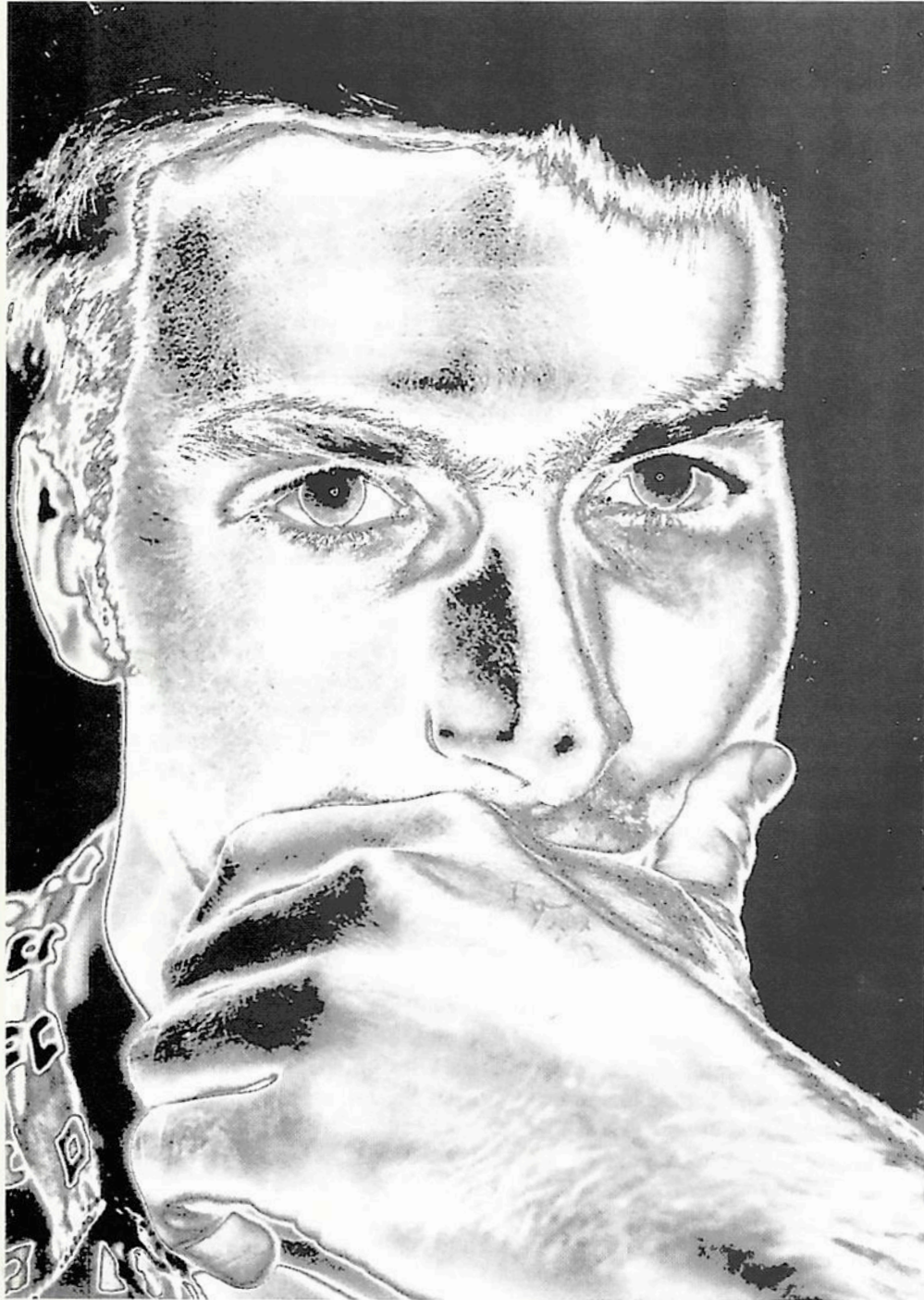


PsychAphasie

Emotionale und motivationale Aspekte der Aphasietherapie



Schlüsselwörter: Aphasie, Psychologie, Aphasietherapie, Motivation, Emotion, Kognitiver Kontrolle, Bezugsnormkonzept, Sprachverarbeitungsmodell

In diesem Artikel versuche ich, die Leserin auf eine Reise mitzunehmen bzw. ihr eine Geschichte zu erzählen. Der Reiseweg ist eine verkürzte Form meiner Diplomarbeit mit dem Titel „Emotionale und motivationale Aspekte der Aphasietherapie“ (Kohler in Druck). Die Geschichte erzählt von der anfänglichen Problemstellung, den ausgewählten Instrumenten zur Problembewältigung (=Analysekriterien in Form von psychologischen Theorien) und danach beispielhaft von einigen Versuchen der Problemlösung (=Analyseergebnissen). Zum Abschluß gibt's einen Ausblick.

Problemstellung

Die Aphasietherapie wird in Deutschland traditionellerweise besonders durch linguistisch-strukturalistische Theorien (vgl. Huber 1991) oder linguistisch-pragmatische Ansätze (z.B. Davis & Wilcox 1985; Pulvermüller 1990) geleitet. Erst in jüngerer Vergangenheit werden klinisch-anwendungsbezogene Modelle aus der Psychologie auf das Kommunikationsproblem „Aphasie“ übertragen (z.B. Becker 1993; Tigges-Zuzok 1993; Steiner 1993), und doch haben alle Behandlungsmodelle ein gemeinsames Defizit: Es existiert keine theoriegeleitete Reflexion zu motivationalen und emotionalen Prozessen innerhalb des Interaktionsgeschehens Aphasietherapie. A. Kotten formuliert dieses Problem so:

„Abgesehen davon, daß wir noch nicht wissen, wie spezifische Methoden den gestörten Prozeß modifizieren (oder wieder anregen), haben wir keine ausreichenden Kenntnisse darüber, welche anderen Faktoren (z.B. Motivation, Lernstil, weitere kognitiven Aspekte, Alter usw.) mit den eingesetzten Methoden interagieren und die Therapie als Ganzes mitbestimmen. (Kotten 1993, 191)

Wie kann man diesem Problem beikommen?

Alle professionellen Helfer, die mit Aphasie zu tun haben, wissen, daß der Sprachverlust enorme Auswirkungen auf das Gefühlsleben aller direkt Betroffenen haben kann. Besonders Sprachtherapeuten wissen, daß Emotion und Motivation ihrer Patienten direkten Einfluß auf den linguistisch beschreibbaren Lernerfolg haben, aber:

Wie kann man diese Zusammenhänge systematisch erfassen? Genauer nachgefragt:

Gibt es einen regelhaften Zusammenhang zwischen der Therapiesituation xy, die nach einem bestimmten Behandlungsmodell strukturiert ist und den emotionalen und motivationalen Prozessen?

Diese Fragen habe ich versucht zu beantworten. Die wissenschaftliche Herangehensweise war quasi-empirisch, d. h.: Ich habe nicht beobachtet, was tatsächlich in einer Aphasitherapie mit Methode xy geschieht, sondern ich habe für die Analyse die Handlungsbeschreibung aus der Literatur herangezogen. Damit ist gesagt, was analysiert wurde: Verschiedene Behandlungsmodelle zur Aphasitherapie. Im einzelnen waren das:

- Die Deblockierungsmethode nach Weigl (1979)
- Die Visual Action Therapy (beschrieben durch Springer 1985)
- Die Melodic Intonation Therapy (Helm 1979)
- Die linguistisch orientierte Aphasitherapie (besonders Engl et. al. 1989)
- Promoting Aphasic Communication Effectiveness (PACE)
- Sprachübungsspiele nach Pulvermüller (1990)
- Die Gruppentherapie mit Aphasikern (verschiedene Autoren)
- Die Modalitätenaktivierung (MODAK) nach Lutz (1992)
- Neurolinguistisches Programmieren (NLP) in der Aphasitherapie (Becker 1993)
- Partner-Aphasiker-Kommunikations-Training (PAKT) (Roth 1991) und die
- Reduzierte-Syntax-Therapie (REST) (Schlenk et. al. 1995).

Analyse-Kriterien

Nun bleibt offen, wie analysiert wurde.

Da es um emotionale und motivationale Prozesse geht, benötigte ich als Analyse-kriterium eine psychologische Theorie, die beides, also sowohl Emotion als auch Motivation erfaßt und zudem im klinisch-therapeutischen Bereich zur Anwendung nützlich erscheint bzw. deren Anwendbarkeit schon erprobt ist.

Theorie der kognizierten Kontrolle

Die Entscheidung fiel schwerpunktmäßig auf die Theorie der kognizierten Kontrolle (Krampen 1982; Osna-brügge et al. 1985; Osterkamp 1987) Was damit gemeint ist, und wie diese Theorie auf das Phänomen Aphasie übertragen werden kann, will ich an einem anschaulichen Beispiel verdeutlichen.

„Herr K. steht vor einem Kiosk. Die Verkäuferin fragt: 'Was darf es sein?' Herr K. setzt mehrmals zum Sprechen an. Dann winkt er verärgert und resigniert ab und geht fort.“ (Motsch 1989 S. 73)

Bei Herrn K. handelt es sich um einen Aphasiker (vgl. Motsch 1989, 73), der aufgrund nicht näher erläuteter Sprachprobleme einen kommunikativen Mißerfolg hinnehmen muß. Er kann sein Ziel, etwas zu kaufen (z.B. eine Zeitung) nicht erreichen, weil er sich nicht verständlich machen kann. Psychologisch interessant sind folgende Aspekte:

War Herr K. aufgrund vorher erlebter ähnlicher Situationen schon mit Angst der Verkäuferin gegenübergetreten? Oder:

Hat er aus dieser Situation am Kiosk gelernt, daß er unfähig ist zu sprechen und deswegen eine mit Angst konditionierte Assoziation für ähnliche, bevorstehende Situationen ausgebildet? Außerdem: Worauf bezieht sich eigentlich sein Ärger?

Ursachenzuschreibung

Das hängt ganz von seiner Ursachenzuschreibung für das Mißlingen der Interaktionshandlung „Zeitung kaufen“ ab. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird er die Ursache **intern**, nämlich bei sich selbst suchen. Er war es schließlich, der unfähig war zu sprechen. Es ist aber auch möglich, daß er die Ursache **extern** sucht und von der Verkäuferin erwartet hätte, eine Auswahl von Tageszeitungen vorgelegt zu bekommen. Dann hätte er den Titel laut lesen oder auf die entsprechende Zeitung deuten können. Auf alle Fälle löst die Situation eine schlechte Stimmung bei ihm aus, er ist resigniert. Das eigentliche Ziel (eine Zeitung zu besitzen) hat er nicht erreicht. Man könnte auch sagen, die Kontrolle über die Situation, über sein Sprechen, ist ihm mißlungen.

Die Qualität der Erklärung für den Kontrollverlust (intern oder extern?) ist ein Bewertungsvorgang für das eigene Verhalten. Diese Bewertung bzw. die Zuschreibung einer Bedeutung für ein bestimmtes Verhalten (eigenes oder fremdes) ist ein entscheidender Faktor für Motivation und Emotion im Kommunikationsprozess (nicht nur bei Aphasie). Wir wissen nicht, welche Erklärung Herr K. für den kommunikativen Mißerfolg gefunden hat, doch ist klar, daß die interne Ur-



Kontrollüberzeugung t_0

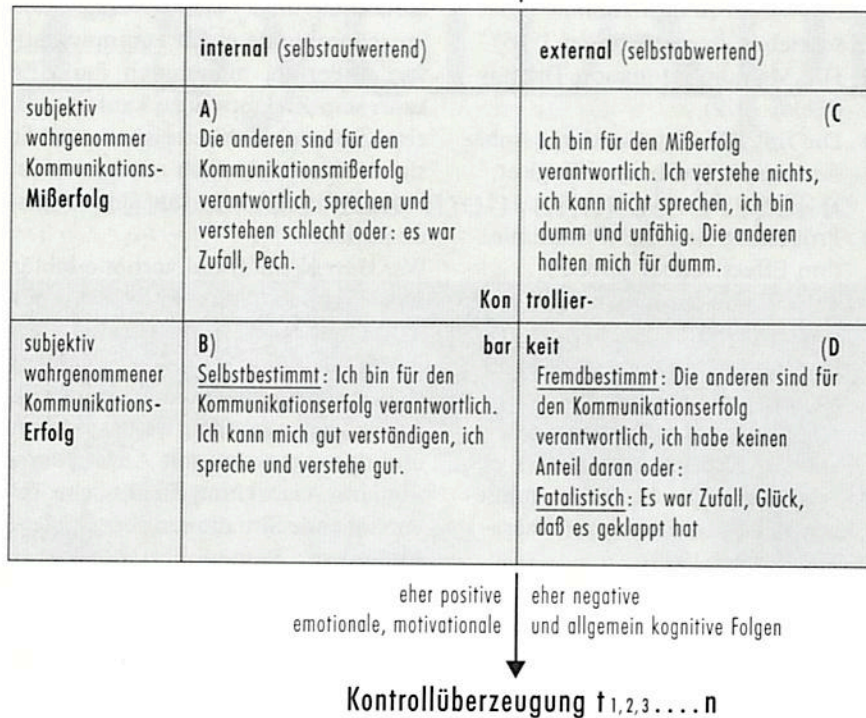


Abb. 1: Vierfelderschema der Selbstbewertung für Kommunikationsereignisse

chenezuschreibung („ich bin schuld“) eher selbstwertbelastend ist, während die externe Ursachenzuschreibung in dieser Situation eher selbstwertentlastend („die anderen sind schuld“) wirkt. Innerhalb der empirischen Forschung zur Theorie der kognizierten Kontrolle wurde ein Zusammenhang zwischen bestimmten Typen und der Tendenz der selbstwertentlastenden bzw. -belastenden Ursachenzuschreibung gefunden. Es gibt wohl Menschen, die eher dazu neigen, Erklärungen zu suchen (bzw. zu finden), die ihren eigenen Wert belasten (**externe Kontrollüberzeugung**) und andererseits auch solche Menschen, die genau die entgegengesetzte Tendenz haben, nämlich selbstwertentlastende Erklärungen für Kommunikationsereignisse zu finden (**internale Kontrollüberzeugung**). Die Qualität der Erklärungen und den Zusammenhang zum Selbstwert kann man in einem einfachen Schema darstellen: (s. Abb. 1)

Es muß an dieser Stelle gesagt werden, daß die Theorie der kognizierten Kontrolle hier nur sehr grob dargestellt werden kann und (beinahe fahrlässig) verkürzt ist. Die Einteilung in

internale vs. externe Kontrollüberzeugung ist eine unzulässige Schwarz-Weiß-Malerei und wird den tatsächlichen kognitiven Bewertungsvorgängen von Menschen in konkreten Situationen nicht gerecht. Als bipolare Vorstellungshilfe mit einem Kontinuum zwischen den Polen erfüllt dieses Modell aber seinen Zweck. Man erkennt, daß die Felder A) und D) externe Ursachenzuschreibungen sind. Die Gründe für den kommunikativen Erfolg bzw. Mißerfolg liegen außerhalb der eigenen Verantwortung. Dagegen sind in den Feldern B) und C) interne Ursachenzuschreibungen¹ zu finden. Die Gründe werden innerhalb der eigenen Person gefunden.

Wichtig ist, daß Erfolg oder Mißerfolg subjektiv wahrgenommen werden, d.h. objektiv gesehen, muß weder das

.....
¹Die Begrifflichkeiten mit interner / externer Ursachenzuschreibung und internaler / externaler Kontrolle mögen verwirrend sein. Die genaue theoretische Trennung kann ich hier nicht leisten. Im Schema findet man in den Spalten die Kognitionen zur Kontrolle, in den Diagonalen die zur Ursachenzuschreibung (Kausalattribution).

eine noch das andere zutreffen. Der Mensch konstruiert sich die Erklärung für das Kommunikationsereignis und ist damit ein extrem kreativer Konstrukteur seiner eigenen Wirklichkeit (vgl. Watzlawick 1980).

Menschen mit vornehmlich internaler Kontrollüberzeugung neigen dazu, die Gründe für den Erfolg bei sich selbst zu suchen und die Gründe für Mißerfolg außerhalb ihrer eigenen Verantwortung zu konstruieren. Dagegen sind Menschen mit externaler Kontrollüberzeugung oft schwer davon zu überzeugen, daß Erfolg etwas mit ihrer eigenen Person zu tun hat, und Mißerfolg nicht immer ihre eigene Schuld ist. Beide Extrem-Varianten sind für die psychische Gesundheit langfristig ungesund. Die extreme interne Kontrollüberzeugung ist eine Art Illusion von Kontrolle, die bei der unausweichlichen Konfrontation mit der „objektiven“ Realität zu einer schmerzlichen Desillusionierung führen kann. Für die externe Kontrollüberzeugung hat besonders Seligmann (1980) zeigen können, daß damit ein Gefühl der Hilflosigkeit einhergeht, oft auch die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Depression (emotionales Defizit). Seligmann spricht außerdem von einem motivationalen Defizit, da solche Menschen weniger bereit sind, auf aktive und konstruktive Art Probleme zu verarbeiten. Der Teufelskreis schließt sich mit einem sogenannten kognitiven Defizit: Zu allem Übel laufen andere kognitive Verarbeitungsmuster wie z.B. die Wortfindung oder die Satzbildung schlechter ab als eigentlich möglich. An dieser Stelle will ich den Bogen zur Aphasitherapie spannen. In solchen therapeutischen oder diagnostischen Situationen, die extrem defizitorientiert sind, besteht die Gefahr, daß Patienten den subjektiv wahrgenommenen Mißerfolg auf sich selbst beziehen und sich daher abwerten. Es ist wichtig, die Subjektivität der Wahrnehmung noch einmal hervorzuheben. Auch der Erfolg kann selbstwertbelastend interpretiert werden. Z.B. wenn ein Aphasiker die Aufgabe als zu leicht empfindet und das vom Therapeuten gleichzeitig ausgesprochene Lob als eine Farce betrachtet.

Bezugsnormkonzept

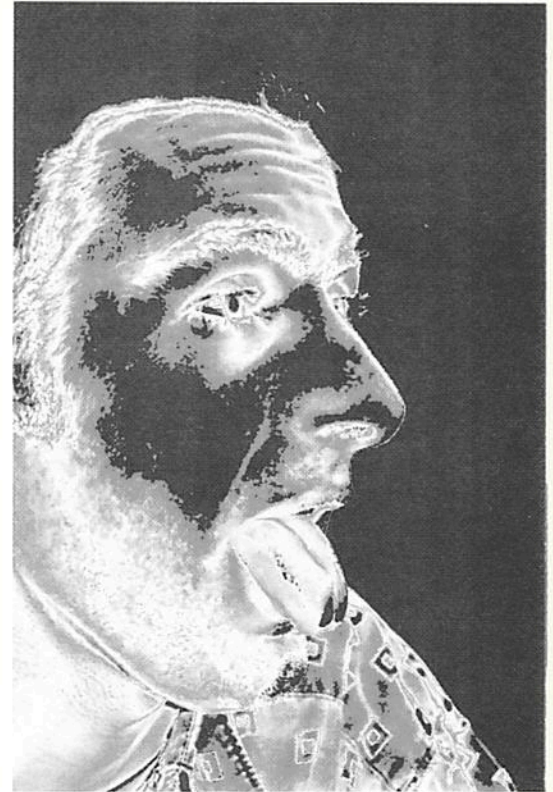
Um in die Bewertungsprozesse noch mehr Ordnung zu bringen, habe ich mich noch einer weiteren psychologischen Perspektive bedient, dem Bezugsnormkonzept (Rheinberg 1993) aus der Motivationspsychologie. Vereinfacht ausgedrückt, kann man sein eigenes und auch das fremde sprachliche bzw. kommunikative Verhalten unter drei verschiedenen Perspektiven betrachten:

1. man vergleicht das Verhalten *mit sich selbst*, legt also eine sogenannte individuelle Bezugsnorm an.
2. man vergleicht das Verhalten besonders *mit anderen* auf einer sozialen Bezugsnorm oder
3. man legt das Gewicht bei der Bewertung *auf die Sache* an sich, so wie oben für einen Patienten angenommen, dem die sprachliche Aufgabe zu leicht war, als daß er sich über einen Erfolg hätte freuen können. Hierbei spricht man von einer sachlichen Bezugsnorm.

Emotions- und motivationsrelevante Bewertungen können ganz unterschiedlich ausfallen, je nachdem welche Bezugsnorm herangezogen wird. Das folgende Zitat soll das verdeutlichen:

„Und nun kommt der Hammer. Bei der Visite war ich die letzte. Ich war stolz, daß ich das von der Ergo schon so schön gemacht hatte. Da hörte ich von dem Arzt, 'was ist das schon': Mit meinen Augen sprach ich. Der Arzt schaute zum Fenster raus, da war es mit meiner Fassung zu Ende. Dann brauche ich ja alles nicht zu machen. Und schon floßen die Fetzen. Ich merkte wohl, daß es dem Arzt leid tat, aber eine Entschuldigung war nicht drin. Da merkte ich einen Unterschied. Was bist du noch? Es ärgerte mich. Ein Gutes hatte die ganze Tragik: Mein Ehrgeiz wurde damit noch mehr gefördert“ (Obermann 1994, 99).

Der Arzt bewertet auf sachlich-sozialer Bezugsnorm und vergleicht die Leistung der Patientin mit dem, was



| Langzeitspeicher | Kurzzeitspeicher | |
|---|------------------|-----------------------------|
| Psychologisches System: Intention, Motivation und Emotion | ↑ | Arbeitsspeicher top-down |
| Pragmatisches System: Informationsaustausch, Präsuppositionen, Turn-Taking | | Arbeitsspeicher |
| Konzeptsystem: Schemata: Weltwissen, Selbstkonzept | | Arbeitsspeicher |
| Semantisches System = Lexikon: Wortbedeutung, Wortwahl | | Arbeitsspeicher |
| Grammatisches System: Textgrammatik („roter Faden“, Redeplanung), Syntax, Morphologie | | Arbeitsspeicher (aktiviert) |
| Akustisch-phonetisches System: Lautanalyse, Planung der Lautproduktion | | Arbeitsspeicher |
| Visuell-graphematisches System: Schriftanalyse, Planung des Schreibens | | Arbeitsspeicher |
| Motorisch-Sensorisches System: Bewegungsanalyse/ausführung: Artikulation, Schreiben, Stimmgebung, Mimik, Gestik | bottom-up | ▼ |
| | input Ist | output Soll |
| | Diskrepanz | |

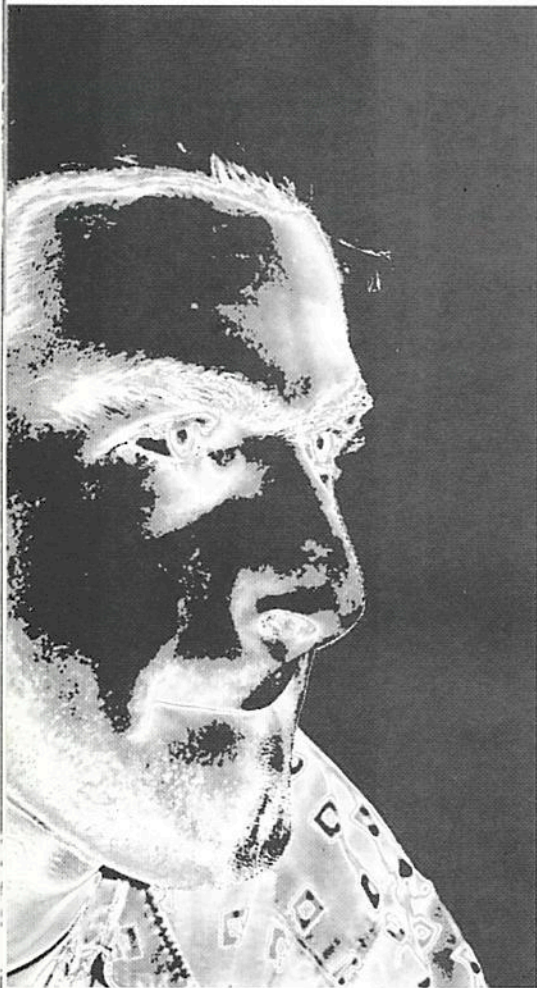
Abb. 2: Vereinfachtes systematisches Sprachverarbeitungsmodell (s. Text Seite 122)

ein Gesunder normalerweise kann, so daß seine Bewertung negativ ausfällt. Die Patientin kam auf individuell-sachlicher Bezugsnorm zu einer ganz anderen, nämlich positiven Bewertung ihrer momentanen Leistung im Vergleich zu dem, was kurz nach dem Schlaganfall noch nicht möglich gewesen war. Die so teilweise erlangte interne Kontrolle bei ergotherapeutischen Maßnahmen erfüllte die Frau zudem mit Stolz, wohingegen die abwertende Stellungnahme des Arztes sie aus der Fassung brachte und ärgerte. Die motivationale Konsequenz war in diesem Fall für die Patientin im Nachhinein scheinbar positiv, ihr Ehrgeiz wurde gefördert. Es hätte aber auch ganz anders ausgehen können. Die Patientin deutet die negative motivationale Konsequenz zuvor an: „Dann brauche ich ja alles nicht zu machen“.

Ich hoffe, es wurde trotz der sehr verkürzten Darstellung des theoretischen Hintergrundes einigermaßen klar, wie emotions- und motivationsrelevante Bewertungsvorgänge mit der Kommunikation und der „Sprache an sich“ zusammenhängen.

Sprachverarbeitungsmodell

Um diese Zusammenhänge auch modellhaft zu erfassen, habe ich ein Sprachproduktions-/ -rezeptionsmodell konstruiert. Die Konstruktion ist eine Integration verschiedener in der Literatur gefundener Modelle (vgl. Blanken 1988, Groeben 1982, Herrmann 1985, Kelter 1990). Ich verzichte an dieser Stelle auf die Erklärung aller Modellkomponenten und hoffe, daß es trotzdem zu mehr Anschaulichkeit verhilft (s. Abb. 2).



Dieses Modell beansprucht nicht, vollständig zu sein. Beispielsweise ist es aus interaktionaler Perspektive wichtig, das Modell für den bzw. die anderen Gesprächspartner zu verdoppeln bzw. zu vervielfältigen. Zudem ist die Trennung zwischen den einzelnen Systemen künstlich. Der **kommunikative Aspekt** besteht besonders in der Verständigung bzw. im Austausch von Informationen zwischen mindestens

zwei Gesprächspartnern. Der eine sagt dem anderen etwas über die Dinge. Hierbei gilt das Modell sowohl für den einen als auch für den anderen. Informationsaustausch klingt etwas technisch, doch steckt in jeder ausgetauschten Information zwischen Gesprächspartnern nicht nur ein rein inhaltlicher Aspekt, sondern daneben der nicht weniger wichtige **Beziehungsaspekt**. Die Interpretation dessen, was ein Zeichen (= eine Information) tatsächlich bedeutet, hängt ebenfalls von allen an der Kommunikation Beteiligten ab. Das oberste Ziel von Kommunikation, nämlich Verständigung, wird dann erreicht, wenn das vom Sprecher Gemeinte vom Hörer auch so verstanden wird: Man versteht sich. Der Begriff Verständigung bezieht sich also nicht nur auf die Inhaltsebene der Kommunikation, sondern auch auf die Beziehungsebene. Der Arbeitsspeicher ist dem aus der Gedächtnisforschung bekannten Kurzzeitspeicher nahe. Er integriert mit enormer Geschwindigkeit alle Informationen aus den Langzeitspeichern mit den „äußeren“ Informationen, hat aber nur eine begrenzte Verarbeitungskapazität. „Lernen“ bedeutet hier, daß der Transfer vom Kurzzeitspeicher in die Langzeitspeicher gelingt und von dort auch wieder abrufbar ist. Das Ziel jeglichen sprachtherapeutischen Handelns ist, den Abruf von Gelerntem in alltäglichen Kommunikationssituationen zu erreichen. Beim Prozess der Sprachverarbeitung spricht man dabei von „bottom-up“ und „top-down“ Bewegung des Arbeitsspeichers, da dieser beim Verstehen bzw. Produzieren von jedem Zeichen die verschiedenen Langzeitspeicher nach Bedarf 'anfährt'. Hierbei sind die unteren Ebenen bei der Rezeption zeitlich eher vorgeordnet sowie die oberen eher bei der Produktion. In alltäglichen Kommunikationssituationen werden immer alle Langzeitspeicher in Anspruch genommen. Es gibt kein unmotiviertes Sprechen oder Verstehen. Kommunikation ist immer an mehr oder weniger emotionale Beteiligung gebunden und läuft unter der Aktivierung von personenspezifischen Schemata ab. Sprachverstehen und Sprachproduktion erschei-

nen hier als symmetrische Vorgänge, was aber so nicht stimmt. Die Sprachproduktion verlangt mehr Leistung als die Rezeption. Aus Gründen der Anschaulichkeit wird das hier vernachlässigt. Das Begriffspaar „Psychologisches System“ wurde als Oberbegriff für Intention, Motivation und Emotion gewählt, weil vermutlich diese Zuordnung dem Alltagsverständnis entspricht, und sich die Analyse der Therapieansätze besonders auf diese Ebene bezog. Die Kontrolltheorie und das Bezugsnormkonzept sind also Differenzierungen des „psychologischen Systems“. Natürlich haben alle anderen Ebenen ebenso psychologische Aspekte.

Analyse-Ergebnisse - drei Beispiele

Nachdem ich die theoretischen Grundpfeiler der Analyse erläutert habe, will ich nun beispielhaft einige Analyseergebnisse berichten, wobei die Kenntnisse des jeweiligen Behandlungsmodells nützlich, aber nicht unbedingt notwendig sind.

Erstes Beispiel: Zweimal Deblockierungsmethode

Die Deblockierungsmethode nach I. Weigl (1979) wird in jüngerer Vergangenheit als eine der wichtigsten Therapiemethoden bezeichnet (Peuser 1993, 52) und gehört sicherlich zu den bekanntesten Ansätzen der Aphasitherapie. Die Systematik der Methode besteht in der Verknüpfung der sogenannten Sprachfunktionen untereinander, wobei die intakten Sprachfunktionen die gestörten deblockieren können. Ein einfaches Beispiel dafür ist, wenn durch die intakte Sprachfunktion „lautes Lesen“ des Schriftbildes *Haus* das gestörte mündliche Benennen des Gegenstandes *Haus* gelingt. Kettendeblockierung meint, wenn mehrere intakte Sprachfunktionen einer oder mehreren gestörten zur Deblockierung vorgeschaltet werden. Beim **Neurolinguistischen Programmieren** (NLP) werden auch Kettendeblockierungen benutzt, allerdings mit zusätzlichen Interventionen gekoppelt. Hierzu ein Beispiel:

„Ein Patient war furchtbar verspannt, er hatte große Angst, bei den gestellten Aufgaben Fehler zu machen. Es sollte Kettenblockieren mit 20 Wörtern durchgeführt werden. Die Therapeutin fragte ihn: 'Wieviele Fehler dürfen Sie heute machen?' Der Patient überlegte, lächelte ein wenig, die Frage war für ihn sehr überraschend und neu. Er wußte nicht, was er sagen sollte. Die Therapeutin fragte freundlich: 'Na, wieviel? Einen oder vierzig?' Er war immer noch unentschieden, zeigte aber mehr Lächeln bei der Zahl vierzig. Therapeutin: 'Wie wär's mit vierzig? Sie dürfen heute vierzig Fehler machen?!' Er lächelte deutlich und stimmte freudig zu. Bei der weiteren Arbeit war er für seine Verhältnisse sehr entspannt und machte nur einen Fehler. Nach jedem Durchgang des Kettenblockierens macht die Therapeutin ihn darauf aufmerksam, daß noch kein bzw. erst ein Fehler da sei. Er müsse sich nun anstrengen, wenn er vierzig Fehler schaffen wolle. Nachdem er mit nur einem Fehler abgeschlossen hatte, war er sehr stolz auf seine Leistung. Es kommt eben immer auf den Rahmen an. Wenn es das Ziel ist, immer höchste Perfektion zu erbringen, ist ein Fehler eine Schande. Ist alles unter 40 Fehlern gut, ist ein Fehler schon Spitze“ (Becker 1993a, 52).

Das Beispiel läßt auf unterschiedliche Effekte zwischen „reiner“ Deblockierungsmethode und der modifizierten Form innerhalb des NLP-Ansatzes schließen. Die „reine“ Deblockierungsmethode hat keine Erklärungen für Fehler oder Unvermögen vorgesehen. Die „furchtbare Verspannung“, die auf ein emotionales Defizit (=Angst) schließen läßt mit bekanntlich eingeschränktem kognitivem Leistungsvermögen (erschwerter Wortfindung) bliebe unbeachtet. Die Bewertung innerhalb der Therapie findet auf rein quantitativer Ebene statt, denn innerhalb der Deblockierungsmethode wird erst nach einer protokollierten prozentualen Quote von Erfolg gesprochen. Dagegen hilft die paradoxe Intervention der NLP-Therapeutin („Wieviele Fehler dürfen Sie heute machen - Wie wär's mit vierzig“) dem Patienten schon vor der Übung sein Bezugsnormkonzept zu reflektieren



und seine Erwartungshaltung zu verändern. Im kontrolltheoretischen Ansatz kann man Erwartungen als vorgelegene Bewertungen betrachten. Die Therapeutin versucht durch die Intervention die subjektive Bewertung des Kontrollverlustes beim Patienten zu verändern, und zwar auf individueller Bezugsnorm („Ich darf Fehler machen“). Paradox ist der Interventionseffekt bei diesem Patienten in doppeltem Sinne. Erstens bewirkt die Aufforderung zur Anstrengung eine größere Gelassenheit und zweitens wird das Ziel „möglichst vierzig Fehler“ zu machen in einen tatsächlichen Übungserfolg (nur einen Fehler) umgekehrt, so daß der Patient das positive Gefühl von interner Kontrolle hat.

Zweites Beispiel: Zweimal „Linguistische“ Aphasietherapie

W. Huber (1991, 75) gibt in einem Überblick zu den Ansätzen der Aphasietherapie folgende allgemeine Beschreibung des sprachstrukturellen Ansatzes:

„Das therapeutische Ziel ist es, den Patienten indirekt oder direkt auf linguistische Einheiten und Regularitäten aufmerksam zu machen, die entweder generell verloren sind oder deren Verfügbarkeit fluktuiert, das heißt, bei der einen Aufgabe leicht und korrekt zur Verfügung stehen, bei der anderen aber nicht oder nur fehlerhaft verarbeitet werden können. Durch dieses Vorgehen hofft man, sprachliches Wiedererlernen bei den Patienten einzuleiten (...). Die therapeutischen Techniken stützen sich in erster Linie auf die exemplarische und linguistisch begründete Auswahl von Übungsmaterial und Aufgabenstellungen“.

Prototyp der linguistisch orientierten Aphasietherapie sind wohl die „Sprachübungen zur Aphasiebehandlung“ (Engl et al. 1989). Die Autorinnen geben nur sehr allgemeine Ratschläge zum Zusammenhang zwischen Emotion und Motivation in der Therapie. Hierzu folgendes Zitat:

„Ermunterungen, Kommentare u.ä., welche der Therapeut als motivierende Stütze während der Übungsdurchführung benutzt, hängen sehr stark vom persönlichen Stil des Therapeuten sowie von der Persönlichkeit des Patienten ab. Sie müssen daher individuell gefunden werden“ (Engl et al. 1989, 14).

Einer individuellen Anpassung von motivationsförderlichen Interventionen kann aus kontrolltheoretischer Perspektive nur zugestimmt werden, da die motivations- und emotionsrelevanten Bewertungen von vielerlei Faktoren abhängen. Die hier angeführten Persönlichkeitsvariablen sind dabei sicherlich ein wesentlicher Aspekt, doch dürfen die situativen Aspekte der Bewertung nicht aus den Augen verloren werden. Die Handlungsstruktur der vorgeschlagenen Übungen bestimmt dabei im Wesentlichen die Situation und damit auch ganz entscheidend die Qualität der Interaktion zwischen Therapeut und Patient. „Ermunterungen“ und „Kommentare“ werden immer im Zusammenhang mit den Übungen gegeben. Kommentare bei Übungen, die eine sprachliche Leistung verlangen, sind



sehr oft Ursachenzuschreibungen, also Erklärungen der Beteiligten für das beobachtete Verhalten. Wie schon mehrfach angeführt, hängen die motivational und emotional relevanten Bewertungen von den **Bezugsnormen** und dem gesetzten Anspruchsniveau ab. Das aus der Handlungsstruktur heraus abgeleitete Anspruchsniveau bei linguistischer Aphasiotherapie orientiert sich an den linguistisch-strukturalistischen Normen, auch wenn das nicht der Intention des nach diesem Konzept arbeitenden Therapeuten entspricht. So schreiben Engl et al. zum möglichen Ziel von Satz- bzw. Textaufbau:

„Als realistisches Ziel der Sprachtherapie ist daher sehr oft nur zu erreichen, daß die vorhandenen Sprachreste im Verstehen und in der Produktion so ausgebaut werden, daß der Patient in alltäglichen Sprechsituationen besser über diese Reste verfügen und sie gezielt für die Verständigung einsetzen kann. Das gezielte Einsetzen verfügbarer Sprachreste kann in vielen Fällen kommunikativ adäquat (passend) sein, ohne daß die sprachliche Form unter grammatischem Gesichtspunkt korrekt ist“ (Engl et al. 1989, 6).

Und später:

„Insofern ist also beispielsweise das Training einfacher Satzformen und einfacher Handlungsabläufe (Text) auch dann nützlich, wenn der Patient dadurch nur lernt, daß die Reihenfolge von Wörtern wichtig ist“ (Engl et al. 1989, 7).

In der Übungsbeschreibung zur Wortordnung im Satz wird deshalb durch das Feedback des Therapeuten die Wortordnung stark gewichtet:

„Im Rahmen dieser Übung achtet der Therapeut weniger darauf, daß die einzelnen Wörter mit den korrekten grammatischen Endungen und mit den Artikeln versehen werden, als auf die Einhaltung der Wortordnung.“ (Engl et al. 1989, 219)

Im Hinblick auf die motivations- und emotionsrelevanten Attributionsprozesse besteht aber für den Patienten die Gefahr, sich an einer Norm zu orientieren, die nicht realistisch ist und zwar dann, wenn das Feedback des Therapeuten oder eine Erklärung zum Ziel einer solchen Übung den Patienten nicht erreicht, d. h. von ihm nicht verstanden werden kann, nicht akzeptiert oder nur gering gewichtet wird. In diesem Fall berücksichtigt er dann möglicherweise bei der Bildung seines Anspruchsniveaus die linguistisch-strukturalistische Norm. Die durch die Übung vordergründig gesetzte Norm hat ihre eigene Bedeutung und legt nahe, alle Regeln der Satzbildung zu berücksichtigen. Beim oben dargestellten Beispiel handelt es sich um die Bildung von regelrechten Aussagesätzen mit den syntaktischen und morphologischen Ansprüchen einer Subjekt-Prädikat-Akkusativobjekt-Wortordnung. Das Beispiel will zeigen, daß jede Handlungsstruktur ihre eigene Zeichenfunktion hat. Auch wenn es nicht der Intention des Therapeuten entspricht, den Patienten zu einem absolut regelgerechten Satzbau oder, auf einer anderen Ebene, zu einer regelgerechten Artikulation oder Wortwahl zu bringen, so tragen Übungen, die nach solchen Normen konzipiert sind, doch unweigerlich diesen Anspruch in sich. Sie legen dem Patienten sozusagen nahe, daß es wieder so funktionieren soll wie früher und spiegeln damit den Gedanken der Funktionsrestitution wider. Psychologisch besonders relevant sind die damit verbundenen Attributionsprozesse (Ursachenzuschreibung). Im ungünstigen Fall (keine Funktionsrestitution) werden die sowieso

schon zu hoch angesetzten Erwartungen an die Sprachtherapie (vgl. Herrmann 1989) enttäuscht. Ob die Ursache für die Enttäuschung dann intern (der Patient bei sich) oder extern (z.B. „die Sprachtherapie ist schlecht“) getroffen wird, hängt dann tatsächlich eng mit der Persönlichkeit des Patienten zusammen. Das Problem der Enttäuschung auf Wiedergewinnung der Sprache verweist auf den wohl wichtigsten Kritikpunkt an der linguistisch orientierten Aphasiotherapie. Die Effekte der Therapie finden sich kaum in der Alltagssprache der Patienten wieder. Aus der Perspektive der Kontrolltheorie ist dieses sogenannte **Transferproblem** in emotionaler und motivationaler Hinsicht für den Patienten hochproblematisch, denn er erlangt keine tatsächliche Kontrolle über sein Kommunikationsverhalten.

Im Alltag versucht der Mensch, seinen eigenen Willen zu formulieren. Die Übungen in der linguistischen Aphasiotherapie schneiden den oberen Teil der Sprachverarbeitung, nämlich Intention oder Motivation aber völlig ab, bzw. geben dieser Ebene möglicherweise einen anderen Sinn. Die Motivation des Patienten besteht in der Therapie meist darin, die vom Therapeuten nahegelegte sprachliche Zielstruktur zu treffen. Diese intentionale und motivationale Grundstruktur besteht für alle Übungen, bei denen nur bestimmte Handlungsmöglichkeiten zulässig sind (=Zielwort, Zielsatz, Ziellaut usw.). Neben der vornehmlich externen Kontrolle, die hier für den Patienten besteht, zeigt sich deutlich, daß die Norm in Form einer festen Zielerwartung Bewertungsgrundlage ist. Einige Autoren vermuten, daß diese Normen auch einen Einfluß auf die Bewertungen des Therapeuten in der Interaktion mit den Patienten haben:

„Zum Beispiel kann bei wortsemantischen Übungen die Auswahl der Wortfelder für Patienten wenig alltagsrelevant sein, wenn etwa die Systematik semantischer Taxonomien zu sehr im Vordergrund steht. Dabei besteht auch die Gefahr, daß die Therapeuten zu sehr auf ihre sprachlichen Zielformen fixiert sind, so daß alternative sprachliche und

nichtsprachliche Ausdrucksmöglichkeiten der Patienten zu wenig berücksichtigt werden“ (Glindemann / Springer 1989, 189).

Die Systematik semantischer Taxonomien als ein Werkzeug der theoriegeleiteten linguistischen Aphasietherapie kann also nicht nur eine Falle für den Patienten bedeuten, sondern auch den Therapeuten in seinen Handlungsmöglichkeiten einschränken. Oder anders formuliert: Die Patienten haben möglicherweise nicht nur die Schwierigkeit mit einer linguistisch-strukturalistischen Vorstellung von Bedeutungsrepräsentation, sondern Patient und Therapeut haben gemeinsam Probleme in der Interaktion, weil es ein so strukturiertes Lexikon gibt.

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen sprachtherapeutischem Handeln und motivationalen Aspekten wurde in der „Reinform“ der linguistisch orientierte Aphasietherapie wenig berücksichtigt. Vielleicht kann die kontrolltheoretische Perspektive hier eine Lücke schließen, denn sie zeigt, daß die gewählten Handlungsstrukturen selbst eine motivationale Bedingung für das Rehabilitationsziel darstellen. Von den Therapeutinnen, die einen solchen Ansatz vertreten, wurde allerdings nie behauptet, daß Übungen auf Basis linguistisch-strukturalistischer Theorienbildung alleiniger Gegenstand der Aphasietherapie sein sollen. Im Gegenteil: I.M. Ohlen-dorf, eine Mitautorin von Engl et al. (1989), wirbt schon früh für die Integration klinisch-psychologischer Ansätze in der Aphasietherapie (Ohlen-dorf 1984).

In jüngster Vergangenheit werden emotionale und motivationale Aspekte in der Aphasietherapie auch in solchen Behandlungsmodellen stärker gewichtet, die sich auf linguistische Theorienbildung als handlungsleitenden Hintergrund berufen. Die Behandlung des Agrammatismus nach Schlenk et al. (1995) ist ein aktuelles Beispiel dafür. Schon der Titel des Behandlungsmodells läßt unter der Perspektive des Bezugsnormkonzepts eine deutliche Veränderung zu traditionell linguistischen Ansätzen erken-

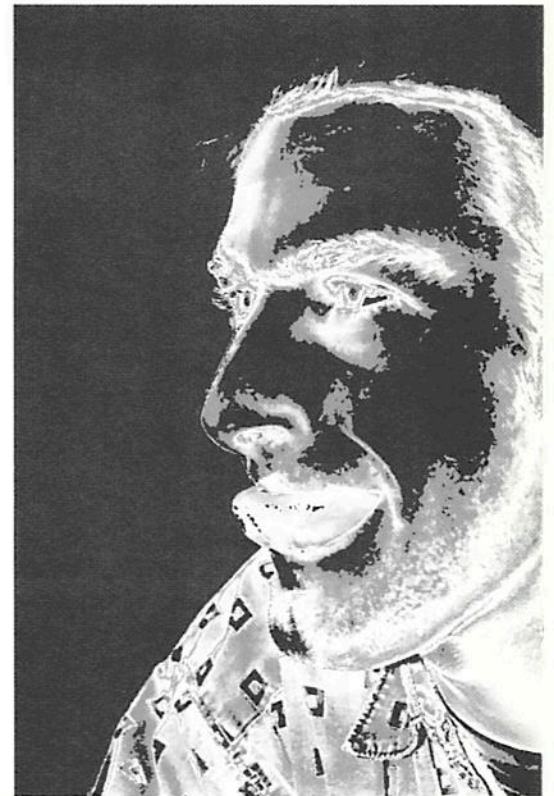
nen. Die Reduzierte-Syntax-Therapie (REST) bietet den Patienten keine normgerechten Satzstrukturen zur Übung an, sondern eine reduzierte syntaktische Struktur, die viel besser den eingeschränkten grammatikalisch-kognitiven Fähigkeiten der Agrammatiker entspricht. Die Chance, eine tatsächliche Kontrolle über die Sprache zu bekommen, wird von den Autoren als viel höher eingeschätzt, weil die Erwartungen nicht mehr an einer „korrekten“ Bezugsnorm orientiert sind. Bei solchen Therapieansätzen, welche die „korrekte“ Bezugsnorm als Therapieziel aufgegeben haben, besteht allerdings ein anderes emotionales und motivationales Problem für die Patienten:

Wie erkläre ich einem Patienten, daß er nicht regelgerechte Sätze erlernen soll, sondern lediglich eine reduzierte Syntax? Woher nimmt der Sprachtherapeut eigentlich das Recht, schon von vorneherein davon auszugehen, daß nur eine reduzierte Sprache Übungsziel sein kann? Die zweite Frage ist empirisch beantwortet: Es ist in den allermeisten Fällen schlichtweg eine Tatsache, daß nach der Zeit der Spontanremission von einer reduzierten Sprachfähigkeit auszugehen ist. Somit ist die Beantwortung der ersten Frage keine Anmaßung des Therapeuten, sondern im Gegenteil dringende Notwendigkeit und Basis des sprachtherapeutischen Handelns. Der REST-Therapeut stellt sich dieser Verantwortung auf verständnisvolle Art und Weise und äußert gleichzeitig Vermutungen, woher solche Erwartungen an die Norm kommen und welchen Beitrag eine konventionelle, solche Normen replizierende Sprachtherapie dabei leistet:

„Es ist verständlich, daß Patienten zunächst das Ziel haben, so zu sprechen wie vor der Erkrankung, d.h. grammatikalisch richtig. Patienten fühlen sich oft an Normen gebunden, die durch Schule und Ausbildung vermittelt wurden und im wesentlichen den Normen der Schriftsprache entsprechen. (...) Durch die Übungsform der konventionellen Syntaxtherapie werden die Patienten in den an der Schriftsprache orientierten Normvorstellungen bestärkt. Die Patienten

machen dabei meist die Erfahrung, daß sie in der Übung mit Hilfe des Therapeuten in der Lage sind, vollständige und korrekte Sätze zu bilden, z.B. bei Bildbeschreibungen. Dabei wird von einem automatischen Transfer in die Spontansprache ausgegangen. Da dieser Transfer meistens nicht stattfindet, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen den Leistungen bei den Sprachübungen und in der Spontansprache. Diese Diskrepanz versuchen wir dem Patienten bewußt zu machen und dadurch die Motivation für eine neue Zielsetzung aufzubauen. Wir machen den Patienten deutlich, daß das Therapieziel darin liegen sollte, in Alltagsgesprächen mehr Inhalte zu vermitteln, ohne auf die richtige Satzform achten zu müssen. (...) Gerade Patienten mit chronischem Agrammatismus sind häufig erleichtert über das neue, entlastende Therapieziel“ (Schlenk et al. 1995, 37).

Interessant ist, daß die „bescheidene“ Bezugsnorm der reduzierten Syntax sogar indirekte Auswirkungen auf die „korrekte“ Bezugsnorm hat, was sich in Form einer Erweiterung der syntaktisch-morphologischen Fähigkeiten bei einigen Patienten äußert.



Die Autoren vermuten, daß der Arbeitsspeicher hier im Zuge einer mit der Zeit positiv veränderten Verarbeitungskompetenz wieder Ressourcen frei hat. Hierzu das nächste Zitat:

„Andererseits ist aber nicht ausgeschlossen, daß zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die REST-Strukturen flüssiger abrufbar sind, immer mehr Kapazität für morphologische Weiterverarbeitung vorhanden ist. Im Verlauf der Therapie haben wir bei einzelnen Patienten eine Zunahme an Funktionswörtern und vollständigen Teilsätzen beobachtet, ohne daß daran geübt worden war. REST verhindert nicht die Bildung korrekter Oberflächenstrukturen; es schafft die Basis. Zu einem späteren Zeitpunkt lassen sich die beim REST-Ansatz verwendeten Satzfragmente durchaus zu vollständigeren Satzstrukturen erweitern“ (Schlenk et al. 1995, 37).

KURZBIOGRAPHIE

Jürgen Kohler (Jahrgang '64) absolvierte seine Ausbildung zum Logopäden in Heidelberg von 1985 bis 1988. Danach studierte er berufsbegleitend Psychologie in Mannheim, Heidelberg und San Jose (Costa Rica) und schloß Anfang des Jahres '96 mit dem Diplom ab. 1992 wechselte er in die Lehrlogopädie und seit Ende '95 leitet er eine neu gegründete Schule für Logopädie auf der Insel Reichenau Bodensee.



Drittes Beispiel: Zweimal Gruppentherapie bei Aphasie?

In der Gruppentherapie von Aphasiepatienten haben die Begriffe Motivation oder Emotion eine längere theoretische Tradition, zumindestens was ihre psychosoziale Differenzierung angeht. Die psychosoziale Gruppe soll

deswegen idealerweise von zwei Therapeuten geleitet werden, wobei einer psychotherapeutisch geschult sein sollte (vgl. Springer 1993, 217).

Die sogenannte „**Sprachorientierte Gruppentherapie**“ kann vom „gemeinen“ Sprachtherapeuten geleitet werden. Hier sieht der Stand der theoretischen Reflexion allerdings eher düster aus. Hierzu ein Zitat von A. Kotten:

„Insbesondere dieser (...) Gesichtspunkt, nämlich die Steuerung des Gruppenprozesses durch gezielte Interventionen ist bisher viel zu wenig aufgearbeitet worden“ (Kotten 1991, 34).

Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Differenzierung der Gruppentherapie in psychosozial vs. sprachorientiert überhaupt angebracht ist, wenn folgendes zwangsläufig innerhalb einer Gruppe geschieht:

„Ich kann ja sogar mehr als die anderen‘ höre ich manchmal von einem erstaunten Aphasiker nach einer Gruppensitzung, oder, wenn er mit schwer Betroffenen zusammen war: ‘So schlimm kann eine Aphasie sein? Das wußte ich ja gar nicht! Da habe ich aber Glück gehabt, daß ich besser reden kann!’“ (Lutz 1992, 298).

Diese Bewertungen auf sozialer Bezugsnorm können, wie hier geschildert, einen Patienten ermuntern, also positive motivationale und besonders emotionale Folgen haben. Das kann aber auch umgekehrt sein, also selbst-abwertende Konsequenzen für den einzelnen haben. Wo einer seinen Sprachverlust als „weniger schlimm“ einordnet, gibt es mit hoher Wahrscheinlichkeit einen anderen, der seine Aphasie als „schlimm“ empfindet. Solche Bewertungen der sprachlichen Leistungsfähigkeit finden besonders bei Aktivitäten in der sprachorientierten Aphasiegruppe statt, die auf bestimmte sprachliche Leistungen abzielen, wie z. B. eine „komplette Satzbildung“ oder auch das ‘Umschreiben bei Wortfindungsschwierigkeiten’. Aber auch ohne die Methoden der direkten sprachdidaktischen Gruppentherapie finden soziale Ver-

gleiche statt, so daß die Sprachtherapeutin nicht vor der Wahl steht, ob sie Techniken der psychosozialen Gruppentherapie anwendet oder nicht, sondern wie sie die psychosozialen Prozesse am besten steuert und die Nachteile der sozialen Vergleiche für den einzelnen möglichst ausgleicht. R. Döppler (1991) vermutet, daß diese Vergleichsprozesse einen „Vorteilansich“ der Gruppentherapie darstellen und betont für die Frühphase der Krankheitsverarbeitung:

„Dieses ‘Sich-vergleichen-Können’ mit anderen Sprachgestörten ist u. E. ein eminent wichtiger Faktor gerade in der Frühphase der Sprachbehandlung: Der frisch geschädigte Patient neigt dazu, nahezu ausschließlich seine Defizite, nicht aber die noch vorhandenen Fähigkeiten zu sehen. Daß eine solche Einstellung nicht unbedingt von selbst verschwindet und welche massive Auswirkungen sie auf den Therapieprozess haben kann, muß nicht erst erklärt werden. Nicht zuletzt deshalb scheint es uns sinnvoll, bereits recht früh in der störungsspezifischen Übungsphase, nicht erst in der Konsolidierungsphase, parallel zur Einzeltherapie in Gruppen zu behandeln“ (Döppler 1991, 54f.).

R. Döppler macht hier klar, daß die durch die Gruppenbehandlung ermöglichte soziale Bezugsnorm die „defizitorientierten“ Bewertungen auf ausschließlich individueller Bezugsnorm positiv verändern können. Die Fixierung der Bewertungen auf individueller und sachlich unrealistischer Bezugsnorm kann eine negativ-motivationale Konsequenz haben, die im folgenden Zitat mit dem Begriff „Rückzug“ benannt wird:

„Eine sehr häufige Reaktion von Patienten, die nach der Hirnschädigung beginnen, ihre Sprachstörung zu realisieren, ist der Rückzug. Sinngemäß wird uns oft vermittelt: ‘Wenn ich erst wieder richtig reden kann, gehe ich auch wieder unter andere Menschen.’ So verständlich diese Reaktion und ihre Begründung sein mag, so unwohl ist uns doch dabei, da wohl die wenigsten unserer Patienten realistischerweise auf ein – womöglich noch baldiges – Erreichen dieses Ziels



hoffen können. Die Rückzugstendenz wird meist zumindestens gemildert, sobald Kontakt zu gleichermaßen Betroffenen hergestellt ist. Man möchte wissen: „Wie war's bei Dir? Wie lange schon? Kannst Du auch nicht schreiben?“ u.s.w. und schon beginnt eine Auseinandersetzung mit den Realitäten, wie sie in der Isolation nicht stattfindet und auch vom Therapeuten so leicht meist nicht angeregt werden kann“. (Döppler 1991, S.56)

Auch hier vermutet Döppler einen positiven Gruppeneffekt, der durch die Gruppenbildung sozusagen „entstehen muß“. Die Bewertungen auf sozialer Bezugsnorm und der bei den anderen Betroffenen wahrgenommene Kontrollverlust bewirkt im Sinne von „geteiltes Leid ist halbes Leid“ diesen positiven Effekt.

Die „bloße“ Gruppenzugehörigkeit scheint auch Effekte auf die sprachliche und kommunikative Kompetenz der Gruppenmitglieder rückzukoppeln, also die Fähigkeit einer **tatsächlichen Kontrolle** über Sprache zu fördern:

„Die Motivierung ist übrigens nicht nur eine allgemeine, sondern bezieht sich häufig darauf, daß beim Kontakt mit ähnlich Betroffenen so viele Fragen auftauchen, das Interesse aneinander so groß wird, daß spontan alle verfügbaren Kanäle eingesetzt werden und damit der Patient Erfahrungen machen kann, die

sich in der Einzelbehandlung wieder aufgreifen und vertiefen lassen“ (Döppler 1991)

Das für die psychosoziale Gruppentypische Rollenspiel, bei dem die Handlungen immer wieder reflektiert werden, kann als Erweiterung des „Sprachübungsspiels“ (Pulvermüller 1991) bei sprachorientierter Gruppentherapie aufgefaßt werden. Was ein Sprachtherapeut dabei leistet, drückt Döppler (1991) ganz allgemein folgendermaßen aus:

„Aufgabe des Therapeuten ist es hier, eine Reflexion über die verschiedenen für die Kommunikation relevanten Faktoren in Gang zu setzen und Bewältigungsstrategien explizit zu machen“ (Döppler 1991, 54).

Man könnte dieses Zitat kontrolltheoretisch so reformulieren: Der Therapeut versucht, Erklärungen (=Bewertungen) für Kommunikationsereignisse anzubieten, die einer **interaktionalen Kontrolle** gerecht werden. Interaktionale Kontrolle meint hier, daß der Kommunikationserfolg nicht nur von einer Person abhängig ist, sondern immer von mindestens zweien. In der Gruppensituation bietet sich besonders Gelegenheit, dieses Grundgesetz der Kommunikation deutlich zu machen. So kann es emotional entlastend sein, wenn ein Aphasiker lernt, daß auch die anderen (ganz egal ob

Leidensgenosse oder „Gesunder“) Verantwortung am Gelingen der Verständigung haben.

Ausblick

Ich hoffe, daß die stark verkürzten theoretischen Erläuterungen und die drei ebenfalls verkürzten Beispiele einen ersten Einblick in die systematisch angelegte, psychologische Betrachtung von Aphasitherapie erbrachten. Die Idee war, **neugierig zu machen** auf eine zusätzliche theoretische Quelle, die das therapeutische Handeln bereichern bzw. reflektieren kann, und zwar nicht nur für die Aphasie. Die Theorie der kognitiven Kontrolle, das Bezugsnormkonzept oder integrative Modelle der Sprachverarbeitung sind Perspektiven, unter denen man auch sich selbst betrachten kann. Meine Arbeit hat diesen (sicherlich sehr interessanten) Teil der therapeutischen Eigenreflexion weitgehend vernachlässigt, obwohl „Kontrolle-haben“ ein nicht weiter hinterfragbares menschliches Grundbedürfnis ist. Auf welche Art und Weise Therapeuten in der Therapie dieses Grundbedürfnis befriedigen, wie die Fachfrau Ihre Sicherheit (=Kontrolle) in der Therapie erlangt, und ob es einen Zusammenhang zwischen ganz bestimmten Arten von therapeutisch ausgeübter Kontrolle und einschlägigen Therapiemethoden gibt, bleibt zukünftigen Analysen vorbehalten.

L I T E R A T U R

Becker, E. (1993a): Ich sehe deine Sprache, wenn du schweigst - Aphasitherapie und NLP. Paderborn: Junfermann

Becker, E. (1993b): Neurolinguistisches Programmieren (NLP) in der Aphasitherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): Zentrale Sprach- und Sprechstörungen. Berlin: Edition Marhold

Blanken, G., Dittmann, J., Wallech, C.W. (1988) (Hrsg): Sprachproduktionsmodelle. Freiburg: Hochschulverlag

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

Döppler, R. (1991): Spezifische Effekte der Gruppenbehandlung von Aphasikern. In: Simons, B. u. Körner, A.: Gruppentherapie in der klinischen Linguistik. Frankfurt/Main: Peter Lang

Glindemann, R. & Springer, L. (1989): PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen - Ein integrativer Vorschlag zur Aphasitherapie, in: Sprache-Stimme - Gehör 13. Stuttgart: Thieme

Groeben, N. (1982): *Leserpsychologie: Textverständnis - Textverständlichkeit*. Münster: Aschendorff

Helm, N. (1979): *Melodische Intonationstherapie*. In: Peuser, G. (Hrsg): *Studien zur Sprachtherapie*. München: Wilhelm Fink

Herrmann, T. (1985): *Allgemeine Sprachpsychologie*. München: Psychologie Verlags Union

Huber, W. (1991): *Ansätze der Aphasietherapie*, in: *Neurolinguistik* 5, 2, S.71-92. Freiburg: Hochschulverlag

Kelter, S. (1990): *Aphasien*. Stuttgart: Kohlhammer

Kohler, J. (im Druck): *Emotionale und motivationale Aspekte der Aphasietherapie*. Stuttgart: IB-Verlag

Kotten, A. (1991): *Gruppentherapie - ein kritischer Überblick*. In: Simons, B./Körner, A.: *Gruppentherapie in der klinischen Linguistik*. Frankfurt/Main: Peter Lang

Kotten, A. (1993): *Theoretische Grundlagen therapeutischer Verfahren: Modelle und Methoden der Aphasietherapie*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Edition Marhold

Krampen, G. (1982): *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugung*. Göttingen: Verlag für Psychologie

Lutz, L. (1992): *Das Schweigen verstehen - über Aphasie*. Heidelberg: Springer

Motsch, H.J. (1989): *Sprach- oder Kommunikationstherapie?* In: Grohnfeldt, M. (Hrsg):

Grundlagen der Sprachtherapie. Berlin: Edition Marhold

Obermann, L. (1994): *Haben Sie Mut und nochmals Mut*, in: L.O.G.O.S.-interdisziplinär. Stuttgart: Gustav Fischer

Ohlendorf, I. M. (1984): *Zur Anwendung einfacher psychologischer Techniken in der Aphasietherapie*. In: Roth, V.M. (Hrsg): *Sprachtherapie*. Tübingen: Gunter Narr

Osnabrügge, G., Stahlberg, D., Frey, D. (1985): *Die Theorie der kognitiven Kontrolle*. In: Frey, D., Irl, M. (Hrsg): *Theorien der Sozialpsychologie*, Band 3. Bern: Hans Huber

Osterkamp, U. (1987): *Kontrollbedürfnis*. In: Frey, D., Greif, S. (Hrsg): *Sozialpsychologie*. München: Psychologie Verlags-Union

Peuser, G. (1993): *Patholinguistik*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Edition Marhold.

Pulvermüller, F. (1990): *Aphasische Kommunikation*. Tübingen: Gunter Narr

Rheinberg, F. & Krug, S. (1993): *Motivation im Schulalltag*. Göttingen: Hogrefe

Roth, V. M. (1991): *Modell Wahrheit. Zu einer Demonstration von Partner-Aphasiker-Kommunikationstraining*. In: Lotzmann, G. (Hrsg) (1991): *Aggression und Ängste im stimm- und sprachtherapeutischen Prozeß*. München: Profil

Schlenk, C., Schlenk, K.J., Springer, L. (1995): *Die Behandlung des schweren Agrammatismus*. Stuttgart: Thieme

Seligman, N.E. (1980): *Gelernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg

Springer, L. (1993): *Gruppentherapie mit Aphasiern*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Edition Marhold

Steiner, J. (1993): *Grundzüge einer ganzheitlichen Aphasiebehandlung und -forschung*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Edition Marhold

Tigges-Zuzok, C. (1993): *Behalten und Vergessen: Fragen der Wortfindung*. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg): *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Edition Marhold

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. (1980): *Menschliche Kommunikation*. Berlin: Huber.

Weigl, I. (1979): *Neuropsychologische und psycholinguistische Grundlagen eines Programms zur Rehabilitation aphasischer Störungen*. In: Peuser, G. (Hrsg): *Studien zur Sprachtherapie*. München: W. Fink



Aut
Jürgen Kohler
Schule für Logopädie
Schloßst
78479 Reichenau

NEUGIERIG GEWORDEN ?

Im Frühjahr 1996 erscheint in der medizinischen Schriftenreihe des IB-Verlags Stuttgart das Buch
Emotionale und motivationale Aspekte der Aphasietherapie

von Jürgen Kohler.

Die Veröffentlichung bietet neben der kognitionspsychologischen Analyse zur Aphasietherapie eine praxisorientierte Zusammenfassung der am häufigsten diskutierten sprachtherapeutischen Ansätze für Aphasie. Das Buch eignet sich daher auch besonders zum Einsatz innerhalb der Ausbildung zur Logopädie bzw. Sprachtherapie.

Bestellungen können Sie über den Bestellabschnitt oder ganz formlos richten an:
IB-Medizinische Akademie, Schule für Logopädie
Schloßstraße 1, 78479 Reichenau
Tel. 07534 - 7864, Fax 07534 - 1798

VERBINDLICHE BESTELLUNG:

Bitte schicken Sie mir gegen Rechnung Exemplar(e) der *Emotionalen und motivationalen Aspekte der Aphasietherapie* zum Preis von DM 27.- pro Stück zuzüglich Verpackungs- und Versandkosten.

Name:

Straße:

Land/PLZ/ Wohnort:

Unterschrift:

URALT UND DOCH IMMER AKTUELLE

Mehr und mehr „Alternativ-Methoden“ formieren sich zu einer Fülle von Behandlungsmöglichkeiten, wobei es zunehmend schwieriger wird, die seriösen von obskuren AnbieterInnen zu unterscheiden. In manchen Verfahren (wie z.B. der traditionellen chinesischen Medizin oder dem indischen Ayurveda), manifestiert sich Heilwissen von Jahrtausenden, andere wiederum sind relativ neu (wie beispielsweise die Bioresonanz-Therapie). Gemeinsam haben all diese Methoden, daß sie so naturnah wie möglich an Reaktivierung der Selbstheilkräfte arbeiten. Aber diese Zielsetzung steckt enge Grenzen und setzt fundierte Erfahrungen der „HeilerInnen“ voraus.

Nicht nur wegen der ggfs. anfallenden Behandlungskosten, die der Regel von den Krankenkassen allenfalls bei „klassischen Naturheilverfahren“ (etwa Chiropraktika, Akupunktur, usw.) übernommen werden, sollten Sie sich vorab informieren.

Zum orientierenden LeseEinstieg bietet sich „Die andere Medizin“ von der Stiftung Warentest (Postf. 810660, 70523 Stuttgart) und spezielle Auskünfte erhalten Sie über folgende Adresse

- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
Hindenburgstr. 1a, 32257 Bünde
- Ganimed - Ganzheit in der Medizin
Hauptstr. 33, 69117 Heidelberg
- Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V.
Ortenaustr. 10, 76199 Karlsruhe
- KneippÄRZTEbund e.V.
Gesellschaft f. Naturheilverfahren
Alfred-Baumgarten-Straße 4
86825 Bad Wörishofen