



#44 Aphasietherapie – was hilft wann?

Originalstudie: Bürkle, L., Collasius, V., Djuric, A., Heinemann, S., Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2022): Update Aphasietherapie: Aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen für die Sprachtherapie bei Aphasie. In: Neurologie & Rehabilitation, 28 (1), 7–15.

Die Wahl einer geeigneten und wirksamen Therapiemethode bei Aphasie ist oftmals eine Herausforderung für Sprachtherapierende. Leitlinien können dabei hilfreiche Anhaltspunkte für die Entscheidungsfindung bieten. Allerdings fehlt es im Therapiealltag häufig an der nötigen Zeit, sich entsprechend in Leitlinien einzuarbeiten.

Das Ziel der Arbeitsgruppe von Bürkle, Collasius, Djuric, Heinemann, Beushausen und Grötzbach von 2022 war es daher, einen Überblick über aktuelle Evidenzen der Aphasietherapie unterteilt nach Krankheitsstadium zu geben. Über eine systematische Literaturrecherche sollten deutsch- und englischsprachige Leitlinien sowie aktuelle randomisiert kontrollierte Studien – kurz RCTs – identifiziert werden, die sich mit nicht-invasiven und nicht-medikamentösen Therapiemethoden bei Aphasie auseinandersetzen.

Die Recherche der Leitlinien schloss alle Empfehlungen der letzten fünf Jahre ein, die auf Grundlage von RCTs oder Metaanalysen bzw. Reviews getroffen wurden. Niedrigere Evidenzniveaus, wie z. B. Einzelfallstudien, wurden nicht berücksichtigt. Dabei wurden Datenbanken, wie Cochrane, Speechbite, Pubmed oder die Datenbank der ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) durchsucht.

Außerdem wurden RCT-Studien mit einbezogen, die ebenfalls nicht älter als fünf Jahre sind. Nicht-invasive Methoden, wie die transkranielle Magnetstimulation oder die transkranielle Gleichstromstimulation wurden auch eingeschlossen. Auch hier wurden Datenbanken, wie Cochrane, PubMed oder Speechbite durchsucht. Die identifizierten Studien wurden mit einem selbst entwickelten Punktesystem auf Basis des Critical Appraisal Skills Programme bewertet, was die Qualität angeht.

Insgesamt konnten sechs Leitlinien eingeschlossen werden, die jedoch eher vage Empfehlungen bezüglich der Aphasietherapie nennen. Zudem sind die zugrundeliegenden Studien der Leitlinien meist älter als fünf Jahre und/oder keine RCTs, weswegen nur wenige aktuelle Empfehlungen in der Studie von Bürkle und ihrem Team genannt werden. Zunächst wird ein möglichst früher Behandlungsbeginn empfohlen. Auch eine Therapie in der chronischen Phase ist weiterhin effektiv. Teilweise wird eine intensive Sprachtherapie empfohlen, wobei allerdings keine eindeutigen Informationen über die Menge, die Intensität, die Verteilung und die Dauer der Therapie gefunden wurden. Eine Leitlinie empfiehlt darüber hinaus zur Verbesserung der funktionellen Kommunikation den forcierten Sprachgebrauch bei hoher Therapieintensität, was auch als Constraints bezeichnet wird. Auch die Durchführung von Teletherapie und das Training der Kommunikationspartner wird empfohlen. Gruppentherapien werden zur Erhöhung der Therapiefrequenz empfohlen, seien den Einzeltherapien jedoch nicht überlegen. Insgesamt sprechen sich alle eingeschlossenen Leitlinien dafür aus, dass Sprachtherapie immer zur Verbesserung der funktionellen Kommunikation bei Aphasie durchgeführt werden sollte.

Von insgesamt 124 gefundenen RCTs wurden schließlich 23 randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen. Diese wurden in die Akutphase, Postakutphase und die chronische Phase unterteilt.



Für die akute Aphasiephase, also vier bis sechs Wochen post onset wird überwiegend eine Wirksamkeit von intensiver Sprachtherapie nach den Ansätzen von CIAT und LET berichtet.

LET steht dabei für Language Enriched Therapy und die Teilnehmenden erhielten diese Form der Sprachtherapie jeweils 45 Minuten pro Werktag über drei Wochen. Genauere Angaben zur konkreten Intervention werden hier jedoch nicht gegeben.

Die andere empfohlene Therapieform ist die Constraint Induced Aphasia Therapy – kurz CIAT. Diese wurde in einer Studie (Woldag et al., 2017) mit drei Stunden pro Werktag über drei Wochen und in einer anderen Studie (Ciccone et al., 2016) mit 45 bis 60 Minuten pro Werktag über fünf Wochen lang durchgeführt. Beide Studien kamen zu dem Ergebnis, dass CIAT wirksam ist. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Intervention mit Constraints nach CIAT in der Akutphase ebenso wirksam wie normale, intensive Gruppentherapie (Woldag et al., 2017) und intensive individualisierte Therapie (Ciccone et al., 2016) ist.

Die Postakutphase wurde erneut unterteilt in eine frühe und eine späte Postakutphase. Für die frühe Postakutphase von einem bis sechs Monate post onset wurde vor allem die Wirksamkeit von Wortfindungstherapien berichtet. Dabei wurde kein zusätzlicher Nutzen durch eine Gleichstromstimulation festgestellt. Auch eine intensive face-to-face Therapie in der frühen postakuten Phase ist wirksam. Die beschriebene Intensivtherapie beinhaltete zwölf Therapieeinheiten mit 60 Minuten über vier Wochen (Kesav et al., 2017).

Intensive Therapie ist auch in der späten Postakutphase wirksam, die bei sieben bis zwölf Monaten post onset festgelegt wurde. Auch hier war die transkranielle Gleichstromstimulation nicht wirksam. Unter verschiedenen Therapiemethoden wurden die Ansätze CIAT, PACE und ILAT hervorgehoben. Dabei steht PACE für promoting aphasics communicative effectiveness und ILAT für intensive language action therapy, wobei hier nicht weiter auf die konkreten Interventionsabläufe eingegangen wird.

Für die chronische Aphasiephase ab zwölf Monaten post onset konnte die Wirksamkeit einer intensiven evidenzbasierten Sprachtherapie für die funktionelle Kommunikation berichtet werden. Eine Studie (Meinzer et al., 2016) ergab zudem, dass Gleichstromstimulation zusammen mit einem Benenningstraining die funktionelle Kommunikation verbessert und auch Generalisierungseffekte auf untrainierte Wörter hervorruft. Zwei weitere Studien (Stahl et al., 2016, 2018) benannten ILAT als wirksame Therapiemethode. Interessant ist zudem, dass mehr als zwei Stunden Therapie am Tag keinen Mehrwert an Verbesserungen mit sich bringen, eine Verlängerung der Therapiedauer um zwei Wochen jedoch schon. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die Regelversorgung mit computergestützter Wortfindungstherapie zu unterstützen.

Es lässt sich also zusammenfassen:

Intensive Therapie ist über alle Aphasiephasen hinweg wirksam. Für die akute Phase können besonders die Methoden CIAT und LET empfohlen werden. In der postakuten Phase sind Wortfindungstherapien sowie die Methoden CIAT, LET und PACE sinnvoll. Für das chronische Stadium wurden Wirksamkeitsnachweise für die Benenningstherapie und ILAT genannt. Ergänzend kann eine computer- oder appgestützte Wortfindungstherapie eingesetzt werden. Ebenso kann die Kombination mit einer Gleichstromstimulation wirksam sein.

In Bezug auf die eingeschlossenen RCTs kritisiert die Arbeitsgruppe um Bürkle, dass die angewandten Interventionen häufig eher allgemein beschrieben werden.



Um in Bezug auf den Therapiealltag nachhaltig profitieren zu können, wären konkrete Angaben bezüglich des Interventionsansatzes oder der Eigenschaften der Teilnehmenden wünschenswert. Hinzu kommt, dass gerade für den deutschsprachigen Raum eher wenige RCTs vorliegen, wodurch die Übertragbarkeit evidenzbasierter Methoden erschwert wird.

Gerade in Bezug auf die intensive Sprachtherapie nach Aphasie fällt darüber hinaus eine Diskrepanz zu der aktuellen Versorgungspraxis auf – denn vor allem in der ambulanten Praxis kann die intensive Sprachtherapie aufgrund struktureller Rahmenbedingungen kaum gewährleistet werden. Die Heilmittelrichtlinien sollten demnach angepasst werden, sodass auch die Behandlungen durchgeführt werden können, die effektiv und effizient sind.

Alles in allem lässt sich jedoch festhalten, dass für einige Therapiemethoden bei Aphasie gute Wirksamkeitsevidenzen festgestellt werden konnten und es für jedes Stadium der Aphasitherapie Empfehlungen auf Grundlage aktueller Studien gibt.

Auf den Punkt gebracht von Sarah Blöching, Studierende der Sprachtherapie an der LMU München.

Was lernen wir also? Es gibt wirksame Aphasitherapiekonzepte! 10 Stunden Therapie bringen gute Effekte. Und appgestütztes Benenningstraining, wie zum Beispiel mit LingoTalk, bringt etwas, um funktionelle Kommunikation voranzubringen.

Es bleibt aber dabei, dass in Studien verwendete Methoden häufig nur kryptisch beschrieben werden und schwer zu replizieren sind. Es ist wichtig, dass Forschende genau beschreiben, was sie gemacht haben und wie sie es gemacht haben, damit dies den Weg in die Praxis findet. Wir freuen uns auch, wenn Materiallisten angehängt werden und vielleicht mit einem Video gezeigt wird, wie die Intervention abgelaufen ist.

Hier möchten wir die Hochschulen gerne direkt ansprechen und darum bitten, Therapiefor-schung möglichst transparent zu gestalten, um so eine Brücke zur evidenzgesteuerten Praxis zu schlagen. Das bringt unsere Profession voran. Und wir alle möchten best practice-Therapie anbieten können, aber dazu müssen wir wissen, wie das geht.

Auch fragen wir uns, warum sehr gut kontrollierte Einzelfallstudien und Fallserien nicht auch als gesicherte Evidenzen, wenn auch auf einem niedrigeren Level, mit einbezogen werden. Schließlich wissen wir, dass jede Aphasie in ihrer Ausprägung einzigartig ist und es sowieso kein Rezept für die Behandlung aller aphasischen Störungen geben kann. In jedem Fall sollte linguistisches Material und Methode störungsspezifisch und individuell angepasst werden. Hierbei können Einzelfallstudien genauso Wegweiser sein, gerade, wenn sie häufiger dupli-ziert werden.

Das ist unsere Meinung. Wie denken Sie darüber? Schreiben Sie es uns doch in die Kommen-tare des Instagram-Post zur Folge oder direkt an info@lingo-lab.de

LingoScience ist eine Gemeinschaftsproduktion von Lingo Lab und dem Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, dbs. Dieser Text ist auch als Podcast zum An-hören verfügbar auf allen bekannten Podcastkanälen (Spotify, Castbox, Apple, etc.) und auf www.lingo-lab.de/podcast sowie in der Infothek auf www.dbs-ev.de.

Weitere Quellen:

Ciccone, N., West, D., Cream, A., Cartwright, J., Rai, T., Granger, A., ... Godecke, E. (2016) Constraint-induced aphasia therapy (CIAT): a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation. *Aphasiology*; 30: 566–584. doi:10.1080/02687038.2015.1071480

Kesav, P., Vrinda, S. L., Sukumaran, S., Sarma, P. S. & Sylaja, P. N. (2017). Effectiveness of speech language therapy either alone or with add-on computer-based language therapy software (Malayalam version) for early post stroke aphasia: A feasibility study. *J Neurol Sci*; 380: 137–41.

Meinzer, M., Darkow, R., Lindenberg, R. & Flöel, A. (2016). Electrical stimulation of the motor cortex enhances treatment outcome in post-stroke aphasia. *Brain*; 139: 1152–63.

Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F. R., Lucchese, G. & Pulvermüller, F. (2018). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 89(6): 586–92.

Stahl, B., Mohr, B., Dreyer, F. R., Lucchese, G. & Pulvermüller, F. (2016). Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia. *Cortex*; 85: 90–99.

Woldag, H., Voigt, N., Bley, M. & Hummelsheim, H. (2017). Constraint-Induced Aphasia Therapy in the Acute Stage: What Is the Key Factor for Efficacy? A Randomized Controlled Study. *Neurorehabil Neural Repair*; 31: 72–80.