

Der situative Ansatz in der Aphasietherapie

Teil 2: Sprachdidaktische Grundlagen für die therapeutische Arbeit

Günther Storch, Ingrid Weng

ZUSAMMENFASSUNG. Die Forderung nach einer anwendungsorientierten Aphasietherapie bedingt nicht nur die Hinwendung zu alltagsrelevanten Themen, sondern auch die gezielte Einbeziehung authentischer Kommunikation in die Therapie. Dadurch werden neue interaktive Kommunikationsstrukturen in die Therapie integriert, was zu einer Erweiterung der sprachlich-kommunikativen Anforderungen an Patienten und auch Therapeutinnen führt. Dabei bildet die „Situation“ den Bezugspunkt für die verschiedenen anwendungsbezogenen therapeutischen Aktivitäten. Der Beitrag diskutiert die Konzeption einer anwendungsorientierten Aphasietherapie und stellt wichtige sprachdidaktische Grundlagen eines situationsbasierten Therapieansatzes dar.

Schlüsselwörter: anwendungsorientierte Aphasietherapie – Patient-Therapeut-Interaktion – situative Aphasietherapie – sprachdidaktische Grundlagen

Ziele und Inhalte einer situationsbasierten Therapie

Sprachtherapie ist alltagsorientiert und zielt auf die Bewältigung von Lebenssituationen ab. Dabei werden eine Verbesserung des sprachlichen Handelns in der Lebenswelt der Aphasiker und ein verbesserter sprachlicher Umgang mit anderen Menschen angestrebt. Das ergibt sich aus dem Wesen von Sprache und Kommunikation, lässt sich aber auch aus den drei Faktorenbündeln „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivität und Partizipation“ sowie „Umweltfaktoren“ der ICF herleiten (WHO 2001, Storch & Weng 2010).

Diesem übergeordneten Ziel trägt ein situativer Therapieansatz Rechnung, da er direkt auf die sprachliche Bewältigung des Alltags vorbereitet. Im Rahmen eines situativen Ansatzes sind für die Sprachtherapie bei Aphasikern anwendungsorientierte Therapieziele zu formulieren, die von der Therapeutin zusammen mit dem Patienten festgelegt werden (Coopmans 2007, Grötzbach 2008). Diese Ziele sind bei schwereren Aphasien auf eine elementare Handlungsfähigkeit in wichtigen Lebenssituationen ausgerichtet, können bei leichteren oder Restaphasien aber auch speziellere Fertigkeiten betreffen wie Zeitungslektüre oder das Verfassen bestimmter Textsorten.

Die Therapieinhalte leiten sich von den gestörten Teilleistungen, vom Schweregrad

der Aphasie und von den alltagsorientierten Therapiezielen ab. Dabei ist zu entscheiden, über welche Teilleistungen der Patient verfügen muss, um die jeweiligen in den Therapiezielen bestimmten Alltagssituationen, Fertigkeiten und Handlungen – wenn auch auf elementarem Niveau – sprachlich bewältigen zu können. Die Teilleistungen lassen sich vor allem folgenden Bereichen zuordnen:

- lexikalisch-semantische, phonematisch-graphematische und morphosyntaktische Prozesse
- situativ-pragmatisch angemessene Verstehensprozesse auf verschiedenen sprachlichen Ebenen
- produktive kommunikative Fähigkeiten wie z.B. eine pragmatisch angemessene Dialogfähigkeit
- kommunikationsbezogene Exekutivfunktionen (Spitzer et al. 2009) wie Planungs-, Kontroll- und Übersichtsfähigkeit, Partnerbezug (Lutz 1992, 166ff)

Letztlich geht es um die Frage der „ökologischen Validität“, worunter „die Bedeutung oder der Wert einzelner Therapieinhalte für die Beziehungen unserer Patienten zu ihren alltäglichen kommunikativen Bedürfnissen“ (Glindemann 1997, 168, i.O. kursiv) zu verstehen ist.

Die situativ eingebetteten Übungsmaterialien müssen unter verschiedenen Aspekten

Dr. phil. Günther Storch ist Linguist und Sprachdidaktiker und als Autor und Verleger sprachdidaktischer Bücher sowie als Dozent in der Logopädieausbildung tätig. Er war viele Jahre im Ausland in der universitären und außeruniversitären Aus- und Fortbildung von Sprachlehrern sowie in der Curriculumsarbeit beschäftigt; ferner wirkte er an sprachpathologischen Forschungsprojekten im Inland mit. Er hat viele sprachdidaktische Seminare und Vorträge gehalten und ist Autor zahlreicher einschlägiger theoretischer wie praxisorientierter Publikationen.



Dr. phil. Ingrid Weng ist Klinische Linguistin (BKL) und Sprachdidaktikerin. Nach einer Auslands-tätigkeit in der universitären Sprachlehrerausbildung arbeitet sie seit vielen Jahren als Sprachtherapeutin in der neurologischen Rehabilitation an den Kliniken Schmieder in Allensbach am Bodensee. Des Weiteren ist sie als Dozentin in der Logopädieausbildung in Lehre und Supervision tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die Didaktik der Aphasietherapie und die Behandlung orofacialer Dysregulationen. In den genannten Bereichen hat sie Seminare abgehalten, und sie ist Autorin zahlreicher alltagsbezogener Therapiematerialien für die Aphasietherapie.



gestuft und in eine Progression eingebunden sein, sodass die Situationsbilder, Texte und die zu erbringenden sprachlich-kommunikativen Leistungen im Verlauf einer Therapie allmählich an Komplexität zunehmen (Abb. 1).

Aphasietherapie im Spannungsfeld von Üben und Kommunizieren

Jede Sprachtherapie beinhaltet sowohl Phasen des Übens wie auch Phasen des Kommunizierens. Übungen werden in der Regel systematisch und gesteuert durchgeführt (z.B. Übungen zum Wortschatz und

lexikalischen Abruf), stehen in der Regel im Zentrum der Therapie und sind Gegenstand der meisten Therapiematerialien. Phasen des (spontanen) Kommunizierens verlaufen eher unsystematisch, sind aber ein wichtiger Bestandteil der Sprachtherapie, auch der sprachsystematisch ausgerichteten. Sie bestehen in der persönlichen Kommunikation mit dem Patienten, d.h. Begrüßung, Austausch über Befinden und Alltagsbewältigung, Smalltalk, evtl. auch Austausch über wichtige Tagesaktualitäten. Dieser eher spontane Austausch dient zunächst der Patient-Therapeut-Beziehung („Beziehungsebene“, Watzlawick et al. 1969), er eröffnet dem Patienten aber auch die Möglichkeit, in der Therapie authentisch zu kommunizieren.

Im Sinne einer wachsenden Anzahl von Stimmen, die eine auf Anwendung und Kommunikation hin orientierte Aphasitherapie fordern (jeweils mit unterschiedlichem Fokus z.B. Pulvermüller 1989, Steiner 1993, Glinde-mann 1997, Bauer et al. 2002, Tesak 2005/6, Coopmans 2007, Grötzbach 2008; neuerdings zunehmend unter dem Einfluss der ICF, WHO 2001), ist das Verhältnis von „Üben“ und „Kommunizieren“ in der Therapie neu zu bestimmen und zu konkretisieren.

Im Rahmen der sich derzeit anbahnenden (oder gar schon vollziehenden?) „kommunikativen Wende“ in der Aphasitherapie wird u.a. auf zwei wichtige Erkenntnisse verwiesen, die bislang kaum in therapeutische Entscheidungen eingegangen sind:

- Aphasiker zeigen je nach Situation ein unterschiedliches Sprachverhalten. „Die kommunikativen Leistungen vieler Aphasiker scheinen von ‚externen‘ Faktoren abzuhängen: Sie variieren mit Gesprächssituationen, Gesprächspartnern, Themen und Aktivitäten.“ (Bauer 2008, 37; Grötzbach 2008).

■ **Abb. 1: Skizze eines Progressionsschemas**

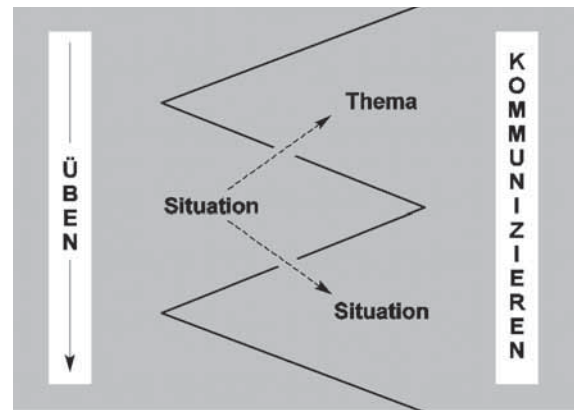
	schwerere Aphasien		leichtere Aphasien
Situationsbild	<ul style="list-style-type: none"> ● 1, max. 2 Personen, eine Handlung, wenige charakteristische Objekte ● einfacher, klar strukturierter Bildaufbau ● einfache, verständliche Bildaussage (vgl. Abb. 5, 8) 	...	<ul style="list-style-type: none"> ● mehrere Personen und Handlungen, zahlreiche charakteristische Objekte ● komplexerer, klar strukturierter Bildaufbau ● verständliche Bildaussage (vgl. Abb. 4, 10, 14)
Texte	kurz, sprachlich einfach, beschreibend, 1 bis 2 klar gegliederte Inhaltspunkte	...	Texte sprachlich komplexer, länger, mehrere Inhaltspunkte
Übungen	vorwiegend rezeptive Übungen, Arbeit mit vorgegebenen sprachlichen Stimuli (auswählen und einsetzen, ankreuzen, abschreiben ...)	...	zunehmend produktiv, weniger sprachliche Vorgaben

- Ebenfalls von der Situation hängt die Art der Interaktion zwischen den Beteiligten ab. Während z.B. die herkömmliche therapeutische Übungssituation stark auf die Korrektheit der Patientenäußerungen abzielt, geht es bei authentischer Kommunikation wie z.B. im häuslichen Alltag darum, kooperativ erfolgreich zu handeln, um den Alltag zu bewältigen. Dabei setzen die Beteiligten kooperative Interaktionsstrategien ein, die die Defizite des Aphasikers berücksichtigen mit dem Ziel, die Kommunikation aufrechtzuerhalten und erfolgreich abzuschließen (Bauer 2008).

In der Literatur finden sich zunehmend Hinweise darauf, wie die kommunikative Zielsetzung der Therapie stärker berücksichtigt werden kann. Hier wird vor allem auf die Möglichkeit hingewiesen, kommunikative Aspekte gezielt in die Therapie selbst zu integrieren sowie die Angehörigen und die alltäglichen Lebensbereiche des Aphasikers stärker mit einzubeziehen. Dadurch sollen Therapie und Alltag enger miteinander verzahnt und dem Aphasiker auch außerhalb der Therapie gezielt Gelegenheiten zu kommunikativem Handeln verschafft werden (z.B. Pulvermüller 1989, Coopmans 2007, Bauer 2008, Grötzbach 2008).

Hier setzt ein situationsbasierter Therapieansatz an, der gezielt authentische Kommunikation in die Therapie integriert sowie den Brückenschlag zwischen Therapie und Alltag vorbereitet. Üben und Kommunizieren sind Pole einer Skala von Patient-Therapeut-Aktivitäten mit zahlreichen Übergängen und Zwischenstufen. Üben, d.h. das wiederholte Umwälzen der Übungsgegenstände, ist stets

■ **Abb. 2: Ineinandergreifen der beiden Hauptkomponenten der Aphasitherapie „Üben“ und „Kommunizieren“**



vorkommunikativ, aber durch die situative Einbettung erhalten auch sprachbezogene Übungen einen Anwendungsbezug. Darüber hinaus ergeben sich aus der Einbettung zahlreiche Anlässe für authentische Patient-Therapeut-Kommunikation. Es handelt sich hierbei entweder um einen direkten patientenbezogenen Situationstransfer vom Typ „Wie ist das bei Ihnen?“ oder um den Transfer auf ein Thema, das sich aus der dargestellten Situation ergibt (Abb. 3, n.S.).

Bezieht die Therapeutin diese Anlässe gezielt in die Therapie mit ein, so besteht eine Aphasitherapie aus einem verschränkten Miteinander von Üben und Kommunizieren mit jeweils unterschiedlicher Interaktionsstruktur. Üben und Kommunizieren stellen dabei komplementäre Aktivitäten dar, als gleichberechtigte Teile der Therapie (Abb.2). In diesem Sinne kann die Sprachtherapie gezielt einige Schritte heraus aus ihrem sprachbezogenen Übungskorsett tun, hin zu einem Transfer in die außertherapeutische Welt.

Die sich aus der Situation ergebenden kommunikativen Phasen sind nicht als „Testphasen“ zu verstehen, etwa in dem Sinn „Lass ihn (den Patienten) nur reden; mal sehen, was er schon kann!“ Sie sind vielmehr Phasen möglichst authentischer „kooperativer“ Interaktion, in die natürlich auch die Therapeutin ihre Meinungen, Ansichten und Erfahrungen einbringen wird.

Ein gezielter Wechsel der Interaktionsstruktur setzt die Fähigkeit der Therapeutin voraus, das jeweils förderliche interaktive Verhalten zu realisieren. Die Basis für eine derartige interaktive Kompetenz muss eine Didaktik der aphasisch-therapeutischen Interaktion bereitstellen (Bauer 2008, 409ff).

Die gezielte Einbeziehung der Angehörigen sowie des Umfelds ist in diesem Zusammenhang als ein weiterer integraler Baustein einer anwendungsorientierten Aphasitherapie zu betrachten.

■ **Abb. 3: Verschränkung von Üben und Kommunizieren in der Sprachtherapie am Beispiel des Situationsbildes „Im Wohnzimmer“ (unten)**

<p>Situationsbezogenes Üben (s.u.) anhand des Situationsbildes „Im Wohnzimmer“</p>	<p>→ Transfer</p>	<p>Kommunizieren: Situation als Sprech Anlass für abgeleitete Themen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Wohnzimmer (WZ) des Patienten (P), Vergleich</i> ● <i>Aktivitäten im WZ des P.</i> ● <i>Was macht die Familie des P. im WZ?</i> ● <i>Fernsehen in der Familie des P.</i> ● <i>Haustiere in der Familie des P.</i> ● <i>Freizeitverhalten allgemein</i> ● <i>Haustiere allgemein</i>
<p>Übendes Sprachverhalten: asymmetrische Interaktion</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Therapeutin ist Expertin, sie steuert, erklärt, korrigiert ... ● Patient als Übender, Lernender ... 		<p>Authentisches Sprachverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (Versuch einer stärker) symmetrischen Interaktion ● Therapeutin als unterstützend-kooperierende Kommunikationspartnerin
<p>Fokus auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sprache bzw. Teilleistungen ● Korrektheit der sprachlichen Leistung 		<p>Fokus auf</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mitteilung und Inhalt ● Gelingen des Informationsaustauschs

Didaktische Aspekte der Therapie

Die fünf Funktionen des Situationsbildes

Dem Situationsbild kommen in der Therapie verschiedene didaktische Funktionen zu:

- Es stellt zunächst die Situation dar, in die eine Übungssequenz eingebettet ist. In dieser Funktion ist es der zentrale Bezugspunkt für das therapeutische Geschehen, zumal es wesentlich dazu beiträgt, das entsprechende mentale Situationsschema bei dem Patienten zu aktivieren (Storch & Weng 2010).
- Es dient als bildliches Äquivalent für die Sprache auf den Ebenen Wort, Satz und

Text. Dabei kann es zum einen dazu beitragen, das Sprachverstehen zu erleichtern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen (Semantisierung). Zum anderen aktiviert es die ikonische Modalität der sprachlichen Äquivalente und fördert somit eine duale Kodierung (Storch & Weng 2010).

- Es stellt konkrete Stimuli für Übungen bereit und erweitert dadurch das Spektrum der Übungsmöglichkeiten.
- Es ist Äußerungsanlass, d.h. es stellt den Ausgangspunkt für freiere Äußerungen des Patienten dar.
- Schließlich ist es der Ausgangspunkt für weiterführende Anschlussaktivitäten, die sich aus der zugrunde liegenden Situation ergeben, zugleich aber über diese hinausführen.

■ **Abb. 4: Situationsbild „Im Wohnzimmer“ (Pustlauk & Weng 2008)**



Erarbeitung der Situation

Wenn sich alle Übungen einer Übungssequenz auf eine Situation beziehen, so muss diese Situation zu Beginn eingeführt und mit dem Patienten zusammen erarbeitet werden. Dabei ist auf einen absteigenden Einstieg zu achten, d.h. auf eine Herangehensweise, die sich vom Allgemeinen hin zum Speziellen bewegt, vom Verständnis der Situation als Ganzes hin zum Verständnis von Teilhandlungen und wichtigen Einzelheiten. Ein derartiger Einstieg aktiviert das mentale Situationsschema für die folgenden sprachbezogenen Phasen; darüber hinaus fördert er wissensgesteuerte Prozesse und somit das Verstehen (Storch & Weng 2010).

Eine absteigende Herangehensweise ist bei Texten wie auch bei Bildern wichtig, da das Verstehen auf höheren Ebenen das Verstehen auf niedrigeren Ebenen erleichtert, ja oft erst ermöglicht (Weng 2008; Storch 1999, 117ff). Dazu ein einfaches sprachliches Beispiel (nach Heyd 1991, 98f):

- 1 *Sie haben ihn gemobbelt.*
- 2 *Die Räuber haben ihn gemobbelt.*
- 3 *Die Räuber haben ihn mit einem Seil gemobbelt.*
- 4 *Die Räuber haben ihn mit einem Seil an einen Baum gemobbelt.*

Die Bedeutung des Kunstworts *mobbeln* wird mit zunehmendem Kontext immer stärker eingegrenzt, sie lässt sich aber erst eindeutig erfassen, wenn die Situation klar ist, nämlich erst in 4. Das heißt, der Kontext/die Situation ermöglicht das Verstehen.

Bei der Arbeit mit Aphasikern, besonders bei Frontalhirnbeteiligung, fällt auf, dass diese beim Betrachten eines Situationsbildes dazu neigen, auf einzelne Gegenstände – oft unwichtige Details – zu zeigen. Dies weist auf eine mangelnde Synthesefähigkeit hin, d.h. auf Schwierigkeiten, die Details des Bildes zu einer Gesamtsituation zusammenzuführen (Lurija 1992, 215ff). Geht die Therapeutin vertiefend auf diese Details ein, so wird von vornherein der Blick auf die Gesamtsituation und somit die Aktivierung des Situationsschemas behindert. Das sollte unbedingt vermieden werden.

Der Einstieg in die dargestellte Situation verläuft je nach Schweregrad der Störung sehr unterschiedlich. Kann sich der Patient einigermaßen verständlich äußern, so können wenige Ergänzungsfragen (W-Fragen) zur Klärung der Situation beitragen (Abb. 5):

- *Wo (ist das)?*
- *Wer (ist da)?*
- *Was (machen die Personen)?*

Mit diesen Fragen lassen sich viele Situationen auf einer allgemeinen Ebene klären. Fra-

gen nach unwichtigen Details wie „Was ist das?“ (*Sonnenschirm*) oder „Welche Farbe hat das Kleid?“ haben reinen Testcharakter und sind wenig nützlich.

Bei einer schweren Aphasie können einem Situationsbild z.B. einfache Situationskarten passend zugeordnet werden, z.B. mit der Aufschrift „Auf dem Markt“, „In der Schule“. (vgl. Abb. 5; Weitere Techniken zur Erarbeitung der Situation in *Storch & Weng* 2009). Der Erarbeitung der Situation folgt ein absteigender Einstieg in die Spracharbeit. Durch einen einfachen Text, der die Situation beschreibt, oder einen typischen, in die Situation eingebetteten Dialog wird diese mit Sprache verbunden (Abb. 6). Dabei ist es wichtig, dass die Therapeutin den Text vorliest (auch zwei- oder dreimal), sodass sich der Patient ganz auf den Inhalt und die damit verbundene Situation konzentrieren kann. Das Bild ist hier keine optionale Zugabe zum Text, vielmehr fungiert es zum einen als Ver-

Lautes Vorlesen durch den Patienten widerspricht jeglicher natürlichen Lesehaltung und ist zudem kontraproduktiv, da es – zusätzlich zu den störungsbedingten – weitere Schwierigkeiten schafft: die genaue Transkodierung vom phonischen ins grafische Medium sowie die artikulatorische Realisierung. Das überfordert in der Regel die begrenzte Kapazität des Arbeitsgedächtnisses und lässt kaum noch Ressourcen frei für den Inhalt des Textes. In dieser Phase geht es aber gerade um den Inhalt und das Verstehen (*Storch* 1999, 126).

■ **Abb. 5: Situationsbild „Auf dem Wochenmarkt“ (Pustlauk & Weng 2008)**



■ **Abb. 6: Text zu Abb. 5 „Auf dem Wochenmarkt“ (Storch & Weng 2009, 42)**



stehenshilfe (Bild und Sprache stützen sich gegenseitig) und dient zum anderen einer ersten Zuordnung der Sprache zu dem aktivierten Situationsschema. Darüber hinaus wird sowohl die ikonische als auch die sprachliche Kodierung aktiviert (*Storch & Weng* 2010).

Situationsbilder als Semantisierungshilfe

Unter „Semantisierung“ versteht man in der Sprachdidaktik die Klärung der Bedeutung einer sprachlichen Einheit (*Storch* 1999, 57ff). In der Aphasitherapie kann eine Semantisierung erforderlich sein, wenn ein Patient einer grafischen oder phonischen Sprachform keine Bedeutung zuweisen kann. Semantisierung kann auf verschiedenen sprachlichen Ebenen stattfinden:

► **Wortebene:** Hierbei wird einem vorgegebenen Wort ein Bild bzw. der Ausschnitt eines Bildes zugeordnet (nicht umgekehrt) im Sinne von: „Was bedeutet das Wort?“. Das Bild repräsentiert dabei die Bedeutung des Wortes. Die Zuordnung kann der Patient oder, falls erforderlich, auch die Therapeutin vornehmen.

► **Satzebene:** Hierbei wird einem vorgegebenen Satz ein Bild zugeordnet (Abb. 7): *Das Mädchen spielt mit der Katze*. Die Satzbedeutung wird hierbei nicht Wort für Wort aus den Einzelementen synthetisiert, sondern das Bild stellt ganzheitlich die Bedeutung des Satzes dar.

► **Textebene:** Ein Bild kann sicherlich einen Text nicht eins zu eins semantisieren. Es enthält viele Elemente, die im Text nicht versprachlicht sind (z.B. Gegenstände), und im Text finden sich Aussagen, die das Bild nicht darstellt – dies zeigen auch der Text Abb. 6 und das entsprechende Situationsbild Abb. 5 „Auf dem Wochenmarkt“. Wenn aber ein situationsbezogener Text, der die zentralen Bildinhalte wiedergibt, sprachlich nicht oder partiell nicht verstanden wird, so kann der Verweis auf das entsprechende Bild zu einer inhaltlichen Klärung des sprachlichen Problems beitragen.

Situationsbilder als Übungsanlass

Sprachliches Üben ist eine vorkommunikative Aktivität, die jedoch stets auf die Verwendung des Übungsgegenstands abzielt, d.h. seine kommunikative Anwendung zum Ziel hat (z.B. MODAK auf der Basis von Bildern, die Handlungen darstellen, *Lutz* 1997). Wichtig ist dabei, dass der Übende den Übungsgegenstand wiederholt umwälzt (*Schwerdtfeger* 1995; *Häussermann & Piepho* 1996,

■ **Abb. 7: Ausschnitt aus Situationsbild „Im Wohnzimmer“ (Abb. 4)**



194ff) und eine möglichst tiefe Verarbeitung und vieldimensionale Vernetzung der Übungsgegenstände (*Storch & Weng* 2010) erreicht wird. Das geschieht dadurch, dass

- diese auf *verschiedenen sprachlichen Ebenen* geübt und dabei zahlreiche verschiedene *assoziative Relationen* (u.a. syntagmatische, paradigmatische, und referenzielle) aktiviert und gefestigt werden;
- in *verschiedenen Modalitäten* geübt wird, was eine multimodale Verankerung bzw. Aktivierung der Übungsgegenstände fördert (*Engelkamp* 1991): phonisch und sprechmotorisch, grafisch und schreibmotorisch, bildlich;
- *verschiedenartige Übungstypen* eingesetzt werden, die unterschiedliche kognitive Aktivitäten mit den Übungsgegenständen stimulieren, was einen variablen und transferfähigen Umgang damit fördert.

Wichtig ist, dass man auf möglichst viele verschiedene Weisen mit der Sprache arbeitet: „durch selbst Tun, Sehen, Hören, Sprechen und ... eigenes Handeln“ (*Scherfer* 1989, 6).

Eine situative Therapie basiert auf einer repräsentativen, zugleich auf den jeweiligen Patienten abgestimmten Auswahl von Alltagssituationen. Jede Situation ist dabei Grundlage für eine zielgerichtete, klar strukturierte Übungssequenz (die sich über mehrere Therapiesitzungen erstrecken kann), wobei jede Übung mit Bezug auf das jeweilige Situationsbild durchgeführt wird. Im Verlauf einer Therapie erarbeitet der Patient eine aufeinander aufbauende Folge von situativ eingebetteten Übungssequenzen. Das ermöglicht eine kontrollierte therapeutische Progression, ein gezieltes Anknüpfen an bereits erarbeitete Inhalte sowie deren gezielte Erweiterung und Transfer.

Sprachübungen lassen sich auf einer Achse mit den Polen „sprachbezogen“ und „kommunikationsbezogen“ anordnen (*Neuner et al.* 1981, *Häussermann & Piepho* 1996; *Storch* 1999, 198ff). Bei sprachbezogenen Übungen liegt der Fokus auf den sprachlich-

■ **Abb. 8: Situationsbild „Suppe essen“ aus Storch & Weng 2009**



■ **Abb. 9: Übungen aus Storch & Weng 2009**

S 2 Suppe essen

8 Zeigen Sie die Dinge auf dem Bild.

Saltz ein Löffel ein Teller Suppe

Schreiben Sie.
Da ist Salz.
Da ist ...

9 Der Mann will Suppe essen. Was braucht er?

Der Mann braucht einen Löffel.
 ein Bett.

Der Mann braucht einen Löffel.

Der Mann braucht einen Ball.
 einen Teller.

Der Mann braucht einen Wecker.
 Salz.

■ **Abb. 10: Situationsbild „In der Küche“ (Pustlauk & Weng 2008)**



■ **Abb. 11: Übung aus Storch & Weng 2009**

6 Schauen Sie das Bild an. Wer macht das?

	wäscht	schält	trinkt	kocht
	Salat	Kartoffeln	Kakao	die Suppe
das Mädchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Junge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Mädchen ...

chen Mitteln (Morphologie, Syntax, Wortschatz ...), bei kommunikationsbezogenen dagegen auf inhaltlichen und pragmatischen Faktoren wie Redeabsicht, Dialogstruktur, Sprecherwechsel, situative Angemessenheit (Lutz 1992, 166ff).

Situativ eingebettete sprachbezogene Übungen können, wie die kleine Übungssequenz Abb. 9 zeigt, auch bei schweren Aphasien durchgeführt werden (Abb. 8, 9).

In Übung 8 wird zunächst in Form einer elementaren Zeigehandlung der Wortschatz versprochen, der in Übung 9 erneut im syntagmatischen Zusammenhang verwendet wird. Hier werden sprachbezogen, jedoch situativ eingebettet, sowohl Wortschatz als auch ein elementares Satzmuster geübt.

Auch die Übung 6, in der syntagmatische Bedeutungsbeziehungen vertextet werden (Salat – waschen, Suppe – kochen ...; Abb. 11), ist vorkommunikativ-sprachbezogen. Hier beinhaltet das Situationsbild die Stimuli für die Durchführung der Übung.

Das Situationsbild stellt das Handlungsgefüge für die Übung dar. Die dargestellten Personen und Gegenstände sind „Subjekte“ und „Objekte“ der Handlungen, das, was sie „tun“, wird in Verbstrukturen ausgedrückt. In der Übung werden Bild und Sprache zusammengeführt, das Situationsbild wird gleichsam „vertextet“. Gedächtnispsychologisch werden durch den Situationsbezug die Zuordnung und Verankerung des Übungsmaterials innerhalb des aktivierten Situationsschemas sowie seine duale Kodierung gefördert (Storch & Weng 2010).

Stärker kommunikativ orientierte Übungen gehen auf pragmatische Faktoren der Kommunikation wie Sprecherrolle, Situationsbezug oder Dialogstruktur ein. In einem ersten Schritt können den Personen auf einem Situationsbild vorgegebene Redekärtchen zugeordnet werden, z.B. Abbildung 12. Dabei

■ **Abb. 12: Den Personen Dialogteile zuordnen (vgl. Abb. 10 „In der Küche“)**

- a Wie oft soll ich den Salat waschen?
- b Sven, ist die Suppe bald fertig?
- c Zwei oder drei Mal, bis er sauber ist.
- d Ja, sie ist gleich fertig.

■ **Abb. 13: Dialogübung zu Abb. 5 („Auf dem Wochenmarkt“)**

Die Frau ist auf dem Wochenmarkt. Ordnen Sie die Sätze zu.

– Auf Wiedersehen.
– Ja, noch ein Kilo Tomaten, von denen da.
– 2 kg Apfel.

M Bitte, was wünschen Sie?
F _____
M Darf es noch etwas sein?
F _____
M Macht 4 EURO 60. – Danke.
Auf Wiedersehen.
F _____

werden auch die passenden Dialogteile einander zugeordnet: a und c, b und d.

Die anspruchsvollere Übung Abb. 13 (vgl. Situationsbild Abb. 5 „Auf dem Markt“), bei der in einem Lückendialog vorgegebene Aussagen angemessen zugeordnet werden sollen, setzt einen Überblick über den Dialogverlauf voraus.

Eine solche Dialogstruktur kann, sofern der Patient zu produktiven Leistungen gelangt, eine Grundlage für Rollenspiele darstellen. Sie kann aber auch – evtl. zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie – im Transfer auf andere Verkaufssituationen im Alltag übertragen werden (z.B. beim Bäcker oder Metzger). Auch für Patienten, die nicht zu produk-

tiven Leistungen gelangen, ist ein solches Üben sinnvoll, da Grundlagen für interaktive Kommunikation gebildet werden, die der Patient ggf. sprachlich nur fragmentarisch und stark gestengestützt ausüben kann. (Weitere Beispiele für kommunikativ orientierte Übungen in Storch & Weng 2003)

Situationsbilder als Anlass für bildbezogenes Sprechen

Reine Bildbeschreibungen sind je nach Schweregrad der Störung ein gängiges Mittel, das freiere Sprechen zu trainieren. Mit PACE (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness, Davis & Wilcox 1985) liegt ein Therapieansatz vor, bei dem der partnerbezogenen Bildbeschreibung ein zentraler Stellenwert zukommt. Wenn es die allgemein kognitive und die sprachliche Leistungsfähigkeit des Patienten erlauben, lässt sich das methodische Spektrum allerdings wesentlich erweitern.

Situationsbilder beinhalten in der Regel Offenheiten, die Anlässe zum Kommunizieren bieten (Eichheim & Wilms 1981; Storch 1999, 275ff). Bezogen auf Abbildung 14 ergeben sich folgende Fragen bzw. Kommunikationsanlässe:

■ **Abb. 14: Situationsbild „Beim Essen“ (Pustlauk & Weng 2007)**



- **sozial:**
Wer sind die Personen? Wie ist ihr Verhältnis zueinander?
Gibt es evtl. andere Personen, die fehlen?
Was erfährt man über die Personen? (z.B. Beruf, Alter)
- **zeitlich:**
Jahres-/Tageszeit?
Was haben die Personen vorher gemacht? Was machen sie danach?
Möglicher Tagesablauf eines Beteiligten (z.B. Kind, Hund).

- **räumlich:**
Wo ist das?
Was gibt es da noch (z.B. andere Räume)?
Was ist außerhalb des Bildes?

● **kommunikativ:**
Worüber sprechen die Personen evtl.?
Die Äußerungen des Patienten füllen hierbei Informationslücken, die sich aus den Offenheiten im Bild ergeben. Zwar sind Bilder in der neurologischen Rehabilitation meist klar und deutlich strukturiert und weisen eher wenige Offenheiten auf, die zum „Spekulieren“ Anlass geben. Das vorliegende Beispiel zeigt aber, dass auch eher geschlossene Bilder zahlreiche Sprechanlässe bieten. Falls es die allgemein kognitiven Fähigkeiten des Patienten zulassen, kann Offenheit auch dadurch geschaffen werden, dass zunächst nur der Ausschnitt eines Bildes gezeigt wird (Abb. 15).

Situationsbilder als Stimuli für weiterführende Aktivitäten

Teilhabe am öffentlichen und sozialen Leben impliziert neben der Fähigkeit, Dialoge zu führen, auch die Fähigkeit zur Informationsentnahme. Dabei werden die einem Text entnommenen Informationen oft benötigt, um ein bestimmtes Handlungsziel zu erreichen.

Beispiel:
Anlass: Man möchte sich in einem Fitnessstudio anmelden.

- Man sucht im Telefonbuch/Internet nahe gelegene Adressen heraus.
- Man ruft die Fitnessstudios an und holt Informationen über Ausstattung, Preise, Öffnungszeiten usw. ein und notiert die Informationen.
- Man vergleicht die Informationen und entscheidet sich.

Auf die Aphasiotherapie übertragen bedeutet dies: Aus einem Situationsbild ergeben

■ **Abb 15: Ausschnitte aus dem Situationsbild „Beim Essen“ (Abb. 14)**



sich bestimmte simulierte oder authentische Handlungsanlässe. Die einzelnen Teilschritte werden dabei in der Therapie simuliert oder aber für reales Handeln außerhalb der Therapie vorbereitet. Diese freieren kommunikativen Aktivitäten (z.B. einem Text Informationen entnehmen und notieren) ergeben sich im Zusammenhang mit einem Situationsbild und können im Anschluss an die Übungsphasen durchgeführt werden (vgl. Beispiel Abb. 16).

Von hier ist der Schritt zu authentischer Kommunikation nicht mehr groß:

- **Situation „Arzt“:** Der Patient telefoniert im Beisein der Therapeutin mit seiner Zahnarztpraxis, um einen Termin zu vereinbaren. Erforderliche Redemittel können im Vorfeld erarbeitet und notiert werden (*Guten Tag, hier ist ..., Ich möchte gern einen Termin ...*)
- **Situation „Geburtstag/Feste“:** Der Patient schreibt mit Hilfe seiner Therapeutin eine Geburtstagskarte an einen Freund, die dann abgeschickt wird.
- **Situation „Freizeit“:** Der Patient schreibt mit Hilfe seiner Therapeutin eine E-Mail, um Informationsmaterialien im Zusammenhang mit seinem Hobby anzufordern.

Anlässe für authentisches kommunikatives Handeln lassen sich in vielen Alltagssitua-

tionen finden. Sie stellen für den Aphasiker einen ganz direkten Brückenschlag zu seinen eigenen Alltagsbedürfnissen dar, und sie vermitteln ihm die Einsicht, dass seine Therapie auf Anwendung ausgerichtet ist. Der Therapeutin bietet eine situativ eingebettete Therapie die Chance, ein breites Spektrum therapeutischer Maßnahmen – vor allem: sprachbezogene Übungen, Verwendung von Hilfsmitteln und -strategien, themenbezogene Kommunikation, authentisches (angehörigenbegleitetes) sprachliches Handeln durch den Patienten – je nach Störung und Bedürfnis ihres Patienten „aus einem Guss“ einzusetzen, und zwar stets mit dem Fokus „Verwendung der Sprache im Alltag“.

LITERATUR

Bauer, A. (2008). *Miteinander im Gespräch bleiben – Partizipation in aphasischen Alltagsgesprächen*. Dissertation, Freiburg/Brsq.

Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.J. & Huber, W. (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001. *Aktuelle Neurologie* 29, 63-75

Coopmans, J. (2007). Alltagsrelevante Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 1 (21), 6-13

Davis, G.A. & Wilcox, M.J. (1985). *Adult Aphasia Rehabilitation. Applied Pragmatics*. San Diego: College-Hill Press

Eichheim, H. & Wilms, H. (1981). Das Bild im Unterricht. In: Sturm D. (Hrsg.), *Deutsch als Fremdsprache heute. Lehren – Lernen – Informieren*. Media Paris 1981 (105-120). München: Goethe-Institut

Engelkamp, J. (1991). *Das menschliche Gedächtnis. Das Erinnern von Sprache, Bildern und Handlungen*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Glindemann, R. (1997). Alltagsorientierung, kommunikative Handlungen und ökologische Validität. In: Widdig, W., Pollow, T., Ohlendorf, I.M. & Malin, J.P. (Hrsg.), *Aphasiologie in den Neunzigern. Therapie und Diagnostik im Spannungsfeld von Neurolinguistik, Pragmatik und Gesundheitspolitik*. 5. Rhein-Ruhr-Meeting in Bochum (161-188). Freiburg: Hochschul-Verlag

Grötzbach, H. (2008). Kontext-sensitive Aphasiotherapie. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 1 (16), 26-31

Häussermann, U. & Piepho, H.-E. (1996). *Aufgabenhandbuch Deutsch als Fremdsprache. Abriss einer Aufgaben- und Übungstypologie*. München: iudicium

Heyd, G. (1991). *Deutsch lehren. Grundwissen für den Unterricht Deutsch als Fremdsprache*. 2. Aufl. Frankfurt/M.: Diesterweg

Kotten, A. (1997). *Lexikalische Störungen bei Aphasie*. Stuttgart: Thieme

■ **Abb. 16: Situation „In der Küche“ (Abb. 10) – Beispiele für weiterführende Aktivitäten, die sich aus einer Situation ergeben**

Anlass	Informationsentnahme aus einem Text und Weiterverwendung	(simuliertes) Handlungsziel
einen Obstsalat herstellen	<ul style="list-style-type: none"> ● einem Rezept die benötigten Zutaten entnehmen und ● einen Einkaufszettel mit den Zutaten schreiben 	die Zutaten einkaufen
Lebensmittel einkaufen	<ul style="list-style-type: none"> ● Preise von 2 Supermarktprospekten vergleichen und ● auf einem vorgegebenem Einkaufszettel das bevorzugte Produkt notieren 	die preisgünstigen Artikel herausfinden
Kauf eines Küchengeräts	<ul style="list-style-type: none"> ● aus 2 Prospekten Informationen über ein Gerät heraussuchen (z.B. Herd, Kühlschrank) ● die Informationen in einer Tabelle notieren und gegenüberstellen ● die Informationen vergleichen 	sich für ein Gerät entscheiden

Lurija, A.R. (1992). *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt

Lutz, L. (1992). *Das Schweigen verstehen. Über Aphasie*. Berlin: Springer

Lutz, L. (1997). *MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie*. Berlin: Springer

Neuner, G., Krüger, M. & Grever, U. (1981). *Übungstypologie zum kommunikativen Deutschunterricht*. Berlin: Langenscheidt

Pulvermüller, F. (1989). Sprachliches Handeln im Alltag und in der Aphasietherapie. In: Roth, V. (Hrsg.), *Kommunikation trotz gestörter Sprache: Aphasie – Demenz – Schizophrenie* (87–100). Tübingen: Narr

Pustlauk, Th. & Weng, I. (2008). *Alltagssituationen in Bildern*. Stockach: Storch

Scherfer, P. (1989). Vokabellernen. *Der fremdsprachliche Unterricht* 98, 4-10

Schöler, M. & Grötzbach, H. (2002). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer

Schwerdtfeger, I.C. (1995). Arbeits- und Übungsformen: Überblick. In: Bausch, K.-R., Christ, H. & Krumm, H.-J. (Hrsg.), *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. 3. Aufl. (223-226). Tübingen: Francke

Spitzer, L., Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2009). Exekutivfunktionen in der Aphasietherapie. *Forum Logopädie* 3 (23), 6-9

Steiner, J. (1993). Grundzüge einer ganzheitlichen Aphasiebehandlung und -forschung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie. Band VI. Zentrale Sprach- und Sprechstörungen* (300-326). Berlin: Spiess

Storch, G. (1999). *Deutsch als Fremdsprache – Eine Didaktik*. München: Fink

Storch, G. & Weng, I. (2003). *Alltagssprache für Aphasiker*. 2. Aufl. Stockach: Storch

Storch, G. & Weng, I. (2009). *Alltagssituationen in Bildern. Übungen*. Stockach: Storch

Storch, G. & Weng, I. (2010). Der situative Ansatz in der Aphasietherapie. Teil 1. Theoretische Konzepte, Kognitive Lernpsychologie und therapeutische Praxis. *Forum Logopädie* 3 (24), 14-20

Tesak, J. (1997). *Einführung in die Aphasieologie*. Stuttgart: Thieme

Tesak, J. (2005/6). ICF und Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete* 3/2005, 1/2006, 7-13

WHO (Hrsg.) (2001). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf

Weng, I. (2008). Aspekte des Textverstehens und ihre Umsetzung in der Sprachtherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *SAL-Bulletin* 130, 5-18

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber

SUMMARY. The situative approach within aphasia therapy – part 2: Basical didactics of speech as part of therapy

The demand for an application-oriented aphasia therapy requires subjects of daily practice and authentic communication to be included in therapy processes. Interactive structures help to broaden the requirements of speech and communication for patients and therapists. Here the "situation" is always the point of reference for the different application-oriented activities. The article (here: part 2) discusses the concept of an application-oriented aphasia therapy and gives an outline of important didactical aspects following this approach.

KEYWORDS: application-oriented aphasia therapy – patient-therapist-interaction – situative approach – didactics of speech

Autoren

Dr. Günther Storch, Dr. Ingrid Weng
Hindelwanger Str. 20
78333 Stockach
iweng@t-online.de



Wie wertvoll ist der Geschmack eines Apfels, wenn man nicht hinein beißen kann?

Patienten, die unter Trismus oder eingeschränkter Kieferbeweglichkeit leiden, haben häufig Schwierigkeiten mit alltäglichen Dingen wie z.B. Essen, Gähnen, Lachen oder Sprechen. Die Möglichkeit, wieder ohne Schmerzen zu essen und mit seinem sozialen Umfeld zu kommunizieren ist ein großer Schritt zu einer besseren Lebensqualität.

TheraBite wurde speziell zur Therapie eingeschränkter Kieferbeweglichkeit entwickelt. Das klinisch geprüfte effektive System hilft dabei, die Kieferöffnung zu vergrößern und Schmerzen zu verringern.

TheraBite ist:

- anatomisch korrekt
- patientengesteuert
- tragbar
- komfortabel
- wirkungsvoll für Kinder und Erwachsene

Mehr Informationen zu TheraBite erhalten Sie bei:
Atos Medical GmbH
Mülheimer Straße 3-7
53840 Troisdorf
Telefon: 02241 / 1493 0
Fax: 02241 / 1493 72
www.atosmedical.de

