

Zur Didaktik der teilhabeorientierten Aphasietherapie

Teil 3: Zwei kommentierte exemplarische Therapieeinheiten

Ingrid Weng, Günther Storch

ZUSAMMENFASSUNG. Der vorliegende 3. Teil unseres Beitrags konkretisiert die bisherigen Aussagen der Teile 1 und 2 anhand zweier exemplarischer Therapieeinheiten zur Arbeit mit Gebrauchstexten sowie zum elementaren Dialog. Diese Therapieeinheiten enthalten zahlreiche Beispiele für kommunikations- und handlungsorientierte Übungen (Komponentenübungen) zu den genannten Übungsbereichen. Anhand der beiden Übungssequenzen werden didaktische Grundstrukturen bezüglich Funktion und Anordnung der einzelnen Übungsschritte entwickelt – beginnend stets mit der Situierung der Einheit (Einbettung); den Abschluss bilden alltagsbezogene handlungsorientierte Folgeaktivitäten, die sich aus der jeweiligen Übungseinheit ergeben.

Schlüsselwörter: Aphasie – Teilhabe – Didaktik – Alltagskommunikation – kommunikative Teilleistungen – Handlungsorientierung – Komponentenübungen – sprachfokussierte Übungen

Einleitung

Kommunikationsprobleme bei Aphasie beruhen nicht nur auf sprachsystematischen Defiziten, sondern ebenso auf eingeschränkten kommunikativen Fertigkeiten (Rollenvorverständnis, Sprecherwechsel, kommunikative Intention etc.) und gestörten allgemeinen, d.h. nicht sprachspezifischen Funktionen, die beim Kommunizieren eng miteinander interagieren (Teil 1: Weng & Storch 2016). Das muss innerhalb eines teilhabeorientierten sprachtherapeutischen Settings (Klinik, Praxis) gezielt berücksichtigt werden, woraus bestimmte Anforderungen an die didaktischen Grundlagen der Therapie resultieren (Teil 2: Weng & Storch 2017): Einbettung, Authentizität sowie das gezielte Training kommunikativen Handelns durch spezielle Übungen (Komponentenübungen) fördern die Aktivierung kommunikativer Fertigkeiten und bereiten gezielt auf den Alltag vor. Die folgenden zwei exemplarischen Therapieeinheiten konkretisieren die bisherigen Ausführungen zur Therapedidaktik, wobei insbesondere die Grundstrukturen kommunikativ orientierter Therapieeinheiten (verschiedene Stufen des Übens) thematisiert werden.

Zur Didaktik der Arbeit mit einfachen Gebrauchstexten

Gebrauchstexte spielen in unserem Alltag eine zentrale Rolle; ob Wetterbericht, Pra-

xisschild oder Supermarktprospekt: Der adäquate Umgang mit derartigen Texten ist von zentraler Bedeutung für die Bewältigung des Alltags. „Mit Hilfe von Texten werden menschliche Tätigkeiten koordiniert, werden umfangreiche Handlungen vorbereitet und durchgeführt, kann das soziale Verhalten anderer zielgerichtet gesteuert werden“ (Heinemann & Viehweger 1991, 18; Weng & Storch 2013a).

Deshalb sollten Gebrauchstexte so früh wie möglich in eine teilhabeorientierte Sprachtherapie Eingang finden. Der Patient (P) muss dabei, will er diese Texte adäquat verstehen, über verschiedene Fähigkeiten verfügen, die Übungsschwerpunkte in der Therapie sind:

- **Textsortenwissen:** P muss den Text situieren können (Gänsel 2014, Lux 1981): In welchem Zusammenhang kommt ein Text vor? Wie ist er strukturiert? Welche Arten von Informationen enthält er?
- **Informationsentnahme:** P muss dem Text entsprechend einem Verstehensziel Informationen entnehmen können (Weng 2008, Weng & Storch 2013a).
- **Informationsverwertung (Weng & Storch 2013a):** P muss die Informationen des Textes adäquat verwerten, sie z.B. für das Erreichen eines Handlungsziels verwenden können.

Entsprechend unterscheiden wir bei der Arbeit mit Gebrauchstexten unter didaktisch-

Dr. phil. Ingrid Weng ist Klinische Linguistin (BKL) und Sprachdidaktikerin. Nach einer Auslandstätigkeit 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 und Vorträge gehalten, und sie ist Autorin zahlreicher alltagsbezogener Therapiematerialien für die Aphasietherapie.



Dr. phil. Günther Storch, Linguist und Sprachdidaktiker, ist als Autor und Verleger sprachdidaktischer sowie sprachtherapeutischer Publikationen und als Dozent in der Logopädieausbildung tätig. Er war viele Jahre im Ausland in der universitären und außeruniversitären Aus- und Fortbildung von Fremdsprachenlehrern beschäftigt. Er hat viele sprachdidaktische Seminare und Vorträge gehalten und ist Autor zahlreicher einschlägiger theoretischer wie praxisorientierter Publikationen.



therapeutischen Aspekten drei Phasen (zur Methodik und Didaktik der Textarbeit: Weng & Storch 2013a, Storch 1999, Kap. 4; Häussermann & Piepho 1996, Kap. 8; Weng 2008):

- Situierung des Textes (s.u. Schritte 1, 2)
- Informationsentnahme (Schritt 3)
- Informationsverwertung (Schritte 4, 5)
- Der Phase der Textarbeit schließt sich eine handlungsorientierte Folgeaktivität an, die im Rahmen des Textthemas (quasi-)authentische Handlungen trainiert (Schritt 6).

Die folgende exemplarische Therapieeinheit zur Arbeit mit Gebrauchstexten ist therapeutisch wie folgt einzuordnen:

■ **Abb. 1: Situation „Arztbesuch“ (Pustlauk & Weng 2008)**



■ **Abb. 2: Praxisschilder (Weng & Storch 2013b, Texte T 26)**



- **Thematischer Zusammenhang:** Gesundheit – Krankheit
- **Situation:** einen Arztbesuch planen
- **Alltagstext:** Praxisschilder
- **Ziel:** einem Praxisschild adäquat Sprechstundentermine entnehmen können
- **Schweregrad:** mittelschwere aphatische Störung

Schritt 1

Einführen der Situation „Arztbesuch“, z.B. anhand eines Situationsbildes (Abb. 1). Zunächst präsentiert die TherapeutIn (T) das Situationsbild (T: „Schauen Sie sich bitte einmal das Bild an.“), und anschließend ordnet P dem Bild die adäquate Situationskarte zu: *In der Apotheke* bzw. *Beim Arzt*. Anhand des Situationsbildes provoziert T dann Spontanäußerungen bei P. Dabei sollte sich P im Rahmen des Möglichen auch über sich selbst äußern, d.h. die im Bild dargestellte Situation auf sich und seine Erfahrungen beziehen – wenn nicht anders möglich, durch die Beantwortung von Ja/Nein-Fragen. Sprechansätze ergeben sich auch dadurch, dass P dem Bild Wortkarten zuordnet und die Zuordnung entsprechend seinen sprachlichen Möglichkeiten begründet.

T: „Welche Wörter passen zu dem Bild?“

P ordnet dem Bild passende Wörter zu (*essen, Spritze, krank, Auto, Bett* usw.) und äußert sich dabei.

Schritt 2

Mit Bezug auf das Situationsbild (Abb. 1) werden nun die Praxisschilder (Abb. 2) präsentiert, die die Textbasis für die folgenden Schritte (Informationsentnahme und Informationsverwertung) darstellen.

Übung Ü1 (Abb. 3) dient der ersten Orientierung auf den vier Praxisschildern: „Welche Ärzte braucht man in diesen Situationen?“ Dabei muss eine Beschwerde bzw. Krankheit der Spezialisierung eines Arztes zugeordnet werden. Übung 2 (Abb. 4) zielt auf die Aktivierung des Textsortenwissens ab.

Schritt 3

Die Komponentenübungen Ü3 und Ü4 (Abb. 5)

dienen der selektiven Informationsentnahme aus den Texten Abb. 2. Dabei muss P jeweils die entsprechenden Informationen auf den Praxisschildern herausfinden. Da bei den folgenden Übungen in den Schritten 4 und 5 die Sprechzeiten im Zentrum stehen, soll sich P bei Ü3 vorbereitend genauer mit den Sprechzeiten beschäftigen.

Schritt 4

Es folgen jetzt Komponentenübungen zur Verwertung der auf den Praxisschildern enthaltenen Informationen. Dabei erfolgt die Informationsentnahme in Bezug auf Handlungen und Notwendigkeiten des Alltags. Bei Ü5 (Abb. 6) sollen einfache Alltagsinformationen mit den Informationen auf den Praxisschildern (Abb. 2) abgeglichen werden. Bei dieser kognitiv anspruchsvollen Aufgabe müssen u.a.

- die Informationen über die jeweilige Person im Arbeitsgedächtnis behalten werden;
- das passende Praxisschild gefunden werden;
- die rein sprachlich gegebenen Informationen (Ü5) mit Uhrzeitinformationen in Ziffern in Zusammenhang gebracht werden, d.h. es findet ein Wechsel im Symbolsystem statt.

■ **Abb. 3: Orientierungsübung**

1 Welcher Arzt ist der richtige?

- Ihr Kind klagt über Ohrenscherzen. _____
- Ihr Ehepartner hat eine Grippe. _____
- Ihre Tochter klagt über Zahnschmerzen. _____
- Ihr Sohn kann in der Schule nicht alles lesen, was an der Tafel steht. _____

■ **Abb. 4: Übung zur Aktivierung des Textsortenwissens**

2 Welche Informationen kann man auf Praxisschildern finden? Kreuzen Sie an.

- die Telefonnummer des Arztes
- die Adresse des Arztes
- das Alter der Patienten
- die Sprechzeiten des Arztes
- den Namen des Arztes

	JA	NEIN
die Telefonnummer des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Adresse des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Alter der Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Sprechzeiten des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Namen des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



■ **Abb. 5: Übungen zur Informationsentnahme (Weng & Storch 2013b, 44)**

3 Notieren Sie die Sprechzeiten.

	Vormittag		Nachmittag	
	Tage	Uhrzeit	Tage	Uhrzeit
Dr. Schnelle	Mo – Fr	8 – 12		
B. Sommer				
Dr. Weiland				

4 Bei welchen Ärzten muss man sich anmelden?



■ **Abb. 6: Übung zur Informationsverwertung (Weng & Storch 2013b, 44)**

5 Arztbesuche.

- Frau Müller hat mittwochs frei. Kann sie da zum HNO-Arzt gehen? JA NEIN
- Herr März will Freitagnachmittag bei seinem Hausarzt ein Rezept abholen. Geht das? JA NEIN
- Julia will Donnerstagnachmittag zum Zahnarzt gehen. Was muss sie vorher machen? _____

Schritt 5

Die Übung zur Informationsverwertung Ü7 (Abb. 8) entspricht weitgehend dem authentischen Handeln im Alltag: Es muss ein komplexer Wochenplan (Arbeitszeiten, Freizeitaktivitäten) mit den Sprechzeiten auf einem Praxisschild abgeglichen werden – eine für Aphasiker anspruchsvolle Aufgabe, die hohe Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten stellt (Überblicksfähigkeit, Arbeitsgedächtnis etc.). Deswegen wird bei Bedarf Ü6 (Abb. 7) vorgeschaltet, die der Vorbereitung dient und das Abgleichen der Zeiten vereinfacht.

■ **Abb. 7: Vorbereitende Übung (Weng & Storch 2013b, 45)**

6 Tragen Sie die Sprechzeiten der Praxis Dr. Schnelle ein.

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8-9					
9-10					
10-11					
11-12					
12-13					
13-14					
14-15					
15-16					
16-17					
17-18					

■ **Abb. 8: Übung zur Informationsverwertung (Weng & Storch 2013b, 45)**

7 Rebecca Wendland arbeitet in einer Modeboutique. Das sind ihre festen Termine:



	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8-9					
9-10					
10-11	Arbeit	Arbeit	Arbeit	Arbeit	Arbeit
11-12					
12-13					
13-14					
14-15					
15-16					
16-17	Arbeit	Arbeit		Arbeit	
17-18			Theatergruppe		
18-19					Sport
19-20					

Frau Wendland will einen Termin bei der Augenärztin Dr. Schnelle vereinbaren. Vergleichen Sie mit Ü6. Finden Sie einen passenden Termin.



Schritt 6

Als handlungsorientierte Folgeaktivität kann P die Telefonnummern von Ärzten auf den Praxisschildern notieren und diese anschließend auf einem Therapietelefon wählen. Diese Aufgabe ist relativ schwierig, da es sich um lange Zahlenreihen handelt und der Aufmerksamkeitsfokus stets zwischen Praxisschild und Schreibpapier bzw. danach zwischen Schreibpapier und Telefon wechseln muss (Abb. 9). Anschließend kann P ggf. eine vertraute Person anrufen.

Im Rahmen dieser Therapieeinheit, deren Fokus auf dem angemessenen Umgang mit einem Gebrauchstext liegt, brauchen keine sprachfokussierten Übungen durchgeführt zu werden, da hier die wichtigen Informationen wahrscheinlich verstanden werden. Bei Bedarf können sich an die Übungssequenz sprachfokussierte Übungen anschließen, die dann allerdings in kommunikatives Üben überführt werden sollten; mögliche inhaltliche Bereiche sind:

- Wiederholung von Wochentagen und Uhrzeit
- Ärzte für verschiedene Krankheiten
- Körperteile
- Beschwerden: Fieber, Kopfweh, Zahnschmerzen („Ich habe Fieber.“ oder „Mein Arm tut weh.“; vgl. Storch & Weng 2003, Kap. 5)

Zur Didaktik elementarer dialogischer Kommunikation

Das dialogische Sprechen ist das Grundmuster kommunikativer Interaktion: Zwei Personen teilen sich gegenseitig etwas mit. Das gilt für sprachgestörte Personen ebenso wie für sprachgesunde. In dialogischer Interaktion werden menschliche Grundbedürfnisse mitgeteilt (A: „Ich hab' Hunger.“ – B nickt und holt etwas zu essen.), aber auch Fragen der Weltpolitik besprochen.

Dabei wird – und das ist im vorliegenden Zusammenhang besonders wichtig – Sprache nicht nur produziert, sondern auch verstanden.

Aus diesem Grund ist es wichtig, die von Aphasie Betroffenen möglichst früh, auch bei Vorliegen einer schweren Aphasie, auf das Dialoggeschehen vorzubereiten – selbst wenn die Sprachstörung mit einer Sprechapraxie verbunden ist. Hinzu kommt, dass PatientInnen

■ **Abb. 9: Handlungsorientierte Folgeaktivität**

Sie wollen in der Praxis von Dr. Jens Weiland anrufen.

- Notieren Sie die Telefonnummer.
-
- Wählen Sie die Nummer auf einem Telefon.

Sie wollen in der Praxis von Dr. Angela Schnelle anrufen.

- Notieren Sie die Telefonnummer.
-
- Wählen Sie die Nummer auf einem Telefon.

mit einer Aphasie bei dialogischer Interaktion – zusätzlich zu den im engeren Sinne „sprachlichen“ Defiziten – zahlreiche weitere Probleme haben, z.B. mit der Sprecherinitiation oder mit dem Sprecherwechsel (Lutz 1997, Spitzer et al. 2013, Storch & Weng 2016).

Das Training dialogischer Grundmuster in der Therapie zielt somit nicht nur auf die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten ab; zugleich werden dadurch die mit der Sprachstörung assoziierten genuin kognitiven Defizite trainiert (exekutive Funktionen, Arbeitsgedächtnis etc.). Hinzu kommt, dass wiedergewonnene Einblicke in elementare Dialogverläufe auch den Einsatz von Ersatzstrategien, z.B. Gestik, erleichtern dürften.

Freie T-P-Interaktion halten wir für sinnvoll, um spontansprachliche Äußerungen zu provozieren, bei schwer betroffenen AphasikerInnen auch in Form einer Ja/Nein-Kommunikation. Für die gezielte Förderung der dialogischen Interaktion, gerade auch bei

■ **Abb. 10: Situationsbild „Im Restaurant“ (Pustlauk & Weng 2008)**



schweren und mittelschweren Aphasien, halten wir jedoch ein systematisches Vorgehen für erforderlich. Je nach Schweregrad und assoziierten Störungen (z.B. Sprechapraxie) können dabei auch nur – aber stets didaktisch zusammenhängend – einzelne Komponenten eines Dialogs geübt werden.

Die Sprachdidaktik des muttersprachlichen und des fremdsprachlichen Unterrichts hat zahlreiche methodische Techniken zur systematischen Förderung des dialogischen Sprechens entwickelt, von denen wir im Folgenden einige Übungsformen adaptieren (zur Didaktik des dialogischen Sprechens allgemein und in der Aphasietherapie: *Häussermann & Piepho 1996; Storch 1999, Kap. 6.2; Grönke 2012; Weng & Storch 2014*).

Das Üben – auch elementarster – Dialogkomponenten sollte stets in eine Situation eingebettet sein, die z.B. durch ein Situationsbild repräsentiert werden kann (Abb. 10, auch Abb. 1). Bei Vorliegen einer schweren und mittelschweren Aphasie ist davon auszugehen, dass neben den sprachlichen Fähigkeiten auch allgemeine kognitive Funktionen wie Arbeitsgedächtnis, kognitive Flexibilität usw. beeinträchtigt sind (*Heidler 2006, Spitzer 2008*), was sich wesentlich auf das methodische Vorgehen auswirkt. So sollten Auswahlmöglichkeiten hauptsächlich in Form von Sprachkarten angeboten werden und nicht in schwer zu überblickenden Auswahlkästen. Ebenso muss die Stimulusmenge stark reduziert sein.

Die folgende exemplarische Therapieeinheit zur elementaren dialogischen Kommunikation ist therapeutisch wie folgt einzuordnen:

- **Situation:** Im Restaurant
- **Übungsschwerpunkt:** elementare Dialogstruktur
- **Ziel:** Aktivierung elementaren dialogischen Wissens
- **Alltagstext:** Speisekarte
- **Schweregrad:** mittelschwere aphasische Störung, verbunden mit allgemeinen kognitiven Einschränkungen und Sprechapraxie

Schritt 1

Anhand des Situationsbildes *Im Restaurant* (Abb. 10) wird zunächst durch Zuordnung vorgegebener Ausdrücke die Situation geklärt. Ziel ist ein elementares Situationsverständnis.

- P bekommt das Situationsbild *Im Restaurant*
- T: „Schauen Sie bitte das Bild an.“
- P äußert sich ggf. spontan.
- T legt die beiden Sprachkarten *Im Restaurant* und *Im Bad* vor.
- T: „Wo ist das denn?“

In der Akutphase bzw. bei schwere(re)n sprachlich-kognitiven Beeinträchtigungen sollte dialogisches Sprechen nur im Rahmen einer für die PatientInnen konkret erfahrbaren Situation geübt werden: Realsituation oder bildlich vermittelt (Situationsbild). Fiktive Situationen der Art „Stellen Sie sich vor ...“ können mental nicht bewältigt werden.

P legt die passende Sprachkarte auf das Bild.

Es folgen einfache Ja/Nein-Fragen, die elementare Kommunikation stimulieren sowie auf die Beschäftigung von P mit der dargestellten Situation abzielen.

- T: „Ist das ein gutes Restaurant?“
- T: „Wie viele Personen sehen Sie auf dem Bild?“
- T: „Gehen Sie auch gern in ein Restaurant?“
- T: „Gefällt Ihnen das Bild?“
- T: ...
- Diese Phase sollte – im Rahmen des Möglichen, ggf. sehr elementar – möglichst intensiv für freie spontane Kommunikation genutzt werden.

Schritt 2

Im nächsten Schritt werden zur Vertiefung des Situationsverständnisses mittels Sprachkarten den Personen Rollen und Handlungen zugeordnet (Ziel: *Rollenverständnis* und *Einsicht in die den Rollen zugeordneten Handlungen*; *Schank & Schoenthal 1983, Neuner 1979*). Bei reduzierter Gedächtnisspanne bzw. Überblicksfähigkeit hat P stets nur 2 bis max. 4 Karten vor sich auf dem Tisch liegen. Alternative: T nennt die jeweilige Handlung, und P zeigt bzw. sagt, welche Person sie ausführt.

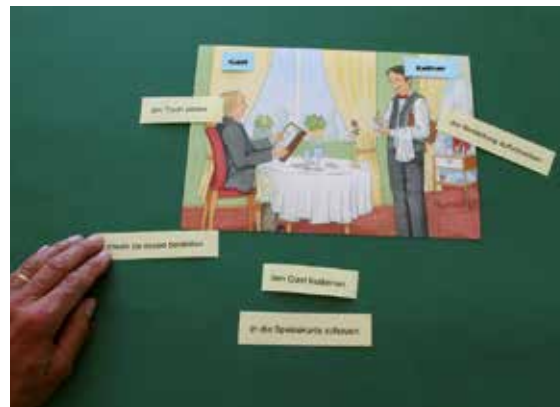
- T: „Wer sind die Personen?“
- P ordnet den Personen im Situationsbild Abb. 10 die Wortkarten *Gast* und *Kellner* zu.
- T: „Wer macht das?“
- P ordnet *Gast* und *Kellner* die Wortkarten zu (Abb. 11): *etwas zu essen bestellen, die Bestellung aufschreiben, am Tisch sitzen, in die Speisekarte schauen, den Gast bedienen*.

Schritt 3

Im nächsten Schritt werden zur Vorbereitung auf die dialogischen Übungen den Personen Redeteile zugeordnet. P muss hierbei erkennen, wer in welcher Rolle (*Gast, Kellner*) was sagt (Abb. 12).

T: „Wer sagt das? Der Gast oder der Kellner?“

■ **Abb.11: Übung zum Rollenverständnis „Wer macht das?“**



■ **Abb. 12: Übung zum Rollenverständnis „Wer sagt das?“**



Mit den Schritten 1, 2 und 3 sollte P die dialogische Situation sowie die Rollen der handelnden Personen verstanden haben. Die bisherigen Übungen trainieren nicht nur sprachliche bzw. kommunikative Faktoren, sondern auch allgemeine kognitive Funktionen, z.B. Arbeitsgedächtnis, Überblicksfähigkeit (Bild und Sprachkarten, Anzahl der Stimuli) sowie Umstellungsfähigkeit (Wechsel von einer Aktivität zur nächsten). Dabei ist es wichtig, diese Faktoren zu kontrollieren und die kognitiven Fähigkeiten von P nicht zu überfordern.

■ Abb. 13: Üben elementarer dialogischer Interaktion 1

Was bestellt der Gast? Ergänzen Sie.



Kellner	Gast
Was wünschen Sie, bitte?	Ein kleines Glas Apfelsaft, bitte.
Was möchten Sie trinken?	Ich möchte ein Schnitzel.
Danke!	

Schritt 4

Es folgt nun die erste eigentliche dialogische Übungsphase (hier: vorbereitende Übungen zur dialogischen Interaktion, Abb. 13), in der P die Sprechblasen zuordnet und den Dialog ergänzt. Mögliche Vorlieben von P, die sich im Verlauf der bisherigen Übungssequenz gezeigt haben, hat T bereits in die Sprechblasen eingetragen.

Im Anschluss daran kann evtl. in einer inhaltlich variierten Version (anderes Gericht und Getränk) ein ganzer Dialog in der richtigen Reihenfolge zugeordnet werden, d.h. auch die Redebeiträge des Kellners. Das stellt re-

■ Abb. 14: Sprachfokussierte Übungen zur Wortschatzaktivierung

1 Welches Bild passt? Kreuzen Sie an.

eine Forelle blau		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ein Schweineschnitzel		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ein Gulasch		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
eine Bratwurst		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2 Was passt: „essen“ oder „trinken“?

	Forelle	<input type="text" value="essen"/>
	Bier	<input type="text"/>
	Schnitzel	<input type="text"/>
	Wein	<input type="text"/>
	Gulasch	<input type="text"/>

■ Abb. 15: Üben elementarer dialogischer Interaktion 2 (K = Kellner, G = Gast)

K: „Guten Tag, was möchten Sie?“
 G: „Ich nehme ein Schnitzel.“
 K: „Schnitzel haben wir leider nicht mehr.“
 G: „Dann nehme ich _____.“
 K: „Was möchten Sie trinken?“
 G: „Ein Glas Saft.“
 K: „Orangensaft oder Apfelsaft?“
 G: „_____“

P hat 2 Wortkarten zur Auswahl:

eine Bratwurst	Gulasch
Apfelsaft	Orangensaft

lativ hohe Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis und die Überblicksfähigkeit.

Schritt 5

Da die folgenden Schritte 6 und 7 relativ wortschatzintensiv sind (Variation der Speisen, Textsorte „Speisekarte“), können bei Bedarf vorbereitende sprachfokussierte Übungen (Weng & Storch 2017) zur Aktivierung des erforderlichen Wortschatzes durchgeführt werden. Die Übungen sind, dem sprachlichen wie auch allgemein-kognitiven Niveau entsprechend, einfach gestaltet (Abb. 14).

Bei Übung 2 ordnet P ausgeschnittene Wortkarten zu: 3-mal *essen* und 2-mal *trinken*. Mittels dieser Übungen wird der Wortschatz voraktiviert, der im weiteren Verlauf der Therapieeinheit benötigt wird. Diese sprachliche Vorbereitung soll dazu beitragen, dass sich P in den folgenden Komponentenübungen auf die kommunikativen Aspekte der Übungen konzentrieren kann und nicht durch Probleme mit dem Wortschatz davon abgelenkt wird.

Schritt 6

Ist die Dialogstruktur soweit aktiviert (Schritt 4), können Übungen folgen, die im Rahmen des in Schritt 5 aktivierten Wortschatzes gezielt allgemein-kognitive Defizite berücksichtigen, z.B. kognitive Flexibilität (Planwechsel) und Entscheidungsfindung, die erforderlich sind, wenn das gewünschte

Handlungsziel nicht erreicht werden kann, sodass der Handelnde neu planen muss (Abb. 15).

Mit den Schritten 4 und 6, die die sprachliche Grundstruktur einer Bestellung im Restaurant üben, ist die Übungssequenz – bei Vorliegen einer stark expressiven aphasischen Störung – zu einem ersten Abschluss gelangt. Die Therapiesequenz kann in dieser Abfolge auch bei Patienten mit assoziierter Sprechapraxie (bzw. starker Dysarthrie) durchgeführt werden. Natürlich sollte überall dort, wo P dazu in der Lage ist, auch die gesprochene Form der Sprache direkt eingesetzt werden. Ist P zu verbalen Äußerungen fähig, wird der Dialog im nächsten Schritt mündlich eingeübt und variiert.

Schritt 7

Zur Vorbereitung handlungsorientierter Folgeaktivitäten, die sich im Rahmen des Themas/der Situation der Übungssequenz bewegen, wird nun ein (quasi-)authentischer Text eingeführt, der die Stimuli für diese Folgeaktivitäten enthält. Es handelt sich um eine einfache Speisekarte. In Schritt 7 soll P zunächst die Textsorte „Speisekarte“ erkennen und sich mit dem Text vertraut machen. Die Speisekarte (Abb. 16) hat zwei Spalten, sodass P seine Aufmerksamkeit jeweils auf eine Spalte fokussieren kann (reduzierte Stimulusmenge, geringere Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis).

T: „Hier ist eine Speisekarte. Schauen Sie sie einmal an.“

T: „Hat der Mann auf dem Bild auch eine „Speisekarte?“ (Abb. 10)

T: „Ist das ein gutes Restaurant?“

T: „Was würden Sie denn zu essen bestellen?“

T: „Und was zu trinken?“

Man muss sich bewusst machen, dass bereits eine derartige elementare Kommunikation an kognitiv gestörte PatientInnen hohe Anforderungen stellt, z.B. bei der Entscheidungsfindung („Was würden Sie zu essen/trinken bestellen?“).

T: „Und was essen Sie nicht so gern?“

T: „Und was trinken Sie nicht gern?“

■ Abb. 16: Gebrauchstext „Speisekarte“ (vereinfacht nach Weng & Storch 2013b, Text T43)



Zur kommunikativen Situierung der Speisekarte kann zu Beginn dieses Schrittes das Situationsbild „Im Restaurant“ (Abb. 10) verwendet werden.

Schritt 8

Als handlungsorientierte Folgeaktivität können nun einfache Rechenaufgaben anhand der Speisekarte Abb. 16 durchgeführt werden. Zunächst notiert P die Preise zu der Speise und dem Getränk (Abb. 17). Anschließend rechnet er (oder T) den Rechnungsbetrag aus (ggf. mit einem Taschenrechner) und vergleicht die Summe dann mit dem Betrag in Form von realem Geld, Therapiegeld oder – wie in Abb. 18 – eines Bildes. Das kann anhand weiterer Speisen/Getränke sowie – je nach kognitiven Möglichkeiten von P – mit 3

oder 4 Speisen und Getränken weitergeführt werden.

Fazit

Generell unterscheiden wir bei der Dialogarbeit fünf didaktische Stufen:

- 1. *Übungen, die Kommunikation situieren.* Diese einführenden Übungen zielen darauf ab, dass P die Situation versteht sowie erkennt, in welchen Rollen die Dialogpartner handeln (Neuner 1979; oben die Schritte 1, 2, 3).
- 2. *Übungen, die dialogische Interaktion vorbereiten.* Hierbei werden Einblicke in die Grundstruktur des dialogischen Sprechens angestrebt (oben die Schritte 4, 6, auch Schritt 3, da er Redemittel für den Dialog einführt).

■ Abb. 17: Teilhabeorientierte Folgeaktivität



■ Abb. 18: Geldbetrag zur Übung Abb. 17



- 3. *Übungen, die dialogische Interaktion üben.* Hierbei werden Dialoge – mehr oder weniger gesteuert – sprachlich eingeübt und variiert – z. B. wenn die Übungen Abb. 13 und 15 mündlich

phasicom®

Communication goes Therapy

- ▶ DIE Kommunikationshilfe für Aphasiker
- ▶ Extrem variabel, auch symbolorientiert
- ▶ Kostenfreier Erprobungstermin mit Ihren Patienten
- ▶ Kostenfreie Präsentation in Ihrer Praxis
- ▶ epitech: GKV-anerkannt seit 30 Jahren

Telefon **05221 694730**

epitech Andere Ansprüche, andere Lösungen.

www.epitech.de

durchgeführt werden. Hierzu gehört auch ein vorbereitetes dialogisches Rollenspiel (Übungstypen dazu in Weng & Storch 2014).

- 4. Je nach Bedarf können ergänzend *sprachfokussierte Übungen* eingesetzt werden (oben Schritt 5) – z.B. Übungen zur Aktivierung von Wortschatz, wenn ein Dialog sprachlich variiert werden soll oder zur Vorbereitung eines Textes, der die Stimuli für das weitere Üben enthält (Schritt 7).
- 5. Dem im engeren Sinne sprachlich-kommunikativen dialogischen Üben schließen sich stets *handlungsorientierte Folgeaktivitäten* an, die im Zusammenhang mit der Übungssituation (dem Thema) stehen, hier der Speisekarte Abb. 16 (Schritt 8).
- Die letzte („höchste“) Stufe ist die Anwendung des Geübten, also die authentische dialogische Interaktion in realen Situationen. Dabei kann evtl. auch eine eingeübte Dialogrolle sprachlich reproduziert werden. Dieser Schritt kann im therapeutischen Setting nur sehr eingeschränkt realisiert werden.

Die Übergänge zwischen diesen Typen sind fließend (z.B. Schritt 3). Je nach Schweregrad und Störungsbild können in einer Übungseinheit nur einige dieser Übungstypen vorkommen. Stufe 3 setzt z.B. voraus, dass P sprechen kann, also keine Sprechapraxie oder starke Dysarthrophonie hat. Die exemplarische Therapieeinheit oben beschränkt sich auf die Übungsstufen 1, 2, 4 und 5.

Schlussbemerkung

Eine kommunikative, auf den Alltag hin orientierte Aphasiotherapie folgt keinem starren Schema; sie basiert vielmehr auf bestimmten methodischen Grundlagen, die den TherapeutInnen helfen, therapeutische Schritte, Übungstypen und Medien in Bezug auf bestimmte kurzfristige wie auch übergeordnete Therapieziele begründet einzusetzen und in einer Sequenz anzuordnen.

Die konkrete Ausgestaltung der Therapie orientiert sich dann flexibel an dem jeweils individuell unterschiedlichen Störungsbild der PatientInnen (sprachliche, kommunikative, allgemein kognitive Teilleistungen), darüber hinaus an ihren Bedürfnissen und Interessen im Alltag.

Ziel unserer Ausführungen (Weng & Storch 2016, 2017 sowie vorliegend) war es, zu den Grundlagen der Therapie sowie zu den Möglichkeiten ihrer konkreten methodischen Realisierung einen Beitrag zu leisten.

LITERATUR

- Gänsel, C. (2014). *Textsortenlinguistik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Grönke, C. (2012). APT – Partizipationstraining in der Aphasiotherapie mit dem alert-Prinzip. Ein Weg zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen. *Forum Logopädie* 26 (6), 12-17
- Häussermann, U. & Piepho, H.-E. (1996). *Aufgabenhandbuch Deutsch als Fremdsprache. Abriß einer Aufgaben- und Übungstypologie*. München: iudicium
- Heidler, M.-D. (2006). Genuine kognitive Störungen bei Aphasie: Relevanz einer Differenzialdiagnostik. *Aphasie und verwandte Gebiete* 20 (3), 43-53
- Heinemann, W. & Viehweger, D. (1991). *Textlinguistik. Eine Einführung*. Tübingen: Niemeyer
- Lutz, L. (1997). *MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasiotherapie. Ein Therapieprogramm*. Berlin: Springer
- Lux, F. (1981). *Text, Situation, Textsorte*. Tübingen: Narr
- Neuner, G. (1979). Soziologische und pädagogische Dimensionen der Kommunikation und ihre Bedeutung für eine pragmatische Fremdsprachendidaktik. In: Neuner, G. (Hrsg.), *Pragmatische Didaktik des Englischunterrichts: Beiträge zur theoretischen Grundlegung und praktischen Unterrichtsgestaltung* (95-113). Paderborn: Schöningh
- Pustlauk, T. & Weng, I. (2008). *Alltagssituationen in Bildern*. Stockach: Storch
- Schank, G. & Schoenthal, G. (1983). *Gesprochene Sprache. Eine Einführung in Forschungsansätze und Analysemethoden*. Tübingen: Niemeyer
- Spitzer, L. (2008). *Auf dem Weg zur Teilhabe! Auswirkungen der Exekutivfunktionen und der Umstellungsfähigkeit auf den Alltag von Patienten mit einer Aphasie*. Bachelor-Arbeit HAWK Hildesheim/ Holzminden/Göttingen
- Spitzer, L., Grötzbach, H. & Beushausen, U. (2013). Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie. Bedeutung und Vorstellung einer teilhabeorientierten Therapie. *Forum Logopädie* 27 (6), 24-29
- Storch, G. (1999). *Deutsch als Fremdsprache. Eine Didaktik*. München: UTB/Fink
- Storch, G. & Weng, I. (2003). *Alltagssprache für Aphasiker*. Stockach: Storch
- Weng, I. (2008). Aspekte des Textverstehens und ihre Umsetzung in der Sprachtherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *SAL-Bulletin* 130, 5-18
- Weng, I. & Storch, G. (2013a). Gebrauchstexte in der teilhabeorientierten Aphasiotherapie. Alltagsrelevante Verstehensabsichten trainieren und handlungsrelevante Informationen entnehmen. *Forum Logopädie* 27 (6), 6-11
- Weng, I. & Storch, G. (2013b). *Texte im Alltag. Materialien für die teilhabeorientierte Therapie schwererer und mittelschwerer Aphasien sowie für mentales Training*. Stockach: Storch
- Weng, I. & Storch, G. (2014). Situation – Dialog – Handlung. Skizze einer Therapieeinheit für die teilhabeorientierte Behandlung mittelschwerer Aphasien. *Praxis Sprache* 59 (1), 42-46
- Weng, I. & Storch, G. (2016). Zur Didaktik der teilhabeorientierten Aphasiotherapie. Teil 1: Kommunikatives Handeln und kognitive Teilleistungen. *Forum Logopädie* 30 (6), 16-21
- Weng, I. & Storch, G. (2017). Zur Didaktik der teilhabeorientierten Aphasiotherapie. Teil 2: Sprachdidaktische Grundlagen eines situativ-handlungsorientierten Ansatzes. *Forum Logopädie* 31 (1), 36-41

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2017-53020170204

Autoren

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

SUMMARY. Didactics of participation-oriented aphasia therapy – Part 3: Two commented therapy units as examples

Part 3 of our contribution illustrates the statements presented in Part 1 and 2 by two exemplary therapy units on work with everyday texts and elementary dialogues. These therapy units include many examples of communication- and activity-oriented exercises based on particular components (Komponentenübungen). According to both sequences of exercises basic didactical structures of the function and the arrangement of the single steps are developed – always starting from the actual Situation (Einbettung). Finally activity-oriented actions are focussed resulting from the particular exercise unit.

KEY WORDS: aphasia – participation – didactics – everyday communication – communicative part performances – activity orientation – component exercises – exercises with a focus on language

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie

Für die Effektivität einer Therapie ist die Therapieintensität entscheidend. Dieses Buch erläutert die verschiedenen Faktoren der Therapieintensität und stellt sie in einem Modell dar. Eine Übersicht über Intensitätsempfehlungen zur Behandlung logopädischer Störungsbilder auf Basis aktueller Studienergebnisse – ergänzt durch Angaben aus Leitlinien und Rehabilitationsstandards – hilft Therapeuten, die wissenschaftlich fundierten Evidenzen in die Praxis zu überführen.

Holger Grötzbach (Hrsg.), 1. Auflage 2017,
kartoniert: ISBN 978-3-8248-1206-6, 256 Seiten,
E-Book: ISBN 978-3-8248-9987-6, PDF, 2.324 KB,
EUR 33,50 [D]

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:

[www.schulz-kirchner.de/files/p/
groetzbach_therapieintensitaet.pdf](http://www.schulz-kirchner.de/files/p/groetzbach_therapieintensitaet.pdf)



www.schulz-kirchner.de/shop | bestellung@schulz-kirchner.de | Tel. +49 (0) 6126 9320-13

