

# Sprechapraxie nach Schlaganfall



Informationsbroschüre für Betroffene  
und ihre Angehörigen

**Abteilung Logopäde, Klinikum Bayreuth GmbH**

Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth, Tel. 0921/400-1267

Email: [bernd.simon@klinikum-bayreuth.de](mailto:bernd.simon@klinikum-bayreuth.de)

Ein Patient, der nach einem Schlaganfall eine schwere Sprechstörung erlitten hat, beschrieb dies folgendermaßen:

„Ich kann nur in Silben sprechen, denn meine Aussprache ist schwerfällig. Das Sprechen funktioniert nicht mehr automatisch, sondern muss kontrolliert werden. Ich muss über jedes Wort nachdenken, das sich aussprechen will, und über die Art und Weise wie es ausgesprochen werden muss ...“

### ***Was ist Sprechapraxie?***

Ende des 19. Jahrhunderts charakterisierte der französische Neurologe Paul Broca das Sprechproblem solcher Patienten als einen „Verlust des Gedächtnisses für die Artikulationsbewegungen von Wörtern“. Nicht die Wörter selbst seien verloren gegangen, sondern die Erinnerung daran, welche Bewegungen Lippen, Zunge, Kiefer, Kehlkopf und die anderen Sprechorgane ausführen müssen, um die Wörter auszusprechen. Die Patienten müssen sehr viel Mühe aufbringen, um die richtige Bewegungsabfolge zu finden, und obwohl sie sich selbst ständig korrigieren, bleibt das Ergebnis vielfach unverständlich.

Derartige Sprechprobleme werden mit dem Fachbegriff „Sprechapraxie“ bezeichnet. Eine Sprechapraxie ist häufig Folge eines Schlaganfalls, bei dem, wie bei Patienten mit Aphasie, die linke Gehirnhälfte (Hemisphäre) von der Schädigung betroffen ist.

Man geht heute davon aus, dass in der linken Hemisphäre Programme für die Kontrolle von Sprechbewegungen gespeichert sind. Diese Programme kann man sich vereinfacht als fertige Befehlsfolgen vorstellen. Sie werden an die verschiedenen Sprechmuskeln weitergegeben und sorgen dafür, dass Lippen, Zunge, Kiefer, Gaumensegel, etc. durch ihre Bewegungen verständliche Wörter hervorbringen. Diese fertigen Programme haben den Vorteil, dass wir uns beim Sprechen nicht auf jede einzelne Bewegung der vielen beteiligten Muskeln konzentrieren müssen. Dies erledigt der Bewegungsapparat vielmehr

„automatisch“, also ohne bewusste Kontrolle. Wir können unsere Aufmerksamkeit dann auf andere Dinge richten, z.B. auf die Planung dessen, was wir sagen wollen und

wie wir es sagen. Oder auf Tätigkeiten, die wir nebenbei noch erledigen. Solche Bewegungsprogramme gibt es für jede Art von motorischem Geschick, z.B.: für die Beherrschung eines Musikinstruments, einer Schreibmaschine, des Autofahrens, etc. Sie sind nicht angeboren, sondern Ergebnis eines langen Lernprozesses.

Das Sprechen ist, vielmehr als andere Aktivitäten, eine komplexe motorische Leistung. Wir haben sie über Jahre hinweg in unserer Kindheit erworben und geübt und führen sie seitdem tagtäglich aus. Das beständige motorische Üben führt dazu, dass die geübten Abläufe gespeichert werden und als flexible Bausteine abgerufen werden können. Die sprechmotorischen Programme können wir uns also als gespeichertes Ergebnis eines ausgedehnten Lernprozesses vorstellen. Sie versetzen uns in die Lage komplizierte Bewegungsfolgen durch „sparsame“ Kommandos und ohne bewusste Kontrolle zu steuern. Sie sind also tatsächlich etwas Ähnliches wie ein „Gedächtnis für Bewegungen“, wenn auch nicht für ganze Wörter, wie Paul Broca noch gedacht hatte, eher vielleicht für die Silben unserer Sprache oder einzelner Sprachlaute. Die Bewegungsprogramme sind auch keine Gedächtnisinhalte über die wir bewusst verfügen können. Die wenigsten können exakt beschreiben, was ihre Sprechmuskulatur bzw. die am Sprechen beteiligten Organe beim Sprechen eigentlich tun. Dennoch benutzen wir die Programme völlig selbstverständlich, - sie stellen unser impliziertes Wissen über komplexe Bewegungsabläufe dar.

Man nimmt an, dass ein wichtiger Speicher für solche Bewegungsabläufe in der linken Großhirnhemisphäre lokalisiert ist – in unmittelbarer Nähe zu den Regionen, die für Sprachfunktionen, wie Grammatik oder die Speicherung von Wortbedeutungen zuständig sind und auch in Nachbarschaft zu den Hirnregionen, die wir für die Bewegungen der Zunge, der Lippen oder des Kehlkopfes benötigen. Ein Infarkt, der das Hirngewebe in diesem Gebiet zerstört, zerstört auch die gespeicherten artikulatorischen Bewegungsprogramme und nimmt den Betroffenen die Fähigkeit, flüssig und fehlerfrei zu sprechen.

### ***Was sind die Kennzeichen der Sprechapraxie?***

Der Verlust dieser eingeschliffenen motorischen Routinen bedeutet schon bei leichter Ausprägung, dass das Sprechen mühsamer wird und die Bewegungen bewusster geplant werden müssen. Alle Bewegungsvorgänge werden weniger „rund“ verlaufen. Die Patienten sprechen manchmal „abgehackt“ und „silbisch“. Ihr Redefluss gerät immer wieder ins Stocken und vereinzelt „versprechen“ sie sich: „Therapie“ wird zu „Kerapie“, „Frühstück“ zu „Schühstüss“. Oft sind die Sprachlaute dabei auch entstellt, dass heißt das Wort „Schühstüss“ klingt nicht so, wie eine gesunde Person es aussprechen würde. Das „sch“ kann z.B. eigenartig verändert sein, das „ü“ kann wie eine Mischung aus „ü“ und „i“ klingen. Man sagt, die Wörter sind nicht wohlartikulierte. Sprechapraktische Patienten bemerken ihre Fehler sofort, manchmal schon, bevor sie ein Wort ganz ausgesprochen haben. Sie stoppen ab und starten neu. Man kann beobachten, wie ihre Lippen oder ihre Zunge nach dem richtigen Startort suchen.

Patienten mit einer ausgeprägten Sprechapraxie machen sehr viele Fehler. Alle Äußerungen sind durch einen stockenden Redefluss geprägt und die Fehler häufen sich so stark, dass manche Wörter oder ganze Satzteile unverständlich sind. Man sieht wie sehr die Betroffenen sich selbst für kurze Äußerungen anstrengen müssen, und man sieht ihre vielen mühsamen und oft vergeblichen Suchbewegungen. Man erkennt auch ihre Unzufriedenheit und manchmal ihre Verzweiflung darüber, dass ihnen dieser Bewegungsapparat nicht mehr gehorcht und die früher so selbstverständlich ausgeführten Bewegungen nun nicht mehr gelingen.

In extremen Fällen oder in der frühen Phase der Erkrankung kann die Störung so stark ausgeprägt sein, dass die Betroffenen völlig unfähig sind, auch nur kurze Wörter oder einzelne Laute zu sprechen. Bei diesen „mutistischen“ (=stummen) Patienten sind also nicht einmal mehr die elementarsten Bewegungsprogramme verfügbar. Eine Sprechapraxie kann im Übrigen auch dann vorliegen, wenn solche Patienten nicht völlig mutistisch sind, sondern wenn sie einzelne sinnlose Silben oder Wortfragmente beständig und sehr flüssig wiederholen. Es gibt die Vermutung, dass derartige „Sprachautomatismen“, wie sie etwa im Rahmen einer globalen Aphasie auftreten können, die letzten Reste einer ansonsten gänzlich verschütteten Sprechmotorik

darstellen. Die Beobachtung, dass einzelne Äußerungen – wie die Sprachautomatismen der Globalphasiker – völlig störungsfrei hervorgebracht werden können, ist auch für Patienten mit weniger schwerer Sprechapraxie typisch. Es gibt Patienten, die kaum mehr als eine oder zwei Silben zusammenhängend und einigermaßen verständlich artikulieren können, dann aber völlig unerwartet eine ganze Phrase flüssig und fehlerfrei sprechen. Oft sind dies kleine Kommentare in der Therapiesituation, etwa „das kann ich nicht“ (wenn der Patient ein Wort nachsprechen soll), eine spontane kurze Äußerung mit hohem emotionalem Gehalt oder ein Fluch. Sie tauchen als „Inseln“ störungsfreier Artikulation in einem Meer von stockenden und Fehler behafteten Äußerungen auf. Diese Beobachtung ist ein wichtiges Kriterium der Abgrenzung der Sprechapraxie von einer anderen Form der Sprechstörung nach Hirnschädigung: den Dysarthrien. Bei dysarthrischen Patienten sind alle Äußerungen in ähnlichem Ausmaß beeinträchtigt. Völlig störungsfreie „Inseln“ treten nicht auf.

Aufgrund der Nähe zu den Hirnregionen, in denen Sprachverarbeitung stattfinden, also Speicherung der Wortbedeutung, Grammatik, Sprachverstehen, etc. tritt die Sprechapraxie meist nicht isoliert auf. Die meisten sprechpraktischen Patienten haben gleichzeitig auch eine Aphasie. Häufig steht jedoch das Sprechproblem im Vordergrund.

Nicht mehr sprechen zu können, bringt jeden Menschen in große persönliche Not. Mit dem Partner, den Kindern, Freunden und Bekannten zu sprechen ist die Grundlage unserer sozialen Beziehungen. Eine ungehinderte Teilnahme am öffentlichen Leben ist ohne Sprechen kaum möglich. Nahezu alle beruflichen Tätigkeiten beinhalten Gespräche mit Kollegen, Vorgesetzten oder Kunden. Die Fähigkeit, uns anderen mitzuteilen, ist unsere wichtigste Brücke nach außen und ein Kernbestandteil unseres sozialen Lebens. Zudem hat die gesprochene Sprache neben ihrer Verständigungsfunktion auch noch eine ästhetische und eine affektive Komponente. Wir bewerten unwillkürlich die Art und Weise, wie jemand spricht, genauso wie wir etwa ein Gesicht sympathisch oder unsympathisch finden. Die Art, wie wir sprechen

ist ein Kennzeichen unserer Persönlichkeit, genauso wie unsere Gestik, Mimik oder andere Verhaltensmerkmale. Der Schlaganfall mit der Folge einer Sprechapraxie zerstört all dies: Mitteilung durch Sprechen wird unmöglich oder sehr mühsam. Sich verständlich zu machen ist kein beiläufiger Akt mehr sondern kann zu einer fast unlösbaren Aufgabe werden. Mit Angehörigen oder Vertrauten zu sprechen gelingt noch am ehesten. Aber die „Zwischentöne“ zu treffen oder Gefühle differenziert auszudrücken, ist schwierig geworden. Häufige Missverständnisse sind die Folge. Gesellige Unterhaltungen in größerer Runde – eine unüberwindliche Hürde. Einen Fremden anzusprechen, etwas zu fragen, auf seine Geduld und Rücksichtnahme zu hoffen, wird zur Mutprobe. Gesprächspartner, die immer wieder nachfragen und langwierige Äußerungen abwarten müssen, werden leicht ungeduldig. Viele täuschen Verstehen vor, wo sie doch nichts oder nur einen Teil verstanden haben. Wer über die Erkrankung nicht informiert ist, fasst schwerfälliges und stockendes Sprechen schnell als Makel auf.

Die Betroffenen selbst nehmen ihre eigene Einschränkung und die Reaktion ihrer Mitmenschen meist sehr scharf wahr. Um den Misserfolgen auszuweichen und ihr vermeintliches Stigma zu verbergen, verstummen manche von ihnen noch mehr, als ihre Erkrankung es ohnehin mit sich bringt.

### ***Was kann man tun?***

Patienten, bei denen die sprechapraktische Störung einen bedeutenden Bestandteil der Schlaganfallfolgen ausmacht, und die aufgrund ihrer aphasischen Beeinträchtigung und ihres sonstigen Gesundheitszustandes dazu in der Lage sind, müssen möglichst frühzeitig eine spezifische Sprechapraxietherapie erhalten. Sprechapraxietherapie ist wirksam, auch wenn es bislang erst wenige wissenschaftliche Beweise dafür gibt. Allerdings kann man nicht darauf hoffen, dass durch die Therapie die Sprechfunktion so wiederhergestellt wird, wie sie vor dem Schlaganfall war. In den meisten Fällen bleibt eine mühsame, fehlerhafte Sprechweise zurück. Viele Methoden der Sprechapraxietherapie beruhen darauf, dass Patienten durch Sprechübungen die

Bewegungsabläufe der Artikulation wiedererlernen sollen. Wenn man bedenkt, welches Ausmaß an motorischer Übung in der Phase des Spracherwerbs notwendig war, um die Mechanismen des automatisierten Sprechens herzustellen, dann wird man die Chancen eines völligen Neuerwerbs dieser Funktionen bei Erwachsenen mit Hirnschädigung nicht sehr hoch einschätzen. Es besteht jedoch die Hoffnung, mit der Therapie an verbliebene Leistungen anzuknüpfen und Teile der verloren gegangenen Fähigkeiten durch neue, bewusst kontrollierte motorische Funktionen zu ersetzen. Die Vorgehensweise muss dabei sehr genau auf das Störungsbild, den Schweregrad und die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden und mit der Aphasietherapie Hand in Hand gehen. Bei schwerer beeinträchtigten Patienten ist es manchmal erforderlich einen kleinen Kernwortschatz von sehr wichtigen Wörtern, z.B. Namen von Angehörigen oder eine Grußformel zu erarbeiten, wenn (noch) nicht mehr möglich ist. Auch andere „Kommunikationskanäle“ können genutzt werden: Gestik, Zeichnen, Schreiben oder die Verwendung eines Kommunikationsbuches.

Wenn das Sprechen schwer und dauerhaft eingeschränkt ist, treten diese alternativen Mittel mehr und mehr in den Vordergrund der Therapie. Sie stellen ein Hilfsinstrument dar, um die ausgefallene Funktion zumindest teilweise zu ersetzen. Alle Betroffenen wollen wieder wie früher sprechen lernen. Der in manchen Fällen unausweichliche Rückzug auf ein eingeschränktes Repertoire oder gar auf alternative Kommunikationsmittel ist ein langer und schmerzhafter Prozess. Er erfordert professionelle Begleitung durch erfahrene Therapeuten, detaillierte und individuelle Zielbestimmung und umfassende Aufklärung und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Autor: Dr. rer. nat. Wolfram Ziegler, Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie

Quelle: Verbandszeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.