N° 01
2015

VOL. 39
ISSN 1664-8595

Aphasie

und verwandte Gebiete
et domaines associés

Originalbeitrag
Qualitative Ansätze in der teilhabeorientierten Aphasie-Diagnostik: Kennzeichen und Anwendungen

Originalbeitrag
Verbesserung der Teilhabe durch einen integrativen Ansatz in der Aphasietherapie: Ein Fallbeispiel

Originalbeitrag
Dépistage normé des troubles de la parole: apport des diadococinésies

aphasiesuisse (...)

wenn Worte fehlen.
quand les mots font défaut.
quando le parole sfuggono.
sch'ils pleds mancan.

ZEWO ZERTIFIZIERT CERTIFIÉ CERTIFICATO

Inhaltsverzeichnis | Table des matières

Originalbeiträge | Articles originaux

3 **Qualitative Ansätze in der teilhabeorientierten Aphasie-Diagnostik: Kennzeichen und Anwendungen**
Hansen, Hilke; Schneider, Barbara

13 **Verbesserung der Teilhabe durch einen integrativen Ansatz in der Aphasietherapie: Ein Fallbeispiel**
Duvoisin, Daniel; Di Pietro, Marie

26 **Dépistage normé des troubles de la parole: apport des diadococinésies**
Python Grégoire, Pellet-Cheneval Pauline, Laganaro Marina.

Originalbeitrag

Qualitative Ansätze in der teilhabeorientierten Aphasie-Diagnostik: Kennzeichen und Anwendungen

Hansen, Hilke[1]; Schneider, Barbara[1]

DE | Zusammenfassung

Um eine an Teilhabe und Selbstbestimmung orientierte Sprachtherapie planen, gestalten und bewerten zu können, sind vielfältige und detaillierte Informationen über die Teilhabesituation, die Teilhabeziele und das individuelle Erleben eines Menschen mit Aphasie grundlegend. Eine therapierelevante und veränderungsorientierte Diagnostik braucht methodische Zugänge, die der Individualität, Kontextbezogenheit und Subjektivität menschlicher Teilhabe gerecht werden können. Nach Auffassung der Autorinnen bietet die qualitative Sozialforschung der Sprachtherapie hierfür ein viel versprechendes methodisches Repertoire. Der vorliegende Beitrag skizziert grundlegende Kennzeichen dieses Forschungsstils, der Sprachtherapeutinnen und -therapeuten oftmals wenig vertraut ist. Ausgewählte Ansätze einer qualitativen teilhabeorientierten Aphasie-Diagnostik werden beispielhaft vorgestellt.
Schlüsselwörter: Aphasie, Teilhabe, Diagnostik, Evaluation, qualitative Methoden, Interview, Ethnografie, Konversationsanalyse

EN | Abstract

Planning, conducting and evaluating participation-oriented aphasia intervention needs to be based on detailed information concerning the life situation and experience of clients, their environment and significant others. Capturing this subjective information with a focus on the participatory aims of the individual person with aphasia is critical to change-oriented assessment and meaningful intervention planning. According to the authors, for this purpose qualitative social research offers an auspicious methodological repertoire. The following article outlines important principles of qualitative naturalistic research and describes selected approaches for participation-oriented aphasia assessment.
Keywords: aphasia, participation, assessment, outcome evaluation, qualitative methods, interviewing, ethnography, conversation analysis

[1] Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Osnabrück

1. Einleitung

Basierend auf der 2001 durch die WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (DIMDI, 2005) ist die Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen in zahlreichen Ländern als grundlegendes Ziel von Gesundheitsleistungen gesetzlich verankert. Sprachtherapeutinnen und -therapeuten sind aufgerufen, die alltägliche Lebenssituation von Menschen mit chronischen sprachlichen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt zu stellen. Der Erfolg einer sprachtherapeutischen Intervention bemisst sich demnach nicht in erster Linie am Nachweis verbesserter Sprachfunktionen, sondern daran, inwieweit es gelungen ist, die Betroffenen darin zu unterstützen, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und an für sie wichtigen Lebensbereichen kommunikativ teilzuhaben.

Trotz dieser vor fast 15 Jahren formulierten grundlegenden Zielsetzung stehen für den deutschen Sprachraum derzeit keine standardisierten und psychometrisch abgesicherten Instrumente zur Verfügung, mit denen Veränderungen der Teilhabe und Selbstbestimmung, die durch eine sprachtherapeutische Intervention erreicht wurden, erfasst werden können (Schneider & Hansen, im Druck). Ein wichtiger Grund für das Fehlen entsprechender Instrumente ist die Schwierigkeit, die Teilhabe eines Menschen in für ihn wichtigen alltäglichen sozialen Situationen standardisiert und normiert zu erfassen. Teilhabe findet in vielfältigen sozialen Situationen statt, die durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt werden, wie z. B. räumliche und zeitliche Bedingungen, kommunikative Aufgaben und Ziele sowie die Anzahl und das Verhältnis der Beteiligten. Alle Beteiligten haben dabei Anteil am Gelingen oder Nicht-Gelingen kommunikativer Teilhabe (vgl. Bauer & Auer, 2009). Welche sozialen Alltagssituationen für einen Menschen bedeutsam sind und wie das eigene Einbezogen-Sein wahrgenommen und erlebt wird, ist individuell unterschiedlich (vgl. Dalemans, de Witte, Wade & van den Heuvel, 2010). Mit Hilfe standardisierter Instrumente ist es nur sehr eingeschränkt möglich, diese vielfältigen und dynamischen Aspekte differenziert abzubilden und zu erfassen.

Gleichzeitig ist es für eine an Teilhabe und Selbstbestimmung orientierte Sprachtherapie von grundlegender Bedeutung, auf detaillierte Informationen über die Teilhabesituation, die Teilhabeinteressen und das individuelle Erleben eines Patienten und seines Umfelds aufbauen zu können. Das gilt nicht nur für die Planung der Therapie, sondern auch für Evaluation der Ergebnisse. Um eine therapierelevante und veränderungsorientierte Einschätzung entwickeln zu können, sind methodische Herangehensweisen erforderlich, die der Individualität, Kontextbezogenheit und Subjektivität der kommunikativen Teilhabesituation eines Menschen gerecht werden. Nach Auffassung der Autorinnen dieses Beitrags eröffnen hier die Methoden der qualitativen Sozialforschung einen viel versprechenden Zugang.

Qualitative Sozialforschung stellt das soziale Handeln von Menschen und ihre Sicht- und Erlebnisweisen ins Zentrum. Ihr Anliegen ist es, ein möglichst differenziertes Verständnis sozialer Situationen und ihrer Wahrnehmung durch die Beteiligten zu erreichen (vgl. z.B. Flick, 2007). Ebenso wie in der sprachtherapeutischen Diagnostik wird in der Sozialforschung zwischen qualitativen und quantitativen Verfahren unterschieden. Quantitative Verfahren sind in Durchführung und Auswertung weitgehend standardisiert und arbeiten mit numerischen Daten. Qualitative Erhebungsverfahren, wie z.B. teilstrukturierte Interviews oder teilnehmende Beobachtungen, arbeiten mit einem geringen Grad an Standardisierung. Es werden verbale und visuelle Daten erhoben, die interpretierend ausgewertet werden. Die qualitative Sozialforschung bietet der Sprachtherapie damit ein Repertoire an Verfahren, das den Zugang zum grundlegend sozialen Gegenstand der kommunikativen Teilhabe eines Menschen unterstützen kann (vgl. Damico & Simmons-Mackie, 2003).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen ersten Einblick in grundlegende Kennzeichen der qualitativen Sozialforschung[1] zu vermitteln und diese in Hinblick auf ihre Bedeutung für die sprachtherapeutische Evaluation von Teilhabe zu diskutieren. In der sprachtherapeutischen Praxis und Forschung wird der Einsatz standardisierter und psychometrisch abgesicherter Verfahren vielfach als Idealfall einer wissenschaftlich fundierten Diagnostik und Evaluation betrachtet, der allein einen eindeutigen Nachweis von Veränderungen ermöglicht (vgl. z.B. Schütz 2010). Der vorliegende Beitrag verdeutlicht, dass die Methoden der qualitativen Sozialforschung einer eigenen wissenschaftlichen Logik folgen, die spezifische Kriterien für die Bewertung qualitativer Untersuchungen und ihrer Ergebnisse impliziert.

Über die Einführung in den qualitativen Forschungsstil hinaus stellt der Artikel einzelne qualitative Ansätze vor, die für die teilhabeorientierte Aphasie-Diagnostik und

[1] Die qualitative Sozialforschung ist durch eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze und Schulen gekennzeichnet, die sich in ihren methodischen Grundlagen und ihrem Forschungszugang unterscheiden. Der vorliegende Beitrag stellt grundlegende Kennzeichen und Prinzipien in den Mittelpunkt.

-evaluation bereits entwickelt und erprobt worden sind. Dabei besteht nicht der Anspruch einer vollständigen und systematischen Darstellung: Die vorgestellten Ansätze dienen in erster Linie dazu, qualitative Zugänge zu verdeutlichen und Impulse für die praktische Umsetzung zu vermitteln. Der Artikel schliesst mit einer Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen qualitativer Diagnostik in der sprachtherapeutischen Praxis.

2. Untersuchung in alltäglichen Situationen

Eines der zentralen Prinzipien der qualitativen Sozialforschung ist, dass Untersuchungen so weit wie möglich in alltäglichen Situationen durchgeführt werden. Aus diesem Grund wird die qualitative Forschung auch als naturalistischer Forschungsstil bezeichnet (DePoy & Gitlin, 2005). Diese Bezeichnung wird in Abgrenzung zu einem experimentellen Forschungsstil verwendet, der u.a. im Rahmen der Evidenzbasierten Praxis favorisiert wird (vgl. z.B. Beushausen & Grötzbach, 2011).

Qualitative Forschungsansätze gehen davon aus, dass menschliches Handeln und Erleben durch eine Vielzahl von Aspekten der Situation beeinflusst wird, in der es stattfindet. Gespräche werden als spezifische soziale Ereignisse verstanden, die gemeinsam von allen Beteiligten gestaltet werden und z.B. durch ihre jeweiligen sozialen Beziehungen und die gemeinsame Aktivität beeinflusst sind.

Eine experimentelle Kontrolle dieser vielfältigen und variablen Einflüsse ist aus Sicht qualitativ Forschender weder möglich noch wünschenswert. Sie argumentieren, dass gerade die Beobachtung alltäglicher und für den Einzelnen wichtiger Kommunikationssituationen die Möglichkeit bietet, sich der Komplexität von Bedingungen und Faktoren anzunähern, die soziales Handeln prägen und z.B. die Teilhabe eines Menschen situativ unterstützen oder beeinträchtigen. Ob und wie die in einer Sprachtherapie erarbeiteten Veränderungen die alltägliche Kommunikation eines Menschen in anderen Situationen beeinflussen, kann demnach nicht im Experiment und auch nur sehr eingeschränkt im Therapieraum ermittelt werden.

Folgt man dieser Grundannahme des naturalistischen Forschungsstils ist auch eine Simulation von Alltagsdialogen, wie sie z. B. im ANELT (Blomert & Buslach, 1994) realisiert wird, nicht auf reale Gesprächssituationen übertragbar und für das Verständnis der vielfältigen Teilhabesituationen eines von Aphasie betroffenen Menschen wenig aussagekräftig. Durch die Herstellung und Auswertung von Situationen, die für den Zweck des Testens standardisiert werden, besteht die Gefahr, den eigentlichen Gegenstand der Diagnostik und Evaluation – die Dynamik, Variabilität und die Gestaltungsmöglichkeiten der Teilhabe an alltäglichen sozialen Situationen – aus dem Blick zu verlieren.

Für die diagnostische Auseinandersetzung mit Teilhabe bedeutet das Prinzip der Untersuchung in alltäglichen Situationen die Herausforderung,

a. Zugang zu realen Gesprächssituationen zu finden, die für die Betroffenen und ihr Umfeld bedeutsam sind.

b. Darüber hinaus sind Methoden erforderlich, die die Beobachtung dieser Situationen und die Auswertung der dokumentierten oder aufgezeichneten Daten unterstützen.

Ein qualitativer Forschungsansatz, der sich intensiv mit der Entwicklung entsprechender Methoden auseinandergesetzt hat, ist die **Ethnografie.** Die Ethnografie hat ihren Ursprung in der Erforschung fremder Kulturen und wird heute vielfach eingesetzt, um fremde oder wenig vertraute soziale Welten innerhalb von Gesellschaften zu untersuchen (Breidenstein, Hirschauer, Kalthoff & Nieswand, 2013; Nelson, Abendroth & Lynch, 2014; Spradley, 1980).

Es gibt eine Reihe von Vorschlägen, ethnografische Vorgehensweisen für die Untersuchung aphasischer Kommunikation in natürlichen Situationen zu nutzen. Simmons-Mackie und Damico (1996) haben beispielsweise die grundlegendste Technik der Ethnografie, die **teilnehmende Beobachtung**, für die Aphasie-Diagnostik fruchtbar gemacht. Im Rahmen des von ihnen entwickelten Communicative Profiling System (CPS) (Simmons-Mackie & Damico, 1996) nehmen die Untersuchenden an mindestens zwei für einen von Aphasie betroffenen Menschen wichtigen Kommunikationssituationen teil und notieren ihre Beobachtungen in so genannten Feldnotizen, die dann in Hinblick auf die Kennzeichen der sozialen Situation und kommunikative Verhaltensweisen ausgewertet werden. Ziel des CPS ist es, die Erfahrungen, die Betroffene in wichtigen sozialen Situationen machen, möglichst authentisch zu beschreiben. Der Schwerpunkt der Beobachtung und Auswertung liegt darin, die Kennzeichen verschiedener Situationen und der daran Beteiligten – z. B. ihre Vertrautheit – zu berücksichtigen und herauszufinden, wie die Kommunikation eines Menschen durch die vielfältigen Kontextbedingungen einer Situation beeinflusst wird. Die teilnehmende Beobachtung wird im CPS durch **Videoaufnahmen alltäglicher Gesprächssituationen,** eine **Zusammenstellung von Alltagsaktivitäten** und **Interviews** ergänzt.

Eine weitere ethnografisch geprägte Form der Datenerhebung, die Simmons-Mackie und Damico (1996, S. 545) einsetzen, ist die so genannte **«anecdotal observation».** Dabei halten Bezugspersonen über einen Zeitraum von

ein bis zwei Wochen hinweg alltägliche kommunikative Aktivitäten der Betroffenen und ihre eigenen Beobachtungen in diesen Situationen fest. Auch diese Informationen werden in Hinblick auf kommunikative Verhaltensweisen und Eigenschaften des jeweiligen sozialen Kontextes und das Gesprächsverhalten der Beteiligten ausgewertet. Die Aufgaben der Beobachtung und Dokumentation werden hier von wichtigen Bezugspersonen oder von den Betroffenen selbst übernommen.

Ein aktuelles deutschsprachiges Beispiel für diese Form der Datenerhebung bietet das von Bach, Konradi, Schimpf und Corsten (2013) entwickelte **Aktivitätentagebuch für Menschen mit Aphasie** (ATB). Unterstützt durch verschiedene Hilfestellungen, können die Betroffenen hier über einen Zeitraum von drei Tagen Aktivitäten und Interaktionssituationen festhalten und einschätzen, wie sie sich in diesen Situationen gefühlt haben.

Ein weiterer qualitativer Forschungsansatz, der die Untersuchung von alltäglichen Situationen in den Mittelpunkt stellt und für die Aphasie-Diagnostik konkretisiert worden ist, ist die **Konversationsanalyse.** Im Fokus der in der Soziologie entstandenen Konversationsanalyse steht die Frage, mit Hilfe welcher Verfahren es Menschen gelingt, ein Gespräch zu gestalten und gemeinsam ein kommunikatives Ergebnis oder Ereignis herzustellen. Dazu werden Gespräche sehr genau transkribiert und die Abfolge von Äusserungen intensiv untersucht (vgl. Damico, Oelschlaeger & Simmons-Mackie, 2010; Wilkinson, 2014). Im deutschen Sprachraum wurden u. a. in der Erstgesprächsanalyse (Bauer & Kaiser, 1997) und im Untersuchungsprotokoll der linguistisch-pragmatischen Fähigkeiten bei Aphasie (Bongartz, 1998) die Erkenntnisse und Methoden dieser Forschungsrichtung für die Aphasie-Diagnostik genutzt.

Bauer und Kaiser (1997) zeichnen beispielsweise das therapeutische Erstgespräch mit einem von Aphasie betroffenen Menschen auf und wählen für die Transkription Passagen aus, in denen versucht wird, Verständigung herzustellen und zu sichern. Mit Hilfe der Konversationsanalyse werden diese Verständigungsbemühungen aller Beteiligten und die damit verbundenen Bedingungen beschrieben und analysiert. Reaktionen auf Verständigungsprobleme und Strategien im Umgang mit diesen Problemen werden dabei in den Mittelpunkt gestellt. Eine wesentliche Fragestellung ist zudem, wer bei der Sicherung der Verständigung eine aktive Rolle übernimmt bzw. übernehmen kann. Bauer und Kaiser verstehen dabei das Erstgespräch als ein authentisches, institutionelles Ereignis.

Die technische Entwicklung von Audio- und Videoaufzeichnungen hat in den vergangenen Jahren den Zugang zu Gesprächssituationen auch ausserhalb der Sprachtherapie erleichtert (vgl. Bauer & Auer, 2009), dennoch bleiben die praktischen Möglichkeiten, wichtige alltägliche soziale Situationen eines Patienten aufzuzeichnen oder an ihnen teilzunehmen, durch die Rahmenbedingungen logopädischer Intervention auch weiterhin eingeschränkt.

Vor dem Hintergrund dieser Bedingungen wird in der **Dialogbeobachtung** (Brunner & Hirzel, 2009), einer Teiluntersuchung der Dialogdiagnostik für aphasische Menschen und ihre primäre Bezugsperson (DiaDia), ein Gespräch zwischen Betroffenen und wichtigen Bezugspersonen in der Therapiesituation initiiert und beobachtet. Im Rahmen der Dialogbeobachtung wird das Gespräch nicht konversationsanalytisch ausgewertet, sondern Gesprächs- und Kompensationsstrategien werden mit Hilfe eines strukturierten Beobachtungsbogens eingeschätzt und dokumentiert. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die übergeordneten Aspekte der Beobachtung, die im Beobachtungsbogen weiter ausdifferenziert werden:

Tabelle 1: Übergeordnete Kategorien der Beschreibung des Sprecher- und Hörerverhaltens in der Dialogbeobachtung (Brunner & Hirzel, 2009)

Primärbetroffene Person (PB)	
Sprecherstrategien	Grundhaltungen
	Umgang mit eigener Sprecherrolle
	Umgang mit Problemen
Hörerstrategien	Grundhaltungen
	Umgang Verständnisprobleme
Allgemein	Gefühlreaktionen auf Probleme

Sekundärbetroffene Person (SB)	
Sprecherstrategien	Grundhaltungen
	Strategien Verständnis-erleichterung
	Umgang Verständnisprobleme
	Gesprächssicherung
Hörerstrategien	Grundhaltungen
	Umgang Verständnisprobleme
	Umgang mit sprachl. Problemen
Allgemein	Gefühlreaktionen auf Probleme

3. Offenheit der Datenerhebung und -auswertung

In engem Zusammenhang mit dem Prinzip der Untersuchung in (möglichst) alltäglichen Situationen steht ein weiteres Kennzeichen qualitativer Sozialforschung: Die Offenheit in der Erhebung und der Auswertung qualitativer Daten. Für den experimentellen Forschungsstil ist das Bemühen grundlegend, den Forschungsprozess kontrollierbar und reproduzierbar zu machen, indem die Rahmenbedingungen einer Situation möglichst konstant gehalten werden. In standardisierten Fragebögen oder Testverfahren geschieht das u. a., indem die Kommunikation zwischen Untersuchern und Untersuchten einem möglichst immer gleichen Schema folgt. Qualitativ Forschende kritisieren diesen Ansatz, methodische Kontrolle durch eine Standardisierung der Forschungskommunikation herzustellen. Sie gehen davon aus, dass diese Form der Kontrolle die Kommunikationsmöglichkeiten der Untersuchten (und natürlich auch der Untersuchenden) beschneidet. Ein Argument, das gerade in Hinblick auf die Frage, wie es Menschen in individuell bedeutsamen Gesprächssituationen gelingt oder nicht gelingt, kommunikative Teilhabe herzustellen, besondere Relevanz hat.

Statt zu standardisieren geht die qualitative Sozialforschung den umgekehrten Weg und versucht, mit Hilfe verschiedener Techniken, die Untersuchten darin zu unterstützen, ihre individuellen Erfahrungen, Sichtweisen und Relevanzsetzungen in den Mittelpunkt zu stellen. Methodische Kontrolle bedeutet hier das Bemühen, die Kontrolle über die Unterschiede zwischen Untersuchenden und Untersuchten zu behalten (Bohnsack, 2000; Kelle, 1998). Sprachtherapeutisch Untersuchende sind beispielsweise gefordert, ihre persönliche Perspektive auf Teilhabe, ihre fachlich-logopädischen Sichtweisen, Begrifflichkeiten und Interpretationen aktiv zu reflektieren, um diese nicht auf die Untersuchten und ihr Umfeld zu übertragen. So kann z. B. die Äusserung, Ich kann nicht sprechen' als problematisches Vermeidungsverhalten interpretiert werden, das durch kompensatorische Techniken oder eine Veränderungen der Einstellung abgebaut werden sollte. Die unstrukturierte Beobachtung alltäglicher Gespräche und die Auseinandersetzung mit der Perspektive der Betroffenen kann aber zeigen, dass diese Äusserung eine kommunikativ kompetente Form der Anpassung ist, die in der Begegnung mit weniger vertrauten Menschen hilft, das eigene Gesicht zu wahren und Kommunikationsaufgaben abzugeben (vgl. Simmons-Mackie & Damico, 1996, S. 547ff.).

Offenheit bedeutet vor diesem Hintergrund das Bemühen, die kommunikativen Verhaltensweisen von Menschen in sozialen Situationen möglichst differenziert und kontextbezogen zu betrachten. Sprachtherapeutische Fachkenntnisse (wie z. B. Klassifikationen von Kompensationsstrategien oder Reparaturleistungen) bilden dabei eine wichtige Vergleichsfolie, die aber immer wieder aktiv und gezielt hinterfragt werden muss. Bauer (2008) hat beispielsweise zeigen können, dass sich trotz der Einzigartigkeit von Gesprächssituationen, wiederkehrende Muster, Strategien und Konsequenzen des alltäglichen Managements von Partizipation unterscheiden lassen. Die qualitative Sozialforschung legt nahe, solche Wissensbestände nicht als ‚Schubladen' zu verwenden, sondern als sensibilisierende Konzepte (vgl. z.B. Kelle und Kluge 2010, 28f.) für die Auseinandersetzung mit der individuellen Teilhabesituation eines Menschen. Verschiedene Forschungsgruppen haben versucht, das Prinzip der Offenheit der Datenerhebung und -auswertung für die Aphasie-Diagnostik nutzbar zu machen. Eine besondere Herausforderung liegt dabei darin, Formen der Datenerhebung zu entwickeln, die es Menschen mit Aphasie ermöglichen, trotz sprachlicher Einschränkungen, ihren Alltag, ihre Sichtweisen und Erfahrungen in den Mittelpunkt zu stellen.

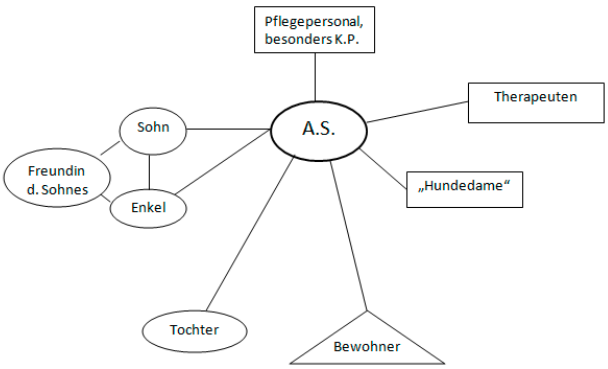
In dem bereits erwähnten Aktivitätentagebuch (ATB) der Arbeitsgruppe Bach, Konradi, Schimpf und Corsten (2013) wird versucht, Offenheit herzustellen, indem wichtige Aktivitäten und Lebensbereiche nicht bereits als Auswahl vorgegeben, sondern von den Eintragenden als Antwort auf die Frage ‚Was haben Sie heute gemacht?', selbst ausgewählt werden. Aktivitäten können dabei mit einem Satz, Stichworten oder mit Hilfe von Piktogrammen festgehalten werden. Das eigene Wohlbefinden während dieser Aktivitäten oder Situationen kann auf einer fünf-stufigen Likert-Skala einschätzen werden, die durch Piktogramme in Form von Smileys unterstützt wird.

Eine offenere Variante des Einsatzes von **Tagebüchern** schlagen Simmons-Mackie und Damico (2001) vor. Die Tagebücher werden hier in Form und Vorgaben an die jeweiligen Fähigkeiten der Adressaten angepasst. Eine Auszählung von Aktivitäten und eine Quantifizierung des Wohlbefindens werden nicht angestrebt.

Um einen offenen Zugang zum Alltag und den Erfahrungen von Menschen zu erreichen, werden in der qualitativen Forschung neben Tagebüchern und Beobachtungen vor allem **Interviews** eingesetzt. Der Grad der Offenheit bzw. Strukturierung der Interviews unterscheidet sich dabei deutlich: Zwischen teilstandardisierten, häufig auch als teilstrukturiert bezeichneten, Leitfadeninterviews auf der einen und weitgehend offenen, narrativen Interviewformen auf der anderen Seite liegt ein breites Spektrum (vgl. z.B. Hopf, 2007). Zeitliche Begrenzungen des Interviews führen in der Regel zu einer stärkeren Strukturierung. In Interviews mit Aphasie-Betroffenen müssen zudem die kommunikativen Anforderungen be-

rücksichtigt werden, die z.B. mit einer offenen Erzählaufforderung verbunden sind.
Ein teilstrukturierter Interviewzugang wird beispielsweise in der Dialogdiagnostik für aphasische Menschen und ihre primäre Bezugsperson gewählt (Brunner & Hirzel, 2009). Sowohl für die schriftliche Anamnese als auch für die Befragung der Partner zu ihrem Alltag und ihren Gesprächen werden Frageformulierungen vorgegeben, die aber situativ angepasst werden können.
Simmons-Mackie und Damico (1996, 2001, vgl. auch Westby, Burda & Mehta, 2003) haben offene, **ethnografische Interviewformen** in die Aphasie-Diagnostik übertragen. In einem ethnografischen Interview versuchen Interviewende die ‚fremde Welt' ihres Gegenübers so detailliert wie möglich und in dessen eigener Sprache zu verstehen. Die Interviewenden betrachtet sich selbst dabei als Lernende, die aktiv bemüht sind, ihre eigenen Interpretationen und Vorannahmen zurückzustellen. Es werden keine vorab entwickelten Leitfäden oder Fragenlisten genutzt, sondern Interviewer versuchen, den Themen und Erfahrungen ihrer Gesprächspartner als Experten der eigenen Lebenssituation zu folgen. Eine grundlegende Frageform ethnografischer Interviews sind beschreibende Fragen, die die Interviewten anregen sollen, von alltäglichen Erlebnissen und Erfahrungen aus ihrer eigenen Perspektive und in ihrer eigenen Sprache zu berichten (Spradley 1979): ‚Erzählen Sie mir bitte von einem normalen Tag in ihrem Leben' oder ‚Erzählen Sie mir, wie das Mittagessen im Speisesaal typischerweise abläuft' sind Beispiele für diese Frageform. Beschreibende Fragen stellen konkrete Situationen und die damit verbundenen Erfahrungen in den Mittelpunkt.
In Interviews mit Menschen, die von Aphasie betroffen sind, kann es erforderlich sein, die Offenheit qualitativer Interviewfragen einzuschränken, das Gespräch stärker zu strukturieren und aktiv zu unterstützen (Bronken, Kirkevold, Martinsen & Kvigne, 2012; Dalemans, Wade, van den Heuvel & de Witte, 2010; Lloyd, Gatherer & Kalsy, 2006). Alle Hilfestellungen, die die Verständigung unterstützen, können grundsätzlich eingesetzt werden. Wichtig ist eine besondere Aufmerksamkeit dafür, ob es gelungen ist, die Befragten in der Darstellung ihrer eigenen Perspektiven, Relevanzen und Erfahrungen zu unterstützen. Das gilt sowohl während der Interviewführung als auch in der Auswertung der Interviewdaten.
Simmons-Mackie und Damico (2001) schlagen vor, am Anfang, im Verlauf und am Ende einer Intervention ethnografische Interviews mit Betroffenen und wichtigen Bezugspersonen zu führen. Diese werden durch Notizen schriftlich festgehalten oder per Video aufgezeichnet. Zusammen mit Notizen aus informellen Gesprächen in der Therapiesituation und den Tagebuchaufzeichnungen werden die ethnografischen Interviews in Hinblick auf Kommunikationsstrategien, wichtige Aktivitäten und Lebenskontexte, soziale Beziehungen bzw. Interaktionspartner und die Gefühle und Überzeugungen der Betroffenen ausgewertet.
Diese Auswertung verwenden Simmons-Mackie und Damico (2001) nicht nur als Grundlage der Therapieplanung, sondern auch zur Dokumentation der Veränderungen, die durch eine Intervention erreicht werden konnten. Um die Ergebnisse einer partizipationsorientierten Therapie darzustellen und z. B. im Rahmen eines Arztberichts zu vermitteln, nutzen sie u. a. grafische Darstellungen des sozialen Netzwerks und tabellarische Listen der Aktivitäten der Betroffenen vor der Erkrankung, am Anfang und nach Abschluss der Intervention. Die folgende Abbildung zeigt beispielhaft die Darstellung des sozialen Netzwerks einer im Pflegeheim lebenden 80jährigen Aphasie-Patientin vor Beginn einer logopädischen Therapie:

Abbildung 2: Soziales Netzwerk A.S., vor Therapiebeginn (Evers, 2013, S. 45)



Simmons-Mackie und Damico (1996, 2001) verwenden darüber hinaus Ausschnitte aus Interviews und Gesprächen, um die durch eine Intervention erreichten Veränderungen zu dokumentieren.
Auch **biografisch-narrative Interviewformen** werden in der Aphasie-Therapie eingesetzt. Das narrative Interview ist eine Methode der Interviewführung, bei der die Interviewten ihre Lebensgeschichte bzw. Teile ihrer Lebensgeschichte erzählen sollen. Ziel ist es, die eigene Perspektive des Erzählenden und die von ihm entwickelten Sinnzusammenhänge zu erfassen (Schütze, 1983). Dieser Ansatz der Interviewführung ist u. a. für die pädagogischen Praxis und die soziale Arbeit fruchtbar gemacht worden. Mit Hilfe biografisch-narrativer Gesprächstechniken soll den Adressaten ein Erzählraum eröffnet werden, der ihnen eine selbst gesteuerte Deutung und Darstellung ihrer Erlebnisse und Erfahrungen ermöglicht. Es wird dabei davon ausgegangen, dass das autobiografische Erzählen die Selbstreflexion des Erzählenden aktiviert und eine biografische (Neu-)Orientierung unterstützen kann.

Der Einsatz biografisch-narrativer Gesprächsformen in der Aphasie-Therapie wird derzeit im Forschungsprojekt NARRAKTIV (vgl. Corsten, Hardering & Bröckel, 2011; Corsten, Konradi, Schimpf, Hardering & Keilmann, 2014) untersucht. Die Eröffnung von Erzählräumen wird hier als eine Möglichkeit verstanden, Menschen mit Aphasie in der persönlichen Arbeit an ihrer eigenen (veränderten) Identität zu unterstützen.

4. Sinnverstehen und reflektierte Subjektivität

Eng verbunden mit der der Offenheit der Datenerhebung und -auswertung ist das methodische Prinzip des Sinnverstehens. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Bedeutung einer sozialen Situation nicht gegeben ist, sondern dass Menschen das, was ihr Gegenüber tut, fortwährend interpretieren und ihm Sinn zuschreiben (vgl. z.B. Blumer, 1981). Dieses Verständnis bildet dann den Ausgangspunkt für das eigene Handeln. In einer Gesprächssituation verschränken sich damit das Verstehen und das Handeln der Beteiligten; Bedeutungen und Situationsdefinitionen werden ‚ausgehandelt'.

Auf der Basis dieser Annahmen über soziale Situationen ist es für die qualitative Sozialforschung grundlegend, dass zunächst versucht wird, zu rekonstruieren, wie die Beteiligten selbst eine Situation verstehen und aushandeln. Erst auf dieser Basis kann die Bedeutung z.B. einer Gesprächssituation und die Teilhabe eines Menschen in dieser Situation angemessen verstanden werden.

In der Konversationsanalyse (vgl. z. B. Wilkinson, 2014) wird dieses Prinzip umgesetzt, in dem nicht aus der Untersucherperspektive heraus bewertet wird, ob eine Äusserung verständlich war, sondern aus den nachfolgenden sprachlichen und nicht-sprachlichen Handlungen rekonstruiert wird, wie eine Äusserung oder eine Geste von den Beteiligen verstanden und aufgenommen worden ist. Nicht-Verstehen zeigt sich dann z.B. daran, dass eine Rückfrage erfolgt, wogegen Verstehen demonstriert wird, indem der Gesprächspartner das Gespräch mit einem passenden nächsten Beitrag fortsetzt.

Es wird erkennbar, dass die Auseinandersetzung alltäglichen Gesprächssituationen grundsätzlich eine Interpretation der Daten erforderlich macht. Während diese Interpretation in quantitativ-experimentellen Studien im Idealfall unabhängig von den subjektiven Einschätzungen der Forschenden ablaufen und verschiedene Untersuchende zu identischen Ergebnissen kommen sollten, bringt die Offenheit, Flexibilität und Kontextbezogenheit qualitativer Forschung eine unvermeidbare Einflussnahme der Forschenden auf die Auswertung der Daten mit sich (Breuer, 2010). Wenn Sprachtherapeutinnen und -therapeuten die Erzählungen Betroffener über ihre Lebenssituation verstehen wollen, Tagebucheintragungen oder Notizen aus Beobachtungssituationen auswerten, geschieht das nicht unabhängig vom persönlichen Hintergrund und individuellen Wissensbeständen. Bereits bei der Datenerhebung sind Untersuchende gefordert, bestimmte Aspekte einer beobachteten Situation ins Zentrum zu rücken und andere zurückzustellen. Um die Aussagen eines Aphasie-Patienten oder sein kommunikatives Verhalten zu verstehen, sind sie auf die Interpretation des Gehörten und Gesehenen angewiesen. Diese Rolle in der Datenerhebung und -auswertung macht einen Perspektivwechsel erforderlich. Die Alltagsbezogenheit, Kontextabhängigkeit und geringe Standardisierung qualitativer Forschung sind mit den Gütekriterien der in der Sprachtherapie dominierenden experimentellen Wirkungsforschung weitgehend unvereinbar. Die Übertragbarkeit klassischer Konzepte der Validität, Objektivität und Reliabilität ist begrenzt. An ihre Stelle treten andere, für die qualitative Forschung spezifische Gütekriterien, wie z. B. intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Transparenz des Forschungsprozesses, Authentizität und reflektierte Subjektivität (vgl. z.B. Steinke, 2000; Hansen & Grunenberg, 2003).

Für die Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle im Untersuchungsprozess ist wichtig zu verstehen, dass Subjektivität in der qualitativen Forschung als unvermeidbar betrachtet wird. Entscheidend für die Qualität qualitativer Forschung ist nicht der Anspruch auf Objektivität, sondern die systematische Reflexion der subjektiven Dimension und die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens. Ein zentraler Aspekt ist dabei, sich eigene Vorannahmen bewusst zu machen und sprachtherapeutisches Expertenwissen in Bezug auf einen Menschen und seine Teilhabesituation grundsätzlich als vorläufig zu betrachten.

In der qualitativen Forschung sind verschiedene Techniken entwickelt worden, um Subjektivität aktiv zu reflektieren und zu minimieren. Dazu gehört z. B., verschiedene Datenquellen heranzuziehen und gegeneinander zu halten. Um beispielsweise die Gefühle zu beschreiben, mit denen eine Patientin auf ihre Aphasie reagiert, werden nicht nur verschiedene Gespräche mit der Betroffenen selbst und ihren wichtigen Bezugspersonen ausgewertet, sondern auch Beobachtungsprotokolle wichtiger Alltagssituationen genutzt. Dieses Vorgehen wird als Triangulation bezeichnet (vgl. z.B. Flick, 2011).

Ein wichtiges Hilfsmittel kann auch die so genannte kommunikative Validierung (vgl. z.B. Kvale, 1995) darstellen, d.h. die Diskussion der Ergebnisse einer Datenauswertung mit den Untersuchten selbst. Um noch einmal das Beispiel der Äusserung ‚Ich kann nicht sprechen' aufzugreifen: Die Sprachtherapeutin kann ihre Interpretation dieser Äusserung dem Betroffenen und seinem

Umfeld vorstellen. Der Austausch über diese Einschätzung bietet Möglichkeiten, die eigene Interpretation weiter zu entwickeln oder zu verändern.

Diskussion

Um die kommunikativen Teilhabeziele und -bedingungen eines Menschen in für ihn wichtigen sozialen Situationen zu verstehen, eine sprachtherapeutische Intervention zu planen und die erreichten Veränderungen zu erfassen, ist nach Auffassung der Autorinnen dieses Beitrags der ausschliessliche Einsatz standardisierter und quantifizierender Instrumente nicht ausreichend. Die qualitative Sozialforschung mit ihrer Ausrichtung auf das Handeln und Erleben von Menschen in sozialen Situationen und die Untersuchung in natürlichen Kontexten bietet der Sprachtherapie eine viel versprechende Erweiterung ihres methodischen Repertoires.

Die Stärke qualitativer Ansätze liegt in der dynamischen, differenzierten und detaillierten Erfassung der individuellen Teilhabesituationen und subjektiven Erfahrungen von Menschen, die primär oder sekundär von einer Aphasie betroffen sind. Differenzierung und Detailliertheit sind dabei nicht nur für die Planung und Durchführung einer teilhabeorientierten Intervention erforderlich, sondern auch notwendig, um Veränderungen individuell erfassen und bewerten zu können. Mit Hilfe z.B. konversationsanalytisch oder ethnografisch orientierter qualitativer Datenerhebung und -auswertung können die Ergebnisse sprachtherapeutischer Interventionen nachvollziehbar beschrieben und bewertet werden.

Qualitative Verfahren sind auf der anderen Seite nicht oder nur sehr eingeschränkt geeignet, die Ergebnisse sprachtherapeutischer Interventionen innerhalb einer Patientengruppe zu vergleichen und den Erfolg einer Intervention an Hand von Normwerten einzuordnen. Hier liegt die Stärke standardisierter Verfahren. Die Arbeit an einer quantitativ-standardisierten Erfassung kommunikativer Teilhabe muss sich dabei insbesondere den Herausforderungen einer methodischen Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Situation, Person, Kontext und den Gesprächsbeteiligten stellen.

Vielfältige Herausforderungen sind aber auch in der Weiterentwicklung qualitativer Methoden für die teilhabeorientierter Aphasie-Therapie zu bewältigen. Eine grundlegende Aufgabe für die sprachtherapeutische Forschung liegt in der Entwicklung und Erprobung von Vorgehensweisen, die den Einsatz qualitativer Methoden in der klinischen Praxis unterstützen bzw. überhaupt erst ermöglichen. Der gegenüber standardisierten Verfahren erhöhte Zeitaufwand in der Erhebung, Dokumentation und Auswertung qualitativer Daten wird oftmals als zentrales Argument gegen eine qualitative Diagnostik angeführt und ist sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Praxis aktuell kaum zu leisten. Erschwerend kommt hinzu, dass Forschungslogik, Methoden und Gütekriterien des qualitativen Forschungsstils in sprachtherapeutischen Ausbildungsgängen nur sporadisch vermittelt werden. Um qualitative Methoden in die Praxis integrieren zu können, sind Sprachtherapeutinnen und -therapeuten auf gut nachvollziehbare, theoretisch fundierte und methodisch abgesicherte «Abkürzungsstrategien» (Kuckartz, 2006, S. 281) angewiesen. Es ist die Aufgabe der Sprachtherapiewissenschaft, solche Strategien zu erproben und für die Praxis zugänglich zu machen. Impulse können aber auch aus der Praxis heraus entwickelt werden, wie beispielweise die in einem stationären Setting eingesetzte Kombination eines standardisierten Kommunikationsfragebogen mit vertiefenden qualitativen Interviews zeigt (Pfeiffer & Schillikowski, 2015).

Diagnostische Verfahren, die Teilhabe erfassen und therapeutische Ansatzpunkte aufzeigen wollen, bewegen sich in der Datenerhebung und -auswertung in einem Spannungsfeld zwischen Offenheit und Strukturierung. Pragmatische Gründe, in erster Linie die Rahmenbedingungen sprachtherapeutischer Interventionen, sprechen für einen höheren Grad der Strukturierung; gleichzeitig erfordert das Verständnis der Teilhabesituation eine detaillierte und offene Rekonstruktion von Perspektiven und Handlungsweisen. Entscheidend ist, dass klinisch anwendbare Verfahren wesentliche Prinzipien, wie die Offenheit qualitativer Datenerhebung und -auswertung, die Untersuchung in alltäglichen Situationen und den Anspruch an eine reflektierte Subjektivität aufrechterhalten.

Um die diagnostische Erfassung von Teilhabe weiter zu entwickeln, ist die Auseinandersetzung mit vorhandenen Bausteinen einer Theorie der Partizipation in Kommunikationssituationen grundlegend. Die Arbeiten von Bauer (2008) und Bauer und Auer (2009) sind hier ein wichtiger Ausgangspunkt. Grundlegend sind auch die Ergebnisse der «Ethnography of Communication Disorders» (vgl. Kovarsky, 2014). Weitere Grundlagenforschung zu beeinträchtigter kommunikativer Teilhabe ist eine zentrale Forschungsaufgabe.

Um den Praxiseinsatz qualitativer Verfahren der Diagnostik und Evaluation voran zu bringen, gilt es weiter intensiv an der Anerkennung qualitativer Methoden als wissenschaftlich akzeptiertem Ansatz zur Evaluation teilhabeorientierter Aphasie-Therapie zu arbeiten. Die grundlegende Zielsetzung der Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Aphasie macht eine Erweiterung des Methodenspektrums erforderlich.

Kontakt | Prof. Dr. Hilke Hansen, Professorin für Logopädie, Hochschule Osnabrück,
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (ELP),
Caprivistrasse 30a, 49076 Osnabrück, Telefon 0541 969-3975, H.Hansen@hs-osnabrueck.de
Prof. Dr. Barbara Schneider, Professorin für Logopädie, Hochschule Osnabrück,
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (ELP),
Caprivistrasse 30a, 49076 Osnabrück, Telefon 0541 969-3672, B.Schneider@hs-osnabrueck.de

Literaturverzeichnis

Bauer, A. (2008): Miteinander im Gespräch bleiben – Partizipation in aphasischen Alltagsgesprächen. Dissertation, Universität Freiburg. http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5785/

Bauer, A. & Kaiser, G. (1997). «Wie bitte?» Therapieorientierte Befunderhebung bei neurogenen Sprachstörungen. In W. Widdig, T. A. Pollow, I. M. Ohlendorf & J. P. Malin (Hrsg.), Aphasiologie in den Neunzigern. Bonn-Bochumer Beiträge zur Neuropsychologie und Neurolinguistik (S. 81 – 112). Freiburg: HochschulVerlag.

Bauer, A. & Auer, P. (2009). Aphasie im Alltag. Stuttgart: Thieme.

Bach, J., Konradi, J., Schimpf, E. & Corsten, S. (2013). Aktivität und Partizipation von Menschen mit Aphasie – erste Erfahrungen mit einem Aktivitätentagebuch. Aphasie und verwandte Gebiete, 1, 22 – 40.

Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011). Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer.

Blumer, H. (1981). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Alltagswissen, Interaktion, und gesellschaftliche Wirklichkeit (S. 80 – 146). 5. Auflg. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Breuer, F. (2010). Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R. & Kvigne, K. (2012). The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being after Stroke. Qualitative Health Research, 22(10), 1303 – 1316.

Brunner, C. & Hirzel, S. (2009). Diadia. Dialogdiagnostik für aphasische Menschen und ihre primäre Bezugsperson. http://www.aphasie.org/index.php?id=480 (10.07.2014).

Bongartz, R. (1998). Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Stuttgart: Thieme.

Blomert, L. & Buslach, D. C. (1994). Funktionelle Aphasie-Diagnostik mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). Forum Logopädie, 2, 3 – 6.

Bohnsack, R. (2000). Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in die Methoden und Praxis qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich.

Breidenstein, G., Hirschauer, S., Kalthoff, H. & Nieswand, B. (2013). Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung. Konstanz, München: UVK.

Corsten, S., Hardering, F. & Bröckel, M. (2011). Der biographisch-narrative Ansatz in der Intervention bei Aphasie – Ein innovatives Konzept für die logopädische (Gruppen)arbeit. Forum Logopädie, 25(6), 6 – 11.

Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E.J., Hardering, F. & Keilmann, A. (2014): Biografisch-narrative Intervention bei Aphasie – ein innovativer Ansatz zur Steigerung der Lebensqualität. Sprache Stimme Gehör, 38(01): 25 – 29.

Dalemans, R.J.P., de Witte, L.P-, Wade, D. & van den Heuvel, W. (2010a). Social participation through the eyes of people with aphasia. International Journal of Language and Communication Disorders, 45(5), 537 – 550

Dalemans, R.J.P., Wade, D.T., van den Heuvel, W.J. & de Witte, L., & (2010b). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. Clinical Rehabilitation, 23(10), 948 – 59.

Damico, J. S. & Simmons-Mackie, N. N. (2003). Qualitative Research and Speech Language Pathology: A Tutorial for the Clinical Realm. American Journal of Speech Language Pathology, 12, 131 – 143.

Damico, J. S., Oelschlaeger, M. & Simmons-Mackie, N. (2010). Qualitative methods in aphasia research: conversation analysis. Aphasiology, 13(9 – 11), 667 – 679.

Depoy, E. & Gitlin, L. N. (2005). Introduction to Research. Understanding and Applying Multiple Strategies. 3rd edition. St. Louis: Elsevier Mosby.

DIMDI (2005). ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Stand Oktober 2005. Verfügbar unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung.

Duchan, J. F. (2014). Case Studies and Their Frameworks. Positivist, Interpretive, and Emancipatory. In M. J. Ball, N. Müller & R. L. Nelson, R.L. (Hrsg.), Handbook of Qualitative Research in Communication Disorders (pp. 3 – 16). New York: Psychology Press.

Eadie, T. L., Yorkston, K. M., Klasner, E. R., Dudgeon, B. J., Deitz, J. C., Baylor, C. R., Miller, R. M. & Amtmann, D. (2006). Measuring Communication Participation: A Review of Self-Report Instruments in Speech-Language Pathology. American Journal of Speech-Language Pathology, 15, 307 – 320.

Evers, J. (2013). Evaluation des Aphasie-Partizipationstrainings – Eine Einzelfallstudie. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Hochschule Osnabrück.

Flick, U. (2007). Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung (erw. u. akt. Neuausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2011). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS-Verlag.

Hansen, H.; Grunenberg, H. (2003). Gütekriterien qualitativer Forschung. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung im Forschungskontext shared decision-making. In F. Scheibler & H. Pfaff (Hrsg.), Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess (S. 86-96). Weinheim: Juventa.

Hopf, C. (2007). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 7. Auflage (S. 349 – 360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kelle, U. (1998). Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Kelle, U. & Kluge, S. (2010). Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. überarb. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Kuckartz, U. (2006). Quick and dirty? – Qualitative Methoden der drittmittelfinanzierten Evaluation in der Umweltforschung. In U. Flick (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen (S. 267 – 283). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Kvale, S. (1995): Validierung: Von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In U.Flick, E. v. Kardoff, H. Keup, L.V. Rosenstiel & S. Wolff. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung (S. 427 – 431). Weinheim, München: Psychologie-Verlagsunion.

Lloyd, V., Gatherer, A. & Kalsy, S. (2006): Conducting Qualitative Interview Research With People With Expressive Language Difficulties. Qualitative Health Reasearch, 16, 1386 – 1404.

Nelson, R.L., Abendroth, K. & Lynch, K. (2014): Ethnography. In M.J. Ball, N. Müller & R.L. Nelson (Ed.), Handbook of Qualitative Research in Communication Disorders (pp. 39-53). New York: Psychology Press.

Pfeiffer, G. & Schillikowski, E. (2015). Partizipative Therapiezielentwicklung bei chronischer Aphasie. Ein Kommunikationsfragebogen als Grundlage des Zielgesprächs. Forum Logopädie, 29(2), 32 – 39.

Schneider, B. & Hansen, H. (im Druck). Teilhabe im Fokus von Aphasie-Evaluation – was leisten quantitative pragmatisch-funktionale Diagnostikverfahren? Stimme-Sprache-Gehör.

Schütz, S. (2010). Angehörigenfragebögen für die Aphasiediagnostik – ein Vergleich. Aphasie und verwandte Gebiete, 26(2), 21 – 44.

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 13(3), 283 – 293.

Scorin-Peters, R. (2010). The case for qualitative case study methodology in aphasia: An introduction. Aphasiology, 18(10), 937 – 949.

Simmons-Mackie, N. & Damico, J.S. (1996). Accounting for handicaps in aphasia: communicative assessment from an authentic social perspective. Disability and Rehabilitation, 18(11), 540 – 549.

Simmons-Mackie, N. & Damico, J.S. (2001). Intervention Outcomes: A Clinical Application of Qualitative Methods. Topics in Language Disorders, 21(4), 21 – 36.

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Verfügbar unter http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html.

Spradley, J. P. (1979). The Ethnographic Interview. Belmont, CA: Cengage Learning

Spradley, J. P. (1980). Participant Observation. Belmont, CA: Wadsworth

Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E.v. Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (S. 319 – 319). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Westby, C., Burda, A. & Mehta, Z. (2003, April 29). Asking the Right Questions in the Right Ways. Strategies for Ethnographic Interviewing. The ASHA Leader. www.asha.org/Publications/leader/2003/030429/f030429b/

Wilkinson, R. (2014). Conversation Analysis. In M. J. Ball, N. Müller, N. & R. L. Nelson, (Eds.), Handbook of Qualitative Research in Communication Disorders (pp. 79-92). New York: Psychology Press.

Originalbeitrag

Verbesserung der Teilhabe durch einen integrativen Ansatz in der Aphasietherapie: Ein Fallbeispiel

Zeller, Cornelia [1]; Glindemann, Ralf [1]

DE | Zusammenfassung

In diesem Artikel geht es um ein kommunikationsorientiertes Wortschatz- und Handlungstraining, dessen Ziel es ist, die Partizipationsmöglichkeiten von Menschen mit Aphasie systematisch zu verbessern. Mithilfe von acht Therapiebausteinen, die sprachsystematische und kommunikativ-pragmatische Behandlungsansätze miteinander verbinden, werden kommunikative Gesamthandlungen (z.B. der Einkauf in einer Bäckerei) trainiert. Dabei sind alle Therapieinhalte konsequent am individuellen Kommunikationsalltag und an den persönlichen Kommunikationsbedürfnissen des einzelnen Patienten orientiert. Die Therapie umfasst Übungen zur Handlungsplanung, zur Aktivierung von Skriptwissen, ein Wortschatztraining nach dem Konzept einer semantischen Merkmalsanalyse sowie ein Formulierungstraining. Über die nachfolgende szenenspezifische Erarbeitung hinaus wird die gesamte kommunikative Handlung im Therapieraum und anschließend in authentischen Situationen vor Ort erprobt. Nach der theoretischen Herleitung und der therapeutischen Begründung dieser Therapiebausteine wird an einem erfolgreichen Fallbeispiel einer Patientin mit Aphasie die Umsetzung des therapeutischen Vorgehens demonstriert.

EN | Abstract

This article discusses communication-oriented training of word retrieval and communicative actions in persons with aphasia, and the training goal of systematically improving their options to participate in typical situations of daily life. Eight therapy components that interlink linguistically based with pragmatic approaches are used to train entire communicative actions, e.g. shopping in a bakery. Treatment contents are focused on the patient's individual communicative needs. Treatment includes exercises in planning of communicative actions, activating script knowledge, training of word retrieval through semantic feature analysis methods, as well as training of verbal formulations. Following situation-specific exercises, the entire communicative action is rehearsed in the therapist's room and later on in real-life situations. The paper discusses the theoretical background of this approach and then presents a case study illustrating how it was implemented successfully in the treatment of a patient with aphasia.

[1] Klinik für Neuropsychologie, Klinikum Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

1. Einleitung

Über die vielfältigen sprachsystematischen Ansätze in der Aphasietherapie hinaus finden wir bereits seit den neunzehnhundertneunziger Jahren und gegenwärtig zunehmend Vorschläge für therapeutische Vorgehensweisen, die verstärkt auch im Hinblick auf Aspekte der Verbesserung der alltagskommunikativen Prozesse ansetzen (z.B. Balasz, Wiesenberger & Glindemann, 2010; Bongartz, 1998; Coopmans, 2007; Glindemann, 1995; Grönke & Mebus, 2011; Hartley, 1990; Holland, 1991; Schütz, 2013; Zeller, 2012, 2014). Während in den sprachsystematischen Therapien direkt an den aphasischen Symptomen der PatientInnen gearbeitet wird, um das vorliegende sprachliche Störungsprofil so weit wie möglich zu modifizieren (Blanken, 2010; Glindemann, 2006; Huber, 1991; Huber & Ziegler, 2000; Kotten, 1997; Schneider, 2012; Tesak, 2007), haben die kommunikativ-pragmatischen Ansätze zum Ziel, auch kompensatorisch über die Anwendung von Strategien eine Verbesserung der Alltagskommunikation zu erreichen (Glindemann, Ziegler & Kilian, 2001; Grönke & Mebus, 2011). Dabei können in den Übungen situative Rahmenbedingungen variiert und typische Stressoren einbezogen werden, wie zum Beispiel Unsicherheiten und Versagensängste, besonders in hierarchisch strukturierten Interaktionssituationen, bei unterschiedlicher Vertrautheit der Kommunikationspartner und etwa der Komplexität des Themas. Es können zusätzlich andere kommunikationsrelevante Parameter erfolgreich bearbeitet werden, wie beispielsweise der Umgang mit Einschränkungen in der sprachlichen Flexibilität, die Erarbeitung von Umwegstrategien, Verfahren für die Einbeziehung von Defiziten der Aufmerksamkeitsleistungen und des verbalen Arbeitsgedächtnisses sowie die Berücksichtigung der reduzierten Dauerbelastbarkeit der PatientInnen. Spitzer, Grötzbach & Beushausen (2013) weisen auf mehrere Studien hin, die belegen, dass PatientInnen mit Aphasie auch bei isolierten linkshemisphärischen Läsionen hinsichtlich ihrer exekutiven Fähigkeiten schlechter abschneiden als eine Normstichprobe; auch diese Einschränkungen sollten wegen möglicher Auswirkungen auf die Äußerungs- und Handlungsplanung sowie -durchführung in kommunikationsorientierte Übungen einbezogen werden.

Sprachsystematische Ansätze hier und kommunikativ-pragmatische dort stehen in der klinischen Praxis oft nebeneinander, obwohl eine Verknüpfung der Ansätze sinnvoll und notwendig wäre (z.B. Glindemann & Springer, 1989; Springer, 1991). Das gilt besonders, seit in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gefordert wird, dass jede Intervention, also auch die Aphasietherapie, auf die Fähigkeiten zur Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen abzielen muss (DIMDI, 2005; Grötzbach, 2006).

2. Zielsetzung

In diesem Artikel soll ein methodenkombiniertes Therapieverfahren vorgestellt und an einem Fallbeispiel verdeutlicht werden, das besonders die Partizipationsmöglichkeiten der PatientInnen durch die Erarbeitung sprachsystematischer Grundlagen und kommunikationsorientierter Parameter sowie die Anwendung in konkreten Situationen einbezieht. Das vorzustellende Therapieverfahren ist für PatientInnen mit Aphasien unterschiedlicher Schweregrade und verschiedenen neuropsychologischen Begleitstörungen konzipiert. Den Ausgangspunkt des Ansatzes bilden alltagsrelevante kommunikative Handlungen, wie etwa das *Einkaufen in einer Bäckerei* oder das *Erfragen einer Wegauskunft*. Für die Bearbeitung solcher Gesamthandlungen werden mit den PatientInnen als spezifische Therapiebausteine Teilaspekte erarbeitet, die sich auf konkrete Situationsdefinitionen und typische Bestandteile von Skripts und Schemata beziehen. Außerdem wird ein individueller Wortschatz erarbeitet und es werden für solche Handlungen notwendige (hochfrequente) feste Formulierungen sowie für die entsprechenden Situationen typische Gesprächsverläufe entwickelt und geübt. Ein weiteres Ziel ist es, solche kommunikativen Handlungen nach ihrer Erarbeitung im Therapiezimmer auch praktisch im Sinne von Teilhabe in authentischen Situationen vor Ort zu erproben und anzuwenden (vgl. dazu den Ansatz der Alltagsorientierten Therapie; AOT, z.B. Götze & Höfer, 1999).

3. Theoretische Positionierung

Die theoretischen Grundlagen unseres Therapieverfahrens beziehen sich auf eine semantische Merkmalsanalyse als eine Therapiemethode zur Verbesserung des Wortabrufs, auf situations- und skripttheoretische Parameter typischer Kommunikationssituationen sowie auf die Besonderheiten des kommunikativen Handelns beim Vorliegen aphasischer Symptome im Alltagsgespräch.

3.1 Aktivierung von Lexemen und die semantische Merkmalsanalyse

Wer kommuniziert, referiert auf Objekte in der Welt. Diese Referenz wird am effektivsten sprachlich vollzogen. Darum kommt es in der durch Aphasie gestörten Kommunikation aufgrund lexikalischer Störungen oft zu Schwierigkeiten bei dieser Referenz, d.h. die Betroffenen können nicht immer die notwendigen Lexeme aktivieren, um die Dinge, über die sie etwas mitteilen wollen, sprachlich eindeutig äußern zu können. Wegen der Einschränkungen in diesem Bereich kommt es zu Äuße-

rungsfragmenten und -abbrüchen, zu (teilweise langen) Pausen, zu lexikalischem Suchverhalten und Fehlleistungen, wie Neologismen und semantischen, phonematischen und gemischten Paraphasien (Blanken, 2010; Huber & Ziegler, 2000).

Bisher gibt es keinen Konsens darüber, ob semantische oder phonematische Therapieansätze wirksamer sind (z.B. Boyle & Coelho, 1995); auch in der Studie von Lorenz & Ziegler (2004) hat sich gezeigt, dass zwischen der zugrunde liegenden funktionalen Störungsart und dem Therapie-Outcome bei verschiedenen methodischen Verfahren nicht bei allen PatientInnen ein direkter Zusammenhang bestehen muss. Sowohl Lorenz & Ziegler (2004) als auch Boyle (2004) berichten von PatientInnen mit primär semantisch und postsemantisch bedingten Wortabrufstörungen, die von einer semantisch orientierten Therapie profitieren konnten. Zusätzlich weisen die Ergebnisse der Studie von Lorenz & Ziegler darauf hin, dass eine semantisch ausgerichtete Therapie im Vergleich zum phonologischen Therapieansatz eher zu längerfristigen Effekten führen kann. Die Wirksamkeit der semantischen Merkmalsanalyse (*semantic feature analysis*; SFA, Boyle & Coelho, 1995) wurde zusätzlich in verschiedenen Studien belegt (u.a. Coelho, McHugh & Boyle 2000; Falconer & Antonucci, 2012; Rider, Wright, Marshall & Page 2008). Die SFA basiert auf Vorstellungen zu neuronalen Netzwerkmodellen (Massaro & Tompkins, 1994), wobei sich Boyle & Coelho (1995) konkret auf das *Spreading-activation-Modell* von Collins & Loftus (1975) beziehen. Diesem Modell zufolge sind alle Merkmale eines semantischen Konzepts auf einem Knoten im Netzwerk verankert, von wo aus zahlreiche Verbindungen zu verwandten Konzepten bestehen. Das konzeptionelle Netzwerk ist nach semantischer Similarität geordnet. Je mehr gemeinsame Merkmale zwei Konzepte aufweisen, desto mehr Verbindungen existieren zwischen ihnen und desto ähnlicher sind sich diese. Beim Wortabruftraining mit der SFA wird zu jedem Lexem (in einem individuell angestrebten Zielwortschatz) eine Objektabbildung verwendet, die von den PatientInnen benannt werden soll. Unabhängig davon, ob die Benennleistung gelingt, werden die PatientInnen mit gezielten Fragen und Satzvervollständigungsaufgaben angeleitet, semantische Merkmale des Objekts zu nennen, die schließlich in die dafür vorgesehenen Felder einer Tabelle geschrieben werden. Insofern handelt es sich hier um ein Verfahren, das den Abruf semantischer Konzepte durch eine Aktivierung des semantischen Netzwerkes verbessern soll (Boyle & Coelho, 1995). Dies wird durch die Erarbeitung distinktiver Merkmale erreicht und führt nach der *Spreading-Activation-Theorie* von Collins & Loftus (1975) dazu, dass das Zielkonzept einen höheren Schwellenwert als konkurrierende Konzepte erreicht und eine erfolgreiche Aktivierung des treffenden Lexems gelingt. Auch das hier vorgestellte methodenkombinierte Verfahren verwendet eine Weiterentwicklung der semantischen Merkmalsanalyse.

3.2 Situations- und Skripttheorie

Die kommunikativen Gesamthandlungen, die in unserem kombinierten Therapieansatz trainiert werden sollen, kommen in jeweils spezifischen Situationen vor. Wenngleich elaborierte situationstheoretische Modelle weit komplexere Prozesse abbilden können (Bayer, 1977; Glindemann, 1987; Volkart, 1965), verstehen wir für die Zwecke des hier verwendeten Ansatzes den Begriff der *Situation* als räumlich-zeitlichen Handlungsraum, in dem Personen Handlungen ausführen und/oder in dem sich spezifische Objekte befinden (Storch & Weng, 2010). Das Wissen über Situationen ist in *Schemata* abgelegt (z.B. Klingenberg, 1997; Schank & Abelson, 2008); sie umfassen ein abstraktes Wissen, das durch vielfältige Erfahrungen mit Personen und Objekten in solchen Handlungsräumen erworben wurde. Schemata übernehmen im Wissenserwerb und seiner mentalen Rekonstruktion wichtige Aufgaben bei der Informationsintegration und der Inferenzbildung (Büttner, 2014). Es wird davon ausgegangen, dass die Wissensinhalte dieser Schemata assoziativ verknüpft sind und dass während des Lernens entsprechende Einheiten aktiviert werden (Seel, 2003). Das Wissen um die Bedingungen, unter denen kommunikative Handlungen stattfinden, gelingen oder erschwert gelingen, enthält Wissenseinheiten über typische Szenen; wir sprechen von *Skriptwissen.* Darin sind Strukturen und Prozesse als Sequenzen von Ereignissen (fest-) geschrieben. Skripts beziehen sich auf stilisierte alltägliche Situationen. Für die Bewältigung völlig neuer Situationen können sie dementsprechend keine Hinweise oder nützliche Anleitungen bieten.

Für unser kombiniertes Therapieverfahren sind jene Skripts interessant, die in soziale Situationen eingebettet sind und in denen die Beteiligten in bestimmten Rollen auf einander zu handeln. Die Aktivierung des Skriptwissens erleichtert die Teilnahme an sozialen Ereignissen und kommunikativen Handlungen sowie deren Interpretation, weil sie die Handlungssicherheit des einzelnen Handelnden vergrößern. Daher wird durch die Aktivierung von *Skriptwissen* in konkreten Handlungssituationen weniger Verarbeitungskapazität gebunden (Schank & Abelson, 2008). Dieser Vorteil soll nach unserem Ansatz in der Therapie von PatientInnen mit Aphasie genutzt werden, die nicht selten ohnehin unter einer reduzierten (verbalen) Verarbeitungskapazität leiden (Heidler, 2006).

3.3 Kommunikatives Handeln im Gespräch

Unser Therapieverfahren zielt auf die Fähigkeit ab, erfolgreich an Alltagsgesprächen teilnehmen zu können. Dabei sind wir konfrontiert mit einer Vielfalt kommunikativer Handlungen, die unter teilweise komplexen situativen Bedingungen stattfinden können, wobei mehrere KommunikationspartnerInnen variierende Handlungs- und Äußerungsabsichten durch unterschiedlichste verbale und nonverbale Äußerungen zu realisieren versuchen. Dabei sind die interaktiven Prozesse der beteiligten GesprächspartnerInnen miteinander verschränkt und wechselseitig aufeinander bezogen. Weil die hier skizzierten Prozesse und Strukturen, wie sie in Gesprächen wirksam werden, im Zusammenhang mit aphasischen Symptomen in der Regel leichter störbar sind, sollten sie in der Diagnostik und Therapie der Aphasien auch besonders berücksichtigt werden.

Effektives kommunikatives Handeln erfordert in den meisten Alltagssituationen auch die Äußerung von Wörtern, Phrasen und Sätzen. Der Stellenwert nonverbaler Mittel am kommunikativen Erfolg sollte zwar nicht unterschätzt werden; dennoch sind nonverbale Zeichen und Anzeichen oft sprachbegleitend und seltener sprachersetzend. Außerdem wird für die hier angestrebten kommunikativen Alltagshandlungen, beispielsweise bei *Einkäufen* oder *Bestellungen,* eine möglichst große Eindeutigkeit angestrebt - die ökonomisch funktional und im Zweifelsfall sogar justiziabel sein muss.

Bei der Rekonstruktion der Intentionen des Gesprächspartners (handlungstheoretisch: *der Illokutionen*) und der Zuordnung von Bedeutungen zu den einzelnen Handlungen interpretieren wir illokutive Indikatoren segmentaler und suprasegmentaler Zeichen (Goodwin, 1995a; 1995b; Searle, 1969). Beispielsweise unterscheiden wir verbal anhand der Wortordnung, des Verbmodus oder der Verwendung explizit performativer Formulierungen, ob es sich bei einer realisierten kommunikativen Handlung um eine *Mitteilung,* eine *Bitte,* eine *Frage* oder einen *Vorwurf* handelt. Die Prosodie, Mimik und Gestik (als Beispiele für die suprasegmentale Ebene) stellen ebenfalls Hinweise für das Identifizieren und Verstehen solcher kommunikativer Handlungen dar (Glindemann, 1995; Hogrefe & Goldenberg, 2010). Die Funktion dieser Indikatoren muss daher bei der Realisierung kommunikativer Handlungen (Produktion und Rezeption) ebenfalls mit in die Aphasietherapie einbezogen werden, um die Betroffenen gut auf die Vielfalt möglicher Konstellationen vorzubereiten. Auch müssen wir von verschiedenen Gesprächstypen ausgehen, in denen unterschiedliche Handlungstypen vorkommen und unter deren Bedingungen variierende Regularitäten für das kommunikative Handeln gelten (man denke beispielsweise an entsprechende Unterschiede bei Gerichts-, Verkaufs- oder Thekengesprächen; Henne & Rehbock, 2001). Zusätzlich werden verschiedene Gesprächsphasen unterschieden (Ehrhardt & Heringer, 2011), um für unsere PatientInnen die dschungelartige Vielfalt verbaler und nonverbaler Äußerungen, potentieller illokutiver Indikatoren und kommunikativer Handlungen zu ordnen: Einmal gibt es die *Gesprächseröffnung*, die durch eine Reihe ritualisierter Formeln und Begrüßungssequenzen stabilisiert wird. Der grundsätzlich schwierige Beginn der Interaktion (Wer spricht mit wem? Was ist der Anlass für das kommende Gespräch? Was wird das Thema sein? Wer reagiert wie darauf? Wie ist dabei die Atmosphäre?) wird hier durch konventionelle Formate (Skripts und Schemata) deutlich vereinfacht. In der *Gesprächsmitte* werden in der Regel die (kommunikativen) Aufgaben der zentrierten Interaktion gemeinsam bearbeitet; Henne und Rehbock (2001) sprechen hier von der *Handlungs- und Bedeutungskonstitution* des Gesprächs. Für die *Beendigungsphase* stehen wieder typische Handlungsformate (closings) zur Verfügung, wie beispielsweise Gesprächsbeendigungsinitiativen (Henne & Rehbock, 2001), Wunschformeln und Verabschiedungssequenzen, für deren verbale Realisierung eine Reihe fester Formulierungen vorliegen (Ehrhardt & Heringer, 2011). Solche *Gesprächsroutinen* (Coulmas, 1981) erleichtern das kommunikative Handeln, indem sie den Analyseprozess entlasten, zu flüssigerem Sprechen und zu einer größeren Verhaltenssicherheit führen (Lüger, 1993). Darüber hinaus werden Gespräche auch hinsichtlich der Verteilung der Sprecherrolle organisiert (*turn-taking-behavior,* Goffman, 1974; Henne & Rehbock, 2001; Sacks, Schegloff & Jefferson, 1978). Analog dazu haben wir es mit jenen Rückmeldungspartikeln zu tun, mit denen derjenige, der den aktuellen Gesprächsschritt nicht inne hat, den Fortgang des Gespräches dennoch mit trägt, stabilisiert und das gegenseitige Verständnis sichert (*back-channel-behavior,* Duncan, 1974; Glindemann, 1984; Henne 1984). Diese komplexen Prozesse bedeuten für PatientInnen mit Aphasie besondere Herausforderungen (Glindemann, 1990).

Auch die Initiierung, Weiterführung und/oder gegebenenfalls Verwerfung von Themen oder einzelnen Aspekten des gemeinsamen Gesprächsthemas müssen interaktiv verhandelt werden. Auch hier sind PatientInnen mit Aphasie und kognitiven Begleitstörungen oft sehr stark gefordert; nicht selten gelingt die notwendige Themendisziplin bei PatientInnen mit tendenziell vorderen Großhirnläsionen nur eingeschränkt (Glindemann, 2009). Die Kategorie des *Repairs* oder der *Korrekturhandlungen* war für Interaktionen zwischen gesunden Teilnehmern bereits von der *Conversational Analysis* (Bergmann, 1994; Heritage, 1995) oder der *Gesprächsanalyse* (Brinker & Sager, 2001; Henne & Rehbock 2001) entwickelt worden.

Sie hat durch den Bezug auf aphasische Kommunikation zusätzlich einen besonderen Stellenwert erhalten (Bauer & Auer, 2008; Bauer & Kaiser, 1989; Schegloff, 2003).

4. Darstellung des Therapieverfahrens

Unser Verfahren umfasst acht kombiniert sprachsystematische und kommunikationsorientierte Therapiebausteine und bezieht sich zunächst vorrangig auf verbale Äußerungen, obwohl auch nonverbale Kompensationsstrategien zum Einsatz kommen. Insgesamt wurde ein exemplarisches Set aus 20 kommunikativen Gesamthandlungen erstellt, die fünf Alltagsbereichen zuzuordnen sind (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Einteilung der kommunikativen Gesamthandlungen

Kommunikative Gesamthandlungen

Alltagsbereiche	Beispiel für Gesamthandlungen
Familie und Freunde	Kommunikation am Frühstückstisch
Alltagsgeschäfte	Mantel zur Reinigung bringen
Freizeit	Bestellung in einer Eisdiele
Termine	Verabreden eines Zahnarzttermins
Verkehr	Angabe des Ziels einer Taxifahrt

Alle kommunikativen Gesamthandlungen sind in einzelne Szenen unterteilt. Für diese Szenen wurden jeweils typische Formulierungen für beide am Gespräch beteiligten PartnerInnen erarbeitet; dabei beziehen wir verschiedene semantische Kategorien des prototypischen Wortschatzes für solche Skripts ein.
Die einzelnen Bausteine (siehe Abbildung 1) sind zugunsten einer möglichst großen Flexibilität hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der PatientInnen modifizierbar. Auch die Reihenfolge der Bearbeitungsschritte kann verändert werden, wenn es für einzelne PatientInnen sinnvoll ist.

Abbildung 1: Therapiebausteine

Baustein I: Auswahl der kommunikativen Gesamthandlung

Hier wird erhoben, welche kommunikativen Gesamthandlungen PatientInnen im Alltag ausführen und welche Relevanz diese Handlungen für sie haben. Hierfür wurde ein Patienten- und Angehörigeninterview entwickelt, das mit den PatientInnen in der ersten Therapiestunde und mit den Angehörigen (in der Regel am Telefon) durchgeführt wird. Diese Befragungen werden nach der Therapie für einen Prä-Post-Vergleich ein zweites Mal durchgeführt.

Baustein II: Festlegung und Testung des individuellen Wortschatzes

Der Zielwortschatz für die Übungen wird individuell erhoben, um die Motivation der PatientInnen zu fördern und die zur Verfügung stehende Lernkapazität für diejenigen Lexeme zu nutzen, die im Alltag der betroffenen Person relevant sind. Mit Situationsbildern und zu diesem Zweck zusammengestellten Objektkarten werden die für die PatientInnen relevanten Lexeme ermittelt. Darauf aufbauend wird mithilfe eines hierfür konzipierten Wortschatztests überprüft, inwiefern die PatientInnen bereits auf die einzelnen Objekte des individuellen Zielwortschatzes referieren können. Dabei haben wir die Leistungen auf einer kommunikativen, semantischen und phonematischen Skala bewertet. Eine zweite Durchführung des Wortschatztests nach Beendigung der Therapie dient der Kontrolle des Therapieerfolgs.

Baustein III: Definition der Situation und Aktivierung des Skripts

Zu Beginn wird das Agieren der PatientInnen in der jeweiligen Gesamthandlung in definierten Rollenspielen überprüft. Danach kann mit der Definition der Situation als kognitiver Bezugsrahmen begonnen werden. Anhand des Situationsbildes werden die wichtigsten Situationsmerkmale erarbeitet. Die einzelnen Szenen und deren Reihenfolge werden zur Aktivierung des Skripts besprochen und gegebenenfalls geübt. Da Skripts rollenspezifisch sind, ist es wichtig, mit den PatientInnen zu besprechen, welche Rolle sie normalerweise in der spezifischen Handlung im Alltag einnehmen.

Baustein IV: Wortschatztraining

Um den festgelegten Wortschatz zu trainieren, wurde als Methode die SFA von Boyle & Coelho (1995) gewählt und modifiziert. Für die Erarbeitung von Nomen werden eine freie Assoziation, eine Eigenschaft des Objekts, die Lokalisation des Objekts, die zugehörige Kategorie sowie die Handlung abgefragt. Daneben wurde in Anlehnung an Peach & Reuter (2010) eine Tafel für das Üben von Verben erstellt und zudem eine, um den Abruf von Adjektiven zu

trainieren. Die Tafel für Adjektive enthält Felder für eine freie Assoziation, für das Ziel, also welches Merkmal beurteilt werden soll, und für das Gegenteil des Zieladjektivs. Für das Erarbeiten von Verben werden eine mit der Handlung verbundene Assoziation, die Lokalisation sowie die temporäre Komponente abgefragt.
Können die PatientInnen ein Merkmal nicht nennen, gibt die Therapeutin/der Therapeut, anders als in der ursprünglichen Version der SFA, zuerst eine semantische Hilfe und dann drei Lexeme zur Auswahl. Nach dem Aufzählen der Merkmale fasst die Therapeutin/der Therapeut diese noch einmal zusammen und referiert auf das Zielobjekt.
Neben der Durchführung der SFA umfasst das Wortschatztraining auch Einträge in das Kommunikationsbuch der PatientInnen (Glindemann & Krug, 2012) sowie die Bearbeitung von entsprechenden Arbeitsblättern. Über diese Aufgaben hinaus ist es sinnvoll, mögliche Kompensationsstrategien zu trainieren. Hierfür eignen sich Übungen im PACE-Setting.

Baustein V: Formulierungstraining

Das Ziel dieses Trainings ist es, Formulierungen sowohl rezeptiv als auch produktiv verarbeiten zu können. Bei Formulierungen muss prinzipiell beachtet werden, dass diese über unterschiedliche Schwierigkeitsgrade verfügen: So kann die rezeptive Verarbeitung von Formulierungen erschwert sein, wenn deren Bedeutung nicht aus den Bestandteilen ableitbar ist. Bei schwer betroffenen aphasischen PatientInnen wird es in der Regel nicht möglich sein, die erlernten Lexeme zusätzlich in eine Formulierung einzubetten. Es kann jedoch sein, dass diese PatientInnen auf hochautomatisierte sprachliche Routinen, wie beispielsweise Begrüßungs- und Verabschiedungsformeln, zugreifen können und diese eventuell einen Einstieg in die Therapie bieten. Zunächst werden einzelne Formulierungen (z.B. «Ich hätte gerne…») trainiert und im Anschluss die bereits geübten Lexeme in die Formulierungen eingesetzt (z.B. «…. ein Brot», «…eine Salami»).

Baustein VI: Kommunikationstraining

Im Rahmen des Kommunikationstrainings werden im Dialog zwischen TherapeutIn und PatientIn die einzelnen Szenen der kommunikativen Gesamthandlung zusammengesetzt. Es wird versucht, die reale Welt so genau wie möglich im Therapieraum abzubilden, indem eine Einbettung des Rollenspiels in eine möglichst spezifisch definierte Situation erfolgt. In Abhängigkeit von der Szenenanzahl der jeweiligen kommunikativen Gesamthandlung stellt die Aneinanderreihung der Einzelhandlungen hohe Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis. Um dieses zu unterstützen, kann es hilfreich sein, das Situationsbild und die Schriftkärtchen mit den Szenentiteln als Merkhilfe anzubieten. Die kommunikative Gesamthandlung sollte so lange im geschützten Therapieraum trainiert werden, bis sich eine gewisse Routine eingestellt hat und die PatientInnen Sicherheit gewonnen haben.

Baustein VII: Realisierungstraining

Hier geht es darum, diejenigen Fähigkeiten zu trainieren, die über die segmentalen sprachlichen Bestandteile hinausgehen. Da es für Menschen mit Aphasie beispielsweise schwierig sein kann, den eigenen Gesprächsschritt während eines Dialogs zu behalten (Glindemann, 1990), muss dies gegebenenfalls gesondert trainiert werden. Um die entsprechenden kommunikativen Ziele erreichen zu können, kann man mit PatientInnen eine Strategie erarbeiten, mit welcher den GesprächspartnerInnen vermitteln werden kann, dass der eigene Gesprächsschritt noch nicht beendet ist. Eine solche Strategie kann beispielsweise ein Handzeichen sein, das *Stopp* bedeutet, oder eine kurze verbale Äußerung, wie *Stopp* oder *Halt*.
Zusätzlich kann die Arbeit am suprasegmentalen Informationsgehalt einer Aussage integriert werden. Bei fehlender Kontrolle über diesen Parameter kann die segmentale Bedeutung inhaltlich verändert oder mit reduzierter auditiver Verständlichkeit beim Empfänger ankommen. So ist es die Aufgabe der TherapeutInnen, bereits beim Einüben von Dialogstrukturen beispielsweise auf die *Sprechgeschwindigkeit*, die *Sprechlautstärke* und die *Prosodie* zu achten. Das Ziel ist es, dass die PatientInnen lernen, die eigenen Symptome wahrzunehmen, um diese selbstständig zu regulieren. Prinzipiell gilt, dass nicht an allen Symptomen gearbeitet werden sollte, sondern vor allem an denjenigen, die sich negativ auf die kommunikative Zielerreichung auswirken.

Baustein VIII: Partizipationstraining

Innerhalb des Partizipationstrainings werden die geübten Inhalte in authentischen Situationen vor Ort angewendet (Höfer, 1999). Dieser Schritt ist von großer Bedeutung, da es sich hier entscheidet, ob die Therapie den Alltag der Betroffenen verändert und die Partizipationsmöglichkeiten verbessert. Alle Aufgaben werden zuvor gemeinsam abgesprochen und geübt. Dies führt notwendigerweise zu einem vorübergehenden Verlust an Spontanität. Die genaue Vorbereitung ist jedoch wichtig, um die zusätzlichen Anforderungen nicht noch weiter zu erhöhen. Deshalb ist es wichtig, dass PatientInnen über mögliche Strategien Bescheid wissen, die sie anwenden können, wenn es zu Schwierigkeiten beim Erreichen der kommunikativen Ziele kommt. Während des Partizipationstrainings begleitet die Therapeutin/der Therapeut

die PatientInnen, möglichst ohne in die kommunikative Handlung einzugreifen. Nur bei größeren Schwierigkeiten können individuell ausgewählte Hilfen gegeben werden.

Nach dem Ausführen der kommunikativen Gesamthandlung vor Ort findet eine Nachbesprechung statt. In Abhängigkeit von den individuell festgelegten Zielen und den noch bestehenden Schwierigkeiten ist unter Umständen eine Wiederholung eines oder mehrerer Therapiebausteine indiziert.

5. Methode

5.1 Vorstellung der Patientin

TP (33 Jahre) leidet in Folge eines Mediateilinfarkts links an einer Globalen Aphasie, einer Akalkulie, einer Sprechapraxie, einer (bukkofazialen) Apraxie, einem visuellen und motorischen Hemineglect rechts, einer Hemiparese rechts sowie an einer symptomatischen Epilepsie (Post-onset-Zeit 20 Monate). Die Primärsprache der Patientin ist Deutsch. Sie ist verheiratet und hat zwei Kinder. Sie erhielt neben den Therapien im Rahmen des Therapieexperiments keine weiteren sprachtherapeutischen Interventionen.

5.2 Design

Insgesamt erhielt TP zehn Therapiesitzungen (zwei Mal wöchentlich à 50 Minuten). Im Rahmen des Prä-Post-Designs wurde eine Vor- und Nachtestung mit standardisierten und selbst entwickelten Diagnostikinstrumenten vorgenommen, um die Effektivität unseres Therapieverfahrens zu überprüfen. Es wurde der *Aachener Aphasie Test* (AAT; Huber, Poeck, Weniger & Willmes, 1983) verwendet, um Syndrom und Schweregrad der Aphasie zu bestimmen. Zusätzlich wurde der *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test* (ANELT; Blomert & Buslach, 1994) eingesetzt, um die verbale Handlungsfähigkeit in spezifischen Situationen basierend auf Normdaten zu erfassen. Um zu untersuchen, ob die Intervention auch im Kommunikationsalltag zu verbesserten Leistungen führen kann, wurde der *Angehörigenfragebogen zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall* (AFKS; Arnold et al., 2011) angewandt. Darüber hinaus wurde ein strukturiertes Interview sowie ein Wortschatz- und Rollenspieltest durchgeführt.

5.3 Durchführung

Zu Beginn dieser Therapiephase wurden gemeinsam mit TP und ihrem Ehemann die Therapieziele in Abhängigkeit von ihrem allgemeinen Leistungsniveau und den Ergebnissen des strukturierten Interviews festgelegt. Nach dem Therapiezielkonzept von Glindemann, Pössl, Ziegler & Goldenberg (2004) wurde als Globalziel, auf das sich alle rehabilitativen Maßnahmen beziehen sollen, definiert: *Erreichen von Selbstständigkeit und Kommunikation im Alltag mit möglichst geringer Unterstützung*. Als Alltagsziel, das sich direkt auf die Sprachfunktionen bezieht, wurde die *Partizipation am öffentlichen Erwerb von Backwaren in einer Bäckerei* festgelegt. Danach erfolgte gemeinsam mit der Patientin die Festlegung des individuellen Wortschatzes. Dies geschah, indem ihr Bildkärtchen vorgelegt wurden, auf die sie zeigen sollte, da sie ohne Hilfsmittel meist nicht effektiv auf die gewünschten Backwaren referieren konnte. In Tabelle 2 ist der Übungswortschatz von TP dargestellt.

Tabelle 2: Individueller Übungswortschatz

Brot	Halbes Brot	Körnerbrot
Toastbrot	Baguette	Semmel
Mohnsemmel	Körnersemmel	Roggensemmel
Sesamsemmel	Baguettesemmel	Croissant
Schokocroissant	Krapfen	

Tabelle 3 umfasst die eingangs für die Therapie definierten Ziele und deren Erreichung.

Tabelle 3: Zieldefinition und -kontrolle

Globalziel	**Selbstständigkeit und Kommunikation im Alltag mit geringstmöglicher Unterstützung**

Alltagsziel	**Funktionsziele**	**Zielerreichung**
Soll am öffentlichen Erwerb von Backwaren in einer Bäckerei teilhaben	Soll auf alle Objekte des individuellen Wortschatzes verbal oder mit einer Umwegleistung korrekt referieren (mindestens Punktwert 3)	Erreicht bei 9 von 14 Objekten
	Soll bei 50% der Lexeme in der semantischen Wertung mindestens Punktwert 3 erhalten (Selbstkorrektur/ korrekte verbale Leistung)	Ziel erreicht
	Soll bei 50% der Lexeme in der phonematischen Wertung mindestens Punktwert 3 erreichen (Selbstkorrektur/korrekte verbale Leistung)	Ziel erreicht
	Soll die kommunikativen Ziele in allen vier Szenen ohne Hilfe des Therapeuten erreichen (Punktwert 4)	Ziel erreicht
	Soll in allen vier Szenen die trainierten, reduzierten Formulierungen produzieren (Punktwert 4)	Ziel erreicht

Die Durchführung des kombinierten Therapieverfahrens erfolgte aufgrund des ausgeprägten Agrammatismus und der begleitenden Sprechapraxie mit einigen Modifikationen. Den Einstieg in die Therapie bildeten die Definition der Situation und die Aktivierung des Skripts. Dabei zeigte sich, dass diese Rahmenbedingungen bereits zu Beginn erfüllt wurden, sodass mit der Erarbeitung des Zielwortschatzes begonnen werden konnte. Die Arbeit mit der SFA war anfangs sehr zeitintensiv, da TP häufig weder auf das Zielwort noch auf die abgefragten semantischen Merkmale referieren konnte, sodass viele therapeutische Hilfestellungen notwendig waren. Bei Wortabrufschwierigkeiten wurden semantische Hilfen und wenn notwendig drei Lexeme zur Auswahl gegeben. Das Wortschatztraining wurde durch Einträge in das Kommunikationsbuch sowie durch die Bearbeitung von individuell zusammengestellten Arbeitsblättern zum semantischen Sortieren und zur Wort-Bild-Zuordnung ergänzt. Durch die Verwendung der SFA, bei welcher das Zielwort und die semantischen Merkmale in die vorgefertigte Tafel geschrieben werden, wurde die schriftliche Realisierung einzelner Lexeme geübt, sodass TP am Ende des Therapieexperiments einzelne Wörter bei mündlichen Wortabrufschwierigkeiten schreiben konnte. Da es ihr zu Beginn häufig sehr schwer fiel, verbal auf Objekte zu referieren, wurde im Rahmen des Strategietrainings vor allem das Zeichnen als Vermittlungstechnik geübt. Diese Kompensation akzeptierte TP sehr gut und setzte sie bei Schwierigkeiten im Wortabruf häufig selbstständig ein. Aufgrund der vorliegenden Sprechapraxie bereitete TP auch die phonetische Realisierung Schwierigkeiten. Bei der Auswahl der zu trainierenden Lexeme wurde auf die Sprechapraxie nicht näher eingegangen, da es das Ziel war, einen für sie individuell wichtigen Wortschatz zu üben. Es wurde jedoch ein itemspezifisches Sprechapraxietraining durchgeführt. Dabei kamen auditive Vermittlungstechniken, wie das Vorsprechen, das explizite Erklären von Artikulationsabläufen, therapeutisches Feedback und visuelle Techniken, wie die Darbietung des Mundbildes zum Einsatz (Staiger & Aichert, 2010). Von diesen Hilfen konnte TP profitieren, wobei nicht eine exakte Artikulation, sondern die Verständlichkeit im Vordergrund stand.

Sobald TP die Abläufe des Benenntrainings vertraut waren, wurde mit dem Formulierungstraining begonnen. Die hochfrequenten Begrüßungs-, Verabschiedungs- und Höflichkeitsformeln konnten ohne Modifikationen geübt werden, wobei die Formulierung des Käuferwunsches elliptisch verkürzt wurde, sodass mit TP die Kombination verschiedener Backwaren mit der Interjektion *bitte* trainiert wurde. Die Verwendung von Artikeln konnte nicht erarbeitet werden. Nachdem die einzelnen Szenen auf diese Weise bearbeitet waren, wurde im Kommunikationstraining die gesamte kommunikative Handlung erarbeitet. Aufgrund ihrer Akalkulie erfolgte eine Erweiterung des Therapieverfahrens um ein Akalkulietraining in Anlehnung an Wehmeyer & Grötzbach (2012). Der Schwerpunkt lag auf dem Verstehen von verbal vorgegebenen Geldbeträgen.

Noch bevor es um den Transfer in den Alltag ging, begrüßte TP die Therapeutin eines Tages mit folgenden Worten:

TP: Heute Bäcker... Nein.

Therapeutin: Ah. Meinen Sie gestern?

TP: Ja, gestern! Bäcker.... Croissant, bitte! Juhu!

Dieser Transkriptausschnitt zeigt, dass TP die in der Therapie erarbeiteten Inhalte bereits selbstständig in der Bäckerei umgesetzt hatte. Zur Festigung wurde ein gemeinsames Partizipationstraining durchgeführt; auch hier konnte TP ihre kommunikativen Ziele erreichen.

6. Ergebnisse

In Tabelle 4 sind die erreichten Prä- und Posttest-Punktwerte für die sechs Beschreibungsebenen der Spontansprache sowie für die weiteren Untertests des AAT eingetragen.

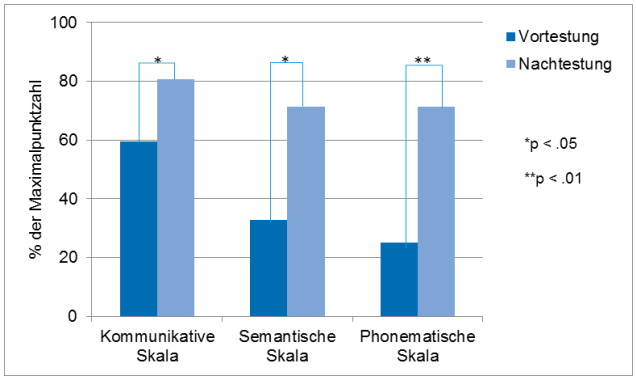
Tabelle 4: Ergebnisse der Prä- und Posttestung: AAT-Spontansprache und AAT-Untertests (Rohwerte/Prozentränge)

AAT-Spontansprache			AAT-Untertests		
Ebene	**Prä**	**Post**	**Untertest**	**Prä**	**Post**
Kommunikationsverhalten	2	3	Token Test	50/2	47/10
Artikulation und Prosodie	2	2	Nachsprechen	72/24	71/24
Automatisierte Sprache	2	2	Schriftsprache	1/11	4/15
Semantische Struktur	3	3	Benennen	57/39	73/46
Phonematische Struktur	2	2	Sprachverständnis	39/13	45/16
Syntaktische Struktur	1	1			

Wie in Tabelle 4 zu sehen, konnte das Kommunikationsverhalten verbessert werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich der Hilfsbedarf bei einer Unterhaltung über vertraute Themen reduziert hat. Außerdem fällt auf, dass sich die Leistungen in vier der fünf sprachsystematischen Untertests verbessert haben (nicht signifikant), wobei besonders große Punktgewinne im Untertest *Benennen* zu verzeichnen sind.

Bei einem Vergleich der Prä- und Postuntersuchung mit dem *ANELT* zeigte sich ein nicht signifikanter Punktanstieg auf der inhaltlichen und auditiven Beurteilungsskala. Die Auswertung des Angehörigenfragebogens AFKS, den der Ehemann von TP vor und nach der Therapie ausgefüllt hat, ergab auf der *Kommunikationsskala* eine signifikante Punktsenkung von 38 auf 33 Punkte (Wilcoxon-Test, $Z = -2{,}236$, $p < .05$). Dieser Punktabfall spricht für einen geringeren Unterstützungsbedarf nach der Therapie, da von den Autoren des Fragebogens ein hoher Unterstützungsbedarf als hoher Summenscore operationalisiert wurde (Arnold et al., 2012).
Auch die Testungen mit den selbst entwickelten Diagnostikinstrumenten ergaben differierende Testwerte der Prä- und Posttestung.

Abbildung 2: Ergebnisse der Prä-und Posttestung: Wortschatztest



Wie in Abbildung 2 zu sehen, verbesserten sich die Leistungen von TP im Wortschatztest auf allen drei Bewertungsskalen signifikant (Kommunikative Bewertungsskala (Wilcoxon-Test, $Z = -1{,}997$, $p < .05$), Semantische Bewertungsskala (Wilcoxon-Test, $Z = -2{,}521$, $p < .05$), Phonematische Bewertungsskala (Wilcoxon-Test, $Z = -2{,}682$, $p < .01$)).

Abbildung 3: Ergebnisse der Prä- und Posttestung sowie des Partizipationstrainings: Rollenspieltest

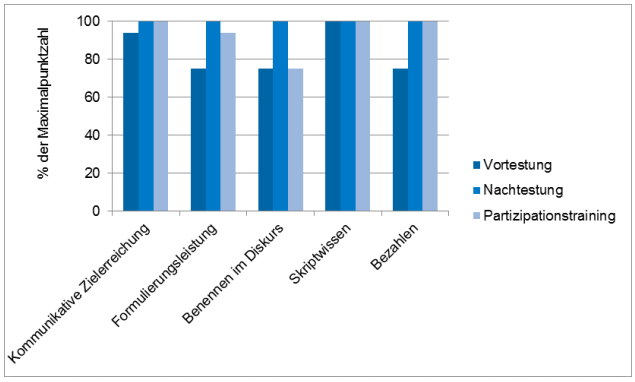


Abbildung 3 bezieht sich auf die Ergebnisse des Rollenspieltests. Auch hier ist zu sehen, dass sich TP in vier Beurteilungsskalen verbessert hat.
Im Patienten- und Angehörigeninterview beurteilte ihr Ehemann die Schwierigkeiten vor der Therapie als *groß* und nach der Therapie als *gering*. Beide gaben an, dass sich das kommunikative Ausführen des *Einkaufs in der Bäckerei* und des untrainierten *Cafébesuchs* im Vergleich zu vor der Therapie *verbessert* habe. Der Ehemann schätzte auch das Ausführen der Gesamthandlung *Konversation am Frühstückstisch* als verbessert ein. Diese Verbesserungen begründete er unter anderem mit dem vergrößerten Wortschatz.

7. Diskussion, Fazit und Ausblick

Wie wir auch aus dem Vergleich mit den Daten der hier nicht dargestellten weiteren Einzelfälle unseres Projektes wissen, hat sich das Baukastenprinzip des vorgestellten Verfahrens durchaus bewährt: Wir konnten auf einzelne Schwerpunkte und Unterschiede der aphasischen Störungsprofile sowie auf Begleitstörungen individuell eingehen. Im Beispiel von TP konnten wir speziell Übungen zu den spezifischen sprechapraktischen Störungsmechanismen einbeziehen, ohne deshalb beispielsweise das situationsspezifische Formulierungstraining vernachlässigen zu müssen. Es gab allerdings auch Grenzen; es hat sich gezeigt, dass es Schwierigkeiten gab, wenn Probanden aufgrund schwerwiegender Sprachverständnisdefizite die Handlungsanweisungen nicht verstehen oder zu wenige lautsprachliche Äußerungen produzieren konnten.
Die individuelle Anpassung der Therapieinhalte setzte voraus, dass PatientInnen in ihrem Prozess der Krankheitsverarbeitung dazu in der Lage waren, einen Einblick in ihren aktuellen oder künftigen Kommunikationsalltag zu geben. Bei vorgefertigtem Material besteht diese Einschränkung erfahrungsgemäß weniger, weil durch dessen Vorgabe keine Reflexion über möglichst realistische Kommunikationsbedingungen nötig ist. Dennoch waren alle unsere PatientInnen zu dem individualisierten Verfahren bereit. Sie gaben sogar an, dass hierdurch ihre Motivation für die Therapie noch gefördert wurde.
Da wir das vorgestellte Verfahren erst an wenigen Einzelfällen ausführlich erprobt haben, müssen unsere Ergebnisse noch als vorläufig interpretiert werden. Die jeweils spezifischen Bedingungen für die Tauglichkeit des Therapieansatzes für sehr unterschiedliche Störungsprofile und komplexere Partizipationsbedingungen wird anhand einer größeren Stichprobe in multiplen Einzelfällen weiter überprüft.
Betrachten wir die einzelnen Ergebnisse unserer Patientin TP, so zeigt sich, dass sie von den verschiedenen The-

rapiebausteinen gut profitieren konnte: Einerseits hat sie gut vom systematischen Training des Wortabrufs profitiert, wie man an den Ergebnissen des AAT-Untertests *Benennen* belegen kann. Dass diese Leistungszuwächse moderat ausfallen, erklärt sich auch mit den inzwischen chronifizierten Symptomen nach der langen Post-onset-Zeit von 20 Monaten (Huber & Ziegler 2000) und durch die begrenzte Therapiefrequenz im Projekt. Andererseits hat sich zusätzlich in den authentischen Situationen vor Ort gezeigt, wie sehr TP auch in den kommunikativ-pragmatischen Übungsteilen Leistungsfortschritte erzielen konnte. Da in der A-Skala des *ANELT* nur verbale Äußerungsteile berücksichtigt werden, konnten die auch nonverbal erarbeiteten Äußerungselemente hier nicht positiv zu Buche schlagen.

Die signifikante Punktabnahme auf der Subskala *Kommunikation* des Angehörigenfragebogens *AFKS* zeigt einen weiteren Leistungsfortschritt; TP benötigte nach der Therapie weniger Unterstützung durch den Gesprächspartner. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass ihr Ehemann genau bei denjenigen Items einen geringeren Hilfsbedarf angab, die in der Therapie trainiert wurden. So bewertete er beispielsweise das Grüßen und Verabschieden sowie das Produzieren von Höflichkeitsformeln vor der Therapie mit Punktwert zwei *(leichte Schwierigkeiten)* und nach der Therapie mit Punktwert eins *(mühelos)*.

Innerhalb der eigens entwickelten Diagnostika sind die signifikanten Leistungsverbesserungen von TP auf allen drei Skalen des Wortschatztests folgendermaßen zu erklären: Die nonverbalen Kommunikationsmittel wurden reduziert eingesetzt und es war eine Zunahme der verbalen Informationsvermittlung zu beobachten, die in der Nachtestung weniger semantische und phonematische Paraphasien enthielt. Darüber hinaus konnte TP den Erfolg ihrer Leistungen im Diskurs verbessern, wie in der Nachtestung anhand der gesteigerten Punktwerte auf den Skalen *kommunikative Zielerreichung*, *Benennen im Diskurs* und *Formulierungsleistung* des Rollenspieltests zu sehen ist. Die im Partizipationstraining (im Vergleich zur Nachtestung) leicht verringerten Punktwerte beim *Benennen im Diskurs* und den *Formulierungsleistungen* sind mit einer Kompensation verbaler Referenzleistungen durch nonverbale Vermittlungstechniken zu erklären. In diesen beiden Skalen werden nur verbale Leistungen gezählt. Dieser Anstieg nonverbal genutzter Mittel kann mit den erhöhten Anforderungen beim Ausführen kommunikativer Handlungen in authentischen Situationen vor Ort zusammenhängen und ist im Hinblick auf die Zielerreichung sehr positiv zu werten: Durch den ergänzenden Einsatz nonverbaler Kommunikationskanäle gelang es TP auch im Partizipationstraining alle kommunikativen Ziele zu erreichen und somit ihre Leistungen stabil zu halten. Dieses Ergebnis zeigt, dass TP ihre Partizipationsmöglichkeiten in spezifischen Situationen verbessern konnte und damit auch das übergeordnete Therapieziel erreicht wurde.

TP hat also aus therapeutischer Sicht als auch aus ihrer Perspektive und der ihres Ehemanns von der Therapie gut profitieren können. Darüber hinaus schätzte ihr Mann im Sinne von Transfer auch das Ausführen verwandter kommunikativer Handlungen nach unserer Therapie als *verbessert* ein.

Man kann also als Fazit zusammenfassen, dass wir bei der Durchführung unseres Therapieverfahrens tatsächlich in der Lage waren, mit einzelnen Patienten individuell und variabel sprachsystematische und kommunikationsorientierte Methoden erfolgreich zu kombinieren, um kleinschrittig und symptomorientiert definierte sprachliche und kommunikative Partizipationsziele zu erreichen. Allerdings waren dies naturgemäß erste und vorsichtige Schritte in diese Richtung; das Beispiel des Einkaufs in einer Bäckerei ließ sich vom benötigten individuellen Wortschatz und den typischen Formulierungen sowie von den situationsspezifischen Vorgaben her gut formalisieren und systematisieren. Es konnten hier von der Betroffenen Partizipationsleistungen bei relativ schweren aphasischen und sprechapraktischen Einschränkungen erfolgreich bewältigt werden.

Für eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes sind wir in Zukunft mit den Herausforderungen komplexerer sozialer Anlässe mit schwierigeren Partizipationsbedingungen konfrontiert. Nach den hier dargestellten guten Erfahrungen mit dem kombinierten Ansatz von acht Therapiebausteinen werden wir versuchen, etwa auch Gespräche bei Behörden und in Institutionen gegebenenfalls auch mit größerer ökonomischer Relevanz einzubeziehen.

Es wäre ein weiterer großer therapeutischer Erfolg, wenn es gelänge, mit der Weiterentwicklung des hier beschriebenen Therapieverfahrens Partizipation von Betroffenen an gesellschaftlichen Prozessen in situativ zunehmend komplexere und sprachlich-kommunikativ anspruchsvollere Situationen zu implementieren. Da es sich bei unseren ersten Erfahrungen mit diesem Ansatz als großer Vorteil erwiesen hat, die unterschiedlichen Therapiebausteine möglichst individuell für die Möglichkeiten und Bedürfnisse von Betroffenen hinsichtlich vielfältiger Störungsparameter und situativer Rahmenbedingungen variabel zu kombinieren, erwarten wir auch bei komplexeren Vorgaben und Konstellationen therapeutisch erfolgreiche Perspektiven entwickeln zu können.

Kontakt | Zeller Cornelia, Akademische Sprachtherapeutin, M.A, Klinik für Neuropsychologie, Klinikum Bogenhausen, Englschalkinger Str. 77, D-81925 München, cornelia.zeller@campus.lmu.de
Dr. Ralf Glindemann, Neurolinguist, Klinik für Neuropsychologie, Klinikum Bogenhausen, Englschalkinger Str. 77, D-81925 München, ralf.glindemann@klinikum-muenchen.de

Literatur

Arnold, A., Übensee, H., Barasch, A., Haase, I., Schillikowski, E., & Pfeiffer, G. (2011). Fragebogen zum Kommunikationsverhalten von Schlaganfallpatienten. Verfügbar unter http://www.aphasie.org/pdfs--de/3-fachpersonen/3.3-frageboegen/fragebogen-5-angehorige.pdf.

Arnold, A., Kärnth, H., Barasch, A., Haase, I., Schillikowski, E., & Pfeiffer, G. (2012). Testgüte eines Angehörigenfragebogens zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall (AFKS). Aphasie und verwandte Gebiete, 31, 35-50.

Balasz, V., Wiesenberger, A., & Glindemann, R. (2010). Interview zur pragmatischen-funktionellen Diagnostik bei schwerer Aphasie (PFD). Sprachheilarbeit, 55, 232 – 240.

Bauer, A., & Auer, P. (2008): Aphasie im Alltag. Stuttgart: Thieme.

Bauer, A., & Kaiser G. (1989). Verbesserungshandlungen in der sprachlichen Interaktion zwischen Aphasikern und Sprachgesunden. In: V. Roth (Hrsg.), Kommunikation trotz gestörter Sprache (S. 27 – 64). Tübingen: Narr.

Bayer, K. (1977). Sprechen und Situation. Aspekte einer Theorie der sprachlichen Interaktion. Tübingen: Niemeyer.

Bergmann, J. R. (1994). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: G. Fritz, & F. Hundsnurscher (Hrsg.), Handbuch der Dialoganalyse (S. 3 – 16). Tübingen: Niemeyer.

Blanken, G. (2010). Lexikalische Störungen. In: G. Blanken, & W. Ziegler (Hrsg.), Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter (S. 131 – 159). Freiburg im Breisgau: Hochschulverlag.

Blomert, L., & Buslach, D. C. (1994). Funktionelle Aphasiediagnostik mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). Deutsche Fassung. Forum Logopädie, 8, 3 – 6.

Bongartz, R. (1998). Kommunikationstherapie mit Aphasikern und Angehörigen. Grundlagen, Methoden, Materialien. Stuttgart: Thieme.

Boyle, M. (2004). Semantic Feature Analysis Treatment for Anomia in Two Fluent Aphasia Syndromes. American Journal of Speech-Language Pathology, 13, 236 – 249.

Boyle, M., & Coelho, C. A. (1995). Application of Semantic Feature Analysis as a Treatment for Aphasia Dysnomia. American Journal of Speech-Language Pathology, 4, 94 – 98.

Brinker, K., & Sager, S. (2001). Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Berlin: Schmidt.

Büttner, J. (2014). Sprache und Kognition. Diskursverarbeitung und Textverarbeitung bei Exekutivstörungen. Tübingen: Stauffenburg.

Coelho, C. A., McHugh, R., & Boyle, M. (2000). Semantic feature analysis as a treatment for aphasic dysnomia: A replication. Aphasiology, 14, 133 – 142.

Collins, A. M., & Loftus, E. F. (1975). A Spreading-Activation Theory of Semantic Processing. Psychological Review, 82, 407 – 428.

Coopmans, J. (2007). Alltagsrelevante Aphasietherapie. Forum Logopädie, 21, 6 – 13.

Coulmas, F. (1981). Routinen im Gespräch. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft Athenaion.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf.

Duncan, S. (1974). On the structure of speaker-auditor interaction during speaking turns. Language in Society, 3, 161 – 180.

Ehrhardt, C., & Heringer, H. J. (2011). Pragmatik. Paderborn: Wilhelm Fink.

Falconer, C. & Antonucci, S. M. (2012). Use of semantic feature analysis in group discourse treatment for aphasia: Extension and expansion. Aphasiology, 26, 64 – 82.

Glindemann, R. (1984). Wenn Sprecher nicht sprechen und Hörer nicht nur hören. Zur Interpretation von Gesprächsschrittrollen. In: D. Cherubim, H. Henne, & H. Rehbock (Hrsg.), Gespräche zwischen Alltag und Literatur (S. 180 – 195). Tübingen: Niemeyer.

Glindemann, R. (1987). Zusammensprechen in Gesprächen. Aspekte einer konsonanztheoretischen Pragmatik. Tübingen: Niemeyer.

Glindemann, R. (1990). Welche Probleme haben Aphasiker beim turn-taking? In: R. Mellies, F. Ostermann, & A. Winnecken (Hrsg.), Beiträge zur interdisziplinären Aphasieforschung (S. 1 – 29). Tübingen: Narr.

Glindemann, R. (1995). Pragmatische Ansätze in Diagnostik und Therapie zentraler Sprachstörungen. Sprache-Stimme-Gehör, 19, 17 – 23.

Glindemann, R. (2006). Aphasietherapie und die Behandlung der nicht-aphasischen zentralen Kommunikationsstörungen. In: G. Böhme (Hrsg.), Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen Band 2: Therapie. 4. Auflage. (S. 351 – 380). München: Urban & Fischer.

Glindemann, R. (2009). Wenn sich Themen unkontrolliert entwickeln. Kognitiv-neurolinguistische Überlegungen zu weitschweifigen Äußerungen. Neurolinguistik, 21, 59 – 99.

Glindemann, R., & Springer, L. (1989). PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen – Ein integrativer Vorschlag zur Aphasietherapie. Sprache-Stimme-Gehör, 13, 188 – 192.

Glindemann, R., Ziegler, W., & Kilian, B. (2001). Aphasie und Kommunikation. In: G. Goldenberg, J. Pössl, & W. Ziegler (Hrsg.), Neuropsychologie im Alltag (S. 78 – 97). Stuttgart: Thieme.

Glindemann, R., Pössl, J., Ziegler, W., & Goldenberg, G. (2004). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. Sprachheilarbeit, 49, 298 – 305.

Glindemann, R., & Krug, B. (2012). Individualisierte Kommunikationsbücher für die Aphasietherapie. Sprachheilarbeit, 58, 12 – 23.

Götze, R., & Höfer, B. (1999). AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Stuttgart: Thieme.

Goffman, E. (1974). Das Individuum im öffentlichen Austausch. Frankfurt: Suhrkamp.

Goodwin, C. (1995a). Conversational Organization: Interaction between Speakers and Hearers. New York: Academic Press.

Goodwin, C. (1995b). Co-Constructing Meaning in Conversations with an Aphasic Man. Research on Language and Social Interaction, 28, 233 – 260.

Grönke, C., & Mebus, M. (2011). AphasiePartizipationsTraining. Idstein: Schulz-Kirchner.

Grötzbach, H. (2006): Die Bedeutung der ICF für die Aphasietherapie in der Rehabilitation. Forum Logopädie, 20, 26 – 31.

Hartley, L. (1990). Assessment of Functional Communication. In: D. Tupper, & K. Cicerone (Hrsg.), The Neuropsychology of Everyday Life. Assessment and Basic Competencies (S. 125 – 168). Boston: Cluver.

Heidler, M.-D. (2006). Genuine kognitive Störungen bei Aphasie: Relevanz einer Differentialdiagnostik. Aphasie und verwandte Gebiete, 20, 43 – 53.

Henne, H. (1984). Gegensprechanlagen – Literarische Dialoge (Botho Strauß) und linguistische Gesprächsanalyse. In: D. Cherubim, H. Henne, & H. Rehbock (Hrsg.), Gespräche zwischen Alltag und Literatur (S.1-18). Tübingen: Niemeyer.

Henne, H., & Rehbock, H. (2001). Einführung in die Gesprächsanalyse. 4. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter.

Heritage, J. (1995). Conversation Analysis: Methodological Aspects. In: U. Quasthoff (Hrsg.), Aspects of Oral Communications (S. 391 – 418). Berlin: De Gruyter.

Höfer, B. (1999). Zielgruppe. In: R. Götze, & B. Höfer (Hrsg.), AOT- Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Eine Aufgabe für das gesamte Reha-Team (S. 14 – 15). Stuttgart: Thieme.

Hogrefe, K., & Goldenberg, G. (2010). Aphasie und Gestik. In: G. Blanken, & W. Ziegler (Hrsg.), Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter (S. 411 – 433). Freiburg im Breisgau: Hochschulverlag.

Holland, A. (1991). Pragmatic aspects of intervention in aphasia. Journal of Neurolinguistics, 6, 197 – 211.

Huber, W. (1991). Ansätze in der Aphasietherapie. Neurolinguistik, 5, 71 – 92.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., & Willmes, K. (1983). Aachener Aphasie Test (AAT): Handanweisung. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.

Huber, W., & Ziegler, W. (2000). Störungen von Sprache und Sprechen. In: W. Sturm, M. Herrmann, & C.-W. Wallesch (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie (S. 462 – 511). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Klingenberg, G. (1997). Das Verarbeiten von Texten bei Aphasie. Freiburg im Breisgau: Hochschulverlag.

Kotten, A. (1997). Lexikalische Störungen bei Aphasie. Stuttgart: Thieme.

Lorenz, A., & Ziegler, W. (2004). Die Behandlung von Wortabrufstörungen bei Aphasie: Eine methodenvergleichende Studie zum Bildbenennen. Sprachheilarbeit, 49, 276 – 283.

Lüger, H.-H. (1993). Routinen und Rituale in der Alltagskommunikation. Fernstudienreihe 6. Berlin: Langenscheidt.

Massaro, M., & Tompkins, C. A. (1994). Feature Analysis for Treatment of Communication Disorders in Traumatically Brain-Injured Patients: An Efficacy Study. Clinical Aphasiology, 22, 245 – 256.

Peach, R., & Reuter, K. (2010). A discourse-based approach to semantic feature analysis for the treatment of aphasic word retrieval failures. Aphasiology, 24, 971 – 990.

Rider, J., Wright, H., Marshall, R., & Page, J. (2008). Using Semantic Feature Analysis to Improve Contextual Discourse in Adults With Aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 17, 161 – 172.

Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1978): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. In: J. Schenkein (Hrsg.), Studies in the Organization of Conversational Interaction (S. 7 – 55). New York: Academic Press.

Schank, R., & Abelson, R. (2008). Scripts, Plans, Goals, and Understanding. An Inquiry into Human Knowledge Structures. New York: Psychology Press.

Schegloff, E. (2003). Conversation Analysis and Communication Disorders. In: C. Goodwin (Hrsg.), Conversation and Brain Damage (S. 21 – 58). Oxford: University Press.

Schneider, B. (2012). Therapieansätze auf der ICF-Ebene der Körperfunktionen. In: M. M. Thiel, & C. Frauer (Hrsg.), Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage (S. 178 – 189). Berlin: Springer.

Schütz, S. (2013). Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Searle, J. R. (1969). Speech Acts. Cambridge: University Press.

Seel, N. M. (2003). Psychologie des Lernens. Lehrbuch für Pädagogen und Psychologen. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Spitzer, L., Grötzbach, H., & Beushausen, U. (2013). Störungen der Exekutivfunktionen bei Aphasie. Bedeutung und Vorstellung einer teilhabeorientierten Therapie. Forum Logopädie, 27, 24 – 29.

Springer, L. (1991). Kann sprachsystematisches Üben in der PACE-Therapie stattfinden? Neurolinguistik, 5, 117 – 130.

Staiger, A., & Aichert, I. (2010). Sprechapraxie. In: G. Blanken, & W. Ziegler (Hrsg.), Klinische Linguistik und Phonetik. Ein Lehrbuch für die Diagnose und Behandlung von erworbenen Sprach- und Sprechstörungen im Erwachsenenalter (S. 231 – 256). Freiburg im Breisgau: Hochschulverlag.

Storch, G., & Weng, I. (2010). Der situative Ansatz in der Aphasietherapie. Teil 1: Theoretische Konzepte, Kognitive Lernpsychologie und therapeutische Praxis. Forum Logopädie, 24, 14 – 20.

Tesak, J. (1999). Grundlagen der Aphasietherapie. Idstein: Schulz-Kirchner.

Volkart, E. (1965). Soziales Verhalten und Definition der Situation. In: W. Thomas (Hrsg.), Person und Sozialverhalten (S. 11 – 51). Neuwied: Luchterhand.

Wehmeyer, M., & Grötzbach, H. (2012). Therapiebausteine. In: M. M. Thiel, & C. Frauer (Hrsg.), Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel. 5. Auflage (S. 193 – 268). Berlin: Springer-Verlag.

Zeller, C. (2012). Entwicklung eines kombiniert sprachsystematischen und kommunikationsorientierten Therapieverfahrens zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten bei Aphasie: Erprobung an Fallbeispielen. Masterarbeit im Studiengang Sprachtherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Zeller, C. (2014). Mehr Partizipation durch kombinierte Aphasietherapie. Sprache-Stimme-Gehör, 38, 35 – 36.

Originalbeitrag

Dépistage normé des troubles de la parole: apport des diadococinésies

Python Grégoire[1], Pellet-Cheneval Pauline[1], Laganaro Marina[1]

FR | Résumé

Un screening de lecture, répétition et diadococinésies (SLRD) a été élaboré pour évaluer rapidement les troubles de parole acquis. Il comprend 24 items en lecture à voix haute (pseudo-mots, syntagmes et phrases), 42 items en répétition (mots, pseudo-mots, syntagmes et phrases) et 4 items de diadodocinésies, et sa passation dure environ 8-10 minutes. La normalisation du SLRD a été effectuée auprès de 97 sujets sains (dont 85 de langue maternelle française), âgés de 20 à 83 ans. Les analyses réalisées montrent un effet de la langue maternelle et un effet significatif de l'âge en répétition et pour les diadococinésies, mais pas en lecture à haute voix. Les normes sont fournies par tâche, par type d'items, par groupes d'âges et par langue maternelle (français vs. autre). Finalement, la fidélité test-retest et inter-juges ont été évaluées sur un sous-échantillon et le SLRD a été administré à 5 personnes cérébro-lésées avec troubles de la parole très légers, confirmant sa validité clinique. En particulier, la tâche de diadococinésies, pour laquelle il n'existait pas de normes en français, semble être la plus sensible pour un dépistage, alors que les autres tâches nécessiteraient le recours à des analyses acoustiques fines pour mieux contribuer au diagnostic des troubles de parole.

[1] Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université de Genève, Suisse

I. Introduction

Suite à une lésion cérébrale aiguë ou lors d'une maladie neurodégénérative, des troubles de la programmation et/ou de la réalisation motrice de la parole (ci-après «troubles de la parole») peuvent survenir et doivent être dépistés rapidement afin de proposer une évaluation approfondie si nécessaire et une prise en charge logopédique adaptée. Dans les premiers jours suivant une affection cérébrale aiguë, les patients sont généralement fatigables et leurs capacités attentionnelles sont limitées. Par ailleurs, les troubles de parole apparaissant de manière progressive dans certaines atteintes neurodégénératives peuvent être très discrets dans les premiers temps et passer inaperçus dans les batteries classiques. Il n'existe à notre connaissance pas d'outil rapide et simple à administrer, mais suffisamment sensible pour détecter des troubles de parole légers.

Après une brève introduction théorique sur les troubles de la parole et leur dépistage, nous présenterons la normalisation d'un Screening de Lecture, Répétition et Diadococinésies (SLRD ci-après).

I.A. Troubles de la parole

Deux types de troubles de la parole (en anglais «motor speech disorders, voir Duffy, 2013, p.4) peuvent être distingués, touchant respectivement la programmation et la réalisation motrice de la parole (Pinto & Ghio, 2008): l'apraxie de la parole (McNeil, Robin, & Schmidt, 1997) et la dysarthrie.

L'apraxie de la parole est attribuée à des troubles d'encodage phonétique, à l'interface entre les processus linguistiques et moteurs (Ziegler, Aichert & Staiger, 2012). Il s'agit de difficultés à programmer volontairement les mouvements requis dans le positionnement et le mouvement des muscles (non paralysés) effecteurs de la parole. Le discours est lent, laborieux, ponctué de faux départs, d'auto-corrections, de nombreuses pauses intersyllabiques, de difficultés de transitions entre segments intra et inter-syllabiques, d'allongements de syllabes et d'insertions de schwas (Duffy, 2013). On observe également des paraphasies phonémiques et des transformations phonétiques comme des distorsions de phonèmes ou des transformations portant sur seul trait phonétique (par ex. le voisement). Par ailleurs certaines variables comme la fréquence, la complexité et la longueur des unités infra-lexicales vont affecter la production des erreurs. Ainsi les transformations sont plus fréquentes sur les groupes de consonnes (clusters), sur les syllabes peu fréquentes, lorsque la longueur des mots ou des énoncés augmente, et la répétition de pseudo-mots est moins bonne que la répétition de mots (effet de lexicalité). Les erreurs sont toutefois inconsistantes et variables, et l'on peut observer des séquences plus ou moins longues de parole sans particularité. Elles obéissent également au principe de dissociation automatico-volontaire et s'observent davantage dans les activités impliquant une production spontanée ou élicitée (conversation, description) et moins dans les transcodages (répétition, lecture) ou le langage automatique, où elles peuvent devenir à peine perceptibles. Les formes les plus sévères de l'apraxie de la parole peuvent débuter par un mutisme ou y mener dans le cas de troubles progressifs, alors que dans les formes les plus légères, la déviation de la parole est parfois difficile à percevoir à l'oreille.

La dysarthrie touche la réalisation motrice de la parole. Au niveau de l'articulation, il s'agit de difficultés à contrôler les muscles effecteurs de la parole (lèvres, langue, voile du palais, pharynx, larynx), accompagnées ou non de difficultés à contrôler la phonation, la respiration et/ou la prosodie. Les altérations de la parole dans la dysarthrie sont constantes et s'observent dans toutes les tâches de production orale. Nous ne présentons pas ici le détail des différents types de dysarthries (voir Auzou, Rolland-Monnoury, Pinto & Özsancak, 2007), mais comme pour les apraxies de la parole, alors que les atteintes sévères sont facilement identifiées par les cliniciens, les atteintes légères peuvent être difficiles à appréhender à l'oreille.

Les troubles acquis de la parole peuvent survenir brusquement suite à une lésion cérébrale focale (Accident vasculaire cérébral, exérèse tumorale, infection ou inflammation) ou s'installer de manière progressive dans le cas des pathologies neurodégénératives (notamment dans les aphasies progressives primaires, où l'apraxie de la parole peut dans les premiers temps constituer le seul symptôme de la maladie; Gorno-Tempini, Hillis, Weintraub et al., 2011).

I.B. Dépistage des troubles de la parole

Bien que les troubles de programmation motrice (apraxie de la parole) et d'exécution motrice (dysarthrie) partagent plusieurs signes cliniques, nous n'aborderons pas ici leur diagnostic différentiel (pour ce faire, le lecteur peut se référer par exemple à l'Apraxia of Speech Rating Scale de Strand, Duffy, Clark & Josephs, 2014 ou en français au tableau récapitulatif de Buttet Sovilla, Overton Venet & Laganaro, 2010). Nous nous focaliserons sur la présentation d'un test normé en français de dépistage rapide de troubles légers de la parole.

En anglais, l'Apraxia Battery for Adults (Dabul, 2000) est composée de plusieurs sous-épreuves, dont la production de diadococinésies (répétition itérative d'une ou plusieurs syllabes), une épreuve de répétition de mots (unique ou itérative) et des praxies oro-faciales. Des listes de mots spécifiquement conçues pour l'évaluation de

l'apraxie de la parole existent par ailleurs en allemand (Liepold, Ziegler & Brendel, 2003) et des outils pour l'évaluation spécifique des diadococinésies sont disponibles par exemple en néerlandais (Modified Diadochokinesis Test, Hurkmans, Jonkers, Boonstra et al., 2012). Pour évaluer une dysarthrie, la batterie actuellement la plus utilisée en français est probablement la Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie (Auzou & Rolland-Monnoury, 2006). Elle comporte une échelle de sévérité de la dysarthrie (analyse perceptive et de l'intelligibilité, test phonétique d'intelligibilité), une tâche de répétition (phonèmes et mots), un examen moteur, une auto-évaluation de la voix et une analyse acoustique instrumentale. Au vu de sa durée de passation, cette batterie est généralement utilisée plutôt pour une évaluation approfondie que pour un dépistage.

II. Méthode

II.A. Matériel (cf. protocole en annexe)

Le test comprend 3 brèves épreuves: une épreuve de lecture à haute voix, une épreuve de répétition et une épreuve de diadococinésies.

Lecture à voix haute

L'épreuve de lecture comprend:

- 6 pseudo-mots (2 items bisyllabiques, 2 items trisyllabiques et 2 items quadrisyllabiques);
- 10 phrases issues des listes de Combescure (1981), composées de 6 à 10 mots pour un total de 8 à 15 syllabes. Les phrases sont «phonétiquement équilibrées», c'est-à-dire que la distribution des phonèmes dans ces phrases reflète leur distribution dans la langue;
- 8 syntagmes nominaux ou virelangues (4 syntagmes nom-adjectif et 4 syntagmes adjectif-nom-adjectif), construits dans le but d'induire des erreurs phonologiques-phonétiques sur les phonèmes initiaux des mots composant le dernier syntagme, la structure des phonèmes initiaux dans les séquences étant AB-AB-AB-BA pour les syntagmes de deux mots et ABA-ABA-ABA-BAB pour les syntagmes de trois mots.

Répétition

L'épreuve de répétition comprend:

- 16 mots (4 items monosyllabiques, 4 items bisyllabiques, 4 items trisyllabiques et 4 items quadrisyllabiques), dont la moitié contient un groupe consonantique;
- 8 pseudo-mots (3 items bisyllabiques et 5 items trisyllabiques);
- 10 phrases phonétiquement équilibrées (Combescure, 1981), composées de 5 à 8 mots pour un total de 7 à 10 syllabes;
- 8 syntagmes nominaux ou virelangues (4 syntagmes nom-adjectif et 4 syntagmes adjectif-nom-adjectif), construits dans le but d'induire des erreurs articulatoires sur les phonèmes initiaux des mots composant le dernier syntagme, la structure des phonèmes initiaux dans les séquences étant AB-AB-AB-BA pour les syntagmes de deux mots et ABA-ABA-ABA-BAB pour les syntagmes de trois mots.

Diadococinésies

Cette épreuve comprend 4 séquences de syllabes de longueur et complexité croissantes (2 items bisyllabiques et 2 items trisyllabiques dont l'un contient des groupes consonantiques).

II. B. Population

Au total, le SLRD a été administré à 97 sujets âgés de 20 à 83 ans (62 femmes, 35 hommes; 92 droitiers, 5 gauchers), sans antécédent neurologique connu, maîtrisant bien le français (première langue apprise pour 85 sujets, seconde langue apprise pour 12 sujets – la langue maternelle de ces 12 sujets étant l'anglais, l'arabe, l'espagnol, l'italien, le portugais ou le turc). Initialement, la population a été répartie en classes d'âges par dizaines ou quinzaines et en 3 niveaux socio-culturels (niv. I: sans diplôme ou apprentissage de max. 2 ans; niv. II: apprentissage de min. 3 ans ou maturité professionnelle; niv. III: maturité gymnasiale et/ou formation universitaire), mais des regroupements ont été faits suite à l'analyse statistique des données, pour les 3 sous-épreuves en ce qui concerne les niveaux socio-culturels et pour 2 sous-épreuves sur 3 en ce qui concerne les classes d'âge (cf. résultats détaillés).

Le SLRD a également été administré à 5 personnes âgées de 28 à 52 ans, souffrant d'aphasie, d'apraxie de la parole et/ou de dysarthrie suite à un AVC ischémique hémisphérique gauche ayant eu lieu il y a plus de 2 ans. La sélection de ces 5 patients a été faite sur la base de leur dernier bilan logopédique qui concluait à des troubles phonétiques et/ou phonologiques, d'un degré caractérisé cliniquement comme léger à très léger (sauf pour un patient – P4 – qui présentait encore une dysarthrie modérée associée à une apraxie de la parole). Quelques caractéristiques socio-démographiques, neuro-pathologiques et logopédiques pertinentes des 5 patients sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques, neuro-pathologiques et logopédiques de l'échantillon de patients

Patient	Age	NSC	Sexe	Diagnostic clinique initial	Années post-onset	Troubles résiduels au moment de la passation (selon le dernier bilan logopédique)
P1	49	2	H	Aphasie sous-corticale	3	Troubles phonétiques très légers
P2	47	2	H	AVC ischémique sylvien G	3	Séquelles d'aphasie de conduction très légères
P3	28	2	H	AVC ischémique sylvien G	3	Troubles phonétiques très légers
P4	51	2	H	AVC ischémique sylvien G profond	4	Troubles phonétiques et dysarthrie modérés
P5	52	2	F	AVC ischémique sylvien G et des noyaux gris centraux	9	Troubles phonétiques et phonologiques légers

II.C. Procédure (cf. annexe pour les consignes détaillées)

Un enregistrement des épreuves est recommandé et a été effectué pour les 97 sujets contrôle et pour les patients.

Dans l'épreuve de *lecture*, les sujets doivent lire à voix haute les stimuli présentés par écrit. Pour les pseudo-mots, on précise que les items n'existent pas en français, mais que l'on peut toutefois les oraliser. Pour les syntagmes nominaux, on précise au sujet de ne pas faire de pause entre les quatre syntagmes, présentés sur la même page.

Dans l'épreuve de *répétition*, les sujets doivent répéter les stimuli que l'expérimentateur lit à haute voix. Pour les pseudo-mots et les phrases, une répétition de l'item cible est autorisée, à la demande du sujet. Pour les syntagmes nominaux, le sujet répète chaque syntagme après sa présentation et l'expérimentateur enchaîne immédiatement après la production du sujet le syntagme suivant et ainsi de suite jusqu'à la fin du bloc de quatre syntagmes de même longueur.

Dans l'épreuve des *diadococinésies*, les sujets doivent répéter le plus rapidement et le plus correctement possible des séquences de 2 syllabes (durant 3 secondes) et de 3 syllabes (durant 5 secondes). L'expérimentateur donne un exemple pour tous les items et chaque item est administré 3 fois.

II. D. Cotation

En *lecture* et en *répétition* de mots, pseudo-mots, syntagmes et phrases, la cotation est de 1 si l'item est entièrement correct ou auto-corrigé immédiatement (les auto-corrections sont toutefois notifiées) et de 0 en cas d'erreur non corrigée (par ex. transformation phonémique, lexicale ou non-réponse). Le nombre de mots corrects est également comptabilisé pour les phrases.
Pour les *diadococinésies*, le sujet dispose de trois essais pour chaque item et le meilleur score est retenu, c'est-à-dire le nombre maximal de séquences cibles répétées correctement dans le temps imparti (3 secondes pour les bisyllabiques et 5 secondes pour les trisyllabiques). Les 3 items monosyllabiques utilisés comme exemples ne sont pas cotés. La cotation a été réalisée à l'aide d'un programme d'analyse acoustique (Praat, Boersma et Weenink, 2013) et peut être réalisée à l'aide de n'importe quel logiciel d'édition audio (par ex. le logiciel gratuit Audacity[1]).

Cotation pour les sujets cérébro-lésées

La cotation a été effectuée sur la base des enregistrements audio, sans connaissance préalable des pathologies: en lecture et répétition, aucun point n'a été attribué lors de paraphasies (lexicales, phonologiques, phonétiques), de la perception d'un effort articulatoire important ou d'autres déviations supra-segmentales (dysprosodie, syllabation excessive, pauses inappropriées). Comme pour les sujets sains, une auto-correction immédiate a été cotée 1, en précisant toutefois que le sujet s'est auto-corrigé dans les commentaires.

Pour s'assurer de la fidélité test-retest des mesures effectuées avec le SLRD et la fidélité inter-juges, 10 sujets ont été sélectionnés de manière aléatoire (fonction ALEA sur Microsoft Excel): les protocoles de leur première passation du SLRD ont été cotés par deux expérimentatrices différentes (sur la base de l'enregistrement audio). Ces mêmes sujets ont été retestés avec le SLRD à minimum 3 mois d'intervalle.

[1] http://audacity.sourceforge.net

III. Résultats

III. A. Résultats du groupe contrôle

Les résultats mettent en évidence un temps de passation moyen de 8min30 (écart-type de 2min30) chez les sujets sains (n=97), pour l'entièreté du SLRD (y compris les consignes).

III. A. 1. Lecture/répétition de mots, pseudo-mots, syntagmes et phrases

Les données des tâches de lecture/répétition ont été analysées avec un modèle mixte linéaire généralisé (Jaeger, 2008), la variable dépendante étant la production correcte et les facteurs fixes les suivants: le type de tâche (lecture vs. répétition), l'âge, le sexe, la latéralité, le niveau socio-culturel et la langue maternelle (français vs. autre). Pour contrôler la variabilité inter-sujets et inter-items, les sujets et les items (mots, pseudo-mots, syntagmes, phrases) ont été rentrés dans le modèle comme variables aléatoires.

Les analyses préliminaires montrent un **effet de l'âge** (z (6300) = -3.55, p<0.001), **de la tâche** (z (6300) =-2.28, p<0.05) et **de la langue maternelle** (z (6300) =-2.33, p<0.05) sur les performances au SLRD. Le niveau socio-culturel (I vs. II: z=-0.53, p=0.6; I vs. III: z=1.2, p=0.23), le sexe (z=0.08, p=0.93) et la latéralité (z=-1.6, p=0.11) n'ont pas d'effet sur les réponses. Dans les analyses suivantes, les tâches de lecture et de répétition ont donc été séparées et les groupes d'âge initiaux ont été considérés. Etant donné le faible nombre de sujets dont le français est la langue seconde (n=12), leurs résultats ont été exclus de l'échantillon, mais seront présentés dans les tableaux des normes à titre indicatif.

Dans le modèle mixte linéaire généralisé appliqué aux résultats de la tâche de **lecture à haute voix**, la variable dépendante était la production correcte; les facteurs fixes étaient: l'âge, le sexe, la latéralité, le niveau socio-culturel, ainsi que l'interaction entre l'âge et le niveau socio-culturel; les variables aléatoires étaient les 85 sujets de langue maternelle française et les items. Selon ce modèle, **aucune variable indépendante (âge, sexe, latéralité, niveau socio-culturel, interaction âge-niveau) n'influence significativement les performances en lecture à haute voix (tous les z <-1.5).**

Le modèle mixte linéaire généralisé appliqué aux résultats de la tâche de **répétition** avait les mêmes caractéristiques que pour la tâche de lecture. Parmi les variables indépendantes retenues, **seul l'âge influence significativement les performances en répétition (z (3480) =-2.226, p<0.05).** Nous avions initialement effectué un découpage par dizaines (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-83), mais seules deux catégories d'âge élargies ont été conservées après nos analyses, à savoir les 20-59 ans et les 60-83 ans. En effet, les analyses statistiques ont mis en évidence une différence significative entre la classe des 20-29 ans et les deux classes supérieures (respectivement par rapport aux 60-69: z=-3.336, p<0.001 et par rapport aux 70-83: z=-3.794, p<0.001), mais pas les autres classes (respectivement par rapport aux 30-39: z=0.009, p=0.99, par rapport aux 40-49: z=-1.265, p=0.21; par rapport aux 50-59: z=0.029, p=0.97).

III. A. 2. Diadococinésies

Pour définir quelles variables influencent de manière significative les performances dans la tâche de diadococinésies, les données ont été analysées avec un modèle mixte (Baayen et al., 2008) à l'aide du logiciel R (R Development Core Team, 2007), la variable dépendante étant le maximum d'occurrences mesurées dans le temps imparti et les facteurs fixes suivants comme prédicteurs du comportement: l'âge (en variable continue), le sexe, la latéralité, le niveau socio-culturel et la langue maternelle (français vs. autre). Pour contrôler la variabilité inter-sujets et inter-items, les 97 sujets et les 4 items ont été rentrés dans le modèle comme variables aléatoires.
Les analyses préliminaires ne montrent pas d'effet du niveau socio-culturel, ni de la langue sur les performances (tous les t < 1). Par contre, on observe un **effet significatif de l'âge** (t (287) = -5.05, p < 0.001). Suite à l'exploration des résultats avec un découpage des classes d'âges par dizaines (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-83) et par quinzaines (20-34, 35-49, 50-64, 65-83), nous avons finalement conservé uniquement deux catégories d'âge élargies pour établir des normes, à savoir les 20-64 ans et les 65-83 ans. En effet, les analyses statistiques ont mis en évidence une différence significative entre la classe des 20-34 ans et la classe des 65-83 ans (t=-5.9, p<0.001), mais pas avec les autres classes (respectivement par rapport aux 35-49, t=-1.43, par rapport aux 50-64, t=-1.73). Quant à la classe des 65-83 ans, elle se distingue significativement de toutes les autres classes (respectivement par rapport aux 20-34 ans, t=5.9, p<0.001, par rapport aux 35-49 ans, t=3.3, p<0.01, par rapport aux 50-64 ans, t=3.6, p<0.001).

III.B. Normes

Pour les épreuves de lecture et de répétition, nous présentons d'abord les normes des sujets de langue maternelle française (n=85), un effet de la langue ayant été mis en évidence par les analyses statistiques.

Pour la lecture à haute voix, le tableau 2a présente pour chaque type d'items (pseudo-mots, syntagmes, phrases):

le score maximal moyen, l'écart type et le score minimal observé. Le tableau 2b présente pour chaque type d'item les percentiles 5, 10, 50 et 95.

Tableau 2a: Données normatives pour l'épreuve de lecture à haute voix pour les sujets de langue maternelle française (moyenne, écart-type, minimum)

	pseudo-mots (n=6)			syntagmes (n=8)			phrases					
							(n=10)			n mots (n=77)		
	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN
20-83 ans (n=85)	5.8	0.4	4	7.9	0.3	7	9.8	0.5	8	76.8	0.5	75

Tableau 2b: Données normatives pour l'épreuve de lecture à haute voix (percentiles)

	pseudo-mots (n=6)				syntagmes (n=8)				phrases							
									(n=10)				n mots (n=77)			
	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95
20-83 ans (n=85)	5	5	6	6	7	8	8	8	9	9	10	10	76	76	77	77

En répétition, le tableau 3a présente pour chaque type d'items (mots, pseudo-mots, syntagmes, phrases): le score maximal moyen, l'écart type et le score minimal observé. Pour les phrases, le nombre de mots est également indiqué, afin de permettre une cotation plus précise. Le tableau 3b présente pour chaque type d'item les percentiles 5, 10, 50 et 95.

Tableau 3a: Données normatives pour l'épreuve de répétition pour les sujets de langue maternelle française (moyenne, écart-type, minimum)

	mots (n=16)			pseudo-mots (n=8)			syntagmes (n=8)			phrases					
										(n=10)			n mots (n=67)		
	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN
20-59 ans (n=57)	16	0	16	7.9	0.3	7	7.9	0.4	6	10	0.2	9	66.9	0.5	63
60-83 ans (n=28)	15	0.3	15	7.6	0.7	6	7.1	1.4	4	9.7	0.6	8	66.7	0.6	65

Tableau 3b: Données normatives pour l'épreuve de répétition pour les sujets de langue maternelle française (percentiles)

	mots (n=16)				pseudo-mots (n=8)				syntagmes (n=8)				phrases							
													(n=10)				n mots (n=67)			
	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95
20-59 ans (n=57)	16	16	16	16	7	8	8	8	7	7.6	8	8	10	10	10	10	66.8	67	67	67
60-83 ans (n=28)	15.4	16	16	16	6	6.7	8	8	4	4.7	8	8	8.4	9	10	10	65.4	66	67	67

Pour les sujets d'une autre langue maternelle (n=12), les résultats dans l'épreuve de répétition et dans l'épreuve de lecture sont résumés dans le tableau 4. Le nombre de sujets étant très faible, nous ne mentionnons pas les percentiles pour cette population.

Tableau 4: Résultats des 12 sujets de langue maternelle étrangère en répétition et lecture à haute voix

	mots (n=16)			pseudo-mots (n=8)			syntagmes (n=8)			phrases					
										(n=10)			n mots (n=67)		
REPETITION	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN
20-59 ans (n=7)	16	0	16	8	0	8	7.4	1.5	4	9.7	0.5	9	66.7	0.5	66
20-59 ans (n=7)	16	0	16	7.6	0.9	6	7	1.2	5	8.2	1.1	7	63.6	2.6	60
LECTURE				(n=6)			(n=8)			(n=10)			(n=77)		
20-83 ans (n=12)	-			5.8	0.4	5	7.8	0.4	7	9.7	0.7	8	76.3	1.7	71

Pour les diadococinésies, le tableau 5a présente pour chacun des 4 items: le score maximal moyen (nombre d'occurrences maximales dans le temps imparti), l'écart-type et le score minimal observé. Le tableau 5b présente pour chaque item les percentiles 5, 10, 50 et 95.

Tableau 5a: Données normatives pour l'épreuve de diadococinésies (moyenne, écart-type, minimum)

	pata (3 sec)			taka (3 sec)			pataka (5 sec)			plakrata (5 sec)		
	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN	MOY	ET	MIN
20-64 ans (n=69)	10.8	1.7	7	10.2	2	6	10.8	1.3	8	7.9	1.5	4
65-83 ans (n=28)	10	2.3	7	8.8	2.5	6	9.3	1.3	6	6.5	1.3	4

Tableau 5b: Données normatives pour l'épreuve de diadococinésies (percentiles)

	pata (3 sec)				taka (3 sec)				pataka (5 sec)				plakrata (5 sec)			
	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95	C5	C10	C50	C95
20-64 ans (n=69)	8	9	11	13	7	8	10	13	9	9	11	13	6	6	8	10
65-83 ans (n=28)	7.4	8	10	14.3	6.4	7	8	13.3	8	8	9	11	4.4	5	7	8.7

Fidélité test-retest et interjuges

En répétition et en lecture à haute voix, on note très peu de variabilité entre les 2 passations et entre les 2 juges (coefficients alpha de Cronbach et de corrélation intraclasse supérieurs à 0.8). Pour les diadococinésies, ces coefficients sont supérieurs à 0.9, sauf pour l'item «pata» en test-retest (alpha de Cronbach 0.76 et corrélation intraclasse 0.61).

III.C. Résultats des sujets cérébro-lésés

Les résultats mettent en évidence un temps de passation moyen de 10min15 chez les 5 personnes cérébro-lésées (écart-type de 40 secondes), pour l'entièreté du SLRD (consignes comprises).

En répétition de mots, 4 patients sur 5 se situent dans les normes, mais pour la plupart des tâches de lecture/répétition de pseudo-mots, syntagmes, phrases et pour celle des diadococinésies, ils se situent au-dessous du percentile 5 (voir tableau 6), en comparaison avec leur groupe d'âge correspondant (ie. groupe 20-59 ans pour la répétition, 20-83 ans pour la lecture et 20-64 ans pour les diadococinésies).

Tableau 6: Résultats des 5 patients cérébro-lésés au SLRD

(N= dans les normes – cases blanches - , ie >centile 5; L= limite – cases gris clair - , ie. centile 5;
D = déficitaire – cases gris foncé - , ie. <centile 5)

	Répétition								Lecture à haute voix						Diadococinésies							
	mots (n=16)		pseudo-mots (n=8)		syntag-mes (n=8)		phrases (n=10)		pseudo-mots (n=6)		syntag-mes (n=8)		phrases (n=10)		pata		taka		pataka		plakrata	
Patients	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation	score	cotation
P1	16	N	8	N	7	L	10	N	6	N	5	D	10	N	8	L	8	N	8	D	5	D
P2	16	N	8	N	6	D	9	D	5	L	6	D	5	D	5	D	5	D	5	D	3	D
P3	16	N	7	L	7	L	9	D	4	D	8	N	9	L	8	L	8	N	8	D	1	D
P4	9	D	7	L	5	D	5	D	3	D	6	D	0	D	5	D	5	D	5	D	4	D
P5	16	N	7	L	5	D	9	D	3	D	7	L	6	D	6	D	6	D	7	D	3	D

IV. Discussion et conclusion

La passation du SLRD à une population contrôle de 97 sujets sains a permis de récolter des normes pour différentes tâches d'évaluation de la parole. Les analyses statistiques ont révélé un effet de l'âge dans les tâches de diadococinésies et de répétition, mais pas dans la tâche de lecture à voix haute. Il nous est impossible d'exclure l'influence d'une éventuelle presbyacousie sur l'effet d'âge observé en répétition, les sujets n'ayant pas passé d'audiogramme avant le SLRD. Dans les analyses préliminaires, une influence significative de la langue maternelle sur les performances a été mise en évidence pour les tâches de lecture et de répétition, mais pas pour les diadococinésies. Etant souvent confrontés à des patients allophones en clinique, il s'agira de prendre en compte cette variable et de relativiser les performances des sujets de langue maternelle étrangère en répétition et lecture à haute voix.

Le SLRD est un outil de dépistage rapide, car sa passation dure environ 10 minutes avec des patients cérébro-lésés. Si l'on observe des scores déficitaires ou laissant suspecter des anomalies, il s'agira de le compléter avec une évaluation plus détaillée, prenant notamment en compte diverses variables phonologiques (longueur des mots, fréquence, complexité des unités infra-lexicales, etc.) ou en présence d'une dysarthrie, en administrant une batterie d'évaluation complète (Auzou *et al*, 2006).

Alors que des scores plafonds sont souvent atteints chez les sujets sains dans les tâches de répétition et lecture à haute voix du SLRD (entre 75% et 100% de réussite), des patients cérébro-lésés présentant des troubles de parole légers (voire modérés dans le cas du patient P4) ont des performances déficitaires au moins dans deux (sous-) tâches différentes. Plus particulièrement, les cinq patients testés à l'aide du SLRD ont obtenu un score déficitaire aux diadococinésies trisyllabiques, ce qui montre la sensibilité de cette sous-épreuve pour mettre en évidence des troubles phonético-phonologiques légers. La mesure des diadococinésies a par ailleurs déjà montré son utilité diagnostique dans le cas de troubles de parole très légers (Hurkmans, Jonkers, Boonstra, *et al.*, 2012) et présente l'intérêt d'être effectuée très rapidement. A notre connaissance, le SLRD est le premier screening fournissant des normes pour une tâche de diadococinésies en français et permet de combler un manque dans l'évaluation standardisée de la parole suite à une lésion cérébrale acquise. La tâche de diadococinésies permet d'investiguer rapidement la durée de programmation/réalisation de groupes de syllabes, qui semble être un indicateur fiable de la présence de troubles de parole acquis. Bien que d'autres tâches (telles que la lecture et la répétition dans le SLRD) contribuent également à la détection des troubles de parole, elles nécessitent des analyses acoustiques pour mettre en évidence des troubles fins (Wambaugh, Doyle, Kalinyak & West, 1996; Kent & Kim, 2003) .

Remerciements

Les auteurs remercient Juliette Thieblemont et Amina Boukrid qui ont procédé au recueil et aux pré-analyses d'un sous-ensemble des données présentées ici.

Contact | Python Grégoire, Logopédiste, gregoire.python@unige.ch
FAPSE – Université de Genève
Bd du Pont d'Arve 40, CH-1211 Genève 4

Références

Auzou, P. & Rolland-Monnoury, V. (2006). Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie. Ortho Editions.
Auzou, P., Rolland-Monnoury, V., Pinto, S. & Özsancak, C. (2007). Les Dysarthries. Marseille: Solal.
Baayen, R.H., Davidson, D.J. & Bates, D.M. (2008). Mixed-effects modeling with crossed random effects for subjects and items. Journal of Memory and Language, 59 (4), 390 – 412.
Boersma P., Weenink D. (2013). Praat: Doing Phonetics by Computer [Computer program]. Version 5.3.51. Available at: http://www.praat.org/
Buttet Sovilla, J., Overton Venet, M. & Laganaro, M. (2010). Rappels historiques et débats terminologiques sur l'apraxie de la parole. Aphasie et Domaines associés, 26, 59 – 69.
Combescure, P. (1981). «20 listes de dix phrases phonétiquement équilibrées», Revue d'Acoustique, 43, 38.
Dabul, B. L. (2000). Apraxia battery for adults, Second Edition (ABA-2). Pro-Ed. American Speech-Language-Hearing Association.
Duffy, J.R. (2013). Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management (3rd ed). St. Louis: Elsevier.
Flamand-Roze, C., Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A., & Denier, C. (2011). Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: the Language Screening Test (LAST). Stroke, 42, 1224 – 1229.
Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants, Neurology, 76, 1006 – 1014.
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.
Kent, R.D. & Kim, Y.-J. (2003). Towards an acoustic typology of motor speech disorders. Clinical Linguistics & Phonetics, 17 (6), 427 – 445.
Kertesz, A. (2007). Western aphasia battery (revised). San Antonio: PsychCorp.
Hurkmans, J., Jonkers, R., Boonstra, A.M., Stewart, R.E. & Reinders-Messelink, H.A. (2012). Assessing the treatment effects in apraxia of speech: introduction and evaluation of the Modified Diadochokinesis Test. International Journal of Language and Communication Disorders, 47 (4), 427 – 436.
Liepold, M., Ziegler, W. & Brendel, B. (2003). Hierarchische Wortlisten. Ein Nachsprechtest für die Sprechapraxiediagnostik. Borgmann, Dortmund.
McNeil, M. R., Robin, D. & Schmidt, R. (1997). Apraxia of speech: Definition, differentiation and treatment. In M. R. McNeil (Ed.), Clinical management of sensorimotor speech disorders (pp. 311 – 344). New York, NY: Thieme Medical Publishers.
Paradis, M. & Libben, G. (1987). The assessment of bilingual aphasia. Psychology Press.
Pinto, S. & Ghio, A. (2008). Troubles du contrôle moteur de la parole: contribution de l'étude des dysarthries et dysphonies à la compréhension de la parole normale. Revue française de linguistique appliquée, XIII (2), 45 – 57.
R Development Core Team (2007). R Project Internet home page: www.r-project.org. R Foundation for Statistical Computing.
Strand, E. A., Duffy, J.R, Clark, H.M. & Josephs, K. (2014). The apraxia of speech rating scale: A tool for diagnosis and description of apraxia of speech. Journal of Communication Disorders, 51, 43 – 50.
Wambaugh, J.L., Doyle, P.J., Kalinyak, M.M. & West, J.E. (1996). A Critical Review of Acoustic Analyses of Aphasic and/or Apraxic Speech. Clinical Aphasiology, 24, 35 – 63.
Ziegler, W., Aichert, I. & Staiger, A. (2012). Apraxia of Speech: Concepts and Controversies. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 55, 1485 – 1501

Annexe: protocole de notation

Initiales – Code Patient: _____ Date:_____ Age:_____ Sexe: F - M

Niveau scolaire: _____ Profession: _____

Langue(s): L1_____L2 _____ Temps de passation : _____

Screening de Lecture, Répétition et Diadococinésies (SLRD)

LECTURE : pseudo-mots 2-3-4 syllabes

Consigne : *« Je vais vous présenter des mots de longueurs différentes qui n'existent pas en français mais que l'on peut prononcer. J'aimerais que vous les lisiez à haute voix. »*

Cotation *: 1 pt pour chaque pseudo-mot produit correctement* ***TOTAL : ...../6***

flarile (2syl) _____ pèltire (2syl) _____

siférpro (3syl) _____ doursamire (3syl) _____

nirécémo (4syl) _____ tigraponu (4syl) _____

LECTURE : phrases phonétiquement équilibrées (Combescure, 1981)

Consigne : *« Je vais vous présenter plusieurs phrases. J'aimerais que vous les lisiez à haute voix. »*

Cotation *: 1 pt pour chaque phrase produite correctement (ou 1 pt par mot)* ***TOTAL : ...../10***

1. Ce petit canard apprend à nager. _____
2. Mon père m'a donné l'autorisation. _____
3. Vous poussez des cris de colère ? _____
4. La vaisselle propre est mise sur l'évier. _____
5. Annie s'ennuie loin de mes parents. _____
6. Il se garantira du froid avec ce bon capuchon. _____
7. Dès que le tambour bat, les gens accourent. _____
8. Un loup s'est jeté immédiatement sur la petite chèvre._____
9. Les deux camions se sont heurtés de face. _____
10. La voiture s'est arrêtée au feu rouge. _____

LECTURE : virelangues

Consigne : *« Je vais vous présenter des séquences de deux ou trois mots. J'aimerais que vous les lisiez à haute voix. »*

Cotation *: 1 pt pour chaque syntagme produit correctement* ***TOTAL : ...../8***

1. crabe têtu _____
   casque troué _____
   cas trouble _____
   tarte crue _____

2. précieuse toupie plate _____
   propre tomate pesée _____
   pauvre tante polie _____
   trois pulls troués _____

REPETITION : mots 1-2-3-4 syllabes

Consigne *: « Je vais vous dire des mots plus ou moins longs et j'aimerais que vous les répétiez. »*

Cotation *: 1 pt pour chaque pseudo-mot produit correctement* ***TOTAL : ...../16***

langue	_____	pyjama	_____
neige	_____	résultat	_____
touche	_____	biberon	_____
pneu	_____	professeur	_____
discours	_____	minorité	_____
saison	_____	comparaison	_____
souper	_____	gendarmerie	_____
sortir	_____	photographie	_____

REPETITION : pseudo-mots 2-3-4 syllabes

Consigne : *« Je vais vous dire des séquences de syllabes que l'on peut prononcer mais qui n'existent pas en français. J'aimerais que vous les répétiez après moi »*
Cotation** : 1 pt pour chaque pseudo-mot produit correctement* ***TOTAL : …../8

lifo (2syll.) /lifo/ _____

plima (2syll.) /plima/_____

téglon (2 syll.) /teglõ/_____

gudépi (3 syll.) /gydepi/ _____

flégantil (3syll.) /flegãtil/ _____

iprofane (3syll.) /iprofan/ _____

téplima (4syll.) /teplima/ _____

lifoglon (4syll.) /lifoglõ/ _____

REPETITION : phrases phonétiquement équilibrées (Combescure, 1981)

Consiigne : *« Je vais vous dire des phrases que vous répéterez après moi. »*

Cotation** : 1 pt pour chaque phrase produite correctement (ou 1 pt par mot)* ***TOTAL : …../10

1. Lentement des canes se dirigent vers la mare. _____
2. Une goélette déploie ses voiles. _____
3. Le facteur va porter le courrier. _____
4. Bien sur, je connais son non. _____
5. Maman prend un verre et une assiette . _____
6. Désormais, je me tournerai quand il partira. _____
7. Les avions tournent au-dessus de la place. _____
8. Mettez la faux, ici sous ma tente. _____
9. Je suis resté sourd à ses cris. _____
10. Le chameau est loin de son abri. _____

REPETITION : virelangues

Consigne *: « Je vais vous présenter 4 séquences de 2 ou 3 mots que vous devrez répéter rapidement et sans vous interrompre. »*

Cotation *: 1 pt pour chaque syntagme produit correctement* ***TOTAL : …../8***

1. cape gonflée _____

courge goûteuse _____

canard gaulois _____

garçon coquin _____

2. nette nature moussue _____

neuf nains maigres _____

nombreuses nièces minces _____

mauvais miel noir _____

DIADOCOCINÉSIES

Consigne : *« Je voudrais que vous répétiez rapidement et correctement les sons que je vais vous présenter autant de fois que vous le pouvez jusqu'à ce que je vous dise d'arrêter.»*

(REFAIRE 3 FOIS CHAQUE SEQUENCE DURANT et noter uniquement le nombre de répétition pour la meilleure des 3 séquences, préférablement à partir de l'enregistrement)

pa (1 sec) _____ ta (1 sec) _____ ka (1 sec) _____ (exemples)

pata (3sec)	1. _____	2. _____	3. _____	(Nmax=……)
taka (3sec)	1. _____	2. _____	3. _____	(Nmax=……)
pataka (5 sec)	1. _____	2. _____	3. _____	(Nmax=……)
plakrata (5sec)	1. _____	2. _____	3. _____	(Nmax=……)

flarile

pèltire

siférpro

doursamire

nirécémo

tigraponu

Ce petit canard apprend à nager.

Mon père m’a donné l’autorisation.

Vous poussez des cris de colère ?

La vaisselle propre est mise sur l'évier.

Annie s'ennuie loin de mes parents.

Il se garantira du froid avec ce bon capuchon.

Dès que le tambour bat, les gens accourent.

Un loup s'est jeté immédiatement sur la petite chèvre.

Les deux camions se sont heurtés de face.

La voiture s'est arrêtée au feu rouge.

crabe têtu

casque troué

cas trouble

tarte crue

précieuse toupie plate

propre tomate pesée

pauvre tante polie

trois pulls troués