



Aphasietherapie – Worauf kommt es an?

Originalstudie: Doogan, C., Dignam, J., Copland, D., Leff, A. (2018): Aphasia Recovery: When, how and who to treat?. Current Neurological Neuroscience Report, 18-90.

Lam und Wodchis (2010) stellten fest, dass für Personen mit Aphasie der stärkste negative Zusammenhang zwischen der Erkrankung und der Lebensqualität bestand im Vergleich zu Betroffenen anderer Krankheiten wie Krebs und Alzheimer. Denn Aphasie als chronische Erkrankung verursacht nachweislich einen hohen Leidensdruck für die Erkrankten, der häufig mit sozialem Rückzug einhergeht. Auch für Angehörige und Pflegende von Personen mit Aphasie entstehen häufig hohe Belastungen und psychische Folgen wie Depressionen. Das soziale Umfeld spielt für die Betroffenen nach dem Schlaganfall jedoch eine entscheidende Rolle in der Bewältigung und Rehabilitation, allerdings ist der Wissensstand in der Bevölkerung über Aphasie wirklich sehr gering, wie eine Befragung von Code und Mitarbeitenden (2016) zeigt: 37 Prozent der Befragten hatten das Wort Aphasie bereits mal gehört, während nur neun Prozent ein Basisverständnis von der Erkrankung hatten.

Eine Therapie kann sich auf die zugrunde liegenden primären Defizite oder die dadurch entstandenen sekundären Folgen konzentrieren. Der Artikel "Aphasia Recovery: When, How and Who to treat?" von dem britisch-australischen Team um Cathrine Doogan wurde 2018 veröffentlicht. In ihrem Review geben die Autorinnen und Autoren einen Überblick über bis dato aktuelle Erkenntnisse zu Wirksamkeit, Intensität und Dosierung von therapeutischen Interventionen bei Aphasie.

Doogan und Team plädieren dafür, die Effektivität von Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie nicht nur durch Signifikanz zu messen, sondern zusätzlich durch Effektgrößen wie standardisierte Mittelwertdifferenzen. Die bekannte Metaanalyse von Bradley und Kollegen aus dem Jahr 2016 mit Daten von 3002 ProbandInnen ergab, dass sprachtherapeutische Interventionen im Vergleich zu keiner Intervention die Leistungen der Probandinnen und Probanden signifikant verbesserten, wenngleich die Effektgröße mit .28 als klein gilt. Wenn der Outcome sprachtherapeutischer Interventionen mit dem Outcome einer Intervention mit allgemeiner "Sozialer Unterstützung und Stimulation" verglichen wird, fand sich kein signifikanter Unterschied. Ist es also egal, ob wir sprachtherapeutisch behandeln oder nicht?

Doogan und Team argumentieren, dass das Ergebnis der Bradley-Studie kein Indiz dafür ist, dass Therapie kein speziell geschultes Personal benötigt, sondern dem Fakt geschuldet ist, dass sprachtherapeutische Interventionen häufig auch Komponenten der "sozialen Unterstützung" enthielten und somit mit der Kontrollgruppe aus der Metaanalyse überlappten. Da Sprachtherapie komplex sei und sich vieler unterschiedlicher Methoden bediene, sei es schwierig eine "Placebo-Therapie" als Kontrollbedingung zu konzipieren.

Wie oder warum Sprachtherapie wirkt, sei weiterhin nicht vollkommen klar, jedoch betonen die Autorinnen und Autoren, dass der Fokus auf der Variabilität der Wirksamkeit von Therapie bei unterschiedlichen Störungsschwerpunkten liegen sollte, um zu verstehen, warum die Patientinnen und Patienten unterschiedlich auf Interventionen ansprechen.

Es spricht vieles dafür, dass die Dosis, Intensität und die zeitliche Verteilung sprachtherapeutischer Interventionen für die Effektivität der Therapie eine Rolle spielen. Doogan und Team



weisen dabei darauf hin, dass Dosis und Intensität keinesfalls gleichzusetzen sind, jedoch von der Mehrheit der Studien zum Einfluss von Dosis und Intensität verwechselt oder synonym verwendet werden.

Was ist der Unterschied zwischen beiden Aspekten?

Die Dosis bezeichnet die Gesamtanzahl an Kontaktstunden in einer Intervention, die Intensität die Anzahl an Kontaktstunden in einem gewissen Zeitrahmen. Welche Dosis und Intensität der Therapie den Outcome für viele Patientinnen und Patienten verbessert, wird in verschiedenen Ansätzen diskutiert.

Evidenz zu motorischem Lernen suggeriert, dass eine hohe Intensität beziehungsweise viele Wiederholungen gewinnbringend sind, jedoch stammen die meistzitierten Ergebnisse aus einem Experiment mit Tieren und können nicht immer direkt auf menschliche Kognition übertragen werden. Und auch die Annahme des "Zeitfensters für Plastizität", die häufig als Begründung der vorrangigen Verordnung von Therapie in der akuten oder post-akuten Phase der Rehabilitation verwendet wird, stammt ebenfalls aus einem Tierversuch und konnte bisher nicht von Evidenz aus Studien mit Menschen untermauert werden. Demnach könne nicht eindeutig festgestellt werden, dass sprachtherapeutische Intervention nur in der frühen Rehabilitationsphase wirksam ist.

Einige kognitiv-psychologische Ansätze plädieren dagegen dafür, Therapieeinheiten zeitlich zu verteilen für eine geringere Intensität der Intervention, da Schlaf sich beispielsweise positiv auf sprachliche Lernprozesse auszuwirken scheint. Die Ergebnisse aus Therapiestudien zu Intensität und Dosierung lassen unterschiedliche Schlüsse zu: Dignam und Team stellten in ihrer Interventionsstudie zum mündlichen Benennen die Effekte einer Gruppe mit niedriger und einer mit hoher Therapieintensität bei gleicher Dosis gegenüber. Sie stellten vergleichbare Effekte bei beiden Gruppen fest. Jedoch waren die Effekte der Gruppe, die die niedrigere Therapieintensität erhielt, nachhaltiger und signifikanter für die Benenn-Aufgabe.

Stahl und das Team um Pulvermüller (2017) beobachteten, dass sowohl hochdosierte, intensive Therapie als auch niedriger dosierte, weniger intensive Therapie bei Personen mit chronischer Aphasie signifikante Effekte erzielten, aber die Effekte sich zwischen den Gruppen kaum unterschieden. Doogan und Team nehmen diese Erkenntnisse als Bestätigung für die Annahme, dass hochdosierte Therapieinterventionen über größere Zeiträume verteilt werden sollten, um ihre volle Wirkung zu entfalten. Intensivtherapien könnten dagegen zur gezielten Verbesserung von gestörten Einzelkomponenten beziehungsweise spezifischen Übungsitems beitragen, allerdings bestehe dann auch eine größere Chance von Therapiemüdigkeit und vermehrten Therapieabbrüchen und die Follow-Up-Effekte seien häufig geringer.

Digitale Therapien in Form von Apps, Programmen und Websites ermöglichen eine zum Teil selbstgesteuerte, intensivere beziehungsweise höher dosierte Intervention mit einem alternativen Medium, jedoch ist auch hier die Betreuung, Einführung oder Durchführung durch geschultes Personal notwendig, welches im Vergleich zur regulären Therapie den Zeitaufwand nicht notwendigerweise verringert oder ihn sogar steigert. Die Effekte von digitalen Therapien seien meist Item-spezifisch und erzielten keine Generalisierungen. Eine Ausnahme stellt beispielsweise das Kommunikationstool EVA Park, mit welchem sich Personen mit Aphasie untereinander und mit Supervisorinnen und Supervisoren unterhalten können und wodurch signifikante und nachhaltige Verbesserungen der Kommunikationsfähigkeiten der Personen mit Aphasie erzielt werden konnten.



Außerdem bestimmten unterschiedliche Faktoren wie Intensität, Dosis und zeitliche Verteilung der Intervention auf die individuellen Behandelten wirken. Während demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht und Händigkeit weniger entscheidend zu sein scheinen, spielen Größe und Ort der Läsion nach dem Insult und dadurch die Schwere der Aphasie eine große Rolle. Die Bedeutung der neurologischen Faktoren zeigt sich zum Beispiel nach Einnahme von Antidepressiva durch eine verbesserte Benennleistung, weniger Symptome von Depression und verringerte Schwere der Aphasie. Sekundäre Faktoren wie Stimmung, kognitiv assoziierte Beeinträchtigung und psycho-soziale Aspekte wirken sich ebenfalls auf die individuelle Wirksamkeit der Therapie aus und sind essenziell für die angestrebte Verbesserung der Lebensqualität.

Abschließend fassen Doogan und Team noch einmal zusammen, dass die Effektivität von sprachtherapeutischen Interventionen zwar belegt ist, jedoch stark im Zusammenhang mit deren Intensität und Dosierung steht.

Aus ihrer Sicht sollte eine ausreichende Behandlungsdosis, also eine hohe Anzahl an Therapiestunden über einen langen Zeitraum verabreicht werden, um klinische Fortschritte zu erzielen. Außerdem weisen sehr viel darauf hin, dass zusätzliche digitale Therapieangebote eine vielversprechende und praktische Möglichkeit sind, um das Ziel einer Dosiserhöhung zu erreichen.

Auf den Punkt gebracht von Therese Mayr, Studierende der Patholinguistik an der Universität Potsdam.

Dieser Text ist auch als Podcast zum Anhören verfügbar auf Spotify, bei Apple Podcasts und auf lingo-lab.de/podcast. Dort finden sich auch weitere Studienzusammenfassungen als Podcast und als PDF zum Download.

weitere Quellen:

Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M. M., Haaland-Johansen, L., ... Robert, A. (2015). International patterns of the public awareness of aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51 (3), 276–284.

Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Dignam, J., Copland, D., McKinnon, E., Burfein, P., O'Brien, K., Farrell, A., & Rodriguez, A. D. (2015). Intensive Versus Distributed Aphasia Therapy. *Stroke*, 46(8), 2206–2211.

Lam, J. M. C., & Wodchis, W. P. (2010). The Relationship of 60 Disease Diagnoses and 15 Conditions to Preference-Based Health-Related Quality of Life in Ontario Hospital-Based Long-Term Care Residents. *Medical Care*, 48(4), 380–387.

Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F. R., Lucchese, G., & Pulvermüller, F. (2017). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89(6), 586–592.