



CIAT-COLLOC

Das Material besteht aus 2 Büchern und dem dazu gehörenden Therapiematerial in Form von Karten. Die Materialien sind konfektioniert in einer Stülp-schachtel.

Maike Kleine-Katthöfer & Nina Jacobs
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

CIAT-COLLOC Verben
Therapiedurchführung und Evaluation

96 Seiten

Therapiematerial:
1 Handanweisung für den Therapeuten
64 Quartettkarten mit Schrift
64 Quartettkarten ohne Schrift
64 Paarkarten mit Schrift
64 Paarkarten ohne Schrift
128 Einzelkarten

Nina Jacobs & Maike Kleine-Katthöfer
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

CIAT-COLLOC Nomina Komposita
Therapiedurchführung und Evaluation

120 Seiten

Therapiematerial:
1 Handanweisung für den Therapeuten
128 Quartettkarten mit Schrift
128 Quartettkarten ohne Schrift
64 Paarkarten mit Schrift
64 Paarkarten ohne Schrift
128 Einzelkarten
4 Beispielkarten



Besuchen Sie uns auf facebook: www.facebook.com/skverlag

Nina Jacobs | Maike Kleine-Katthöfer |
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

**CIAT-COLLOC Nomina Komposita
Therapiemanual und Evaluation**

Die Autorinnen und Autoren



Nina Jacobs absolvierte 2006 ihr Examen zur staatlich anerkannten Logopädin in Tübingen. Nach zweijähriger Praxistätigkeit begann sie das Studium an der RWTH Aachen und beendete 2013 den Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie. Sie ist als Lehrlogopädin für neurologische Störungsbilder an der Aachener Schule für Logopädie sowie der Medizinischen Akademie IB Köln tätig. Seit 2012 ist sie Studiengangskordinatorin und Fachstudienberaterin der logopädischen Studiengänge an der RWTH Aachen.



Maïke Kleine-Katthöfer absolvierte ihr Examen zur staatlich anerkannten Logopädin 2005 in Bonn. Seither arbeitete sie als Logopädin mit neurologischem Schwerpunkt in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen. 2012 hat sie den Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen abgeschlossen. Parallel zum Studium ist sie seit 2008 als Lehrlogopädin an der SRH Fachschule für Logopädie in Bonn angestellt. Seit Mai 2015 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Logopädie in Stuttgart.



Walter Huber ist Professor emeritus für Neurolinguistik an der Medizinischen und der Philosophischen Fakultät der RWTH Aachen. Er leitete von 1991 bis 2010 die Sektion Neurolinguistik mit Aphasiestation und Sprachambulanz an der Klinik für Neurologie und war Koordinator der Logopädiestudiengänge. Auch nach seiner Pensionierung ist er weiterhin in der Forschung aktiv. Seine Forschungsschwerpunkte sind klinische Grundlagen der Aphasie und deren Therapie, Blickbewegungen bei Lesestörungen, funktionelle Reorganisation der Sprache im Gehirn sowie Gebärdensprache.



Klaus Willmes ist seit 1997 Professor für Neuropsychologie und Leiter des Lehr- und Forschungsgebiets Neuropsychologie an der Klinik für Neurologie der RWTH Aachen. Er war ebenfalls am Aufbau der Logopädiestudiengänge in Aachen beteiligt. Nach dem Studium der Mathematik und Psychologie an der RWTH Aachen wurde er 1979 Mitarbeiter in der Aphasieforschungsgruppe von Prof. Poeck, promovierte 1987 an der Universität Trier und habilitierte 1994 an der Universität Bielefeld.



Kerstin Schattka schloss ihr Studium der Lehr- und Forschungslogopädie 2004 an der RWTH Aachen ab und arbeitete danach in Forschungsprojekten sowie in den logopädischen Studiengängen der RWTH Aachen. Sie arbeitet seit 2008 als Koordinatorin der logopädischen Teams der Aphasiestation und der Akutversorgung in der Klinik für Neurologie der Uniklinik RWTH Aachen. 2013 promovierte sie an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

Nina Jacobs | Maike Kleine-Katthöfer |
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

CIAT-COLLOC Nomina Komposita Therapiemanual und Evaluation



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2016

ISBN 978-3-8248-1196-0

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2016

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Fachlektorat: Dr. Christiane Lücking

Lektorat: Susanne Koch

Layout: Susanne Koch

Umschlaggestaltung: Petra Jeck

Fotos: Nina Jacobs

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rolandsecker Weg 33,

53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfasserinnen und Verfassern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserinnen und Verfasser bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Alle Rechte an diesem Werk liegen beim Verlag. Wenn nicht ausdrücklich gestattet, darf das Werk in keiner Weise – auch nicht auszugsweise – ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

Vorwort	9
Danksagung	10
1 Einleitung	11
1.1 Wortarteneffekte bei Aphasie	11
1.2 Nomina Komposita	12
1.2.1 Die semantische Transparenz bei Nomina Komposita	12
1.2.2 Verarbeitung von Nomina Komposita	13
1.3 Gruppentherapie bei Aphasie	15
1.4 Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)	17
2 CIAT-COLLOC Nomina Komposita	19
2.1 Zielsetzung	19
2.2 Zielgruppe	20
2.3 Therapiematerial	21
2.3.1 Warum Objekt-Verb-Kollokationen?	21
2.3.2 Aufbau des Materials	22
2.3.3 Kriterien zur Itemauswahl	27
2.4 Therapieansatz und -durchführung	29
2.4.1 Gruppentherapie	29
2.4.2 Einzeltherapie	31
2.4.3 Strukturierte Hilfenhierarchie in Einzel- und Gruppentherapie	31
2.5 Kontrollverfahren	33
2.6 Variationsmöglichkeiten	35
2.6.1 Memory	37
2.6.2 Lotto	38
2.6.3 Schwarzer Peter	40
2.6.4 PACE-Setting mit Einzelbildern	41
2.6.5 Weitere Steigerungs- und Einsatzmöglichkeiten	42

3	Evaluation	45
3.1	Aktueller Forschungsstand zu den Wirkprinzipien der CIAT	45
3.2	Methodisches Vorgehen	49
3.2.1	Teilnehmer	51
3.2.2	Material	53
3.2.3	Durchführung – Anwendung der Shapingstufen	53
3.2.4	Statistische Auswertung	55
3.3	Ergebnisse	57
3.3.1	Leistungsvergleich auf sprachsystematischer Ebene – Abrufe von Nomina Komposita	57
3.3.2	Leistungsvergleich bezüglich der semantischen Transparenz der Nomina Komposita	60
3.3.3	Komplexität bezüglich der semantischen Transparenz der Nomina Komposita	63
3.3.4	Leistungsvergleich auf pragmatisch-kommunikativer Ebene.	64
3.3.5	Qualitative Beobachtungen	66
3.4	Diskussion	68
3.4.1	Leistungsvergleich auf sprachsystematischer Ebene: Einzel- vs. Gruppentherapie	68
3.4.2	Leistungsvergleich bezüglich der semantischen Transparenz	70
3.4.3	Leistungsvergleich auf pragmatisch-kommunikativer Ebene: Einzel- vs. Gruppentherapie	72
3.5	Fazit	74
4	Literaturverzeichnis	77

Anhang

A	Abkürzungsverzeichnis – alphabetisch	83
B	Itemlisten der Quartette und Paare.	85
B.1	Items gesamt	85
B.2	Quartette geübt	88
B.3	Quartette ungeübt	90
B.4	Paare geübt	92
B.5	Paare ungeübt	94

C	Synonyme96
D	Ratings	101
D.1	Anleitung zur Durchführung des Ratings Enge Kollokation	101
D.2	Ausschnitt: Rating – Enge Kollokationen	102
D.3	Anleitung zur Durchführung der Ratings Komponenten der Nomina Komposita	103
D.4	Ausschnitt: Rating Transparenz – vordere Komponente	104
D.5	Ausschnitt: Rating Transparenz – hintere Komponente	105
E	Protokollbogen	106
F	Auswertungsbeispiel einer Kontrolltestuntersuchung der Patienten C im Vortest 2.	111

Vorwort

Die nachfolgende Therapiestudie und das Therapiematerial entstanden im Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen University auf der Neuropsychologischen Therapiestation – Aphasiestation der Uniklinik RWTH Aachen.

Der Wunsch, effektive Aphasietherapiekonzepte auf Grundlage evidenzbasierter Kriterien anzuwenden und fundierte Therapien zur bestmöglichen Versorgung der Patienten trotz der Forderungen und Reglements der Krankenkassen durchführen zu können, führte u. a. zu der Auseinandersetzung mit gruppentherapeutischen Konzepten bei neurologischen Sprachstörungen. Reizvoll stellte sich insbesondere die Vereinbarkeit von partizipationsorientierter und sprachsystematisch fundierter Therapie dar. Interessant schien der Gedanke, neben Fragen der allgemeinen Wirksamkeit von Therapiemethoden und dem Vergleich von Gruppen- und Einzeltherapie, evidenzbasiertes Material selbst zu entwickeln.

Obwohl bei Patienten mit Aphasie Schwierigkeiten mit Nomina Komposita (NK) häufig auftreten (Libben, 1998) existieren bis heute kaum Therapiekonzepte, mit deren Hilfe der Wortabruf von NK gezielt und systematisch verbessert werden kann. Das Material der CIAT-COLLOC NK besteht aus einer umfangreichen Sammlung alltagsrelevanter, fotografierte NK-Verb-Kollokationen, die systematisch kontrolliert und sowohl für die Einzel- als auch Gruppentherapie evaluiert wurden. Das Material kann neben der in der Therapiestudie beschriebenen Vorgehensweise auch in zahlreichen Variationsmöglichkeiten angewendet werden.

CIAT-COLLOC NK ist ein evidenzbasiertes Therapiematerial, das effektiv für die Therapie des Wortabrufes von NK bei flüssigen als auch nicht flüssigen Aphasien unterschiedlicher Schweregrade angewendet werden kann und sowohl für ein klinisches Setting als auch für die Anwendung im Praxisalltag geeignet ist.

Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei meinen Mitautoren/innen und den Patienten bedanken. Jan Gall danke ich für die vielseitige Unterstützung in puncto Parallelisierung. Bei Thom Kemmann – meinem ultimativen PC-Helden – bedanke ich mich tausendfach, Du bist unbezahlbar! Meinem guten Freund Harald Maiers danke ich für seine Wortgewandtheit beim Korrigieren und natürlich für alles andere auch. Ein besonders großes Dankeschön gilt meinen desensibilisierten und überaus fotogenen Models, die sehr kreativ und geduldig mitgewirkt haben. Ihr wart super!

Von Herzen bedanke ich mich bei meinen Eltern und meiner Schwester Ilka für die allumfassende Unterstützung und bei meinem Schatz Raphael für einfach alles ... DANKE!

Nicht zuletzt bedanken wir uns beim Schulz-Kirchner Verlag für die hervorragende Betreuung sowie die gute und nette Zusammenarbeit!

Nina Jacobs

1 Einleitung

1.1 Wortarteneffekte bei Aphasie

Sprachverarbeitungsprozesse bei Wortfindungsstörungen werden durch die Worteigenschaften der abzurufenden Wortform beeinflusst, weshalb dieser Aspekt sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie von aphasischen Patienten Berücksichtigung finden sollte (Blanken, 2000; Stadie & Schröder, 2009). Sprachliches Material wird wortartenspezifisch verarbeitet, man spricht von einem Wortarteneffekt (Costard, 2011). Man geht davon aus, dass Wortarten einen Einfluss auf die Benennleistung bezüglich aphasischer Sprache haben (Krause, 2002; Luzzatti, Raggi, Zonca, Pistarini, Contardi & Pinna, 2001). Ein Wortarteneffekt zeigt sich insbesondere bei der Unterscheidung von Inhalts-¹ und Funktionswörtern² sowie bei der Unterscheidung von Nomina und Verben (Krause, 2002; Rapp & Caramazza, 1997). Luzzatti und Kollegen (ebd.) beschreiben, dass sich tendenziell mehr Schwierigkeiten beim Benennen von Handlungen als beim Benennen von Objekten zeigen. Andere Studien berichten allerdings genau das Gegenteil (Hillis & Caramazza, 1991). Muckel (1998) stellt fest, dass diese Unterschiede insgesamt nicht zwingend mit einem bestimmten Syndrom einhergehen müssen. Semenza und Mondini (2006) stützen diese These.

Ein solcher Effekt wird nicht nur für monomorphematische, sondern auch für polymorphematische Wörter – wie Nomina Komposita (NK) – angenommen (Mondini, Luzzatti, Zonca, Pistarini & Semenza, 2004). Delazer und Semenza (1998) weisen anhand der Fehlerproduktionsrate nach, dass bei der Verarbeitung von NK mehr Schwierigkeiten auftreten als bei Simplicia. Dabei spielen neben der Wortart auch die Frequenz sowie die semantische Transparenz eine Rolle (Benassi, Gödde & Richter, 2012). Auf letztere soll in Abschnitt 1.2.1 näher eingegangen werden.

-
- 1 Wörter mit eigenem referentiellen Gehalt und eigenständiger lexikalischer Bedeutung (Krause, 2002).
 - 2 Wörter ohne referentiellen Gehalt und vorwiegend syntaktischer Funktion (Krause, 2002).

1.2 Nomina Komposita

Aphasische Patienten mit Defiziten im Bereich der Wortfindung weisen häufig auch Schwierigkeiten beim Wortabruf von NK auf (Blanken, 1996; Bleser & Bayer, 1990; Libben, 1998). Demgegenüber steht eine sehr begrenzte Auswahl an Therapieansätzen sowie spezifischen Materialien zur Therapie von Wortabrufstörungen bei NK. Letztgenannte entstehen durch Komposition³, bei der zwei oder mehr freie Morpheme zu einem neuen Wort verbunden werden. Zu beachten ist, dass die rechte Komponente stets aus einem Nomen besteht, wohingegen die linke Komponente variiert, also sowohl aus einem Nomen, Verb, Adjektiv, Pronomen oder einer Präposition bestehen kann (Sauer-Egner & Reker, 2007). NK gelten als Schnittstelle zwischen Syntax und Lexikon, da sie sowohl Ähnlichkeit mit einzelnen Wörtern als auch mit Sätzen aufweisen (Costard, 2001).

1.2.1 Die semantische Transparenz bei Nomina Komposita

Eine weitere Besonderheit der NK ist, dass man sie hinsichtlich ihrer semantischen Transparenz in verschiedene Gruppen einteilen kann. Die semantische Transparenz gibt den Grad an, in dem die Gesamtbedeutung des Kompositums mit den Bedeutungen der Einzelkomponenten übereinstimmt (Libben, Gibson, Yoon & Sandra, 2003; Laudanna & Burani, 1995; Schreuder & Baayen, 1995). Man unterscheidet transparente, semitransparente und opake NK.

Bei transparenten NK ist es möglich, anhand der beiden Einzelkomponenten auf die Gesamtbedeutung des Kompositums zu schließen. Das Beispiel „Vogelhaus“ verdeutlicht, dass es sich hierbei um ein transparentes NK handelt, da eindeutig ableitbar ist, dass es sich um ein Haus für Vögel handelt (vgl. Libben, 1998).

Bei semitransparenten NK lässt sich nur von einer der beiden Komponenten ein Rückbezug zum Gesamtkompositum herstellen, wobei zu vernachlässigen ist, ob dies bei der ersten oder zweiten Komponente möglich ist. So kann im Fall des NK „Handschuh“ zwar nachvollziehbar von der ersten Komponente „Hand“ auf die Gesamtbedeutung des Kompositums geschlossen werden, für die zweite Komponente „Schuh“ trifft dies jedoch nicht zu. Bei „Sonnenblume“ ist es genau umgekehrt: „Blume“ weist hier als hintere Komponenten

3 Unter Komposition wird allgemein ein Wortbildungsprozess verstanden (Sauer-Egner & Reker, 2007).

te Transparenz auf, wohingegen „Sonne“ nur im übertragenen Sinne passend ist (vgl. ebd.).

Bei der dritten Gruppe, den opaken NK, lässt keine der beiden Komponenten einen Rückschluss auf die Gesamtbedeutung des Kompositums zu, gut nachzuvollziehen anhand des Beispiels „Schneebesens“: Dieser ist weder von der Grundbedeutung her ein Besen, noch besteht eine Relation zu Schnee. Nur im übertragenen Sinne kann hier auf das Küchenutensil geschlossen werden. Die Tatsache, dass es sich bei opaken NK häufig um Abstrakta handelt, z. B. „Augenblick“, untermauert die angesprochene Sinnübertragung (vgl. ebd.).

1.2.2 Verarbeitung von Nomina Komposita

NK gehören zu den polymorphematischen und somit zu den morphologisch komplexen Wörtern (Lorenz, 2008). Bezüglich auftretender Wortfindungsstörungen kommen Benassi, Gödde und Richter (2012) zu dem Schluss, dass bei Aphasie neben selektiven Störungen im Bereich der monomorphematischen Wörter vorwiegend auch NK betroffen sind. In verschiedenen Studien wird berichtet, dass Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von NK selbst dann noch auftreten, wenn für monomorphematische Wörter bereits keine selektiven Verarbeitungsstörungen mehr vorliegen (u. a. Libben, 1993; Delazer & Semenza, 1998). Somit wird deutlich, dass polymorphematische Wörter im Gegensatz zu monomorphematischen offensichtlich anders im mentalen Lexikon verarbeitet werden müssen.

Betrachtet man die Fachliteratur, so zeigt sich, dass bezüglich Verarbeitungshypothesen im besonderen Fall der NK bis heute kein Konsens herrscht. Es koexistieren verschiedene neuropsychologische sowie neurolinguistische Modellvorstellungen. Drei wesentliche Ansätze für die Verarbeitung zusammengesetzter, d. h. morphologisch komplexer Wörter werden in der Literatur vornehmlich diskutiert:

- 1) die Auflistungshypothese („full-listing-hypothesis“),
- 2) die Dekompositionshypothese („full-parsing-hypothesis“) sowie
- 3) das Zwei-Routen-Modell („dual-route-model“).

Die Auflistungshypothese geht davon aus, dass Komposita als Vollformen im mentalen Lexikon abgespeichert sind und auch als solche im Ganzen abgerufen werden (Butterworth, 1983; Manelis & Tharp, 1977). Komposita sind folglich ohne weitere interne morphologische Struktur repräsentiert (Heide,

2010). Bei der Sprachrezeption erfolgt ein direkter Zugriff auf den Worteintrag. Es wird somit angenommen, dass im mentalen Lexikon keine weiteren Informationen gespeichert werden müssen (Prestin, 2003).

Entgegen dieser Vorstellung wird bei der Dekompositionshypothese angenommen, dass Komposita in Einzelkomponenten abgespeichert sind und sowohl bei rezeptiven als auch bei expressiven Anforderungen zunächst separat aufgerufen und anschließend zur Vollform kombiniert werden müssen (Taft & Forster, 1976; Taft, 2004; Blanken, 1997, 2000; Badecker, 2001). Komplexe Wörter werden hiernach rein morphembasiert verarbeitet. Dementsprechend enthielte das mentale Lexikon an Stelle von Wortformen lediglich Morpheme (Heide, 2010).

Eine Kombination der beiden zuvor beschriebenen Modelle, welche eine Integration beider Verarbeitungsmechanismen zugrunde legt, ist das sogenannte Zwei-Routen- oder auch konnektionistische Modell. Verschiedene Forschergruppen, beispielsweise Caramazza, Laudanna und Romani (1988), Chialant und Caramazza (1995), Baayen und Schreuder (1999) sowie Zwitserlood (1994), vertreten dieses Modell. Dabei wird angenommen, dass nicht explizit die morphologische Struktur eines Kompositums repräsentiert ist, sondern vielmehr das Zusammenspiel von Wortbedeutung und Wortform entscheidend ist (Plaut & Gonnermann, 2000). Das mentale Lexikon enthält der dualen Ansicht nach sowohl die Vollform als auch die einzelnen Morpheme des Kompositums (Heide, 2010). Beide Prozesse können parallel ablaufen, jedoch wird je nach Eigenschaft des Kompositums eine andere Art der Verarbeitung gewählt, bei der ein Zusammenspiel von formalen und semantischen Einflüssen angenommen wird. Es ist nicht abschließend geklärt, ob zunächst stets der Versuch des direkten Zugriffs stattfindet (Chialant & Caramazza, 1995) oder ob beide Routen parallel beschritten werden (Schreuder & Baayen, 1995). Sicher ist jedoch, dass der Zugriff von einer Vielzahl verschiedener Faktoren abhängt, u. a. der Worthäufigkeit sowie der semantischen Transparenz, bevor entschieden wird, welche Route schlussendlich gewählt wird (Chialant & Caramazza, 1995).

Aktuelle empirische Befunde bezüglich der semantischen Transparenz stützen das Zwei-Routen-Modell. Es wurde belegt, dass eine prälexikalische Analyse zwar stattfindet, diese aber nicht obligatorisch ist (Heide, 2010). Baayen, Dijkstra und Schreuder (1997) schließen, dass opake Komposita direkt, also als Vollform, transparente Komposita hingegen in Einzelteile dekomponiert verarbeitet werden. Diese These stützen ebenfalls Marslen-Wilson, Tyler, Waksler

und Older (1994), Blanken (2000), Luzzatti et al. (2001) sowie Schreuder und Baayen (1995). Jedoch konnten diese Ergebnisse nicht durchgängig bestätigt werden (Badecker, 2001). Andere Forschergruppen postulieren, dass sowohl bei opaken als auch bei transparenten NK eine rein morphembasierte Verarbeitung erfolge (Roelofs & Baayen, 2002; Dohmes, Zwitserlood & Bólte, 2004). So gelangen auch Gumnior, Bólte und Zwitserlood (2006) zu der Erkenntnis, dass sowohl opake als auch transparente NK bei der Verarbeitung morphologisch zerlegt werden und somit als einzelne Morpheme gespeichert sind. Jedoch schlussfolgern sie aus den Ergebnissen nicht, dass es grundsätzlich nicht auch eine eigene Lemmaform für jedes Kompositum geben könne, verweisen jedoch auf die Notwendigkeit zukünftiger Forschung in diesem Bereich.

Als ein weiteres Indiz für das Zwei-Routen-Modell werden die unterschiedlichen Reaktionszeiten je nach semantischer Transparenz des Kompositums angesehen. Libben et al. (2003) sowie Libben (2006) belegen in ihren Studien, dass opake Komposita eine längere Reaktionszeit aufweisen als transparente und schließen somit, dass transparente NK im Gegensatz zu opaken einfacher verarbeitet werden können. Auch Semenza und Mondini (2006) schlussfolgern: Transparente Komposita seien schneller und einfacher zu verarbeiten.

1.3 Gruppentherapie bei Aphasie

Unter Gruppentherapie (GT) wird bei neurologischen Sprachstörungen im Allgemeinen eine Therapie mit mindestens zwei oder mehr Patienten verstanden (Aten, 1991). In der Literatur wurde der Nutzen gruppentherapeutischer Intervention bei Aphasie bislang kritisch diskutiert. Inzwischen wird bestätigt, dass sich Gruppentherapien im Bereich der neurologischen Sprachstörungen als sinnvolle Ergänzung zur Einzeltherapie (ET) erweisen (Elman & Bernstein-Ellis, 1999; Leitlinie der GAB, 2001; Leitlinie der DGN, 2008). Dennoch wird weitere Forschung in diesem Bereich zur Ergebnissicherung als notwendig erachtet (Cermak, 2011).

Das vorrangige Ziel sprachtherapeutischer Intervention besteht in der Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit (Masoud, 2009). Diese wird insbesondere durch die Weltgesundheitsorganisation⁴ in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Ge-

4 Engl.: World Health Organisation (WHO)

Maike Kleine-Katthöfer | Nina Jacobs |
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

CIAT-COLLOC Verben
Therapiedurchführung und Evaluation

Die Autorinnen und Autoren



Maïke Kleine-Katthöfer absolvierte ihr Examen zur staatlich anerkannten Logopädin 2005 in Bonn. Seither arbeitete sie als Logopädin mit neurologischem Schwerpunkt in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen. 2012 hat sie den Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen abgeschlossen. Parallel zum Studium ist sie seit 2008 als Lehrlogopädin an der SRH Fachschule für Logopädie in Bonn angestellt. Seit Mai 2015 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Logopädie in Stuttgart.



Nina Jacobs absolvierte 2006 ihr Examen zur staatlich anerkannten Logopädin in Tübingen. Nach zweijähriger Praxistätigkeit begann sie das Studium an der RWTH Aachen und beendete 2013 den Masterstudiengang Lehr- und Forschungslogopädie. Sie ist als Lehrlogopädin für neurologische Störungsbilder an der Aachener Schule für Logopädie sowie der Medizinischen Akademie IB Köln tätig. Seit 2012 ist sie Studiengangskordinatorin und Fachstudienberaterin der logopädischen Studiengänge an der RWTH Aachen.



Walter Huber ist Professor emeritus für Neurolinguistik an der Medizinischen und der Philosophischen Fakultät der RWTH Aachen. Er leitete von 1991 bis 2010 die Sektion Neurolinguistik mit Aphasiestation und Sprachambulanz an der Klinik für Neurologie und war Koordinator der Logopädiestudiengänge. Auch nach seiner Pensionierung ist er weiterhin in der Forschung aktiv. Seine Forschungsschwerpunkte sind klinische Grundlagen der Aphasie und deren Therapie, Blickbewegungen bei Lesestörungen, funktionelle Reorganisation der Sprache im Gehirn sowie Gebärdensprache.



Klaus Willmes ist seit 1997 Professor für Neuropsychologie und Leiter des Lehr- und Forschungsgebiets Neuropsychologie an der Klinik für Neurologie der RWTH Aachen. Er war ebenfalls am Aufbau der Logopädiestudiengänge in Aachen beteiligt. Nach dem Studium der Mathematik und Psychologie an der RWTH Aachen wurde er 1979 Mitarbeiter in der Aphasieforscherguppe von Prof. Poeck, promovierte 1987 an der Universität Trier und habilitierte 1994 an der Universität Bielefeld.



Kerstin Schattka schloss ihr Studium der Lehr- und Forschungslogopädie 2004 an der RWTH Aachen ab und arbeitete danach in Forschungsprojekten sowie in den logopädischen Studiengängen der RWTH Aachen. Sie arbeitet seit 2008 als Koordinatorin der logopädischen Teams der Aphasiestation und der Akutversorgung in der Klinik für Neurologie der Uniklinik RWTH Aachen. 2013 promovierte sie an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

Maike Kleine-Katthöfer | Nina Jacobs |
Walter Huber | Klaus Willmes | Kerstin Schattka

CIAT-COLLOC Verben

Therapiedurchführung und Evaluation



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2016

ISBN 978-3-8248-1194-6

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2016

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Fachlektorat: Dr. Christiane Lücking

Lektorat: Susanne Koch

Layout: Susanne Koch

Umschlaggestaltung: Petra Jeck

Fotos: Maike Kleine-Katthöfer

Druck und Bindung: Medienhaus Plump, Rolandsecker Weg 33,
53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Verfasserinnen und Verfassern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Verfasserinnen und Verfasser bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Alle Rechte an diesem Werk liegen beim Verlag. Wenn nicht ausdrücklich gestattet, darf das Werk in keiner Weise – auch nicht auszugsweise – ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

Vorwort	7
Danksagung	8
1 Einleitung	9
1.1 Sprachliches Lernen	9
1.2 Lernen in der Einzeltherapie	10
1.3 Lernen in der Gruppentherapie	12
1.4 Constraint-Induced Aphasia Therapy von Pulvermüller et al., 2001 (CIAT)	13
1.4.1 Neurowissenschaftliche und lerntheoretische Ursprünge der CIAT	14
1.4.2 Prinzipien	15
1.4.3 Therapie von Verbabruffstörungen durch CIAT	16
2 CIAT-COLLOC Verben	17
2.1 Zielgruppe	17
2.2 Zielsetzung	18
2.2.1 Spezifizierung der sprachsystematischen Zielsetzung: Warum Objekt-Verb-Kollokationen?	19
2.2.2 Rolle des Therapeuten zur Erreichung der Zielsetzung	20
2.3 Therapiematerial.	22
2.3.1 Aufbau des Materials	22
2.3.2 Kriterien zur Itemauswahl	26
2.4 Therapieansatz und -durchführung	28
2.4.1 Grundidee	28
2.4.2 Umsetzung der klassischen Therapieprinzipien in der CIAT-COLLOC Verbvariante	29
2.4.3 Durchführung in der Gruppentherapie	34
2.4.4 Durchführung in der Einzeltherapie	35
2.4.5 Kombination von einzel- und gruppentherapeutischem Setting	36
2.4.6 Strukturierte Hilfenhierarchie in Einzel- und Gruppentherapie	36
2.5 Kontrollverfahren	37
2.6 Variationsmöglichkeiten	39

3	Evaluation	41
3.1	Aktueller Forschungsstand im Hinblick auf die Wirkprinzipien der CIAT.	41
3.2	Methodisches Vorgehen	44
3.2.1	Teilnehmer	46
3.2.2	Material.	48
3.2.3	Durchführung	50
3.2.4	Statistische Auswertung.	51
3.3	Ergebnisse	53
3.3.1	Leistungsvergleich auf sprachsystematischer Ebene am Beispiel des Verbabrufs.	53
3.3.2	Leistungsvergleich auf pragmatisch-kommunikativer Ebene.	57
3.3.3	Verbkomplexität.	59
3.3.4	Qualitative Beobachtungen.	60
3.4	Diskussion	61
3.4.1	Leistungsvergleich auf sprachsystematischer Ebene in Einzel- und Gruppentherapie	61
3.4.2	Leistungsvergleich auf pragmatisch-kommunikativer Ebene in Einzel- und Gruppentherapie	64
3.4.3	Linguistische Einflüsse	66
3.4.4	Das gruppentherapeutische Setting als beeinflussende Variable	67
3.5	Fazit.	69
 Anhang		
A:	Itemlisten der Quartette und Paare	71
B:	Rating.	76
C:	Untersuchungsbogen	82
D:	Beispiel einer Kontrolluntersuchung des Patienten A im Vortest 1	87
 Literaturverzeichnis		94

Vorwort

Das im Folgenden beschriebene Therapiematerial wurde im Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie (M.Sc.) an der medizinischen und philosophischen Fakultät der RWTH Aachen entwickelt. Eine Evaluation des Therapiematerials wurde im März 2011 auf der Neuropsychologischen Therapiestation – Aphasiestation der Uniklinik RWTH Aachen an vier aphasischen Patienten vorgenommen.

Die Motivation für die Erstellung dieses Therapiematerials sowie eines entsprechenden Therapiekonzepts ist begründet in dem persönlichen Interesse an gruppenspezifischen Prozessen und Strukturen. Weiterhin ist bekannt, dass es verhältnismäßig wenig linguistisch strukturierte Therapiematerialien gibt, die in der Gruppentherapie verwendet werden können. Besonders interessant erschien es, den Einfluss der Gruppentherapie auf das Kommunikationsverhalten im therapeutischen Setting näher zu evaluieren. Der Gedanke, dass Patienten durch die vielfältigen, dynamischen Prozesse innerhalb einer Gruppensituation zu anderen Lernergebnissen kommen als in einzeltherapeutischen Settings, führte zu den Forschungsfragen und der entsprechenden Evaluation des gruppentherapeutischen Einflusses auf sprachsystematischer Ebene am Beispiel des Verbabrufs und auf pragmatisch-kommunikativer Ebene. Dazu wurde ein bereits bestehendes gruppentherapeutisches Konzept, die Constraint-Induced-Aphasia-Therapy von Pulvermüller, Neining, Elbert, Mohr, Rockstroh, Koebbel & Taub (2001) für diese Therapiestudie modifiziert. Da der Schwerpunkt dieser Untersuchung auf den Abruf von Objekt-Verb-Kollokationen gelegt wurde, heißt die hier beschriebene Variante CIAT-COLLOC Verben. Entsprechendes Therapiematerial wurde nach linguistischen Parametern erstellt und durch eine Therapiestudie evaluiert. Dabei war es besonders wichtig, nicht nur theoretische Inhalte zu beleuchten, sondern einen für die Praxis anwendbaren Therapieansatz und dazugehöriges Material zu entwickeln. Somit ist linguistisch-kontrolliertes Therapiematerial entstanden, das der Forderung nach evidenzbasiertem Arbeiten in der Praxis standhalten kann. Durch das Vorliegen des Materials als Einzel- und Quartettkarten sind vielfältige therapeutische Verwendungsmöglichkeiten denkbar. Die theoretischen Hintergründe zu Grundlagen und insbesondere Lernprozessen, die in dieser Untersuchung wirksam waren, werden im ersten Teil des Manuals näher beleuchtet. Darauf aufbauend wird im Manual das thera-

peutische Vorgehen sowie Erstellung und Umgang mit dem Material für den Anwender transparent erläutert. Der letzte Teil des Manuals beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Evaluation des Therapieansatzes, die erste Belege für die Wirksamkeit des Therapiekonzepts liefert.

Danksagung

Der Arbeitsprozess war intensiv und herausfordernd. Ich bedanke mich bei Jan, meiner Familie und meinen Freunden, deren Unterstützung mir viel bedeutet hat.

Ein großer Dank gilt besonders allen Fotomodellen, die mir äußerst verlässlich bei der Erstellung des Bildmaterials zur Seite gestanden haben.

Weiterhin bedanke ich mich bei den Patienten und dem gesamten Team der Neuropsychologischen Therapiestation.

Beim Schulz-Kirchner Verlag bedanke ich mich für die kompetente und geduldige Beratung und Unterstützung während des gesamten Arbeitsprozesses.

Maike Kleine-Katthöfer

1 Einleitung

1.1 Sprachliches Lernen

Lernen ist ein Mechanismus, der für den Erwerb von neuen Fähigkeiten und Verhaltensweisen und somit auch für den Wiedererwerb von Sprache verantwortlich ist. Viele verschiedene Definitionen von Lernen beinhalten dabei zwei Aspekte: Den Lernprozess, d.h. wie Lernen geschieht und eintritt, und das Produkt, das das Ergebnis dieses Prozesses repräsentiert (Hopper & Holland, 2005). Dabei spielen die Mechanismen Erfahrung, Erforschung und gelenkte Anleitung entscheidende Rollen. Beim Wiedererwerb von Sprache werden neue neuronale Verknüpfungen gebildet oder bereits bestehende Synapsen verstärkt, was auch als neuronale Plastizität bezeichnet wird. Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere die Lernprinzipien der Wiederholung und Intensität für die Ausbildung dieser neuronalen Verknüpfungen wichtig sind (Breitenstein & Knecht, 2003).

Das Lernen eines Erwachsenen unterscheidet sich deutlich von Lernprozessen eines Kindes, da bereits ein komplexes, auf Lebenserfahrung beruhendes Selbstkonzept besteht. Wenn Sprache wiedererlernt wird, sollte das bestehende, auf Erfahrung beruhende Lebenskonzept des aphasischen Menschen in der Therapie berücksichtigt werden (Horton, 2008; Hopper & Holland, 2005). Das bedeutet in der Konsequenz eine Abwendung von abhängigen, lehrerzentrierten Lernformen, da dem Patienten ein Mitbestimmungsrecht über Lerninhalte, die sich am individuellen Lebenskonzept orientieren, eingeräumt werden sollte. Anzustreben sind demnach unabhängige, patientenorientierte Lernerfahrungen, die im therapeutischen Setting ermöglicht werden. Die Rolle des Therapeuten sowie entsprechendes therapeutisches Feedback als Erfolgsfaktor einer Therapie werden in der Literatur kontrovers diskutiert (Breitenstein, Kamping, Jansen, Schomacher & Knecht, 2004). Breitenstein et al. (ebd.) gehen davon aus, dass auch ohne therapeutisches Feedback sprachliche Fortschritte erreicht werden können. Um eigene Fehler entdecken zu können, ist nach Horton (2008) jedoch die Rückmeldung ein entscheidender Faktor. Das Feedback muss dabei allerdings nicht zwingend vom Therapeuten ausgehen, sondern kann ebenso über weitere externe Quellen gegeben werden (ebd.). Dadurch wird deutlich, dass im Rehabilitationsprozess eines Patienten

verschiedene Interaktionspartner wichtige Funktionen erfüllen können und dadurch die sprachlichen Lernfortschritte begünstigen. Ein asymmetrisches Therapeuten-Patienten Setting, bei dem der Therapeut als Lehrer fungiert, erscheint laut Hopper & Holland (2005) wenig sinnvoll und kann beim Patienten zu Ablehnung und Widerständen führen. Abhängig vom Rehabilitationsprozess und der Krankheitsverarbeitung des Patienten kann jedoch auch therapeutenzentriertes Arbeiten notwendig sein. Dies verdeutlicht den dynamischen Aspekt der Rehabilitation, der sich an den Lernbedürfnissen des Patienten orientieren sollte.

In der Aphasietherapie ist der Patient vor die Herausforderung gestellt, bereits gemachte Lerneindrücke der Vergangenheit mit den neuesten Erfahrungen in Verbindung zu bringen und diese auf die Zukunft anzuwenden. Um diese Bewältigung leisten zu können, ist die Bereitschaft zum Lernen eine wichtige Voraussetzung. Diese ist laut Hopper & Holland (2005) dann gegeben, wenn das Bedürfnis vorhanden ist, neues Wissen oder Fähigkeiten zu lernen, um mit Realsituationen besser umgehen zu können. Darum sollte die Frage gestellt werden, wie diese Motivation in der Therapie sichergestellt werden kann. Dabei werden vier verschiedene Faktoren benannt:

1. die Aussicht auf Erfolg im Lernprozess,
2. die freiwillige Entscheidung zum Lernen,
3. die Wertschätzung des Lerninhalts,
4. das Vergnügen während des Lernprozesses.

Durch die Erarbeitung von bedeutungsvollen, relevanten Therapieinhalten in einem Therapiesetting, in dem der Patient als gleichberechtigter Partner und nicht als passiver Rezipient agiert, können diese Faktoren Berücksichtigung finden (Horton, 2008; Hopper & Holland, 2005).

1.2 Lernen in der Einzeltherapie

Im einzeltherapeutischen Setting liegt eine strukturierte Zweier-Konstellation vor, in der oftmals eine asymmetrische Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch die klare Rollenverteilung vorgegeben ist. Die Therapiesituati-

on ist durch das Fokussieren auf Therapieinhalte durch den Therapeuten und entsprechend klares therapeutisches Feedback oftmals künstlich. Andererseits ist individuelles und personenzentriertes Arbeiten möglich (Masoud, Ojeda & Thode, 2011). Da Wiederholung und Intensität wichtige Erfolgsfaktoren für den sprachlichen Wiedererwerb darstellen (Breitenstein & Knecht, 2003), finden diese Prinzipien in vielen Einzeltherapien Anwendung. Zur Umsetzung dieser Prinzipien werden häufig klassische Benennübungen verwendet, um den Wortabruf aphasischer Patienten zu verbessern. Oftmals bleiben Generalisierungseffekte jedoch aus (Nickels, 2002). Hengst, Duff und Dettmer (2010) begründen ausbleibende Generalisierungen durch den starken Drilleffekt klassischer Benenntherapien, da durch diese Art der Wiederholung zwar Items gelernt werden, die Leistung jedoch isoliert bleibt und wenig kommunikative Relevanz aufweist. Sprache ist dialogisch angelegt, in der die Wiederholung ein natürliches Element darstellt, das den flexiblen Aspekt von Alltagssprache betont. Daher bietet die konversationelle Wiederholung einen erfolgversprechenden Ansatz, um flexible Therapierfolge zu erreichen (Hengst et al., 2010). Lernsituationen, in denen Sichtblenden verwendet werden, stellen grundsätzlich ein adäquates Setting dar, um kommunikative Wiederholungen zu forcieren. Dies bildet die Grundlage für erfolgreiche Kommunikation und fördert die entsprechende Anwendung in komplexen Situationen. Auch Goral und Kempler (2009) konnten durch den Einsatz von Sichtblenden in Aufgaben mit kommunikativer Relevanz kommunikative Wiederholungen in Übungssituationen integrieren und erreichten dadurch Generalisierungseffekte. Des Weiteren wird beschrieben, dass insbesondere durch den informativen Charakter und kommunikative Interaktion zwischen Patient und Therapeut eine Steigerung der Motivation zu beobachten war (Goral & Kempler, 2009). Hengst et al. (2010) betonen zusätzlich den gleichberechtigten Austausch und den Einsatz von Humor, der in der Therapie durch kommunikative Wiederholungen zum Tragen kommen kann. Da Motivation und gleichberechtigte Interaktionen nach Horton (2008) entscheidende Elemente für die Bereitschaft des Patienten zum Lernen und somit für den Lernerfolg darstellen, können wichtige Lernprinzipien in Aufgabenstellungen mit Sichtblenden umgesetzt werden. Laut den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008) wird ergänzend zur Einzeltherapie die Gruppentherapie empfohlen, wobei Konzepte zur Umsetzung einer kombinierten Therapie bisher noch nicht vorliegen (Masoud, 2009).

1.3 Lernen in der Gruppentherapie

In der Gruppentherapie kann man verschiedene Ausrichtungen unterscheiden: die psychosozial ausgerichteten Gruppen, die einen Schwerpunkt auf die Krankheitsverarbeitung legen, die sprachlich ausgerichteten Gruppen, bei denen sprachliche Fähigkeiten zur Steigerung der Alltagskommunikation trainiert werden und die Übergangsgruppen, bei denen ein Erfahrungsaustausch und die Netzwerkbildung im Mittelpunkt steht (Masoud, 2009). Das gruppentherapeutische Setting weist im Vergleich zur Einzeltherapie einige Unterschiede auf. In der Gruppe wird durch gleichberechtigte Teilnehmer, die in multiplen Beziehungen zueinander stehen, eine alltagsorientierte Kommunikationssituation hergestellt. Der Therapeut trägt nicht mehr die Hauptverantwortung für die Inhalte, sondern die Verantwortung liegt beim Patienten. Rückmeldungen werden oft von Teilnehmern der Gruppe untereinander gegeben, wodurch auch ein sozialer Anpassungsdruck entstehen kann (Masoud et al., 2011). Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in Gruppen ein größerer Wissenspool und somit mehr Handlungspotenziale vorliegen. Dadurch können in der Gruppe im Vergleich zu isolierter, individueller Einzelarbeit bedeutsame Leistungen erbracht werden, da beispielsweise verstärkt gegenseitige Korrekturen vorgenommen werden. Durch das Beobachtungslernen kann der Patient für sich selber neue Handlungsstrategien erkennen und im geschützten Rahmen der Gruppe umsetzen (Frey & Irle, 2002). In der einschlägigen Literatur wird beschrieben, dass die Leistung des Individuums in Abhängigkeit vom Aufgabentyp variieren kann und beim Lernen in Gruppen verschiedene Effekte auftreten können. Die soziale Aktivierung, die zu größeren Lernleistungen in der Gruppe führt, wird bei einfachen Aufgaben erreicht. Die soziale Hemmung, bei der Lernleistungen im Gruppensetting reduziert werden, tritt bei Aufgaben mit einem hohem Schwierigkeitsgrad ein (ebd.). Insgesamt spielt dabei die Dynamik innerhalb der Gruppe eine entscheidende Rolle. Dadurch wird klar, dass dem Therapeuten eine entscheidende Aufgabe in der Gestaltung von Gruppentherapien zufällt. Zum einen sollte er eine positive, unterstützende Atmosphäre schaffen, die Therapie leiten ohne zu dirigieren und die Therapie entsprechend den Bedürfnissen der Teilnehmer vorstrukturieren (Hopper & Holland, 2005). Dadurch kann der Therapeut den in Gruppen zugrunde liegenden Mechanismus des kooperierenden Lernens unterstützen. Gute Ergebnisse werden im kooperativen Lernen durch gemeinsame Zielsetzungen und partnerschaftliche Zusammenarbeit erreicht.

Ross, Winslow, Marchant und Brumfitt (2006) betonen, dass durch das partnerschaftliche Arbeiten in Gruppentherapien positive Effekte zu verzeichnen sind, die sich insbesondere auf die gesellschaftliche Teilhabe des Individuums auswirken. Durch das gruppentherapeutische Setting wird eine alltagsnahe Kommunikationssituation geschaffen, die eine Übertragung der erarbeiteten Inhalte auf Alltagssituationen erleichtert. Diese Beobachtungen bestätigen die von Huber, Poeck und Springer (2006) aufgestellten Kriterien für das Erzielen von sprachlichen Fortschritten. Es wird darauf verwiesen, dass der Abbau von Sprechängsten notwendig ist, um sprachliche Fortschritte und den Übertrag erarbeiteter Inhalte in den Alltag zu gewährleisten (Huber et al., 2006). Das gruppentherapeutische Setting der Constraint-Induced-Aphasia-Therapie (Pulvermüller, Neining, Elbert, Mohr, Rockstroh, Koebbel & Taub, 2001) stellt einen geeigneten Rahmen dar, um dieses sprachliche Lernen adäquat zu fördern.

1.4 Constraint-Induced Aphasia Therapy von Pulvermüller et al., 2001 (CIAT)

Das Gruppentherapiekonzept der „Constraint-Induced Aphasia Therapy“ (CIAT) ist ein Therapieverfahren, dessen Evidenz bereits durch verschiedene Studien belegt ist (Pulvermüller et al., 2001; Neining et al., 2004; Meinzer & Breitenstein, 2007). Bei dieser Therapie stellen Lernprozesse, die sich im Rahmen von Gruppen und der innerhalb der Gruppe stattfindenden Kommunikation abspielen, einen wichtigen Aspekt dar. Die Wirksamkeitsnachweise beziehen sich insbesondere auf die therapeutische Arbeit mit chronisch kranken Patienten (Pulvermüller et al., 2001). Die CIAT ist ein Therapieansatz, der auf Grundlage der kommunikativ-pragmatischen Aphasietherapie entwickelt wurde und dabei besonders neurowissenschaftliche Grundlagen mit einbezieht. Das Ziel dieses Therapieverfahrens ist die Verbesserung des Wortabrufs für Nomen, die dazugehörigen Adjektive und Zahlwörter sowie die Beschreibung von Situationsbildern in der Gruppentherapie zu erreichen (ebd.). Für die CIAT und verschiedene darauf aufbauende Modifikationen liegen viele Wirksamkeitsnachweise mit ausnahmslos positiven Therapieeffekten vor (ebd.; Meinzer, 2004; Streiftau, 2006; Kleine-Katthöfer, 2010).

1.4.1 Neurowissenschaftliche und lerntheoretische Ursprünge der CIAT

Die CIAT ist auf Grundlage eines neurowissenschaftlichen Therapiekonzepts namens Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) (Taub, Miller, Noveck, Cook, Fleming, Nopomuceno, Connell, & Crago, 1993), das der Behandlung von motorischen Beeinträchtigungen nach Schlaganfall dient, entwickelt worden. Es liegt die Annahme zugrunde, dass sich Patienten nach Hirnläsionen in einem Schockzustand befinden und darum Versuche zur Bewegung der betroffenen Extremität nur sehr eingeschränkt vorgenommen werden. Wenn der Patient nun erstmals die motorisch beeinträchtigte Extremität bewegen möchte, sind Misserfolgserlebnisse oftmals vorprogrammiert (z. B. wenn ein gegriffener Gegenstand nicht gehalten werden kann und hinunter fällt). Durch diese negativen Erfahrungen bei ersten Bewegungsversuchen erfährt der Patient im Sinne der operanten Konditionierung eine „Bestrafung“. Dadurch kann ein erlernter Nicht-Gebrauch der paretischen Extremität entstehen, obwohl eine Bewegungsgrundlage oftmals gegeben ist und durch entsprechende Verwendung neuronale Reorganisationsprozesse eingeleitet werden. Resultierend auf den beschriebenen Zusammenhängen wurde das Therapieverfahren CIMT entwickelt. Bei diesem Therapieansatz verhindert die täglich sechsstündige Verwendung einer Schlinge, die um die beeinträchtigte Extremität gelegt wird, den vermehrten Gebrauch der funktionierenden Strukturen. Dabei wird eine Durchführung über einen Zeitraum von 14 Tagen empfohlen. Durch die Verwendung der Schlinge kann ein hochintensives, massiertes Üben der betroffenen Extremität, das auch „Massed Practice“ genannt wird, forciert werden. Das Hilfsmittel der Schlinge wird als „Constraints“ bezeichnet, da durch sie der Gebrauch der beeinträchtigten Extremität gefördert wird („Induced“), und dadurch die Ausübung von Bewegungen („Movement“) erzwungen wird (Elbert, Rockstroh, Buslach, Meinzer & Taub, 2003). Der Schwierigkeitsgrad der auszuführenden Bewegungen wird darüber hinaus in kleinen Stufen gesteigert, sodass ein adäquates Gleichgewicht zwischen Anforderung und möglichen Erfolgserlebnissen, die einen positiven Verstärker darstellen, vorhanden ist. Dieses Prozedere wird als „Shaping“ bezeichnet. Durch die CIMT kann der Patient die lerntheoretisch bedingte Bewegungsunfähigkeit durch neue Lernerfahrungen überlagern. Dadurch wird die wichtige Bedeutung von Lernprozessen in neuromuskulären Rehabilitationsprozessen deutlich. Durch die CIMT konnten überzufällige Leistungsverbesserungen für unterschiedliche Bewegungsparameter nach-

gewiesen werden, während bei den Kontrollprobanden keine Verbesserungen festzustellen waren (Neininger, Pulvermüller, Elbert, Rockstroh & Mohr, 2004). Die Stabilität des durch die CIMT erreichten Leistungsniveaus konnte bei den behandelten Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren nachgewiesen werden. Es ist davon auszugehen, dass durch die intensive afferente Stimulierung im Rahmen des Therapieverfahrens CIMT, die Reorganisation kortikaler Repräsentationsareale angeregt werden kann und dadurch signifikante Verbesserungen ermöglicht werden.

1.4.2 Prinzipien

Die aus der Bewegungstherapie CIMT stammenden Grundprinzipien wurden für die CIAT übernommen und an die logopädische Arbeit mit aphasischen Patienten angepasst. Der erlernte Nichtgebrauch, der durch die bereits beschriebene negative Lernerfahrung entsteht, bezieht sich bei Patienten mit chronischer Aphasie auf die sprachliche Modalität. Patienten beginnen damit, vermehrt über alternative Kommunikationsmittel wie Gesten oder andere Äußerungsformen, bei denen Misserfolge scheinbar reduziert sind, zu kommunizieren. Wird hingegen die beeinträchtigte verbal-expressive Modalität verwendet, kann es schnell durch uneindeutige und unverständliche Äußerungen zu Missverständnissen kommen, wodurch der Patient ebenso wie bei missglückten Bewegungsausübungen durch Konditionierungsprozesse eine „Bestrafung“ erfährt. Durch die geringere Verwendung von Sprache kann der Patient jedoch nicht die optimalen sprachlichen Verbesserungen im Rahmen seines Rehabilitationsprozesses erzielen. Daher wurden die Grundlagen der CIMT für die sprachtherapeutischen Zielsetzungen übernommen und entsprechend modifiziert (Streiftau, 2006).

Die CIAT ist auf Grundlage der pragmatisch-kommunikativen Sprachübungs-
spiele nach Pulvermüller (1990) sowie der CIMT (Taub et al., 1993) entwickelt worden und gehört somit grundsätzlich zur Richtung der pragmatischen Aphasiotherapie. Die Patienten nehmen an zehn aufeinanderfolgenden Tagen jeweils drei Stunden täglich an einer Gruppentherapie teil, in der therapeutische Sprachspiele verwendet werden. Dabei ist es wichtig, besonders verhaltensrelevante Elemente in die Übungssituation zu integrieren. Das bedeutet, es wird im therapeutischen Setting eine kommunikative Situation hergestellt, in der alltags- und verhaltensrelevante Interaktionsmuster eingeübt werden. Durch eine Sichtblende, die im Sinne des „constraints“-Prinzips verwendet wird, wird die verbal-expressive Modalität in den Mittelpunkt gestellt. Nonverbale kompensatorische