Repräsentationen).

Frau V. denkt: Ich stelle mir die Situation am Tisch im Restaurant intensiv vor und versuche, das Essen dabei beinahe zu schmecken und den leckeren Duft zu riechen... oder

#### 4.2 Intensivierung der inneren graphematischen Vorstellung

Frau V. denkt an das Schriftbild ESSEN...

### 5. Frau V. artikuliert /Essen/

Die Abfolge von 1 nach 4 entspricht einer sequentiellen Aktivierung im Arbeitsspeicher (weshalb die einzelnen Strategien sich wohl auch gegenseitig nicht stören) und macht deutlich, daß die Patientin dafür **Zeit** braucht.

Eine meiner Ansicht nach wichtigsten Interventionen ist deswegen die **Offenlegung des Zeitproblems**. Man weiß ja nicht, ob nun tatsächlich sol-

che von mir angenommenen kognitiven Prozesse ablaufen, doch egal, welche Qualität diese haben: sie brauchen Zeit.

Immer wieder erinnerte ich Frau V. daran, sich Zeit zu lassen. Es geschah oft, daß wir uns einige Momente in völliger Stille gegenüber saßen und sie in sich versunken innerlich arbeitete. Das Phänomen „Zeit“ hat hierbei mindestens zwei Dimensionen:

#### 1. Die Patientin muß sich diese Zeit selbst zugestehen.

Das ist wohl das Wichtigste und überhaupt die Basis für erfolgreiche Kommunikation bei schwerer Sprechapraxie. Nicht von ungefähr werden neben einer sequentiellen Anbahnung von Lautmustern von den meisten Autoren Entspannungsübungen vorgeschlagen:

„Rosenbeck et al. (1984) führten ein Entspannungstraining mit Hilfe von EMG-Feedback bei 4 Patienten durch; sie konnten danach zwar keinen signifikanten Unterschied zu herkömmlichen Patienten messen, die Patienten und deren Angehörige berichteten aber über eine deutliche Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit“ (von Cramon 1988, S. 353).

Eine innere Ruhe und ausgeglichene Grundspannung machen den Arbeitsspeicher funktionstüchtiger. Das ist ein Phänomen, das wir alle kennen, und das nicht näher erläutert werden muß.

#### 2. Die anderen Personen müssen der Patientin die Zeit zugestehen.

Wir thematisierten das Zeitproblem schwerpunktmäßig in der Angehöri-

genberatung. Wir zeigten anhand von Videoaufnahmen, welchen positiven kommunikativen Effekt die „einfache“ Regel „Zeit lassen“ hat. Wir forderten die zur Beratung erschienenen Söhne und Schwiegertöchter unserer Patientin auf, all den anderen Verwandten und, soweit möglich, auch dem weiteren Umfeld die enorme Wichtigkeit von „Zeit-Nehmen“ und „Zeit-Geben“ deutlich zu machen. Nicht zuletzt forderten wir Frau V. auf, die Zeit im Gespräch mit anderen einzufordern und übten diese wichtige pragmatische Regel im Rollenspiel.

## Sprachsystematische Elemente

Wie schon erwähnt, hielt ich die Patientin des öfteren dazu an, sich auf **ein Wort** zu konzentrieren. Damit legte ich ihr sozusagen einen agrammatischen Telegrammstil nahe, der aber informationsreich sein sollte.

Ich tat dies, weil ich ihre Verarbeitungsressourcen im Arbeitsspeicher nicht zusätzlich mit syntaktischen Problemen belasten wollte. In der Spon-tansprache war die Beurteilung einer syntaktischen Struktur aufgrund der sprechpraktischen Komponente ja nicht möglich. Aus der Testung mit dem AAT wußte ich aber, daß sie das Satzlegen mit Wortkärtchen bei Drei- bis Vierwortsätzen gerade noch schaffte. Das grammatische Planungssystem hatte also die für die Broca-Aphasie typischen Probleme. So war ich etwas verduzt, als ich im Therapieplan der beiden Logopädie-Studierenden das Therapieziel „Erweiterung der syntaktischen Kompetenz“ las und eine an Beate Kilians „Agrammatis-mustherapie“ orientierte Vorgehensweise vorfand (siehe Fallbericht).

Neugierig auf das, was da nun passieren würde und insgeheim davon überzeugt, daß der Mißerfolg vorprogrammiert sei, ging ich in die Supervisionsstunde und – wurde eines besseren belehrt (siehe auch Fallbericht).

Am meisten beeindruckte mich der in derselben Stunde beobachtbare Transfereffekt. Die sprachsystematische Anbahnung nahm dabei nur einen relativ kurzen Zeitraum ein und orientierte sich an Bildmaterial, wel-

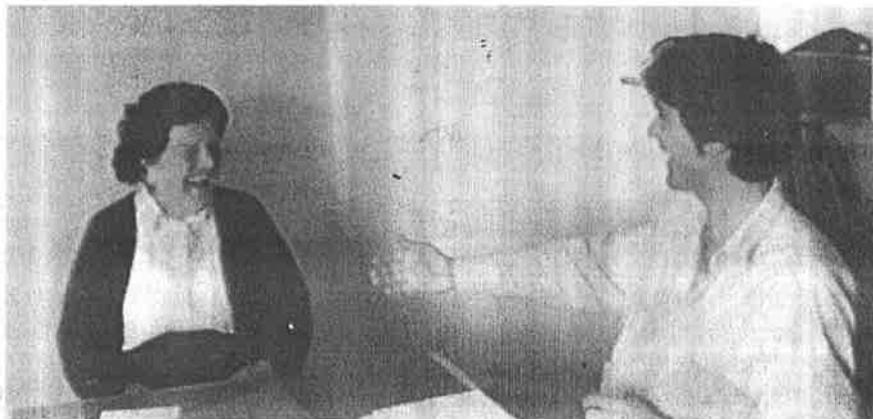


Abb. 6: Freude am Schaffen von geteiltem Verständnis. Der Moment kurz nach der Übermittlung von „neuer“ Information.

ches zum Thema paßte. Im gleich danach vollzogenen kommunikativen Setting wurden die Fragetechniken aus dem interessierten Bedürfnis des Verstehens heraus gebraucht. Die syntaktische Erweiterung vollzog sich daraus wie selbstverständlich. Es schien geradezu, als ob sich die vorher angebahnte und gefestigte Selbstdeblockierung in einer Atmosphäre des unbedingten Verstehens erst voll entfalten kann. In dieser Phase der Therapie war es eine Wonne, die zwar eingeschränkte, aber doch sehr erfolgreiche Kommunikation zwischen den beiden Studierenden und Frau V. zu beobachten. Die kommunikative Situation an sich hatte den stimulierenden und deblockierenden Effekt der Sprach- und Sprechplanung übernommen. Mir erschienen dabei die quantitativ-linguistisch erfaßbaren Veränderungen, wie „Verbesserung der Benennleistung“ oder „Aufbau einer syntaktischen Struktur“, eher als ein Nebenprodukt der kommunikativen Rehabilitation.

Ich will damit andeuten, daß die Vorteile der pragmatisch orientierten Aphasie bzw. Sprechapraxietherapie nicht zuletzt im psychischen Bereich liegen können, auch wenn das im Theoriegebäude der kommunikativen Sprachtherapie manchmal nur als Begleiterscheinung genannt wird:

*„Einen sehr angenehmen Nebeneffekt hat kommunikative Therapie mit Sprachübungsspielen außerdem: Die Atmosphäre, in der geübt wird, ist meistens gelöst“* (Pulvermüller 1988).

Mir erscheint diese Art der logopädischen Therapie viel mehr eine Sonderform der Gesprächspsychotherapie (für Aphasiker) zu sein, als eine Sprachtherapie im herkömmlichen Sinne. Aber vielleicht sollte man nur dem Begriff „Sprachtherapie“ bei Aphasie einen neuen Sinn geben:

*„Der psychische Zustand nach Sprachverlust, die veränderten Lebens- und Kommunikationsbedingungen sowie zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, vor allem aber die Vielfalt psychophysischer Abhängigkeiten der Sprachleistungen Aphasischer, sind zentrale und wesentliche Elemente der Sprachtherapie“* (Tigges-Zuzok 1993, S. 251).

Für mich war diese Supervisionsstunde auf alle Fälle eine Lektion in doppelter Hinsicht:

1. Testleistungen sind nur bedingt auf den kommunikativen Kontext zu übertragen.

2. Die stärkere Gewichtung des natürlichen Kommunikationsverhaltens hätte mir in diesem Fall einen angemesseneren und zudem intervenionsorientierten Dienst erwiesen.

Wenn ich oben die Sprechapraxietherapie und die Aphasitherapie in einem Zug genannt habe, dann, weil die hier vorgestellte Vorgehensweise zur Behandlung der Sprechapraxie nicht mehr von der kommunikativ orientierten Aphasitherapie zu trennen ist. Die Frage, ob es sinnvoll ist, „unter klinischen Gesichtspunkten“ (Wallesch 1993, S. 27) eine Differenzierung zwischen Apraxie und Aphasie beizubehalten, vermag ich nicht zu beantworten. In unserem konkreten Einzelfall war sie es auf jeden Fall nicht.

Während Luria, auf den wohl die geläufigsten Methoden der Sprechapraxietherapie zurückgehen, aus jedem Sprechapraktiker einen eher analytisch und sequentiell verarbeitenden „Laienphonetiker“ machen wollte, damit dieser die Artikulation wieder erlernen kann, haben wir versucht, Frau V. zur ganzheitlich, eher synthetisch verarbeitenden „Pragmatikerin“ auszubilden, damit sie mit ihren noch vorhandenen Möglichkeiten besser zurecht kommt.

Autor:  
Jürgen Kohler  
Hauptstr. 86  
69117 Heidelberg

#### L I T E R A T U R

- Becker, E. 1993: Neurolinguistisches Programmieren (NLP) in der Aphasitherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Berlin: Edition Marhold
- von Cramon, D. & Ziehl, J. 1988 (Hrsg.): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer-Verlag
- Davis, G. A. & Wilcox, M. J. 1985: Adult Aphasia Rehabilitation Santiago, Calif.
- Engl et al. 1989: Logotherapie – Sprachübungen zur Aphasiebehandlung. Berlin: Edition Marhold
- Herrmann, T. 1985: Allgemeine Sprachpsychologie. München: Urban & Schwarzenberg
- Hüttemann, J. 1990: Sprachstörung und Kommunikation aus Handlungstheoretischer Sicht. Tübingen: Gunter Narr Verlag

Kilian, B. 1985: Erfahrungen mit einem Therapieprogramm zur Behandlung des Agrammatismus. In: Springer/Kattenbeck (Hrsg.): Aphasie. Freen: Flott-Verlag

Krome, P. 1989: Funktionale Kommunikationstherapie bei globaler Aphasie. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft

Lutz, L. 1992: Das Schweigen verstehen. Berlin: Springer Verlag

Paivio, A. 1971: Imagery and Verbal Process. New York: Hold, Rinehart & Winston

Poser, E. & Koebbel, P. 1985: Therapie einer Sprechapraxie mit Aphasie. In: Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (OBST). Bremen

Pulvermüller, F. 1988: Kommunikative Aphasie-therapie mit Sprachübungsspielen. In: Aphasie und verwandte Gebiete 1, S. 17-43

Schalch, F. 1994: Schluck-Störungen und Gesichtslähmungen. Stuttgart: G. Fischer

Steiner, J. 1989: Der kommunikative Ansatz in der Aphasitherapie. In: Die Sprachheilarbeit 34/2, S. 80-85

Tigges-Zuzok, C. 1993: Behalten und Vergessen. Fragen der Wortfindung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Berlin: Edition Marhold

Vester, F. 1992: Denken, Lernen, Vergessen. München: dtv

Wallesch, C.W. 1993: Medizinische Grundlagen bei erworbenen zentralen Kommunikationsstörungen. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Berlin: Edition Marhold

Wessels, M.G. 1990: Kognitive Psychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag

## HÄUSLICHE PFLEGE

„Erste Hilfe beim Notfall alter Menschen“ heißt die Broschüre, in der es neben den lebensrettenden Sofortmaßnahmen auch um praktische Tips für die häusliche Krankenpflege geht. Als Information für ältere Menschen und ihre HelferInnen knüpft dieser Ratgeber an die Tradition vorangegangener Schriften zu diesem Themenkreis an, so z. B. an die „Rückkehr aus dem Krankenhaus“ (1990) und an „Geistig fit bis ins hohe Alter“ (1991) und ist auch wieder über die

Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. (DZV), Münchener Str. 48, 60329 Frankfurt zu bestellen.

„Hilfe und Pflege im Alter – Informationen und Ratschläge für die Betreuung und Versorgung zu Hause“. In diesem Leitfaden wird mit vielen Fallbeispielen und Abbildungen die breite Palette der Angebote an ambulanten Diensten und Hilfen aufgezeigt. Zu beziehen ist diese Broschüre über das Kuratorium Deutsche Altershilfe, An der Pauluskirche 3, 50677 Köln.

ke

# WAS IST DAS BESONDERS SCHWIERIGE

AN DER BEHANDLUNG DER

# SPRECHAPRAXIE UND

# WIE BEKOMMEN SIE DAS MATERIAL?



Die Sprachanstrengung der Patienten quält einen als Therapeutin mit, man möchte ihnen die einzelnen Laute am liebsten in den Mund

legen. Durch verschiedene Hilfen z. B. durch die Semantik kann man das Sprechen erleichtern, es ist aber stures Üben in der Therapie.

Das Material entwickeln wir hier bei uns bei jedem Patienten selbst oder stellen es aus vorhandenem Material zusammen. Mangel besteht noch an ansprechenden Mundbildern, bei denen der Patient sehen kann, wie der Laut jeweils gebildet werden muß.

Angelika Kartmann, Welzheim

Ich mache bei Aphasiepatienten mit einer zusätzlichen Sprechapraxie kaum ausschließliches Artikulationstraining, da ich finde, daß man mit diesen Übungen die Patienten auf ihre Fehler und Schwierigkeiten aufmerksam macht und ihnen somit entweder ein Störungsbewußtsein schafft oder aber es noch verstärkt, was dann aber für die Spontansprache einen massiven Hemmschuh darstellt. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, daß die Behandlungserfolge bei adäquater Aphasiotherapie, während ich korrigierend auf die expressive Sprache einwirken kann, immer besser waren, als bei einer reinen Sprechapraxiotherapie, da die Patienten den Transfer in die Spontansprache wesentlich besser schafften.

Ein Patient drückte mir mal ganz klar aus, daß ihm Aphasietherapie lieber ist, als die Arbeit am Sprechen.

Marianne Klafthenegger, Heidelberg

Das erste Problem, das mir einfällt, ist, daß die Patienten meist zu hektisch und schnell sind, wenn sie das Wort sprechen und im wahrsten Sinne ausdrücken wollen. Sie lassen sich nicht genügend Zeit und stellen sich innerlich zu wenig auf das Bewegungsmuster ein. Schwieriger wird es noch, wenn die Patienten, was meist der Fall ist, auch noch Sprachverständnisprobleme haben. Da genügen selbst leichte Beeinträchtigungen, um die Vermittlung neuer Verhaltensweisen schwierig werden zu lassen. Ich finde es auch kompliziert, die Sprechapraxie zu analysieren und herauszufinden, was bei jedem einzelnen Patienten speziell abläuft. Es gibt wohl gewisse neurolinguistische Erklärungen, warum den jeweiligen Patienten nun diese spezielle Sache besonders schwerfällt. Warum kann der eine gut Mitsprechen und der andere nicht? Um den individuellen Therapieansatz zu finden, sollte man die gestörten Schaltstellen im Gehirn besser kennen und sorgfältiger diagnostizieren. Im Bereich des Materials finde ich, daß die meisten Mundbilder zu stilisiert gezeichnet sind, sie sollten so nah wie möglich an der Realität orientiert sein, wie beispielsweise im Wängler „Atlas deutscher Sprachlaute“. Außerdem gibt es nicht ausreichend konkrete, gut abbildbare,

kurze, leicht zu sprechende Abbildungen aus dem Wortschatz.

Damit die Patienten mehr bemerken, was sie alles können und sich nicht nur auf Schwierigkeiten konzentrieren, und um die Eigenkontrolle zu erhöhen, möchte ich öfter ein Diktiergerät einsetzen, ein Ersatz für den Language Master, der so umständlich in der Handhabung und so groß ist. Besser noch wäre ein Bio-Feedbackverfahren, da die Patienten sehr stark visuell reagieren. Leider meinen viele Patienten, daß sie sich ein Diktiergerät nicht leisten können, ich werde mir demnächst eines anschaffen, um diese Hilfe einzusetzen.

Theresia Scholz-Raue, Leimen

Die Arbeit mit geriatrischen Patienten ist generell schwieriger. Bei der



Therapie der Sprechapraxie empfinde ich die wechselhaften sprachlich-artikulatorischen Leistungen als besonders schwierig. Ebenso macht der

Erwerb der ersten Laute und dann die Verbindung der Laute zu den Konsonantenverbindungen viel Schwierigkeiten.

Es fehlen beim Material immer noch vernünftige Gegenüberstellungen, insbesondere sehr deutliche Sagittalschnitte durch den Artikulationsbereich, die von den Sprechpraktikern verstehbar sind.

Norbert Niers, Lingen

Als besonders schwierig zu behandeln empfinde ich die Sprechapraxie, wenn sie mit Globalaphasie und recurring utterances verbunden ist. Ich bin mir oft unsicher, ob ich Mundmotorik machen oder an den Lauten arbeiten soll und frage mich immer wieder, ob die mundmotorischen Übungen überhaupt einen Einfluß auf die Lautbildung haben.

Das Arbeitsmaterial habe ich mir bei Tagungen aus vielen verschiedenen Programmen zusammengesucht, ich stelle es bei jedem Patienten neu zusammen.

Karin Heller, Mainz

Mit den KollegInnen sprach  
Ulrike Franke