

Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie
Bachelorstudiengang 2007

Strategien zur Anpassung des Canadian Occupational Performance Measure (COPM), um von einer Aphasie betroffene Klienten zu befähigen, ihre Eigenwahrnehmung von Betätigungsperformanz einzubringen

Bachelorarbeit

Mentorin: Andrea Weise
Ergotherapeutin, MSc

Verfasserin: Katrin Zahnd, ER07a
Bahnhofstrasse 26
3127 Mühlethurnen

Eingereicht am 20. Mai 2010

Matrikelnr.: 03-128-220

Keywords:

Aphasia, client-centered, self-report, Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|--------------|
| 1. | Einführung in das Thema klientenzentrierter Ansatz bei von einer Aphasie betroffenen Klienten | S. 05 |
| 1.1. | Herleitung der Fragestellung und Formulierung der Zielsetzung | S. 06 |
| 2. | Hauptteil: Erfassung von aphasischen Klienten. Entwicklung von Vorschlägen zur Anpassung des COPM | S. 09 |
| 2.1. | Beschreibung des methodisches Vorgehen s | S. 09 |
| 2.2. | Beleuchtung der klientenzentrierten Grundlage des CMOP-E und Vorstellung des COPM | S. 10 |
| 2.3. | Klärung des Störungsbildes Aphasie | S. 12 |
| 2.3.1. | Psychosoziale Folgen und Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz | S. 14 |
| 2.3.2. | Allgemeine Behandlungsprinzipien in der Ergotherapie | S. 14 |
| 2.4. | Aktuelle Forschung über für Aphasiker zugängliche Selbsteinschätzungsinstrumente | S. 16 |
| 2.4.1. | Studie über Strategien zur Erleichterung der Forschungsteilnahme von Aphasikern | S. 16 |
| 2.4.2. | Studie über die Validierung eines piktoralen Selbsteinschätzungsinstruments der Lebensqualität | S. 17 |
| 2.4.3. | Studie über die Validierung eines Ergebnismessinstruments für Randomized Controlled Trials (RCT) über die Effektivität logopädischer Interventionen bei von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffenen Personen | S. 19 |

| | | |
|-----------|---|--------------|
| 3. | Diskussion der methodischen Qualität der vorgestellten Studien und Theorie-Praxis-Transfer | S. 21 |
| 3.1. | Beurteilung der Studie über Strategien zur Erleichterung der Forschungsteilnahme von Aphasikern | S. 21 |
| 3.2. | Beurteilung der Studie über die Validierung eines piktoralen Selbsteinschätzungsinstrumentes der Lebensqualität | S. 22 |
| 3.3. | Beurteilung der Studie über die Validierung eines Ergebnismessinstrumentes für Randomized Controlled Trials (RCT) über die Effektivität logopädischer Interventionen bei von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffenen Personen | S. 23 |
| 3.4. | Vorstellung und Besprechung der in den Studien eingesetzten Anpassungsstrategien | S. 26 |
| 3.5. | Schlussfolgerung: Übertragung von in der Logopädie eingesetzten Anpassungsstrategien bei Selbsteinschätzungsinstrumenten auf das COPM | S. 29 |
| 4. | Ausblick: Überlegungen zur Bedeutung der Resultate für die Praxis | S. 34 |
| 5. | Verzeichnisse | S. 36 |
| 5.1. | Literaturverzeichnis | S. 36 |
| 5.2. | Literaturempfehlungen | S. 39 |
| 5.3. | Abkürzungsverzeichnis | S. 40 |
| 5.4. | Tabellenverzeichnis | S. 41 |
| 5.5. | Abbildungsverzeichnis | S. 41 |
| 6. | Danksagung | S. 42 |
| 7. | Eigenständigkeitserklärung | S: 42 |
| 8. | Anhang | S. 43 |

Abstract

Ziel: Entwicklung von Strategien zum angepassten Einsatz des Canadian Occupational Performance Measure (COPM), um aphasische Klienten zu befähigen, in ergotherapeutischen Interventionen ihre Eigenwahrnehmung der Betätigungsperformanz und eine Priorisierung von Betätigungszielen einzubringen.

Hintergrund: In der klientenzentrierten Praxis wird den Betätigungszielen der Klienten Priorität eingeräumt. Indem Klienten aktiv miteinbezogen werden, erhöht sich die Motivation, sich zu engagieren und Behandlungsergebnisse werden gesteigert. Die Erfassung der Auswirkungen von individuell vorliegenden Störungsbildern auf die Betätigungsperformanz mit dem COPM scheint bei Aphasikern erschwert zu sein. Durch eine Verminderung sprachlicher Barrieren während der Durchführung des COPM soll für Aphasiker ein verbesserter Zugang zu klientenzentrierter Ergotherapie gefördert werden.

Methode: Auf den Datenbanken AMED, CINAHL, PsycInfo und Medline wurde mit den Schlüsselwörtern „aphasia“, „assessment“, „measurement“, „quality of life“, „social participation“, „aphasia-friendly“, „self-report“ eine Literaturrecherche durchgeführt. Drei Studien aus der logopädischen Forschung über an Aphasiker angepasste Selbsteinschätzungsinstrumente wurden für eine kritische Einschätzung ihrer methodischen Qualität ausgewählt. Erkenntnisse über Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Selbsteinschätzungsinstrumenten sollen auf das COPM übertragen werden.

Ergebnisse: Vereinfachungen im Satzbau und die Förderung des Verständnisses durch Piktogramme und Bilder wurden sowohl bei den Fragestellungen als auch den Antwortmöglichkeiten eingesetzt. Eine multimodale Vermittlung wird betont und auf den Einsatz weiterer verbaler und non-verbaler Kommunikationsstrategien wird verwiesen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studien bieten Ansatzpunkte, wie der Einsatz des COPM bei Aphasikern ermöglicht wird und dadurch wichtige Informationen über die Eigenwahrnehmung ihrer Betätigungsperformanz gewonnen werden können. Dabei ist eine multimodale Gestaltung geeignet, um Aphasiker mit verschiedenen Schweregraden gleichermassen befragen zu können.

1. Einführung in das Thema klientenzentrierter Ansatz bei von einer Aphasie betroffenen Klienten

Um eine qualitätsorientierte ergotherapeutische Behandlung anzubieten, wird einer *klientenzentrierten Perspektive* zunehmend ein grosser Stellenwert eingeräumt. Den *Betätigungszielen* der Klienten wird dabei Priorität eingeräumt und Interventionen müssen an ihre Bedürfnisse und Massstäbe angepasst werden (Sumsion, 2002a). Maitra und Erway (2006) bieten in ihrer Einleitung eine Übersicht zu den Vorzügen klientenzentrierter Praxis: Indem Klienten aktiv in den Zielsetzungs- und Planungsprozess miteinbezogen werden, erhöht sich die Motivation, sich für die Behandlung zu engagieren. Dadurch werden sowohl die Compliance als auch die Zufriedenheit mit der Therapie und das Behandlungsergebnis gesteigert.

Ein klientenzentriertes ergotherapeutisches Modell ist das *Canadian Model of Occupational Performance and Enabling* (CMOP-E) (siehe [Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1997; Townsend & Polatajko, 2007]). Law (2004) erläutern, dass dieses Modell durch eine Beschreibung von Komponenten, welche zur *Betätigungsperformanz* führen und seinem Prozess die Möglichkeit bietet, den Klienten in die Auseinandersetzung mit seiner alltäglichen Betätigung mit einzubeziehen und Interventionen gemeinsam auf ihn abzustimmen. Hohe Anforderungen an kommunikative Fähigkeiten der Therapeutin und des Klienten¹ stellt dabei das einzige *Erfassungsinstrument* zur Eigenwahrnehmung von Betätigungsperformanz, das *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) (siehe [George, 2002]). Es ermöglicht dem Klienten, mit der Therapeutin die Einschätzung seiner Betätigungsperformanz und -ziele auszutauschen und misst das Behandlungsergebnis in Form von veränderter Eigenwahrnehmung im Therapieverlauf (Pollok, McColl & Carswell, 2002). Betätigungsperformanz, welche in der Ergotherapie optimiert werden soll, wird vom CAOT (1997) definiert als „die Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen, um sich selbst zu versor-

¹ Der sprachlichen Einfachheit wegen werden im Folgenden die Begriffe „Therapeutin“ und „Klient“ für beide Geschlechter verwendet

gen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen“ (zit. nach Law, 2004, S. 141).

Von einer erworbenen Hirnschädigung betroffene Klienten – durch Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Tumor oder entzündliche Erkrankungen des Gehirns - sind aufgrund der daraus resultierenden Störungsbilder, wie beispielsweise Hemiparesen, Apraxien oder multimodale Neglektformen vielfältig in ihrer Betätigungseffektivität eingeschränkt (siehe [Dünwald, 2009; Ott-Schindele, 2009; Kolster, Leidag & Lehnhuhn, 2009; Kolster, 2009]). Falls zudem eine Beeinträchtigung in der Kommunikation durch eine Aphasie vorliegt,² wird diese hauptsächlich in der Logopädie behandelt (Schultze-Jena, 2009). Bei Aphasikern scheint die Erfassung der Auswirkungen individuell vorliegender Störungsbilder auf die Betätigungseffektivität, insbesondere im Rahmen des COPM, zunächst erschwert und bei schwerbetroffenen Klienten unmöglich zu sein. Maitra und Erway (2006) führen eine Beeinträchtigung der Kommunikation als Barriere für den klientenzentrierten Ansatz auf. Parker und Sykes (2006) beschreiben in ihrem Review über 64 Studien den Einsatz des COPM. Auch sie weisen in der Diskussion darauf hin, dass dieses bei in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkten Klienten ohne zusätzliche Schulung der Therapeutinnen in ihren Befragungsfähigkeiten nicht eingesetzt werden könne. Aufgrund verschiedener, die Durchführung des COPM erschwerenden Faktoren beurteilen Pollok et al. (2002) es als unerlässlich, dass die Therapeutin kreativ vorgehen muss, falls sie den klientenzentrierten Ansatz konsequent umsetzen möchte. Nur so kann sie notwendige Informationen dennoch erhalten. Jedoch scheint keine ergotherapeutische Literatur vorzuliegen, welche sich mit der klientenzentrierten Erfassung bei Aphasikern auseinandersetzt.

1.1. Herleitung der Fragestellung und Formulierung der Zielsetzung

In dieser Arbeit soll geklärt werden, wie von einer Aphasie betroffene Klienten dazu befähigt werden können, ihre Eigenwahrnehmung der Betätigungseffektivität und eine Priorisierung von Betätigungszielen einzubringen. Obwohl für die

² Eine ausführliche Zusammenstellung von mit einer Aphasie einhergehenden Störungsbildern befindet sich in Appendix A.

Schweiz keine Angaben vorliegen,³ weisen auf die Schweiz übertragene Daten aus Deutschland von Schöler und Grötzbach (2002) – bei 7,5 Millionen Einwohnern jährlich 1 875 – 3 750 Neubetroffene und eine Prävalenz von 7 500 – 8 250 - darauf hin, dass der Berücksichtigung von Aphasie in der Ergotherapie während der neurologischen Rehabilitation durchaus Beachtung geschenkt werden sollte. Angesichts der Tatsache, dass das COPM laut einer Umfrage im Jahr 2007 das viertmeist eingesetzte Erfassungsinstrument in der Schweiz ist und ausser der Interessens-Checkliste aus dem *Modell of Human Occupation* (MOHO) (siehe [Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005]) auf Rang 15 keine weiteren Erfassungsinstrumente aus einem klientenzentrierten ergotherapeutischen Modell aufgeführt werden (Hofer, Pensel & Rudin 2008), ergibt sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

„Welche Strategien zur Anpassung des COPM können in ergotherapeutischen Interventionen eingesetzt werden, um aphasische Klienten zu befähigen, ihre Eigenwahrnehmung von Betätigungsperformanz und eine Priorisierung von Betätigungszielen einzubringen?“

Viele Aspekte klientenzentrierter Praxis können gewiss trotz einer sprachlichen Beeinträchtigung verwirklicht werden. Dennoch scheint es nötig zu sein, den Einsatz vorhandener *Selbsteinschätzungsinstrumente* auf Aphasiker abzustimmen. Es kann argumentiert werden, dass durch eine Verminderung sprachlicher Barrieren für Aphasiker ein verbesserter Zugang zur Dienstleitung Ergotherapie gefördert wird.

Diese Arbeit soll zu einer klientenzentrierten Vorgehensweise während ergotherapeutischen Interventionen bei von einer Aphasie betroffenen Klienten beitragen. Neben der Suche nach Anpassungsstrategien während dem Einsatz des COPM soll auch das Verständnis über dieses komplexe Störungsbild vertieft werden. Die Limitierung dieser Arbeit besteht in der ausschliesslichen Diskussion über Anpassungsstrategien des Fragebogens. Es wird nicht auf allgemeine Kommunikationsstrategien zur Verständniserleichterung im Praxisalltag eingegangen. Da zu die-

³ 2003 wurde das „Projekt EAS: Epidemiologie nach Schlaganfall: Inzidenz des ischämischen Schlaganfall im Kanton Basel-Stadt“ lanciert. Bis anhin sind jedoch keine Daten frei zugänglich.

sem Thema keine Literatur mit einem ergotherapeutischen Fokus vorzuliegen scheint, wurden Studien in nahen Gesundheitsbereichen, insbesondere der Logopädie, gesucht. Diese setzen sich mit der angepassten Erfassung und Befragung gesundheitsrelevanter Themen, wie bspw. soziale Partizipation oder Lebensqualität bei Klienten mit einer Aphasie auseinander. In ihrer Komplexität scheinen solche Themen der im COPM erfragten Einschätzung der Betätigungsperformanz ähnlich zu sein.

2. Hauptteil: Erfassung von aphasischen Klienten. Entwicklung von Vorschlägen zur Anpassung des COPM

2.1. Beschreibung des methodisches Vorgehens

Die Literaturrecherche wurde mit den folgenden, entsprechend formulierten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt:

Tabelle 1.1. Ein- und Ausschlusskriterien für die Studiena Auswahl

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Von einer Aphasie betroffene Teilnehmer • Qualitative/ quantitative Studie oder Review aus peer-reviewed Journal n deutscher, englischer oder französischer Sprache • Publikationsjahr ab 2001 (Einführung der ICF) • Behandelt Strategien zur Anpassung eines Selbsteinschätzungsinstruments zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Aphasiker und Fachperson des Gesundheitswesens / Forschungsbeauftragten | <ul style="list-style-type: none"> • Studienteilnehmer: Ausschliesslich von Sprechapraxie oder Dysarthrie betroffen, kein Verweis auf Aphasie • Einzelfallstudien (zu wenig repräsentativ) • Behandelt Verbesserung der Kommunikation im Alltag der Studienteilnehmer, beispielsweise durch technische Hilfsmittel • Assessment wird mit Angehörigen durchgeführt |

Auf den Datenbanken AMED, CINAHL, PsycInfo und Medline⁴ wurde in der Zeit vom Oktober 2009 bis März 2010 nach Literatur gesucht. Mit Advanced Ovid Search wurden in AMED und Medline zunächst das Schlüsselwörter „aphasia“ mit dem Schlagwort „aphasia“ durch den Booleschen Operator „OR“ verknüpft. Die Treffer wurden sodann jeweils mit einem weiteren Schlüsselwort („assessment“, „measurement“, „quality of life“, „social participation“, „aphasia-friendly“, „self-report“) durch ein „AND“ verknüpft. Auch auf der Datenbank CINAHL wurde das Schlüsselwort „aphasia“ mit den weiteren Schlüsselwörtern jeweils durch ein „AND“ und mit der Funktion, dass diese Kombinationen im Abstract erscheinen, verknüpft. Die Publikationsjahre wurden jeweils auf 2001 bis zum aktuellen Jahr eingeschränkt.

Insgesamt zeigten die vier Datenbanken etwa 75 Studien an. Aufgrund der Titels wurden 27 Abstracts gelesen, teilweise auch von durch die Funktion zitierte/ zitierende Artikel angegebenen Referenzen. Da häufig immer wieder Verweise

⁴ Die Datenbanken OTDbase, OTSeeker und CochraneLibrary wurden ausgeschlossen, da sie nur wenig Literatur zu Aphasie aufführen, welche als nicht zum Thema passend eingeschätzt wurde.

auf dieselben Studien aufgeführt wurden und verschiedene Schlüsselwortkombinationen oft dieselben Treffer ergaben, wurde die Literatursuche als gesättigt eingeschätzt. 13 Studien wurden auf die Ein- und Ausschlusskriterien hin überprüft: Eine Studie wurde für eine kritische Analyse nach dem Formular für qualitative Designs von Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch und Westmorland (1998) ausgewählt und zwei weitere quantitative Studien sollen anhand Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) bezüglich ihrer methodischen Qualität eingeschätzt werden.⁵ Die eingesetzten Anpassungsstrategien eines Selbsteinschätzungsinstruments für Aphasiker werden gesondert vorgestellt und besprochen. Schliesslich wird eine Schlussfolgerung aus den Befunden der Studienevaluation gezogen, indem durch die Übertragung auf das COPM die Relevanz dieser Anpassungsstrategien für die ergotherapeutische Praxis aufgezeigt wird. Doch zuerst folgten eine Vertiefung in die klientenzentrierte Grundlage des kanadischen Modells und eine Vorstellung des aphasischen Störungsbildes.

2.2. Beleuchtung der klientenzentrierten Grundlage des CMOP-E und Vorstellung des COPM

Die Grundzüge der klientenzentrierten Ergotherapie wurden bereits vorgestellt. Die klientenzentrierte Perspektive wird von Polatajko, Davis, Cantin, Dubouloz-Wilner und Trentham (2007) in fünf Elemente ergotherapeutischer Praxis eingebettet:

Occupation-based enablement that meets the five essential elements of occupational therapy: (1) addressing occupational challenges; (2) using assessed-based solutions to draw on strengths and resources; (3) ensuring that enablement is client-centered (not prescriptive); (4) using a multidisciplinary knowledge base and (5) using professional reasoning that can deal with the complexity of occupational therapy. (S. 214)

Sumsion (2002a) stellt eine Arbeitsdefinition klientenzentrierter Praxis vor, welche 1995 in Kanada und England als Grundlage für die Entwicklung des CMOP-E

⁵ Im Appendix B befindet sich eine Auflistung und kurze Begründung der Studien, welche von einer kritischen Analyse in dieser Arbeit ausgeschlossen wurden.

diente. Dabei wird die Autonomie des Menschen anerkannt und die Notwendigkeit betont, dass ein Klient so weit wie möglich befähigt werden soll, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen. Der auf dem Modell basierende *Canadian Practice Process Framework* (CPPF) bietet in acht Schritten eine strukturierte und reflektierte Vorgehensweise zur Sicherstellung von sowohl betätigungs- als auch evidenzbasierter und klientenzentrierter Praxis (Craig, Davies & Polatajko, 2007). Durch den Einsatz des CPPF wird nach Law (2004) der Therapeutin geholfen, „in Zusammenarbeit mit den Klienten Probleme bezüglich der Ausführung von Betätigungen zu benennen, zu validieren und Prioritäten zu setzen, sowie die Ursache für Probleme herauszufinden, Ziele, Behandlungspläne und –strategien zu entwickeln und das Ergebnis auszuwerten“ (S. 140).

In Polatajko (2007) wird die modellhafte Darstellung der Betätigungsperformanz als dynamisches Zusammenspiel zwischen der Umwelt, der Spiritualität und den Performanzkomponenten einer Person und der ausgeführten Betätigung vorgestellt. Law (2004) erklären, dass die Betätigungsperformanz als eine persönliche, unbeobachtbare Erfahrung betrachtet wird. Daraus folgt, dass Aussagen der Person selbst erfasst werden müssen. Dazu wird zu Beginn, während und am Ende des Prozesses das semistrukturierte COPM eingesetzt. Mit diesem werden Veränderungen in der Bewertung der Eigenwahrnehmung von *Performanz* als individuelle Ausführung einer Betätigung in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit sowie die *Zufriedenheit* des Klienten mit dieser Ausführung gemessen. Mit seiner Unterstützung werden Betätigungsprobleme erfasst, durch die Priorisierung von Zielen Behandlungsschwerpunkte festgelegt und zu einem späteren Zeitpunkt das Behandlungsergebnis ausgewertet.⁶ Law (2004) ergänzen, dass neben dem COPM weitere, den gewählten Behandlungsansätzen entsprechende Erfassungsinstrumente eingesetzt werden.

Pollock et al. (2002) erwähnen, dass obwohl während der Erfassung auch die Kreativität und Gesprächskompetenz der Therapeutin gefordert wird, unter Umständen das COPM mit engen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld durchgeführt werden muss. Dies ist dann der Fall, wenn der Klient nicht in der Lage ist,

⁶ Die Fragen der deutschen Version des COPM befinden sich in Appendix C.

Auskunft zu geben. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, „dass diese Person ihre eigene Sichtweise darlegt und nicht an Klientenstatt antwortet“ (S. 120)

2.3. Klärung des Störungsbildes Aphasie

Als Einstieg in die Thematik Aphasie soll folgende Tabelle einen Überblick zu den wichtigsten Fakten bieten:

Tabelle 2.1. Überblick über das Störungsbild Aphasie

| Aphasie (griechisch; „ohne Sprache“) | |
|---|--|
| Definition | Erworbene zentrale Sprachstörungen, die nach vollendetem Spracherwerb entstehen. Sowohl in den expressiven als auch rezeptiven Modalitäten können alle Komponenten des Sprachsystems - Lautstruktur, Wortschatz, Satzbau und Bedeutungsinhalte – unterschiedlich stark betroffen sein. |
| Abgrenzung | Abzugrenzen sind Sprachstörungen, die mit einer Demenz oder psychischen Einschränkungen einhergehen sowie Dysarthrien oder Sprechapraxien. |
| Ursache | Hirnorganische Schädigungen, am häufigsten durch Gefäßverschluss der A. cerebri media in der linken Hemisphäre |
| Lokalisation⁷ | Hauptsächlich betroffen sind die sprachrelevanten Hirnregionen im präfrontalen Kortex (Broca-Region) oder im perisylvischen parietalen Kortex (Wernicke-Region) |
| Inzidenz/ Prävalenz (DE) | 1 875 – 3 750 / 7 500 – 8 250 (bei 7,5 Mio Einwohnern) |
| Einteilung | Erste 4-6 Wochen: akute Aphasie; bis 12 Monate: postakute Aphasie; ab 12 Monaten: chronische Aphasien, welche in verschiedene Syndrome unterteilt werden. Von Restaphasie wird gesprochen, wenn sprachliche Beeinträchtigungen einem Laien nicht auffallen |
| Häufigkeit der Syndrome | Wernicke-Aphasie: 17%, Globale Aphasie: 15%. Amnestische Aphasie: 15%, Broca-Aphasie: 7%, Nicht klassifizierbar: 36%. |
| Verlauf | Jede 3. bis 4. Aphasie bildet sich im Akutstadium spontan zurück. Wahrscheinlichkeit einer Rückbildung nimmt vom 4. bis zum 7. Monat ab. Ab dem 12. Monat nach dem Ereignis tritt ein chronischer Zustand ein. |
| Prognose | Während atrophische oder raumfordernde Erkrankungen des Gehirns mit einer Verschlechterung der Symptomatik einhergehen, kann bei akuten Hirnverletzungen mit einer zunehmenden Besserung gerechnet werden. |

Quelle: Schöler und Grötzbach (2002); Schultze-Jena (2009)

⁷ Eine Darstellung der Lokalisation verschiedener Syndrome befindet sich im Appendix D.

Für chronische Aphasien vaskulärer Ursache beschreiben Schöler und Grötzbach (2002) und auch Schultze-Jena (2009) eine Einteilung in Syndrome. Es wird darauf hingewiesen, dass diverse Taxonomien und Sonderformen existieren und die verschiedenen Anteile der Sprachstörungen je nach Lokalisation der Läsion in bestimmten Symptomkombinationen auftreten. Um einen Zugang zu diesem sehr komplexen Störungsbild zu erhalten, soll folgende Beschreibung der Leitsymptome der vier Standardsyndrome als Diskussionsgrundlage herangezogen werden.

Tabelle 2.2. Aphasiesyndrome und deren Leitsymptome

| Aphasiesyndrom ⁸ | Leitsymptome |
|-----------------------------|---|
| Globale Aphasie | Schwerste Form der Aphasie. Sowohl Sprachproduktion (Wortfindung/Satzbau) als auch Sprachverständnis sind schwer beeinträchtigt. Das Syndrom wird von ungebremsten oder unter Mühe erbrachten Sprachautomatismen (z.B. „dododo...do“) bestimmt, wobei häufig eine natürliche Sprachmelodie enthalten ist. Inhalte sind nur in Ausnahmefällen verständlich. |
| Wernicke-Aphasie | Inhaltswörter können nur schlecht abgerufen und in der korrekten Lautfolge realisiert werden, Wortbedeutungen sind ungenau, häufige Paraphasien („Mutter“ statt „Ehefrau“, „Sprille“ statt „Spritze“). Der Satzbau erscheint verschachtelt, die Rede wirkt inhaltsleer und der Sinn des Gesprochenen ist kaum verständlich. Das Sprachverständnis ist meist schwer gestört - auch das Verstehen der eigenen Äusserungen. Oft werden unpassenden Antworten gegeben. Häufig Unawareness und mit Schwierigkeiten, den Redefluss zu hemmen. |
| Broca-Aphasie | Schwerfällige, unflüssige Sprachproduktion. Der Satzbau beschränkt sich auf wenige Inhaltswörter, wobei der Sinn meist erkennbar ist. Das Sprachverständnis ist im Alltag meist nur in Bezug auf komplexere Konstruktionen eingeschränkt, wobei die Sprachverarbeitung in verlangsamtem Tempo erfolgt. |
| Amnestische Aphasie | Leichteste Form, hauptsächlich leichtere Wortfindungsstörungen in der Alltagssprache, welche bemerkt und durch Suchverhalten oder Umschreibungen kompensiert werden. Das Sprachverständnis ist meist nur im Bereich feinerer Bedeutungsunterschiede gestört. |

Quelle: Schöler und Grötzbach (2002); Schultze-Jena (2009)

⁸ Eine detaillierte Beschreibung verschiedener Symptome und deren Störungsmerkmale befinden sich im Appendix E.

2.3.1. Psychosoziale Folgen und Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz

Fassmann (2008) erläutert zu den psychosozialen Folgen einer Aphasie in Deutschland, dass Sprachdefizite in einer weithin auf sprachliche Kommunikation ausgerichteten Gesellschaft zur sozialen Ausgrenzung führen:

Schwerwiegende Folgen sind nicht nur Frühinvalidität und finanzielle Schwierigkeiten, die schliesslich zur völligen Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen (Sozialbedürftigkeit) führen können, sondern auch negative Auswirkungen auf Ehe und Partnerschaft, Beziehungen zu den Kindern, Einbindung in den Freundeskreis usw. Belastungen der betreuenden Personen (zumeist Partner(innen) der Rehabilitand(inn)en) treten hinzu. (S. 19)

Die bei einem Aphasiker häufig erfolgenden Veränderungen im beruflichen und familiären Umfeld sowie das Aufgeben vertrauter Rollen führt laut Schultze-Jena (2009) zu gravierenden Konsequenzen für das Selbstbewusstsein. Dalemans, de Witte, Lemmens, van den Heuvel und Wade (2008) beschreiben, dass eine Aphasie nur in einem geringen Mass direkten Einfluss auf die Performanz in den *Aktivitäten des täglichen Lebens* (ADL) ausübe, jedoch „particularly affect complex social activities such as work, participating in community activities and leisure activities involving other people“ (pp. 542). Sie kritisieren, dass obwohl der Einfluss einer Aphasie in qualitativen Studien soziale Isolation, Diskriminierung, Ausgrenzung von Arbeit, Bildung und Freizeitangeboten und beschränkte Unterstützung in Gemeinden, aber auch Herausforderungen und Veränderungen hin zu einem befriedigenden Lebensstil zum Vorschein gebracht werden, die soziale Partizipation von Aphasikern bisher nur ungenügend erforscht wurde.

2.3.2. Allgemeine Behandlungsprinzipien in der Ergotherapie

Es scheint kaum Literatur zu Interventionsmöglichkeiten bei Aphasikern vorzuliegen, mit welchen beispielsweise auch die oben beschriebenen psychosozialen Folgen berücksichtigt und vermieden werden können. Schultze-Jena (2009) weist darauf hin, dass es in einem transdisziplinären Team unumgänglich ist, in der Logopädie erarbeitete Kommunikationsstrategien in therapeutischen Situationen, wie beispielsweise beim Einkaufen oder Cafébesuch, einzusetzen und zu unterstüt-

zen. Aphasiker werden durch die Logopädin mit technischen Hilfsmitteln (augmentative and alternative communication AAC) versorgt. Diese zielen auf eine verbesserte spontane Kommunikation ab: anstelle der Sprache wird vorübergehend oder dauerhaft auf ein Hilfsmittel zurückgegriffen, welches das Mitteilen persönlicher Botschaften unterstützt oder auch zur Verbesserung des Verständnisses von erhaltenen Informationen geeignet ist (Aphasia Group 2010). Arbeitet eine Ergotherapeutin mit einem aphasischen Klienten, sollte sie sich mit seinen jeweiligen AAC vertraut machen. Dies fördert sowohl die Kommunikation mit ihm als auch die individuelle Planung und Durchführung von interaktiven Interventionen in seiner Lebenswelt.

Schliesslich erläutert Kolster (2009) in ihren Ausführungen zur Behandlung von Klienten, welche sowohl von einer Apraxie als auch einer Aphasie betroffen sind, dass keine verbale Überforderung stattfinden darf. Sie schlägt den Einsatz von nonverbalen Verhaltensstrategien (siehe [Feiler, 2003; Taylor, 2008]) vor, welche zur Unterstützung der Verständigung eingesetzt werden können.

2.4. Aktuelle Forschung über für Aphasiker zugängliche Selbsteinschätzungsinstrumente

2.4.1. Studie über Strategien zur Erleichterung der Forschungsteilnahme von Aphasikern

Dalemans, Wade, van den Heuvel und de Witte (2009) beschreiben die Zusammenstellung von Strategien zur Verständniserleichterung beim Einsatz eines quantitativen Fragebogens, mit welchem die persönliche Wahrnehmung sozialer Partizipation von Aphasikern erfasst wird. Sie stellen einige der wenigen vorhandenen Studien über zugängliche Erfassungsinstrumente vor und bemängeln, dass Aphasiker in der Forschung generell zu wenig berücksichtigt werden.

Mittels einer Literaturreview über angepasste Erfassungsinstrumente sozialer Partizipation und Expertengesprächen mit Sprachtherapeuten und Forschern wurden Erkenntnisse über sinnvolle Adaptationen gewonnen. Dementsprechend wird eine erste Version gestaltet, mit vier Aphasikern getestet, weiterentwickelt und erneut bei zehn Aphasikern eingesetzt. Nach der Durchführung befragen Dalemans et al. (2009) die Teilnehmer über die Zugänglichkeit des Fragebogens und passen die Items an als hilfreich bewertete Strategien an. Nach einer erneuten Rückmeldung von Experten wird zur Überprüfung eine endgültige Version des Fragebogens, der nicht näher vorgestellt wird, mit nochmals 128 von Aphasien aller Schweregrade betroffenen Personen erprobt.

In der Diskussion kommen Dalemans et al. zum Schluss, dass gängige Erfassungsinstrumente in ihren kognitiven Anforderungen reduziert werden sollen und zum gesprochenen Wort alternative Kommunikationsformen angeboten werden müssen. Sie schlagen Forschungstätigen einen standardisierten Fragebogen, dessen Items eine multimodale Kombination von Anpassungsstrategien aufweisen, vor. Dabei erläutern sie, dass eine Strategie nicht von jedem Aphasiker als gleichermassen unterstützend empfunden werde. So bevorzugen einige Piktogramme, andere wiederum fettgedruckte Schlüsselkonzepte. Bei schwerbetroffenen Aphasikern sei die Vermittlung von Informationen in mehreren Modalitäten am erfolgreichsten. Es wird betont, dass während der Durchführung keine einheitliche Vorgehensweise angezeigt ist und basierend auf einer vorherigen Einschätzung des Schweregrades bei den kommunikativen Fähigkeiten des Aphasikers ange-

setzt werden muss. Dazu berücksichtigt der Befrager auch nonverbale Verhaltensweisen des Befragten und setzt als flexible Reaktion während der Erfassung verschiedene weitere Kommunikationsstrategien ein. Dalemans et al. benennen keine Limitierungen ihrer Studie. Sie geben jedoch zu bedenken, dass durch die standardisierte Gestaltung des Bogens mögliche Antworten bereits vorweggenommen werden.

2.4.2. Studie über die Validierung eines piktoralen Selbsteinschätzungsinstruments der Lebensqualität

Engell, Hütter, Willems und Huber (2003) überprüfen in ihrer Studie die Validität eines Selbsteinschätzungsinstruments der Lebensqualität für von Aphasien aller Schweregrade betroffene Personen. In ihrer Einführung zeigen sie auf, dass um die Effektivität von logopädischer Therapie zu belegen, nebst funktionellen Behandlungsergebnissen auch die von den Aphasikern eingeschätzte Lebensqualität zunehmend relevant werde. Sie haben hierfür ein bereits bestehendes valides Erfassungsinstrument aus Deutschland weiterentwickelt. Dieses wird sowohl mit von einer erworbenen Hirnschädigung betroffenen Personen durchgeführt, als auch von deren Angehörigen separat ausgefüllt. Sie erläutern, dass sie sprachliche Anforderungen reduziert haben und durch eine multimodale Vermittlung die Verständlichkeit jedes einzelnen Items maximiert wird.

Die neue, 117 Items umfassende Version der *Aachen Life Quality Inventory* (ALQI) wird am ersten Termin auf einer ambulanten Aphasieabteilung eines Universitätsspitals mit 26 Aphasikern durchgeführt. Diese müssen nach der Hospitalisation aufgrund eines Schlaganfalls (1 – 63 Monate / durchschnittlich ein Jahr zurückliegend) seit mindestens drei Wochen wieder zu Hause leben. Acht Personen werden dem globalaphasischen und sechs Personen dem Broca-Syndrom zugeordnet und je eine Person sind vom Wernicke, Amnestischen und Transkortikalen Syndrom betroffen. Zwei Personen weisen eine Restaphasie auf und bei sieben Teilnehmern ist eine Klassifikation nicht möglich. Sie erhalten die Instruktion, ihren Alltag der letzten Woche zu bewerten, indem sie angeben, ob eine bestimmte physische, psychosoziale oder neuropsychologische (sprachliche und kognitive) Beschwerde auf sie zutrifft. Zusätzlich sollen sie das Ausmass dieser Bürde auf

einer Skala mit drei Ausprägungen einschätzen. Die sie begleitenden Angehörigen (insgesamt 24, in 21 Fällen die Ehepartner) schätzen anstelle des Ausmasses der Bürde als Ergänzung eine mögliche depressive Symptomatik des Aphasikers ein.

Um die Reliabilität und Konstruktvalidität des ALQI einschätzen zu können, vergleichen Engell et al. (2003) die Bewertungen der 24 Paare miteinander auf deren Übereinstimmung, indem zunächst die durchschnittliche Anzahl angegebener beschwerliche Situationen durch mehrere *t*-Tests in den einzelnen Bereichen und Korrelationskoeffizienten zwischen den Bereichen berechnet werden. Ausserdem berechnen sie die jeweiligen *Cronbach's α* und Testhalbierungswerte der einzelnen Skalen der Aphasiker und ihrer Angehörigen separat. Auch der Einfluss von weiteren Kontrollvariablen auf die Ergebnisse, wie beispielsweise die Ausprägung der Aphasie und Hemiplegie oder die von den Angehörigen eingeschätzte depressive Symptomatik, wird untersucht.

Engell et al. führen auf, dass Aphasiker und Angehörige jeweils sowohl im Gesamten, als auch in den Unterskalen praktisch gleichviele Items als beschwerlich einschätzen und signifikante positive Korrelationen für die gesamte Bewertung (Pearson Korrelationskoeffizient $r = 0.39$, wobei $p < 0.05$) und die physische ($r = 0.64$, wobei $p < 0.1$) nicht aber für die psychosoziale Unterskala ($r = 0.27$, kein p -Wert angegeben) aufweisen. Zur neuropsychologischen Unterskala machen Engell et al. keine Angaben, da von zwölf Angehörigen die Angaben für eine Auswertung fehlten. Sowohl die jeweiligen *Cronbach's α* (alle > 0.9 , ausser psychosoziale Unterskala der Aphasiker) als auch die Testhalbierungswerte (zwischen 0.68 - 0.93) weisen auf eine hohe Reliabilität hin. Durch die Überprüfung mittels Kontrollvariablen gelingt es auch nachzuweisen, dass beispielsweise hemiparetische Aphasiker und auch deren Angehörige signifikant mehr Beschwerden in der physischen Unterskala ($p = 0.001$) angaben und dass zudem schwerer betroffene Hemiplegiker auch die jeweiligen Bürden höher einschätzten.

In ihrer Diskussion schätzen Engell et al. die neue Versionen des ALQI als in hohem Masse intern konsistent ein. Somit befinden sie, dass die neue Version des ALQI durch seine Ergänzung mit Piktogrammen und weiteren Anpassungen des Fragebogens für Aphasiker eine valide und reliable Technik zur Erfassung der Lebensqualität ist.

2.4.3. Studie über die Validierung eines Ergebnismessinstruments für Randomized Controlled Trials (RCT) über die Effektivität logopädischer Interventionen bei von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffenen Personen

Long, Hesketh, Paszek, Booth und Bowen (2008) validieren in ihrer Studie ein Selbsteinschätzungsinstrument für von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffene Personen über die Effektivität ihrer alltäglichen Kommunikation. Solche Erfassungen seien bisher in Form von Beobachtungen durchgeführt worden, respektive könnten vorhandene Erfassungsinstrumente nicht mit allen von Kommunikationsproblemen betroffenen Personen durchgeführt werden. Falls sich die 29 Items umfassende *Communication Outcome after Stroke scale* (COAST) in ihren psychometrischen Eigenschaften als solide erweist, wird sie in einem Forschungsprogramm über die Wirksamkeit logopädischer Interventionen in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) als Ergebnismessinstrument eingesetzt werden. Zunächst wird sie bezüglich ihrer internen Konsistenz, der Test-Retest-Reliabilität und der Redundanz der Items untersucht - also, ob mit der vorhandenen Auswahl an Fragen die Selbsteinschätzung der Kommunikationseffektivität repräsentativ, zuverlässig und gültig erfasst werden kann.

Long et al. geben einen kurzen Überblick zur mehrstufigen Entwicklung der COAST-Skala, wobei nach einer Literaturreview und Expertenbefragungen der potentielle Inhalt und verschiedene Formate zehn von einer Sprachstörung betroffenen Personen vorgestellt und von Sprachtherapeuten informell ausprobiert wurden. Anhand der Rückmeldungen wurde die COAST-Skala entwickelt: Jedes der 29 Items zu alltäglicher Kommunikation, Sicherheit in und Verbesserung der Kommunikation und dem Einfluss der sprachlichen Einschränkungen auf die Lebensqualität enthält zur Bewertung eine Skala mit fünf Ausprägungen. Diese Version wird zweimal im Abstand von zwei Wochen mit 102 Personen durchgeführt, die aufgrund eines vier bis zwölf Monate zurückliegenden Schlaganfalls von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffen sind. Weitere demographische Daten und solche bezüglich des Schweregrades der Aphasie und weiterer Störungsbilder werden gesammelt. Ausserdem erfolgt eine Befragung über die Zugänglichkeit und Vollständigkeit des Fragebogens.

In der Stichprobe sind über 2/3 der Studienteilnehmer von einer Aphasie betroffen, wobei bei 60 Personen eine alleinige Aphasie vorliegt. Sieben Personen sind schwerbetroffen, 21 Teilnehmer mittelschwer und bei 57 der Aphasiker wird der Schweregrad als mild angegeben. Insgesamt 97 respektive 98 bei der zweiten Durchführung beantwortete Fragebögen werden in die Analyse miteinbezogen; ausgeschlossen sind diejenigen mit drei und mehr unbeantworteten Fragen. Zur Einschätzung der internen Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität für die gesamte Skala und die drei Unterskalen werden die jeweiligen *Cronbach's α* und Intra-Klassen-Korrelationskoeffiziente (*ICC*) berechnet.

Die erhaltenen Ergebnisse weisen auf solide psychometrische Eigenschaften hin (für die gesamte Skala: *Cronbach's α* bei beiden Durchführungen = 0.95; *ICC* = 0.90). Bei neun Items liegen Deckeneffekte, Wiederholungen oder mögliche Verständnisprobleme vor, was zu einer Reduktion auf 20 Items führt. Diese werden erneut mit den vorhandenen Daten auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin überprüft. Auch diese Version weist eine hohe interne Konsistenz auf, wobei für die gesamte Skala bei der ersten Durchführung *Cronbach's α* = 0.92 und bei der zweiten Durchführung *Cronbach's α* = 0.91 gilt. Bei der Test-Retest-Reliabilität liegt der *ICC* insgesamt bei 0.88 und in den Unterskalen zwischen 0.72 – 0.83, also auch genügend hoch. In der Diskussion schlussfolgern Long et al., dass die neue COAST-Skala sowohl reliabel als auch valide ist, um die Selbsteinschätzung über ihre Kommunikationseffektivität sogar von schwerbetroffenen Aphasikern zu erfassen. Ausserdem sei sie von den befragten Personen als zugänglich und vollständig eingeschätzt worden. Jedoch seien noch weitere Überprüfungen der COAST-Skala bezüglich ihrer Konstruktvalidität und Empfindlichkeit gegenüber Veränderungen im Therapieverlauf notwendig, bevor dieses Erfassungsinstrument sowohl Sprachtherapeuten als auch Forschern, die RCT's durchführen, weiterempfohlen werden könne.

3. Diskussion der methodischen Qualität der vorgestellten Studien und Theorie-Praxis-Transfer

3.1. Beurteilung der Studie über Strategien zur Erleichterung der Forschungsteilnahme von Aphasikern

Dalemans et al. (2009) bezeichnen ihre Studie als quantitative Studie, wobei sie kein Design nennen. Da die Einschätzung der von einer Aphasie betroffenen Personen über die Zugänglichkeit des Fragebogens stark in dessen Entwicklung mit einbezogen wird und kein Hinweis auf inferenzstatistische Messverfahren vorliegt, soll diese Studie nach Law et al. (1998), anhand von Kriterien zur Einschätzung qualitativer Studien, analysiert werden.

In der Beschreibung ihres Vorgehens werden neben einer fehlenden Beschreibung des Studiendesigns weitere Mängel ersichtlich: So wird zu der Stichprobenauswahl lediglich angegeben, dass die Teilnehmer von Aphasien aller Schweregrade betroffen sind. Ohne eine genauere Beschreibung der Verteilung nach Aphasiesyndromen oder Schweregraden können mögliche systematische Fehler während dem Auswahlverfahren und deren Auswirkungen auf die Ergebnisse nicht eingeschätzt, aber vermutet werden. Auffallend ist, dass die Stichprobengröße von fast 150 Aphasikern im Vergleich zu anderen während der Literaturrecherche gesichteten qualitativen Studien sehr hoch ist. Trotzdem kann möglicherweise eine Syndromgruppe über- oder untervertreten sein, was Zweifel an der Generalisierbarkeit der Anpassungsstrategien auf alle Schweregrade aufkommen lässt.

Leider wird im Methodenbeschrieb nicht ersichtlich, wie die Datenerhebung und Inhaltsanalyse über als hilfreich empfundene Strategien gestaltet wurde. Dies würde die in den Ergebnissen geschilderten Erfahrungen und Schlussfolgerungen wissenschaftlich untermauern. Angesichts der aufgezeigten Forschungslücke über zugängliche Erfassungsinstrumente scheint die beschriebene Triangulierung nach Quellen – die Forschungsreview, die interne Evidenz von erfahrenen Sprachtherapeuten und Forschungsexperten und die Einschätzung durch von einer Aphasie betroffenen Personen selbst - angemessen zu sein. Jedoch wird die wissenschaftliche Vorgehensweise weder nachvollziehbar noch überprüfbar. Infolgedessen

müssen die Vertrauenswürdigkeit in die Qualität der Ergebnisse und die dennoch sehr durchdacht wirkenden Schlussfolgerungen in Frage gestellt werden.

3.2. Beurteilung der Studie über die Validierung eines piktoralen Selbsteinschätzungsinstruments der Lebensqualität

Obwohl auch Engell et al. (2003) kein Design nennen, wird ihre Studie nach Letts et al. (2007) als Fallstudien-Design eingeschätzt: Es sollen Kenntnisse über sinnvolle Anpassungsstrategien und die Validität des ALQI gewonnen werden. Dieses Design erscheint angemessen, da über solche Erfassungsinstrumente noch wenig bekannt ist.

Die Stichprobe und Durchführung der Befragung werden von Engell et al. hinsichtlich des interessierenden Ergebnisses detailliert beschrieben. Dem Umstand, dass es aufgrund der kleinen Anzahl an Paaren schwierig ist, bei einem Konfidenzintervall von 95% statistisch signifikant geltende Ergebnisse zu erhalten, versuchen Engell et al. zu begegnen, indem sie in den Unterskalen jeweils einen p -Wert von 0.1 als genügend festlegen. Sie weisen jedoch in den Überlegungen zu den Limitierungen darauf hin, dass die Studienergebnisse durch die geringe Anzahl lediglich als Hinweis betrachtet werden müssen. Die eingesetzten Anpassungsstrategien scheinen insbesondere wegen der Übervertretung von Globalaphasikern auch für schwerbetroffene Aphasiker geeignet zu sein. Dies entspricht dem Studienzweck, einen Fragebogen zu entwickeln, der mit von Aphasien aller Schweregrade betroffenen Personen durchgeführt werden kann.

Das interessierende Ergebnis der vorliegenden Studie ist grundsätzlich nicht die Generierung von Anpassungsstrategien, sondern die Reliabilität und Konstruktvalidität der neuen Version des ALQI. Engell et al. erläutern, dass in der Forschung die Annahme gilt, dass die Validität von Selbsteinschätzungsinstrumenten für Aphasiker gesteigert werde, falls parallele Fragebögen eingesetzt werden. Dies hat sie wohl auch dazu bewegt, gerade den ALQI weiter zu entwickeln. Indem sie aufzeigen, dass es zwischen den Einschätzungen der Aphasiker und ihrer Angehörigen keine signifikanten Unterschiede gibt, kann abgeleitet werden, dass die Angaben und daher auch der Fragebogen selbst intern konsistent, zuverlässig (reliabel) und gültig (valide) sind. Anhand der durchgeführten t -Tests kann belegt

werden, dass sowohl die Aphasiker als auch ihre Angehörigen die gleiche durchschnittliche Anzahl an Beschwerden angeben und Unterschiede von keiner statistischen Signifikanz sind. Laut Diekmann (2004) kann der Grad der Reproduzierbarkeit eines Messinstrumentes durch die Berechnung von Korrelationskoeffizienten gemessen werden. Hierbei sei das auch von Engell et al. verwendete *Cronbach's α* die gebräuchlichste Methode, um eine Reliabilitätsschätzung vorzunehmen. Da aus diesem jedoch keine p -Werte abgeleitet werden können, ist es angemessen, dass zusätzlich jeweils auch Pearson Korrelationskoeffiziente r berechnet wurden, um damit gültige p -Werte zu erhalten. Auch die Konstruktvalidität wird laut Diekmann durch Korrelationsanalysen abgeleitet. Diese werde angestrebt, um ein Messinstrument für die Entwicklung von Theorien zu entwickeln, wobei weitere Variablen in einem theoretisch begründbaren Zusammenhang mit dem erfassten Konstrukt stehen müssen und daraus Hypothesen empirisch überprüft werden können. Die Konstruktvalidität schätzen Engell et al. folglich in einer angemessenen Weise ein, indem sie Kontrollvariablen auf offensichtliche Annahmen hin überprüfen, wie beispielsweise ob schwerbetroffene Hemiplegiker in der physischen Unterskala mehr Beschwerden aufweisen und diese Zusammenhänge auch tatsächlich feststellen.

Trotz der geringen Stichprobengrösse und möglichen Verzerrungen der Ergebnisse scheinen die Schlussfolgerungen über die Zugänglichkeit und Validität des ALQI als Selbsteinschätzungsinstrument für Aphasiker im Hinblick auf die eingesetzten Methoden angemessen und vertrauenswürdig zu sein.

3.3. Beurteilung der Studie über die Validierung eines Ergebnismessinstrumentes für Randomized Controlled Trials (RCT) über die Effektivität logopädischer Interventionen bei von einer Aphasie und / oder Dysarthrie betroffenen Personen

Das Design der dritten vorgestellten Studie wird von Long et al. (2008) als Querschnittstudie bezeichnet. Dieses Design wird laut Letts et al. (2007) gewählt, um in wenig bekannten Themenbereichen mittels Umfragen, Fragebögen und Interviews wesentliche Ursachen zu erforschen, die bei einer spezifischen Gruppe von Personen zu einer bestimmten Begebenheit geführt haben könnten. Jedoch

ist die beschriebene Überprüfung der COAST-Skala selbst noch ein notwendiger Vorläufer einer Querschnittstudie, da bevor diese durchführbar ist, zunächst ein valides Ergebnismessinstrument entwickelt wird. Der Fokus liegt dabei auf der Überprüfung von psychometrischen Eigenschaften, mit dem Fernziel, die COAST-Skala zukünftig auch in RCT`s verwenden zu können.

Dem in ihrer Literaturübersicht aufgezeigten Forschungsstand über vorhandene Erfassungsinstrumente entsprechend, scheint sowohl die Wahl des angestrebten Studiendesigns als auch die methodische Vorgehensweise in der Entwicklung und Überprüfung der COAST-Skala von Long et al. angemessen zu sein. Sowohl die Stichprobe, als auch das Auswahl- und Ethikverfahren sowie im Anhang die überprüften psychometrischen Eigenschaften und akzeptierten Mindestwerte der Messverfahren, werden detailliert beschrieben. Wie bereits bei der Beurteilung der Studien von Engell et al. (2003) erläutert, ist laut Diekmann (2004) die Berechnung von Korrelationskoeffizienten mit *Cronbach`s α* die gebräuchlichste Methode, um Reliabilitätsschätzungen vorzunehmen und so die interne Konsistenz der COAST-Skala einzuschätzen. Da die Erfassung zweimal stattfindet, wird durch die Berechnung der jeweiligen *ICC* zudem untersucht, ob die einzelnen Teilnehmer bei den gleichen Items auch jeweils die gleiche Bewertung vornahmen und so eine Test-Retest-Reliabilität vorliegt. Da mit diesen Massen keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden können, kann keine Einschätzung zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse gemacht werden. Long et al. geben im Anhang an, dass die Ergebnisse jeweils einen grösseren Wert als 0.7 ergeben müssen, um diese als Beweis der Reliabilität zu akzeptieren. Die verwendeten Messverfahren sind bezüglich dem Studienzweck, die COAST-Skala auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin zu überprüfen, angemessen und die Ergebnisse weisen effektiv auf eine interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität hin.

Trotzdem muss auf einige mögliche Verzerrungen der Ergebnisse hingewiesen werden: Lediglich 25% der schriftlich angefragten Personen waren zu einer Studienteilnahme bereit. Obwohl Long et al. in den Schlussfolgerungen die Meinung vertreten, dass auch schwerbetroffene Aphasiker die Items der COAST-Skala beantworten können, merken sie an, dass wegen der Freiwilligkeit die Stichprobe nicht repräsentativ sein könnte. Die Kommunikationsprobleme der Teilnehmer

könnten insgesamt weniger schwer als in der Gesamtpopulation der von Aphasien und Dysarthrien betroffenen Personen sein. Insbesondere auch der Umstand, dass nur sieben schwerbetroffene Aphasiker an der Studie teilnahmen und aus der ersten Durchführung fünf und aus der Zweiten vier Erfassungen nicht in die Datenanalyse miteinbezogen wurden, lassen an der Eignung des Einsatzes der COAST-Skala bei schwerbetroffenen Aphasikern zweifeln. Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch erzielte Fortschritte zwischen den beiden Erfassungszeitpunkten scheinen innerhalb von zwei Wochen eher unrealistisch zu sein und würde wohl nur marginale Unterschiede in den berechneten Korrelationskoeffizienten bewirkt haben.

So scheinen die Erkenntnisse über die erwiesene Validität und Reliabilität der COAST-Skala nur bezogen auf Personen, die von einer Dysarthrie und / oder einer milden bis moderaten Aphasie betroffen sind, zutreffend zu sein.

3.4. Vorstellung und Besprechung der in den Studien eingesetzten Anpassungsstrategien

Die in den vorgestellten Studien eingesetzten Strategien zur Verständnis- erleichterung während dem Einsatz von Selbsteinschätzungsinstrumenten mit Aphasikern sollen zunächst in einer Übersicht vorgestellt werden. Anschliessend folgt eine vergleichende Diskussion der Studien untereinander.

Tabelle 2.3.: Anpassungsstrategien für zugängliche Selbsteinschätzungsinstrumente

| Studie | Eingesetzte Anpassungsstrategien |
|-------------------------------|---|
| Dalemans et al. (2009) | <ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Unterstützung durch Piktogramme mit simplen weissen Formen auf schwarzem Hintergrund • Durchschnittliche Fragelänge: 4,6 – 11 Wörter (auf Essenz reduzieren) • Schriftgrösse: 16, Schriftart: Verdana, Schlüsselkonzepte fett gedruckt • Pro Item eine Seite, weisser Raum zwischen Frage und Antwort • Zunächst erfragen, ob Situation zutreffend, anschliessend Beschreibung mit drei Auswahlmöglichkeiten • Einsatz weiterer Kommunikationsstrategien (Nennen von Beispielen, Umformulierungen oder geschlossene Fragen) • Befragung findet ohne Zeitdruck statt |
| Engell et al. (2003) | <ul style="list-style-type: none"> • Professionell gezeichnete, einfache Piktogramme • Ergänzung mit Satz in telegraphischem Stil (mit Verb, Adjektiv, Nomen), wird vom Befragter laut vorgelesen • Befragter gibt an, ob Aussage zutreffend oder nicht, wobei ein Daumen, der nach oben und einer, der nach unten zeigt abgebildet sind, darunter steht „Ja, das ist wahr“/ „Nein, das ist nicht wahr“ • Falls Aussage zutrifft, Bewertung der Schwere der Bürde durch Smiles und Beschreibung: neutral („egal“), Mundwinkel nach unten („schlimm“) und weinend („sehr schlimm“) • Befragung findet in einem ruhigen Raum ohne Zeitdruck statt. |
| Long et al. (2008) | <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen in einfacher Sprache, von Bildern unterstützt, dem Befragten visuell präsentiert und vorgelesen • Antwortmöglichkeiten sind fünf jeweils grösser und farbiger werdende Boxen mit entsprechenden einfachen Aussagen darin. Über der kleinsten Box befindet sich Smily mit Mundwinkeln nach unten, bei der Grössten ist ein Lachendes • Unter jedem Item Skript mit weiteren Kommunikationsstrategien (non-verbal und Umformulierungen) bei Verständnisproblemen • Befragter durchlaufen vorher ein Training |

Quelle: Dalemans et al. (2009), Engell et al. (2003), Long et al. (2008)

Die Studien weisen ihren Zielen entsprechende unterschiedliche Designs und nicht dieselbe methodische Qualität auf. Auffallen ist, dass jeweils ähnliche Anpassungsstrategien zum Einsatz kommen, um die Items für Aphasiker zugänglich zu machen: Vereinfachungen im Satzbau und die Förderung des Verständnisses durch zusätzliche Piktogramme und Bilder werden überall eingesetzt und eine multimodale Vermittlung wird betont. In je zwei Studien wird eine Aufspaltung der Antwortmöglichkeiten in ein Zweischrittszenario vorgenommen und auf den Einsatz weiterer Kommunikationsstrategien verwiesen.

Wie bereits erwähnt, weist die Studie von Dalemans et al. viele Mängel in der methodischen Qualität auf und auch die Ergebnisse von Engell et al. gelten laut den Autoren lediglich als Hinweis. Durch die hohe Anzahl an Teilnehmern, die detaillierte Beschreibung des Vorgehens, aber auch durch den Einsatz anerkannter Messverfahren zur Prüfung der psychometrischen Eigenschaften von Erfassungsinstrumenten, weist die Studie von Long et al. (2008) die beste methodische Qualität auf. Die Vorgehensweise während der Entwicklungsphase der COAST-Skala gleicht derjenigen von Dalemans et al., wodurch ihre als wenig vertrauenswürdig eingeschätzten Schlussfolgerungen indirekt etwas aufgewertet werden.

Die Forschung in den analysierten Studien ist nicht darauf ausgerichtet, für unterschiedliche Schweregrade angepasste Fragebögen zu entwickeln. Daher können kaum Rückschlüsse über für jedes einzelne Aphasiesyndrom besonders geeignete Anpassungsstrategien gezogen werden. Eine Begründung, weshalb keine Zuordnung möglich ist, scheint auch zu sein, dass viele der Studienteilnehmer jeweils während dem ersten Jahr nach einem Schlaganfall befragt wurden. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt nach Schöler und Grötzbach (2002) noch keine Einschätzung eines chronischen Aphasiesyndroms. In den Studien wird an dieser Stelle oft auf den *Frenchay Aphasia Screening Test* (FAST) verwiesen, welcher laut Dalemans, de Witte, Wade und van den Heuvel (2009) zur Einschätzung des Schweregrades der Aphasie und der verbleibenden kommunikativen Fähigkeiten (je zehn Items zu Sprachverständnis und –produktion sowie je fünf zu Lesen und Schreiben) eingesetzt wird. Die unterschiedlichen Aphasieformen der befragten Personen werden in den Studien insofern berücksichtigt, dass basierend auf einer vorherigen Einschätzung des Schweregrades die Befrager entsprechende weitere

verbale und non-verbale Kommunikationsstrategien einsetzen. Jedoch sind auch die Schlussfolgerungen der Autoren, dass die angepassten Selbstseinschätzungsinstrumente bei von Aphasien aller Schweregrade betroffenen Personen eingesetzt werden können, wie in den Beurteilungen der Studien aufgezeigt wurde, zu hinterfragen. So wird bei Long et al. vermutet, dass die eingesetzten Strategien für schwerbetroffene Aphasiker nicht geeignet sind. Andererseits scheinen die durch Engell et al. eingesetzten Strategien insbesondere für schwerbetroffene Aphasiker geeignet zu sein.

Obwohl also keine Zuteilung der Strategien zu einem Aphasiesyndrom möglich ist, lassen sich in der Beschreibung des Störungsbildes durch Schultze-Jena (2009) Erklärungen finden, weshalb diese Anpassungen der Items für Aphasiker geeignet sind: Beim Lesen und auch beim auditiven Verstehen können Verwechslungen mit ähnlichen Wörtern geschehen oder es wird überhaupt kein Sinn verstanden. Zudem haben Aphasiker mit Verständnisproblemen Schwierigkeiten, sprachliche Inhalte vollständig ins Gedächtnis einzuspeichern. Dies spricht für die Vereinfachung und Verkürzung der Satzstruktur und das gleichzeitige Vorlesen durch den Befrager. Auch die in den Studien eingesetzten Zweischrittszenarien in der Beantwortung der Fragestellungen scheinen bei Aphasikern aufgrund der eingeschränkten Gedächtnisleistungen sinnvoll zu sein. Laut Schultze-Jena sollte bei Fragen, die aus zwei Teilen bestehen, zunächst der erste Teil und anschließend der zweite Teil erfragt werden. Jedoch muss auch, da die Gefahr besteht, dass Aphasiker einfach die letzte Auswahlmöglichkeit als Antwort geben, zur Kontrolle die Aussage nochmals rückerfragt werden.

Um überhaupt ein Wort lesen zu können, müssen Aphasiker die Buchstaben erkennen und Wörter mit Bedeutungen verknüpfen. Die zusätzliche visuelle Unterstützung mit Bildern und Piktogrammen scheint dabei sehr sinnvoll zu sein. Die Bedeutung eines Bildes zu erkennen oder Symbole zu interpretieren, kann jedoch für Aphasiker bereits erschwert sein. Obwohl die Studienergebnisse auf die Eignung von einfachen Bildern oder Piktogrammen hinweisen, scheint die Auswahl und Gestaltung besonders wichtig zu sein. So zeigen Brennan, Worrall und McKenna (2005) in ihrer Studie über Informationsbroschüren für Aphasiker auf, dass der Einsatz von durch Microsoft ClipArt oder Google Image Search zusammenge-

stellten Bilder das Leseverständnis nicht steigert. Zudem kritisieren McKelvey, Hux, Dietz und Beukleman (2010) am Einsatz abstrakter Piktogramme, wie sie von Long et al. (2008) eingesetzt werden, dass Aphasiker dadurch aufgefordert werden, „ [to] use their inefficient language system to master a totally new symbol system for communication purpose“ (pp. 31). In ihrer Studie über die angemessene Gestaltung von Kommunikationsmitteln (AAC`s) für schwerbetroffene Global- und Brocaaphasiker empfehlen sie hingegen den Einsatz von persönlich relevanten, aus ihrem Umfeld stammenden (kontextualisierten) Fotos vor.

Dies verstärkt den Eindruck, dass die in den Studien vorgestellten Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit eines Selbsteinschätzungsinstrumentes für Personen ungeeignet sind, die von einer schweren Aphasie, wie dem globalaphasischen oder Wernicke-Syndrom mit massiven Verständnisproblemen, betroffen sind. Aus den Studien scheint implizit die Schlussfolgerung zulässig zu sein, dass eine multimodale Gestaltung geeignet ist, um eben gerade Aphasiker mit möglichst verschiedenen Schweregraden gleichermassen befragen zu können. Dies könnte man so deuten, dass durch die Vermittlung über mehrere Kanäle es für praktisch jeden Aphasiker eine passende Kombination dabei haben sollte, damit die Frage und Antwortmöglichkeiten für ihn zugänglich werden.

3.5.Schlussfolgerung: Übertragung von in der Logopädie eingesetzten Anpassungsstrategien bei Selbsteinschätzungsinstrumenten auf das COPM

Zur Beantwortung der in dieser Bachelorarbeit aufgeworfenen Fragestellung sollen die aus den Studien gewonnenen Erkenntnisse über Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Selbsteinschätzungsinstrumenten für Aphasiker auf das COPM übertragen werden. Die Vorgehensweise, aus der Sprachtherapie Forschungsergebnisse mit einzubeziehen, hat sich angeboten, da eine rege Forschungstätigkeit zu Themen wie die Entwicklung von Erfassungsinstrumenten, die sich an der bio-psycho-sozialen Perspektive der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) orientieren, statt findet (siehe [Kagan, 2008; World Health Organization, 2001]). Die Ergebnisse der Studien sind auch für die ergotherapeutische Praxis relevant, da sie viele Ansatzpunkte bieten, wie der Einsatz des COPM bei Aphasikern ermöglicht wird und da-

durch wichtige Informationen über die Eigenwahrnehmung ihrer Betätigungserformanz gewonnen werden können.

Aus den Studienergebnissen kann gefolgert werden, dass sowohl die Fragestellungen als auch Antwortmöglichkeiten multimodal gestaltet werden müssen, damit sie für Personen mit verbalen Ausdrucks- und Verständnisschwierigkeiten zugänglich werden. Die Selbsteinschätzungsinstrumente in allen drei Studien wurden entwickelt, um sowohl für die Forschung als auch für die Praxis quantitative Daten zur Einschätzung der Wirksamkeit logopädischer Interventionen zu erhalten. Es muss unterschieden werden, welche Strategien wirklich geeignet sind, das Selbsteinschätzungsinstrument zugänglich zu machen und welche eher der methodischen Qualität eines strengen quantitativen Studiendesigns genügen müssen. In allen Studien sind die einzelnen Items schon vorgegeben und bei Long et al. (2008) gibt es sogar zu jedem ein Skript zu weiteren Kommunikationsstrategien (siehe Abbildung 2.1.). Das klientenzentrierte COPM ist darauf ausgerichtet pro Performanzbereich die jeweiligen bedeutungsvollen Betätigungen zu erfragen, in deren zufriedenstellender Ausführung der Klient Schwierigkeiten hat. In der angepassten Gestaltung muss also ein Weg gefunden werden, trotz der auch von Dalemans et al. (2009) kritisierten Vorwegnahme möglicher Antworten das COPM durch eine für Aphasiker notwendige Vorstrukturierung zugänglich zu machen und trotzdem die individuell relevanten Betätigungen zu erfassen.

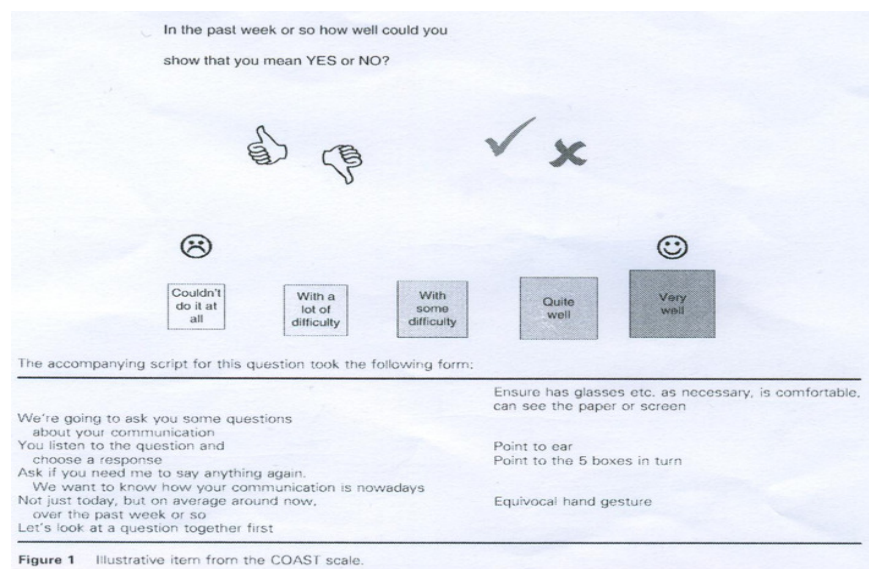


Abbildung 2.1.: Item aus der COAST-Skala von Long et al. (2008)

Eine Möglichkeit ist, zunächst die Anweisungen pro Schritt in einfachen Sätzen mit fettgedruckten Schlüsselkonzepten (Schritt 1: problematische Alltagstätigkeiten, Schritt 2: Wichtigkeit, Schritt 3: Zufriedenheit) festzuhalten. Ob auch die Schriftgrösse und –art angepasst werden sollte, kann anhand der Studienergebnisse nicht mit Sicherheit eingeschätzt werden. Bei den einzelnen Betätigungsbereichen, wo im Originalfragebogen Beispiele genannt werden, könnte eine Box herangezogen werden, in der es für Tätigkeiten der eigenen, körperlichen Versorgung, Mobilität, Haushaltsführung, Freizeitaktivitäten etc. viele verschiedene Kärtchen zur Auswahl hat. Eine weitere Möglichkeit wäre, zunächst von den Angehörigen zu erfassen, welche Betätigungen von dem Klienten durchgeführt werden, um eine Vorauswahl zu treffen und dadurch auch die kognitiven Anforderungen möglichst gering zu halten. Anhand der Aussagen könnte ein digitalisierter Fragebogen individuell gestaltet werden. Die visuelle Unterstützung durch Bilder auf den Kärtchen und eine Beschriftung sind sowohl bei Verständnisproblemen, wonach überhaupt gefragt wird, als auch bei Ausdrucksschwierigkeiten im Benennen der bedeutungsvollen Tätigkeiten sinnvoll. Lautes Vorlesen kann dabei das Verständnis einer von einer Broca- oder globalen Aphasie betroffenen Person zusätzlich unterstützen. Die Bilder können beispielsweise wie in der Studie von Dalemans et al. aus der Auswahl von über 3000 Piktogrammen von der Internetseite www.sclera.be zusammengestellt werden. Diese Piktogramme stellen das Wesentliche einer Situation ohne viel Ablenkung und einer damit einhergehenden möglichen Überforderung für Aphasiker dar. Sie befinden sich jedoch bereits auf einem hohen Abstraktionsniveau, welches wie von Schultze-Jena (2009) und McKelvey et al. (2010) erläutert, je nach Schweregrad für Aphasiker ungeeignet sein kann. Eine finanziell aufwendige Möglichkeit wäre, die in der Ergotherapie interessierenden betätigungsbasierten Bilder wie in Engell et al. (2003) professionell zeichnen zu lassen. Die Verwendung von in Internetsuchmaschinen vorhandenen Bildern und ClipArt wird nicht empfohlen. Wie die Studienauswertung ergeben hat, scheinen auch die von Long et al. (2008) verwendeten Symbole für schwerbetroffene Aphasiker ungeeignet zu sein.

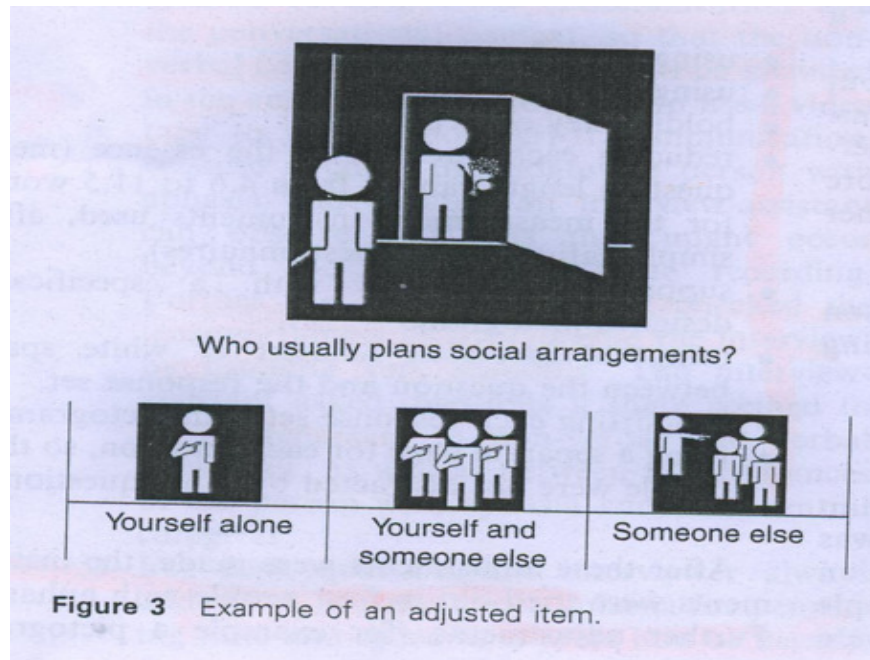


Abbildung 2.2. Item aus dem Fragebogen von Dalemans et al. (2009)

Um die Dauer der Durchführung des COPM möglichst kurz zu halten und eine Priorisierung von Zielen zu erreichen, wird selektiv vorgegangen, indem vom Klienten zuerst angegeben wird, ob die jeweilige Tätigkeit überhaupt wichtig und problematisch für ihn ist oder nicht. Dies kann wie bei dem ebenfalls problemfokussierten ALQI von Engell et al. durch die Abbildung eines nach oben und unten gerichteten Daumens geschehen. Anschliessend kann mit den drei Smilies erfasst werden, ob die Durchführung der Tätigkeit als problematisch, indifferent oder unproblematisch eingeschätzt wird. Um bei der Einschätzung der Performanz und Zufriedenheit die kognitiven Anforderungen zu reduzieren, eignet sich eine Bewertung mit fünf anstelle von zehn Ausprägungen wie bei dem Ergebnismessinstrument COAST-Skala von Long et al., in Form von grösser werdenden Boxen. Durch diese Bewertung kann sodann eine Priorisierung von Zielen erfolgen. Da eine Erfassung von Veränderungen in der Eigenwahrnehmung von Betätigungsperformanz auch bei fünf Ausprägungen möglich ist, kann sodann zu einem späteren Zeitpunkt das Behandlungsergebnis gemessen werden.

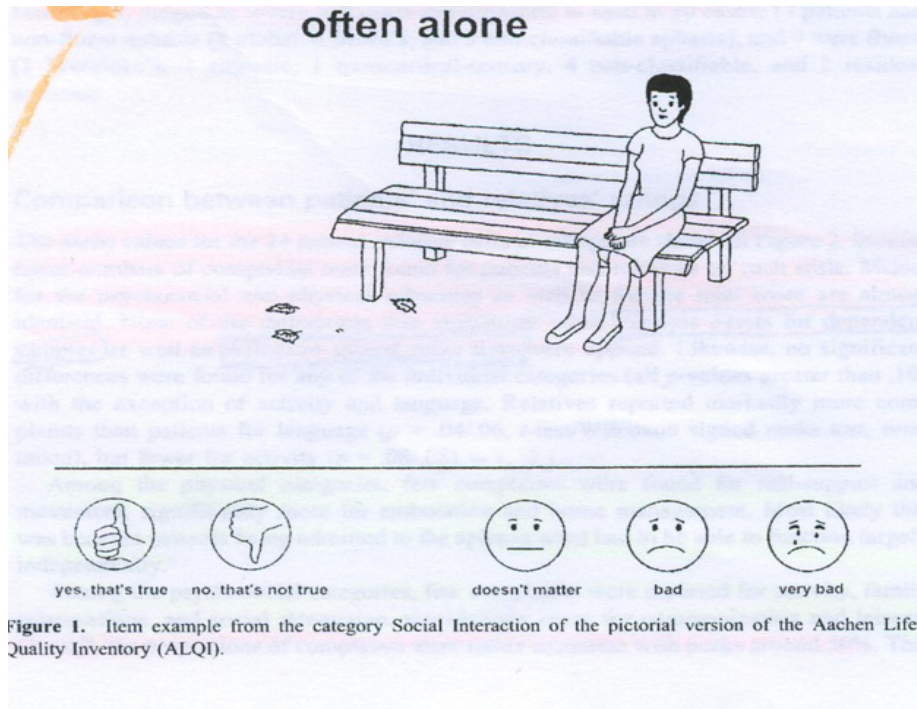


Abbildung 2.3.: Item aus dem ALQI von Engell et al. (2003)

Wird eine vorgeschlagene Kärtchenbox eingesetzt, können für den befragten Aphasiker ebenfalls Bewertungskarten gestaltet werden und die Ergotherapeutin notiert die Einschätzungen auf einem separaten Auswertungsbogen. Ansonsten können bei einem individuell gestalteten COPM in Papierform alle Bewertungen pro Bild in einer rechten Spalte platziert werden. Die Antwortmöglichkeiten können jeweils auch nonverbal angetippt werden, falls insbesondere eine Beeinträchtigung in der Sprachproduktion, also eine globale oder Brocaaphasie vorliegt. Zusätzlich muss eingeschätzt werden, wie viele Items pro Seite verwendet werden, dass keine Ablenkung durch zu viele Stimuli erfolgen kann. Falls wie von Dalemans et al. vorgeschlagen, pro Bild eine Seite gewählt wird, empfiehlt es sich, ein kleineres Format als A4 zu verwenden.

Während der kritischen Analyse der Studien entstand der Eindruck, dass es insbesondere schwierig ist, mit einem standardisierten, multimodalen Fragebogen schwerbetroffene Aphasiker zu befragen, die sowohl in ihrer Sprachproduktion als auch dem Sprachverständnis massiv eingeschränkt sind. Trotz dem Einsatz zusätzlicher verbaler und nonverbaler Kommunikationsstrategien, kann die Erfassung erfolglos sein und es müssen möglicherweise, wie von Pollock und McColl

(2002) erläutert, Angehörige befragt werden. Dennoch könnte es einen Versuch wert sein, die Angehörigen zu bitten, zu Hause und im Umfeld des Klienten kontextualisierte Fotos zu machen oder aus Fotoalben Bilder mitzubringen, auf denen der Klient seinen bedeutungsvollen Betätigungen nachgeht. Vielleicht kann so keine Bewertung der Performanz und Zufriedenheit durch den Klienten erfolgen. Doch er könnte zumindest durch eine persönliche Auswahl einbringen, welche Tätigkeiten für ihn am wichtigsten sind und in der Ergotherapie gefördert werden sollen.

4. Ausblick: Überlegungen zur Bedeutung der Resultate für die Praxis

In der Einleitung wurden die Vorzüge klientenzentrierter Ergotherapie vorgestellt. Damit diese auch aphasischen Klienten zukommen, ist die zugängliche Gestaltung des COPM eine Möglichkeit, um ihn aktiv in den Zielsetzungs- und Planungsprozess mit einzubeziehen. Trotzdem wirkt die Anpassung eines Erfassungsinstruments wie ein Tropfen auf einen heißen Stein: Neben der eigentlichen Erfassung müssen auch eine Diskussion über die Auswertung des COPM, Behandlungsansätze und deren Auswahl bezogen auf die Zielsetzungen und viele weitere Auseinandersetzungen folgen. Im Praxisalltag müssen daher stets weitere (Kommunikations-) Strategien zum Einsatz kommen, damit aphasische Klienten angemessen in der Verbesserung ihrer Betätigungsperformanz begleitet werden.

Obwohl die vorgestellten Strategien den Einsatz der logopädischen Selbsteinschätzungsinstrumente ermöglicht haben, gibt es keine Evidenz, ob die vorgeschlagenen Anpassungen des COPM geeignet sind, dieses für Aphasiker zugänglich zu machen. Zu individuell ist das Konstrukt der Eigenwahrnehmung von Betätigungsperformanz und bedeutungsvolle Tätigkeiten können nicht wie in den analysierten Studien in einem standardisierten quantitativen Fragebogen Item für Item für jeden Klienten gleichermassen aufgeführt werden. Es scheint sehr unrealistisch zu sein, dass demnächst in der Forschung angestrebt wird, gerade das COPM an Aphasiker anzupassen – es stellt sich auch die Frage, ob dies den für die Praxis überhaupt nötig wäre? Eine geringe Evidenz bezüglich generell geeigneter Anpassungsstrategien bei Selbsteinschätzungsinstrumenten ist dennoch vorhanden. Diese wird auch dadurch untermauert, dass einige Erklärungen gefun-

den wurden, weshalb die eingesetzten Strategien bei Aphasikern verschiedener Schweregrade geeignet sind.

Die geringe Evidenzlage sollte Ergotherapeutinnen nicht davor abschrecken, wie in der Logopädie auch, in einem bisher wenig untersuchten Themenbereich im Praxisalltag nach Möglichkeiten zu suchen, das COPM an Aphasiker anzupassen. Am meisten geeignet scheint die Entwicklung verschiedener Variationen des COPM zu sein. Dies, um einerseits mild betroffene Aphasiker durch stark reduzierte Anforderungen nicht zu kränken und andererseits schwerbetroffene Globalaphasiker nicht zu überfordern. Diese Entwicklung, insbesondere die Zusammenstellung geeigneter Bilder, scheint sehr zeitaufwändig und kostenintensiv zu sein. Dabei würde es keinen Sinn machen, dass in mehreren Institutionen verschiedene COPM`s für Aphasiker erstellt werden. Vielmehr wäre eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit angezeigt. Mit aphasischen Klienten erfahrene Ergotherapeutinnen könnten gemeinsam geeignete COPM`s erstellen, diese anhand der Erfahrungen und Beobachtungen während ihrem Einsatz weiterentwickeln und durch Schulungen von interessierten Arbeitskolleginnen und deren Rückmeldungen das ergotherapeutische Repertoire stetig weiter vorantreiben.

5. Verzeichnisse

5.1. Literaturverzeichnis

- Brennan, A., Worrall, L. & McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: an exploratory study. *Aphasiology*, 19, 693 -711.
- Craik, J., Davis, J. & H.J. Polatajko (2007). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF). Amplifying the context. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko (eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (pp. 229 - 246). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22, 542 -555.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders* (provisionally accepted on April 9th 2009).⁹
- Dalemans, R., Wade, D., van den Heuvel, W. & de Witte, L. (2009). Facilitating the participation of people with aphasia in research: a description of strategies. *Clinical Rehabilitation*, 23, 948 – 959.
- Diekmann, A. (2004). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt.
- Engell, B., Hütter, B.-O., Willems, K. & Huber, W. (2003). Quality of life with aphasia: Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17, 383 – 396.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen et al. (2008). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22, 258 – 280.
- Kolster, F. (2009). Apraxien. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*(2. Auflage) (S. 577 - 601). Stuttgart: Thieme.

⁹ Vielen Dank an Ruth Dalemans für die freundliche Zustellung des noch unveröffentlichten Artikels.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form - Quantitative Studies*. Hamilton: McMaster University.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M.A., Pollock, N. & Baptiste, S. (2004). Das kanadische Modell der "occupational performance" und das "Canadian Occupational Performance Measure". In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B.M. Hack & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (2. Auflage) (S. 137 – 152). Berlin: Springer.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., Westmorland, M. (2007) *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)*. Hamilton: McMaster University.
- Long, A.F., Hesketh, A., Paszek, G., Booth, M. & Bowen, A. (2008). Development of a reliable self-report outcome measure for pragmatic trials of communication therapy following stroke: the Communication Outcome after Stroke (COAST) scale. *Clinical Rehabilitation*, 22, 1083 – 1094.
- Maitra, K.M. & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60, 298 – 310.
- McKelvey, M.L., Hux, K., Dietz, A. & Beukleman, D.R. (2010, February). Impact of personal relevant and contextualisation of word-picture matching by people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 22 – 33.
- Parker, D.M. & Sykes, C.H. (2006). A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 150 – 160.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C-J. & Trentham, B. (2007). Occupation-based practice: The essential elements. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko (eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (pp. 203 - 228). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. et al. (2007). Specifying the domain of concerns: Occupation as core. In E. A. Townsend & H.J. Polatajko (eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (pp. 13 -36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pollok, N., McColl, M.A. & Carswell, A. (2002). Das Canadian Occupational Performance Measure. . In T. Sumsion (Hrsg.), *Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis* (B. & J.,Dehnhardt, Übers.) (S. 113 - 126). Stuttgart: Thieme.
- Prosiegel, M. & Böttger, S. (2007). *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation* (4. Auflage). München: Pflaum.
- Schöler, M. & Grötzbach, H. (2002). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer.
- Schultze-Jena, A. (2009). Aphasische Patienten in der Ergotherapie. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage) (S. 685 – 695). Stuttgart: Thieme.
- Sumsion, T. (2002a). Überblick über klientenzentrierte Praxis. In T. Sumsion (Hrsg.), *Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis* (B. & J.,Dehnhardt, Übers.) (S. 1 – 15). Stuttgart: Thieme.
- Sumsion, T. (2002b). Der Klientenzentrierte Ansatz. In T. Sumsion (Hrsg.), *Klientenzentrierte Ergotherapie. Umsetzung in die Praxis* (B. & J.,Dehnhardt, Übers.) (S. 19 – 23). Stuttgart: Thieme.

Elektronische Quellen

- Aphasia Group, University of Nebraska-Lincoln (2010). *Using Augmentative and Alternative Communication with People with Aphasia* [On-Line]. Available: <http://www.unl.edu/aphasia/AAC> (16. 03. 2010).

Hofer, K., Pensel, B. & Rudin, B. (2008). *Assessments Top 15 – oder “Wie ergotherapeutisch sind unsere meist genutzten Assessments?” Ergebnisse aus der Aktualisierung der Datenbank über die Ergotherapie in der Rehabilitation* [On-Line]. Available: http://www.iger.ch/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=14 (16. 03. 2010).

Fassmann, H. (2008). *Evaluation des Modellprojekts “Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)”*. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Freidrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg [On-Line]. Available: http://www.ifes.unie-erlangen.de/pub/pdf/m_4_2008.pdf (16. 03. 2010)

5.2.Literaturempfehlungen

Modelle:

Canadian Association of Occupational Therapists[CAOT] (1997). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

George, S. (2002). *Praxishandbuch COPM: Darstellung des COPM und Entwicklung eines Praxisleitfadens zur Durchführung des Interviews in der neurologischen Klinik*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Kielhofner, G., Marotzki, U. & Metrup, Ch. (Hrsg.) (2005). *Model of human occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Townsend, E. & Polatajko, H. (eds.) (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

World Health Organization [WHO] (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Genf: World Health Organization.

Aphasie:

Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen et al. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22, 258 – 280.

Schöler, M. & Grötzbach, H. (2002). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer.

Nonverbale Verhaltensstrategieen:

Feiler, M. (2003). Die verschiedenen Formen des Klinischen Reasoning. In M. Feiler (Hrsg.) *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie. Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*, (S. 7 – 97). Berlin: Springer.

Taylor, R.R. (2008). *The intentional relationship: occupational therapy and use of self*. Philadelphia: F.A. Davies Co..

Ergotherapie bei weiteren neurologischen Störungsbildern:

Dünwald, U. (2009). Hemiplegie. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage) (S. 203 - 263). Stuttgart: Thieme.

Kolster, F., Leidag, T. & Lehnguhn, R. (2009). Neglekt und Extinktion. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage) (S. 456 - 499). Stuttgart: Thieme.

Kolster, F. (2009). Apraxien. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage) (S. 577 - 601). Stuttgart: Thieme.

Ott-Schindele, R. (2009). Schwere erworbene Hirnschädigungen. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Auflage) (S.263 - 287). Stuttgart: Thieme.

5.3. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| ALQI | Aachen Life Quality Inventory |
| CMOP-E | Canadian Model of Occupational Performance and Engagement |
| COAST | Communication Outcome after Stroke |
| COPM | Canadian Occupational Performance Measure |
| IGER | Interessengemeinschaft Ergotherapie in der Rehabilitation |
| ICF | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit |
| MOHO | Model of Human Occupation |
| WHO | World Health Organization |

5.4. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-------|
| Tabelle 1.1. Ein- und Ausschlusskriterien für die Studiauswahl | S. 08 |
| Tabelle 2.1. Überblick über das Störungsbild Aphasie | S. 12 |
| Tabelle 2.2. Aphasiesyndrome und deren Leitsymptome | S. 13 |
| Tabelle 2.3. Anpassungsstrategien für zugängliche Selbsteinschätzungsinstrumente | S. 26 |
| Appendix A Auflistung von Begleitstörungen einer Aphasie | S. 43 |
| Appendix B Auflistung der von einer kritischen Analyse ausgeschlossenen Studien | S. 44 |
| Appendix E Aphasische Symptome und Störungsmerkmale | S. 47 |

5.5. Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Abbildung 2.1. Item aus der COAST-Skala von Long et al. (2008) | S. 31 |
| Abbildung 2.2. Item von Dalemans et al. (2009) | S. 32 |
| Abbildung 2.3. Item aus dem ALQI von Engell et al. (2003) | S. 33 |
| Appendix C Fragen der deutschen Version des COPM | S. 45 |
| Appendix D Lokalisation verschiedener Aphasiesyndrome | S. 47 |

6. Danksagung

Ich möchte mich zunächst für das Interesse, die Ablenkung und das Engagement beim Lektorat von meiner Familie und Freunden bedanken. Besonderer Dank für intensive und konstruktive Besprechungen und die motivierende Begleitung gilt meiner Betreuungsperson Andrea Weise. Ihre Inputs und Offenheit gegenüber meinen Ideen waren jeweils sehr bereichernd und halfen mir, einen Weg zu finden, um diese Arbeit gedeihen zu lassen. Roman Kuster danke ich für seine liebevolle Geduld, um mir ein Verständnis für die in den quantitativen Studien eingesetzten statistischen Berechnungen zu vermitteln.

7. Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Datum und Unterschrift

8. Anhang

Appendix A: Auflistung von Begleitstörungen einer Aphasie

| | Störungsbild | Zuständige Berufsgruppe |
|-----------------------------------|--|--|
| Medizinisch-pflegerische Probleme | (Zentrale) Schmerzen, veränderte Temperatur- und Tastempfindungen | Neurologie/ Ergotherapie/ Physiotherapie |
| | Epilepsie | Neurologie/ Epileptologie |
| | Dekubitus/Inkontinenz | Pflege |
| Sensomotorische Probleme | Hemiplegie/-parese (rechts) und gestörte Tiefensensibilität | Physiotherapie/ Ergotherapie/ Sporttherapie |
| | Fazialisparese (rechts) | Logopädie/ Physiotherapie |
| | Dysphagie | Logopädie/ Diätberatung/ Pflege/ Neurologie/ HNO-Medizin/ Phoniatrie |
| | Dysarthrophonie/ Sprechapraxie | Logopädie |
| Neuropsychologische Probleme | Hemianopsie/ Doppelbilder | Orthoptik |
| | Neglect | Neuropsychologie/ Orthoptik |
| | Anosognosie | Neuropsychologie |
| | Apraxie | Ergotherapie/ Neuropsychologie |
| | Agnosie/ Amnesie | Neuropsychologie |
| | Vigilanzminderung | Gesamtes therapeutisches Team |
| | Aufmerksamkeitsdefizite | Neuropsychologie |
| | Störungen der Affekt- und Impulskontrolle | Neuropsychologie/Neurologie |
| | Störungen der Exekutivfunktionen | Neuropsychologie |

Quelle: Schöler und Grötzbach (2002, S. 13)

Appendix B: Auflistung der von einer kritischen Analyse ausgeschlossenen Studien

| Studie | Begründung |
|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Brennan, A., Worrall, L. & McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: an exploratory study. <i>Aphasiology</i>, 19, 693 -711. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: social and emotional health, and psychological well-being. <i>Aphasiology</i>, 17, 333 – 354. | Px |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dalemans, R., de Witte, L., Lemmens, J., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 22, 542 – 555. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2009). Social participation through the eyes of people with aphasia. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i> (provisionally accepted on April 9th 2009). | Pr |
| <ul style="list-style-type: none"> • Doyle, P.J., McNeil, M.R., Hula, W.D. & Mikolic, J.M. (2003). The Burden of Stroke Scale (BOSS): validating patient-reported communication difficulty and associated psychological distress in stroke survivors. <i>Aphasiology</i>, 17, 291 -304. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hilari, K. & Byng, S. (2001). Measuring quality of life in people with aphasia: the stroke specific quality of life scale. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i>, 36(Suppl), 86 – 91. | Pr |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. <i>Stroke</i>. 34, 1944 – 1950. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hilari, K., Owen, S. & Farrelly, S.J. (2010). Proxy and self-report agreement on the Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39. <i>Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry</i>, 78, 1072 -1075. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T. & Sharp, S. (2008). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. <i>Aphasiology</i>, 22, 258 – 280. | As |
| <ul style="list-style-type: none"> • Luck, A.M. & Rose, M.L. (2007). Interviewing People with aphasia: insights into method adjustments from a pilot study. <i>Aphasiology</i>, 21, 208 - 224. | As |

Legende: **Ass:** Studie nimmt keinen Bezug zu und/oder es fehlen Erläuterungen über Anpassungsstrategien im Rahmen eines Assessments. **Pr:** Journal ist nicht peer reviewed. **Px:** Es werden nicht von einer Aphasie betroffene Personen selbst, sondern deren Angehörige befragt.

Appendix C: Fragen der deutschen Version des COPM

Schritt 1: Identifizieren von Occupational-Performance-Problemen

Es geht darum, Occupational-Performance-Probleme, -Belange und -Anliegen zu erkennen. Interviewen Sie den Klienten, fragen Sie nach Alltagstätigkeiten der Selbständigkeit, Produktivität und Freizeit. Bitten Sie den Klienten, alle Dinge zu nennen, die er tun möchte, muss oder die von ihm erwartet werden, indem er sich einen typischen Tagesablauf vorstellt. Dann bitten Sie ihn, diejenigen Tätigkeiten zu nennen, bei denen er zur Zeit Schwierigkeiten hat, sie zufriedenstellend auszuführen.
Tragen Sie diese Schwierigkeiten bei Schritt 1A, 1B oder 1C ein.

Schritt 2: Einstufung der Wichtigkeit

Bitten Sie den Klienten, mit Hilfe der beiliegenden Einstufungskarte die Wichtigkeit jeder Tätigkeit von 1 bis 10 einzustufen.
Tragen Sie die Einstufungen in die entsprechenden Kästchen bei den Schritten 1A, 1B und 1C ein.

Schritt 1A: Selbstversorgung

eigene körperliche Versorgung _____
(z.B. Anziehen, Sichwaschen, Hygiene, Essen)

Mobilität _____
(z.B. Transfer, Fortbewegung drinnen, draußen)

Regelung persönlicher Angelegenheiten _____
(z.B. Transport, Einkaufen, Finanzen)

Wichtigkeit

Schritt 1B: Produktivität

Bezahlte / unbezahlte Arbeit _____
(Arbeitsplatz finden/ erhalten, ehrenamtliche Tätigkeit)

Haushaltsführung _____
(z.B. Saubermachen, Wäsche, Kochen)

Spiel /Schule _____
(z.B. Spielen, Hausaufgaben)

Wichtigkeit

Schritt 1C: Freizeit

Ruhige Erholung
(z.B. Hobbies,
Basteln, Lesen)

Aktive Freizeit
(z.B. Sport,
Ausflüge, Reisen)

Soziales Leben
(z.B. Besuchen,
Telefonieren, Parties,
Korrespondenz)

Wichtigkeit

Schritt 3 + 4: Bewerten - Ersterhebung und erneute Erhebung

Lassen Sie den Klienten die 5 wichtigsten Probleme benennen und tragen Sie sie unten ein. Bitten Sie den Klienten, mit den Einstufungskarten jedes Problem im Hinblick auf die Ausführung (Performanz) und auf die Zufriedenheit einzustufen. Rechnen Sie die Durchschnittswerte aus, indem Sie alle Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte addieren und die Summe dann durch die Anzahl der in Schritt 3 genannten Probleme dividieren. Bei der erneuten Erhebung stuft der Klient wieder für jedes Problem die Performanz und die Zufriedenheit ein. Errechnen Sie die neuen Werte und die Werteveränderung.

Ersterhebung:

Occupational-Performance-Probleme:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Performanz 1 Zufriedenheit 1

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Erneute Erhebung:

Performanz 2 Zufriedenheit 2

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bewertung:

Durchschnittswert = $\frac{\text{Gesamt-Performanz- bzw. Zufriedenheits-Werte}}{\text{Anzahl der Probleme}}$

Performanz-Wert 1 Zufriedenheits-Wert 1

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

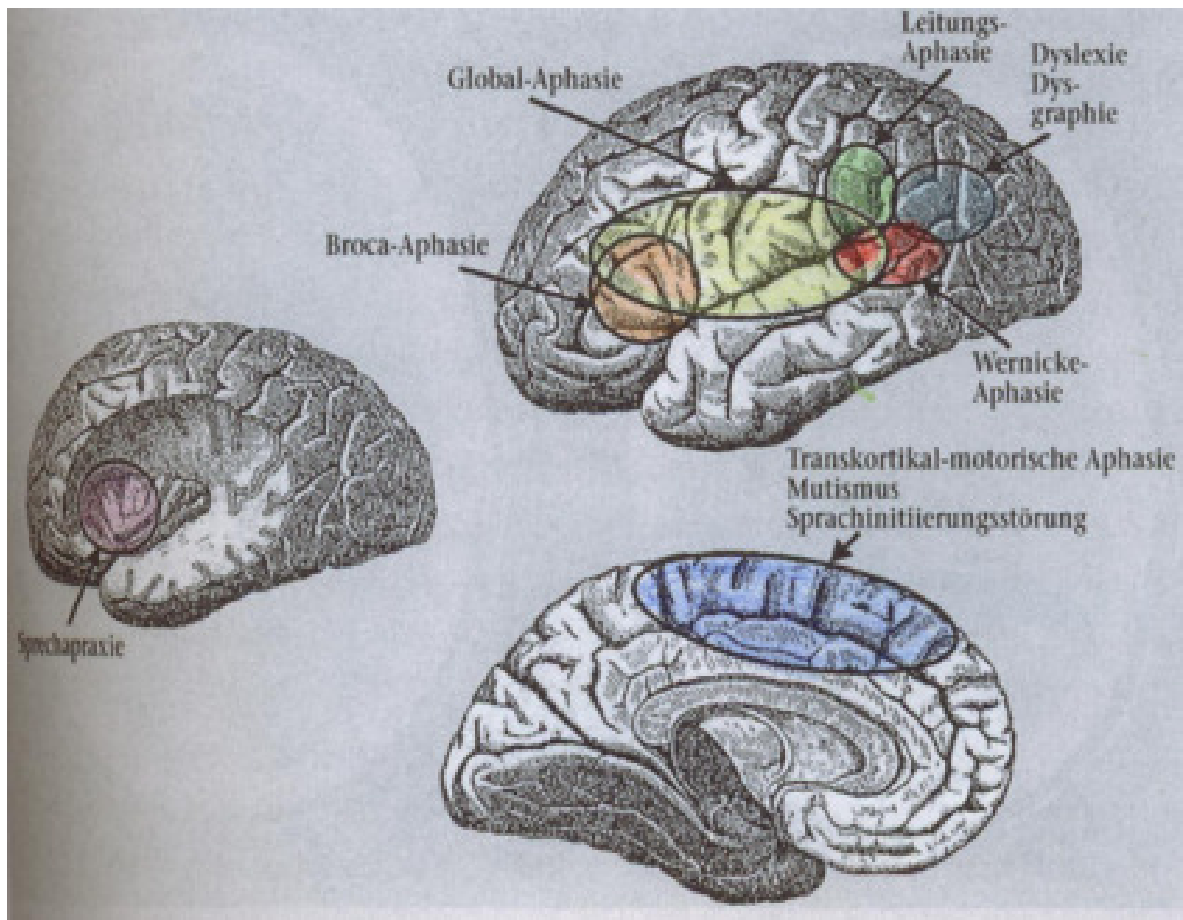
Performanz-Wert 2 Zufriedenheits-Wert 2

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Veränderung der Performanz = Performanz-Wert 2 minus Performanz-Wert 1 =

Veränderung der Zufriedenheit = Zufriedenheits-Wert 2 minus Zufriedenheits-Wert 1 =

Appendix D: Lokalisation verschiedener Aphasiesyndrome



Quelle: Prosiegel und Böttger (2007, S. 127)

Appendix E: Aphasische Symptome und Störungsmerkmale

| Symptome | Störungsmerkmale | Definition |
|---------------------------------------|------------------|--|
| Automatisierte Sprech-elemente | Echolalie | Wiederholen einer Äußerung des Gesprächspartners mit der ohne leichte Umformungen in Wortstellung oder Wortwahl. |
| | Perseveration | Unbeabsichtigte und unpassende Wiederholung eines zuvor aktivierten Wortes oder Satz-teils, wobei der (sprachliche) Kontext eine neue Reaktion verlangt. |
| | Redefloskel | Inhaltsleere Redewendung, die variabel in Wortwahl und Länge ist und vereinzelt auftritt. |

| Symptome | Störungsmerkmale | Definition |
|-------------------------|---|---|
| Agrammatismus | Stereotypie/ Sprachautomatismus | Ein Wort oder eine Redefloskel, das/die kontextadäquat, aber formstarr ist und ständig wiederkehrt/ Ein Wort oder eine Redefloskel, das/die formstarr ist, ständig wiederkehrt, weder lexikalisch noch syntaktisch in den sprachlichen Kontext passt und gegen die vom Gesprächspartner erwartete Intention hervorgebracht wird. |
| | „recurring utterances“ | Sprachautomatismen, die ausschliesslich aus einer flüssigen Aneinanderreihung von Silben, Wörtern oder Phrasen besteht. |
| | Ein- und Zweiwortsätze/ Kurze, einfache Sätze bzw. unvollständige Sätze | Aneinanderreihung einzelner Inhaltswörter ohne grammatische Verknüpfung/ Sätze mit Subjekt und Prädikat ohne Einbettung von attributiven Ergänzungen oder Nebensätzen. |
| | Satzabbruch | Ein begonnener Satz wird unvollständig abgebrochen. |
| Paragrammatismus | Fehlende Funktionswörter/ Fehlende Flexionsformen | Auslassen von Artikeln, Pronomen, Präpositionen/ Fehlende Deklination von Nomen, Adjektiven oder Artikeln bzw. fehlende Konjugation von Verben. Redefloskeln werden hingegen grammatikalisch korrekt gebildet. |
| | Lange, komplexe Sätze Satzverschränkung | Sätze mit Einbettungen von attributiven Ergänzungen oder Nebensätzen, die dadurch oft von auffälliger Länge und verschachtelt sind. Überschneidung von zwei Satzstrukturen, die ohne sprachliches Suchverhalten in einem Intonationsbogen gesprochen werden. Dabei ist das verschränkende Satzteil sowohl Bestandteil des ersten wie auch des zweiten Satzes. |
| | Verdopplung von Satzteilen | Identische Satzteile werden innerhalb eines Satzes unpassend wiederholt, wobei im Gegensatz zur Perseveration an dieser Stelle kein (anderes) Wort oder Satzteil erforderlich wäre. |
| Paraphasie | Falsche Flexionsformen | Unpassende Deklination von Nomen, Adjektiven, Artikeln oder Pronomen bzw. unpassende Konjugation von Verben. |
| | Semantische/ Phonematische Paraphasie | Fehlerhaftes Auftreten eines Wortes, das zum Zielwort entweder eine bedeutungsmässige Ähnlichkeit hat oder grob davon abweicht/ Lautliche Veränderung eines Wortes durch Ersetzung, Auslassung, Hinzufügung oder Umstellung einzelner Laute, Zielwort erkennbar. |

| Symptome | Störungsmerkmale | Definition |
|--------------------------------|--|--|
| | Conduite d`approche/ Conduite d`écart | Stufenweises semantisches oder phonematisches Annähern an das/Abdriften vom Zielwort im Rahmen eines Selbstkorrekturversuch. |
| Neologismus | Semantischer/ Phonematischer Neologismus | Zusammengesetztes Wort, das in der Standardsprache nicht üblich ist/ Lautliche Veränderung eines Wortes, die dazu führt, dass ein Zielwort nicht mehr erkannt wird. |
| Suprasegmentale Störung | Logorrhö | Ungehemmte, überschüssige Sprachproduktion. Selbst auf geschlossene Fragen reagiert der Klient mit ausschweifenden Äusserungen, lassen sich dabei oft schlecht unterbrechen. |
| | Nichtflüssige Sprachproduktion | Viele Unterbrechungen und verlangsamte Sprechgeschwindigkeit bei einer durchschnittlichen Phrasenlänge von weniger als fünf Wörtern. |
| | Sprachanstrengung | Schwierigkeit, Gedanken sprachlich auszudrücken aufgrund von phonematischen, semantischen oder morpholo-syntaktischen Störungen. |
| | Semantischer/ Phonematischer Jargon | Sinnlose Aneinanderreihung von semantischen/ phonematischen Paraphasien oder Neologismen und Redefloskeln bei flüssiger Sprachproduktion. |
| Wortfindungsstörungen | Störungen in der Wortbedeutung | Stocken im Sprachfluss, wobei offensichtlich ein bestimmtes Wort nicht zur Verfügung steht. Stattdessen kommt es zu Interjektionen, Redefloskeln, Wortwiederholungen oder Satzabbrüchen, die Bedeutung des Zielwortes ist ungenau oder verfälscht, kompensatorisch kommt es v.a. zu semantischen Paraphasien |
| | Störung in der Wortformaktivierung | Stocken im Sprachfluss, wobei offensichtlich ein bestimmtes Wort nicht zur Verfügung steht. Stattdessen kommt es zu Interjektionen, Redefloskeln, Wortwiederholungen oder Satzabbrüchen. Die Bedeutung des Wortes ist klar, das Wort kann kompensatorisch gut umschrieben werden. |

Quelle: Schöler und Grötzbach (2002, S. 20 – 25)

