

## Über den Verlauf und die Einteilung der aphasischen Syndrome

A. Leischner

Rheinische Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn  
(Direktor: Prof. Dr. A. Leischner)

Eingegangen am 14. Juni 1972

### Course and Classification of Aphasic Syndromes

*Summary.* The observations in this paper are based on a sample of 300 aphasics, treated in the Clinic for Language Disturbances in Bonn from 1962 to 1971. The following classification of the types of aphasia was used: 1. total aphasia, 2. mixed aphasia, 3. motor-amnesic aphasia, 4. motor aphasia, 5. sensory amnesic aphasia, 6. sensory aphasia, 7. amnesic aphasia, 8. central aphasia. The largest groups were formed by the cases of Total aphasia (95), Mixed aphasia (63), Motor-amnesic aphasia (65). In these groups aphasic syndromes changed in a remarkably high percentage: a change of syndromes (Syndromwandel) was observed in 35% of the cases of Total aphasia, 32,2% of the Mixed aphasia group, and 16,9% of the Motor-amnesic aphasia group.

It was concluded that the initial forms of aphasia are combined forms with a tendency to change during recovery into simple forms.

*Key words:* Aphasia — Classification — Change of Syndromes — Recovery.

*Zusammenfassung.* An einem Krankengut von 300 Aphasikern, die in den Jahren 1962—1971 an der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn in Behandlung standen, werden die Zusammensetzung dieser Syndrome nach Aphasieart und ihr Verlauf während der Rehabilitation untersucht. Bei den 3 großen Gruppen, die im Vordergrund standen, den Totalaphasien, den Gemischten und den Motorisch-amnestischen Aphasien, war der häufigste Rückbildungsweg der von der Totalaphasie zu gemischten und der von der gemischten zu motorisch-amnestischen Aphasien. Aus diesen Verläufen mit Syndromwandel wird der Schluß gezogen, daß die großen „Misch“-formen die eigentlichen aphasischen Syndrome sind und daß die „reinen“ Formen nur die Einzelkomponenten dieser Syndrome darstellen. Unter diesem Gesichtspunkt wird ein eigenes Einteilungsprinzip gegeben.

*Schlüsselwörter:* Aphasieklassifikation — Syndromwandel — Besserung.

Wenn man Gelegenheit hat, eine größere Anzahl von Aphasien durch lange Zeit zu beobachten, macht man die Erfahrung, daß die aphasischen Syndrome keineswegs etwas Dauerndes, sondern in vielen Fällen etwas Veränderliches sind: Das aphasische Syndrom ist häufig am Ende der Rückbildung nicht mehr das gleiche wie am Anfang.

Eine kurze Übersicht über die symptomatische Entwicklung von 300 Aphasien, die an der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte in Bonn in den Jahren 1962—1971 beobachtet und behandelt werden konnten, soll das veranschaulichen.

### Krankengut und Diagnosen

Das Krankengut setzte sich anfänglich zusammen aus:

Tabelle 1

Aphasiearten	Anzahl
Totalaphasien	95
Gemischte Aphasien	63
Motorisch-amnestische Aphasien	65
Motorische Aphasien	25
Motorisch-semantische Aphasien	3
Sensorische Aphasien	7
Sensorisch-amnestische Aphasien	15
Amnestische Aphasien	4
Amnestisch-motorische Aphasien	5
Amnestisch-sensorische Aphasien	3
Amnestisch-semantische Aphasien	1
Semantisch-amnestische Aphasien	2
Zentrale Aphasien	5
Reste einer Aphasie	3
Dysarthrien mit Aphasien	4
Insgesamt	300

Zur Erklärung dieser Tabelle ist es notwendig, etwas Näheres über diese Diagnosen zu sagen. Die Grundlage für die Artdiagnose der aphasischen Syndrome ist die hirnpathologische Untersuchung. In ihrem sprachpathologischen Teil werden die Spontansprache, das Reihensprechen, das Nachsprechen, die Wortfindung, das Sprachverständnis, das Schreiben — sowohl das spontane wie das Diktatschreiben —, das Zahlenschreiben und das Lesen untersucht.

Sind alle diese Leistungen gestört, dann kann man von einer *Totalaphasie* sprechen. In Tab.2 habe ich versucht, die Artdiagnose der Aphasien in einer so einfachen Form darzustellen, daß auch der, welcher sich nicht täglich mit Aphasien beschäftigt, ein klares Bild erhält. Zur Totalaphasie gehört auch eine Agraphie und eine Alexie. Bei allen anderen Aphasieformen müssen Störungen des Schreibens und Lesens nicht notwendigerweise vorhanden sein. Wenn sie bestehen, muß man sie daher in der hirnpathologischen Diagnose gesondert anführen.

Tabelle 2

	Total- aphasie	Motor. Aphasie	Amnest. Aphasie	Motor.- amnest. A.	Sensor. Aphasie	Gemischte Aphasie
Spontan- sprache	—	—		—		—
Reihen- sprechen	—					
Nach- sprechen	—					
Wortfindung	—		—	—		
Sprachver- ständnis	—				—	—
Schreiben	—					
Lesen	—					

Zum Begriffe der *motorischen Aphasie* gehört vor allem die Störung der Spontansprache. Sie kann in verschiedenen Ausprägungsgraden vorhanden sein und von der Unfähigkeit der Satzbildung sich bis zur Unfähigkeit, einzelne Worte auszusprechen, steigern — also vom Agrammatismus bis zur Äußerung einzelner Wortfragmente oder automatischer Redewendungen (automatic utterances im Sinne von Jackson) reichen.

Das Reihensprechen und das Nachsprechen können bei der motorischen Aphasie in verschiedenem Grade gestört sein, sie müssen es aber nicht. Daher haben wir in der Tab. 2 nur die Störungen der Spontansprache als zwingend für die motorische Aphasie gekennzeichnet. Eine Störung des Sprachverständnisses darf bei der motorischen Aphasie nicht vorhanden sein.

Bei der *amnestischen Aphasie* ist das wesentliche Symptom die Wortfindungsstörung. Störungen der Spontansprache können als Folge der Wortfindungsstörung vorhanden sein, müssen es aber nicht. Hingegen darf eine Störung des Sprachverständnisses nicht nachweisbar sein. Erfahrungsgemäß — das geht aus unserer Zusammenstellung eindeutig hervor — sind die motorisch-amnestischen Aphasien häufiger (65) als die rein motorischen Aphasien (25) und die rein amnestischen Aphasien (4).

Die sehr zahlreiche Gruppe der *motorisch-amnestischen Aphasie* kennzeichnet sich durch das gleichzeitige Auftreten einer Störung der Satzbildung in der Spontansprache und einer Wortfindungsstörung.

Bei der *sensorischen Aphasie* ist die diagnostische Vorbedingung das Vorhandensein einer Sprachverständnistörung. Zu betonen ist, daß man beim Nachweis einer Sprachverständnistörung sich keineswegs damit

begnügen darf, das Heraussuchen von Gegenständen zu prüfen, sondern, daß man auch das Sprachverständnis für alle anderen Wortarten und besonders das für Sätze untersuchen muß.

Es ist allgemein bekannt, daß bei der sensorischen Aphasie sekundär auch die Spontansprache, meist im Sinne eines Paragrammatismus (Kleist) verändert ist und daß auch Störungen des Reihensprechens und des Nachsprechens vorhanden sein können. Letztere Störungen brauchen aber nur mehr oder weniger zu bestehen, und daher wird in der Tab. 2 nur die Störung des Sprachverständnisses als unbedingte Voraussetzung für die Diagnose sensorische Aphasie gekennzeichnet.

Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß die reinen sensorischen Aphasien viel seltener sind (7) als die sensorisch-amnestischen Mischformen (15). Das ist wahrscheinlich auch der Grund, daß von mancher Seite (Bay) behauptet wird, daß die sensorische und die amnestische Aphasie nur eine Aphasieform seien und daß es bei der amnestischen Aphasie immer Störungen des Sprachverständnisses gebe.

Von großer Wichtigkeit ist es, daß gerade die typischsten Mischformen der aphasischen Syndrome, die auch den Namen Gemischte Aphasie tragen, zu den häufigsten Aphasieformen (63) gehören. Für ihre Diagnose ist Voraussetzung, daß bei ihr die wesentlichen Erscheinungen der motorischen Aphasie, nämlich die Störungen der Satzbildung in der Spontansprache, und das hauptsächlichste Kennzeichen der sensorischen Aphasie, die Störung des Sprachverständnisses, einwandfrei nachweisbar sind.

Es wurden noch einige kleine Gruppen von Aphasien ausgesondert, die nicht nur im Schrifttum beschrieben wurden, sondern auch in unserem Krankengute durch charakteristische Symptome erkennbar waren. Das sind die zentrale Aphasie und die semantische Aphasie. Bei der zentralen Aphasie wurde als diagnostische Forderung aufgestellt, daß alle Teilfunktionen der Sprache, besonders aber das Nachsprechen, gestört sein müssen. Wir haben uns also bei ihr nach der Definition von Goldstein gehalten. Wenn man die Vorbedingungen genau beachtete, dann war diese Gruppe klein (5).

Noch kleiner war die Gruppe der semantischen Aphasie. Dieser Ausdruck wurde von Head übernommen. Bei ihr muß man allerdings klar erkennen, daß man bei allen schwereren Aphasieformen das Wesen der semantischen Aphasie, nämlich die Unmöglichkeit, übertragene sprachliche Redewendungen anzuwenden und zu erkennen, überhaupt nicht untersuchen kann. Es nimmt daher nicht wunder, daß die semantischen Ausfälle meist erst in den Rückbildungsstadien der Aphasie in Erscheinung treten. Deshalb erscheint die Diagnose semantische Aphasie als Anfangsdiagnose in unserem Krankengut auch recht selten und immer in Mischung mit anderen Aphasiearten wie motorisch-semantische

Aphasie (3), semantisch-amnestische Aphasie (2) und amnestisch-semantische Aphasie (1).

Hinzufügen möchte ich nur, daß eine Doppelbezeichnung, also z. B. die Diagnose motorisch-amnestische Aphasie zum Ausdruck bringen soll, daß die Erscheinungen der motorischen Aphasie in diesem Falle deutlicher im Vordergrund standen als die der amnestischen Aphasie, während bei einer amnestisch-motorischen Aphasie ein umgekehrtes Verhalten vorlag.

Schließlich haben wir noch eine Gruppe diagnostisch herausgehoben, welche Mischformen von Dysarthrien und Aphasien sind. Bei ihnen wird sich die Frage stellen, ob es sich nicht um zentrale Dysarthrien im Sinne von Bay gehandelt hat. Diese Möglichkeit haben wir dadurch ausgeschlossen, daß in diesen Fällen stets auch Paragraphien und Störungen der inneren Sprache vorhanden gewesen sind, also Kennzeichen, welche Dysarthrien nicht haben dürfen.

### Verlaufsbeobachtungen

Nach dieser Klarstellung unseres Diagnoseschemas kann ich nun zur eigentlichen Fragestellung dieser Arbeit übergehen, nämlich der Frage: haben sich diese Aphasieformen im Verlaufe einer längeren Beobachtungszeit verändert oder sind sie konstant geblieben? Vorausgeschickt muß werden, daß die Beobachtungszeit bei allen Behandlungsfällen mindestens 3 Monate dauerte. Es wurden aber auch viele Kranke — wie Tab. 3 zeigt — mehrmals behandelt.

Es wurden demnach bei 57 Kranken oder bei 19% des ganzen Krankengutes wiederholte Sprachheilbehandlungen durchgeführt. Da diese neuerlichen Behandlungen nur in Abständen von wenigstens einem Jahr vorgenommen werden konnten, erweiterte sich die Beobachtungszeit in solchen Fällen erheblich, manchmal über Jahre.

Es soll nun eine Übersicht darüber gegeben werden, in welcher Weise sich die einzelnen Aphasieformen verändert haben. Von den Totalaphasien (95) blieben 61 unverändert. 34 haben sich zurückgebildet, und zwar 17 zu gemischten Aphasien, 14 zu motorisch-amnestischen Aphasien, 2 zu motorischen Aphasien und eine zu einer semantischen Aphasie.

Tabelle 3. Wiederholte stationäre Behandlungen von Aphasien

Behandlungen	Anzahl
2mal	42
3mal	8
4mal	6
5mal	1
Insgesamt	57

Von den *gemischten Aphasien* (63) blieben 42 unverändert. Von den 20, welche sich verändert haben, wurden 11 zu motorisch-amnestischen Aphasien, 6 zu motorischen Aphasien und je eine zu einer amnestisch-motorischen, einer amnestisch-sensorischen, einer sensorisch-amnestischen Aphasie und zu einer amnestischen Aphasie.

Von den motorisch-amnestischen Aphasien (65) blieben 54 unverändert, nur 11 haben sich umgebildet, und zwar 4 zu motorischen, 3 zu amnestisch-motorischen, 2 zu gemischten Aphasien und je eine zu einer semantisch-amnestischen und einer motorisch-amnestisch-semantischen Aphasie.

Von den motorischen Aphasien (25) blieben 24 unverändert. Auch die 3 motorisch-semantischen Aphasien haben sich nicht verändert. Nur eine der rein motorischen Aphasien hat sich umgebildet in eine Dysarthrie. In diesem Fall lag zunächst eine Mischung einer motorischen Aphasie mit einer Dysarthrie vor.

Von den 7 sensorischen Aphasien blieben alle unverändert.

Von den 15 sensorisch-amnestischen Aphasien blieben 9 unverändert. Die übrigen haben sich umgebildet, und zwar 3 zu amnestisch-sensorischen Aphasien und je eine zu einer semantisch-sensorischen und einer motorisch-amnestischen Aphasie.

Der letzte Kranke (Fall 292) bot insofern eine Besonderheit, als nach Rückkehr des Sprachverständnisses noch eine Störung der Satzbildung übrig blieb, die es richtig erscheinen ließ, ihn nun als motorisch-amnestische Aphasie zu bezeichnen.

Von den 4 rein amnestischen Aphasien blieben alle 4 unverändert. Von den 5 amnestisch-motorischen Aphasien blieben 2 unverändert und 3 haben sich in motorisch-amnestische Aphasien umgebildet. Die 3 amnestisch-sensorischen Aphasien blieben unverändert, ebenso die eine amnestisch-semantische Aphasie.

Von den 2 semantisch-amnestischen Aphasien blieb eine (Fall 286) unverändert und eine (Fall 204) veränderte sich zu einer amnestischen Aphasie.

Von den 5 zentralen Aphasien blieben 3 unverändert (Fälle 35, 118, 263) und 2 bildeten sich um, und zwar eine (Fall 113) zu einer sensorisch-amnestischen Aphasie und eine (Fall 88) zu einer gemischten Aphasie.

Die 4 Fälle von Mischungen zwischen Dysarthrie und Aphasie blieben unverändert.

Wenn man diese Erscheinungen von Syndromwandel (Leischner) bei den Aphasien nun in einer Übersicht zusammenfassen will, dann kann man, auch ohne große statistische Berechnungen aufstellen zu müssen, folgende Feststellungen treffen:

Bei den großen und den gemischten Aphasieformen ergeben sich hohe Prozentsätze im Syndromwandel.

Bei den Totalaphasien sind es 35% (34 von 95 Fällen), bei den gemischten Aphasien 32,2% (20 von 63 Fällen) und bei den motorisch-amnestischen Aphasien 16,9% (11 von 65 Fällen).

Bei den reinen Aphasieformen bietet sich ein wesentlich anderes Bild: Bei der motorischen Aphasie sind es 3,8% (einer von 26 Fällen), bei der sensorischen Aphasie und bei der amnestischen Aphasie 0% (keiner von 7 bzw. 4 Fällen).

Bei den anderen Mischformen sind die beobachteten Fälle zahlenmäßig so gering, daß es keinen Sinn hat, sie prozentual auszudrücken.

Bei der amnestisch-motorischen Aphasie waren es 3 von 5, bei der zentralen Aphasie 2 von 5, bei der semantisch-amnestischen Aphasie einer von 2 und bei der Dysarthrie mit Aphasie keiner von 4 Fällen.

Aus diesen Zahlen ist ohne weiteres ersichtlich, daß die Umbildungsrate bei den Totalaphasien und der gemischten Aphasie etwa ein Drittel des Krankengutes beträgt und bei der motorisch-amnestischen Aphasie etwa ein Sechstel desselben erreicht.

Das weist auf zwei Tatsachen hin:

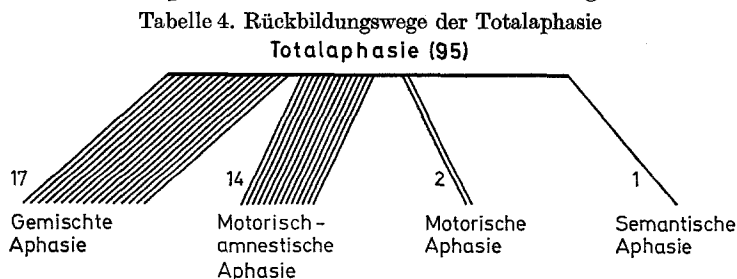
1. daß es sich bei diesen Aphasieformen um komplexe Syndrome handelt, in denen die verschiedenen Komponenten unserer gängigen Aphasiearten enthalten sind und

2. daß diese Aphasieformen besonders unter Behandlung die Tendenz haben, sich in andere umzubilden — oder besser gesagt, zurückzubilden.

Sehr kennzeichnend ist es, daß die Umbildungsraten bei den reinen sensorischen und den reinen amnestischen Aphasien null betragen. Diese Formen stellen also reine Formen dar, die sich nicht weiter verändern können (höchstens durch eine Verschlechterung). Bei der motorischen Aphasie traten in 2 Fällen (Fälle 23 und 187) mit zunehmender Besserung der Spontanansprache die Wortfindungsstörungen erst in Erscheinung, so daß am Ende die Diagnose motorisch-amnestische Aphasie bevorzugt wurde.

Um die Rückbildungstendenz der großen Aphasieformen noch anschaulicher darzustellen, möchte ich sie noch einmal graphisch auf einfache Weise zur Schau bringen.

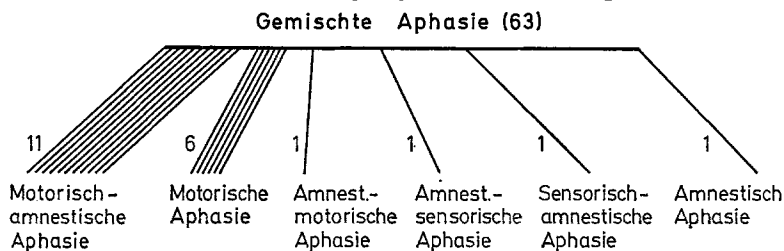
Bei den Totalaphasien würde eine solche Darstellung so aussehen:



Das zeigt, daß die Totalaphasie im wesentlichen die Tendenz hat, sich in eine gemischte oder in eine motorisch-amnestische Aphasie zurückzubilden.

Bei der gemischten Aphasie stellt sich die Rückbildungstendenz so dar:

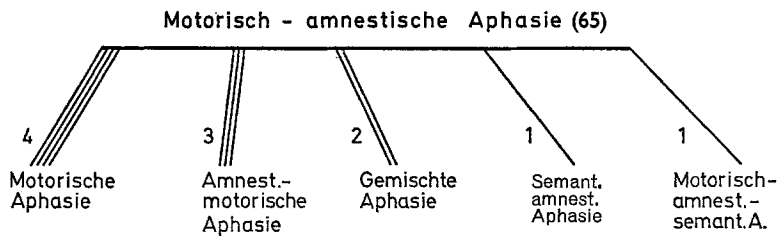
Tabelle 5. Rückbildungswege der Gemischten Aphasie



Bei der gemischten Aphasie besteht daher im wesentlichen die Tendenz, sich in eine motorisch-amnestische Aphasie und eine motorische Aphasie zurückzubilden.

Bei der motorisch-amnestischen Aphasie ergibt sich graphisch folgendes Bild bei der Rückbildung:

Tabelle 6. Rückbildungswege der motorisch-amnestischen Aphasie (65)



Hier besteht demnach die Rückbildungstendenz zu einer motorischen Aphasie oder es kommt zu einer Verlagerung der Schwerpunkte der beiden Komponenten, indem der amnestische Anteil durch die stärkere Rückbildung des motorischen Anteils mehr in den Vordergrund tritt.

Bei den beiden Fällen, bei denen sich die motorisch-amnestische Aphasie in eine gemischte Aphasie wandelte, bei denen in dieser Hinsicht also eine Progredienz des Syndroms zu beobachten war, lagen Grundleiden vor (Fall 16 — Glioblastoma multiforme, Fall 196 — mehrere cerebrale Insulte), die eine solche ungünstige Entwicklung verständlich erscheinen lassen.



Daraus wird ersichtlich, daß bei der Totalaphasie der hauptsächlichste Rückbildungsweg über die gemischte Aphasie und von dieser über die motorisch-amnestische Aphasie geht und daß diese sich dann entweder in eine motorische oder eine amnestische Aphasie rückbilden kann, ein Ergebnis, welches wir vor Jahren (Leischner u. Linck) bereits an einem kleineren Krankengut beobachtet haben und welches sich jetzt an diesem angereicherten Krankengut wieder bestätigt.

Es versteht sich von selbst, daß dieses Krankengut noch nach den verschiedensten Gesichtspunkten analysiert werden muß. An dieser Stelle wird darauf nicht eingegangen, um den Leitgedanken der Arbeit nicht zu unterbrechen.

### Besprechung der Ergebnisse

Aus den mitgeteilten Beobachtungen ergibt sich zwingend eine Überlegung. Wenn man das Schrifttum über die Einteilung der Aphasien betrachtet, so herrscht die Tendenz vor, die sog. reinen Aphasieformen, also die motorische, die sensorische und die amnestische Aphasie oder wie diese Gruppen auch genannt werden mögen (expressive, rezeptive oder Störungen der Kontiguität und der Similiarität), als die eigentlichen Aphasiearten anzusehen, während die anderen, die motorisch-amnestische, die gemischte und die Totalaphasie nur als gelegentliche Kombinationen mehrerer Formen dargestellt und weniger in Betracht gezogen werden.

Um das nachzuweisen, ist ein Blick in das *Schrifttum* unerlässlich.

Die ältesten Einteilungen der Aphasien stammen von Jaccoud (1864), de Fleury (1865), Falret (1865) und Benedikt (1865). Bei ihnen wurden die eigentlichen Sprachstörungen noch nicht abgetrennt von den durch Lähmungen oder Intelligenzstörungen bedingten Unfähigkeiten zu sprechen. In den Rahmen der jetzigen Aphasie fallen bei Jaccoud die *Amnésie verbale* und bei Falret die *Amnésie verbale simple*. De Fleury gebrauchte schon den Ausdruck Aphasie, unterteilte sie aber noch nicht in einzelne Unterarten. Benedikt unterschied Aphasien durch Ausfallen der Sprachvorstellungen, solche durch Assoziationsstörungen der Artikulationsbewegungen und solche durch eigentliche Koordinationsstörungen.

Die späteren Einteilungen gehen größtenteils auf Wernicke (1874) zurück, der die sensorische Aphasie beschrieb und von ihr die *motorische* und die *Leitungsaphasie* abtrennte. Pierre Marie (1883) übernahm die ersten beiden Ausdrücke, nannte sie auch Aphasie der „*de réception*“ (sensorielle) und Aphasie „*de transmission*“ (motorische) und trennte von ihnen eine Aphasie *de réception secondaire* oder *motrice-sensorielle* ab.

Sehr eigenständig war die Einteilung von Head (1926) in *verbale*, *syntaktische*, *nominale* und *semantische* Aphasien, wobei besonders die letztere einen ganz neuen Gesichtspunkt erbrachte, nämlich die Tatsache, daß es Kranke gibt, die zwar die Worte selbst erkennen und mit ihnen umgehen können, aber nicht ihre übertragene Bedeutung erfassen können, die ihnen in bestimmten Ausdrucksweisen gegeben wird.

Kleist (1934) stützte sich auf die Einteilung von Wernicke und versuchte, eine deutsche Nomenklatur einzuführen, bei der sensorischen Aphasie unterschied er *Laut-, Wort- und Satz- und Wortsinntaubheiten*, bei der motorischen Aphasie *Laut-, Wort-, Namen- und Satzstummheiten*.

Ein neuer Gesichtspunkt in die Einteilungen der Aphasien wurde von Alajouanine, Ombredane u. Durand (1939) durch die Beschreibung der „*Désintégration phonétique*“ gebracht, wodurch das Grenzgebiet zwischen der motorischen Aphasie und der Dysarthrie erleuchtet wurde.

Goldstein (1948) erweiterte und variierte das Wernickesche Schema. Er stellte neben der motorischen und der sensorischen auch die zentrale, die amnestische Aphasie und die transcorticalen Aphasien als eigene Formen heraus und schloß auch die Dysarthrie, die Agraphie und die Alexie in sein Einteilungsschema ein. Außerdem unterschied er Sprachstörungen durch Beeinträchtigung nichtsprachlicher Einrichtungen, nämlich durch Störung des abstrakten Verhaltens und Störungen der Grundfunktion des Gehirns.

Bei Wepman (1951) findet man neben der expressiven, rezeptiven, der expressiv-rezeptiven auch die globale Aphasie als eigene Gruppe. Daneben führt er noch die Agnosien und die Apraxien in seiner Einteilung an.

Von sprachwissenschaftlicher Seite wurde von Jacobson u. Halle (1956) eine Einteilung der Aphasien in Störungen der Similität (Störungen der Ähnlichkeit) und der Kontiguität (Störungen des Aneinanderstoßens) getroffen. Diese Einteilung hat sich bei den Klinikern nicht durchgesetzt, um so weniger, als diese beiden Gruppen inhaltlich der sensorischen und motorischen Aphasie entsprechen.

Klein u. Meyer-Gross haben (1957) eine eigene Einteilung gewählt. Sie unterschieden Störungen der motorischen Sprechhandlung, Störungen der Sprachformulierung, eine nominale Aphasie, Störungen des Sprachverständnisses, Störungen der Schriftsprache und hoben auch die automatische Sprache bei Aphasien besonders heraus. Diese Einteilung steht sichtlich unter dem Einfluß der Ideen von Jackson und Head.

In der Einteilung von Lurija finden sich (1958) Aphasien durch phonetische Desintegration, Aphasien mit Störung der Verbindung der Beziehungen, Aphasien durch Verlust der sukzessiven Synthese der Elemente in fortgesetzten Serien und eine frontale Aphasie durch Verlust der regulativen Funktion der Sprache.

Die Einteilung von Tkatschew (1961) trägt den Stempel der Einteilung von Wernicke, denn er unterscheidet bei der motorischen und der sensorischen Aphasie corticale, transcorticale und subcorticale Untergruppen, er stellt aber neben der senso-motorischen Aphasie auch amnestische Aphasien, Totalaphasien und Leitungsaphasien heraus.

Bei Bejn findet sich (1964) neben der motorischen und sensorischen Aphasie, die sie in eine sensorische Aphasie mit Störung des phonematischen Gehörs (akustisch-gnostische Form) und eine akustisch-mnestische Form unterteilt, auch die semantische Aphasie als eigene Gruppe.

Hécaen u. Angelergues haben (1965) neben der sensorischen (Aphasie de Wernicke), der motorischen Aphasie (Aphasie de Broca) und der amnestischen Aphasie die *expressiven Aphasien* gesondert herausgehoben, und sie unterteilen sie in eine Aphasie der moto-Realisation (wozu die *Désintégration phonétique* gehört) und in eine Leitungsaphasie. Sie führen aber außerdem auch eine Gruppe der dissoziierten Aphasien (Aphasie motrice pure, surdit  verbale pure, Alexie pure und Agraphie dissoci ) und eine Gruppe mit besonderen Formen der Aphasie (Aphasie bei Kindern, bei Polyglotten und bei Taubstummen) an.

Kreindler u. Fradis bedienen sich (1968) einer Einteilung in expressive, rezeptive, gemischte und amnestische Aphasieformen.

Kiml hat (1969) folgende Einteilung der Aphasien vorgeschlagen:

1. Aphasie totalis.
2. Aphasie motorica. Diese unterteilt er in eine motorica, motorica typus „jargon“, und eine motorica anarthrica.
3. Aphasie sensorica, die er in eine sensorica, eine sensorica-amnestica, eine sensorica typus „jargon“ und eine sensorica dyslexica unterteilt.

Wenn man diese Einteilungen — sie wurden den bekanntesten Monographien über Aphasien entnommen — betrachtet, so fällt auf, daß die häufigsten großen Aphasieformen sehr wenig dabei berücksichtigt werden. Die totale oder die globale Aphasie, welche die größte Aphasikergruppe darstellt, ist nur bei Tkatschew, Wepman u. Kiml erwähnt. Die motorisch-amnestische Aphasie, eine der großen Aphasieformen, ist nirgends als eigenes klinisches Erscheinungsbild herausgehoben. Nur der Ausdruck „gemischte Aphasie“ wird, meist in der Form der motorisch-sensorischen Aphasie, häufig gebraucht (Pierre Marie, Tkatschew, Wepman, Kreindler u. Fradis). Sie wird aber immer als eine Kombination einer motorischen mit einer sensorischen Aphasie aufgefaßt.

Es ist daher deutlich zu erkennen, daß in allen Einteilungen der Aphasien, die im Schrifttum niedergelegt sind, das Bestreben besteht, die reinen Aphasieformen zu erkennen und zu isolieren und sie als Grundlage der Einteilung anzusehen.

Unsere eigenen Erfahrungen an einem großen Aphasikerkrankengut, welches durch lange Zeit beobachtet worden ist, führten uns aber in eine ganz entgegengesetzte Richtung. Sie legen den Gedanken nahe, *daß die originären Aphasieformen die großen Mischformen sind und daß es sich bei den klassischen Aphasiearten nur um die Einzelkomponenten dieser 3 großen Aphasiegruppen handelt.*

Dafür spricht

1. daß die 3 großen Aphasiegruppen viel häufiger sind als die sog. reinen Formen,
2. daß sie bei lang beobachteten Verläufen die Ausgangssyndrome sind, welche sich bei günstiger Rückbildung in die reinen Formen aufsplintern,
3. schließlich, daß man bei den akuten Verschlüssen der Art. cer. med. der dominanten Hemisphäre, die mit Recht die Arterie der Aphasie genannt wird, wenn nicht eine Totalaphasie, doch meist eine der beiden anderen großen Aphasieformen beobachten kann.

In Anerkennung dieser Tatsache drängt sich eine von den sonst üblichen Einteilungsprinzipien der Aphasien grundsätzlich anders ausgerichtete Einteilung auf, welche sich aus der Beobachtung von Langzeitverläufen ergibt, nämlich:

Tabelle 7

---

1.	die Totalaphasie
2.	die gemischte Aphasie
3.	die motorisch-amnestische Aphasie
4.	die motorische Aphasie
5.	die sensorisch-amnestische Aphasie
6.	die sensorische Aphasie
7.	die amnestische Aphasie
8.	die zentrale Aphasie

---

Außerdem kann man gelegentlich noch einige Kombinationsformen beobachten wie die amnestisch-motorische Aphasie, die amnestisch-sensorische Aphasie, die motorisch-semantische Aphasie, die semantisch-amnestische Aphasie und die amnestisch-semantische Aphasie.

Als Grundelemente der Aphasien können daher motorische, sensorische, amnestische und semantische Anteile miteinander in verschiedenen Variationsformen auftreten. Sie verlaufen bei der Rückbildung stets von den komplexeren zu den einfacheren Formen. Der semantische Anteil hat insofern eine Sonderstellung, als er nur in späteren Rückbildungsstadien überhaupt erst in Erscheinung treten kann.

Der hier vorgeschlagenen Einteilung der Aphasien liegen gar keine theoretischen Spekulationen, sondern nur jahrelange klinische Beobachtungen an einem großen Krankengut zugrunde. Dies ist aber eine solide Grundlage für eine Einteilung, die den praktischen Bedürfnissen der klinischen Aphasilogie am besten entspricht.

### Literatur

- Ajuriaguerra, J. de, Hécaen, H.: *Le cortex cérébral*, 2. Aufl. Paris: Masson et Cie. 1960.
- Alajouanine, Th., Ombredane, A., Durand, M.: *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'Aphasie*. Paris: Masson 1939.
- Bay, E.: Die corticale Dysarthrie und ihre Beziehungen zur sog. motorischen Aphasie. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **176**, 553—594 (1957).
- Bay, E.: Über die Beziehungen zwischen der sog. amnestischen und sensorischen Aphasie. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **177**, 1—27 (1957).
- Bejn, E. S.: *Aphasijs i puti jejo preodolenija*. (Die Aphasie und die Wege ihrer Überwindung.) Leningrad: Medizina 1964.
- Benedikt, M.: Über Aphasie, Agraphie und verwandte pathologische Zustände. *Wien. med. Presse* **1865**, 897—899, 923—926, 945—948, 997—999, 1020—1022, 1067—1070, 1094—1097, 1139—1142, 1167—1169, 1189—1190, 1264—1265.
- Falret, J.: *L'aphasie. État de la question*. *Gaz. hebd. méd. chir.* 2s I, 227—228 (1865).
- De Fleury: *Mémoire sur la pathogène du langage articulé couronné par l'académie des sciences de Bordeaux*. *Gaz. hebd. méd. chir.* 2s, 228—232, 244—250 (1865).
- Goldstein, K.: *Language and language disturbances*. New York: Grune & Stratton 1948.

- Head, H.: Aphasia and kindred disorders of speech. New York: Macmillan 1926.
- Hécaen, H., Angelergues, R.: Pathologie du langage. Paris: Libraire Larousse 1965.
- Jakobson, R., Halle, M.: Fundamentals of language. 's Gravenhage (La Haye): Mouton et Cie. 1956.
- Jakobson, R.: Aphasia as a linguistic problem. On expressive language, pp. 69—81 (1955).
- Kiml, J.: Afasie a reedukace řeči. (Die Aphasie und die Reedukation der Sprache.) Státní zdravot. naklad. Praha 1969.
- Klein, R., Mayer-Gross, W.: The clinical examination of patients with organic cerebral disease. London: Cassell and Comp. Ltd. 1957.
- Kleist, K.: Gehirnpathologie. Leipzig: J. Ambr. Barth 1934.
- Kreindler, A., Fradis, A.: Performances in aphasia. Paris: Gauthier-Villars 1968.
- Leischner, A., Linck, H. A.: Neue Erfahrungen mit der Behandlung von Aphasien. Nervenarzt 38, 199—205 (1967).
- Lurija, A. R.: Brain disorders and language analysis. Univ. of Moscow and Academy of Pedagogical sciences, Vol. 1, pp. 14—33 (1958).
- Marie, P.: De l'aphasie (Cécité verbale, surdit   verbale, aphasie motrice, aggraphie). Rev. M  d. (Paris) 3, 693—702 (1883).
- Tkatschew, R. A.: O klassifikazi prognoze afasitscheskich rasstrojstw (  ber die Einteilung und Prognose der aphasischen St  rungen) aus Woprosi kliniki i patofisiologii afasij (Fragen der Klinik und Pathophysiologie der Aphasien). Moskwa: Medgis 1961.
- Wepman, J. M.: Recovery from aphasia. New York: Ronald Press Comp. 1951.

Prof. Dr. A. Leischner  
 Rheinische Landesklinik  
 f  r Sprachgest  rte  
 D-5300 Bonn  
 K  lnstr. 208  
 Bundesrepublik Deutschland