

Sprachtherapie nach erworbener Hirnschädigung / Teil 1

Herausgeber:

©Neuronales Netzwerk
Deutsche Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
info@neuronales-netzwerk.org
www.neuronales-netzwerk.org

in Zusammenarbeit mit:

Heinrich Mundt
Praxis für Sprachtherapie Berlin
www.sprachtherapie-mundt.de
und
RC reweca gGmbH
Beratung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden
Berlin
August 2011

Schädigungen des Gehirns können neben z.B. motorischen Störungen, Funktionsausfällen der Sinneswahrnehmungen auch zu Störungen der Kommunikation führen. Diese wiederum sind sehr unterschiedlich im Ausmaß und in der Erscheinungsform. Für die Behandlung dieser Störungen ist die Sprachtherapie zuständig. Auch die Behandlung von Ess- und Schluckstörungen fällt in das Arbeitsfeld des Sprachtherapeuten. Im Folgenden finden Sie einige allgemeine Informationen zu den Inhalten dieser Therapieform, sowie die Unterstützungsmöglichkeiten der Sprachtherapie und Logopädie nach einer erworbenen Hirnschädigung.

1. Allgemeine Informationen

1.1. Gibt es einen Unterschied zwischen Sprachtherapie und Logopädie?

Man findet häufig zwei unterschiedliche Bezeichnungen in Kliniken und Praxen, entweder Logopädie oder Sprachtherapie*. Logopäde/Logopädin ist eine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung durch das Logopädengesetz von 1980 und wird durch den Zusatz "staatlich geprüft" gekennzeichnet.

Es handelt sich um eine dreijährige Fachschulausbildung zum sogenannten Heilmittelerbringer. Diese Ausbildung ist stärker praxisorientiert. Die Bezeichnung Sprachtherapeut hingegen ist nicht geschützt und ist eine Art Oberbegriff für verschiedene Berufsgruppen, die sprachtherapeutisch tätig sind. Neben den Logopäden gibt es z.B. Sprachheilpädagogen, Klinische Linguisten, Patholinguisten, Klinische Sprechwissenschaftler, Schlaffhorst-Andersen-Therapeuten. Dabei handelt es sich meist um eine Ausbildung an einer Hochschule bzw. Universität. Im beruflichen therapeutischen Alltag sind die Arbeitsfelder aller Berufsgruppen aber weitgehend ähnlich gestaltet - es hängt eher davon ab, wo Kolleginnen und Kollegen tätig sind: in einer Akutklinik, in einer Rehabilitationsklinik oder einer Praxis.

(*Im Weiteren wird Sprachtherapie als übergeordneter Begriff verwendet, der die Logopädie mit einbezieht)

1.2. Was ist der Unterschied zwischen Sprach- und Sprechstörungen?

Wichtig für den therapeutischen Ansatz ist die Unterscheidung von Sprachstörungen und Sprechstörungen.

Sprachstörungen (Aphasien) sind Störungen der Fähigkeit, Sprache in all seinen Erscheinungsformen zu verwenden, Wörter werden nicht gefunden, Wörter werden eventuell fehlerhaft ausgesprochen, Wörter können nicht zu längeren Äußerungen oder Sätzen zusammengefügt werden.

Dies betrifft das Sprechen, aber auch das Verstehen von gesprochenen Äußerungen, ebenso in der Regel das Lesen und Schreiben.

Sprechstörungen (Dysarthrien / Sprechapraxien) betreffen die Fähigkeit, Bewegungen auszuführen, die notwendig sind, um deutlich artikuliertes Sprechen hervorzubringen.

Am Sprechen beteiligt sind die Atmung, die Stimmgebung im Halsbereich und die Bewegungen im Mundbereich, die Zunge, die Lippen, der Unterkiefer. Alle diese Bereiche können durch eine Hirnschädigung in ihrer Beweglichkeit und /oder Steuerung und ihren Empfindungen eingeschränkt sein. Die Folgen können ein schlecht verständliches oder sogar unverständliches Sprechen sein.

1.3. Was sind Schluckstörungen?

Schluckstörungen (Dysphagien) sind Probleme bei der Nahrungsaufnahme bzw. des Schluckens. Diese können sehr weitreichende Folgen nach sich ziehen bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen: Gelangen beispielsweise Nahrungsmittel in die Luftröhre und weiter in die Lunge, so kann sich eine Lungenentzündung entwickeln. Alle diese genannten Störungsbereiche können und müssen durch Sprachtherapeuten therapiert werden und das in allen Phasen der Erkrankung. Ein möglichst früher Beginn der Therapie ist dringend erforderlich. Wie bei allen anderen Erkrankungen ist auch hier eine gute, differenzierte Diagnostik die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

2. Hirnschädigungen als Ursache für Sprach- und Sprechstörungen

2.1. Welche Hirnschädigungen können zu Sprach bzw. Sprechstörungen führen?

Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache für Aphasien und weitere Störungen des Sprechens und der Nahrungsaufnahme. Weiterhin können sich Schädel-Hirn-Traumen, Gehirntumore bzw. die Folgen der operativen Entfernung eines Tumors sowie Gehirnentzündungen (z.B. Encephalitis) auf die Sprach- und Sprechfähigkeiten auswirken.

Der Schlaganfall ist mit ca. 80% aller Hirnschädigungen die häufigste Ursache für Sprach- und Sprechstörungen. Abhängig von dem Ort und Ausmaß der Schädigung kann eine logopädische Behandlung notwendig werden.

Es gibt zwar immer wiederkehrende typische Störungsmuster, dennoch unterscheidet sich jeder einzelne Betroffene bei genauerer Untersuchung mit seinen Problemen/ seinem persönlichen Störungsbild von jedem anderen.

Degenerative Erkrankungen

Einige Erkrankungen des Gehirns befallen dieses z.T. weiträumig und verursachen Abbauprozesse mit ganz unterschiedlichen Auswirkungen auf die Sprache, das Sprechen und die Nahrungsaufnahme. Die sogenannten degenerativen Erkrankungen wie verschiedene Demenzformen, z.B. Alzheimer, die Parkinsonsche Krankheit oder Multiple Sklerose, erfordern auf verschiedenen Ebenen sprachtherapeutische Interventionen.

2.2. Welche Folgen können nach einer Hirnschädigung im Bereich der Sprache, des Sprechens und des Schluckens auftreten?

Aufbau des Gehirns:

Das Gehirn ist unser wichtigstes Organ mit der höchsten Komplexität. Es verarbeitet alle eingehenden Informationen unserer Sinnesorgane, steuert alle Handlungen und Reaktionen und regelt alle lebenswichtigen Funktionen. Es besteht stark vereinfacht gesagt im Wesentlichen aus drei Teilen: dem Großhirn, dem Kleinhirn und dem Stammhirn (auch Hirnstamm).

Schädigung des Großhirns:

Das Großhirn besteht aus zwei eigenständigen, symmetrisch angeordneten Hälften (Hemisphären), die durch Nervenfasern, dem sog. Balken (Corpus callosum) miteinander verbunden sind. Über ihn werden Informationen zwischen den beiden Hirnhälften ausgetauscht. Oberflächlich betrachtet ähneln sich die beiden Hälften sehr, allerdings sind ihre Aufgaben sehr unterschiedlich, jede Hälfte ist spezialisiert für bestimmte Funktionen.

Störungen der Sprache treten vor allem bei Schädigungen der linken Gehirnhälfte auf, da sich hier bei der überwiegenden Zahl der Menschen das Sprachzentrum befindet. Häufig verbindet sich damit eine rechtsseitige Körperlähmung. Auch Sprechstörungen können in Form von Dysarthrien und/oder Sprechapraxien und Schluckstörungen (Dysphagien) auftreten.

Schädigung des Kleinhirns

Das Kleinhirn ist hauptsächlich zuständig für die motorische Kontrolle des Körpers. Alle Bewegungsabläufe - von den groben Bewegungen der Arme oder Beine bis hin zu den feinsten, komplexesten Bewegungen, die z.B. beim Klavierspielen oder Sprechen erforderlich sind - werden von dort gesteuert und als gelernte, automatisierte Bewegungsabläufe gespeichert. Die häufigste Folge einer Schädigung in diesem Teil des Gehirns ist eine spezielle Form der Sprechstörung, die sog. ataktische Dysarthrie (oder cerebelläre Dysarthrie). Hier ist die feinmotorische Kontrolle der Sprechbewegungen gestört.

Das Sprechen wirkt unregelmäßig, "abgehackt", Silben werden stärker getrennt gesprochen (skandierend) und die Verständlichkeit ist u.U. eingeschränkt.

Schädigung des Stammhirns

Das Stammhirn steuert alle grundlegenden, lebenserhaltenden Funktionen wie Atmung, Stoffwechsel, Blutdruck und Herzschlag. Die Nervenbahnen, die das Großhirn mit dem gesamten motorischen und sensorischen Apparat verbinden, laufen über das Stammhirn. Bei einer Schädigung können somit entsprechende Nervenbahnen betroffen sein und das gesamte Spektrum unserer Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt werden: die Extremitäten, der Rumpf, der Kopf und damit auch der Trakt zur Nahrungsaufnahme, sowie der Sprechapparat. Je nach Ausmaß und Ort der Schädigung können einzelne Organe betroffen sein. Es ist aber auch möglich, dass die Schädigung zu einem nahezu kompletten Ausfall der motorischen Steuerung führt, z.B. beim

Locked-in-Syndrom mit Tetraparese (Lähmung aller Extremitäten und Ausfall der Schluck- und Sprechfunktionen bei komplett erhaltener Großhirnfunktion)

3. Schritte und Wege nach einer Hirnschädigung am Beispiel Schlaganfall

3.1. Was muss passieren, wenn eine Hirnschädigung eingetreten ist?

Bei einem Schlaganfall ist es lebensnotwendig, sofortige Hilfe zu holen und nach Möglichkeit die umgehende Verlegung in eine sogenannte "stroke-unit", eine Spezialeinrichtung für die intensive Diagnostik und Therapie bei Schlaganfall, zu erwirken. Je früher geeignete Maßnahmen eingeleitet werden, umso größer ist die Chance, dass Folgeschäden geringer ausfallen.

In dieser Abteilung, die es inzwischen in vielen Krankenhäusern gibt, stehen in der Regel auch schon Sprachtherapeuten bereit, um eine erste Einschätzung der Folgen für die Kommunikation und die Nahrungsaufnahme zu geben. Besonders wichtig ist in dieser Phase die Überprüfung der Risiken der Nahrungsaufnahme und ggf. diese zunächst auf künstliche Ernährung umzustellen.

Ist der Zustand des Betroffenen einigermaßen kontrolliert und stabilisiert, erfolgt dann die Verlegung auf eine normale bzw. neurologische Station.

In größeren und gut eingerichteten Krankenhäusern sollte eine nahtlose weitere Betreuung durch Sprachtherapeuten gewährleistet sein.

In den ersten Wochen nach dem Schlaganfall sind die Symptome noch stark rückläufig und sehr variabel. Es wird dann notwendig, genauer zu untersuchen, welche Probleme und Einschränkungen verbleiben und sich stabilisieren. Dazu wird eine differenzierte Diagnostik eingesetzt, um zu bestimmen, wie die Kommunikationsfähigkeit möglicherweise beeinträchtigt ist.

- Liegt eine Sprachstörung (Aphasie) vor? Versteht der Betroffene Fragen oder Aufforderungen und reagiert er angemessen darauf? Kann er sich sprachlich mitteilen? Kann er Dinge benennen? Kann er Lesen und Schreiben?
- Liegt eine Sprechstörung (Dysarthrie/Sprechapraxie) vor? Ist das Gesprochene verständlich und gut artikuliert?
- Liegt eine Schluckstörung (Dysphagie) vor? Gibt es Probleme mit der Nahrungsaufnahme? Verschluckt sich der Betroffene und muss dabei husten?

Für all diese Fragen gibt es Diagnostikverfahren, die es ermöglichen, die Symptome genauer zu bestimmen, um dann die entsprechenden Ansätze für die Therapie auszuwählen.

3.2. Verlauf von Sprach- und Sprechstörungen

Etwa bei einem Drittel der Schlaganfallbetroffenen mit Sprach- und Sprechstörungen bilden sich die sprachlichen Einschränkungen innerhalb

der ersten Wochen und Monate zurück. Diese Phase, in der das Gehirn sich selbst wieder "reorganisiert" nennt man Spontanremission. Die spontanen Verbesserungen gehen nach 6-12 Monaten weitgehend zurück. Eine gezielte Therapie kann aber in den weiteren Monaten und Jahren kontinuierliche Verbesserungen bewirken, je nach Form und Ausmaß der Störungen.

3.3. Wie kann es nach dem Akutkrankenhaus weitergehen?

Nach der Akutversorgung erfolgt meist eine Verlegung in eine Rehabilitationsklinik, welche neurologische Abteilungen mit entsprechend geschultem und spezialisiertem Personal vorhalten. Dort werden weitere intensive therapeutische Maßnahmen durchgeführt, die wiederum abhängig von der Verfassung des Patienten sind. Sie werden im weiteren Verlauf ihrer Genesung abhängig vom Grad ihrer Selbstständigkeit verschiedenen Phasen der neurologischen Rehabilitationskette zugeordnet (B-, C- oder D-Phase).

Die einzelnen Phasen / Stufen drücken die verschiedenen Schweregrade der Erkrankung aus, und bestimmen, welche medizinischen und therapeutischen Maßnahmen jeweils durchgeführt werden müssen und können.

Im Verlauf des Rehabilitationsaufenthaltes stabilisieren sich die Symptome und der Allgemeinzustand. Hier sollte dann noch vertiefende Diagnostik durchgeführt werden, um genauer und gezielter therapieren zu können.

An den Aufenthalt in einer neurologischen Rehabilitationsklinik kann sich eine Weiterbehandlung in einer neurologischen Tagesklinik oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung anschließen.

Hier setzen sich die Therapien wie in der Rehabilitationsklinik fort. Die Patienten leben nun aber wieder in ihrem normalen häuslichen Alltag. Oftmals treten dort dann Probleme auf, die im geschützten Rahmen der Klinik noch nicht erkennbar waren.

3. Hinweise

Teil 2 des Merkblattes „Sprachtherapie nach erworbener Hirnschädigung“ erscheint im September 2011. Lesen Sie dort u.a., wie Sprachtherapie zu Hause organisiert werden kann.

Autor:

Heinrich Mundt, Praxis für Sprachtherapie Berlin

Klinischer Linguist (BKL) / Sprachtherapeut

www.sprachtherapie-mundt.de