

Ausgabe/édition 2/2013 VOL. 35

ISSN 1664-8595



Die Stimme für sprachlose Menschen.
Donnons la parole à ceux qui l'ont perdue.
La voce di chi ha perso la parola.

Aphasie

und verwandte Gebiete
et domaines associés



ORIGINALBEITRÄGE – ARTICLES

- Der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität bei Aphasie
(*Marie Leienbach, Sabine Corsten, Sandra Schütz*)
- Zusammenhang des Schweregrades einer Aphasie und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität gemessen an der «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale – 39 item version» (SAQOL – 39) – eine multiple Einzelfallstudie
(*Julia Stiegert, Sandra Schütz*)
- Les interactions entre déficits langagiers et déficits de la mémoire à court terme verbale: aspects théoriques et évaluation
(*Steve Majerus*)

FORUM

- TICSf-12: Une épreuve de dépistage des troubles de la compréhension
Python Grégoire, Bischof Sylvie, Probst Manon, Laganaro Marina.
- Erfassung der logopädischen Versorgungslage von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz
(*Andrea Haid*)

BUCHBESPRECHUNG – LECTURE

- Diagnostik und Therapie in der akuten Therapie
(*Sandra Schütz*)

Der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität bei Aphasie¹

The correlation between linguistic performance, communication abilities and quality of life concerning people with aphasia

La corrélation entre la performance linguistique, la capacité de communication et la qualité de la vie concernée des personnes aphasiques

Marie Leienbach, Prof. Dr. Sabine Corsten und Dr. Sandra Schütz²

Zusammenfassung:

Neben den sprachlichen Einschränkungen bei Aphasie treten auch Schwierigkeiten in der alltäglichen Kommunikation auf. Diese und weitere dadurch bedingte Einschränkungen, wie eine verminderte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, führen in vielen Fällen zu einer Verschlechterung der Lebensqualität. Inwieweit hängen nun die linguistischen und kommunikativen Leistungen konkret mit der vom Klienten eingeschätzten Lebensqualität zusammen?

In der vorliegenden Studie wurde mit dem Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983), dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert et al. 1994) und dem Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI, Engell et al. 2003) der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, der Kommunikationsfähigkeit und der Lebensqualität untersucht. Es nahmen 27 Probanden (10 weiblich, 17 männlich, durchschnittlich 54 Jahre alt) an der Studie teil.

Zwischen der Sprache, gemessen mit dem AAT, und der Lebensqualität, erhoben mit dem ALQI, zeigten sich signifikante Zusammenhänge. Dies könnte die Annahme stützen, dass die sprachlichen Fähigkeiten einen Einfluss auf die beurteilte Lebensqualität der Betroffenen ausüben. Da der ALQI ein Testinstrument ist, das eigens für den Einsatz bei Menschen mit Aphasie entwickelt wurde und 13 Items beinhaltet, die explizit Belastungen einhergehend mit sprachlichen Aspekten abfragen, ist das Instrument offenbar ausreichend sensitiv, den Zusammenhang zwischen Sprache und Lebensqualität abzubilden. Zwischen der Kommunikationsfähigkeit, untersucht mit dem ANELT, und

der Lebensqualität, erhoben mit dem ALQI, konnten keine signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden. Aus diesen Ergebnissen kann jedoch nicht automatisch geschlossen werden, dass die Lebensqualität unabhängig von den kommunikativen Fähigkeiten der aphasischen Klienten ist. Die zugrundeliegenden Definitionen sowie die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden könnten einen Einfluss auf die unterschiedlichen Ergebnisse ausüben. Neben den gefundenen Zusammenhängen konnten weitere Einflussfaktoren auf die Lebensqualität bei Aphasie analysiert werden. So zeigte z.B. die Depressivität einen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität. In der Praxis sollte daher gezielt auf eine mögliche Depression geachtet werden sowie neben der sprachlichen Diagnostik auch die Untersuchung der Kommunikationsfähigkeit und der eingeschätzten Lebensqualität Berücksichtigung finden.

Schlüsselwörter: Aphasie – Kommunikationsfähigkeit – Lebensqualität

¹ Dieses Masterprojekt fand im Rahmen des Masterstudiums Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München und in Kooperation mit dem Forschungsprojekt narraktiv (gefördert durch das BMBF, FKZ 17S10X11) statt.

² Ein grosses Dankeschön geht neben meinen Betreuerinnen Dr. Sandra Schütz und Prof. Dr. Sabine Corsten an Dr. Jürgen Konradi, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt narraktiv an der KH Mainz, der mich bei der Auswertung des ANELTs und des ALQIs unterstützt hat. Des Weiteren danke ich ganz herzlich Anna-Katrin Klotz und Johanna Ringe, die mich bei der Erhebung der Daten tatkräftig unterstützten. Ein grosser Dank geht ausserdem an Dipl.-Päd. Erika Schimpf, ebenfalls wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt narraktiv an der KH Mainz, die mich inspiriert und motiviert hat. Des Weiteren danke ich dem Team des Therapiezentrums Lindlar für die grosse Unterstützung bei der Probandenrekrutierung. Schlussendlich ein grosses Dankeschön an alle teilnehmenden Probanden.

Summary:

Aphasia not only leads to restrictions of language performance, but also to difficulties in everyday communication. For example the reduced participation in social life in many cases results in a decline of quality of life. How do linguistic and communicative abilities correlate with quality of life estimated by aphasic people?

The correlation between language abilities, communication ability and quality of life was investigated by means of the Aachen Aphasia Test (AAT, Huber et al. 1983), the Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert et al. 1994) and the Aachen quality of life inventory (ALQI, Engell et al. 2003). 27 subjects (10 female, 17 male, average age 54 years) participated in the study.

Our results show a significant correlation between language abilities (measured by the AAT) and quality of life (measured by the ALQI). These may support the hypothesis that linguistic abilities of aphasic people influence their estimated quality of life. The ALQI was developed specially for persons with aphasia. It contains 13 items measuring the burden related to language difficulties. Therefore, the ALQI seems to be sufficiently sensitive to show the correlation between language and quality of life. Between com-

munication ability (measured by ANELT) and quality of life, no significant correlation was found. But from these results alone one cannot infer that life quality isn't influenced by the communicative abilities. The underlying definitions and the different methods of the tools may lead to different results. In addition, other factors influencing the quality of life in aphasia were investigated. For example, we found a significant correlation between depression and quality of life.

In clinical practice therefore, it is important to pay attention to a depression that might arise and to include not only language, but also communication and quality of life in diagnostics of aphasia

Keywords: aphasia – communication ability – quality of life

Résumé:

En plus des limitations strictement linguistiques, des problèmes de communication surviennent dans la vie quotidienne des personnes aphasiques. Ces limitations entraînent d'autres, comme la réduction de la participation à la vie sociale, qui abaisse dans de nombreux cas la qualité de vie. Mais existe-t-il concrètement une corrélation entre les performances linguistiques et communicationnelles et la qualité de vie estimée par le patient?

Dans cette recherche, nous avons examiné les liens entre performance linguistique, capacité à communiquer et qualité de vie, respectivement mesurés à l'aide de l'Aachener Aphasia Test (AAT, Huber et al. 1983), l'Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert et al. 1994) et l'Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI, Engell et al. 2003). 27 personnes aphasiques ont participé à l'étude (10 femmes et 17 hommes, en moyenne âgés de 54 ans).

Des corrélations significatives ont été mises en évidence entre les performances linguistiques (AAT) et la qualité de vie (ALQI) des personnes aphasiques. L'ALQI étant un questionnaire développé spécifiquement pour les personnes aphasiques, il contient 13 items qui concernent explicitement les plaintes langagières. C'est certainement pour cela que cet instrument est sensible chez notre population et permet de montrer une corrélation entre le langage et leur qualité de vie. Par contre, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre les capacités de communication (ANELT) et la qualité de vie (ALQI). Toutefois, cela n'indique pas que ces aspects sont forcément indépendants chez les personnes aphasiques. Les définitions sous-jacentes et les différences méthodologiques des moyens d'évaluation utilisés influencent probablement nos résultats. En plus des corrélations mises en évidence, d'autres facteurs influençant la qualité de vie suite à une aphasia ont pu être analysés. Par exemple, une relation significative entre la présence d'une dépression et la qualité de vie a pu être démontrée.

Dans la pratique, il est donc nécessaire de prendre en compte une possible dépression et d'examiner les capacités de communication et la qualité de vie, en plus des capacités langagières.

Mots-clés: aphasie – communication – qualité de vie

1. Einleitung

Eine Aphasie hat Auswirkungen auf die Sprache, die Kommunikationsfähigkeit und die Lebensqualität (vgl. Worrall et al. 2003). Beeinträchtigungen in Sprache und Kommunikation können mit der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF, DIMDI 2005) erfasst werden. Einbussen in der daraus resultierenden Beschreibung funktionaler Gesundheit wiederum wirken sich auf die Lebensqualität aus. Die Sprache kann auf der Ebene der Funktion erfasst werden. Die Kommunikationsfähigkeit ist ein elementarer Bestandteil der Aktivitäten im Alltag. Auf der Ebene der Partizipation wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschrieben, die mit einer Beeinträchtigung durch eine Aphasie unter erschwerten Bedingungen stattfindet. Es wird angenommen, dass alle drei Ebenen einen Einfluss auf die Lebensqualität bei Aphasie haben. Für die Ebene der Sprachfunktion stehen bereits standardisierte und normierte Verfahren zur Verfügung (z.B. der Aacheener Aphasie Test AAT). Eine Herausforderung stellt die Untersuchung der Ebenen Aktivität und Partizipation dar. Eine entsprechende Diagnostik stellt aber wiederum die Voraussetzung dafür dar, mögliche Zusammenhänge zwischen den Ebenen zu verstehen, was als Grundlage für die mehrdimensionale⁴ Therapieplanung und die Be-

urteilung des Therapieoutcomes zu sehen ist. In der vorliegenden Studie wird daher eine Untersuchung der Zusammenhänge zwischen sprachlichen Leistungen, der Kommunikationsfähigkeit und der Lebensqualität bei Aphasie vorgestellt. Zuerst wird näher auf den Begriff der Lebensqualität und auf aktuelle Studien zur Lebensqualität bei Aphasie eingegangen. Dann werden Diagnostikverfahren zur Messung der Sprache, der Kommunikation und der Lebensqualität vorgestellt. Daraus ergeben sich die Fragestellungen für die vorliegende Studie. Nach der Beschreibung der Methodik folgen die Ergebnisse und eine abschliessende Diskussion sowie ein Überblick über mögliche Ableitungen für die Praxis.

⁴ Mehrdimensional ist hier im Sinne von mehreren Ebenen (Sprache, Kommunikation, Lebensqualität) gemeint.

2. Lebensqualität

Lebensqualität ist ein kontrovers diskutiertes Konzept. Es existiert eine Vielzahl von verschiedenen Definitionen (vgl. Prukop 2003, Radoschewski 2000). «Der Begriff der Lebensqualität wird im allgemeinen Sprachgebrauch sowohl mit objektiven Faktoren als auch mit subjektiven Bewertungen eines guten Lebens assoziiert.» (Corsten et al. 2011, 7). Bis in die 1970er-Jahre wurde die Lebensqualität vor allem mit objektiven Faktoren wie z.B. dem Ein-

kommen in Zusammenhang gebracht. In der nachfolgenden Zeit wurde erkannt, dass diese objektiven Fakten nicht zwangsläufig zu einem guten subjektiven Wohlbefinden führen. Diener (2003) nennt unter anderem folgende Bestandteile von subjektivem Wohlbefinden: emotionale Reaktionen auf bzw. emotionale Einstellungen zu bestimmten Lebenssituationen, aktuelle Stimmung, persönliche Erfüllung und Zufriedenheit. Die subjektive Komponente der Lebensqualität beschäftigt sich demnach mit der individuellen Einschätzung einer bestimmten Lebensphase, unabhängig von äusseren Bedingungen. Eine mögliche Situation, die die subjektive Einschätzung der eigenen Lebensqualität deutlich verändern kann, ist eine Erkrankung. Die Medizin hat im Laufe der Zeit eine auf die Gesundheit bezogene Betrachtungsweise der Lebensqualität entwickelt. Diese sogenannte gesundheitsbezogene Lebensqualität wird im Folgenden vorgestellt.

2.1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Kerndimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind die physische, psychische und die soziale Dimension (vgl. Birnbacher 1998, Radoschewski 2000). Auf der physischen Ebene wird das funktionale Defizit beschrieben. Auf den Ebenen der Psyche

und des Sozialen werden die Auswirkungen des funktionalen Defizits auf das psychische Befinden und die sozialen Interaktionen erfasst (vgl. Patrik & Erikson 1988). Bullinger und Mohrfeld (2007) nennen drei Gründe für die Hinwendung der Medizin zur Erfassung der Lebensqualität: Es zeigt sich ein Paradigmenwechsel bei der Definition von Gesundheit. Nun werden vermehrt auch psychische und soziale Komponenten in das Gesundheitskonzept einbezogen. Diese Entwicklung wird durch den demographischen Wandel unterstützt, der eine Zunahme an chronischen Erkrankungen und dem damit verbundenen Interesse an Therapieeffekten auch jenseits des akuten Stadiums mit sich bringt. Im biopsychosozialen Modell, das der ICF zugrunde liegt, ist der Begriff Lebensqualität nicht explizit enthalten. Abbildung 1 zeigt aber, dass alle drei Hauptebenen der ICF eng mit der Lebensqualität in Verbindung stehen. Zum einen können die Beeinträchtigungen jeder einzelnen Ebene direkt auf die Lebensqualität einwirken. Zum anderen entstehen möglicherweise Wechselwirkungen zwischen den Ebenen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Lebensqualität haben können, z. B. kann eine Wortfindungsstörung die Lebensqualität beeinflussen, sie kann aber auch die Kommunikationsfähigkeit betreffen, deren Beeinträchtigung dann wiederum einen Einfluss auf die gesellschaftliche Teilhabe haben kann.

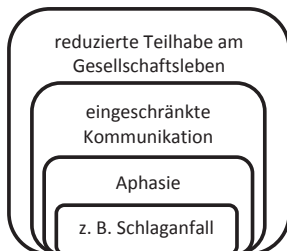
Abbildung 1: Mögliche Wechselwirkungen der ICF-Ebenen Funktion, Aktivität und Partizipation mit der Lebensqualität (vereinfacht aus Cruice et al. 2003, 336)



2.2. Aphasie und Lebensqualität

Nachdem die Lebensqualität im Allgemeinen besprochen wurde, soll nun der Fokus auf die Lebensqualität unter der besonderen Bedingung bei Aphasie gelegt werden. Die sprachlichen Schwierigkeiten bei Aphasie führen zu weiteren Einschränkungen wie Problemen bei Alltagsaktivitäten und einer Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe. Abbildung 2 zeigt die Vielschichtigkeit dieser Problematik.

Abbildung 2: Beeinträchtigungen der Funktion, der Aktivität und der Partizipation durch eine Aphasie (modifiziert aus Bucher 2006, 148)



Niemi und Kollegen (1988) zeigten, dass 86 % der 46 von ihnen untersuchten Schlaganfallpatienten vier Jahre nach dem Ereignis eine geringere Lebensqualität als vor dem Ereignis hatten. Hilari et al. (2010) untersuchten das Stresslevel u.a. drei Monate nach dem Schlaganfall bei insgesamt 76 Schlaganfallpatienten, von denen 14 unter einer Aphasie litten. Die Autoren verglichen die Probanden mit Aphasie mit denen ohne und zeigten, dass 93% der aphasischen Probanden, hingegen nur 50% der Probanden ohne Aphasie drei Monate post-onset unter hohem Stress litten (vgl. Hilari et al. 2010). Hilari et al. (2009) fokussierten in ihrer Studie auf die Lebensqualität von zwölf Personen mit schwerer Aphasie. Dazu befragten sie deren Angehörige und verglichen die Ergebnisse mit einer Gruppe von Personen mit weniger schwerer Aphasie. Aus den Ergebnissen schlossen die Autoren, dass die Lebensqualität von Personen mit schwerer Aphasie signifikant schlechter ist als die Lebensqualität von Personen mit leichter bis moderater Aphasie.

3. Diagnostik der Aphasie im deutschen Sprachraum

Im folgenden Kapitel werden die Diagnostikmethoden der verschiedenen Ebenen vorgestellt.

3.1. Sprachsystematische Diagnostik – der Aachener Aphasie Test

Die sprachsystematische Diagnostik, auch neurolinguistisch-deskriptive Diagnostik genannt, misst die Sprachproduktion und das Sprachverständnis in konstruierten Aufgaben, die keinen Bezug zum Alltag haben (vgl. de Langen 2010). Ziel ist es, die Symptome einer Aphasie zu beschreiben und aus bestimmten Kombinationen dieser Symptome ein Aphasiesyndrom zu bestimmen (vgl. de Langen 2010). Der AAT ist das am meisten verbreitete und zudem standardisierte Verfahren zur Erfassung von sprachlichen Leistungen. Er misst die Spontansprache, den Schweregrad der Aphasie, das Nachsprechen, das Benennen, die Schriftsprache und das Sprachverständnis. Da dieser Test sehr bekannt ist, wird an dieser Stelle nur auf das AAT-Handbuch von Huber et al. (1983) verwiesen.

3.2. Diagnostik der Kommunikationsfähigkeit – der Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test

Ein mit dem AAT vergleichbar gut untersuchtes Verfahren für die Ebene der Kommunikationsfähigkeit liegt derzeit noch nicht vor. So kritisieren Steiner (2009) und de Langen (2010), dass es zwar seit 40 Jahren Vorschläge für eine solche Diagnostik gebe, diese aller-

dings nur schwer zugänglich sei oder in englischer Sprache vorläge. Der AN-ELT ist eines der wenigen Verfahren, das für die deutsche Sprache existiert und anhand einer niederländisch-deutschen Population untersucht wurde. Es wird ermittelt, wie effektiv Menschen mit Aphasie den Inhalt unabhängig von dessen linguistischer Korrektheit verbal vermitteln können (vgl. Blomert et al. 1994). Da Kommunikation üblicherweise in Gesprächssituationen im Alltag stattfindet, werden pro Version zehn Alltagssituationen vorgegeben, auf die die Person mit Aphasie verbal reagieren muss, z. B. «Sie haben einen Termin beim Arzt, aber es ist etwas dazwischen gekommen. Sie rufen ihn an. Was sagen Sie?» (Buslach et al. 1991, 6). Der Untersucher soll nicht in den Monolog des Probanden eingreifen, er fungiert als interessierter Zuhörer. Bewertet werden schliesslich die inhaltliche und die auditive Verständlichkeit des Gesagten. Der Auswerter beurteilt eine Äusserung als inhaltlich verständlich, wenn er die Botschaft erfassen kann (vgl. Blomert 1994). Die inhaltliche Verständlichkeit (A-Skala) ist unabhängig von der linguistischen Korrektheit zu sehen. So kann die Botschaft der Äusserungen z.B. trotz fehlerhafter Syntax oder ausgelassener Funktionswörter gut verständlich sein. Die Bewertungsskala reicht von «1 – nicht verständlich» bis «5 – vollständig verständlich» (vgl. Blomert & Buslach 1994). Insgesamt ergibt sich ein Rohwert zwi-

schen 10 und 50 Punkten. Aus diesem können Prozentränge, Dezile und Schweregradscores abgeleitet werden. Die psychometrische Darstellung ist bei Blomert und Kollegen (1994) nachzulesen. Die auditive Verständlichkeit wird nicht weiter erklärt, da sie in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt wurde. Die Ebene der Teilhabe wurde ebenfalls nicht explizit erfasst.

3.3. Diagnostik der Lebensqualität – das Aachener Lebensqualitätsinventar

Zur Messung der allgemeinen und gesundheitsbezogenen Lebensqualität liegt eine Vielzahl von Messverfahren vor. Die generischen, d.h. krankheitsübergreifenden Verfahren wie z.B. «Short Form-36 Health Survey» (SF-36, Ware & Sherbourne 1992) und «World Health Organisation Quality of Life»-Fragebogen (WHOQOL, WHOQOL Group 1993) wurden an 7000 bis 12000 Probanden weltweit getestet. Schlaganfall-

spezifische Verfahren wie z.B. das Sickness Impact Profile (SIP, Bergner 1976, 1981) sind ebenfalls in grossen Stichproben psychometrisch untersucht worden. Aus dem englischsprachigen SIP entstand das deutschsprachige Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI, Engell et al. 2003). Das ALQI ist das einzige deutschsprachige Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität bei Aphasie, da die «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale» (SAQOL-39, Hilari 2003b) bisher nur in informeller deutscher Übersetzung vorliegt (Bildla et al. 2008, Schomacher et al. 2006) (siehe auch Beitrag von Stiegert & Schütz in diesem Heft). Tabelle 1 zeigt die Dimensionen mit den einzelnen Kategorien des ALQI und gibt Beispiele.

Neben der physischen und der psychischen Lebensqualität misst der ALQI die Lebensqualität in Bezug auf die Sprache und die Kognition. Um auch Personen mit schwerer Aphasie das Verständnis der Fragen zu ermöglichen, wurde eine bildunterstützte Version des

Tabelle 1: Dimensionen, Kategorien und Beispiele zu den Kategorien des ALQI (Engell et al. 2003, 386)

Dimension	Kategorie	Beispiel
physisch	Autonomie	Baden mit Hilfe
	Bewegung	im Bett umdrehen mit Hilfe
	Mobilität	im Rollstuhl fahren
	Hausarbeit	keine schwere Hausarbeit machen
psychisch	Aktivität	tagsüber dösen
	Soziale Kontakte	viel allein
	Familienbeziehung	abwenden von der Familie
	Kommunikation	andere nicht verstehen
Zusatzkategorien	Freizeit	kaum noch abends ausgehen
	Sprache	Wörter nicht finden
	Kognition	Schwierigkeiten sich Dinge zu merken

Verfahrens entwickelt (vgl. Engell et al. 2003). Dabei werden zwei Masse ermittelt, die Beschwerde und die Belastung. Das Beschwerdemass gibt an, ob eine Beschwerde, z.B. «nur noch nachsprechen können», auf den Probanden zutrifft. Es hat die Ausprägungen «ja» oder «nein». Das Belastungsmass zeigt, wie stark die Beschwerden den Probanden belasten. Es kann von «egal» bis «sehr schlimm» ausgeprägt sein. Eine Beschreibung der psychometrischen Untersuchung findet sich in Engell et al. (2003). Hier sei erwähnt, dass die Reliabilität für den Gesamtscore sehr gut ist (Cronbach's alpha = 0,90) und bei einigen Einzelkategorien im akzeptablen Bereich liegt, d.h., dass das ALQI die Lebensqualität insgesamt zuverlässig misst. Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität dargestellt.

4. Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität

Zum Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität liegen aktuell nur wenige Studien vor. Die vorhandenen Untersuchungen unterscheiden sich in der Wahl der Methodik. Einige Forschergruppen (z.B. Brown et al. 2010) untersuchten die Lebensqualität mittels qualitativer Forschungsmethoden, z.B. Interviews, an-

dere wählen eine quantitative Herangehensweise, z.B. über standardisierte Fragebogen oder Tests. Brown und Kollegen (2010) ermittelten anhand einer Interview-Studie mit 25 Probanden mit Aphasie vier Hauptthemen für ein erfolgreiches Leben mit Aphasie: etwas unternehmen, bedeutungsvolle Beziehungen, positive Lebenseinstellung und Kommunikation (vgl. Brown et al. 2010). Allerdings bewerteten nur 3 der 25 Probanden ihre Lebensqualität als sehr gut. Ein Proband beurteilte sie sogar als sehr schlecht. Der Grossteil der Probanden bewegte sich demnach zwischen diesen Extremen (vgl. Brown et al. 2010). Die Forscher erklären dies so, dass sich die Lebensqualität bei Aphasie aus negativen und positiven Faktoren zusammensetzt. Sie unterteilen die Faktoren weiter in solche, die im aktuellen Leben der Probanden präsent sind (z.B. der Lebenspartner), solche, die darauf referieren, wie etwas wäre (z.B. «wenn ich besser sprechen könnte, dann...») und solche, die sich auf den Zustand vor dem Ereignis beziehen (z.B. nicht mehr so kommunizieren können wie vor der Erkrankung). Cruice et al. (2010) fanden durch Interviews mit 30 aphasischen Probanden heraus, dass ein Grossteil (zwei Drittel) der Probanden das Thema Kommunikation im Zusammenhang mit dem Thema Lebensqualität äusserte. Auch in dieser Studie wurden positive und negative Faktoren von Lebensqualität sichtbar. So beurteilten die Probanden

Gespräche mit geliebten Angehörigen insgesamt als positiv, die kommunikativen Einschränkungen im Gespräch aber als negativ. Auch hier zeigten sich, wie bei Brown et al. (2010), dass auch Themen, die sich auf die Zukunft beziehen, im Zusammenhang mit Lebensqualität von Wichtigkeit sind, z.B. der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation in der Zukunft.

Ross und Wertz (2002) fanden in einer quantitativen Studie mit einer Stichprobe von 18 englischsprachigen Probanden mit Aphasie keinen Zusammenhang zwischen Sprache oder Kommunikation und Lebensqualität. Sie vermuten, dass der verwendete WHO-QOL für die Probanden mit Aphasie zu schwierig war. Die einzige Studie mit deutschsprachigen Probanden führten Engell und Kollegen (2003) durch. Untersucht wurden 26 Probanden mit Aphasie. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den sprachlichen Leistungen im AAT und der Lebensqualität, gemessen mit dem ALQI. So korrelierten die Spontansprachskalen automatisierte Sprache, semanti-

sche, phonematische und syntaktische Struktur mit dem Gesamtscore sowie dem physischen und dem psychosozialen Subscore der Lebensqualität ($r_s = -0,40$ bis $-0,63$, $p < 0,05/0,01$). Die Untertests Nachsprechen, Benennen und Schriftsprache zeigen ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit dem ALQI Gesamtscore ($r_s = -0,39$ bis $-0,52$). Die Werte des Token Tests korrelieren mässig mit dem psychischen Subscore des ALQI ($r_s = -0,50$). In der grössten Studie zu Lebensqualität bei Aphasie (Hilari et al. 2003a) zeigte sich bei 83 Probanden ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Kommunikationsfähigkeit, gemessen mit dem «American Speech-Language-Hearing Association – functional assessment of communication skills for adults (ASHA-FACS, Frattali et al. 1995) ($r = 0,46$, $p < 0,01$). Ebenso fanden Cruice et al. (2003) bei 30 Probanden signifikante Zusammenhänge zwischen Sprache und Lebensqualität ($z = 2,1$) und zwischen Kommunikation und Lebensqualität ($z = 2,4$). Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der be-

Tabelle 2: Überblick über Studien zum Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität

	Sprachliche Leistungen ⇔ LQ	Kommunikationsfähigkeit ⇔ LQ
Ross & Wertz (2002)	kein Zusammenhang	kein Zusammenhang
Engell et al. (2003)	signifikanter Zusammenhang	nicht untersucht
Hilari et al. (2003a)	nicht untersucht	signifikanter Zusammenhang
Cruice et al. (2003)	signifikanter Zusammenhang	signifikanter Zusammenhang

schriebenen Studien im Überblick. Zwar liegen einige wenige Studien zum Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität vor, aber nur eine dieser Studien wurde mit deutschsprachigen Probanden durchgeführt (Engell et al. 2003). Allerdings haben diese Autoren nur den Zusammenhang zwischen Sprache und Lebensqualität analysiert. Hier setzt die vorliegende Studie an, indem sie neben Sprache und Lebensqualität auch den Zusammenhang zwischen Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität untersucht. Daraus ergeben sich die folgenden Fragestellungen:

5. Fragestellungen

Wie fallen die sprachlichen Leistungen, die Kommunikationsfähigkeit und die Lebensqualität der untersuchten aphasischen Stichprobe aus?

Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen verschiedenen sprachlichen Leistungen und Lebensqualität bei Aphasie?

- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Aphasie und der Lebensqualität?
- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen den Leistungen in der Spontansprache und der Lebensqualität?
- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen den Leistungen im Nachsprechen, in der Schriftsprache, im Benennen, im Sprachverständnis

und der Lebensqualität?

Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen kommunikativen Fähigkeiten und Lebensqualität bei Aphasie?

Welche weiteren Faktoren können einen Einfluss auf die Lebensqualität bei Aphasie haben?

6. Methode

Im Folgenden wird die Methodik beschrieben, mit der die genannten Fragestellungen bearbeitet wurden.

6.1. Studiendesign und Untersuchungsmaterial

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Die Ebenen Sprache, Kommunikation, Lebensqualität und Depression wurden zu einem Zeitpunkt gemessen. Um die sprachlichen Leistungen zu messen wurde der AAT herangezogen. Die kommunikativen Fähigkeiten wurden mit dem ANELT erfasst. Die Lebensqualität wurde mit dem ALQI beurteilt. Zusätzlich dazu wurde mit Hilfe der Geriatric Depression Scale (GDS, Sheikh, & Yesavage 1986) bewertet, ob ein Proband zum Testzeitpunkt nicht, leicht bis mässig oder schwer depressiv war.

6.2. Stichprobe

Es wurden 27 Probanden in logopädischen Praxen sowie in einem Therapiezentrum rekrutiert. Tabelle 3 zeigt die demographischen Daten der Stichprobe im Überblick.

Tabelle 3: Demographische Faktoren der Stichprobe

Demographische Faktoren	
Stichprobengröße	27
Geschlecht	10 weiblich, 17 männlich
Alter (Jahre)	54 (Standardabweichung: 13, Range: 22 – 72)
time post onset (Jahre, > 1 Jahr gerundet auf 0,25)	4 (Standardabweichung: 3, Range: 0,75 – 17)
Händigkeit	23 rechtshändig, 2 linkshändig, 2 beidhändig
Ätiologie	20 vaskulär, 6 Schädel-Hirn-Traumata, 1 Hypoxie
Schweregrad der Aphasie	9 minimal/kein, 7 leicht, 7 mittel, 2 schwer
Syndromklassifikation	2 Global, 5 Wernicke, 9 Broca, 8 Amnestisch, 3 Restaphasie
Sprechapraxie, Dysarthrie	6 Sprechapraxie, 1 Dysarthrie & Sprechapraxie
Bildung (deutscher Schulabschluss)	16 x 9-10 Jahre, 11 x 12-13 Jahre
aktuell Sprachtherapie	25 ja, 2 nein
Depression (nach GDS)	20 unauffällig, 6 leicht bis mäßig, 1 schwer

6.3. Durchführung und Auswertung

AAT, ANELT, ALQI und GDS wurden anhand der im Handbuch beschriebenen Vorgehensweise durchgeführt und ausgewertet. Die Spontansprachuntersuchung mit dem AAT wurde mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Anhand der Transkripte erfolgte die Bewertung. Die inhaltliche Verständlichkeit der Probanden (ANELT A-Skala) wurde anhand einer fünfstufigen Skala bewertet. Die Skala erstreckt sich zwischen «nicht

verständlich» und «vollständig verständlich». Ausserdem wurden Perzentile, Dezile und Schweregrade ermittelt. Der ALQI wurde quantitativ ausgewertet. Hierbei werden die Anzahl der Beschwerden und die Höhe der Belastung ermittelt⁵. Im ALQI werden diese Masse für alle Items und für die Unterkategorien ermittelt. In der vorliegenden Arbeit wurden neben der Kategorie «Gesamt» die Kategorien «Sprache» und «Kommunikation» betrachtet, um ein genaues Bild der Zusammenhänge von sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen bei Aphasie zur Le-

⁵Das Beschwerde- und das Belastungsmass wurden bereits im Kapitel «Diagnostik der Lebensqualität – das Aachener Lebensqualitätsinventar» erklärt.

bensqualität bei Aphasie zu erhalten. In der GDS ist ein Punktwert zwischen 0 und 15 möglich. Ein Punktwert zwischen 0 und 5 bedeutet, dass keine Depression vorliegt. Ein Punktwert zwischen 5 und 10 zeigt eine leichte bis mässige Depression an. Ein Punktwert über 10 Punkten entspricht einer schweren Depression. Für die Werte des AAT, des ANELT und des ALQI wurden die Mittelwerte, der Range und die Standardabweichung bestimmt. Um die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ebenen zu ermitteln, wurden Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten berechnet.

7. Ergebnisse

Zuerst werden die Testergebnisse der 27 Probanden und dann die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität vorgestellt. Ausserdem werden wei-

tere Einflussfaktoren auf die Lebensqualität bei Aphasie angesprochen.

7.1. Testergebnisse

Im Token Test und im Untertest Sprachverständnis zeigten die Probanden im Durchschnitt eine leichte Beeinträchtigung. In den Untertests Nachsprechen, Schriftsprache und Benennen ergab sich durchschnittlich eine mittelschwere Beeinträchtigung. Die Kommunikationsfähigkeit der 27 Probanden war im Durchschnitt mittelschwer durch die Aphasie betroffen. Für den ALQI, mit dem die Lebensqualität erfasst wurde, liegen keine Schweregradeinteilungen vor. In der Gruppe wurden 31,07 von 117 Beschwerden als zutreffend benannt. Die Belastung lag bei 59,26. Tabelle 4 zeigt die deskriptiven Werte für die sprachlichen Leistungen, die Kommunikationsfähigkeit und die Lebensqualität.

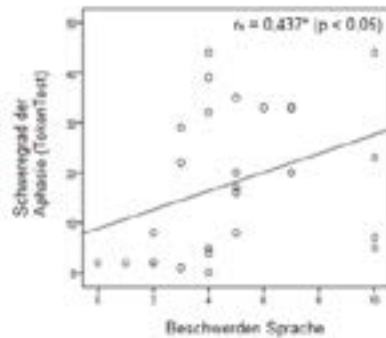
Tabelle 4: Mean (Mittelwert) \pm SD (Standardabweichung) und Range (Wertebereich) für die deskriptiven Ergebnisse

Testverfahren	Untertests / Skalen	Mean	SD	Range
AAT Untertest	Token Test	18,00	14,70	0–44
	Nachsprechen	116,15	22,65	80–148
	Schriftsprache	57,59	25,40	7–90
	Benennen	87,15	24,77	30–117
	Sprachverständnis	94,44	17,17	59–120
AAT Spontansprache	Artikulation und Prosodie	3,48	1,19	1–5
	Automatische Sprache	4,41	1,39	0–5
	Semantische Struktur	3,44	1,42	0–5
	Phonematische Struktur	3,33	1,14	1–5
	Syntaktische Struktur	2,96	1,32	1–5
ANELT	Inhaltl. Verständlichkeit	36,59	12,97	13–50
ALQI	Beschwerden	31,07	17,25	12–78
	Belastungen	59,26	42,41	16–176

7.2. Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen und Lebensqualität

Schweregrad der Aphasie: Der allgemeine Schweregrad einer Aphasie, gemessen mit dem Token Test, korreliert nicht mit der Lebensqualität gesamt. Ebenso zeigt sich kein Zusammenhang mit der Lebensqualität im Bereich Kommunikation. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Anzahl der Beschwerden für die Kategorie Sprache und dem Schweregrad der Aphasie ($r_s = 0,437^*$, $p < 0,05$; siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Schweregrad der Aphasie und Beschwerden im Bereich Sprache



Spontansprache: Zwischen der Lebensqualität und der Artikulation und Prosodie, der automatisierten Sprache, der phonologischen sowie der syntaktischen Struktur besteht kein Zusammenhang. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich allerdings zwischen der semantischen Struktur und der Belastung gesamt. Tabelle 5 stellt diese Ergebnisse dar.

Tabelle 5: Zusammenhang (Spearman Korrelationskoeffizient, r_s) zwischen spontansprachlichen Leistungen (AAT-Spontansprachprofil) und der Lebensqualität (ALQI – Beschwerden und Belastung)

Skalen des AAT-Spontansprachprofils	ALQI: Beschwerden gesamt	ALQI: Belastung gesamt
Artikulation und Prosodie	- 0,266	- 0,138
automatisierte Sprache	- 0,115	0,127
semantische Struktur	0,120	0,425* (p < 0,05)
phonologische Struktur	- 0,006	0,167
syntaktische Struktur	- 0,331	-0,039

AAT-Untertests: Drei der sprachlichen Leistungen in den AAT-Untertests (Benennen, Schriftsprache, Sprachverständnis) stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit den Beschwerden gesamt. Mit der Belastung ergibt sich kein Zusammenhang. Zwischen den Leistungen im Nachsprechen und der Lebensqualität zeigt sich ebenfalls kein Zusammenhang. Tabelle 6 zeigt die Korrelationskoeffizienten.

Tabelle 6: Zusammenhang (r_s) zwischen Leistungen in AAT-Untertests und der Lebensqualität (ALQI – Beschwerden und Belastung)

AAT Untertest	ALQI: Beschwerden gesamt	AIQI: Belastung
Nachsprechen	0,361	0,214
Schriftsprache	- 0,481* ($p < 0,05$)	- 0,354
Benennen	- 0,426* ($p < 0,05$)	- 0,266
Sprachverständnis	- 0,437* ($p < 0,05$)	- 0,326

7.3. Zusammenhang zwischen Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität

Zwischen der Kommunikationsfähigkeit – unabhängig davon, ob diese mit der AAT-Spontansprachskala Kommunikationsfähigkeit oder mit der Skala Inhaltliche Verständlichkeit des ANELT bestimmt wurde – und der Lebensqualität zeigt sich in der vorliegenden Studie kein Zusammenhang (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenhang (r_s) zwischen Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität

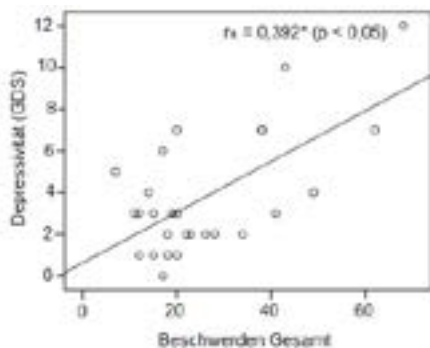
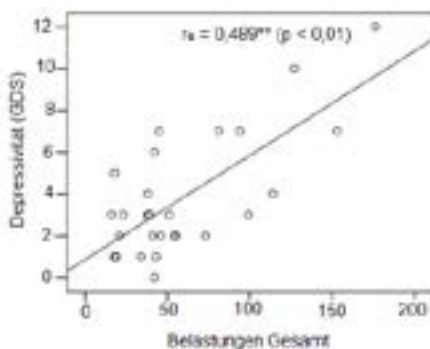
Masse der Kommunikationsfähigkeit	ALQI: Beschwerden gesamt	AIQI: Belastung gesamt
ANELT Inhaltliche Verständlichkeit	- 0,157	0,091
AAT Spontansprachprofil: Skala Kommunikationsfähigkeit	- 0,190	0,133

7.4 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität bei Aphasie

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variablen Geschlecht und der Lebensqualität sowie zwischen der Variablen Depressivität und der Lebensqualität (siehe Tabelle 8). Abbildung 4 und Abbildung 5 zeigen, dass die Beschwerden zunehmen, je depressiver ein Proband ist.

Tabelle 8: Einflussfaktoren (*rs*) auf die Lebensqualität

Variablen	ALQI: Beschwerden gesamt	ALQI: Belastung gesamt
Geschlecht	0,316	0,419* ($p < 0,05$)
Bildung	- 0,063	- 0,266
Ätiologie	0,086	- 0,006
Alter	- 0,129	- 0,180
time post onset	- 0,082	- 0,012
Depressivität	0,392* ($p < 0,05$)	0,489** ($p < 0,01$)

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Depressivität (GDS) und Beschwerden gesamt (ALQI)**Abbildung 5:** Zusammenhang zwischen Depressivität (GDS) und Belastung gesamt (ALQI)

Bildung und Ätiologie haben nach den vorliegenden Ergebnissen keinen Einfluss auf die Lebensqualität (siehe Tabelle 9). Lediglich tendenziell zeigen Probanden mit einer vaskulären Ätiologie eine stärkere Beeinträchtigung in

ihrer Lebensqualität als Probanden mit Schädel-Hirn-Trauma. Jüngere Probanden erleben offenbar in der vorliegenden Stichprobe stärkere Belastungen als die älteren Menschen, was aber nicht signifikant ist.

Tabelle 9: Zusammenhänge (Rohwerte, gerundet) zwischen Einflussfaktoren und Lebensqualität (Werte getrennt nach Untergruppen; für die Faktoren Alter und time post onset wurde der Median als Einteilung gewählt)

Einflussfaktoren	Untergruppen	ALQI: Beschwerden gesamt	ALQI: Belastung gesamt
Geschlecht	weiblich	40	82
	männlich	26	46
Bildung	Volks- oder Hauptschulabschluss	40	80
	Realschulabschluss	27	56
	(Fach) Abitur	26	46
Ätiologie	vaskulär	32	62
	SHT	31	58
Alter (Jahre)	54	33	64
	≥ 54	30	56
time post onset (Jahre)	≤ 3	34	66
	≥ 3	26	48
Depressivität	kleine	21	44
	leichte bis mässige	42	90
	schwere	78	176

8. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse sowie die Methodik werden im Folgenden diskutiert.

8.1. Sprache und Lebensqualität

Dass der Schweregrad der Aphasie mit der Lebensqualität interagiert, lässt sich in einen grösseren Rahmen von Befunden zur Lebensqualität bei einer Behinderung einordnen. So konnten Bellach et al. (2000) an einer Stichpro-

be von 6964 Personen zwischen 18 und 80 Jahren herausfinden, dass eine Behinderung zu einer Verringerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt. Die vorliegende Studie bestätigt dies für eine Beeinträchtigung durch eine Aphasie. Die weiteren Befunde zum Zusammenhang zwischen Sprache und Lebensqualität (semantische Struktur, Sprachverständnis, Schriftsprache...) können unter anderem durch eine teilweise eingeschränkte ge-

sellschaftliche Teilhabe erklärt werden. All dies sind Leistungen, die essentiell sind, um sich in unserer Kulturgesellschaft zurechtzufinden. So behindert ein starkes Defizit in der Schriftsprache die Informationsaufnahme aus der Zeitung oder das Verstehen und Beantworten offizieller Briefe. In den Ergebnissen zeigen sich zudem einige Übereinstimmungen mit der Studie von Engell et al. (2003). Beide Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Schweregrad der Aphasie (Token Test), semantischer Struktur, Token Test, Schriftsprache und Benennen.

8.2. Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität

In der vorliegenden Studie zeigte sich kein Zusammenhang zwischen diesen Ebenen. In den Daten bildet sich lediglich eine leichte Tendenz ab, dass eine bessere Kommunikationsfähigkeit zu weniger Beschwerden führt. Dieser Befund erstaunt, denn bisherige internationale Studien wie die von Hilari et al. (2003a) oder Cruice et al. (2003) beschreiben eine beeinträchtigte Lebensqualität bei grossen kommunikativen Schwierigkeiten. Ein Grund für die abweichenden Ergebnisse in der vorliegenden Studie könnte sein, dass ein Grossteil der Probanden nur leicht in der Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt war und somit der Einfluss auf die Lebensqualität nur begrenzt messbar war.

In der Art der Erhebung von Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität (Selbst- oder Fremdbeurteilung) könnte ebenfalls eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse liegen. Während in der vorliegenden Studie die Einschätzung der Lebensqualität durch eine Selbstbeurteilung erfolgte, fand für die Kommunikationsfähigkeit eine Fremdbeurteilung statt. In anderen Studien (z.B. Bose et al. 2009), in denen sich für Personen mit Aphasie verglichen mit Personen ohne Aphasie eine signifikant schlechtere Lebensqualität zeigte, und die Lebensqualität bezogen auf die Kommunikation (SAQOL-39, Subdomäne Kommunikation) als am deutlichsten beeinträchtigt beschrieben wurde, wurde die Kommunikationsfähigkeit von den Probanden selber bewertet. Offenbar kann demnach über eine Selbstbewertung ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Kommunikationsfähigkeit abgebildet werden. Damit zeigt sich wiederum, dass die subjektive Einschätzung einzelner Fähigkeiten in besonderem Masse auf die Bewertung der eigenen Lebensqualität zurückwirkt.

8.3. Einflussfaktoren auf die Lebensqualität

Auch Bellach und Kollegen (2000) sowie Einsle (2007)⁶ beschreiben, dass Frauen stärker in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt sind als Männer. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, bei der Frauen im ALQI deutlich mehr Belastung angaben. Der zweite in der Untersuchung gefundene Zusammenhang zwischen Depressivität und Lebensqualität wird sowohl in krankheitsübergreifenden als auch in aphasienspezifischen Studien beschrieben (z. B. Pukrop 2003, Hilari et al. 2003a, Engell et al. 2003): Offenbar ist die Lebensqualität grösser, wenn keine Depression vorliegt. Pukrop (2003) geht in seiner Diskussion sogar so weit zu sagen, dass Lebensqualität und Depression zwei Pole eines Konstrukts seien. Kein signifikanter Zusammenhang, aber eine Tendenz, zeigte sich dahingehend, dass bei zunehmender Dauer der Aphasie die Lebensqualität verglichen mit dem Stand zu Beginn der Erkrankung zu steigen scheint.

9. Ableitungen für die Forschung und Praxis

Diese Studie ist die bislang erste deutschsprachige Studie, die den Zusammenhang zwischen Sprache und Lebensqualität sowie zwischen Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität an einer grösseren Gruppe aphasier Personen untersucht hat. Nachdem Engell et al. (2003) die Bereiche Sprache und Lebensqualität beleuchtet hatten, liefert die vorliegende Arbeit darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Sprache, Kommunikation und Lebensqualität. Im letzten Abschnitt wird nun ein Ausblick für die Forschung wie für die Praxis gegeben.

Die Messung der Lebensqualität eignet sich gut, um den Transfer der Erfolge in der Rehabilitation, d.h. die soziale Validität des Therapieergebnisses zu erfassen (vgl. Cruice et al. 2003). Zwar kann, z.B. mit dem AAT, eine sehr detaillierte Verlaufsdagnostik angefertigt werden. Aber nur die Messung von alltagsrelevanten Konstrukten wie Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität gibt Auskunft darüber, ob eine Therapie zu mehr Selbstständigkeit und Zufriedenheit im Alltag führt.

Durch die Untersuchung von Kommu-

⁶Bellach und Kollegen (2000) untersuchten 6964 Probanden mit Behinderungen durch verschiedenste Erkrankungen. Einsle (2007) analysierte die Daten von 687 Probanden mit Herzrhythmusstörungen, davon 29% weiblichen Geschlechts.

nikation und Lebensqualität wird die Grundlage für die Definition von Therapiezielen auf der Ebene von Aktivität und Teilhabe gelegt. So könnten gemeinsam mit dem Patienten, neben der Verbesserung der sprachlichen Symptome, z.B. die Verbesserung der Kommunikation im Alltag und der Lebensqualität als Ziele der Therapie gewählt werden. Dazu wäre allerdings eine Operationalisierung des Konstrukts Lebensqualität durch die Forschung notwendig. Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn ein allen zugängliches, standardisiertes Verfahren zur Messung der Lebensqualität bei deutschsprachigen Personen mit Aphasie entwickelt, evaluiert und publiziert werden würde.

Die Diagnostik von Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität kann über bereits bestehende Verfahren wie den ANELT und das ALQI erfolgen, sie kann aber durch eine qualitative Befragung der Person mit Aphasie und der Angehörigen umgesetzt werden. «Gespräche bieten sich für die Erfassung relevanter Aspekte aphasischen Gesprächsalltags an, der aufgrund seiner individuellen Kontexte nicht in einer standardisierten Testung (Ebene der Körperfunktionen) abbildbar ist» (Bauer & Schütz 2011, 43). Die gewonnenen Informationen sollten dann in die Therapie einfließen. Wird in der Therapie neben der Aphasie eine Depression sichtbar, sollte frühzeitig an qualifizierte Kollegen

(Psychotherapie, Psychologie) überwiesen werden. Auch Hilari et al. (2003a) weisen auf die klinische Bedeutung dieses Zusammenhangs hin: Es sei sehr wichtig, eine Depression neben einer Aphasie gezielt zu behandeln.

Auch mit der ICF wird dafür plädiert, Aktivität und Partizipation als Mass für den Therapieerfolg anzulegen. Dies beschreiben auch Grötzbach und Iven (2009, 7f):» «Nach der ICF geht es nicht mehr länger darum, ein Symptom oder ein Bündel von Symptomen zu reduzieren, sondern es geht ganz konsequent darum, die Lebensqualität eines Patienten zu steigern.» International wurden bereits Therapieverfahren zur Verbesserung der Lebensqualität entwickelt (z. B. Kagan 1998). Im deutschsprachigen Raum evaluieren momentan Corsten et al. (2011) einen biographisch-narrativen Ansatz zur Steigerung der Lebensqualität. Solche Interventionsansätze, die direkt auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielen, sollten im Sinne der ICF und einer sozial validen Therapie weiterentwickelt und evaluiert werden.

Literatur

- Bauer, A., Schütz, S. (2011). Angehörigenfragebögen für die Aphasietherapie. Vorwort zum neuen Online-Archiv «Angehörigenfragebögen». In: *Aphasie und verwandte Gebiete* 1, 41-50.
- Bellach, B.-M., Ellert, U., Radoschewski, M. (2000). Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43/3, 210–216.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W.B. & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care* 19/8, 787–805.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Pollard, W. E., Martin, D. P. & Gilson, B.S. (1976). The Sickness Impact Profile: Validation of a Health Status Measure. *Medical Care* 14/1, 57–67.
- Bilda, K., Matzner, K., Jochims, H., Breitenstein, C., Bildat, L. & Müller-Dohm, B. (2008). Videogestütztes Konversationstraining in der Aphasietherapie – eine Therapiestudie. *Forum Logopädie* 22/5, 22–27.
- Birnbacher, D. (1998). Der Streit um die Lebensqualität. In: Joachim Schummer (Hg.): *Glück und Ethik*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 125–145.
- Blomert, L., Kean, M.-L., Koster, Ch., Schokker, J. (1994). Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: construction, reliability and validity. *Aphasiology* 8/4, 381-407.
- Blomert, L., Buslach, D. (1994). Funktionelle Aphasiediagnostik mit dem Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). *Forum Logopädie* 2, 3–6.
- Bose, A., McHugh, T., Schollenberger, H., Buchanan, L. (2009). Measuring quality of life in aphasia: Results from two scales. *Aphasiology* 23/7–8, 797–808.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., Howe, T. (2010). Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology* 24/10, 1267–1295.
- Brunner, C., Steiner, J. (2009). ANELT Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test deutsche Fassung. Entwickelt von Blomert & Buslach 1994. Online verfügbar unter <http://www.hfh.ch/webautor-data/79/ANELT-Endversion.pdf>, zuletzt geprüft am 13.01.2013.
- Bucher, P. O. (2006). ICF-orientierte Sprachrehabilitation bei Aphasie. In H. P. Rentsch, P. O. Bucher: *ICF in der Rehabilitation*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 135–157.
- Bullinger, M., Mohrfeld, M. (2007). Der SF-36 Health Survey. In: O. Schöffski & J.-M. Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 387–402.
- Buslach, D. C., Stockert, T. R von, Blomert, L. & Schaap, Th. (1991). ANELT Normierung der deutschen Fassung. Unveröffentlichte Unterlagen zum Einführungsseminar in der Abteilung für Neuropsychologie, Städtisches Krankenhaus München.

- Corsten, S., Hardering, F., Bröckel, M. (2011). Der biografisch-narrative Ansatz in der Intervention bei Aphasie. *Forum Logopädie* 6/25, 6–11.
- Cruice, M., Hill, R., Worrall, L., Hickson, L. (2010). Conceptualising quality of life for older people with aphasia. *Aphasiology* 24/3, 327–347.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology* 17/4, 333–353.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology* 54, 403–425.
- DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. URL: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf, zuletzt geprüft am 13.01.2013.
- Einsle, F., Weidner, K., Nitschke, M., Stöbel-Richter, Y., Bley, S., Neumann, K. & Köllner, V. (2007). Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16/4, 161–170.
- Engell, B., Hütter, B.-O., Willmes, K. & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology* 17/4, 383–396.
- Frattali, C., Thompson, C. K., Holland, A.L., Wohl, C. B., Ferketic, M. K. (1995). *American Speech-Language-Hearing Association functional assessment of communication skills for adults*. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association.
- Grötzbach, H., Iven, C. (Hg.) (2009). *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis*. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hilari, K., Northcott, S., Roy, P., Marshall, J., Wiggins, R. D., Chartaway, J. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: the first six months. *Clinical Rehabilitation* 24, 181–190.
- Hilari, K., Byng, S. (2009). Health-related quality of life in people with severe aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders* 44/2, 193–205.
- Hilari, K., Wiggins, R., Roy, P., Byng, S., Smith, S. (2003a). Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology* 17/4, 365–381.
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., Smith, S. C. (2003b). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) – Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke* 34, 1944–1950.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology* 12/9, 816–830.
- Langen, de E. G. (2010). Pragmatisch-funktionale Methoden der Aphasiediagnostik. In

- G. Blanken und W. Ziegler (Hg.): Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter. Aachen: Hochschulverlag, 77–99.
- Niemi, M.L., Laaksonen, R., Kotila, M. & Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 19/9, 1101–1107.
- Patrick, D. L., Erikson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clinical nutrition* 7, 53–63.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität: Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Der Nervenarzt* 74/1, 48–54.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Konzepte und Masse. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43/3, 165–189.
- Ross, K., Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology* 17/4, 355–364.
- Ruiter, M. B., Kolk, H. H. J., Rietveld, T. C. M., Dijkstra, N. & Lotgering, E. (2011). Towards a quantitative measure of verbal effectiveness and efficiency in the Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). *Aphasiology* 25/8, 961–975.
- Schomacher, M., Baumgärtner, A., Winter, B., Lohmann, H., Dobel, C., Wedler, K. (2006). Erste Ergebnisse zur Effektivität eines intensiven und hochfrequent repetitiven Benenn- und Konversationstrainings bei Aphasie. *Forum Logopädie* 20/4, 22–28.
- Sheikh, J. I. & Yesavage J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink, T. L. (Hrsg.): *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: The Haworth Press, 165–173.
- Steiner, J. (2009). Dialogisch orientierte Verfahren in der Aphasiediagnostik - ein Überblick. *SAL-Bulletin* 134/2, 5–20.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 30/6, 473–483.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2, 153–159.
- Worrall, L. E., Holland, A. L. (2003). Editorial: Quality of life in aphasia. *Aphasiology* 17/4, 329–332.

Korrespondenzadresse:

Marie Leienbach, M. A.
Hochschule für Gesundheit Bochum
Universitätsstrasse 105
D-44789 Bochum
marie.leienbach@hs-gesundheit.de

Leben mit einer Aphasie – krankheitsverarbeitende Prozesse als Weg zu einer verbesserten Lebensqualität

Julia Stiegert & Sandra Schütz

Zusammenfassung

Im Fokus dieses Beitrages steht die lebensqualitätsorientierte Ausrichtung sprachtherapeutischer Handlungsmöglichkeiten innerhalb des Aphasie-Managements. Aphasie und Lebensqualität – diese beiden Komponenten werden zunehmend miteinander in Verbindung gebracht. Zweifellos wirken sich aphasielbedingte Sprachbarrieren negativ auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen aus. Dennoch besteht bis heute Uneinigkeit darüber, in welchem Ausmass eine Aphasie die einzelnen Bereiche der Lebensqualität beeinflusst. Die Betroffenen müssen, neben den sprachlichen Beeinträchtigungen, den Umgang mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld neu erlernen. Unterschiedliche Charakterzüge und individuelle Lebenserfahrungen führen dabei meist zu unterschiedlichen Sichtweisen auf das eigene Leben und das soziale Umfeld. Dieses Phänomen soll durch die vorliegende Einzelfallstudie näher beleuchtet werden. In welchem Ausmass unterscheiden sich Personen mit vergleichbaren Störungsprofilen einer aphasischen Störung in ihrer subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität? Welche personenbezogenen Faktoren könnten bei der Krankheitsverarbeitung eine Rolle spielen und zu einer verbesserten subjektiven Lebensqualität führen?

Basierend auf diesen Fragestellungen wurden im Rahmen der hier vorliegenden multiplexen Einzelfallstudie einige Aphasie-Betroffene (N = 4) mit vergleichbarem Schweregrad einem Testprotokoll bestehend aus Teilbereichen des «Aachener Aphasie Tests / AAT» (Huber et al. 1983) und dem Selbstbeurteilungsfragebogen «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version / SAQOL-39» (Hilari 2003) – deutsche Adaptation (Stiegert 2012) – unterzogen. Die einzelnen Untertests des AAT (Huber et al. 1983) dienten dabei der Überprüfung, ob ein ausreichendes Sprachverständnis zur Selbstbeurteilung aufseiten der Probanden vorhanden ist sowie vergleichbar milde Schweregrade der Aphasie vorliegen. Anhand des «SAQOL-39» (Hilari 2003) konnte durch die Befragung der Betroffenen selbst die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität in verschiedenen Bereichen erfasst und beschrieben werden. Durch ein ähnliches sprachliches Leistungsprofil der vier Probanden (gemessen anhand des AAT) wurde eine gute Vergleichsbasis geschaffen, um interindividuelle Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens (gemessen anhand des SAQOL) abzuleiten. Anhand einer ausführlichen Persönlichkeitsbeschreibung der vier Studienteilnehmer mit sozialanamnestischen Angaben wurde versucht, lebensqualitätsbezogene Unterschiede personenspezifisch zu analysieren.

Die Ergebnisse zeigen stark variiende subjektive Einschätzungen hinsichtlich der Lebensqualität trotz objektiv vergleichbaren sprachlichen Einschränkungen zwischen den einzel-

nen Probanden. Es blieb zunächst unumstritten, dass sich eine Aphasie negativ auf die psychosoziale Befindlichkeit der Betroffenen auswirkt. Die Probanden unterschieden sich allerdings bei vergleichbarem Schweregrad der Aphasie hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Die allgemeine Lebensqualität scheint also eine variable, personenspezifische Grösse darzustellen, die je nach Individuum von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden kann. Es besteht offensichtlich keine direkte Abhängigkeit der Lebensqualität von den aphasierelevanten Sprachbarrieren. Für weitere Studien sollte eine grössere Stichprobe herangezogen werden, in denen man die krankheitsverarbeitenden Prozesse der Personen standardisiert untersucht.

Schlüsselwörter: Lebensqualität – Aphasie-Schweregrad – Krankheitsverarbeitung – Adaptation – Persönlichkeitsfaktoren

Living with aphasia – personal coping strategies as a way of reaching an increased quality of life

Summary

Health-related quality of life is a key outcome in clinical trials. This study focuses on aspects of quality of life in the context of clinical decisions and rehabilitation outcomes for stroke survivors with aphasia.

Quality of life in aphasia – there is currently a wealth of research dealing with the health-related quality of life of aphasic stroke patients. It is unquestionable that speech disorders like aphasia have a negative impact on certain aspects of quality of life. But still the influence of being aphasic on different facets of quality of life is unknown. Beside the speech disorders the people with aphasia have to handle their social background and themselves in a new way. Hence, different character traits and individual varying life experiences can lead to different points of view concerning the social well-being and quality of life. This phenomenon is the subject of the present multiple case study. To what extent do persons with comparable severity of aphasia differ in their subjective judgments concerning quality of life? Which personality factors could be important for the adaption to speech disorders and the corresponding coping strategies?

In this multiple-case study two measures – the «Aachener Aphasie-Test / AAT» (Huber et al. 1983) and the «Stroke and Aphasia quality of Life Scale-39 item version / SAQOL-39» (Hilari 2003) german adaptation (Stiegert 2012) – were administered to four aphasic persons with comparable severity of aphasia. Specific subtests of the «AAT» (Huber et al.

1983) were selected to guarantee that the participants had a sufficient ability for speech comprehension to complete the «SAQOL-39» (Hilari 2003) – german adaptation by self – report. The tests of the «AAT» (Huber et al. 1983) should also indicate that the aphasia severity levels were comparably mild. The «SAQOL-39» (Hilari 2003) incorporates the patients' views about health-related quality of life, so that different aspects of quality of life could be individually assessed. Based upon a detailed personal description of the four participants including social-anamnestic data a personal specific analysis of different facets of quality of life could be achieved.

The results of this study suggest that although the quality of life is negatively affected by aphasia there is considerable individual variation in aphasia's impact on the quality of life. Thus the severity of aphasia is not predictive for one's social well-being and emotional health. The adaptation to the speech disorder as well as the personal coping strategies decide on the extent of the influence the aphasia has on health-related quality of life. For further and standardized investigations a greater random sample should be incorporated.

Key words: quality of life – aphasia severity – coping with illness – adaptation – personality factors

Vivre avec l'aphasie – capacités d'adaptation pour accéder à une qualité de vie meilleure

Résumé

Actuellement de nombreuses recherches s'intéressent à la qualité de vie des patients aphasiques ayant souffert d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Cette étude porte sur les aspects de la qualité de vie dans le contexte des décisions cliniques et des résultats de réhabilitation logopédiques pour les survivants d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) présentant une aphasie. Il est incontestable que des troubles du langage comme l'aphasie ont un impact négatif sur certains aspects de la qualité de vie, cependant la réelle ampleur de l'influence des symptômes d'une aphasie sur les différents domaines de la qualité de vie demeure malconnue. Les personnes concernées doivent, mis à part leurs troubles du langage, renouer avec eux même et leur environnement social. Causé par des traits de caractère et expériences individuelles, différents points de vue sur leur propre vie et leur milieu social existent. Notre étude vise à examiner ce phénomène. A quel point les personnes ayant un profil similaire de troubles aphasiques se différencient-elles dans la perception de leur qualité de vie? Quels facteurs personnels pourraient jouer un rôle lors du processus de réhabilitation et contribuer à une meilleure qualité de vie?

Dans le cadre d'une étude de cas multiples, un groupe de patients souffrant d'aphasie (N= 4) a été soumis à une série d'évaluations constituée de sous-tests du «Aachener Aphasie Test / AAT» (Huber et al. 1983) et d'un questionnaire – adaptation en allemand (Stiegert 2012) – d'autoévaluation subjective de la qualité de vie, «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version / SAQOL-39» (Hilari 2003). Les sous-tests du «AAT» (Huber et al. 1983) permettaient d'évaluer d'une part si les capacités de compréhension étaient suffisantes pour répondre au questionnaire, et d'autre part de mesurer la sévérité de l'aphasie. A l'aide du «SAQOL-39» (Hilari 2003) différents aspects de la qualité de vie perçue subjectivement par le patient ont pu être recensés. Avec les participants présentant une aphasie de sévérité similaire (résultats à l' AAT), une base de comparaison a pu être constituée, permettant de mettre en évidence les différences interindividuelles du bien-être subjectif (mesuré avec le SAQOL).

Les résultats montrent, qu'il y a des estimations divergentes concernant la qualité de vie individuelle (mesuré avec le SAQOL) malgré un profil similaire de troubles aphasiques entre les participants (résultats à l'AAT). Bien que la qualité de vie soit affectée négativement par l'aphasie pour tous les patients, des variations individuelles importantes concernant l'impact d'une aphasie sur la qualité de vie sont à prendre en compte. Malgré un profil d'aphasie similaire pour les quatre participants, ces derniers se différencient quant à leur qualité de vie. Ainsi, la gravité de l'aphasie n'est pas seule prédictive pour la santé et le bien-être émotionnel et social. Les traits de caractère et expériences individuelles, ainsi que les stratégies personnelles d'adaptation aux troubles de langage déterminent l'étendue de l'influence de l'aphasie sur la qualité de vie.

Mots-clés : qualité de vie – sévérité de l'aphasie – assimilation pour cause de maladie – adaptation – facteurs personnels

1. Das Selbstverständnis von Gesundheit und Krankheit

«Gesundheit ist weniger ein Zustand als vielmehr eine Haltung, die mit der Freude am Leben gedeiht.»

(Thomas von Aquin 1224 – 1274)

Das Konstrukt «Gesundheit» wird von Klienten jedoch oftmals als ein Zustand wahrgenommen, der sich durch die Abwesenheit von Krankheit und Leid auszeichnet. Ungeachtet der Erkrankung wird von den Betroffenen meist lange Zeit die Hoffnung gehegt, wieder den prämorbidem Zustand erreichen zu können, frei von allen Beschwerden und Einschränkungen (Grötzbach 2012, Tesak 2001).

Innerhalb des therapeutischen Prozesses geht es jedoch weniger um die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit als vielmehr um den Aufbau einer Akzeptanz der veränderten Lebensumstände, um den Betroffenen dadurch zu einem neuen Selbstverständnis von Gesundheit zu verhelfen (Tanner & Gerstenberger 1988). Dies lässt eine neue Fragestellung hinsichtlich der Erkrankung aufkommen. Im Allgemeinen geht es nicht mehr um die Frage «wann und wie werde ich wieder vollkommen gesund?», sondern darum, wie mit einer bestehenden Beein-

trächtigung umgegangen werden kann, um eine Teilhabe an den Lebensbereichen zu ermöglichen, die für die Betroffenen wichtig sind (DIMDI 2005, Grötzbach 2012).

Die Art und Weise, wie Betroffene ihren Gesundheitszustand erleben und damit umgehen, rückt als therapeutisches Bewertungskriterium zunehmend in den Vordergrund. Diese veränderte Sichtweise wird durch den Begriff «Lebensqualität» schlagwortartig in den Vordergrund gebracht. Die Verbesserung sowie die explizite Erfassung der Lebensqualität erkrankter Menschen und nicht mehr allein die Veränderung klinischer Symptome nehmen daher in der Medizin einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein (Bullinger 1997). Wie kann man nun aber etwas verbessern, das so schwer zu fassen und objektiv zu beschreiben ist? Gibt es Indikatoren, an denen man anknüpfen kann, um die Lebensqualität gezielt zu beeinflussen?

Im weiteren Verlauf werden theoretische Grundlagen zum Thema «Aphasie und Lebensqualität» erläutert, die die Basis für die anschließende Untersuchung darstellen. Mehrere Einzelfälle (N = 4) wurden beobachtet, um zu untersuchen in welchen Lebensbereichen sich die Betroffenen aufgrund ihres Schlaganfalls besonders beeinträchtigt sahen. Durch eine vergleichende Analyse zwischen den Probanden sollten Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede hinsichtlich der subjektiv

wahrgenommenen Lebensqualität herausgearbeitet werden. Mögliche interindividuelle Unterschiede wurden anschliessend auf der Grundlage zweier theoretischer Modelle zur Krankheitsverarbeitung interpretiert.

2. Lebensqualität im medizinischen Kontext

Die Erhöhung der Lebensqualität stellt zweifellos ein attraktives Ziel dar, erscheint aber ohne die jeweils zugrundeliegenden theoretischen Konzepte des Terminus «Lebensqualität» als utopisch (Bullinger 1997).

Innerhalb der Medizin hat sich der Begriff «*gesundheitsbezogene Lebensqualität*» etabliert, durch den spezifische Bereiche genannt werden, die durch Gesundheit bzw. Krankheit beeinflusst sein können. Im Rahmen qualitativer Studien zur patientenbezogenen Definition der Lebensqualität nach einem Schlaganfall konnte gezeigt werden, dass diese einzelnen Bereiche der Lebensqualität teilweise intersubjektiv vergleichbar sind und die in Abbildung 1 dargestellten Bereiche umfassen (Bullinger 1997, Cruice 2010, Majani et al. 1999).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Körperliche Funktionsfähigkeit

Psychisches Befinden

Funktionale Kompetenz

Soziale Kompetenz

Abb. 1: «Lebensqualität» als multidimensionales Konstrukt (Bullinger 1997, Cruice 2010, Majani et al. 1999)

2.1. Aphasie und Lebensqualität: Adaptation und Krankheitsverarbeitung

Ein Schlaganfall äussert sich als ein plötzlich auftretendes, akutes Ereignis, das jedoch weitreichende Funktionsstörungen nach sich ziehen kann, welche die Menschen aufgrund einer Chronifizierung lebenslang begleiten können (Tesak 2001). Die Beeinträchtigungen auf der Funktionsebene (DIMDI 2005) können dabei ganz unterschiedliche Facetten annehmen: mehr oder weniger komplexe Störungen des Sprachsystems, halbseitige Hemiparesen bzw. -plegien sowie weitere neurologische und neuropsychologische Begleitscheinungen. Diese Variablen wirken sich auf die Lebensqualität der Betroffenen aus. In welchem Ausmass diese beeinträchtigt ist, entscheidet sich u.a.

nach Krankheitsverlauf und persönlichem Bedingungsgefüge der Erkrankten (Grötzbach et al. 2012).

Bei Schlaganfall-Betroffenen ohne klinisches Bild einer Aphasie werden in erster Linie die Bereiche *körperliche Funktionsfähigkeit* und *psychisches Wohlbefinden* betrachtet (Brumfitt 1993, Cruice 2010). Wenn aber zusätzlich eine Aphasie auftritt, wird die Lebensqualität der Betroffenen zudem durch sprachliche sowie kommunikative Einschränkungen beeinflusst. Demzufolge spielt innerhalb des Aphasie-Managements die Komponente *Lebensqualität* eine besondere Rolle (Cruice et al. 2003, Grötzbach & Iven 2009, Worrall & Holland 2003).

Es besteht Einigkeit darüber, dass sich individuelle Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen einer Aphasie auf das subjektive Wohlbefinden erkennen lassen (Najman & Levine 1981, Ross & Wertz 2003, Worrall & Holland 2003). Verschiedene Klienten mit objektiv gesehen gleichem Gesundheitszustand treffen oftmals ganz unterschiedliche Aussagen zu den einzelnen Bereichen der Lebensqualität (Stöckl 2009).

Modelle der Krankheitsverarbeitung können dabei helfen, die psychosozia-

le und funktionale Adaptation an eine Aphasie zu beschreiben. Im Folgenden werden zwei Adaptationskonzepte kurz vorgestellt.

2.2. Phasenmodell nach Tanner und Gerstenberger

Aufgrund einer häufig auftretenden Chronifizierung der sprachlichen Symptome sind zahlreiche Menschen mit einer Aphasie herausgefordert, die Sprachstörung und ihre Folgen als bleibendes Problem zu erkennen und zu akzeptieren (Tanner & Gerstenberger 1988, Tesak 2007). Diese Akzeptanz stellt auch im «Phasenmodell nach Tanner & Gerstenberger» (1988) ein entscheidendes Kriterium gesundheitsbezogener Massnahmen dar.

Im Zentrum des Modells steht die Verarbeitung eines lebensverändernden Verlustes. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Menschen zwar in ihren Reaktionen auf die Erkrankung unterscheiden, dennoch scheinen sich im Prozess der Krankheitsverarbeitung bestimmte Phasen in ähnlicher Weise abzubilden (Tesak 2007). Theoretisch wird angenommen, dass Betroffene in diesem Modell vier Phasen der Krank-



Abb. 2: Phasenorientierte Abbildung der Krankheitsverarbeitung nach Tanner und Gerstenberger (1988)

heitsverarbeitung durchlaufen (Abb. 2). Christensen (1997) und Brumfitt (1993) sprechen bei der letzten Phase «Akzeptanz» auch vom Aufbau eines neuen Selbstwert- und Identitätsgefühls nach dem Schlaganfall. Es wird davon ausgegangen, dass eine soziale Isolation aufseiten der Aphasie-Betroffenen oftmals zu einer tiefgreifenden Verunsicherung der Identität führt (Brumfitt 1993, Shadden 2005). Die Entwicklung eines neuen positiven Selbstbildes als «Mensch mit Sprachbarriere» wird daher als ein Fernziel definiert (Brumfitt 1993, Christensen 1997).

Kennzeichnend für dieses Modell ist die Abstraktion der Krankheitsverarbeitung unabhängig von unterschiedlichen Persönlichkeitsfaktoren (Bullinger 1997). Die inter- und intrapersonelle Variabilität der Bewältigungsprozesse und -strategien bleibt unberücksichtigt (Gainotti 1997). Eine immer gleiche chronologische Abfolge der Phasen ist jedoch kritisch zu sehen, da die Bewältigung individuell und nicht nur in eine Richtung verläuft (Pössl & Kühne 2010).

2.3. Coping – Modell nach Lazarus und Folkman

Das «Coping-Modell» nach Lazarus und Folkman (1984) zeichnet sich demgegenüber durch eine Zentralstellung des Individuums aus und besagt, dass die Krankheitsverarbeitung sowie der Umgang mit der Aphasie nicht personenübergreifend erfasst werden kann. Die

Adaptation an eine Aphasie wäre demnach nur intraindividuell beschreibbar und variiert von Person zu Person (Lazarus 1993).

Beeinträchtigungen bzw. Belastungen, wie beispielsweise eine Aphasie, führen laut dem «Coping-Modell» zu Situationen, die aufgrund eingeschränkter Reaktionsmöglichkeiten, wie durch den Verlust der Sprache, als Stresssituationen wahrgenommen werden. Als Reaktion darauf entwickeln die Personen individuelle Bewältigungsstrategien, die durch die Handlungsalternativen, welche die Betroffenen in dieser Situation und vor ihrem persönlichen Hintergrund für sich sehen, bedingt werden. Das Erleben sowie die Bewertung der Krankheitsfolgen und eine entsprechende Reaktion werden daher an konkrete Situationen und insbesondere an die spezifischen Bewältigungsstrategien der Betroffenen geknüpft, was keine verallgemeinerbaren Aussagen der Krankheitsverarbeitung über mehrere Personen hinweg zulässt (Lazarus 1993, Lazarus & Folkman 1984). Persönlichkeitsfaktoren, die die Betroffenen schon vor der Erkrankung auszeichneten, bestimmen dabei in starkem Masse den Prozess der Krankheitsverarbeitung (Herrmann 1997).

Auf der Basis von objektiven Daten hinsichtlich der Symptomatik können daher oftmals keine zuverlässigen Aussagen über die Lebensqualität abgeleitet werden, da individuelle Reaktionen auf das Krankheitsbild die Lebensqualität

massgeblich mitbestimmen (Najman & Levine 1981). Diese Annahme erfordert eine lebensqualitätsorientierte Ausrichtung des diagnostischen Prozesses bei einer Aphasie.

3. Lebensqualität als diagnostischer Gegenstand

Gängige syndrom- und ursachenorientierte Diagnostikinstrumente fokussieren überwiegend auf die Erfassung der linguistischen Funktionen von Personen mit einer Aphasie. Die subjektive Bewertung der Sprachstörung wird dabei oftmals zu wenig beachtet (Niemi et al. 1988, Ross & Wertz 2003).

Daraus resultiert die Aufgabe, den Bereich «gesundheitsbezogene Lebensqualität» in den diagnostischen Prozess mit einzubeziehen und die rein ursachen- bzw. symptomorientierte Diagnostik bewusst durch lebensqualitätsbezogene Messinstrumente zu ergänzen (Michallet et al. 2003). Der persönliche Umgang mit der Sprachstörung sowie die Folgen für die individuelle Lebenssituation rücken neben den sprachlichen Leistungen zunehmend in den Vordergrund (Herrmann 1997).

Eine bevorzugte Methode, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erfassen, stellt die strukturierte Befragung der Betroffenen mittels geeigneter Fragebogen dar (Berzon et al. 1993, Sarno 1997). Diese standardisierten Messverfahren vermitteln einen Einblick in die Lebenssituation der Betroffenen,

der sich durch eine bloße Untersuchung gestörter Körperfunktionen niemals erreichen lässt (Grötzbach 2012). Die Lebensqualität kann dabei durch die Klienten selbst bewertet und vergleichbar gemacht werden. Dadurch gewonnene Informationen können sowohl der Wirksamkeitsprüfung und Bewertung von Therapien dienen, als auch zu deren Planung und Schwerpunktlegung herangezogen werden (Worrall & Holland 2003).

Ein allgemeiner Überblick über spezifische Verfahren zur Selbstbeurteilung befindet sich bei Böhlau et al. (2013). Im Folgenden wird ein spezifischer Selbstbeurteilungsfragebogen zur lebensqualitätsbezogenen Beschreibung einer Aphasie vorgestellt, der im Rahmen dieser Arbeit ins Deutsche übersetzt wurde und als Grundlage der experimentellen Untersuchung diente.

3.1. «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version» / SAQOL-39

Ein Schlaganfall hat oftmals subjektive Folgen, die von Aussenstehenden nicht ausreichend beurteilt werden können. Der Einsatz von schlaganfallspezifischen Selbstbeurteilungsfragebogen, wie beispielsweise die «Stroke Specific Quality of Life Scale» / SS – QOL (Williams et al. 1999) zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der psychosozialen Folgen, gewinnt daher zunehmend an Bedeutung.

Das Problem, mit dem sich die Sprachtherapie konfrontiert sieht, ist die Tatsache, dass zahlreiche solcher Fragebogen unter Ausschluss von Klienten mit einer aphasischen Störung evaluiert wurden (Hilari et al. 2003). Es galt meist die Annahme, dass Betroffene mit einer Aphasie aufgrund ihrer Sprachstörung nicht in der Lage seien, Fragen über sich adäquat zu beantworten (Worrall & Holland 2003). Laut Hilari et al. (2003) werden dadurch jedoch genau diejenigen von der Untersuchung ausgeschlossen, die aufgrund ihrer kommunikativen Beeinträchtigungen eigentlich am stärksten von sozialer Isolation und Zurückweisung betroffen sind (Hilari et al. 2003). Dies zeigt die Bedeutsamkeit auf, für den klinischen Alltag Fragebogen zu entwickeln und zu verwenden, die den spezifischen Ansprüchen von Personen mit einer Aphasie gerecht werden und die deren Sichtweise in die Therapie mit einbeziehen (de Langen 2010).

Eine Modifikation der «Stroke Specific Quality of Life Scale» / SS-QOL (Williams et al. 1999) durch Hilari (2003) führte zur «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version»/SAQOL-39, einem aphasikerfreundlichen Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach einem Schlaganfall (Hilari 2003).

Basierend auf einem mehrdimensionalen Konstrukt der Lebensqualität setzt sich der Fragebogen aus vier einzelnen

Komponenten zusammen, die insgesamt 39 Items beinhalten. Die physische Domäne beinhaltet Fragen, die stellvertretend für das physische Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen stehen. Darunter fallen Aspekte der Selbstversorgung (SV), der Mobilität (M), der Hausarbeit (A), der Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten (OE) und des Einflusses des physischen Befindens auf das Sozialleben (PS). Um die psychosozialen Folgen nach einem Schlaganfall, wie beispielsweise soziale Isolation und Rückzug der Betroffenen, differenzierter erfassen zu können, entstand die Domäne «psychosozialer Status». Diese beinhaltet Fragen zur Kognition (K), Persönlichkeit (P), Stimmungslage (ST) und zum Privatleben (PL) der Betroffenen. Items der Kategorie «kommunikative Fähigkeiten» beschreiben die allgemeinen sprachlichen Symptome (S) sowie den persönlichen Umgang mit der Sprachbeeinträchtigung (SFS). Der Sektor «(körperliche) Aktivität» bezieht sich auf die körperliche und kognitive Leistungsbereitschaft (A).

Der «SAQOL-39» kann sowohl als Selbstbeurteilungs- als auch Fremdbeurteilungsfragebogen eingesetzt werden und liegt daher in zwei unterschiedlichen Testlayouts vor. Bei der Selbstbeurteilungsversion des «SAQOL-39», die innerhalb dieser Arbeit mit freundlicher Genehmigung durch die Erstautorin Frau Hilari in eine deutsche Version übersetzt und nach einer kontrol-

lierten Rückübersetzung schliesslich verwendet wurde, werden alle Items sowohl auditiv durch den Testleiter vorgegeben als auch visuell durch die schriftliche Vorgabe veranschaulicht und anschliessend durch die Betroffenen selbst bewertet. Das Layout ist durch ein grosses Schriftbild, eine Hervorhebung der Schlüsselwörter und nur wenige Items pro Seite an die Bedingungen der Aphasie angepasst. Der Test bietet z.B. Personen mit expressiven Sprachstörungen die Möglichkeit, alle Items durch entsprechende Zeigegebeten zu bewerten. Betroffene mit einer rezeptiven Sprachbeeinträchtigung profitieren von der modalitätenübergrei-

fenden Präsentation der Items und der bildlichen Verdeutlichung der Antwortalternativen (Hilari 2003, Hilari et al. 2003).

21 der insgesamt 39 Items fragen nach dem Schwierigkeitsgrad, den die Betroffenen hinsichtlich spezifischer Alltagsstätigkeiten erleben. Die Betroffenen bewerten diesen anhand einer fünfstufigen Skala (Abb. 3). Die restlichen 18 Fragen beziehen sich auf die Gefühlslage und die emotionale Befindlichkeit der Personen mit Aphasie. Deren Antwortmöglichkeiten werden ebenfalls in einem fünfstufigen Format angeboten, jedoch mit anderen Formulierungen (statt «unmöglich» bis «keine Schwie-

WÄHREND DER LETZTEN WOCHE

Wie viel Schwierigkeiten hatten Sie...



Abb. 3: Beispielitem des «SAQOL-39» (Hilari 2003) – deutsche Übersetzung (Stiegert 2012): Bewertung des Schwierigkeitsgrades

Haben Sie...

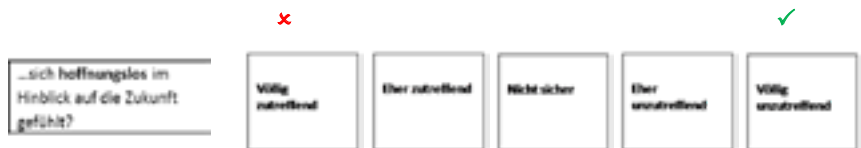


Abb. 4: Beispielitem des «SAQOL-39» (Hilari 2003) – deutsche Übersetzung (Stiegert 2012): Bewertung der Gefühlslage und emotionalen Befindlichkeit

rigkeiten» hier »völlig zutreffend« bis »völlig unzutreffend«) (Abb. 4).

Jede der fünf Antwortalternativen entspricht einer Zahl in aufsteigender Reihenfolge (1–5), die während der Untersuchung zeitgleich durch den Testleiter auf einem Auswertungsbogen für die jeweilige Frage markiert wird. Anhand einer quantitativen Auswertung können somit Durchschnittswerte für die einzelnen Domänen (physisches Wohlbefinden, psychosozialer Status, kommunikative Fähigkeiten und {körperliche} Aktivität) berechnet werden, die in einem Bereich von 1–5 liegen und stellvertretend für die bereichsspezifische Lebensqualität stehen. Des Weiteren kann die allgemeine Lebensqualität, welche alle genannten Komponenten umschließt, numerisch beschrieben werden. Im Allgemeinen deuten höhere Durchschnittswerte auf eine höhere Lebensqualität hin (Hilari 2003).

4. Experimentelle Untersuchung

Die Lebensqualität stellt einen expandierenden Bereich im Rahmen medizinischer Massnahmen dar (Bullinger 1997, Cruice 2010). Die vorliegende Darstellung der Untersuchungsergebnisse zur Lebensqualität bei Menschen mit einer Aphasie zeigt neben der medizinischen Relevanz der Erkrankung die Bedeutung der Lebensqualität und des psychischen Befindens für den Um-

gang mit den Betroffenen auf. Um eine effiziente Therapie einer chronischen Aphasie zu gewährleisten, muss eine Vielzahl an Determinanten berücksichtigt werden, die jedoch individuell, je nach dem persönlichen Umgang mit der Erkrankung, stark variieren kann (Gainotti 1997, Najman & Levine 1981, Ross & Wertz 2003, Worrall & Holland 2003). Aufgrund dieser Erkenntnisse ist ein Hauptanliegen der vorliegenden Studie, die gesundheitsbezogene Lebensqualität einzelner Menschen mit chronischer Aphasie zu erfassen und deren Beeinflussung durch den Schweregrad der Aphasie zu ermitteln.

4.1. Fragestellungen der Studie

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen wurde folgende Hauptfragestellung untersucht: Inwieweit lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Aphasie und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität vermuten?

Daraufhin wurden einzelne Teilfragen formuliert, die zu einer sukzessiven Annäherung an den Untersuchungsgegenstand beitragen sollten:

1. Welche Bereiche der Lebensqualität sind nach einem Schlaganfall mit Aphasie bei den untersuchten Einzelfällen (N=4) am stärksten beeinträchtigt?
2. Inwieweit unterscheiden sich die Bewertungen von Menschen mit ver-

gleichbarem Aphasie-Schweregrad hinsichtlich der verschiedenen Bereiche der Lebensqualität?

3. In welchem Ausmass spielen spezifische Persönlichkeitsfaktoren im Prozess des Krankheitserlebens bzw. der Krankheitsverarbeitung eine Rolle und somit bei der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

4.2. Methode

4.2.1. Studiendesign

Diese Arbeit stellt eine multiple Einzelfallstudie dar, bei der vier Einzelfälle beschrieben und anschliessend als «cross-case» miteinander verglichen wurden (Borner 2005: 135).

Die Erfassung lebensqualitätsbezogener Aspekte einer Erkrankung, wie beispielsweise des psychischen Wohlbefindens, erfordert meist den Aufbau einer vertrauensgestützten Beziehung zu den Betroffenen. Vor Beginn der Studie wurde daher ein vierwöchiges Praktikum in der logopädischen Praxis, in welcher die einzelnen Probanden therapeutisch betreut wurden, absolviert, bei dem durch den mehrmaligen Kontakt mit den Betroffenen eine grundlegende Vertrauensbasis geschaffen wurde.

Die anschliessende Datenerhebung erfolgte zu jeweils zwei Untersuchungszeitpunkten, wobei die Dauer der Untersuchungen maximal eine Stunde be-

trug, um einer Ermüdung der Probanden vorzubeugen. Die Lebensqualitätsmessungen wurden in einem Abstand von einer Woche zu den neurolinguistisch-deskriptiven Messungen, die zur Schweregrad-Ermittlung herangezogen wurden, durchgeführt. Dieser zeitliche Abstand wurde bewusst so gewählt, um durch ein erhöhtes Störungsbewusstsein, das oftmals durch eine Konfrontation mit der Sprachproblematik im Rahmen der sprachlichen Untersuchung entsteht, eine verstärkte, negative Beeinflussung der Lebensqualität zu vermeiden.

4.2.2. Stichprobe

Innerhalb der Untersuchung wurde darauf geachtet, dass die Stichprobe (N=4) in Bezug auf bestimmte Merkmale möglichst homogen gehalten wurde, um dadurch eine bessere Vergleichsbasis hinsichtlich der Lebensqualität zu schaffen. Aufgrund spezifisch definierter Einschlusskriterien konnte davon ausgegangen werden, dass bei allen vier Probanden eine chronische Aphasie mit vergleichbar mildem Schweregrad und einer zerebrovaskulären Ätiologie vorlag, die ein ausreichendes auditives Sprach- und Lesesinnverständnis zur Selbstbeurteilung zuließ.

Soziodemographische Informationen zu den einzelnen Probanden wurden durch sozialanamnestische Angaben der Studienteilnehmer sowie einer fremdanamnestischen Befragung der leitenden

Therapeutin und der Angehörigen ermittelt. Des Weiteren konnten mögliche Störvariablen, wie prämorbid bzw. aktuell bestehende kognitive Einbußen, psychische Erkrankungen, neurodegenerative Systemerkrankungen etc., durch die Anamneseinterviews ausgeschlossen werden.

Um geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden zwischen den Teilnehmern vorzubeugen, wurden ausschliesslich männliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 60 und einer Altersspanne von 50 bis 62 Jahren ausgewählt. Die Sozialanamnese ergab, dass alle Probanden entweder in einer Partnerschaft lebten bzw. einen Kommunikationspartner in ihrer häuslichen Umgebung hatten und zum Zeitpunkt der Datenerhebung zuhause wohnten. Im Folgenden werden die Studienteilnehmer im Einzelnen vorgestellt und deren jeweilige Umwelt- und Personenfaktoren basierend auf den Ebenen der ICF genauer beschrieben (DIMDI 2005).

Fall 1: Herr U.

Der 50-jährige Landwirt Herr U. lebt zusammen mit seinem älteren Bruder auf einem Bauernhof. Neben der landwirtschaftlichen Arbeit war Herr U. als Metzger tätig, musste diese Arbeit jedoch aufgrund seines Schlaganfalls (time post onset: 1;3 Jahre) aufgeben. Der anfallenden Arbeit auf dem Bauernhof geht Herr U. jedoch weiterhin nach. In seiner Freizeit war Herr U. ein leidenschaftlicher Motorradfahrer, konnte die-

ses Hobby jedoch nach seinem Schlaganfall nicht mehr ausüben.

Laut seinen Familienangehörigen leidet Herr U. hauptsächlich unter seinen mangelnden expressiven Ausdrucksmöglichkeiten und zieht sich daher zunehmend aus seiner sozialen Umgebung zurück. Herr U. ist ein eher verschlossener und in sich gekehrter Mann, der nur wenig Kontakt zu seiner Aussenwelt pflegt.

Die spontansprachlichen Äusserungen sind meist stockend und teilweise auf Einwortäusserungen reduziert. Dennoch gelingt es Herrn U. oftmals, seine jeweiligen Gedanken zu übermitteln und ein Gespräch über vertraute Themen zu führen.

Fall 2: Herr M.

Mit 62 Jahren stellt Herr M. den ältesten Studienteilnehmer in dieser multiplen Einzelfallstudie dar. Herr M. lebt zusammen mit seiner Frau in einem Einfamilienhaus und sitzt seit seinem achten Lebensjahr im Rollstuhl. Aufgrund zahlreicher Schicksalsschläge in den vergangenen Jahren ist Herr M. nach Angaben seiner Frau ein emotional eher instabiler Mensch.

Beruflich hat Herr M. vom Fernsehtechniker bis hin zum Uhrenmacher gearbeitet. Letzteres stellt auch noch nach dem Schlaganfall (time post onset: 2;10 Jahre) eines der grössten Hobbies für den technikbegeisterten Mann dar. Des Weiteren geht Herr M. in seiner Freizeit gerne ins Kabarett, um seine Frau, die dort mitwirkt, zu unterstützen.

Die Aphasie äussert sich darin, dass sich einige sprachliche Äusserungen aufgrund phonematischer Paraphasien nur aus dem Satzzusammenhang erschliessen lassen. Dennoch ist Herr M. überwiegend gut zu verstehen.

Fall 3: Herr B.

Herr B. ist ein 57-jähriger Mann, der mit seiner Frau und seinen drei Kindern zusammenwohnt. Vor seinem Schlaganfall (time post onset: 9;7 Jahre) hat er als Fachinformatiker einen kleinen Betrieb mit drei Mitarbeitern geführt. Sein Wunsch ist es, wieder in den alten Beruf zurückkehren zu können, was er jedoch auch selbst als unwahrscheinlich erachtet.

In seiner Freizeit geht Herr B. gerne an die frische Luft und unternimmt Ausflüge mit seiner Familie. Seine Frau beschreibt ihn als einen sehr selbstständigen und aufgeschlossenen Mann, der Herausforderungen gerne annimmt.

Herr B. hat eine Aphasie mit flüssiger Spontansprache, die jedoch teilweise durch Wortfindungsstörungen unterbrochen wird.

Fall 4: Herr R.

Herr R. ist 61 Jahre alt und lebt gemeinsam mit seiner Tochter. Ein halbes Jahr vor dem Schlaganfall (time post onset: 1;4 Jahre) wurde seine Frau mit der Diagnose «Alzheimer-Demenz» in ein nahegelegenes Pflegeheim verlegt. Seitdem besucht er sie dort zweimal die Woche. Neben dem Umsorgen seiner Frau geht Herr R. in seiner Freizeit gerne zum Golfspielen und Skifahren.

Bedingt durch den Schlaganfall musste der gelernte Elektroniker seine beruflichen Tätigkeiten aufgeben und vorzeitig Rente beantragen.

Die Spontansprache von Herrn R. ist meist flüssig, teilweise treten jedoch Wortfindungsstörungen und phonematische Paraphasien auf, die oftmals durch Umschreibungen und Selbstkorrekturen verbessert werden.

Tabelle 1 liefert einen zusammenfassenden Überblick über das sprachliche Leistungsprofil der beschriebenen Einzelfälle (N=4) in bestimmten Untertests des AAT (Huber et al. 1983).

Tab. 1: Sprachliches Leistungsprofil der untersuchten Einzelfälle (N=4) in bestimmten Untertests des AAT

	Token-Test (Fehlerpunkte)	Spontansprache (Punktwerte Kommunikationsverhalten)	Sprachverständnis (Punktwerte)
Herr U.	10	3	99
Herr M.	17	4	109
Herr B.	9	4	99
Herr R.	4	5	108

4.2.3. Untersuchungsmaterial

Zu Beginn der Untersuchung wurde ein kurzes Einzelgespräch mit den Betroffenen und den Angehörigen durchgeführt, um soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, letzte Berufstätigkeit und Familienstand zu ermitteln. Dafür wurde ein Sozialanamnesebogen in Anlehnung an die psychosoziale Anamnese des «Fragebogens zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – arbeitsbedingte Muskel- & Skeletterkrankungen» (FAGS-AMSE) verwendet.

Für die Untersuchung des Zusammenhangs des Schweregrads einer Aphasie und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität wurden anschliessend die beiden Komponenten «Aphasie-Schweregrad» und «gesundheitsbezogene Lebensqualität» anhand standardisierter Testverfahren ermittelt:

Auf der Ebene der deskriptiv-neurolinguistischen Diagnostik sollten spezifisch ausgewählte Untertests des «Aachener Aphasie Tests» (Huber et al. 1983) Aufschluss über den zugrundeliegenden Schweregrad der aphasischen Störung und die Selbstbeurteilungskompetenzen der Betroffenen geben (Token Test, Spontansprache, auditives und visuelles Sprachverständnis, Tab. 1). Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des psychischen Befindens wurde eine deutsche Adaptation des «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version» angefertigt (Stiegert 2012) und als

Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt. Die englische Originalversion des «SAQOL-39» (Hilari 2003) wurde ins Deutsche übersetzt. Das Testlayout der deutschen Version des «SAQOL-39» entspricht weitgehend dem der englischsprachigen Version.

4.2.4. Auswertungsmethoden

Die erhobenen Daten beider Testverfahren («AAT» {Huber et al. 1983}; «SAQOL-39» – deutsche Adaptation {Stiegert 2012}) wurden deskriptivstatistisch ausgewertet mit dem Ziel, charakteristische Eigenschaften der einzelnen Probanden beschreiben und im weiteren Verlauf miteinander vergleichen zu können. Um diejenigen Items des «SAQOL-39» identifizieren zu können, die am besten zwischen den einzelnen Probanden differenzieren, erfolgte eine deskriptivstatistische Evaluation der einzelnen Items des «SAQOL-39» (Itemanalyse) (Moosbrugger & Kelava 2008).

4.3. Ergebnisse

Mit dem Ziel, den Einfluss des Schweregrades einer Aphasie auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität zu beschreiben, werden in einem ersten Abschnitt zunächst die Ergebnisse der einzelnen Probanden hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dargestellt, um anschliessend wahrnehmbare Gemeinsamkeiten bzw. Un-

terschiede zwischen den Studienteilnehmern ableiten zu können. Die Erkenntnisse aus der Itemanalyse werden zu einer weiterführenden Analyse der subjektiv bewerteten Lebensqualitäten herangezogen.

4.3.1. Darstellung der Testergebnisse des «SAQOL-39»

Um interindividuelle Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität herauszuarbeiten, wurden die Mittelwerte der einzelnen Bereiche der Lebensqualität sowie die Gesamtlebensqualität für jeden einzelnen Studienteilnehmer getrennt voneinander berechnet.

Abbildung 5 sowie Tabelle 2 stellen die ermittelten Werte für die einzelnen Probanden grafisch und tabellarisch dar.

Im weiteren Verlauf werden nun die Ergebnisse der einzelnen Fälle der Reihe nach besprochen:

Herr U.

Herr U. schätzt seine kommunikative Leistung von allen Probanden am geringfügigsten ein (Kommunikative Fähigkeiten: 3.14). Der Durchschnittswert seiner Gesamtlebensqualität (Lebensqualität gesamt: 3.54) ist jedoch eindeutig höher als der entsprechende Wert von Herrn M. (2.59), der innerhalb der Stichprobe seine Kommunikationsleistung am höchsten einstuft.

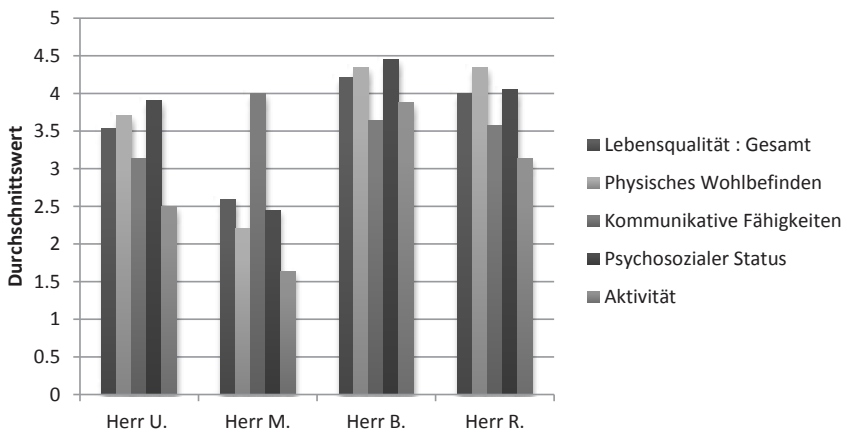


Abb. 5: Grafische Darstellung der Durchschnittswerte der einzelnen Lebensqualitäts-Domänen und der Gesamtlebensqualität für die einzelnen Probanden im SAQOL-39 – deutsche Adaptation (Stiegert 2012)

Tab. 2: Tabellarische Darstellung der Durchschnittswerte der einzelnen Lebensqualitäts-Domänen und der Gesamtlebensqualität für die einzelnen Probanden

	Lebensqualität:	Physisches	Kommunikative	Psychosozialer	Aktivität
	Gesamt	Wohlbefinden	Fähigkeiten	Status	
Herr U.	3.54	3.71	3.14	3.91	2.5
Herr M.	2.59	2.21	4.00	2.45	1.63
Herr B.	4.21	4.35	3.64	4.45	3.88
Herr R.	4.00	4.35	3.57	4.05	3.13

Herr M.

Besonders auffallend ist bei Herrn M. die deutliche Diskrepanz zwischen der Einschätzung kommunikativer Fähigkeiten und den restlichen Bereichen der Lebensqualität (Physisches Wohlbefinden: 2.21; Psychosozialer Status: 2.45; Aktivität: 1.63). Des Weiteren überraschen die subjektiv bewerteten kommunikativen Fähigkeiten (Kommunikative Fähigkeiten Herr M.: 4.00) die kommunikativen Leistungen der anderen Studienteilnehmer (Herr U.: 3.14; Herr B.: 3.64; Herr R.: 3.57). Hierbei ist auch zu erkennen, dass die subjektiv eingeschätzten Kommunikationsleistungen trotz vergleichbarem Aphasie-Schweregrad zwischen den Probanden variieren, mit einer Varianz von $\text{Var}(x) = 0.12$ jedoch geringfügiger als die anderen Bereiche der Lebensqualität (Physisches Wohlbefinden: $\text{Var}(x) = 1.02$; Psychosozialer Status: $\text{Var}(x) = 0.76$; Aktivität: $\text{Var}(x) = 0.91$).

Herr B.

Herr B. hat mit einem Durchschnittswert von 4.21 die höchste Gesamtle-

bensqualität, die eine vergleichbar hohe Ausprägung wie das «physische Wohlbefinden» und der «psychosoziale Status» zeigt (Physisches Wohlbefinden: 4.35; Psychosozialer Status: 4.45). Die kommunikativen Fähigkeiten fallen demgegenüber mit einem Gesamtwert von 3.64 deutlich ab.

Herr R.

Bei einem Vergleich der Kommunikationsleistung der Probanden Herr B. und Herr R. wird deutlich, dass diese ihre sprachlichen Beeinträchtigungen bzw. kommunikativen Fähigkeiten in vergleichbarem Ausmass bewerten (Herr B.: 3.64; Herr R.: 3.57). Dies lässt sich jedoch nicht auf die Gesamtlebensqualität der beiden Studienteilnehmer übertragen, welche mit 4.21 (Herr B.) und 4.00 (Herr R.) unterschiedliche Werte zeigt.

4.3.2. Itemanalyse

Durch die Ermittlung der Itemvarianz $\text{Var}(x_i)$ für jedes der 39 Items des «SAQOL-39» im Rahmen der deskrip-

tivstatistischen Itemanalyse konnten diejenigen Aussagen ermittelt werden, in denen sich die Probanden in ihrer Bewertung am stärksten unterschieden. Die Analyse der Testitems führte zu dem Ergebnis, dass sich die Studienteilnehmer vor allem hinsichtlich der Bewertung in den Teilbereichen «Stimmungslage» (ST) und «Privatleben» (PL) (Domäne «psychosozialer Status») deutlich voneinander unterscheiden.

4.4. Diskussion und Ausblick

4.4.1. Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende multiple Einzelfallstudie hat das Ziel, eine pragmatisch-funktionale Beschreibung von Aphasien im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu geben. Hierzu wurden vier von Aphasie Betroffene mit vergleichbarem Schweregrad der Sprachstörung mit Subtests des «Aachener Aphasie Tests» (Huber et al. 1983) und der deutschen Adaptation der «Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 item version» (Hilari et al. 2003) untersucht. Auf der einen Seite sollten neurolinguistisch-deskriptive Merkmale der Aphasie beschrieben werden, auf der anderen Seite sollten die lebensqualitätsbezogenen Aspekte der Sprachbeeinträchtigung, wie beispielsweise die psychosozialen Folgen oder die Einschränkung alltagspraktischer Fähigkeiten, identifiziert werden.

Es sollte die Frage geklärt werden, inwiefern sich die Bewertungen von Menschen mit vergleichbarem Aphasie-Schweregrad hinsichtlich ihrer Lebensqualität unterscheiden. Dabei zeigten sich sowohl intraindividuelle als auch interindividuelle Unterschiede bei der Bewertung lebensqualitätsbezogener Bereiche. Das Zustandekommen intraindividuelle Abweichungen lässt sich oftmals anhand unterschiedlicher Strategien der Krankheitsverarbeitung innerhalb eines Individuums erklären (Lazarus 1993). Je nach persönlichem Umgang mit einer Erkrankung rücken verschiedene gesundheitliche Aspekte und Vorstellungen über die Lebensqualität in den Vordergrund, wobei das Ziel «Gesundheit» dabei ganz unterschiedliche Bedeutungen annehmen kann (Grötzbach 2012). Nach Lazarus und Folkman (1984) ist die individuelle Bewertung der Krankheitsfolgen an konkrete Situationen geknüpft, in denen der Betroffene Bewältigungsstrategien als Reaktion auf die jeweilige Stresssituation entwickelt. Betrachtet man beispielsweise den Fall Herr M. mit der deutlichen Diskrepanz zwischen den subjektiv gut bewerteten kommunikativen Fähigkeiten und der eher negativ bewerteten Gesamtlebensqualität, so lässt sich vermuten, dass die Lebensqualität Herrn M.s maßgeblich von anderen Faktoren als der sprachlichen Beeinträchtigung bestimmt wird. Herr M. sitzt seit seinem achten Lebensjahr im Rollstuhl. Das physische Wohlbefinden

und die Leistungsfähigkeit scheinen, auch nach Angaben seiner Frau, von enormer subjektiver Bedeutsamkeit zu sein, sodass sich in konkreten Situationen vor allem die körperliche Einschränkung auf die psychosoziale Befindlichkeit Herrn M.s auswirkt. Demgegenüber stellen die sprachlichen Defizite nur eine geringfügige Belastung dar, was an einer fortgeschrittenen Akzeptanz der Aphasie und den möglichen entwickelten Kompensationsstrategien liegen kann (Tanner & Gerstenberger 1988, Tesak 2007). Demnach würde sich das Ziel «Gesundheit» bei Herrn M. höchstwahrscheinlich darauf beziehen, eine grundlegende Mobilität aufzubauen, um dadurch zu mehr Selbstständigkeit zu gelangen. Bezogen auf das Phasenmodell nach Tanner und Gerstenberger (1988) scheint sich Herr M. hinsichtlich seiner körperlichen Behinderung, trotz des langjährigen Umgangs mit der Mobilitätseinschränkung, in der Frustrations-Phase der Krankheitsverarbeitung zu befinden. Dies könnte zum einen durch die geringe psychosoziale Belastbarkeit und zum anderen durch die erneute Konfrontation mit der körperlichen Einschränkung aufgrund des Schlaganfalls erklärt werden.

Die anderen Probanden stufen ihre physische Befindlichkeit dagegen deutlich besser ein, was an der Tatsache liegen mag, dass sie aufgrund geringfügig ausgeprägter Paresen nicht an einen Rollstuhl gebunden sind. Demgegen-

über fallen die subjektiv bewerteten kommunikativen Fähigkeiten der anderen Studienteilnehmer im Vergleich zu Herrn M. geringer aus, verbleiben aber auf einem relativ hohen Niveau, was an der Milde des Aphasie-Schweregrads liegen kann. Trotz vergleichbarer sprachlicher Defizite, gemessen an den neurolinguistisch-deskriptiven Ergebnissen des AAT, unterscheiden sich die Angaben zu der eigenen kommunikativen Leistungsfähigkeit zwischen den Studienteilnehmern. Diese interindividuellen Unterschiede, auch hinsichtlich der psychosozialen Befindlichkeit, deuten auf einen Einfluss personenbezogener Aspekte auf das Krankheitserleben hin (Gainotti 1997). Je nach Akzeptanz und persönlichem Umgang mit den jeweiligen Lebensumständen rücken unterschiedliche Gesichtspunkte in den Vordergrund, sodass krankheitsbedingte Einbußen in der Lebensqualität nicht personenübergreifend beschrieben werden können (Lazarus & Folkman 1984).

Da die Akzeptanz, gerade im Hinblick auf chronische Erkrankungen, einen entscheidenden Indikator zur Verbesserung der Lebensqualität bedeuten kann, stellt sich die Frage, inwieweit auf diese direkt Einfluss ausgeübt werden kann. Unter anderem scheint auch die Zeit, die seit dem Schlaganfall vergangen ist, eine Rolle zu spielen. Dies könnte beispielsweise bei Herrn B. zu der allgemein hohen Bewertung lebensqualitätsbezogener Bereiche füh-

ren, da er in den 9;7 Jahren nach dem Akutereignis den Umgang mit den neuen Lebensumständen gelernt und entsprechende Kompensationsstrategien entwickelt haben könnte. Trotz seiner sprachlichen Einschränkungen war er seinen Gesprächspartnern gegenüber sehr offen.

Herr U. ist demgegenüber erst seit 1;3 Jahren mit den veränderten sprachlichen Lebensbedingungen konfrontiert, was durchaus zu seiner Verslossenheit und Abwendung vom sozialen Umfeld führen könnte. Übertragen auf das Phasenmodell nach Tanner und Gerstenberger (1988) könnte sich Herr U. derzeit in einer Übergangsphase von Frustration zu Depression befinden (Tanner & Gerstenberger 1988). Dass diese Verarbeitung jedoch nicht ausschliesslich an chronologisch aufeinander folgenden Phasen, sondern vielmehr an Persönlichkeitsfaktoren festgemacht werden kann, zeigt sich beim Fall Herr R.. Lediglich 1;4 Jahre sind seit seinem Schlaganfall vergangen, dennoch stuft sich Herr R. im Vergleich zu den anderen in allen Bereichen der Lebensqualität überdurchschnittlich ein. Er nimmt unabhängig von der Aphasie auch weiterhin an gewissen Aktivitäten teil. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass er trotz seiner geringfügig ausgeprägten Armparese weiterhin zum Skifahren und Golfspielen geht. Hierbei spiegeln sich erneut neben den objektiven Funktionsstörungen der Motorik und Sprache die unterschiedlichen

Charaktereigenschaften und deren Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung wider.

Individuell unterschiedliche Umgangsformen mit krankheitsbedingten Einschränkungen können möglicherweise auch durch kulturelle Einflüsse erklärt werden. Ein Vergleich mit der britischen Evaluationsstichprobe (N=83) des «SAQOL-39» von Hilari (2003) macht deutlich, dass die britische Vergleichsgruppe in ihrer Bewertung der Gesamtlebensqualität und der unterschiedlichen Domänen von der deutschen Stichprobe teilweise abweicht. Auch die Definition des Konstrukts «Lebensqualität» nach der WHOQOL Group (1993) lässt Rückschlüsse auf mögliche kulturelle Unterschiede hinsichtlich der subjektiv bewerteten Lebensqualität zu. Die Gesundheit beschreibt dabei nur einen Teilaspekt der allgemeinen Lebensqualität und steht neben Einflussfaktoren wie Kultur und Wertesystem einer Population. Inwieweit sich dieses Ergebnis jedoch verallgemeinern lässt, bleibt aufgrund der geringen Stichprobengrösse (N = 4) noch offen.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse dieser multiplen Einzelfallstudie darauf hin, dass es eine Herausforderung darstellt, «Gesundheit» verallgemeinerbar zu beschreiben. Über alle Probanden hinweg lässt sich jedoch erkennen, dass höhere bzw. niedrigere Ausprägungen der Domäne «physisches Wohlbefinden» meist auch mit höheren bzw. niedrigeren Ausprä-

gungen der Gesamtlebensqualität einhergehen. Ähnlich verhält es sich mit der psychosozialen Befindlichkeit, die bei einem hohen Gesamtwert möglicherweise Rückschlüsse auf eine allgemein hohe Lebenszufriedenheit zulässt. Physische und psychosoziale Folgen eines Schlaganfalls scheinen somit eine entscheidende Rolle zu spielen und können möglicherweise als Prädiktoren der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit identifiziert werden (Gainotti 1997, Niemi et al. 1988, Sarno 1997, Worrall & Holland 2003). Das emotionale Wohlbefinden der Probanden, welches sich in der Domäne «psychosozialer Status» des «SAQOL-39» widerspiegelt, variiert jedoch von Person zu Person und lässt sich nicht aus den körperlichen bzw. sprachlichen Einschränkungen der Betroffenen ableiten.

4.4.2. Methodenkritik und Implikationen für die weiterführende Forschung

Die beschriebenen Ergebnisse wurden nur in dieser Stichprobe von N = 4 nachgewiesen und lassen folglich keine verallgemeinerbaren Aussagen über die Gesamtpopulation der Menschen mit einer Aphasie zu. Von daher wird empfohlen, Ergebnisse in dem Bereich «Aphasie und Lebensqualität» durch Untersuchungen mit grösseren, repräsentativen Stichprobeneinheiten zu verankern. Weiterhin wurden in dieser Studie lediglich Betroffene mit einem

milden Aphasie-Schweregrad in die Stichprobe aufgenommen. Um eine Unterschätzung des Einflusses einer Aphasie auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität zu vermeiden, ist es von Bedeutsamkeit, auch schwerer betroffene Menschen mit einer Aphasie in die Lebensqualitätsuntersuchungen mit einzubeziehen. Hierbei besteht jedoch aufgrund der Schwere der aphasischen Beeinträchtigung die Herausforderung, wie die lebensqualitätsbezogenen Aspekte möglichst reliabel und valide erhoben werden könnten. Die Befragung der Betroffenen mit einem theoriegeleiteten, evaluierten und aphasierechten Material sollte im deutschsprachigen Raum daher ausgebaut werden.

Auf der Grundlage bestehender Studien (Gainotti 1997, Niemi et al. 1988, Sarno 1997, Worrall & Holland 2003) könnten weitere Untersuchungen Prädiktoren für eine hohe Lebensqualität bei einer Aphasie nach einem Schlaganfall aufdecken.

5. Fazit

Verschiedene Parameter des körperlichen, sprachlichen, kognitiven und psychosozialen Befindens nach einem Schlaganfall wurden innerhalb dieser Arbeit beschrieben und hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit bei Einzelfällen bewertet. Dabei konnte beobachtet werden, dass der Schweregrad der Aphasie nicht unbedingt als prädikativ für die

gesundheitsbezogene Lebensqualität erachtet werden kann. Der persönliche Umgang mit der Sprachstörung sowie die entsprechenden Kompensationsstrategien entscheiden dabei vielmehr über das Ausmass der subjektiven Einbussen der Lebensqualität. Diese Annahme sollte zu einer Erweiterung der lebensqualitäts- und klientenzentrierten Ausrichtung therapeutischer Interventionen führen, indem man in der Sprachtherapie die rein störungsspezifischen Therapieansätze mit sozial-pragmatischen Vorgehensweisen ergänzt (Christensen 1997, Herrmann 1997, Worrall & Holland 2003). Lebensbereiche und Aktivitäten, die von subjektiver Bedeutsamkeit sind und an denen der

Betroffene wieder teilnehmen möchte, sollten in der Therapie berücksichtigt werden.

Das Ziel ist, sowohl die sprachlichen Symptome der Betroffenen weiterhin zu verbessern als auch psychosoziale Möglichkeiten für die Anpassung an die kommunikative Behinderung zu schaffen, damit die Betroffenen zu einer veränderten Lebensplanung und neuen Lebensqualität finden können (Herrmann 1997).

An dieser Stelle gebührt Frau Hilari ein grosser Dank, die die englische Originalversion des «SAQOL-39» für die Untersuchungszwecke bereitwillig zur Verfügung gestellt hat.

6. Literaturverzeichnis

- Berzon R., Hays R.D. & Shumaker S.A. (1993): International use, application and performance of health-related quality of life instruments. *Quality of life research* 2, 367–368.
- Böhlaus V., Flieger F., Hagemester F., Jakob H., Kraxenberger S., Kuntner K., Leienbach M., Müller C., Oebels J., Posch M., Remiger T., Schütz S., Zeller C. & Zinger E. (2013): «Und mich fragt wieder mal keiner?» – Ein Überblick über die standardisierte Selbsteinschätzung als klientenorientierte Methode in der Aphasiediagnostik. *Aphasie und verwandte Gebiete* 1, 5-21. http://www.aphasie.org/upload/aphasie/files/Originalbeitrag1_5–21.pdf (26.06.2013).
- Borner R. (2005): *Prozessmodell für projekt- und erfolgsorientiertes Wissensmanagement zur kontinuierlichen Verbesserung in Bauunternehmen*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Brumfitt S. (1993): Losing your sense of self: What aphasia can do. *Aphasiology* 7, 6, 569–575.
- Bullinger M. (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 47, 76–91.

- Christensen A.L. (1997): Communication in relation to self-esteem. *Aphasiology* 11, 7, 727–734.
- Cruice M. (2010): The role of well-being in quality of life for the person with acquired communication impairments. In: Brumfitt S. (Hrsg.) *Psychological well-being and acquired communication impairments* (86–115). United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Cruice M., Worrall L., Hickson L. & Murison R. (2003): Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology* 17, 4, 333–353.
- DIMDI / Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit / ICF. Genf: World Health Organization.
- Gainotti G. (1997): Emotional, psychological and psychosocial problems of aphasic patients: an introduction. *Aphasiology* 11, 7, 635–650.
- Grötzbach H. (2012): Logopädie in der stationären Neurorehabilitation: Ziel und Umsetzung. (noch unveröffentlicht).
- Grötzbach H. & Iven C. (2009): ICF in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Grötzbach H., Schneider B. & Wehmeyer M. (2012): *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Haan R. de, Aaronson N., Limburg M., Hewer R.L. & Crevel H. van (1993): Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 24, 2, 320–327.
- Herrmann M. (1997): Studying psychosocial problems in aphasia: some conceptual and methodological considerations. *Aphasiology* 11, 7, 717–725.
- Hilari K. (2003): *The stroke and aphasia quality of life scale-39 item version*. London: City University.
- Hilari K., Byng S., Lamping D.L. & Smith S.C. (2003): Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke* 34, 8, 1944–1950.
- Huber W., Poeck K., Weniger D. & Willmes K. (1983): *Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Langen E. de (2010): Pragmatisch-funktionale Methoden der Aphasiediagnostik. In: Blanken G. & Ziegler W. (Hrsg.) *Klinische Linguistik und Phonetik* (77–99). Aachen: Hochschulverlag.
- Lazarus R.S. (1993): Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 234–247.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer-Verlag.

- Majani G., Pierobon A., Giardini A., Callegari S., Opasich C., Cobelli F. & Tavazzi L. (1999): Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. The role of patient subjectivity. *European Heart Journal* 20, 1579–1586.
- Michallet B., Tétéreault S. & Dorze G. le (2003): The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology* 17, 9, 835–859.
- Moosbrugger H. & Kelava A. (2008): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Najman J.M. & Levine S. (1981): Evaluating the impact of medical care and technologies in the quality of life: A review and critique. *Social Science & Medicine* 15, 2–3, 107–115.
- Niemi M.L., Laaksonen R., Kotila M. & Waltimo O. (1988): Quality of life 4 years after stroke. *Stroke* 19, 1101–1107.
- Pössl J. & Kühne W. (2010): Angehörige in der Rehabilitation: Beratung, Unterstützung, Perspektiven. In: Frommelt P. & Lösslein H. (Hrsg.) *Neuro-Rehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (442-457)*. Berlin: Springer.
- Ross K. B. & Wertz R.T. (2003): Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology* 17, 4, 355–364.
- Sarno M.T. (1997): Quality of life in aphasia in the first post-stroke year. *Aphasiology* 11, 7, 665–679.
- Shadden B. (2005): Aphasia as identity theft: Theory and practice. *Aphasiology* 19, 3–5, 211–223.
- Stiegert J. (2012): Zusammenhang des Schweregrades einer Aphasie und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität. Unveröffentlichte Bachelorarbeit im Studiengang Sprachtherapie. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Stöckl D. (2009): Lebensqualität und perioperatives Management nach Brustrekonstruktion mittels TRAM flap und Latissimus dorsi Wiederaufbauplastik beim Mammakarzinom. Dissertation. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München.
- Tanner D.C. & Gerstenberger D.L. (1988): The grief response in neuropathologies of speech and language. *Aphasiology* 2, 1, 79–84.
- Tesak J. (2001): *Grundlagen der Aphasitherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Tesak J. (2007): *Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige und medizinische Fachberufe*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- WHOQOL Group (1993): Study Protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life research* 2, 153–159.

- Williams L.S., Weinberger M., Harris L.E., Clark D.O. & Biller J. (1999): Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke* 30, 7, 1362–1369.
- Worrall L.E. & Holland A.L. (2003): Editorial: Quality of life in aphasia. *Aphasiology* 17, 4, 329–332.

Korrespondenzadresse:

*Julia Stiegert
Herzog-Arnulf-Strasse 31
D- 85604 Zorneding
juliastiegert@yahoo.de*

Les interactions entre déficits langagiers et déficits de la mémoire à court terme verbale: aspects théoriques et évaluation

Steve Majerus

ABSTRACT

Les déficits de la mémoire à court terme (MCT) verbale sont une conséquence fréquente et persistante d'atteintes aphasiques. Ces déficits peuvent être la conséquence directe des troubles langagiers phonologiques et/ou lexico-sémantiques, ou peuvent eux-mêmes provoquer des difficultés dans les tâches langagières. L'objectif de cet article est de comprendre ces liens complexes à la lumière des modèles théoriques récents de la MCT verbale et de décrire les démarches évaluatives qui en découlent.

Approches théoriques récentes de la mémoire à court terme (MCT) verbale

Les approches théoriques de la MCT verbale ont évolué de façon importante au cours des dernières années. Alors qu'initialement, la MCT verbale était considérée comme un système spécialisé, modulaire et indépendant (modèle originel de la mémoire de travail de Baddeley et Hitch, 1974), les modèles actuels mettent l'accent sur les interactions avec d'autres fonctions cognitives, y compris les connaissances langagières. Un certain nombre de ces modèles considèrent que l'activation temporaire des représentations en mémoire à long terme (=connaissances langagières) est le point de départ de

toute activité de mémorisation à court terme, et que les représentations en MCT sont en réalité des activations temporaires des représentations en mémoire à long terme (Martin & Saffran, 1992; Burgess & Hitch, 1999; Botwinick & Plaut, 2006). Cette conception est nourrie par de nombreuses données empiriques démontrant que les connaissances langagières influencent fortement les performances dans les tâches de MCT: alors que l'empan moyen pour des listes de mots phonologiquement dissimilaires se situe autour chez l'adulte jeune, il est de 2-3 quand il s'agit de pseudo-mots, (Hulme et al., 1991; Majerus & Van der Linden, 2003). Ces influences peuvent refléter des structures linguistiques très subtiles: les connaissances phonologiques sous-

lexicales telles que les connaissances phonotactiques influencent le rappel de listes de non-mots, avec un meilleur rappel pour des listes de non-mots composés de diphones fréquents dans la langue maternelle des sujets (Gathercole et al., 1999 ; Majerus et al., 2004, 2012a). Ces données suggèrent que le substrat représentationnel de la MCT verbale est avant tout la base de connaissances langagières. On comprendra ainsi déjà à quel point une perte au niveau de ces représentations auprès du patient aphasique va perturber le fonctionnement de la MCT verbale.

La MCT verbale ne peut cependant pas se résumer à l'activation temporaire des connaissances langagières. Ainsi, des travaux ont également montré que les influences de la mémoire à long terme sur la MCT verbale se limitent en grande partie au rappel de l'information «item», c'est-à-dire au rappel des mots/non-mots présentés et de leurs caractéristiques lexico-sémantiques et/ou phonologiques (Majerus & D'Argembeau, 2011; Nairne & Kelley, 2004; Poirier & Saint-Aubin, 1996). Le rappel de l'ordre sériel des informations, c'est-à-dire, la position dans laquelle se trouvaient les différents mots au sein d'une liste de mots à rappeler, est en général peu ou pas affecté par ces connaissances. De nombreux modèles très détaillés ont été développés avec le but d'expliquer les processus qui permettent de mémoriser la position sérielle (arbitraire) des items au sein

d'une liste (Burgess & Hitch, 2006; Brown et al., 2000; Farrell & Lewandowsky, 2002; Henson, 1998; Page & Norris, 1998). Ces données prédisent des dissociations possibles entre le rappel de l'information «item» et le rappel de l'information «ordre sériel» auprès de patients présentant des déficits de la MCT verbale, comme nous allons voir plus loin.

Finalement, le traitement attentionnel est une troisième composante qui devient de plus en plus centrale dans les modèles récents de la MCT verbale. Déjà Baddeley et Hitch (1974) mettaient en évidence l'intervention des facteurs attentionnels via la composante de l'administrateur central dans leur modèle, et qui était censé allouer ses ressources attentionnelles au système de stockage verbal (la boucle phonologique) dans des situations où les capacités de stockage étaient dépassées ou lorsque l'information devait non seulement être stockée, mais également manipulée. Actuellement, on considère que les capacités attentionnelles sont un déterminant direct des capacités de stockage au sein même du système de stockage verbal, en permettant la focalisation des ressources attentionnelles sur les informations temporairement activées en mémoire à long terme, et en assurant par là leur maintien à court terme (Cowan, 1995; Engle, Kane & Tuholski, 1999; Barrouillet et al., 2004). Cette conception est nourrie d'une part par des études comportementales,

montrant que les capacités attentionnelles mesurées par des tâches d'attention sélective et de focalisation attentionnelle prédisent directement les performances dans les tâches de MCT verbale (Cowan, 2001; Majerus et al., 2009); d'autre part, des études récentes en neuroimagerie fonctionnelle ont montré que les circuits cérébraux fronto-pariétaux les plus communément activés lors de la réalisation de tâches de MCT incluent le circuit attentionnel dorsal (régions intrapariétales et régions frontales supérieures et moyennes) qui permet de focaliser les ressources attentionnelles sur les stimuli à mémoriser (Majerus et al., 2012b; Todd & Marois, 2004).

En résumé, nous pouvons actuellement considérer la MCT verbale comme une fonction cognitive émergente, résultant de l'interaction entre l'activation temporaire des représentations

en mémoire à long terme verbale, les processus permettant le maintien de l'ordre sériel arbitraire des informations au sein d'une séquence, et un système de focalisation attentionnelle (voir Figure 1; voir également Majerus (2013) pour une présentation plus détaillée). Ce bref aperçu des nouvelles conceptions théoriques de la MCT verbale nous permet de mieux comprendre la nature des déficits de la MCT verbale auprès des patients aphasiques et leur interaction avec les troubles langagiers, en permettant de générer au moins trois hypothèses que le clinicien devra considérer: (1) Le déficit de la MCT verbale résulte-t-il d'un problème d'activation des représentations langagières en mémoire à long terme? (2) Le déficit de la MCT verbale est-il lié à une difficulté à maintenir l'ordre sériel des informations? (3) Le déficit est-il lié à des difficultés de focalisation attentionnelle?

Figure 1.

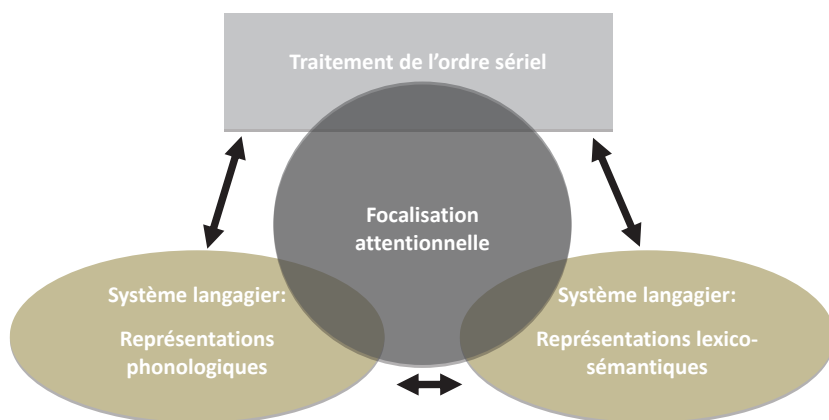


Figure 1: Représentation schématique d'une architecture intégrative de la mémoire à court terme verbale. Dans cette architecture, la mémoire à court terme verbale émerge de l'interaction entre l'activation temporaire des représentations du système langagier où les items à mémoriser sont représentés, un système de traitement de l'information «ordre sériel» qui permet de mémoriser l'ordre arbitraire dans lequel les informations à mémoriser ont été présentées, et un système de focalisation attentionnelle qui permet de maintenir et de synchroniser les informations activées dans les autres systèmes.

Les déficits de la MCT verbale dans l'aphasie

À la lumière des éléments théoriques développés ci-dessus, la première hypothèse à considérer en cas de déficit de la MCT verbale chez un patient aphasique est celle d'une influence directe des déficits langagiers sur les performances en MCT verbale. Pour de nombreux patients, le déficit de MCT verbale est une conséquence directe des difficultés langagières sous-jacentes ou résiduelles. Ceci est par exemple illustré par des patients présentant des troubles phasiques dans le cadre d'une maladie neurodégénérative comme la démence sémantique: ces patients auront un empan normal pour des mots dont ils ont gardé des connaissances lexico-sémantiques intactes, mais leur empan sera déficitaire pour les mots qu'ils ne connaissent plus (Jefferies et al., 2005 ; Papagno et al., 2013). De la même façon, des déficits phonologiques (au niveau de la perception, de l'identification, ou de la production) vont également influencer de façon négative les performances dans les tâches de MCT auditivo-verbale et cela

surtout pour des non-mots, que ce soit auprès de patients aphasiques suite à une lésion cérébrale acquise ou à une maladie neurodégénérative comme la variante logopénique de l'aphasie progressive primaire (Attout et al., 2012; Gorno-Tempini et al., 2008). De façon importante, ces déficits vont surtout affecter le rappel de l'information «item»: les patients présenteront un taux d'erreurs «item» élevé (peu d'items rappelés, paraphasies phonologiques ou sémantiques) mais le taux d'erreurs d'ordre peut être normal (Majerus et al., 2007; Attout et al., 2012).

Pour les situations décrites ci-dessus, les patients présentent des altérations structurelles importantes au niveau des représentations phonologiques et/ou lexico-sémantiques. Il y a d'autres patients chez qui les représentations langagières sont moins altérées à un niveau structurel, mais où leur activation ne se fait pas encore de façon optimale. N. Martin et Saffran (1992) ont décrit un patient qui présentait des difficultés importantes à répéter des mots isolés. Ce patient commettait par ailleurs des paraphasies sémantiques en répétition (par exemple, il produisait

«orange» pour «banane»). Ce tableau, caractéristique de la «dysphasie profonde», a été interprété comme relevant d'un effacement trop rapide des représentations phonologiques, conduisant à donner davantage de poids aux activations sémantiques lors de la répétition de mots, et à une incapacité quasi complète à répéter des non-mots. En support à cette interprétation, les mêmes auteurs ont montré qu'après récupération partielle des difficultés langagières quelques années plus tard (N. Martin et al., 1996), le patient présentait de nouveau ces symptômes caractéristiques quand un délai était inséré entre le moment de la présentation du mot et le moment de sa répétition, soulignant de nouveau l'importance des facteurs «temps» et «durée de maintien des activations langagières» dans les performances de répétition de ce patient. D'autres patients ont été décrits par la suite présentant le même type de profil (Croot et al., 1999; Majerus et al., 2001; Tree et al., 2001). Ces patients, rares, et qui font partie du tableau plus général des aphasies de conduction, représentent une forme sévère d'un déficit au niveau du maintien des activations langagières. Cependant, les patients présentant une forme moins sévère de l'aphasie de conduction représentent probablement le même type de déficit, mais avec un effacement des traces moins rapide que les patients avec «dysphasie profonde». Le site lésionnel est par ail-

leurs sensiblement le même, impliquant le tiers postérieur du gyrus temporal supérieur et/ou les fibres de connexion reliant cette région aux régions frontales inférieures. En effet, l'aphasie de conduction est interprétée actuellement comme relevant d'un déficit au niveau de la fonction de maintien des représentations langagières, et cela via une altération de représentations d'interface reliant les représentations phonologiques sensorielles aux représentations phonologiques motrices (Buchsbaum et al., 2011; Hickok & Poeppel, 2007). Il est d'ailleurs très intéressant de noter ici que les patients présentant des déficits de la MCT verbale soi-disant spécifiques présentent des lésions dans la région temporale supérieure postérieure gauche discutée ici, et la sévérité de leur déficit en MCT verbale corrèle en réalité de façon très significative avec la sévérité des déficits langagiers résiduels associés (voir Majerus, 2009, pour une revue de littérature).

Il faut considérer un troisième type de déficit déterminant le maintien de l'information «item» en MCT verbale. Il s'agit ici non d'un déficit structurel ou fonctionnel au niveau des représentations phonologiques et lexico-sémantiques, mais plutôt d'un déficit de contrôle de ces mêmes représentations via des régions préfrontales ventrolatérales. R. Martin et collègues ont décrit des patients qui présentent des déficits spécifiques à retenir les informa-

tions lexico-sémantiques dans les tâches de MCT et ceci en l'absence d'altération des connaissances lexico-sémantiques (R.Martin et al., 1994, 1999). Des travaux ultérieurs ont montré que ces patients ont surtout des difficultés à contrôler l'information sémantique, avec une sensibilité importante à l'interférence dans des tâches de MCT: lors d'une tâche de reconnaissance d'une liste de mots, ces patients acceptent des mots comme ayant été présents dans cette liste alors qu'en réalité, ils avaient été présentés dans des listes antérieures (Hamilton & Martin, 2007; Jefferies et al., 2007; Hoffman et al., 2009). Ces déficits ne s'observent pas seulement dans les tâches de MCT verbale, mais également dans des tâches langagières nécessitant un contrôle sémantique plus important; par exemple, le fait de nommer de façon répétée des images va mener à un temps de dénomination plus importants si les images représentent des objets d'une catégorie sémantique homogène versus hétérogène (semantic blocking paradigm; Damian et al., 2001). En d'autres termes, ces patients n'arrivent pas à désactiver ou à inhiber les représentations sémantiques initialement activées, les gênant par la suite dans les tâches de MCT verbale où les anciennes et les nouvelles informations vont se mélanger. Ces déficits sont associés à des lésions dans les régions frontales ventro-latérales antérieures. Des travaux récents ont

par ailleurs suggéré que le même type de déficit peut également exister au niveau phonologique, occasionné par des lésions frontales inférieures plus postérieures (Barde et al., 2010; Thompson-Schill et al., 2002).

En résumé, un patient aphasique peut présenter des difficultés à maintenir les informations «item» en MCT verbale pour plusieurs types de raison: soit un déficit structurel des représentations langagières empêchant l'encodage de l'information «item», soit un déficit fonctionnel des représentations langagières empêchant le maintien de l'information «item» dans le temps, soit un déficit de contrôle des représentations langagières entravant la récupération correcte de l'information «item». Ces différents déficits peuvent être spécifiques pour les niveaux de représentation phonologique versus lexico-sémantique, ou peuvent toucher les deux niveaux de représentation en même temps.

A côté de ces déficits de la MCT en lien très direct avec des déficits langagiers, d'autres déficits de la MCT verbale sont liés à difficultés à représenter et à maintenir l'information «ordre sériel» en MCT verbale, et nous entendons par là l'ordre arbitraire des mots au sein d'une liste, c'est-à-dire un ordre qui ne peut pas être encodé par des structures linguistiques phonologique, syntaxique ou sémantico-conceptuelle existantes. Attout et al. (2012) ont décrit un patient victime d'un trauma crânien qui présen-

tait de légers troubles phasiques dans les premiers mois après son accident (manque du mot essentiellement) et qui par la suite se plaignait surtout de difficultés à mémoriser les informations verbales à court terme. Une évaluation approfondie indiquait des performances déficitaires chaque fois que le maintien de l'ordre sériel était particulièrement mis à l'épreuve: le patient commettait significativement plus d'erreurs d'ordre lors du rappel sériel immédiat de listes de mots alors qu'il rappelait autant d'items que les sujets contrôles, il était ralenti quand il devait reconnaître l'ordre de deux mots dans une liste de mots à mémoriser, et il éprouvait des difficultés importantes à reconstruire l'ordre sériel de chiffres présentés au sein d'une liste. Cette dissociation entre maintien des informations «item» et «ordre sériel» est également soutenue par les études en neuroimagerie fonctionnelle chez le sujet adulte sain: ces études montrent que le traitement et le maintien de l'ordre sériel se fait via des circuits fronto-pariétaux, impliquant plus particulièrement le cortex frontal supérieur et dorso-latéral ainsi que les régions intrapariétales droites; pour le maintien de l'information «item», comme attendu, le réseau langagier est davantage activé, et ceci au niveau des régions temporales inférieures, moyennes et supérieures (Fiebach et al., 2007; Majerus et al., 2006a, 2010). Les déficits à maintenir l'information «ordre sériel»

vont être aussi gênants pour les patients que des déficits à maintenir l'information «item». Des études comportementales ont en effet montré que les capacités à maintenir l'ordre sériel sont étroitement liées aux capacités d'apprentissages de séquences verbales, telles que l'apprentissage d'un nouveau vocabulaire (Majerus et al., 2006b, 2008; Mosse & Jarrold, 2008; Szmalec et al., 2009). Ceci est en accord avec les difficultés quotidiennes observées auprès du patient décrit par Attout et al.: ce patient présentait d'importantes difficultés à apprendre un nouveau vocabulaire et à retenir les suites de textes dans une pièce de théâtre.

Finalement, une dernière situation qui doit être considérée est la possibilité de déficits attentionnels qui peuvent affecter les performances dans des tâches de MCT verbale. Ceci est d'autant plus important que des déficits attentionnels apparaissent souvent en tant que trouble associé dans l'aphasie (Murray et al., 1997, 1998; Murray, 1999; Tseng et al., 1993). Ce déficit attentionnel peut être spécifique à la modalité auditive, la lésion déconnectant les circuits attentionnels fronto-pariétaux des régions temporales gauches, ou global, suite à une lésion touchant les circuits fronto-pariétaux directement. Ces troubles vont se caractériser par des déficits généralisés pour le maintien à la fois de l'information «item» et de l'information «ordre sériel», les mêmes circuits attentionnels

interagissant avec le maintien de ces deux types d'information (Majerus et al., 2010). Des déficits dans des tâches langagières plus gourmandes en ressources attentionnelles vont également être observés, tels que dans des tâches de compréhension ou de génération de phrases (Makuuchi & Friederici, 2013); au niveau clinique, ces aspects peuvent être évalués par des tests de compréhension des phrases tels que repris dans l'E.CO.S.SE (Lecocq, 1996) ou encore le Token Test (De Renzi & Vignolo, 1962), même s'il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats à cause du caractère multi-déterminé de ces tâches complexes.

Implications pour l'évaluation des déficits de la MCT verbale

Une évaluation appropriée de la MCT verbale nécessite l'utilisation de tâches et de stratégies évaluatives qui tiennent compte de la complexité et de la multitude des facteurs qui peuvent contribuer à un déficit de la MCT verbale. En premier lieu, la possibilité de difficultés attentionnelles doit être envisagée, en réalisant d'abord une évaluation approfondie des capacités attentionnelles, et ceci en particulier au niveau de l'attention soutenue et de l'attention sélective qui sont les aspects qui sont le plus directement impliqués dans les tâches de MCT verbale (voir première partie de cet article). Des déficits gé-

néralisés, pour le rappel des aspects «item» et «ordre», en modalité verbale et visuo-spatiale, pointeront également vers l'hypothèse d'un déficit de focalisation attentionnelle contribuant aux difficultés de MCT.

Ensuite, en cas de déficit de la MCT verbale plus ciblé, il faut localiser le déficit en évaluant les aspects «item» et «ordre» par des tâches spécifiques. Des déficits au niveau du maintien de l'information «item» peuvent être mis en évidence de plusieurs façons. D'abord, une analyse des erreurs dans une tâche de rappel sériel immédiat de listes de mots (tâche d'empan de mots) fournira une première indication, en déterminant les taux d'erreurs au niveau «item» (omissions, paraphasies phonologiques et/ou sémantiques) et au niveau «ordre sériel» (mots rappelés dans une mauvaise position sérielle). Des déficits au niveau «item», et leurs interactions avec les connaissances langagières, peuvent également être évalués via des tâches contrastant le rappel de listes de mots et de non-mots. Si l'effet de lexicalité à ce type de tâches est diminué (c'est-à-dire, les performances de rappel pour les mots sont proches de celles pour les non-mots), l'hypothèse d'une altération au niveau des représentations lexico-sémantiques et/ou de leur maintien doit être envisagée. Inversement, si l'effet de lexicalité est anormalement élevé (les performances sont diminuées de façon très importante pour le rappel

des non-mots), l'hypothèse d'une altération au niveau des représentations phonologiques et/ou de leur maintien doit être envisagée. Les informations issues de ces évaluations doivent évidemment être croisées avec celles issues de l'examen langagier: la présence ou l'absence de déficits structuraux au niveau des représentations langagières (par exemple, perte des connaissances sémantiques, perturbations des représentations phonologiques) permettront de déterminer si les déficits observés dans les tâches de MCT sont liés à un problème de représentation des informations phonologique/sémantique ou à un problème de maintien des informations à ce niveau, respectivement. Des tâches de reconnaissance, tels que les empanns de rime (le sujet doit reconnaître si un mot cible, présenté à la fin d'une liste de mots, rime avec un des mots de la liste) et les empanns de catégorie (le sujet doit reconnaître si un mot cible, présenté à la fin d'une liste de mots, fait partie de la même catégorie sémantique qu'un des mots de la liste) peuvent également être utilisées pour localiser un déficit de la MCT «item» phonologique ou sémantique. Plus particulièrement, afin de mettre en évidence un déficit sévère au niveau du maintien de l'information phonologique et/ou sémantique, des tâches de décision lexicale avec amorces sémantiques ou phonologiques peuvent être particulièrement utiles; dans ces tâches, un mot cible est pré-

cedé d'un autre mot phonologiquement ou sémantiquement relié à la cible; chez le sujet sain, les mots précédés d'une amorce phonologique ou sémantique sont jugés plus rapidement que les mots précédés d'une amorce neutre, indiquant que l'activation résiduelle des représentations phonologiques ou sémantiques initiées par l'amorçage facilitent l'activation de ces représentations pour le mot cible. Chez les patients présentant un déficit sévère du maintien des informations phonologiques, tels que les patients présentant une «dysphasie profonde» discutés ci-dessus, on peut observer une absence de l'effet d'amorçage phonologique et un effet d'amorçage sémantique accentué, indiquant que les informations activées initialement par l'amorce phonologique s'éteignent anormalement rapidement et ne sont plus disponibles au moment du traitement du mot cible (Majerus et al., 2005).

En ce qui concerne plus particulièrement les déficits de contrôle de l'information sémantique ou phonologique, une première mesure utile est de nouveau le rappel sériel immédiat de listes de mots, mais en recherchant plus directement le taux d'erreurs d'intrusions: les patients ayant des déficits à ce niveau présentent souvent un nombre élevé d'erreurs d'intrusions (c'est-à-dire, pour une liste donnée, ils rappellent des mots provenant de listes précédentes); leur ressemblance

phonologique ou sémantique avec un des mots de la liste cible permettra également de voir dans quelle mesure ce déficit de contrôle caractérise davantage les informations phonologiques ou lexico-sémantiques. Un déficit de contrôle sémantique est également souvent associé à des performances particulièrement pauvres à la tâche d'empan de catégories, menant à un taux élevé de fausses reconnaissances. Finalement, des tâches évaluant la capacité à détecter une information phonologique ou sémantique cible parmi plusieurs distracteurs phonologiques ou sémantiques permettent également de vérifier les capacités de contrôle sémantique ou phonologique, en évaluant les capacités d'inhibition d'informations phonologiques ou sémantiques non pertinentes (Hoffman et al., 2009).

Finalement des déficits au niveau du maintien de l'information «ordre sériel» en MCT peuvent être mis en évidence par des tâches spécifiques, à côté de la comptabilisation des taux d'erreurs d'ordre dans les tâches de rappel sériel immédiat. Le principe de ces tâches est de minimiser les exigences au niveau du traitement de l'information «item», en utilisant des items très familiers et sur-appris (par exemple, des chiffres), en utilisant les mêmes items à travers les différents essais, et en changeant exclusivement l'ordre dans lequel les items apparaissent à travers les différents essais

qui doivent être reproduits verbalement ou par une procédure de désignation (par exemple, pour des essais de longueur 4: essai 1 = 1, 4, 3, 2 -> essai 2 = 4, 1, 3, 2 -> essai 3 = 3, 2, 4, 1). De façon plus générale, ces tâches, grâce à l'utilisation d'un mode de réponse par désignation, peuvent également être très intéressantes pour évaluer les capacités de la MCT verbale chez des patients aphasiques ayant des difficultés phonologiques productives, ou plus globalement, pour neutraliser l'impact des déficits langagiers sur les tâches de MCT verbale (autant que possible), en utilisant une procédure de rappel avec des cartons à reconstruire ou à désigner et sur lesquels les chiffres sont imprimés.

La plupart des tâches discutées ici peuvent être consultées et téléchargées à l'adresse www.ppc.ulg.ac.be/evaluation.htm. Une présentation plus complète de ces tâches est également disponible dans Majerus (2014).

Au stade actuel de nos connaissances, il est difficile de prédire les aspects de la MCT qui seraient déficitaires en fonction du type d'aphasie rencontré. Comme nous l'avons montré dans cet article, l'intégrité des connaissances langagières est un facteur déterminant des performances dans les tâches de MCT verbale; par conséquent, toute atteinte à ce niveau va entraîner de faibles performances en MCT verbale, et cela particulièrement pour les aspects «item». Une aphasie de nature sémantique

tique se traduira par des difficultés plus importantes à rappeler les mots par rapport aux nonmots en situation de MCT, et une aphasie de nature phonologique se traduira davantage par des difficultés pour le rappel de nonmots. L'élément important de la démarche évaluative est ainsi de localiser la nature des déficits langagiers, plutôt que le syndrome aphasiologique, afin de comprendre leur interactions avec les performances en MCT verbale. L'autre élément fondamental sera de mettre en évidence les déficits associés potentiels au niveau du maintien de l'information «ordre sériel» et des processus de contrôle attentionnel, qui vont encore accentuer les difficultés dans les tâches de MCT verbale ainsi que dans des tâches langagières plus complexes (traitement des phrases) et utilisant des stimuli peu familiers (nonmots, réapprentissage du lexique dans le cadre de la rééducation).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Attout, L., Van der Kaa, M. A., George, M., & Majerus, S. (2012). Dissociating short-term memory and language impairment: The importance of item and serial order information. *Aphasiology*, 26, 355–382.
- Baddeley, A. D. & Hitch, G. J. (1974). Working memory. In G.H.Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 47–90). San Diego, CA: Academic Press.
- Barde, L. H. F., Schwartz, M. F., Chrysikou, E. G., & Thompson-Schill, S. L. (2010). Reduced short-term memory span in aphasia and susceptibility to interference: Contribution of material-specific maintenance deficits. *Neuropsychologia*, 48, 909–920.
- Barrouillet, P., Bernardin, S., & Camos, V. (2004). Time constraints and resource sharing in adults' working memory spans. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133, 83–100.
- Botvinick, M. & Plaut, D. C. (2006). Short-Term Memory for Serial Order: A Recurrent Neural Network Model. *Psychological Review*, 113, 201–233.
- Brown, G. D. A., Preece, T., & Hulme, C. (2000). Oscillator-based memory for serial order. *Psychological Review*, 107, 127–181.
- Buchsbaum, B. R., Baldo, J., Okada, K., Berman, K. F., Dronkers, N. F., D'Esposito, M. & Hickok, G. (2011). Conduction Aphasia, Sensory-Motor Integration, and Phonological Short-term Memory – an Aggregate analysis of Lesion and fMRI data. *Brain and Language*, 119, 119–128.
- Burgess, N. & Hitch, G. J. (1999). Memory for serial order: A network model of the phonological loop and its timing. *Psychological Review*, 106, 551–581.
- Burgess, N. & Hitch, G. J. (2006). A revised model of short-term memory and long-term learning of verbal sequences. *Journal of Memory and Language*, 55, 627–652.
- Cowan, N. (1995). *Attention and memory: An integrated framework*. New York: Oxford University Press.
- Cowan, N. (2001). The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behavioral and Brain Sciences*, 24, 87–185.
- Croot, K., Patterson, K., & Hodges, J. R. (1999). Familial progressive aphasia: insights into the nature and deterioration of single word processing. *Cognitive Neuropsychology*, 16, 705–747.
- Damian, M. F., Vigliocco, G., & Levelt, W. J. M. (2001). Effects of semantic context in the naming of pictures and words. *Cognition*, 81, B77–B86.
- De Renzi, E., & Vignolo, L.A. (1962). The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665–678.

- Engle, R. W., Kane, M. J., & Tuholski, S. W. (1999). Individual differences in working memory capacity and what they tell us about controlled attention, general fluid intelligence, and functions of the prefrontal cortex. In A. Miyake & P. Shah (Eds.), *Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control* (pp. 102–134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Farrell, S. & Lewandowsky, S. (2002). An endogenous distributed model of ordering in serial recall. *Psychonomic Bulletin and Review*, 59–79.
- Fiebach, C. J., Friederici, A. D., Smith, E. E., & Swinney, D. (2007). Lateral Inferotemporal Cortex Maintains Conceptual–Semantic Representations in Verbal Working Memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 2035–2049.
- Gathercole, S. E., Frankish, C. R., Pickering, S. J., & Peaker, S. (1999). Phonotactic influences on short-term memory. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 25, 84–95.
- Gorno-Tempini, M.L., Brambati, S.M., Ginex, V., Ogar, J., Dronkers, N.F., Marcone, A., Perani, D., Garibotto, V., Cappa, S.F., & Miller, B.L. (2008). The logopenic/phonological variant of primary progressive aphasia. *Neurology* 17, 1227–1234.
- Hamilton, A. & Martin, R. C. (2007). Proactive interference in a semantic short-term memory deficit: Role of semantic and phonological relatedness. *Cortex*, 43, 112–123.
- Henson, R. N. A. (1998). Short-term memory for serial order: the start-end model. *Cognitive Psychology*, 36, 73–137.
- Hickok, G. & Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 8, 393–402.
- Hoffman, P., Jefferies, E., Ehsan, S., Hopper, S., & Lambon Ralph, M. A. (2009). Selective short-term memory deficits arise from impaired domain-general semantic control mechanisms. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 35, 137–156.
- Hulme, C., Maughan, S., & Brown, G. D. (1991). Memory for familiar and unfamiliar words: Evidence for a long-term memory contribution to short-term memory span. *Journal of Memory and Language*, 30, 685–701.
- Jefferies, E., Jones, R. W., Bateman, D., & Lambon Ralph, M. A. (2005). A semantic contribution to nonword recall. Evidence for intact phonological processes in semantic dementia. *Cognitive Neuropsychology*, 22, 183–212.
- Jefferies, E., Baker, S. S., Doran, M., & Lambon Ralph, M. A. (2007). Refractory effects in stroke aphasia: A consequence of poor semantic control. *Neuropsychologia*, 45, 1065–1079.
- Lecocq, P. (1996). *E.CO.S.SE: Epreuve de Compréhension Syntaxico-Sémantique*. Lille: Presses universitaires du Septentrion.

- Majerus, S., Lekeu, F., Van der Linden, M., & Salmon, E. (2001). Deep dysphasia: Further evidence on the relationship between phonological short-term memory and language processing impairments. *Cognitive Neuropsychology*, 18, 385–410.
- Majerus, S. & Van der Linden, M. (2003). The development of long-term memory effects on verbal short-term memory : A replication study. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 303–310.
- Majerus, S., Van der Linden, M., Mulder, L., Meulemans, T., & Peters, F. (2004). Verbal short-term memory reflects the sublexical organization of the phonological language network: Evidence from an incidental phonotactic learning paradigm. *Journal of Memory and Language*, 51, 297–306.
- Majerus, S., Van der Kaa, M. A., Renard, C., Van der Linden, M., & Poncelet, M. (2005). Treating verbal short-term memory deficits by increasing the duration of temporary phonological representations: A case study. *Brain and Language*, 95, 174–175.
- Majerus, S., Poncelet, M., Greffe, C., & Van der Linden, M. (2006b). Relations between vocabulary development and verbal short-term memory: the importance of short-term memory for serial order information. *Journal of Experimental Child Psychology*, 93, 95–119.
- Majerus, S., Poncelet, M., Van der Linden, M., Albouy, G., Salmon, E., Sterpenich, V. et al. (2006a). The left intraparietal sulcus and verbal short-term memory: Focus of attention or serial order? *NeuroImage*, 32, 880–891.
- Majerus, S., Norris, D., & Patterson, K. (2007). What do patients with semantic dementia remember in verbal short-term memory? Sounds and order but not words. *Cognitive Neuropsychology*, 24, 131–151.
- Majerus, S., Poncelet, M., Van der Linden, M., & Weekes, B. (2008). Lexical learning in bilingual adults: the relative importance of short-term memory for serial order and phonological knowledge. *Cognition*, in press.
- Majerus, S. (2009). Verbal short-term memory and temporary activation of language representations: the importance of distinguishing item and order information. In A.S.Thorn & M. Page (Eds.), *Interactions between short-term and long-term memory in the verbal domain* (pp. 244–276). Hove, UK: Psychology Press.
- Majerus, S., Heiligenstein, L., Gautherot, N., Poncelet, M., & Van der Linden, M. (2009). The impact of auditory selective attention on verbal short-term memory and vocabulary development. *Journal of Experimental Child Psychology*, 103, 66–86.
- Majerus, S., D'Argembeau, A., Martinez, T., Belayachi, S., Van der Linden, M., Collette, F. et al. (2010). The commonality of neural networks for verbal and visual short-term memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 2570–2593.

- Majerus, S. & D'Argembeau, A. (2011). Verbal short-term memory reflects the organization of long-term memory. Further evidence from short-term memory for emotional words. *Journal of Memory and Language*, 64, 181–197.
- Majerus, S., Attout, L., D'Argembeau, A., Degueldre, C., Fias, W., Maquet, P. et al. (2012b). Attention Supports Verbal Short-Term Memory via Competition between Dorsal and Ventral Attention Networks. *Cerebral Cortex*, 22, 1086–1097.
- Majerus, S., Martinez Perez, T., & Oberauer, K. (2012a). Two distinct origins of long-term learning effects in verbal short-term memory. *Journal of Memory and Language*, 66, 38–51.
- Majerus, S. (2013). Language repetition and short-term memory: An integrative framework. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 357, doi: 10.3389/fnhum.2013.00357.
- Majerus, S. (2014). L'évaluation de la mémoire à court terme. In X.Seron & M. Van der Linden (Eds.), *Traité de Neuropsychologie Clinique – 2ème édition* (pp. in preparation). Paris: De Boeck–Solal.
- Makuuchi, M. & Friederici, A. D. (2013). Hierarchical functional connectivity between the core language system and the working memory system. *Cortex*, in press, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2013.01.007>.
- Martin, N. & Saffran, E. M. (1992). A computational account of deep dysphasia: Evidence from a single case study. *Brain and Language*, 43, 240–274.
- Martin, N., Saffran, E. M., & Dell, G. S. (1996). Recovery in deep dysphasia: Evidence for a relation between auditory-verbal STM capacity and lexical errors in repetition. *Brain and Language*, 52, 83–113.
- Martin, R. C., Breedin, S. D., & Damian, M. F. (1999). The relation of phoneme discrimination, lexical access, and short-term memory: A case study and interactive activation account. *Brain and Language*, 70, 437–482.
- Martin, R. C. & Romani, C. (1994). Verbal working memory and sentence comprehension: A multiple-components view. *Neuropsychology*, 8, 506–523.
- Mosse, E. K. & Jarrold, C. (2008). Hebb learning, verbal short-term memory, and the acquisition of phonological forms in children. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61, 505–514.
- Murray, L. L., Holland, A. L., & Beeson, P. (1997). Auditory processing in individuals with mild aphasia: a study of resource allocation. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40, 792–808.
- Murray, L. L., Holland, A. L., & Beeson, P. M. (1998). Spoken language of individuals with mild fluent aphasia under focused and divided attention conditions. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 98, 213–227.
- Murray, L. L. (1999). Attention and aphasia: theory, research and clinical implications. *Aphasiology*, 13, 91–111.

- Nairne, J. S. & Kelley, M. R. (2004). Separating item and order information through process dissociation. *Journal of Memory and Language*, 50, 113–133.
- Page, M.P.A., and Norris, D. (1998). The Primacy model: A new model of immediate serial recall. *Psychological Review*, 105, 761–781.
- Papagno, C., Vernice, M., & Cecchetto, C. (2013). Phonology without semantics? Good enough for verbal short-term memory. Evidence from a patient with semantic dementia. *Cortex*, 49, 626–636.
- Poirier, M. & Saint-Aubin, J. (1996). Immediate serial recall, word frequency, item identity and item position. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 50, 408–412.
- Szmales, A., Duyck, W., Vandierendonck, A., Mata, A. B., & Page, M. P. A. (2009). The Hebb repetition effect as a laboratory analogue of novel word learning. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 62, 435–443.
- Thompson-Schill, S. L., Jonides, J., Marshuetz, C., Smith, M.-C., D'Esposito, M., Kan, I. P. et al. (2002). Effects of frontal lobe damage on interference effects in working memory. *Neuropsychologia*, 2, 109–120.
- Todd, J. J. & Marois, R. (2004). Capacity limit of visual short-term memory in human posterior parietal cortex. *Nature*, 428, 751–754.
- Tree, J. J., Perfect, T. J., Hirsh, K. W., & Copstick, S. (2001). Deep dysphasic performance in non-fluent progressive aphasia: A case study. *Neurocase*, 7, 473–488.
- Tseng, C. H., McNeil, M. R., & Milenkovic, P. (1993). An investigation of attention allocation deficits in aphasia. *Brain and Language*, 45, 276–296.

Adresse pour correspondance:

Dr. Steve Majerus
Département de Psychologie – Cognition & Comportement
Université de Liège
Boulevard du Rectorat, B33 – 4000 Liège, Belgique
Email : smajerus@ulg.ac.be
Téléphone : 043664656

TICSf-12: Une épreuve de dépistage des troubles de la compréhension

Python Grégoire, Bischof Sylvie, Probst Manon, Laganaro Marina.

Résumé:

La version courte du Test Informatisé de Compréhension Syntaxique en français (TICSf-12) a été créée à partir de la version initiale du TICSf (Python, Bischof, Probst & Laganaro, 2012), pour une évaluation rapide de la compréhension lexicale et syntaxique. Le TICSf-12 comprend deux listes parallèles de 12 phrases à l'oral et à l'écrit évaluant de manière égale 5 types de structures syntaxiques (actives, passives, relatives, négatives et avec syntagme prépositionnel). Une brève évaluation lexicale contenant 6 items est également disponible. Les scores de réussite pour les mots et les phrases sélectionnés ont été extraits des normes de la version complète du TICSf (échantillon de 152 sujets sains francophones de 19 à 88 ans) et sont présentés par modalité, par groupes d'âges et par niveaux de formation.

Aphasie, syntaxe, tests de compréhension du langage.

1. Introduction

Moins saillants que les troubles de production langagière, les troubles de la compréhension font toutefois partie intégrante d'un grand nombre de tableaux d'aphasie. En particulier, le niveau syntaxique serait touché chez plus de 97% de personnes aphasiques présentant un trouble de compréhension (Caplan & Hildebrandt, 1988). Ainsi, même si l'entourage d'une personne aphasique relève régulièrement que cette dernière «comprend tout» (le contexte et le degré de connaissance

partagée soutenant effectivement la compréhension), il n'est pas rare de constater des résultats déficitaires aux tests de compréhension syntaxique. Une évaluation spécifique de la compréhension de phrases est donc indispensable, dès la phase aigüe, car des troubles de compréhension peuvent être sous-estimés dans l'évaluation clinique courante (Metz-Lutz, 1999). La sévérité des troubles de compréhension syntaxique est à envisager sur un continuum, les patterns de performances étant très hétérogènes entre les patients (Berndt, Mitchum & Haen-

diges, 1996) et une variabilité entre les structures syntaxiques est souvent observée (Rigalleau, Nespoulous, & Gao-nac'h, 1997). La tâche de compréhension syntaxique la plus utilisée consiste à appairer une phrase présentée par oral ou par écrit avec l'image lui correspondant, parmi des choix multiples contenant l'image cible et un ou plusieurs distracteurs, comme par exemple dans le subtest du protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT-86; Nespoulous, Roch Lecours, Lafond et al., 1992). Néanmoins, ces épreuves impliquent généralement un temps de passation assez conséquent et sont donc peu adaptées pour des évaluations rapides à but de dépistage. Par exemple, une passation de deux listes de 50 phrases du Test Informatisé de Compréhension Syntaxique en français (TICSf, Python, Bischof, Probst & Laganaro, 2012) dure en moyenne 30 minutes; à l'oral, le MT 86 (Nespoulous et al., 1992) contient également un trop grand nombre d'items ($n=38$) pour une passation rapide. En français, nous ne connaissons pas de matériel contrôlé et standardisé pour évaluer brièvement la compréhension de phrases auprès d'une population d'adultes cérébro-lésés. Nous présentons ici l'élaboration d'une version courte du Test Informatisé de Compréhension Syntaxique en français (TICSf-12 ci-après), permettant un dépistage rapide des troubles de la compréhension, utilisable notamment pour

des patients en phase aiguë. Le TICSf-12 présente un certain nombre d'avantages par rapport à d'autres épreuves de compréhension sous forme d'appariement phrase-image. En effet, certaines variables psycholinguistiques sont contrôlées (fréquence et diversité lexicale), deux listes parallèles sont disponibles dans chaque modalité orale et écrite, la présence d'un choix alternatif réduit la probabilité des réponses au hasard et les distracteurs sont uniquement (morpho-)syntaxiques.

2. Méthodologie

2.1 Sélection du matériel

2.1.1. Items lexicaux

Parmi les 50 items lexicaux de la version longue du TICSf (23 substantifs, 23 verbes et 6 qualificatifs), deux sets de 5 items ont d'abord été extraits pour élaborer une brève évaluation de la compréhension lexicale, par oral et par écrit. Pour le choix des stimuli, nous avons sélectionné 5 substantifs réussis à 100% par les 152 sujets sains dans la validation de la version longue. Nous avons également ajouté un sixième item où la réponse est «autre» (ie. aucune image ne correspond au stimulus présenté), réussi par 99,3% des sujets sains.

2.1.2. Items syntaxiques

Parmi les 100 phrases des listes A et B de la version longue du TICSf (deux listes parallèles de 50 phrases contenant 10 actives, 10 passives, 10 négatives, 10 prépositionnelles et 10 relatives), deux sets de 12 phrases ont été extraits. Pour la version écrite, des phrases provenant uniquement de la liste A ont été sélectionnées, afin de garder tous les items de la liste B à disposition pour un retest avec la version courte ou pour un test plus complet avec la version longue. Pour la version orale, il s'agit uniquement de phrases provenant de la liste B, pour les mêmes raisons. Concernant le choix des stimuli, nous avons sélectionné pour chaque type de phrase et pour chaque modalité les deux items les mieux réussis par les 152 sujets sains dans la validation de la version longue. Il s'avère que les pourcentages de réussite des 20 items ainsi sélectionnés sont distribués entre 97,4% et 100% de réponses correctes. Pour chacune des deux listes, nous avons également rajouté les 2 phrases les mieux réussies ayant pour cible la réponse «autre». Pour ces phrases-là, les pourcentages de réussite sont distribués entre 97,4% et 99,3% de réponses correctes. Chaque liste évalue donc de manière égale 5 types de structures syntaxiques:

- 2 phrases actives réversibles (ex. «le grand-père suit la voiture»);
- 2 phrases passives réversibles (ex. «l'homme est salué par les filles»);
- 2 phrases négatives: une phrase sujet-verbe (ex. «la vache ne mange pas») et une phrase sujet-verbe-objet (ex. «la fille ne tient pas le chien»);
- 2 phrases contenant une préposition (ex. «les bouteilles sont sur la table»);
- 2 phrases relatives: (ex. «l'homme qui suit le chien a un chapeau»).

A ces 10 phrases s'ajoutent une phrase active et une phrase négative pour la version écrite et une phrase passive et une phrase négative pour la version orale, donnant lieu à la réponse «autre».

2.2 Procédure de passation

Comme dans la version longue du TICSf, il s'agit d'une tâche d'appariement mot/phrase-image, où cinq choix de réponse sont proposés: la réponse correcte, trois distracteurs (morpho-) syntaxiques¹ et une réponse «autre» (fig. 1), à désigner lorsqu'aucune des quatre images ne correspond à l'item-cible ou en cas d'hésitation. Contrairement à la version initiale du TICSf, la version courte est adaptée pour une évaluation au lit du patient et se fait donc sur papier, sans support informa-

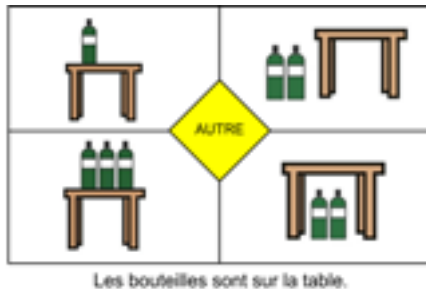
¹ sauf pour les phrases négatives

tisé. Toutefois, pour éviter la confusion avec d'autres tests existants, nous avons gardé le terme «informatisé» dans le nom de la version courte (TICSf-12).

Rappelons que la création des images a été effectuée avec les pictogrammes libres de droits «Axelia»², grâce au logiciel Gimp®.

Fig. 1: Planche-exemple d'un item du TICSf-12

3. Données extraites des normes



Les tableaux I à IV en annexe présentent le nombre moyen de réponses correctes aux stimuli syntaxiques sélectionnés dans la version brève, issu des normes de la version longue, ainsi que l'écart-type et le score minimal pour trois classes d'âge (18 à 59 ans, 60 à 69 ans et supérieur à 70 ans) et

pour deux niveaux d'éducation (I/II et III)³, ces regroupements de classes d'âge et de niveaux ayant été motivés par des calculs statistiques à l'aide d'un modèle mixte linéaire généralisé (Jaeger, 2008) dans la version longue du TICSf. Ces taux de réponses correctes sont disponibles séparément pour les phrases à l'oral et à l'écrit. Les items lexicaux étant réussis à 100% par tous les sujets sains (sauf l'item où la réponse est «autre», réussi à 99,3%), aucun tableau n'est présenté en annexe pour la compréhension de mots isolés.

Pour les personnes souffrant de troubles exécutifs (notamment de troubles de flexibilité, la présence de 5 choix de réponse nécessitant de pouvoir tous les considérer à chaque item et de toujours envisager un choix alternatif via la case centrale «autre») ou de troubles de compréhension sévères (ie. ne comprenant pas la présence de la case centrale «autre»), une cotation qui ne prend pas en compte les items où la réponse est «autre», est également proposée.

4. Limites

Le TICSf-12 ayant été créé à partir d'une version plus longue de l'épreuve du

²www.axelia.com

³ niveau I: absence de diplôme ou formation professionnelle de 2 ans; niveau II: formation professionnelle de 3 ans minimum ou maturité professionnelle; niveau III: maturité gymnasiale ou formation universitaire.

TICSf, certaines variables initialement contrôlées dans la version longue ne le sont plus dans la version courte (notamment car celle-ci n'est plus informatisée), à savoir:

- les items ne sont plus présentés en ordre aléatoire;
- les phrases ne sont plus pré-enregistrées;
- la position de l'item-cible n'est plus distribuée de manière égale (pas de cibles en position 3 dans la version orale et pas de cibles en position 1 dans la version écrite).

De plus, les taux de réponses présentés sont extraits d'une passation plus longue, potentiellement plus coûteuse en ressources cognitives. Ainsi, des erreurs de type attentionnel qui auraient pu intervenir lors de la passation de la version longue ne sont plus prises en compte dans cette version courte.

5. Discussion et conclusion

L'élaboration du TICSf-12 a été réalisée dans le but de mettre à disposition des cliniciens un outil d'évaluation rapide pour dépister les troubles de compréhension syntaxique, comparable entre l'oral et l'écrit et permettant le test-retest grâce à des listes parallèles. Ce screening n'a pas été développé pour se substituer à l'épreuve complète du TICSf et ne représente donc pas un outil à part entière ni pour un diagnostic

détaillé d'un trouble de compréhension, ni pour établir un plan de rééducation précis, mais il a été conçu principalement pour permettre de détecter rapidement des troubles de compréhension orale/écrite chez une personne cérébro-lésée. Afin d'éviter un effet de la tâche (Salis & Edwards, 2009), rappelons qu'il est indispensable d'utiliser des tâches différentes pour évaluer de manière plus complète la compréhension syntaxique, comme par exemple l'appariement phrase-vidéo (Berndt, Haendiges, Mitchum & Sandson, 1997), l'identification de l'agent d'une phrase (Rigalleau, Baudiffier & Caplan, 2004), la manipulation de personnages (Hanquain, 1993) ou de jetons (De Renzi & Vignolo, 1962), ou encore l'identification d'un mot-cible dans une phrase (a-)grammaticale en temps réel (Grosjean, Hirt, Monnin et al., 1996). Finalement, il est également indispensable de prendre en compte dans l'évaluation et la rééducation les autres fonctions cognitives ayant une influence sur le processus de compréhension langagière, comme la mémoire de travail verbale (Just & Carpenter, 1992) ou les fonctions attentionnelles (Helm-Estabrooks, 2011).

Toute personne susceptible d'être intéressée par l'utilisation du TICSf-12 peut contacter les auteurs de cet article, afin d'obtenir une copie des protocoles.

Références

- Berndt, R.S., Haendiges, A.N., Mitchum, C.C. & Sandson, J. (1997). Verb retrieval in Aphasia : 2. Relationship to Sentence Processing. *Brain and Language*, 56. 107–137.
- Berndt, R.S., Mitchum C.C. & Haendiges, A.N. (1996). Comprehension of reversible sentences in agrammatism: a meta-analysis. *Cognition*, 58 (3). 289–308.
- Caplan, D. N. & Hildebrandt, N. (1988). Disorders of syntactic comprehension. The MIT Press.
- De Renzi, E. & Vignolo, L.A. (1962). The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85. 665–678.
- Grosjean, F., Hirt, C., Monnin, P., Yersin-Besson, C., Hester, D., Buttet Sovilla, J. & Assal, G. (1996). La compréhension orale en temps réel: élaboration d'une batterie de tests pour sujets aphasiques. *Aphasie et domaines associés*, 10(2). 134–149.
- Hannequin, D. (1993). L'agrammatisme: Diversité et variabilité de la production et de la compréhension des agrammatiques. In: J.-L. Signoret, F. Eustache & B. Lechevalier (Eds), *Langage et aphasie* (pp. 127–146). De Boeck Université: Louvain-la-Neuve.
- Helm-Estabrooks, N. (2011). Treating attention to improve auditory comprehension deficits associated with aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 21(2), 64–71.
- Jaeger, T.F. (2008). Categorical data analysis: Away from ANOVAs (transformation or not) and towards logit mixed models. *Journal of Memory and Language*, 59, 434–446.
- Just, M.A. & Carpenter, P.A. (1992). A capacity theory of comprehension: Individual differences in working memory. *Psychological Review*, 99. 122–149.
- Metz-Lutz, M.-N. (1999). De la nécessité de l'évaluation des troubles de la compréhension dans l'aphasie. *Rééducation orthophonique*, 198. 67–78.
- Nespoulous, J.-L., Roch Lecours, A., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joannette, Y., Cot F. & Rascol, A. (1992). Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie MT-86. Isbergues: Ortho Edition.
- Python, G., Bischof, S., Probst, M. & Laganaro, M. (2012). Élaboration et normalisation d'un test informatisé de compréhension syntaxique en français. *Revue de Neuropsychologie*, 4 (3), 206–215.
- Rigalleau, F., Baudiffier, V. & Caplan, D. (2004). Comprehension of sentences with stylistic inversion by French aphasic patients. *Brain and Language*, 89. 142–156.
- Rigalleau, F., Nespoulous, J.-L. & Gaonac'h, D. (1997). La compréhension asyntaxique dans tous ses états. Des représentations linguistiques aux ressources cognitives. *L'année psychologique*, 97. 449–494.
- Salis, C. & Edwards, S. (2009). Test of syntactic comprehension in aphasia: an investigation of task effects. *Aphasiology*, 23 (10), 1215–1230.

Python Grégoire¹, Bischof Sylvie², Probst Manon³, Laganaro Marina⁴.

1. Département des Neurosciences Cliniques, Service de Neuropsychologie et Neuroréhabilitation, Hôpital Nestlé, CHUV, Lausanne, Suisse.
2. Service de Neuropsychologie et Logopédie, Hôpitaux Neuchâtelois, Suisse.
3. Centre d'orthophonie de la Chaux-de-Fonds, Suisse.
4. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Genève, Suisse.

Contact:

Grégoire Python – gregoire.python@chuv.ch
Service de Neuropsychologie et Neuroréhabilitation – CHUV
Av. Pierre Decker 5, CH-1011 Lausanne

Annexes

Tableau I: Taux de réponses correctes extraits de la validation de la version longue pour les phrases à l'oral (n=12)

Âge	Niv.	Sujets	Moyenne	σ	Min
18-59	I/II	n = 33	11.94	0.24	11
	III	n = 56	11.98	0.13	11
60-69	I/II	n = 16	11.94	0.24	11
	III	n = 23	11.88	0.34	11
70+	I/II	n = 13	11.69	0.63	10
	III	n = 11	11.91	0.3	11

Tableau II: Taux de réponses correctes extraits de la validation de la version longue pour les phrases à l'écrit (n=12)

Âge	Niv.	Sujets	Moyenne	σ	Min
18-59	I/II	n = 33	11.88	0.33	11
	III	n = 56	11.91	0.29	11
60-69	I/II	n = 16	11.82	0.39	11
	III	n = 23	11.95	0.21	11
70+	I/II	n = 13	11.92	0.28	11
	III	n = 11	11.82	0.4	11

Tableau III: Taux de réponses correctes extraits de la validation de la version longue pour les phrases à l'oral, sans les phrases où la réponse est «autre» (n=10)

Âge	Niv.	Sujets	Moyenne	σ	Min
18-59	I/II	n = 33	10	0	10
	III	n = 56	10	0	10
60-69	I/II	n = 16	9.94	0.24	9
	III	n = 23	9.92	0.28	9
70+	I/II	n = 13	9.85	0.38	9
	III	n = 11	10	0	10

Tableau IV: Taux de réponses correctes extraits de la validation de la version longue pour les phrases à l'écrit, sans les phrases où la réponse est «autre» (n=10)

Âge	Niv.	Sujets	Moyenne	σ	Min
18-59	I/II	n = 33	9.88	0.33	9
	III	n = 56	9.93	0.26	9
60-69	I/II	n = 16	9.82	0.39	9
	III	n = 23	9.95	0.21	9
70+	I/II	n = 13	10	0	10
	III	n = 11	9.82	0.4	9

Vorbemerkung der Redaktion:

Das Bestreben, auch die logopädische Therapie auf eine wissenschaftlich fundierte Basis (Evidenzbasierung) zu stellen, hat im Kontext der Rehabilitation neurogener Sprech- und Sprachstörungen nicht nur neue diagnostische Verfahren und therapeutische Ansätze hervorgebracht (vgl. Baumgärtner 2013). Es hat auch zu einer Reihe von Wirksamkeitsstudien geführt (vgl. www.speechbite.com), die unsere Vorstellung davon, was eine angemessene und erfolgversprechende logopädische Versorgung für Menschen mit Aphasie (vgl. Ziegler et al 2012) oder auch Dysarthrien (z.B. bei M. Parkinson, vgl. Eggert et al 2012) darstellt, stark verändert haben (vgl. Wallesch & Johannsen-Horbach 2010). Während die Lage im Hinblick auf die Wirksamkeit spezifischer Therapieansätze (CIAT, Meinzer et al. 2005; LSVT LOUD, z.B. Sapir et al 2007) bislang noch eher ungeklärt ist, konnte der Einfluss von Faktoren wie früher Beginn, die Bedeutung des ersten Jahres und v.a. die Intensität der Therapie (mindestens 5–10 Stunden pro Woche) auf den Erfolg der Aphasiotherapie nachgewiesen werden. «Je nach den individuellen Rehabilitationszielen und der Dynamik der erreichbaren Verbesserungen sind intensive Intervallbehandlungen auch mehr als 12 Monate nach dem Schlaganfall zu empfehlen. In den späteren

Verlaufsphasen ist es sinnvoll, den Transfer der erworbenen sprachlichen Fähigkeiten und die Anpassung an spezifische Alltagsanforderungen sowie die Aufrechterhaltung der wiedergewonnenen Sprachfähigkeiten weiterhin therapeutisch zu unterstützen.» schreiben Ziegler et al (2012:1) in den Leitlinien für die Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Ein derartig intensives therapeutisches Angebot muss zum einen bezahlt werden, zum anderen setzt es eine Versorgungsinfrastruktur voraus, die dies leisten kann. Es nützt den Betroffenen nur bedingt, wenn wir zwar wissen, welche Faktoren den Erfolg der Therapie positiv beeinflussen, eine solche Therapie aber aufgrund mangelnder logopädischer Kapazitäten (z.B. auch für Hausbesuche) und begrenzter Zahlungsbereitschaft der Kostenträger nur Wenigen angeboten werden kann. Vor diesem Hintergrund leisten Versorgungsstudien wie die der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR) einen wichtigen Beitrag: Sie helfen die Lage zu klären und Missstände aufzudecken. Dies ist nicht zuletzt für Selbsthilfeorganisationen wie die von *aphasie suisse* von grossem Interesse.

Erfassung der logopädischen Versorgungslage von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz

Andrea Haid

1. Einleitung

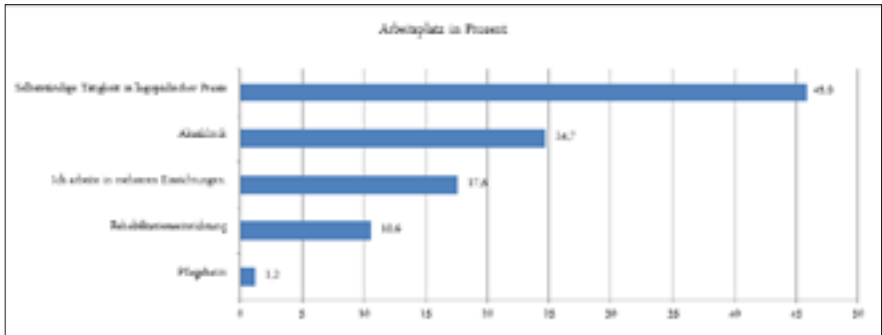
Die effektive und effiziente therapeutische Betreuung erwachsener Patientinnen und Patienten ist entscheidendes Ziel logopädischer Fachpersonen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, sind hochfrequente therapeutische Interventionen notwendig (vgl. Bauer et al. 2002, Bhogal et al. 2003, Kelly et al. 2010, Ziegler 2012). Diese müssen in Akutkliniken und Rehabilitationsinstitutionen, aber auch nach Entlassung ambulant im Rahmen von intensiven Intervalltherapien umgesetzt werden. Um eine optimale und erfolgreiche logopädische Versorgung für erwachsene Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können, bedarf es des Zusammenspiels logopädischer Fachpersonen.

Im Jahr 2012 führte die Forschungsabteilung der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbands (DLV) eine Fragebogenerhebung zur «Erfassung der logopädischen Versorgungslage von er-

wachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz» durch. Ziel der Studie war die Einschätzung der Versorgungslage aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in Akutkliniken, Rehabilitationsinstitutionen sowie im ambulanten Nachsorgebereich. Der logopädische Versorgungspfad (insbesondere der Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung) stand dabei im Fokus der Befragung.

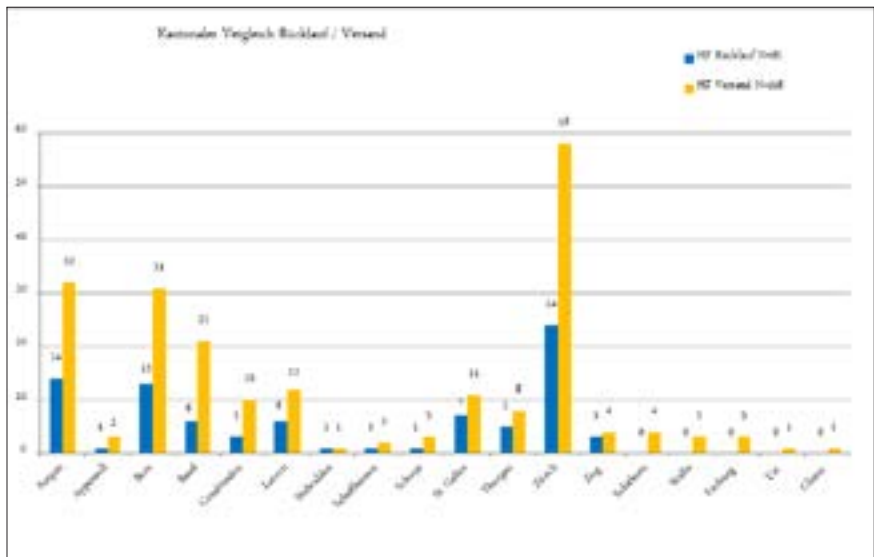
Von den 208 versandten Fragebogen wurden 85 ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 39,91 % entspricht. Der grösste Anteil der Rückmeldungen stammt dabei von selbstständig in der Praxis tätigen Logopädinnen und Logopäden (45,9 %, n=39). Weitere 24,7 % (n=21) gaben an, in einer Akutklinik und 10,6 % (n=9) in einer Rehabilitationseinrichtung zu arbeiten. 17,6 % (n=15) waren zum Zeitpunkt der Befragung in mehreren Einrichtungen tätig. Lediglich in einem Fall wurde die Option Pflegeheim als Tätigkeitsbereich gewählt.

Abb. 1: Arbeitsplätze der befragten Logopädinnen und Logopäden im Jahr 2012.



Die kantonale Verteilung der ausgefüllten Bogen zeigt, dass am meisten Rückmeldungen aus dem Kanton Zürich stammen, wobei dieses Ergebnis aufgrund der hohen Anzahl der dort tätigen Logopädinnen und Logopäden nicht unerwartet ist. Wenn das Verhältnis von Versand und Rücklauf mitgerechnet wird, kommen die meisten Antworten aus den Kantonen St. Gallen und Thurgau (vgl. Abb. 2).

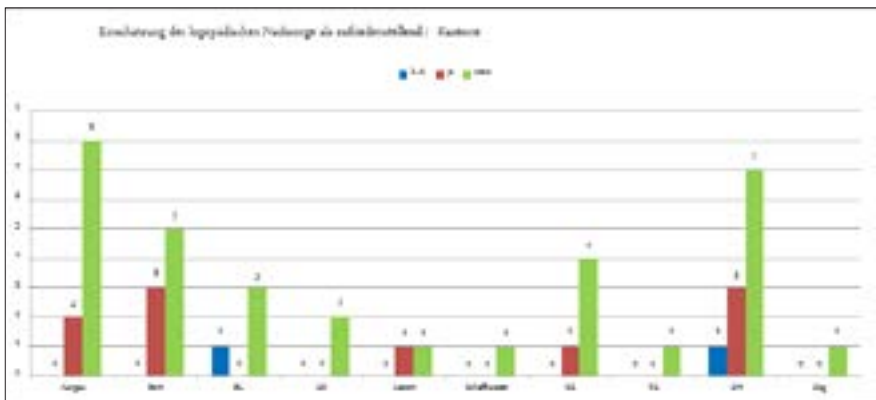
Abb. 2: Rücklauf und Versand im Vergleich der einzelnen Kantone.



2. Einschätzung der Nachsorge allgemein

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse ermöglichen einen internen Blick in die Einschätzung der Versorgungssituation aus der Sicht logopädischer Fachpersonen. Die befragten praktizierenden Logopädinnen und Logopäden schätzen die logopädische Nachsorgesituation bzw. logopädische Versorgungslage in den einzelnen Kantonen der Deutschschweiz grossteils insgesamt als nicht zufriedenstellend ein (vgl. Abb. 3). Zum Zeitpunkt der Befragung waren nur 22,3% (n=19, N=85) mit der aktuellen logopädischen Versorgungslage zufrieden.

Abb. 3: Einschätzung der logopädischen Nachsorge aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden.



Lediglich in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich gab es auf die Frage nach der Einschätzung positive Antworten. Die höchste Unzufriedenheit zeigte sich im Kanton Aargau, direkt gefolgt von Zürich.

3. Ergebnisse Logopädinnen und Logopäden in Akutkliniken und Rehabilitationsinstitutionen (n=45)

Die befragten Logopädinnen und Logopäden gaben an, in den Akutkliniken zwar ein Angebot an Nachsorge-Plätzen bieten zu können, wobei die therapeutischen Interventionen jedoch nicht der gewünschten Intensität entspricht. Die Einschätzung der logopädischen Nachsorge in den jeweiligen Kantonen wurde aus Sicht

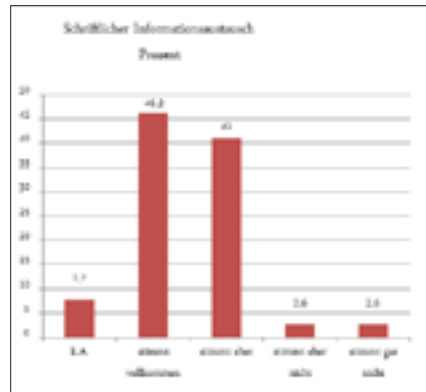
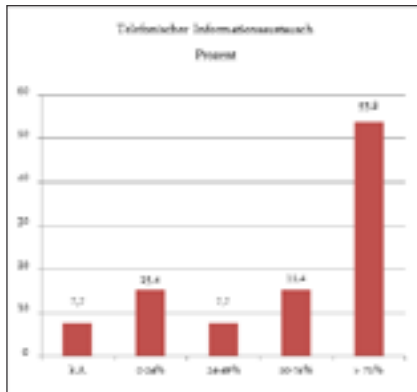
der in Akutkliniken und Rehabilitationsinstitutionen tätigen Logopädinnen und Logopäden als weniger zufriedenstellend eingestuft (die Antwortoption Nein wählten 73,3% der Befragten). Die Gründe liegen den Befragten zufolge v.a. in den Kriterien der Kapazität und der regionalen Verfügbarkeit sowie in der fehlenden Spezialisierung, weiten Anfahrtswegen, schlechten tariflichen Bedingungen und dem nicht vorhandenen Angebot von Domizilbehandlungen.

Die Kontaktherstellung zur nachsorgenden logopädischen Fachperson erfolgt den Angaben der befragten Logopädinnen und Logopäden zufolge grossteils durch die Logopädin bzw. den Logopäden in der Klinik, weniger durch die betreuenden Ärzte und Ärztinnen. In lediglich 17,8% der Fälle (n=8) werden den Patientinnen und Patienten ausschliesslich Informationen über mögliche Institutionen und Praxen für eine weiterführende Therapie mitgegeben. Selten (n=26, 57%) wurde für entlassene Patientinnen und Patienten im Jahr 2011 kein Anschlusstherapieplatz gefunden. Laut Angaben der befragten Logopädinnen und Logopäden gibt es ihrer Erfahrung nach typische Störungsbilder, für deren Behandlung die Suche nach einem geeigneten Therapieplatz besonders schwierig ist. Dies ist die Dysphagie (n=15), gefolgt von der Dysphonie (n=4) und der Laryngektomie (n=3).

4. Ergebnisse Logopädinnen und Logopäden in eigener Praxis (n=39)

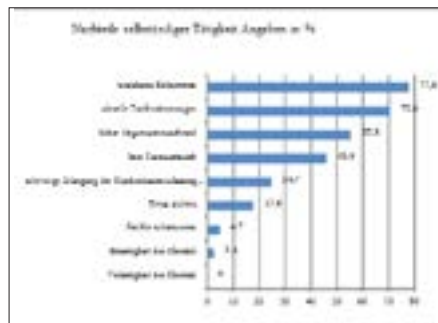
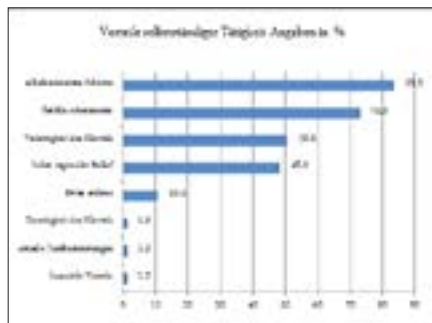
Der Grossteil der an der Befragung teilnehmenden und in eigener Praxis tätigen Logopädinnen und Logopäden arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung alleine in ihrer logopädischen Praxis (74,4%, n=29). 43,6% davon (n=17) gaben an, ausschliesslich mit erwachsenen Patientinnen und Patienten zu arbeiten, wobei bei Betreuung von Kindern und Erwachsenen die Arbeit mit Kindern den Angaben zufolge dominiert. Die Patientinnen und Patienten wurden häufig von den Hausärzten (48,7%, n=19), häufig von Klinikärztinnen (33,3%, n=13 bzw. 30,8%, n=12), häufig von Logopädinnen oder Logopäden in der Akutklinik oder in der Rehabilitationsinstitution (46,2%, n=18) zugewiesen. Teilweise kommen Anfragen von Angehörigen (selten / häufig, 38,5%, n=15 bzw. 33,3%, n=13) und selten aus Pflegeheimen (56,4%, n=22). Der interne Kontakt bzw. Austausch zwischen den Logopädinnen und Logopäden im Akutbereich und denjenigen im Nachsorgebereich wurde als gut funktionierend angegeben (telefonisch sowie auch schriftlich, vgl. Abb. 4 und 5).

Abb. 4/5: Telefonischer und schriftlicher Informationsaustausch zwischen Fachpersonen im Akut- und Nachsorgebereich.



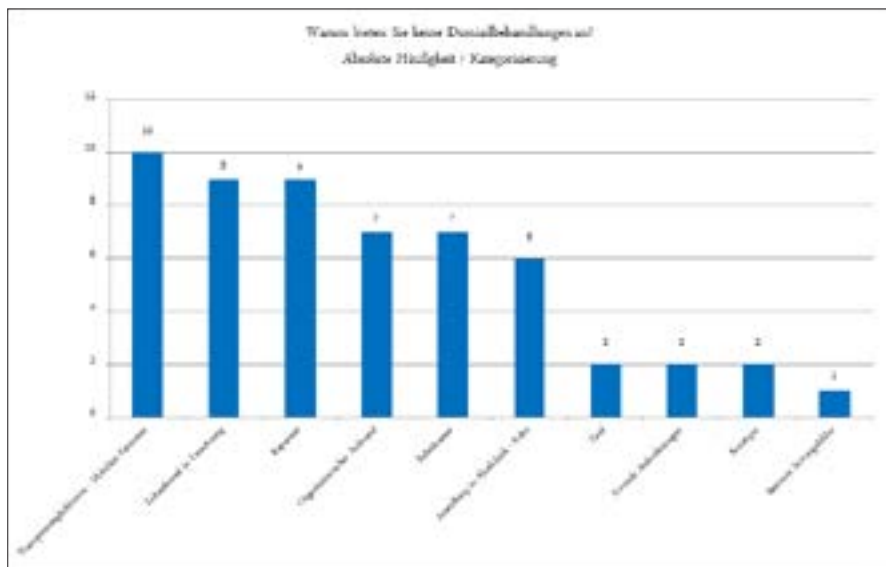
Die in einer eigenen Praxis arbeitenden Logopädinnen und Logopäden sehen sowohl Vor- als auch Nachteile in der Selbstständigkeit, die jedoch unterschiedlich gewichtet werden. Bei den Vorteilen dominieren das selbstbestimmte Arbeiten, die flexiblen Arbeitszeiten, die Vielseitigkeit der Klientel und der hohe regionale Bedarf (vgl. Abb. 6). Bei den Nachteilen dagegen werden das unsichere Einkommen, die aktuellen Tarifbestimmungen und der hohe Organisationsaufwand genannt (Abb. 7). Zusätzlich wurden im freien Textfeld v.a. die aktuellen Tarife und die kantonale Organisationsstruktur nochmals zusätzlich als erschwerende Kriterien für die Selbstständigkeit erwähnt.

Abb. 6: Vorteile der selbstständigen Tätigkeit. **Abb. 7:** Nachteile der selbstständigen Tätigkeit.



Domizilbehandlungen wurden zum Zeitpunkt der Befragung vom Grossteil der selbstständig tätigen Logopädinnen und Logopäden nicht angeboten (58,8%). In der Abfrage der Gründe hierfür dominieren die Kriterien Zeitaufwand, Kapazität und Auslastung. Aber auch die tariflichen Bestimmungen und die nicht bezahlten Fahrtkosten wurden als weitere Punkte genannt (vgl. Abb. 8).

Abb. 8: Gründe, die Domizilbehandlungen erschweren.



5. Kostengutsprache

Die Logopädinnen und Logopäden in Akutkliniken, Rehabilitationsinstitutionen bzw. freien Praxen gaben mit einer geringen Häufigkeit an, dass die Kostengutsprachen nur unzureichend verlängert wurden (Akutklinik und Rehabilitationsinstitutionen mit 86,7%, n=39 für 0–24% Häufigkeit sowie freiberufliche Praxis mit 92,3%, n= 36 für 0–24% Häufigkeit). Lediglich in Einzelfällen gab es Schwierigkeiten bei der Verlängerung der Kostengutsprache (freiberufliche Praxis), was auf eine häufige positive Verlängerung hindeutet. Schwierigkeiten bei der Verlängerung der Kostengutsprache kamen in den Akutkliniken und Rehabilitationsinstitutionen sowie im Nachsorgebereich vorwiegend beim Störungsbild Aphasie vor, wobei die Angaben zur typischen Anzahl bewilligter Therapieeinheiten sehr breit streuen und dementsprechend keine Schwerpunkte erkennbar sind.

6. Ausbildung und Bekanntheitsgrad der Logopädie

Die befragten Logopädinnen und Logopäden hätten sich schon während der Ausbildung mehr Inhalte im Erwachsenenbereich gewünscht (43,5%, n=37). Diese Aussage bezieht sich auf den Grossteil der Ausbildungsinstitutionen. Zudem sind 50% (n=43) der Befragten der Meinung, dass die vermittelten theoretischen Grundlagen im Erwachsenenbereich für die aktuelle therapeutische Aufgabe nicht ausreichend waren. Die Befragten sind jedoch mehrheitlich mit ihren während der Ausbildung durchgeführten Praktika im Hinblick auf die Vorbereitung auf die Arbeit mit Erwachsenen zufrieden (69,5%, n=59).

Die Sensibilität der Ärztinnen und Ärzte erachten die befragten Logopädinnen und Logopäden als sehr schwankend (Sensibilität gut – n=16, Sensibilität mittelmässig – n=9, Sensibilität niedrig – n=13) bis schwer einschätzbar (n=15).

7. Abschliessende Zusammenfassung

Die Versorgungslage im logopädischen Nachsorgebereich ist aus Sicht der befragten praktisch tätigen Logopädinnen und Logopäden insgesamt als nicht zufriedenstellend bzw. unzufriedenstellend einzuschätzen. Die interne Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Logopädinnen und Logopäden funktioniert gut (u.a. Kontaktherstellung zur weiterführenden Therapie, Austausch über den Therapieverlauf). Die Kostengutsprachen werden mit Ausnahme derjenigen für das Störungsbild Aphasie ausreichend verlängert. Die Akutkliniken verfügen zwar über ein Angebot von Nachsorge-Plätzen, können dort jedoch keine genügend intensiven therapeutischen Interventionen anbieten. In den einzelnen Kantonen werden für die mangelnde Versorgungslage folgende Gründe genannt: die Kapazitäten der einzelnen Fachpersonen, die regionale Verfügbarkeit von Fachpersonen, die fehlenden Spezialisierungen einzelner Logopäden und Logopädinnen, die weiten Anfahrtswege, die schlechten tariflichen Bedingungen sowie das nur beschränkt mögliche Angebot von Domizilbehandlungen. Insbesondere für die Störungsbilder Dysphagie, Dysphonie und Laryngektomie gibt es den befragten Logopädinnen und Logopäden zufolge Schwierigkeiten bei der Suche nach einem geeigneten weiterführenden Therapieplatz.

Gemäss den in logopädischer Praxis tätigen Logopädinnen und Logopäden gibt es weder bezüglich der Zuweisung noch der Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Akutbereich oder der Verlängerung der Kostengutsprache (Ausnahme sind auch hier die Aphasien) nennenswerte Schwierigkeiten. Als Nachteil erachten die Befragten jedoch das unsichere Einkommen, die

aktuellen Tarifbestimmungen und den hohen Organisationsaufwand, der sich je nach Kanton unterscheidet. Domizilbehandlungen werden aufgrund des erhöhten Zeitaufwandes, der Kapazität bzw. Auslastung und der schlechten Tarife sowie den nicht verrechenbaren Fahrtkosten sehr selten angeboten.

Bei den frei formulierten Anmerkungen auf den Fragebogen wird die unterschiedliche regionale Verfügbarkeit der logopädischen Therapieplätze häufig genannt. Die Gründe für eine mangelnde Verordnung logopädischer Therapie liegen den Befragten zufolge im Bekanntheitsgrad der Logopädie, dem aktuellen Tarifsystem, den KK-Zulassungen, der vorliegenden Kapazität bzw. Auslastung sowie teilweise auch in der Ausbildung.

Die Ergebnisse der durchgeführten Befragung zur Versorgungslage zeigen klar, dass eine Ausweitung der regionalen logopädischen Therapieplätze für erwachsene Patientinnen und Patienten als notwendig erachtet wird. Dieser Wunsch wird zudem durch den demographischen Wandel und die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung verstärkt (vgl. Steiner 2010). Durch den auf die Logopädie beschränkten Blick in das interne Versorgungssystem zeigt sich einerseits ein funktionierender Übergang von logopädischer Betreuung auf den Stufen Akutklinik – Rehabilitationsinstitution – Nachsorge in der logopädischen Praxis. Dies betrifft vorwiegend die durch den gut funktionierenden Informationsaustausch bedingte inhaltlich-fachliche Betreuung. Andererseits erschweren jedoch die fehlende Kapazität, die unzureichende regionale Verfügbarkeit von Therapieplätzen und die fehlende Spezialisierung in Bezug auf einzelne Fachbereiche die bestmögliche logopädische Betreuung.

Literatur

- Baumgärtner, A. (2013): Logopädie und die Neurowissenschaften. In: Forum Logopädie 5/27, 12–19.
- Bauer, A. et al. (2002): Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). In: Aktuelle Neurologie 29, 63–75.
- Boghal, S. et al. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. In: Stroke 34, 987–993.
- Eggert, K. et al. (2012): Leitlinien: Parkinson-Syndrome – Diagnostik und Therapie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-010l_S2k_Parkinson_Syndreome_Diagnostik_Therapie_2012-09.pdf (abgerufen am 03.10.2013).
- Guidelines der aphasie suisse: Unter: <http://www.aphasie.org/upload/aphasie/files/GuidelinesD.pdf> (abgerufen am 03.09.2013).
- Haid, A. & Isele, E. (2012): Erfassung der logopädischen Versorgungslage von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz. Auswertungen – Kurzfassung ausgewählter Ergebnisse. Unter: www.shlr.ch (abgerufen am 11.04.2013).
- Kelly, H., Brady, M. C. & Enderby, P. (2012): Speech and language therapy for aphasia following stroke. In: Cochrane Database System Review (5), CD000425.
- Sapir, S., Spielmann J., Ramig L., Story B. & Fox, C. (2007): Effects of Intensive Voice Treatment (the Lee Silverman Voice Treatment [LSVT]) on Vowel Articulation in Dysarthric Individuals With Idiopathic Parkinson Disease: Acoustic and Perceptual Findings. In: Journal of Speech, Language and Hearing Research 50, 899–912.
- Steiner, J. (2010): Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. München: Reinhardt.
- Wallesch, C. W. & Johannsen-Horbach, H. (2010) Aphasietherapie – Wirksamkeit und Evidenzbasierung. In: Akt. Neurol 37, 279–281.
- Ziegler, W. (2012): Leitlinien: Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. Unter: <http://www.dgn.org/component/content/article/45-leitlinien-der-dgn-2012/2434-II-92-2012%rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall.html?q=aphasie+leitlinie> (abgerufen am 05.09.2013).
- Baumgärtner A (2013) Logopädie und die Neurowissenschaften. Forum Logopädie 5/27:12–19
- Eggert K et al (2012) Leitlinien: Parkinson-Syndrome – Diagnostik und Therapie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-010l_S2k_Parkinson_Syndreome_Diagnostik_Therapie_2012-09.pdf

- Sapir, S, Spielmann J, Ramig L, Story B, Fox, C (2007) Effects of Intensive Voice Treatment (the Lee Silverman Voice Treatment [LSVT]) on Vowel Articulation in Dysarthric Individuals With Idiopathic Parkinson Disease: Acoustic and Perceptual Findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 50: 899–912
- Speech Pathology Database for Brain Impairment Treatment Efficacy: www.speechbite.com
- Wallesch CW, Johannsen-Horbach H. (2010) Aphasietherapie – Wirksamkeit und Evidenzbasierung. *Akt Neurol* 37: 279–281
- Ziegler (2012): Leitlinien: Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. <http://www.dgn.org/component/content/article/45-leitlinien-der-dgn-2012/2434-II-92-2012%rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall.html?q=aphasie+leitlinie> (abgerufen am 05.09.2013).
- Bauer, A. et al. (2002): Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). In: *Aktuelle Neurologie* 29, 63–75.
- Boghal, S. et al. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. In: *Stroke* 34, 987–993.
- Guidelines der aphasie suisse: Unter: <http://www.aphasie.org/upload/aphasie/files/GuidelinesD.pdf>, abgerufen am 03.09.2013.
- Haid, A. & Isele, E. (2012): Erfassung der logopädischen Versorgungslage von erwachsenen Patientinnen und Patienten aus Sicht praktizierender Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz. Auswertungen – Kurzfassung ausgewählter Ergebnisse. Unter: www.shlr.ch (Download: 11.04.2013).
- Kelly, H, Brady, MC & Enderby, P. (2012): Speech and language therapy for aphasia following stroke. In: *Cochrane Database System Review* (5), CD000425.
- Steiner, Jürgen (2010): *Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis.* München: Reinhardt.
- Ziegler (2012): Leitlinien: Rehabilitation aphasischer Störungen nach SchlaganfallAWMF-Registernummer: 030/090. Unter:<http://www.dgn.org/component/content/article/45-leitlinien-der-dgn-2012/2434-II-92-2012%rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall.html?q=aphasie+leitlinie> (abgerufen am 03.09.2013).

Kontakt:

Andrea Haid
Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (SHLR)
Abteilung Forschung & Entwicklung, April 2013

Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie

Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I.,
Biniek, R. & Springer, L. (2012)

Hrsg.: Schrey-Dern, D. & Lauer, N.,
Thieme-Verlag: Stuttgart, 232 Seiten,
13 Abbildungen
ISBN-10: 978-3-13-147941-9, ISBN-13:
978-3-13-147941-9
Preis: Print-Version: 53,99 CHF/39,99
Euro; E-Book: 60,40 CHF

Akute Aphasien stellen ein wichtiges Handlungsfeld für klinisch tätige Sprachtherapeutinnen dar – gleich ob in Stroke-Units, allgemeinen neurologischen Abteilungen, Akutkrankenhäusern oder Rehabilitationskliniken. Das letzte umfassende deutschsprachige Standardwerk zu akuten Aphasien stammt von Biniek aus dem Jahr 1993 und liegt damit 20 Jahre zurück. Seither sind kaum deutschsprachige Monographien zu diesem Thema erschienen. Ende 2012 haben nun die Aachener Autoren Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek und Springer diese Lücke geschlossen. Mit dem Buch «Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie» haben sie eine Art Lehrbuch publiziert, das eine aktuelle, umfassende und evidenzbasierte Zusammenfassung zur Diagnostik und Behandlung akuter Aphasien und ihrer Begleiterscheinungen liefert.

Zunächst bieten die Autoren einen guten Überblick über die klinischen Grundlagen und gehen auf die Ätiologie, die Inzidenz und Prävalenz des Schlaganfalls, die ärztliche Diagnostik und medizinische Therapie ein. Dabei wird den Besonderheiten der akuten Aphasie und deren Begleitstörungen sowie dem Thema «Spontanremission» Rechnung getragen.

Die Autoren beschreiben – und das stellt eine der wichtigsten Neuerungen dar – die akute Aphasie mit Hilfe des biopsychosozialen Modells der ICF und betonen die Bedeutung der ICF für die Diagnostik und die Therapie der akuten Aphasien. Anhand eines Fallbeispiels werden die Codierungen der ICF veranschaulicht.

Im Folgenden erhält man einen guten Überblick über die sprachlichen Symptome bei akuter Aphasie und über die besonderen Bedingungen in der Akutphase, die es bei der logopädischen Untersuchung zu berücksichtigen gilt. Es wird sowohl auf die informelle Diagnostik durch Beobachtung und Verlaufsbeschreibung als auch auf die standardisierte Stuserhebung mittels normierter Testverfahren eingegangen. Hier liefern die Autoren einen praktischen Überblick über aktuelle Screening- und Testverfahren in der Akutphase bei Aphasie, z.B. Aachener Aphasie Bedside Test (AABT), Aphasie-Schnell-Test (AST), Bielefelder Aphasie Screening (BIAS); Untersuchung der sprachlichen Leistungen bei Akutphase (USLA). Es

werden ausführliche Informationen zu deren Aufbau, Durchführung und Auswertung sowie zu Standardisierung und Normierung vermittelt, wobei die übersichtliche Beurteilung der Verfahren nach bestimmten Kriterien sowie das abschliessende Fazit durch die Autoren bei der Entscheidung helfen könnte, welches Diagnostikinstrument sich wann und warum anbietet. Besonders erwähnenswert ist, dass der Aachener Aphasie Bedside Test (AABT) sowohl als Kopiervorlage im Anhang als auch im Download-Bereich zur Verfügung steht. Das Buch gibt Aufschluss über die kritischen Fragen zur Erkennung der Aphasie sowie zur Diagnostik bei leichten oder modalitätsspezifischen Störungen und geht auf zur Verfügung stehende Testinstrumente wie den Token Test, den Regensburger Wortflüssigkeits Test (RWT) und die Schwalbacher Schriftsprachprobe ein. Hinsichtlich der Differentialdiagnostik werden Vorschläge formuliert, wie eine kommunikative Diagnostik bei schweren Bewusstseinsstörungen gestaltet werden kann. Ausserdem findet sich ein Abschnitt zur Untersuchung von Schluckstörungen. Zum Abschluss des Diagnostikkapitels werden drei Fallbeispiele vorgestellt, wobei jeweils ein Gesprächsprotokoll sowie die Ergebnisse von zwei Tests gegenübergestellt werden. Allerdings bleibt unklar, warum jeweils zwei Testverfahren eingesetzt wurden. Soll die zweifache Testung als Standard für die Diagnostikerin in der Akutphase gelten?

Sollen die (nach welchen Kriterien?) ausgewählten Tests einander ergänzen? Oder ging es darum zu illustrieren, was die jeweiligen Tests untersuchen und wie genau sie messen?

Die zweite Hälfte des Buches beschäftigt sich ausführlich mit der Therapie akuter Aphasien: Zunächst werden allgemeine Lernprinzipien in der Akutphase beschrieben, wobei das fehlerfreie Lernen und die Steigerung der Schwierigkeit vom Leichten zum Schweren betont wird. Für die Klinikerinnen ist ein wichtiger Hinweis, dass Fehler nicht systematisch bearbeitet werden sollen, und es gilt, Sprachanstrengung sowie Automatismen in der Akutphase zu vermeiden. Die Autoren formulieren im Weiteren mögliche Therapieziele und beschreiben dann sowohl funktions- als auch teilhabeorientierte, kommunikativ-pragmatische Methoden, wobei hilfreiche Beispielaufgaben, Abbildungen und Praxistipps angeboten werden. Im Vergleich zum Diagnostikkapitel werden in Bezug auf die Therapie jedoch keine ausführlichen Fallbeispiele aufgeführt. Im Weiteren gibt das Buch eine gute Zusammenfassung bestimmter Ansätze, die zwar häufig zitiert werden, deren Originalliteratur jedoch zum Teil schon älter und nicht immer leicht zugänglich ist. Neben der Nennung der Zielgruppe des Ansatzes und der Beschreibung des Vorgehens wird stets auch auf Wirksamkeitsstudien zu den einzelnen Ansätzen eingegangen. Allerdings wird der Angehörigenberatung –

entgegen ihrer herausragenden Bedeutung in der Akutphase – kaum Platz eingeräumt.

Im Weiteren gehen die Autoren auch auf die Behandlung bei schweren Störungen des Bewusstseins, auf Therapiemaßnahmen bei neurogenen Dysphagien sowie auf Übungen zum faziorealen Trakt ein. Prinzipiell ist positiv zu werten, dass die Aphasie begleitenden Störungen Berücksichtigung finden. Dennoch mag es etwas irritieren, dass die Abgrenzung der Störungsbilder in der Struktur des Buches wenig trennscharf gelöst wird. Hinsichtlich der Dys-

phagien steht zudem gute Fachliteratur zur Verfügung, was im Hinblick auf die begleitenden kognitiven Störungen (in der Akutphase) und deren sprach- und kommunikationsrelevanten Auswirkungen leider nicht gilt, sodass hier eine Vertiefung gut getan hätte.

Dieses Buch bietet insgesamt solides Grundlagenwissen auf dem neuesten Stand und für diejenigen, die im Akutbereich arbeiten, in vielfacher Hinsicht praktisch Relevantes. Für die Ausbildung und Berufsanfängerinnen kann es sicher als verlässliches Standardwerk dienen.

Autorin:

Dr. Sandra Schütz
Sebastian Kolowa Memorial University
SEKOMU
P. O. Box 370 Lushoto-Tanga
Tanzania
sandra.schuetz@edu.lmu.de

