

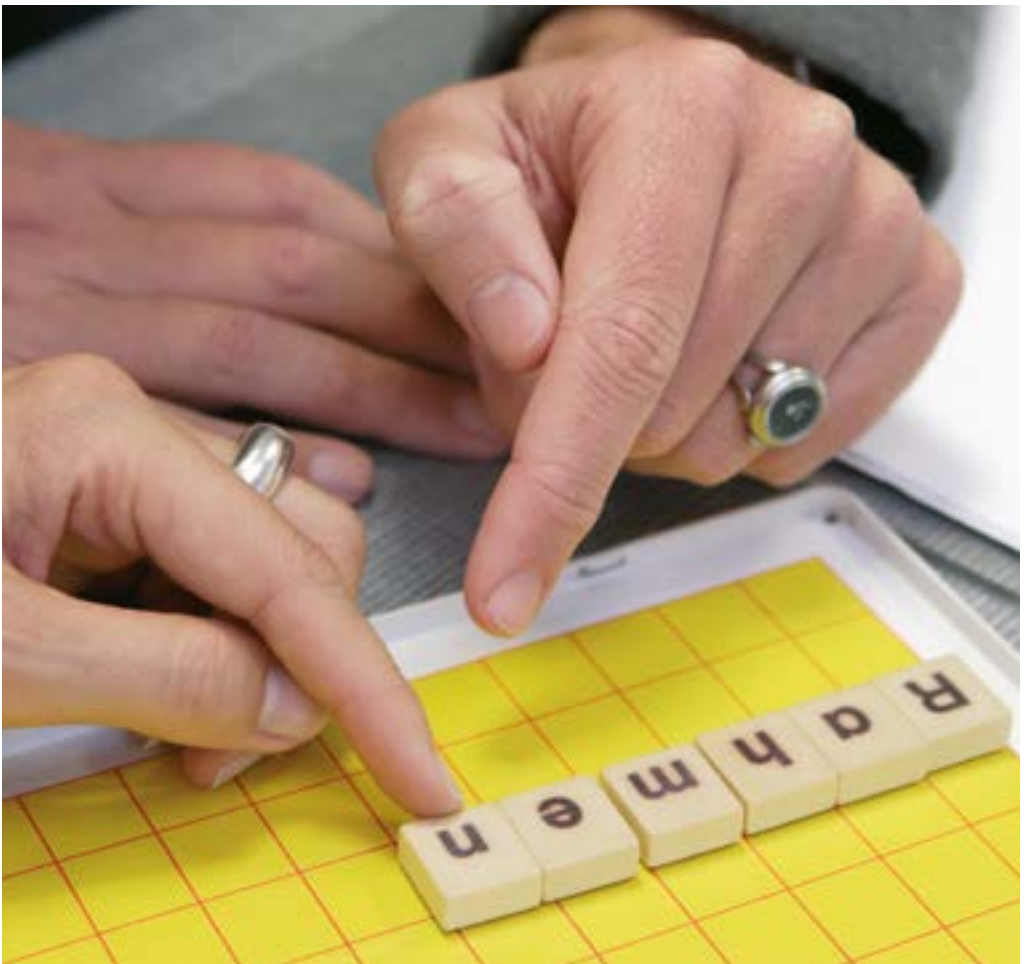
schlaganfall-hilfe.de



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

Aphasie

Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen
nach Schlaganfall



Vorwort Liz Mohn	3
Einleitung	4
1 Aphasie	5
Was bedeutet Aphasie?	5
Symptome und Typen von Aphasien	6
Aphasie bei Kindern und Jugendlichen	13
Sprachstörungen bei Demenz	13
Ursachen einer Aphasie	14
Kommunikationsstrategien bei Aphasie	17
2 Dysarthrophonie	19
Was bedeutet Dysarthrophonie?	19
Störungen (Symptome) bei Dysarthrophonie	19
- Störungen der Lautbildung (Artikulation)	20
- Störungen der Stimmgebung (Phonation) und der Sprechmelodie (Prosodie)	20
- Störungen der Sprechatmung (Respiration)	21
- Störungen der Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur und Mimik	21
Ursachen einer Dysarthrophonie	22
Kommunikationsstrategien bei Dysarthrophonie	23
3 Dysphagie	25
Was bedeutet Dysphagie?	25
Der normale Schluckvorgang	26
Der gestörte Schluckvorgang	27
Ursachen einer Dysphagie	28
Die Bedeutung einer Dysphagie für den Betroffenen	29
Essregeln bei Dysphagie	32
4 Logopädische Therapie	31
Angebot und Finanzierung	31
Therapieziele und -inhalte	32
Die Rolle der Angehörigen in der Therapie	34
Impressum	35



Vorwort

Ein plötzlich auftretender Schlaganfall kann unsere Lebensträume und auch unsere ganz alltäglichen Tagesabläufe unvermittelt zunichtemachen. Alle Pläne und Perspektiven verändern sich schlagartig – nichts ist dann mehr, wie es vorher war.

Der Schlaganfall ist eine der dramatischsten Erkrankungen in unserem Land. Ungefähr 60 Prozent der Betroffenen behalten bleibende Schäden. Neben Körperbehinderung als Folge einer Halbseitenlähmung kann es sich dabei auch um Sprach- und Sprechstörungen, um Schluckstörungen, aber auch um Wahrnehmungs-, Denk- und Orientierungsstörungen handeln.

Diese Folgen eines Schlaganfalls verändern die Lebensqualität der Betroffenen und auch ihrer Angehörigen in hohem Maß. Ein Gefühl der Verzweiflung, Wut und Hilflosigkeit entwickelt sich. Aber man sollte dies nicht einfach so hinnehmen, denn mit fachlicher Unterstützung, guter Aufklärung und Beratung sowie eigenem Willen lassen sich die genannten Einschränkungen entscheidend verbessern.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir über Sprach- und Sprechstörungen (Aphasie und Dysarthrophonie) sowie Dysphagie (Schluckstörungen) und deren Therapie aufklären. Denn Sprache und Sprechen sind die wichtigsten Bereiche menschlicher Kommunikation, Schlucken gehört zu den elementarsten Fähigkeiten eines Menschen – ein hochkomplexer Vorgang. Der Verlust dieser Fähigkeiten bedeutet einen immensen Einschnitt in das Leben eines Menschen und enorme Herausforderungen für ihn selbst und sein unmittelbares Umfeld. Bekannte und Freunde ziehen sich möglicherweise vom Patienten zurück, was seine Verunsicherung noch verstärkt. Ungeheuer wichtig sind daher das Verständnis und die Unterstützung des (Ehe-) Partners, der Freunde, Angehörigen und Bekannten. Sie müssen wissen, dass sie von nun an mehr Geduld und Zeit im Umgang mit dem Patienten investieren sollten und ihn nicht mit seinen Problemen allein lassen dürfen. Gerade im sensiblen Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation brauchen Schlaganfall-Betroffene die Hilfe ihres Umfelds ganz besonders!

Ich hoffe, dass diese Broschüre eine möglichst große Verbreitung findet und vielen Betroffenen und ihren Angehörigen hilft, besser mit den Folgen eines Schlaganfalls fertig zu werden.

Ihre
Liz Mohn

Präsidentin der
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Einleitung

Jährlich erleiden fast 270 000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall

Jeder vierte bis fünfte Schlaganfall führt innerhalb eines Monats zum Tod, der überwiegende Teil der Schlaganfälle wird oft viele Jahre überlebt. Einen Schlaganfall zu überleben, bedeutet für die Betroffenen, aber auch für deren Angehörige und Freunde, mit weitreichenden Folgen leben zu müssen.

Ein Schlaganfall verändert von einer Minute zur nächsten das gesamte Leben – nichts ist plötzlich mehr wie vorher. Menschen mit einer solchen erlittenen Hirnschädigung erleben einen beängstigenden Verlust eigener Fähigkeiten und Kompetenzen, sie verlieren dadurch an Autonomie, an Integrität und an Selbstbewusstsein. Der Verlust der Fähigkeit zu sprechen und zu schlucken bedeutet eine immense Umstellung für die Betroffenen und deren Umfeld.

Anliegen dieses Ratgebers ist es, über Ursachen, Grundlagen und Zusammenhänge bei Aphasie, Dysarthrophonie und Dysphagie zu informieren. Eine Krankheit und ihre Folgen besser zu verstehen, nimmt ein wenig von ihrer Bedrohlichkeit und hilft, im Alltag damit umzugehen.

Unter dem Stichpunkt „Kommunikationsstrategien“ finden Betroffene und Angehörige Tipps, wie sie gemeinsam Gespräche leichter bewältigen können. Ebenso erfahren Sie, was Ziele und Inhalte einer logopädischen Therapie bei Aphasie, Dysarthrophonie und Dysphagie sein können.

Der besseren Lesbarkeit halber sind in dieser Broschüre alle Personen- und Berufsbezeichnungen wie »Betroffener«, »Angehöriger«, »Arzt« oder »Logopäde« in der männlichen Form verwendet worden. Natürlich ist hierbei immer auch die weibliche Form mit eingeschlossen.

1 Aphasie

Was bedeutet Aphasie?

Aphasie ist eine erworbene Sprachstörung, die nach einer Schädigung der sprachdominanten Hirnhälfte (bei den meisten Menschen links) zustande kommt. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und setzt sich aus »A« für »fehlend« und »phasis« für »Sprache« zusammen. Die wörtliche Übersetzung ist jedoch irreführend: Aphasie bedeutet in der Regel keinen kompletten Sprachverlust. Vielmehr kommt es zu mehr oder weniger starken sprachlichen Ausfällen, die sich sowohl beim Sprechen und Sprachverstehen als auch beim Lesen und Schreiben zeigen können. Die Betroffenen sind dadurch in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt, jedoch sind das Denken und die Geisteskraft ungestört. Eine Aphasie, egal wie schwer sie sein mag, hat für den Betroffenen¹ und seine Gesprächspartner immer immense Auswirkungen auf die **Kommunikation** und somit auf das **soziale Leben**. In Gesprächen kommt es zu Missverständnissen aufgrund von Sprachverständnisproblemen. Telefonieren ist nicht mehr möglich, weil man den Gesprächspartner nicht sehen kann und die »Sprachreste« nicht ausreichen, um die Gedanken zu vermitteln. An der Fleischtheke im Supermarkt kann man das Gewünschte nicht bestellen, weil einem das entsprechende Wort nicht

einfällt. Briefe und Zeitungen können plötzlich nicht mehr gelesen werden, die geliebte Fernsehsendung oder die Nachrichten werden zum Rätsel. Dies sind nur wenige Beispiele von alltäglichen Einschränkungen und Hürden; für die Betroffenen und ihre Angehörigen oder Bezugspersonen kommen die täglichen kommunikativen Probleme in ihrem vollen Ausmaß oft einer Katastrophe gleich. Ehefrauen erleben ihren ehemals sprachlich kompetenten Partner als hilflos, nach Worten suchend, Familienangehörige sehen ihre vormals im sozialen Mittelpunkt stehende Mutter nun in einer isolierten Position. Väter werden durch ihre Aphasie entscheidungsunfähig, ehemaligen Freunden gehen die Gesprächsthemen aus und Berufstätige können ihre Fachkenntnisse nicht mehr sprachlich vermitteln. Von der Aphasie ist also nicht nur der Erkrankte selbst betroffen, sondern auch **seine Familie bzw. sein kommunikatives Umfeld**. Gesprächspartner von aphasischen Personen fühlen sich hilflos und müssen vertraute Gesprächsgewohnheiten verändern, um sich mit dem Betroffenen verständigen zu können. Das Herausfinden von Strategien, die in der Kommunikation weiterhelfen, ohne den Betroffenen zu bevormunden, erfordert Zeit, Geduld und fachliche Unterstützung.



Wernicke-Aphasie

Menschen mit einer Wernicke-Aphasie sprechen flüssig, manchmal überschießend, und in längeren Sätzen; jedoch machen sie häufig Fehler in der Auswahl von Wörtern oder Lauten. Ihr Sprachverständnis ist sehr eingeschränkt.



Symptome und Typen von Aphasie

Bei aphasischen Personen sind fast immer alle sprachlichen Leistungen, also Sprechen und Sprachverstehen, Lesen und Schreiben betroffen. Bei Aphasien, die eine Gefäßerkrankung oder eine klar umschriebene Hirnverletzung im Bereich des Sprachzentrums als Ursache haben, ergeben sich häufig typische »Fehlerbündel«, die man Standardsyndrome nennt. Die vier Standardsyndrome der Aphasie heißen:

Broca-Aphasie

Menschen mit einer Broca-Aphasie können nur kurze, einfache Sätze produzieren oder reihen einzelne, inhaltstragende Wörter aneinander. Man bezeichnet diese Form des Sprechens auch als »Telegrammstil«. Sie haben Mühe, die passenden Wörter zu finden und sprechen mit großer Anstrengung. Das Verstehen von Sprache ist aber relativ gut erhalten.



Globale Aphasie

Menschen mit einer globalen Aphasie haben große Schwierigkeiten sowohl bei der Sprachproduktion als auch beim Sprachverstehen. Häufig können sie nicht mehr als einzelne Wörter sprechen; hinzu kommen sogenannte Sprachautomatismen und Perseverationen (siehe Seite 9), die ihre Verständlichkeit sehr einschränken.



Amnestische Aphasie

Menschen mit einer amnestischen Aphasie finden nur schwer die richtigen Wörter. Deshalb kommt es häufig zu Umschreibungen, Floskeln oder Stellvertreterwörtern wie z. B. »Dingsda«. Gelegentlich benutzen sie Wörter, die nicht genau passen, aber eine ähnliche Bedeutung wie das gesuchte Wort haben. Ihr Sprachverständnis ist fast ungestört.



Die globale Aphasie ist die schwerste Form der Aphasie, die amnestische Aphasie die leichteste. Mediziner und Therapeuten verwenden die Standardsyndrome häufig als Diagnose, um einen Hinweis darauf zu geben, um welche Form der Sprachstörung es sich handelt. Allerdings unterscheiden sich Patienten auch innerhalb der Standardsyndrome voneinander, d. h. ein Patient mit einer Broca-Aphasie kann ein ganz anderes Fehlermuster aufweisen als ein zweiter Patient mit Broca-Aphasie. Deshalb ist es wichtiger zu beschreiben, welche Schwierigkeiten ein von Aphasie Betroffener in den einzelnen sprachlichen Leistungen aufweist.

Schwierigkeiten beim Sprechen und in der freien Rede

Schwierigkeiten beim Sprechen fallen in der Regel schneller auf als Probleme beim Sprachverstehen. Wichtig ist zu verstehen, dass aphasische Personen nicht ihr Wissen über die Dinge verloren haben oder keine klaren Gedanken mehr fassen können. Was zum Beispiel eine »Straßenbahn« ist und wozu sie dient, ist ihnen völlig klar. Aphasische Personen können häufig nicht das passende Wort finden, die richtigen Laute verwenden oder ihre Gedanken in vollständigen Sätzen formulieren. Fehler beim Sprechen oder in der freien Rede können ganz unterschiedlicher Natur sein. Man kann Fehler danach einordnen, ob sie die Lautstruktur von Wörtern betreffen, den Wortschatz und die Wortbedeutungen oder den Satzbau und die Grammatik.

Die häufigsten Fehlertypen sind:

Lautstruktur (Phonologie)	
Fehler (Symptom):	Beispiel:
Lautfehler (phonologische Paraphasie): Der Betroffene verändert ein Wort lautlich, indem er Laute verwechselt, ersetzt, hinzufügt oder auslässt. Wir kennen solche Fehler als „Versprecher“, die wir in der Regel selbst bemerken.	„Spille“ statt „Spinne“ „Tock“ statt „Stock“ „Urine“ statt „Ruine“ „Bansane“ statt „Banane“
Wortneuschöpfung (phonologischer Neologismus): Der Betroffene verändert das Wort lautlich so, dass es in der deutschen Sprache nicht vorkommt. Hier kann man häufig nicht mehr nachvollziehen, was der Betroffene meint.	„Mönkebirse“ „Steisel“ „kämmsichen“

Lautstruktur (Phonologie)	
Fehler (Symptom):	Beispiel:
<p>Wortfindungsstörungen: Der Betroffene kann das gesuchte Wort nicht in seinem „Lexikon“ finden. Er zeigt Suchverhalten oder bricht die Kommunikation ab. Es entstehen Pausen, er versucht, den gesuchten Begriff zu umschreiben, benutzt Floskeln oder Stellvertreterworte. Wortfindungsstörungen kennen auch Sprachgesunde.</p>	<p>„Letzte Woche bin ich doch bei dem... na... beim.... na, wie heißt es denn jetzt.... also vorige Woche, da war ich.... naja, bei dem Dingsen, Herr Gott, sach doch mal!“</p>
<p>Wortwahlfehler (semantische Paraphasie): Der Betroffene sagt statt des gesuchten Begriffes ein bedeutungsmäßig abweichendes Wort. Solche Wortverwechslungen passieren auch Sprachgesunden. Bei aphasischen Personen weichen die gesagten Wörter manchmal sehr von der ursprünglichen Bedeutung ab.</p>	<p>„Mutter“ statt „Tochter“ „Tisch“ statt „Blume“</p>
<p>Wortneuschöpfung (semantischer Neologismus): Der Betroffene benutzt ein Wort, das bedeutungsmäßig so in der deutschen Sprache nicht vorkommt. Oft sind diese Wortneuschöpfungen recht originell.</p>	<p>„Haartelefon“ statt „Kamm“ „Landkartenball“ statt „Globus“ „Trecker-Mann“ statt „Bauer“</p>
<p>Floskeln und Stereotypien: Der Betroffene verwendet häufig vorkommende Redewendungen, die mehr oder weniger starr im Gespräch eingesetzt werden. Auch Sprachgesunde benutzen Redefloskeln, nur nicht so häufig wie aphasische Personen.</p>	<p>„Ich sach mal...“ „Das is halt so.“ „Da bin ich dann in die Klinik eingelaufen, wenn Sie so wollen, und der Arzt hat gesagt oder sich ausgedrückt, wenn Sie so wollen...“</p>

Satzbau und Grammatik (Syntax / Morphologie)	
Fehler (Symptom):	Beispiel:
<p>Kurzer, unvollständiger Satzbau (Agrammatismus): Der Betroffene spricht „telegrammstilartig“ in kurzen, vereinfachten Sätzen, die oft nur aus wenigen, aneinandergereihten Wörtern bestehen.</p>	<p>„Flugzeug... Sonne scheint und so... vier Tage und zwei Tage... eh.... bewusstlos und umfallen.... und später eine Woche.... Hubschrauber... und Klinik“</p>
<p>Komplexer, fehlerhafter Satzbau (Paragrammatismus): Der Betroffene formuliert komplexe, lange Sätze, die aber grammatikalisch fehlerhaft sind. Oft werden auch Sätze miteinander verschränkt, abgebrochen oder Satzteile werden verdoppelt.</p>	<p>„Ich glaube man sollte bei Null beginnen und nicht oben... es ist so: gegenüber früher möchte ich erst einmal sagen über den ganz großen Beginn erst mal ich ankam ist es natürlich ganz entschieden... eh... ein Unterschied... heute besser als früher obwohl wir gar nicht drüber debattieren müssen.“</p>

Satzbau und Grammatik (Syntax / Morphologie)	
Fehler (Symptom):	Beispiel:
<p>Automatisierte Sprache / Sprachautomatismen: Der Betroffene produziert gegen seine Sprechabsicht nur noch mehrfach wiederkehrende formstarre Äußerungen, die nicht in den sprachlichen Kontext passen.</p>	<p>Untersucher: „Wie hat das angefangen mit Ihrer Erkrankung?“ Patient: „Biw-wiwi...Wiw-wiwi...biwiwi“ Untersucher: „Hatten Sie einen Schlaganfall oder...?“ Patient: „Wiw-wiwi-wiwi-wiwi“ Weitere Beispiele für Automatismen: „Donnerwetter“, „Scheiße“, „der war allein“, „eine Hose“, „Nein“</p>
<p>Perseveration: Der Betroffene bleibt an einem zuvor richtig geäußerten Wort oder Wortteil „hängen“.</p>	<p>Untersucher: „Was haben Sie alles eingekauft?“ Patient: „Schokolade... und...“ Untersucher: „Und was noch?“ Patient: „Schokolade... äh, nein, Schokol... äh.... Flokolade... Fleikalade“</p>

Überschießender Redefluss:

Der Betroffene erzählt, einmal zu reden aufgefordert, ohne Unterlass flüssig und aushörend. Dabei lässt sich der Inhalt des Gesagten nicht immer ohne Weiteres erschließen oder auf den Punkt bringen. Gesprächsregeln werden nicht mehr eingehalten. Zum Beispiel werden Hörersignale wie „Luftholen und zum Sprechen ansetzen“ oder „den Blickkontakt abwenden“ nicht wahrgenommen. Oder der Betroffene unterbricht seinen Gesprächspartner.

Schwierigkeiten beim Sprachverstehen

Schwierigkeiten beim Sprachverstehen fallen nicht so auf wie aphasische Fehler beim Sprechen. Deshalb werden die Leistungen von aphasischen Personen im Sprachverstehen häufig überschätzt, d. h. die Betroffenen verstehen Sprache oft schlechter als es den Anschein hat. Bei fast allen Aphasieformen ist das Verstehen von Sprache in unterschiedlichem Ausmaß betroffen.

Der Betroffene hat häufig ein noch gut erhaltenes **Situationsverständnis**, d. h. er kann mithilfe von Weltwissen, nichtsprachlichen Informationen seines Gesprächspartners (Mimik, Gestik, Stimmklang und Sprechmelodie) und Wissen über Gesprächsregeln einen Sinnzusammenhang erschließen und angemessen reagieren.

Fallen all diese unterstützenden Aspekte weg, ist das reine Wortverständnis von Sprache wesentlich schlechter. Häufig verfügen aphasische Personen nur noch über ein sogenanntes »**Schlüsselwortverständnis**«.

Das bedeutet, dass nur noch einzelne, inhaltstragende Stichworte (»Tabletten«, »einnehmen«) verstanden werden und darüber versucht wird, den Sinn des Gesagten zu ermitteln. Weniger inhaltstra-

gende Wörter (»heute«, »weniger«, »aus dieser« Packung) oder grammatikalische Zusammenhänge können jedoch nicht mehr entschlüsselt werden.

Ein Betroffener:

„Als ich aus dem Koma erwachte, bemerkte ich, dass ich meinen rechten Arm und mein rechtes Bein nicht bewegen konnte. Ich wollte aufstehen, aber es ging nicht. Mir wurde klar, dass ich in einem Krankenhaus lag. Endlich kam die Visite und ich sagte dies dem Arzt und den Schwestern. Ich wollte wissen, warum und was mit mir passiert sei. Aber man lachte nur und sprach für mich Worte, die ich nicht begreifen konnte. Ich habe mich noch nie so hilflos und verlassen gefühlt.“



Schwierigkeiten beim Lesen

Bei der Fähigkeit »Lesen« muss man unterscheiden zwischen **lautem Lesen** (»Vorlesen«) und dem **Verstehen des Gelesenen**. Beides ist unabhängig voneinander: Es gibt Betroffene, die zwar nicht laut lesen können, weil sie die passenden Wörter oder Laute nicht finden, aber sehr wohl verstehen, was sie lesen. Andersherum können manche aphasische Personen fast fehlerfrei laut lesen, ohne den Sinn des Gelesenen zu verstehen.

Beim lauten Lesen können die Betroffenen ähnliche Fehler machen wie beim Sprechen. Es kann also auch hier zu Lautfehlern, Wortfehlern und Satzfehlern kommen.

Als Sprachgesunder können Sie die Schwierigkeiten nachvollziehen, wenn Sie sich vorstellen, dass Sie eine Fremdsprache lernen, aber noch nicht vollständig beherrschen. Sie lesen einen Text in dieser Sprache laut vor, kennen und verstehen die Vokabeln, die darin vorkommen, aber Sie sind in der Aussprache und in der Verwendung der richtigen Laute noch nicht sicher.

Die Schwierigkeiten beim sinnentnehmenden Lesen sind ähnlich wie die Probleme beim Sprachverstehen. Manche Betroffene verstehen einzelne Wörter nicht, andere können einem geschriebenen Text oder einigen Sätzen überhaupt keinen Sinn entnehmen.

Hier können Sie sich vorstellen, dass Sie zum Beispiel einen lateinischen Text fehlerfrei vorlesen können, aber ihn nicht verstehen – es sei denn, Sie haben das große Lateinum. Oder Sie können ein bisschen Latein verstehen, aber

nicht jedes Wort, sodass Sie sich anhand der »Schlüsselwörter« den Zusammenhang des Textes »zusammenreimen« müssen.

Sind die Probleme beim Lesen im Vergleich zu den anderen sprachlichen Leistungen besonders groß, spricht »**Alexie**« oder »**Dyslexie**«.



Ein Betroffener:

„Als ich vom Krankenhaus zurück nach Hause kam, konnte ich die Fragen meiner Frau nicht beantworten. Immer wieder schrieb sie mir auf einen Zettel Wörter – oder waren es sogar ganze Sätze – auf. Wie sollte ich ihr denn nur klarmachen, dass ich auch nicht mehr lesen konnte. Beide waren wir entsetzt, als ich schreiben wollte und nur ein unleserliches Gekritzeln zu Papier brachte.“

Schwierigkeiten beim Schreiben

Auch hier muss zwischen zwei Fähigkeiten unterschieden werden: Das eine ist die Fähigkeit, Gedanken in geschriebene Sprache umzusetzen, also die passenden

Wörter und Buchstaben zu finden und Rechtschreibregeln anzuwenden. Dabei machen aphasische Personen ähnliche Fehler wie beim Sprechen: Sie schreiben beispielsweise ein falsches Wort auf oder die Buchstaben in Wörtern werden vertauscht, ausgelassen oder hinzugefügt. Es kann auch sein, dass der Betroffene ein Wort so schreibt wie man es spricht, ohne die Rechtschreibregeln (Orthografierregeln) zu beachten, z. B. »Schtraße« statt »Straße« oder »Sane« statt »Sahne«. Bei sehr schweren Störungen des Schreibens ist es den Betroffenen oftmals nicht mehr möglich, Wörter oder Buchstaben auch nur abzuschreiben (zu kopieren), geschweige denn, selbstständig Buchstaben zu einem Wort zu verbinden. Sind die Probleme beim Schreiben im Vergleich zu den anderen sprachlichen Leistungen besonders groß, spricht man von einer »**Agraphie**« oder »**Dysgraphie**«. Die andere Fähigkeit ist der **motorische Schreibvorgang**, der betroffen sein kann. Viele von Schlaganfall betroffene Menschen haben eine Lähmung der rechten Hand und/oder des rechten Armes. Da die meisten Menschen Rechtshänder sind, müssen viele aphasische Personen beim Schreiben »auf links umschulen«, was anfangs eine große motorische Umstellung darstellt. Bei den Betroffenen, die noch mit der gewohnten, aber gelähmten Hand, also meistens mit rechts, schreiben können, sieht die Schrift häufig ungenau oder unleserlicher aus. Schwierigkeiten beim Schreiben, die aufgrund mangelnder Feinmotorik oder Kraft der Hand entstehen, müssen vom Physio oder Ergotherapeuten behandelt werden.

Schwierigkeiten mit Zahlen und Daten

Viele Betroffene haben neben den sprachlichen Schwierigkeiten auch Probleme im Umgang mit Zahlen und Daten. Sie können z. B. Zahlensymbole nicht mehr lesen oder verwechseln Zahlenwörter. Es gelingt ihnen nicht mehr, Tagesdatum oder Geburtsdatum korrekt anzugeben oder aufzuschreiben.

Häufig handelt es sich hierbei um Abruf- und/oder Verstehensprobleme bei Zahlenwörtern. Der Wert einer Zahl oder eines Betrages ist den Betroffenen jedoch nach wie vor klar.

Es kann aber sein, dass einfache Rechenaufgaben wie beispielsweise Addieren oder Subtrahieren aufgrund der Unsicherheiten im Umgang mit Zahlenwörtern fehlerhaft oder gar nicht mehr durchgeführt werden können. Man spricht in diesem Zusammenhang von »**Akalkulie**« oder »**Dyskalkulie**«.

Eine Betroffene:

(aus: I. Tropp-Erblad: »Katze fängt mit S an.«)

„Eine Patientin fragte mich, wie alt ich sei. ‚Vierundsiebzig‘ antwortete ich. Sie wollte es mir nicht glauben, aber ich sagte, doch, es stimme. Sie wiederholte, was ich gesagt hatte. Da hörte ich, dass es falsch war und berichtigte mich. Anfangs war es mir unmöglich zu sagen, wie spät es war. Es wurde immer falsch. Wenn ich ‚halb eins‘ sagen wollte, sagte ich z. B. ‚neun‘. Es kamen Zahlen. Aber ich hörte selbst, dass sie nicht richtig waren.“

Aphasie bei Kindern und Jugendlichen

Der Begriff »kindliche Aphasie« ist nicht ganz unumstritten, da die Diagnose einer Aphasie einen vollendeten Spracherwerb voraussetzt. Zu welchem Zeitpunkt der Spracherwerb vollständig abgeschlossen ist, darüber sind sich die Forscher nicht einig: Manche setzen ihn mit dem Schuleintrittsalter an, manche erst mit Beginn der Pubertät.

Auf jeden Fall ist auch eine kindliche Aphasie immer als erworbene Sprachstörung zu verstehen, d. h. dass sich bis zum Zeitpunkt der Erkrankung die Sprache normal entwickelt hat..

Meist werden Aphasien im Kindes- und Jugendalter durch Schädel-Hirn-Traumen verursacht, aber auch durch Schlaganfälle, Hirntumore oder Hirnentzündungen. Eine besondere Form der kindlichen Aphasie geht mit dem Landau-Kleffner-Syndrom einher, das durch Krampfanfälle und Sprachstörungen gekennzeichnet ist. Jungen sind davon doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

Insgesamt haben Aphasien bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der noch nicht vollendeten Hirnreifung eine höhere Chance auf Heilung als bei Erwachsenen. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass sich Nervenzellen neu vernetzen und

gesunde Hirngebiete Sprachfunktionen übernehmen, ist in einem jüngeren Lebensalter größer als in einem fortgeschrittenen Lebensalter.

Sprachstörungen bei Demenz

Sprachstörungen können auch im Rahmen demenzieller Erkrankungen auftreten, sind jedoch häufig nicht so einheitlich als »Bild« oder Syndrom zu beschreiben wie Aphasien nach Schlaganfall. Häufig können Wortfindungsstörungen eine Demenz ankündigen. Im weiteren Verlauf kommt es bei den Betroffenen neben den Gedächtnisstörungen und Wortfindungsstörungen auch zu Wortwahlfehlern und zunehmenden Schwierigkeiten, die Bedeutung von Sprache zu erfassen. Personen mit Demenz fallen in der Kommunikation dadurch auf, dass sie häufig Floskeln verwenden, vom Thema abdriften, Äußerungen wiederholen und ihre sprachlichen Fehler nicht mehr bemerken.



Ursachen einer Aphasie

Schlaganfälle/Hirngefäßkrankungen

Unter dem Sammelbegriff Schlaganfall oder Hirngefäßkrankungen werden einerseits Durchblutungsstörungen (Ischämie) des Gehirngewebes, andererseits eine Hirnblutung (Hämatom, Hämorrhagie) verstanden. Der Schlaganfall (Apoplex, Insult, Infarkt) ist die häufigste Ursache für eine Aphasie, wenn er die sprachdominante Hirnhälfte (bei den meisten Menschen links) betrifft.

Beide Hirnhälften werden durch verschiedene Arterien mit Blut versorgt; im Bereich des Sprachzentrums ist es die (meist) linke mittlere Hirnarterie. Ist diese hauptversorgende Arterie oder eine ihrer vielen Verzweigungen betroffen, können die Zellen des Sprachzentrums nicht länger mit Sauerstoff und Blutzucker versorgt werden. Eine Durchblutungsstörung mit nur vorübergehenden Beschwerden wird bei einer Dauer bis zu 24 Stunden als transitorische ischämische Attacke (TIA)

bezeichnet. Bei einer längeren Dauer spricht man von einem prolongierten oder partiell reversiblen ischämischen neurologischen Defizit (PRIND). Hält eine Unterbrechung oder starke Verminderung der Hirndurchblutung über einen längeren Zeitraum an, kommt es zum irreversiblen Zelltod. Es entsteht ein Gewebsdefekt (Hirnin-farkt), der nicht mehr regenerierbar ist. Man unterscheidet weiter zwischen einem Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn und einer Blutung. Zu einem **Verschluss** eines Blutgefäßes kommt es, wenn sich durch Kalkablagerungen das Gefäß so weit verengt, dass kein Blut mehr hindurchgelangen kann oder wenn im Bereich über der Kalkablagerung das Gefäß plötzlich durch einen Blutpfropf verstopft wird (Thrombose). Entsteht aufgrund einer Herzerkrankung ein solches Blutgerinnsel im Herzen oder in einem anderen großen Blutgefäß (**z. B. in der Halsschlagader**), löst sich dann das Gerinnsel und verschließt ein Hirngefäß, spricht man von einer Embolie.

Bei einer **Hirnblutung** zerreißt ein porö-

ses Blutgefäß im Hirn, sodass das Blut in das umliegende, gesunde Hirngewebe fließt und dort Hirnzellen zerstört. Begünstigt werden solche Hirngefäßkrankungen durch sogenannte **Risikofaktoren**. Dazu zählen Bluthochdruck, Herzerkrankungen, schon einmal aufgetretene Durchblutungsstörungen des Gehirns, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, starkes Rauchen, Bewegungsmangel sowie die Einnahme der Antibabypille. Häufig kommen bei einem Schlaganfall mehrere Risikofaktoren zusammen. Die Annahme, dass ein Schlaganfall nur alte Menschen treffen kann, ist falsch. Zunehmend jüngere Personen leiden an Gefäßkrankungen und müssen mit den Folgen kämpfen. Natürlich ist das Wissen um die Risikofaktoren bzw. um das ganz **persönliche Schlaganfall-Risiko** lohnenswert, um überhaupt das Auftreten einer Hirngefäßkrankung zu vermeiden. Aber auch nach einem erlittenen Schlaganfall lohnt es sich, die individuellen, kritischen Lebensgewohnheiten oder begünstigende Faktoren zu kennen und zu kontrollieren, um einem weiteren Schlaganfall vorzubeugen! *

Schädel-Hirn-Verletzungen

Zu einer Schädel-Hirn-Verletzung (Schädel-Hirn-Trauma) kommt es im Rahmen von Gewalteinwirkungen oder Unfällen, die vor allem den Kopf

betreffen. Eine Aphasie entsteht dann, wenn die Verletzung eine Gefäßblutung oder eine Schwellung des Gehirns, vornehmlich im Bereich des Sprachzentrums auslöst. Besonders junge Erwachsene oder Jugendliche werden aufgrund von Verkehrsunfällen zu Opfern von Schädel-Hirn-Verletzungen.

Hirntumoren

Weniger häufig können Hirntumore zu einer Aphasie führen, wenn sie den sprachdominanten Hirnbereich betreffen. Je nach Sitz und Größe des Tumors, und je nachdem, ob er gutartig oder bösartig ist, wird über eine Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung des Tumors entschieden. Sowohl durch den Tumor als auch durch eine operative Entfernung kann gesundes Zellgewebe zerstört oder verdrängt werden. Hierdurch kann es zu Störungen der entsprechenden Funktionen (z. B. Sprache) kommen.

Alterungs- und Abbauprozesse des Gehirns

Bei alters- oder krankheitsbedingten Abbauprozessen des Gehirns (z. B. Demenz) kann es dazu kommen, dass auch Sprachfunktionen beeinträchtigt werden. In ihrer Auswirkung sehen diese Sprachstörungen häufig wie typische aphasische Symptome aus. Streng genommen spricht man von

Ursachen einer Aphasie:

Schlaganfälle / Hirngefäßkrankungen (Gefäßverschlüsse / Gefäßblutungen)	80 Prozent
Schädel-Hirnverletzungen	10 Prozent
Hirntumoren	7 Prozent
Alterungs- und Abbauprozesse des Gehirns	1 Prozent
Hirnentzündungen	1 Prozent
Sauerstoffmangel	1 Prozent

* Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hat ihren Online-Risikotest überarbeitet. Jederzeit und kostenlos können Sie Ihr persönliches Risikoprofil ermitteln. Nehmen Sie sich dafür 10 bis 15 Minuten Zeit. Jetzt testen unter **[schlaganfall-test.de](https://www.schlaganfall-test.de)**



treten kann. Wird durch die Hirnentzündung Gewebe betroffen, das Sprachfunktionen trägt, kann es zu aphasischen Störungen kommen.

Auch nach einem Sauerstoffmangel des Gehirns z. B. bei einem Herzstillstand kann es zu sprachlichen Ausfällen kommen. Hat das Gehirn eines Menschen einen längeren Sauerstoffmangel erlitten (z. B. nach einer Wiederbelebung) oder liegt eine Person längere Zeit im Koma, ist davon auszugehen, dass nicht nur sprachliche Leistungen in Mitleidenschaft gezogen sind, sondern häufig ganz grundlegende Funktionen wie Auf-

einer Aphasie aber nur, wenn eine umschriebene Hirnverletzung vorliegt und wenn das verletzende Ereignis zeitlich begrenzt ist – so zum Beispiel wie bei einem Schlaganfall, der einmalig auftritt und eine bestimmte Hirnarterie betrifft.

Ein Hirnabbauprozess ist dagegen in der Regel fortschreitend und dehnt sich auf mehrere Hirnregionen aus, sodass man von einer kontinuierlichen Verschlechterung der Leistungen ausgehen muss (siehe S. 13, Sprachstörungen bei Demenz).

Hirnentzündungen und Sauerstoffmangel

Eine der selteneren Ursachen von Aphasien ist die Hirnentzündung (z. B. Gehirnhautentzündung), die u. a. im Rahmen einer anderen Erkrankung auf-

merksamkeit, Wachheit oder Schlucken wiedererlernt werden müssen.

Aufgrund der schwerwiegenden Folgen von Sauerstoffmangel für das Gehirn zählt bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall jede Minute; eine schnelle und fachkompetente Akutversorgung ist (über)lebenswichtig.

Kommunikationsstrategien bei Aphasie für Betroffene und Angehörige

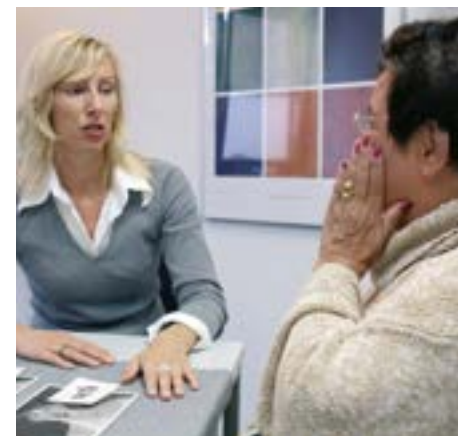
Wie verhalte ich mich als Gesprächspartner einer aphasischen Person? Wie kann ich dem Betroffenen am besten helfen, sich mitzuteilen? Wie kann ich mit meiner eigenen Hilflosigkeit umgehen?

Dies sind typische Fragen, die sich Angehörige und Freunde aphasischer Personen stellen, wenn sie immer wieder erleben, wie schwierig Gespräche geworden sind.

Mit den folgenden Tipps möchten wir Ihnen Mut machen, die Kommunikation zum Betroffenen aufrechtzuerhalten und nicht aufzugeben.

Die Aphasie betrifft immer beide Gesprächspartner, den Betroffenen, aber auch den Sprachgesunden. Deshalb können für die Kommunikationspartner von aphasischen Personen Hinweise zur Gesprächsführung nützlich sein, um die Schwierigkeiten in der Kommunikation besser zu bewältigen. Ebenfalls können die von Aphasie Betroffenen durch das Beachten einiger Verhaltensweisen dazu beitragen, dass die Kommunikation erfolgreicher verläuft. Auch wenn sie durch die sprachli-

chen Defizite eingeschränkt sind, ist es wichtig, dass sie die Verantwortung für das Gelingen eines Gespräches nicht abgeben, sondern versuchen, sich auf die



Was Sie als **Betroffener** beachten können:

Nichtverstehen signalisieren! Geben Sie Ihrem Gesprächspartner durch ein Wort oder ein nichtsprachliches Zeichen Bescheid, wenn Sie ihn nicht verstanden haben, so können Missverständnisse vermieden werden.

Halten Sie **Blickkontakt** zu Ihrem Gesprächspartner, damit Sie zusätzlich gestische oder mimische Informationen aufnehmen können.

Haben Sie **Geduld** mit sich selbst und mit Ihren Gesprächspartnern. Nicht aufgeben! Wenn Sie etwas nicht vermitteln können, versuchen Sie es später noch einmal.

Informieren Sie **fremde** Gesprächspartner ggf. kurz über Ihre Sprachschwierigkeiten oder halten Sie eine Karte bereit, auf der alle notwendigen Informationen ablesbar sind (siehe oben Bestellmöglichkeit „Kommunikationskarte“ Aphasie).

Inhalt vor Form! Versteifen Sie sich nicht zu sehr auf sprachliche „Formfehler“, die Ihnen unterlaufen. Wichtig ist, dass Sie vermitteln können (z. B. auch auf nichtsprachlichem Wege), was Sie wollen!

Setzen Sie alles an **Kommunikationsmitteln** ein, was Ihnen zur Verfügung steht (Gesten, Mimik, auf etwas deuten, Lautmalerei, Aufzeichnen oder Aufschreiben).

Haben Sie **Mut** sich mitzuteilen, ergreifen Sie Initiative! Ein Gespräch besteht immer aus zwei Personen, Ihr Gesprächspartner wird versuchen, Ihnen weiterzuhelfen!

veränderte Situation einzustellen. Die folgenden Hinweise und Strategien sind nicht als „Patentrezept“ für die Kommunikation zu verstehen. Sie sollten je nach Schweregrad und Form

der Aphasie, aber auch den persönlichen und zwischenmenschlichen Voraussetzungen entsprechend, individuell zwischen zwei Gesprächspartnern angewendet werden.

Bestellmöglichkeit:

Die Kommunikationskarte „Ich hatte einen Schlaganfall“ soll Betroffenen in Alltagssituationen als Unterstützung dienen und die Kommunikation erleichtern. Sie kann im Service- und Beratungszentrum bestellt werden.



Was Sie als **Angehöriger** beachten können:

- Die eigene **Sprache** auf die Verständnisschwierigkeiten einstellen (z. B. einfachen Satzbau verwenden, Ja/Nein-Fragen stellen usw.)
- **Verständnis sichern** („Hast du das gemeint?“) ggf. auch durch kurzes Berühren Aufmerksamkeit gewinnen
- **Nichtsprachliche Kommunikation** einsetzen (Gestik, Mimik, Lautmalerei, Benutzung von Hilfsgegenständen, Aufzeichnen oder Aufschreiben) Was der Betroffene nicht verstanden hat, **wiederholen** oder anders ausdrücken, Geduld haben, Pausen aushalten, dem Betroffenen Zeit geben, selbst auf das Gesuchte zu kommen.
- Auf **Hilfesignale** achten (z. B. Aufnahme des Blickkontaktes) und erst dann sprachliche Unterstützung anbieten („Soll ich dir weiterhelfen?“)
- Das **Thema** des Gesprächs durch ein prägnantes Schlüsselwort ankündigen („Ich möchte mit dir über den Arzt sprechen.“)
- Sprechen Sie auch im Beisein von mehreren Personen möglichst **mit** dem Betroffenen, nicht **über** ihn! Versuchen Sie ihn, wo es möglich erscheint, **in das Gespräch mit einzubeziehen**. Fassen Sie längere Gesprächsabschnitte für den Betroffenen zusammen. („Wir sprechen gerade über den nächsten Kegelabend. Kannst du dir vorstellen, mitzukommen?“)
- Vermeiden Sie „Babysprache“! Behandeln Sie den Betroffenen nach wie vor als **erwachsenen und ernst zu nehmenden Gesprächspartner**.

2 Dysarthrophonie

Was bedeutet Dysarthrophonie?

Dysarthrophonie ist eine Sprechstörung, die durch eine Hirnverletzung oder -erkrankung verursacht wird. Der Begriff setzt sich aus der Vorsilbe »Dys-« für Störung und dem griechischen »arth-rein« für Artikulieren zusammen. Man findet häufig auch den Begriff »Dysarthrie«; dies ist eine ältere Fachbezeichnung und meint dasselbe Störungsbild.

Bei einer Dysarthrophonie kommt es zu mehr oder weniger ausgeprägten Beeinträchtigungen der Lautbildung (Artikulation), der Stimmgebung und der Sprechatmung. Die Betroffenen sprechen beispielsweise verwaschen und undeutlich, mit heiserer oder leiser Stimme, und müssen beim Sprechen häufiger Luft holen als vor der Erkrankung. Aphasien und Dysarthrophonien können auch gemeinsam auftreten.

Störungen (Symptome) bei Dysarthrophonie

Unsere Sprechbewegungen, die Stimmgebung, der zum Sprechen benötigte Atemstrom – all das wird in seinem komplexen Zusammenspiel von verschiedenen Stellen des Gehirns gesteuert. Je nachdem, welche Bereiche des Gehirns nun durch eine Schädigung betroffen wurden, können die entsprechenden Funktionen eingeschränkt sein oder ganz ausfallen.

Im Folgenden wird erläutert, zu welchen Störungen es bei einer Dysarthrophonie



in den verschiedenen Bereichen des Sprechvorgangs kommen kann. Dabei muss eine Person mit Dysarthrophonie nicht alle Symptome aufweisen; auch die Stärke oder Ausprägung der einzelnen Symptome kann von Störungsbild zu Störungsbild unterschiedlich sein. Das hängt mit der Art, dem Ort und dem Ausmaß der zugrunde liegenden Hirnverletzung zusammen.

Störungen der Lautbildung (Artikulation)

An der Bildung der Sprachlaute sind die Muskeln von Kiefer, Lippen, Gesicht, Zunge und Gaumensegel beteiligt. Für das Sprechen des Lautes /t/ beispielsweise muss die Zungenspitze schnell und mit Druck an den oberen Zahndamm geführt und wieder abgestoßen werden; der Luftstrom wird dadurch kurz gestaut und explodiert dann sozusagen im t-Laut. Bei der Bildung eines /n/ wird die Zungenspitze am selben Ort im Mund benötigt; die Luft muss jedoch dabei durch die Nase strömen, damit der Laut nasal klingt. Sind nun die an der Bildung der Laute beteiligten Muskeln durch eine Lähmung beeinträchtigt, gelingt es den Betroffenen häufig nicht, die Laute sauber und korrekt zu bilden.

Durch die eingeschränkte Beweglichkeit oder auch durch zu starken Druck der Sprechmuskeln sprechen Menschen mit Dysarthrophonie die Laute zu schwach oder zu stark aus, sie nuscheln und sind insgesamt nur schwer in ihrer Aussprache zu verstehen.

Ist das Gaumensegel (Velum) betroffen, der hintere weiche Teil des Gaumens mit dem »Zäpfchen«, können Probleme bei

der Luftstromregulierung auftreten. Die Luft, die für den Großteil der Laute zum Sprechen im Mund benötigt wird, entweicht durch den mangelnden Abschluss des Gaumensegels nun durch die Nase. Dadurch entsteht ein charakteristischer näselnder Sprechklang (Hypernasalität).

Störungen der Stimmgebung (Phonation) und der Sprechmelodie (Prosodie)

Die menschliche Stimme wird im Kehlkopf durch das Schwingen der Stimmlippen (auch Stimmbänder) erzeugt. Werden durch eine Hirnschädigung die Nerven verletzt, die die Kehlkopfmuskulatur versorgen, kommt es zu Störungen der Stimmgebung. Der veränderte Spannungszustand der Stimmlippen kann zu Schwankungen oder Sprüngen in der Tonhöhe bis hin zu einer ganz anderen Stimmlage führen (tiefere oder höhere Stimme als vorher). Die Stimme kann heiser, rau oder gepresst klingen. Durch eine gestörte Steuerung der Atemluft kann die Stimme aufgrund von zu schwachem oder zu starkem Luftdruck zu leise oder zu laut sein oder in ihrer Lautstärke schwanken.



Störungen der Sprechatmung (Respiration)

Auch die Atmung, maßgeblich unterstützt vom großen Atemmuskel, dem Zwerchfell, wird durch Hirnnerven gesteuert. Beim Sprechen ist die Anforderung besonders groß, da die Ausatemluft in ausreichender Länge bereitgestellt und mit den Sprechphrasen koordiniert werden muss.

Nach einer Hirnschädigung kann es besonders beim Sprechen zu Störungen der Atmung kommen. Die Betroffenen haben nicht mehr ausreichend Luft zum Sprechen und müssen häufiger Sprechpausen einlegen, um neu einzuatmen. Es entsteht bei einigen Personen mit Dysarthrophonie eine sogenannte Schnappatmung; manchmal wird sogar die Einatmung zum Sprechen genutzt (inspiratorisches Sprechen). Wird die Luft beim Sprechen nicht gleichmäßig, sondern unkontrolliert abgegeben, entsteht ein abgehacktes oder ruckartiges Sprechen.

Störungen der Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur und Mimik

Die Gesichtsmuskulatur ist weniger für den Sprechvorgang als für die mimische

Begleitung desselben zuständig. Auch diese kann bei einer Hirnverletzung beeinträchtigt sein, besonders häufig kommt eine verringerte Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur bei der Parkinson'schen Krankheit (Morbus Parkinson) vor. Die Betroffenen zeigen eingeschränkte mimische Bewegungen bis hin zum völligen Fehlen jeglicher Mimik. Es kommt zum sogenannten »Maskengesicht«. Von Gesprächspartnern wird das Fehlen der unterschiedlichen Gesichtsausdrücke missgedeutet als Fehlen innerer Beteiligung des Betroffenen am Gespräch oder als »Gefühlsarmut«. Dies ist nicht der Fall; die an Parkinson Erkrankten können ihren Gefühlen nur über die Mimik keinen Ausdruck verleihen. Auch wenn Menschen mit einer Dysarthrophonie nicht nach Worten suchen müssen oder Schwierigkeiten haben, einen Satz zu bilden wie bei der Aphasie, sind sie doch in ihrer alltäglichen Kommunikation eingeschränkt. Ihre veränderte Sprechweise fällt in ihrer Umgebung auf; häufig werden sie dadurch von ihren Mitmenschen als »behindert«, »betrunken« oder als »Ausländer« stigmatisiert. Die Kommunikation verläuft mühevoll und angestrengt, da Personen mit Dysarthrophonie häufig nicht verstanden werden. Bei sehr schweren Störungen des Sprechens muss auf alternative Mittelungswege ausgewichen werden. Dazu zählen zum Beispiel Aufschreiben, elektronische Schreib- und Sprechhilfen oder Kommunikationstafeln. Die meisten der aufgeführten Ursachen für eine Dysarthrophonie sind dieselben wie für eine Aphasie (siehe S. 14: Ursachen einer Aphasie). Eine Ausnahme

bildet hier der weitaus größere Anteil der fortschreitenden neurologischen Erkrankungen, bei denen häufig Sprech- und auch Schluckstörungen auftreten. Der Verlauf einer Dysarthrophonie ist grundsätzlich abhängig von der Art der verursachenden Erkrankung. Handelt es sich um ein einmaliges Krankheitsereignis wie einen Schlaganfall oder eine Schädel-Hirn-Verletzung, kann man von einer Besserung oder sogar Wiederherstellung der Sprechfunktionen ausgehen.

Bei einer zugrunde liegenden Erkrankung mit fortschreitendem (progressivem) Absterben von Hirnzellen muss eher mit einer Verschlechterung des Sprechens gerechnet werden. Trotzdem sind auch bei diesen Arten von Dysarthrophonie begleitende therapeutische Maßnahmen (z. B. Logopädie, Physiotherapie) sinnvoll, um die verbliebenen Fähigkeiten so lange wie möglich zu erhalten, oder um rechtzeitig zusätzliche Mittel der Kommunikation einzuüben.

Ursachen einer Dysarthrophonie:

- Schädel-Hirn-Verletzungen, infolgedessen Prellungen, Blutansammlungen, Ödeme oder Minderdurchblutung von Hirnstrukturen
- Schlaganfälle / Hirngefäßerkrankungen
Gefäßverschlüsse / Gefäßblutungen
- Fortschreitende neurologische Erkrankungen
 - Multiple Sklerose (MS)
 - Morbus Parkinson
 - Morbus Wilson
 - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
 - Chorea Huntington
- Erkrankungen des Kleinhirns
 - Friedreich'sche Ataxie
 - Zerebelläre Ataxien
- Entzündliche Erkrankungen des Gehirns
 - Enzephalitis
 - Meningitis
- Muskelerkrankungen (z. B. Myasthenia gravis)
- Nach Sauerstoffmangel des Gehirns bei Herzstillstand (z. B. nach Wiederbelebung)



Kommunikationsstrategien bei Dysarthrophonie für Betroffene und Angehörige

Was Sie als Betroffener beachten können:

- Sehen Sie Ihre veränderte Sprechweise als Folge Ihrer Erkrankung; Ihr Sprechen ist nichts, wofür Sie sich schämen müssten. Versuchen Sie, die Kommunikationssituationen Ihren Fähigkeiten entsprechend zu steuern. Bedenken Sie, dass nicht jeder Gesprächspartner Ihre Situation kennt bzw. sie versteht.
- **Lärm abstellen!** Versuchen Sie, bei einer hohen Geräuschkulisse nicht lauter zu sprechen, um den Lärm zu übertönen. Wenn möglich, stellen Sie den Lärm ab oder entfernen Sie sich von der Lärmquelle. Setzen Sie notfalls alternative Kommunikationsstrategien wie Gestik / Zeigen oder Schreiben ein.
- **Kontakt herstellen!** Halten Sie in Gesprächen immer Blickkontakt zu Ihrem Gesprächspartner, damit Missverständnisse schneller auffallen. Erreichen Sie die Aufmerksamkeit eines Gesprächspartners durch Nennen seines Namens oder durch kurzes Berühren.
- **Themenwechsel ankündigen!** Kündigen Sie durch ein Schlüsselwort an (z. B. „Besuch“, „Arzttermin“), über welches Thema Sie mit Ihrem Gesprächspartner sprechen möchten. Benutzen Sie diese Schlüsselwörter vor allem, wenn Sie das Thema wechseln, damit Ihr Gesprächspartner Ihnen inhaltlich folgen kann.
- **Körperhaltung!** Achten Sie beim Sprechen auf eine optimale Körperhaltung. Versuchen Sie, möglichst aufgerichtet zu sitzen oder zu stehen.
- **Zeit lassen!** Lassen Sie sich Zeit beim Sprechen. Machen Sie genügend Pausen, um Luft zu holen. Wenn Sie zu viel Speichel im Mund empfinden, schlucken Sie häufiger bewusst den Speichel hinunter. Wenn Ihre Stimme belegt klingt und Sie Schleim im Hals spüren, husten Sie einmal kräftig, schlucken Sie bewusst Ihren Speichel und sprechen Sie dann weiter.

Was Sie als Angehöriger beachten können:

- Sprechen ist ein hochkomplizierter und komplexer Vorgang. Bedenken Sie, dass das Sprechen bei dem Betroffenen nicht mehr mühelos und automatisch abläuft, sondern ungleich mehr Anstrengung, Konzentration und bewusste Kontrolle erfordert, als bei einem gesunden Sprecher!
- **Zeit!**
Versuchen Sie, eine ruhige und entspannte Atmosphäre herzustellen. Falls Sie den Betroffenen nicht verstehen, fragen Sie gezielt nach bzw. wiederholen Sie das, was Sie glauben verstanden zu haben, damit der Betroffene entlastet wird.
- **Nicht unter Druck setzen!**
Ständiges Wiederholenmüssen ermüdet den Betroffenen. Es kann manchmal vorkommen, dass Sie nicht verstehen können, was Ihnen Ihr Gesprächspartner mitteilen will. Bitten Sie ihn, ein Stichwort aufzuschreiben oder versuchen Sie es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal.
- **Inhalt vor Form!**
Durch permanentes Korrigieren erreichen Sie nur, dass Ihr Gesprächspartner entmutigt wird. Wichtiger als die Sprachform ist der Sprachinhalt. Beziehen Sie auch andere „Kanäle“ wie Gestik, Gesichtsausdruck, Gefühle, Situation und Stimmklang mit ein, um herauszubekommen, was der Betroffene Ihnen mitteilen will.
- **Akzeptanz!**
Versuchen Sie, das jetzige Sprechen des Betroffenen zu akzeptieren und vergleichen Sie nicht mit dem früheren Sprechvermögen. Dass der Betroffene jetzt undeutlich spricht, hat nichts mit Willensanstrengung zu tun, sondern ist Folge seiner Erkrankung.
- **Mit einbeziehen!**
Schließen Sie den Betroffenen nicht aus der Kommunikation aus, sondern versuchen Sie, ihn in Gespräche mit einzubeziehen. Reden Sie möglichst nicht für ihn oder über seinen Kopf hinweg, weil es bequemer ist. Helfen Sie ihm, seine Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu bewahren.



3 Dysphagie



Was bedeutet Dysphagie?

Die Dysphagie ist eine erworbene **Schluckstörung**, die durch Hirnverletzung oder -erkrankung sowie durch Muskelerkrankungen zustande kommt. Der gesamte Schluckvorgang von der Nahrungsaufnahme über das Kauen bis hin zum Schlucken kann dabei mehr oder weniger stark beeinträchtigt sein. Sogar das Schlucken des eigenen Speichels kann schwierig sein. Aufgrund von Sensibilitätsstörungen im Mund- und Rachenraum bis hin zum Kehlkopf oder zur Speiseröhre werden

Berührungsreize nicht gespürt, sodass wichtige **Reflexe** (Schluckreflex, Würgreflex) ausfallen oder Schutzfunktionen wie Räuspern und Husten fehlen. Dadurch gelangen feste oder flüssige Speisen in die Luftröhre bzw. in die Atemwege. Im schlimmsten Fall führt dies zu erhöhter Körpertemperatur oder zu einer Lungenentzündung. Dysphagien treten häufig zusammen mit akuten Schlaganfällen, aber auch bei anderen Erkrankungen des zentralen Nervensystems auf und haben im Rahmen der Sprachtherapie absolute Priorität.

Eine schwere Dysphagie ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, deshalb werden die Betroffenen anfangs häufig über eine Nasen- oder Magensonde ernährt.

Der normale Schluckvorgang

Schlucken ist für gesunde Menschen ein selbstverständlicher, automatisch ablaufender Vorgang, über den man nicht



weiter nachdenkt. Tatsächlich ist das Schlucken ein hochkomplexes, fein aufeinander abgestimmtes Zusammenspiel von zahlreichen Muskeln, Hirnnerven sowie Knochen- und Knorpelstrukturen. Der gesamte Schluckakt wird in fünf einzelne Phasen unterteilt.

Die **erste Phase** (präorale Phase) findet noch vor der eigentlichen Nahrungsaufnahme statt, denn auch das Sehen der Speisen, das Ansammeln von Speichel und das Einstellen auf die Nahrungsauf-

nahme gehören bereits zum Schluckvorgang dazu.

In der **zweiten Phase** (orale Vorbereitungsphase) ist die Speise im Mund angekommen und wird durch Kauen, Zermahlen und Einspeicheln für den Transport in die Speiseröhre vorbereitet. In der **dritten Phase** (orale Transportphase) wird der Speisebrei auf der Zunge gesammelt und nach hinten in Richtung Rachen transportiert. Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Ablauf noch willentlich beeinflusst werden; berührt der Speisebrei jedoch die Gaumenbögen, wird der Schluckreflex ausgelöst und der Schluckvorgang läuft automatisch in Bruchteilen von Sekunden ab. In der **vierten Phase** (pharyngeale Phase) wird die Nahrung auf der Zunge in den Rachen befördert. Der hintere, weiche Teil des Gaumens, das Gaumensegel hebt sich, um den Nasenraum vom Mundrachenraum abzuschließen. So kann die Speise nicht in die Nase gelangen, sondern gleitet in Richtung Speiseröhre ab.

Zum Schutz der unteren Atemwege vor Fremdkörpern wird der Kehlkopf und somit die darunter liegende Luftröhre verschlossen: Der sogenannte Kehlkopfdeckel kippt über den Kehlkopfeingang, die beiden Taschenfaltenmuskeln und die beiden Stimmlippen verschließen den Kehlkopf. Dann wird ein ringförmiger Muskel oberhalb des Speiseröhreinganges aufgezogen und die Nahrung kann hineingelangen.

Durch eine wellenförmige Bewegung der Speiseröhre wird die Speise in der **fünften Phase** (ösophageale Phase) in den Magen transportiert.

Der gestörte Schluckvorgang

Durch einen Schlaganfall oder eine andere Hirnschädigung kann der komplizierte Schluckvorgang gestört sein. Wenn zum Beispiel aufgrund von Lähmungen die Speise nicht mehr ausreichend zerkleinert werden oder von der Zunge nach hinten transportiert werden kann, kommt es zu Beeinträchtigungen der ersten und zweiten Schluckphase. Wird aufgrund von Sensibilitätsstörungen die Speise an den Gaumenbögen nicht gespürt, gelangt also keine entsprechende »Meldung« an das Gehirn, wird der Schluckreflex nicht ausgelöst. Entweder kann das Hinunterschlucken der Nahrung gar nicht eingeleitet werden, oder die Nahrung rutscht

unbemerkt in die nicht geschützten Atemwege – sie wird aspiriert. Auch Schutzfunktionen wie Husten oder Würgen, die bei gesunden Menschen sofort einsetzen, wenn sie sich verschluckt haben, können bei Personen mit Dysphagie gestört sein oder ausfallen. Gleich einer hochsensiblen Maschine genügt ein defektes »Zahnradchen«, um den Gesamttablauf aus dem Gleichgewicht zu bringen. Eine Dysphagie führt nicht nur zu einer immensen psychischen Belastung für den Betroffenen, sondern kann in ihrer extremen Auswirkung lebensbedrohlich sein. Daher ist es von großer Bedeutung, eine Dysphagie so rechtzeitig wie möglich zu erkennen und zu behandeln.



Daran können Sie eine Schluckstörung erkennen

Spezifische Hinweise:

- Deutlich verlangsamte Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme
Bestimmte Nahrungsmittel bzw. ihre Zubereitungszustände bereiten besondere Probleme beim Essen / Schlucken (z. B. körnige, bröselige, krümelige oder faserige Nahrungsmittel wie Müsli, Kekse, Knäckebrot, Fleisch oder besonders das Schlucken von Flüssigkeiten)

Häufiges Verschlucken

- Häufige Hustenanfälle und Atemnot während des Schluckens, häufiges Husten und Räuspern auch unabhängig von den Mahlzeiten, wie z. B. bei Veränderung der Körperposition
- Rückfluss von Speichel, Flüssigkeit oder Nahrung aus Mund oder Nase
- Druck- / Kloßgefühl im Halsbereich nach dem Essen
- Feucht-gurgelnder Stimmklang oder Stimmlosigkeit
- Der Geschmack verzehrter Nahrung ist noch stundenlang im Rachenraum präsent oder es kommt zum späteren, unerwarteten Hervorbringen von Speiseresten
Verbleibende Speisereste im Mundraum (in den Wangentaschen oder am Gaumen)

Unspezifische Hinweise:

- Nahrungsverweigerung
- Stetige Gewichtsabnahme
- Häufige Infektionen der Atemwege / Lungenentzündungen unklaren Ursprungs / unklare Fieberschübe
- Austrocknung
- Verminderung der Wachheit, Apathie

Ursachen einer Dysphagie:

- Schlaganfälle / Hirngefäßerkrankungen (vor allem Gefäßverschlüsse)
- Neurologische Erkrankungen
(Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose)
- Erkrankungen des Hirnstamms, der Hirnnerven und des Kleinhirns
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- Hirntumore
- Muskelerkrankungen (Spinale Muskelatrophie, Myasthenia gravis)
- Hirnentzündungen

Für eine Dysphagie kommen im neurologischen Bereich ähnliche Ursachen infrage wie für eine Aphasie oder eine Dysarthrophonie (siehe S. 14, Ursachen einer Aphasie). Das heißt, dass aufgrund einer Hirnschädigung wie zum Beispiel Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Verletzung die zentrale Steuerung des Schluckvorganges gestört ist. Zusätzlich kann eine Dysphagie aber auch durch Erkrankungen des peripheren Nervensystems, durch Störungen der Signalüberleitung Nerv – Muskel oder durch Erkrankungen der Muskulatur selbst hervorgerufen sein. Zuletzt ist es möglich, dass die Fähigkeit zu schlucken durch Tumore oder Operationen im Mund- und Rachenbereich beeinträchtigt ist.

Die Bedeutung einer Dysphagie für den Betroffenen

An einer Dysphagie zu leiden, bedeutet nicht nur, nicht schlucken zu können. Es bedeutet, die Kontrolle über einen hochautomatischen und vermeintlich selbstverständlichen, körperlichen Vorgang verloren zu haben – mit weitreichenden Folgen!

Besteht eine schwere Dysphagie mit der Gefahr, dass Speisen in die Atemwege gelangen, ist die Gesundheit bzw. das Leben bedroht.

Über eine Sonde ernährt zu werden, bedeutet, für geraume Zeit nicht schmecken und Essen sowie Trinken nicht spüren oder genießen zu können. Die Einschränkungen, die Betroffene durch eine Dysphagie erfahren, haben einen **hohen Verlust an Lebensqualität** zur Folge. Wenn Essen und Trinken zur

qualvollen und angstbesetzten Prozedur wird, werden Mahlzeiten zur lebenserhaltenden Maßnahme und notwendigen Kalorienzufuhr – die Lust am Essen und der Genuss sind nicht mehr vorhanden. Da sich die Betroffenen häufig für ihr unästhetisches Essverhalten schämen oder für den Schluckvorgang die volle Konzentration benötigen, ohne abgelenkt zu werden, fällt durch isolierte Mahlzeiten auch der **soziale Aspekt** des Essens weg. Für gesunde Menschen ist Essen in Gesellschaft selbstverständlich, Mahlzeiten und Gespräche sind untrennbar miteinander verbunden, und Essen und Reden laufen häufig gleichzeitig ab. Leider werden noch immer in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen Dysphagien nicht (oder nicht rechtzeitig) erkannt. Dabei ist eine **frühzeitige und kompetente** Behandlung dieses Störungsbildes sehr wichtig, damit die Betroffenen möglichst schnell diese grundlegende und lebenserhaltende Funktion wiedererlangen oder zumindest verbessern können. Darüber hinaus können durch eine professionelle Beratung Unterstützung gezielt eingesetzt werden und oftmals schon Entlastung bieten.

Essregeln bei Dysphagie

Grundsätzlich gilt: Eine Dysphagie sollte immer von einem Fachmann, d. h. von einem Logopäden, Sprachtherapeuten oder Ergotherapeuten behandelt werden. Wünschenswert ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen behandelnden Fachdisziplinen (Therapeuten, Ärzte, Psychologen, Ökotrophologen, Pflegepersonal). Durch einen

Facharzt für Neurologie, Radiologie und/oder Hals-Nasen-Ohren Heilkunde können Art und Verlauf einer Dysphagie mit

entsprechenden bildgebenden Verfahren (Endoskopie, Röntgen, Sonografie) dargestellt und beurteilt werden.

Generell sollte dem Betroffenen keine Nahrung auf oralem Wege (durch den Mund) verabreicht werden, wenn nicht folgende vier wesentliche Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Betroffene sollte in der Lage sein, seinen eigenen Speichel vollständig und sicher zu schlucken, was zeigt, dass der Schluckreflex vorhanden ist und die Gefahr einer Lungenentzündung minimiert.
- Der Hustenreflex muss vorhanden sein. Er ermöglicht dem Betroffenen, seine unteren Atemwege zu schützen.
- Der Betroffene darf keine Lungenentzündung haben oder Temperaturen, die auf eine Aspiration (Gelangen von Speiseresten in die Atemwege) hinweisen.
- Der Betroffene sollte ausreichend wach sein und sich in einem ausreichend guten Allgemeinzustand befinden.

Wenn der Betroffene in der Lage ist, über den Mund Nahrung aufzunehmen, können folgende Essregeln hilfreich sein:

- Eine aufrechte Sitzposition einnehmen
- Die volle Aufmerksamkeit gezielt auf den Ess- und Schluckvorgang lenken
- Während des Essens nicht unterhalten, sodass der Betroffene parallel kauen, schlucken und sprechen muss
- Nur kleine Bissen oder Schlucke aufnehmen
- Die Speisen mit leichtem Löffeldruck auf dem Zungenmittelteil platzieren, sodass die Nahrung besser gespürt werden kann
- Jeden Bissen langsam und sorgfältig kauen und einspeicheln
- Nach jedem Schlucken zur Sicherheit noch mal nachschlucken, ggf. Räuspern oder Reste abhusten
- Gegebenenfalls Flüssigkeiten andicken (Andickungsmittel in der Apotheke erhältlich)
- Kritische Nahrungsmittel ggf. vermeiden (krümelige oder faserige Speisen), verschiedene Konsistenzen meiden (Müsli in Milch, Suppen mit Einlagen)
- Nach jeder Mahlzeit unbedingt den Mund reinigen, damit nicht nachträglich Essensreste in die Atemwege gelangen können

4 Logopädische Therapie



Angebot und Finanzierung

Berufsgruppen

Diagnose, Behandlung und Beratung bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen werden in Deutschland von unterschiedlichen Berufsgruppen angeboten. **Logopäden** sind Fachleute für alle Arten von Kommunikationsstörungen (z. B. auch kindliche Sprach- und Sprechstörungen, Stimmstörungen, Redeflussstörungen) und durchlaufen eine dreijährige Ausbildung, die stark medizinisch ausgerichtet ist und mit dem staatlichen Examen abschließt. **Diplompädagogen, Sprachheilpädagogen, Klinische Linguisten** oder **Patholinguisten** haben einen akademischen Abschluss. **Atem-, Sprech- und**

Stimmlehrer legen in ihrer Ausbildung den Schwerpunkt eher auf die Bereiche Sprechen und Stimme.

Stationäre und ambulante Therapie

Im günstigsten Fall werden Betroffene nach einer Hirnschädigung schon in der **akuten Phase** sprachtherapeutisch betreut, d. h. im Akutkrankenhaus. Krankenhäuser mit speziell für Schlaganfälle ausgerichteten Stationen, den sogenannten Stroke Units, gewährleisten in der Regel eine umfassende akute Behandlung durch Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten. Sind in der Einrichtung keine Sprachtherapeuten angestellt, ist es möglich, einen niedergelassenen Logopäden kommen zu lassen. Auch wenn der Gesundheitszu-



stand von akut Betroffenen noch keine allzu ausdauernde Behandlung zulässt, ist es doch immens wichtig, **so frühzeitig wie möglich** mit der Stimulation von Sprache, Sprechen und Schlucken zu beginnen! In der Anschlussheilbehandlung ist eine intensive logopädische Behandlung ebenfalls von hoher Bedeutung.

Wenn der Betroffene nach dem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt wieder zuhause ist, muss **ambulante logopädische** Therapie organisiert werden. Diese wird von niedergelassenen Logopäden oder Sprachtherapeuten angeboten; auch einige Reha-Kliniken bieten zusätzlich eine ambulante sprachtherapeutische Versorgung an. Ist eine Schule für Logopädie vor Ort, ist es eventuell auch dort möglich, im Rahmen der Ausbildung von Logopäden eine Behandlung zu erhalten. Die ambulante logopädische Therapie muss vom Hausarzt, Neurologen oder HNO-Arzt verschrieben werden. Der Heilmittelkatalog schreibt vor, dass bei Aphasie in der Erst-Verordnung bis zu zehn Sitzungen, in der Folge-Verordnung bis zu 20 Sitzungen verordnet

werden können. Die Möglichkeit der Langfrist-Verordnung ist gegeben, muss aber von der Krankenkasse genehmigt werden.

Aufgrund der Wartezeiten in logopädischen Praxen ist es sinnvoll, sich schon während des Krankenhaus oder Reha-Aufenthaltes um eine ambulante logopädische Therapie zu kümmern. Die Behandlungen sollten anfangs mindestens zwei- bis dreimal wöchentlich erfolgen und können auch als Hausbesuche durchgeführt werden; dies muss der Arzt allerdings explizit verordnen.

Therapieziele und -inhalte

Jede logopädische Therapie beginnt mit der Erhebung der **Krankengeschichte** und einer ausführlichen **Diagnostik**, d. h. einer Dokumentation der Verluste von Sprach-, Sprech- und Schluckfunktionen und der noch verbliebenen Fähigkeiten. Die Durchführung von Tests ist für die Betroffenen häufig frustrierend und anstrengend, da sie bei vielen Aufgaben an ihre Grenzen gelangen. Außerdem darf der Logopäde bei einem Test nicht helfen, da er ja herausfinden will, was eine Person mit Aphasie, Dysarthrophonie oder Dysphagie noch allein bewältigen kann.

Doch nur auf der Grundlage einer genauen Überprüfung von Defiziten und Fähigkeiten können Sprachtherapeuten eine speziell auf den jeweiligen Patienten und sein Störungsbild ausgerichtete Behandlung planen.

Die **Therapieziele** sollten sich an den Störungsschwerpunkten orientieren, d. h. die Therapie soll genau da ansetzen, wo der Betroffene Defizite im Sprach-

Sprech- oder Schluckbereich aufweist. Der Therapeut sollte aber auch pragmatische Aspekte bei seiner Planung mit einbeziehen, d. h. gemeinsam mit dem Betroffenen überlegen, welche Fähigkeiten im Alltag besonders gebraucht werden oder was persönlich besonders wichtig ist.

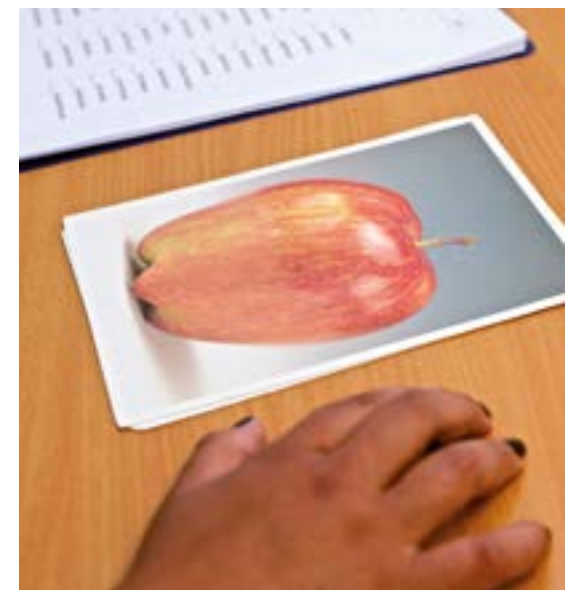
Grundsätzlich ist die Behandlung einer Aphasie, einer Dysarthrophonie oder einer Dysphagie ein häufig langwieriger und kleinschrittiger Prozess! Sie dürfen auf jeden Fall mit Verbesserungen rechnen, sollten aber keine Wunder erwarten. Versuchen Sie, Leistungsschwankungen und auch »schlechte Tage« zu akzeptieren und nach vorne zu blicken. Auch bei länger bestehender Aphasie sind durchaus weitere Fortschritte zu erzielen. Ebenfalls ist es bei einem abzusehenden Verlust von Sprech- oder Schluckfunktionen (bei fortschreitenden Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson oder Amyotrophe Lateralsklerose) wichtig, mit dem Betroffenen Strategien zu erarbeiten, wie er mit den noch verbliebenen Fähigkeiten seinen Alltag bewältigen kann. Hier ist nicht die Verbesserung von Funktionen das Therapieziel, sondern das Verhindern der Verschlechterung von Sprach-, Sprech- oder Schluckfunktionen. Allerdings sollte abgewogen werden, ob nicht auch der Gewinn von Zeit durch weniger Therapien eine Bereicherung an Lebensqualität für manche Betroffene darstellen kann.

Logopädische Therapie bei Aphasie

Da in vielen Fällen die vor der Erkrankung vorhandene Sprachfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann, ist hier

das oberste Ziel die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln. Personen mit Aphasie müssen lernen, mit ihren reduzierten Ausdrucksmöglichkeiten Gesprächssituationen zu bewältigen.

Logopädische Übungen können darin bestehen, Wörter zu finden, Sätze zu bilden oder kurze Texte zu verstehen und wiederzugeben. Es können aber auch sogenannte Ersatzstrategien wie der Einsatz von Gestik und Mimik, Aufzeichnen oder das Aufschreiben von Stichwörtern geübt werden. Grundsätzlich wird der Sprachtherapeut immer mehrere »Sprachkanäle« mit einbeziehen, also Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben. Durch möglichst alltagsnahe Übungen wie



Rollenspiele soll versucht werden, die erlernten sprachlichen Einheiten oder Strategien anzuwenden.

Logopädische Therapie bei Sprechapraxie

Bei der Behandlung einer Sprechapraxie geht es darum, die »Sprechbewegungsprogramme« für Laute, Silben oder Wörter wieder zu erarbeiten oder zu festigen. Hier können logopädische Übungen darin bestehen, mit bewusster Kontrolle bestimmte Sprechbewegungen von Lauten so lange einzuüben, bis sie wieder automatisch ablaufen. Andere therapeutische Ansätze zielen darauf ab, eher mit größeren Einheiten wie Silben oder Wörtern zu arbeiten oder Rhythmus und Melodie unterstützend einzubeziehen.

Logopädische Therapie bei Dysarthrophonie

Bei der Behandlung einer Dysarthrophonie ist – ähnlich wie bei der Aphasie – das vorrangige Ziel die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und Verständlichkeit der Betroffenen. Nicht immer können die Funktionen im Bereich Lautbildung, Stimmgebung oder Atmung vollständig wiederhergestellt werden. Deshalb muss versucht werden, die Sprechweise an die bestehende Bewegungsfähigkeit der Muskeln anzupassen. Logopädische Übungen können darin bestehen, die Muskeln im Mund- und Gesichtsbereich durch Bewegungstraining zu stärken. Oder der Betroffene soll Wörter mit kritischen Lauten laut lesen und sich darauf konzentrieren, diese Laute korrekt auszusprechen. Ebenso kann an der optimalen Körperhaltung für das Sprechen, an der richtigen Atmung oder an der Stimme gearbeitet werden. Bei sehr schweren Dysarthro-

phonien, bei denen die Betroffenen fast nicht oder gar nicht verständlich sind, müssen alternative Mittelungswege erarbeitet werden. Dazu gehören beispielsweise elektronische Sprech- oder Schreibhilfen, Kommunikationsbücher oder Symboltafeln.

Logopädische Therapie bei Dysphagie

Bei der Behandlung einer Dysphagie wird zum einen versucht, die physiologischen Schluck- und Schutzfunktionen wiederherzustellen. Hier werden durch verschiedene Übungen und spezielle Stimulationstechniken Kau- und Schluckfunktionen wieder angebahnt und wichtige funktionelle Grundlagen wie Koordination von Atmung und Schlucken oder der sichere Verschluss der Atemwege beim Schlucken trainiert. Aber auch die Spürfähigkeit (Sensibilität) im Mund- und Rachenbereich kann durch gezielte Reize z. B. mit Watteträgern oder Eis stimuliert werden. Können die Schluckfunktionen nicht vollständig wiederhergestellt werden, geht es darum, das Schluck- und Essverhalten an die bestehenden Fähigkeiten anzupassen. Beispielsweise können bestimmte »Schluck-Manöver« wie Kopf- und Körperhaltungsveränderungen eingeübt werden, die das Schlucken erleichtern. Oder die Nahrung wird durch Andicken von Flüssigkeiten oder Vermeiden von kritischen Konsistenzen angepasst.

Die Rolle der Angehörigen in der Therapie

Viele Angehörige möchten ihre Ehepartner, Eltern oder Kinder in der logopädi-

schen Therapie durch häusliches Üben unterstützen. In der Therapie Gelerntes durch Übungen zuhause zu festigen, ist in der Regel sehr sinnvoll. Der Therapeut sollte jedoch die Übungen so auswählen, dass der Betroffene bei der Bearbeitung zuhause auf keinen Fall überfordert ist. Die Angehörigen sollten dabei eine eher beratende und unterstützende Rolle einnehmen. Häufig ist es für Personen mit einer Sprach- oder Sprechstörung schwer, nahe stehende Menschen in der Rolle des »Lehrers« zu akzeptieren. Auch für Angehörige kann dies zu einem Rollenkonflikt führen; sie sollten nach wie vor in erster Linie Ehepartner, Eltern, Kind oder Geschwister sein. Hilfreich ist es, wenn Angehörige den Betroffenen ermutigen und ihn motivieren, die Aufgaben regelmäßig und selbstständig zu bewältigen. Auf keinen Fall sollten Angehörige die Lösungen vorgeben oder gar die Aufgaben für den Betroffenen erledigen. Um einen besseren Einblick in die Therapie zu erhalten, ist es in vielen Fällen möglich, bei logopädischen Sitzungen dabei zu sein und sich Übun-

gen erklären zu lassen. Wenn Ihnen der Sinn bestimmter Aufgaben nicht klar ist oder Sie mit der Therapie unzufrieden sind, sollten Sie dies unbedingt mit dem behandelnden Sprachtherapeuten besprechen. Als Angehöriger sind Sie für den Sprachtherapeuten ein wichtiger Partner in der Behandlung der Sprach-, Sprech- oder Schluckstörung. Sie kennen den Betroffenen besser, Sie verbringen mehr Zeit mit ihm und können dem behandelnden Sprachtherapeuten mit wichtigen Informationen weiterhelfen. Bei aller Unterstützung ist es jedoch auch wichtig, dass sich Angehörige ab und zu Raum nur für sich selbst zugestehen. Das kann einmal in der Woche ein Spaziergang sein, eine Lieblingssendung im Fernsehen oder ein regelmäßiges Treffen mit Freunden. Nur wenn Sie auch für sich selbst sorgen, können Sie Ihrem Partner helfen! Wenn Sie sich mit der Betreuung des Betroffenen überfordert fühlen, holen Sie sich Rat und Unterstützung bei guten Freunden oder suchen Sie die örtliche Selbsthilfegruppe oder eine psychosoziale Beratungsstelle auf.

Impressum

Redaktion: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, **Gestaltung:** Peter Forsthoff, art-88, **Fotonachweis:** Foto-Credits: Titel, S. 11, 17, 19, 20, 21, 23, 26 C. Pueschner / Zeitspiegel, S. 3 Arne Weyhardt, S. 6, 10, 24, 25, 27, 31, 32, 33 Rückseite Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, S. 13 Alexander Raths - Fotolia.com, S. 16 Mike Watson - Fotolia.com, **Illustrationen:** S. 6 Peter Forsthoff, **Druck:** Strohmeyer dialog.druck GmbH, Wehretal-Langenhain, **Herausgeber:** Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Schulstraße 22, 33330 Gütersloh.

Haben Sie weitere Fragen zum Thema Schlaganfall? E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de, **Internet:** schlaganfall-hilfe.de, **Stand:** Dezember 2017

© Dezember 2017, Nachdruck oder Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe



Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Schulstraße 22 | 33330 Gütersloh

Service- und Beratungszentrum

Telefon: 05241 9770-0

Telefax: 05241 9770-777

E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de

Internet: schlaganfall-hilfe.de

facebook.com/schlaganfallhilfe

twitter.com/Schlaganfall_Dt

Spendenkonto

Sparkasse Gütersloh

IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50

BIC: WELADED1GTL

