

Logopädische Diagnostikstandards für Aphasie

1. Definition

Eine Aphasie ist eine erworbene zentrale Sprachstörung, welche aus linguistischer Sichtweise durch eine Beeinträchtigung aller Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Lexikon, Semantik und Syntax) charakterisiert ist. Die Störungen erstrecken sich in unterschiedlichem Schweregrad über die vier sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben. Bei einer Aphasie sind grundsätzlich die gleichen Symptome in allen Modalitäten nachweisbar (Huber et al. 2006).

2. Ätiologie

Aphasien nach Huber et al. (2006, 24) entstehen aufgrund einer Läsion der sprachdominanten, meist linken Hemisphäre. Die häufigste Ursache für das Auftreten einer Aphasie im Erwachsenenalter ist ein zerebraler Gefäßinsult. Die häufigsten weiteren Krankheitsursachen sind Schädel-Hirn-Traumata, Tumore, Enzephalitis und Hirnabbauprozesse.

3. Klassifikation

Generell unterscheidet man, je nach Flüssigkeit spontaner Sprachproduktion, zwischen flüssigen und nicht-flüssigen Aphasien und klassifiziert Aphasien in verschiedene Syndromformen.

Diese Einteilung in **flüssige und nicht-flüssige Aphasien** ist insbesondere in den ersten vier bis sechs Wochen nach dem Krankheitsereignis (Akutphase/Aktivierungsphase) sinnvoll, da zu diesem frühen Zeitpunkt die individuelle Symptomatik der Aphasie noch sehr variabel ist. Erst nach vier bis sechs Wochen lassen sich Aphasien zuverlässig in die Standardsyndrome/Sonderformen einteilen.

Für eine differenzierte Beschreibung von Aphasien ist die Klassifikation in Syndrome sinnvoll, da diese Terminologie auch Ärzten und Krankenkassen bekannt ist und die disziplinenübergreifende Kommunikation erleichtert wird. Jedes Syndrom basiert auf einer charakteristischen Symptomzusammensetzung, wobei die Ausprägung der Symptomatik innerhalb der einzelnen Syndrome variiert. Dabei wird bei den **vier Standardsyndromen** zwischen der Globalen Aphasie, der Broca-Aphasie, der Wernicke-Aphasie und der Amnestischen Aphasie unterschieden.

Außer den vier Standardsyndromen sind noch **vier Sonderformen** zu unterscheiden: Leitungsaphasie, transkortikal-motorische Aphasie, transkortikal-sensorische Aphasie und gemischt-transkortikale Aphasie (vgl. Huber et al. 2006, Tesak, 2006).

In der klinischen Praxis kommt es immer wieder vor, dass sich eine aphasische Störung nicht einem der beschriebenen Syndrome zuordnen lässt. D.h., dass diese nicht – klassifizierbar ist. Insbesondere bei nicht – vaskulären Aphasien

kommt dies vor. In diesen Fällen bietet sich eine Einteilung in flüssig/nicht flüssig auch über die Akutphase hinaus an.

In jedem Fall empfiehlt sich die Beschreibung der individuellen Symptomatik.

4. Befunderhebung

Die Diagnostik von Aphasien wird grundsätzlich von Logopäden (bzw. Sprachtherapeuten) durchgeführt.

In der **Akutphase** (bis zu ca. vier bis sechs Wochen nach dem Ereignis) verändern sich die Symptome in hohem Maße, sodass eine zuverlässige Diagnose von Art und Ausmaß der Aphasie nicht möglich ist (vgl. Huber et al., 2006, 70). Auch aus medizinischer Sicht kann noch nicht zwischen den Auswirkungen einer dauerhaften Hirnschädigung und vorübergehenden funktionellen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Die sprachliche Stimulierbarkeit des Patienten kann dennoch ermittelt werden. Ist der Patient nicht zu schwer beeinträchtigt, kann bereits in der Akutphase zwischen aphasischen, dysarthrischen und sprechapraktischen Symptomen einerseits und nicht-aphasischen Kommunikationsstörungen andererseits unterschieden werden (siehe auch Diagnostikstandards Dysarthrie und Sprechapraxie). Gegen Ende der Akutphase werden die Symptome stabiler und eine differenzierte Diagnostik ist möglich.

Im weiteren Verlauf der Rehabilitation unterscheidet man zwischen der **postakuten Phase** (2. bis 12. Monat nach dem Ereignis) **und der chronischen Phase** (ab dem 12. Monat nach dem Ereignis). Es gilt zu überprüfen, ob eine aphasische oder nicht-aphasische Störung vorliegt. Aphasische Störungen sind differentialdiagnostisch von sprechmotorischen Störungen (Dysarthrien, Sprechapraxien) und modalitätsspezifischen Störungen (z.B. zentrale Hörstörungen) zu differenzieren.

Zunächst wird eine **soziale und medizinische Anamnese** erhoben. Das Gespräch erfolgt, den Umständen des Patienten angepasst, in einer freien und/oder spezifische Befragung. Die Eigenanamnese des Patienten wird durch die Befragung der Angehörigen bzw. Personen aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld des Betroffenen (Fremdanamnese) ergänzt (Leitlinien der GAB & DGNKN, 2000,3). Im Anamnesegespräch werden Informationen zur Vorgeschichte, zur subjektiv erlebten Problematik, zu den Begleitumständen und zur medizinischen Anamnese erfragt. Dabei kommen meist durch die Institution oder die Therapeutin selbst erstellte Anamnesebögen zum Einsatz. In einer spezifischen Befragung sollten Fragebögen eingesetzt werden (Beushausen, 2007). Dies sind zum Beispiel Fragebögen zur Alltagskommunikation oder Lebenssituation des Patienten, die durch einen Angehörigen ausgefüllt werden (vgl. Bongartz, 1998). Ergänzt werden diese Informationen durch medizinische und therapeutische Berichte vorangegangener Untersuchungen.

Zur **Erfassung der aphasischen Symptome** wird nach Huber et al. (2006, 68) ein Aphasietest durchgeführt. Ein Aphasietest muss eine ausreichende Anzahl und einheitlich ausgewählte Aufgaben beinhalten, die jede sprachliche Modalität (Sprechen, Lesen, Schreiben, Verstehen) und sprachsystematische Ebene

(Syntax, Morphologie, Semantik, Phonologie, Pragmatik) erfassen. Zusätzlich sollten psycholinguistische Aufgabensammlungen durchgeführt werden, die auf Sprachverarbeitungsmodellen wie z.B. dem Logogen-Modell beruhen. Dabei können spezifische Störungsmuster von Patienten besser herausgearbeitet und Hypothesen über die zugrunde liegende Störung überprüft werden.

Für die **Einschätzung der alltägliche Kommunikationsfähigkeit** des Patienten ist der Einsatz weiterer Instrumente nötig (DIMDI, 2005). In Anlehnung an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) lässt sich das Kommunikationsverhalten von Patienten beschreiben. Es werden drei Ebenen unterteilt:

1. Körperfunktionen und –strukturen: Die Beschreibung der sprachlichen Funktionsfähigkeit.
2. Aktivität: sprachliche Aktivitäten
3. Partizipation: Teilhabe an kommunikativ relevanten Situationen.

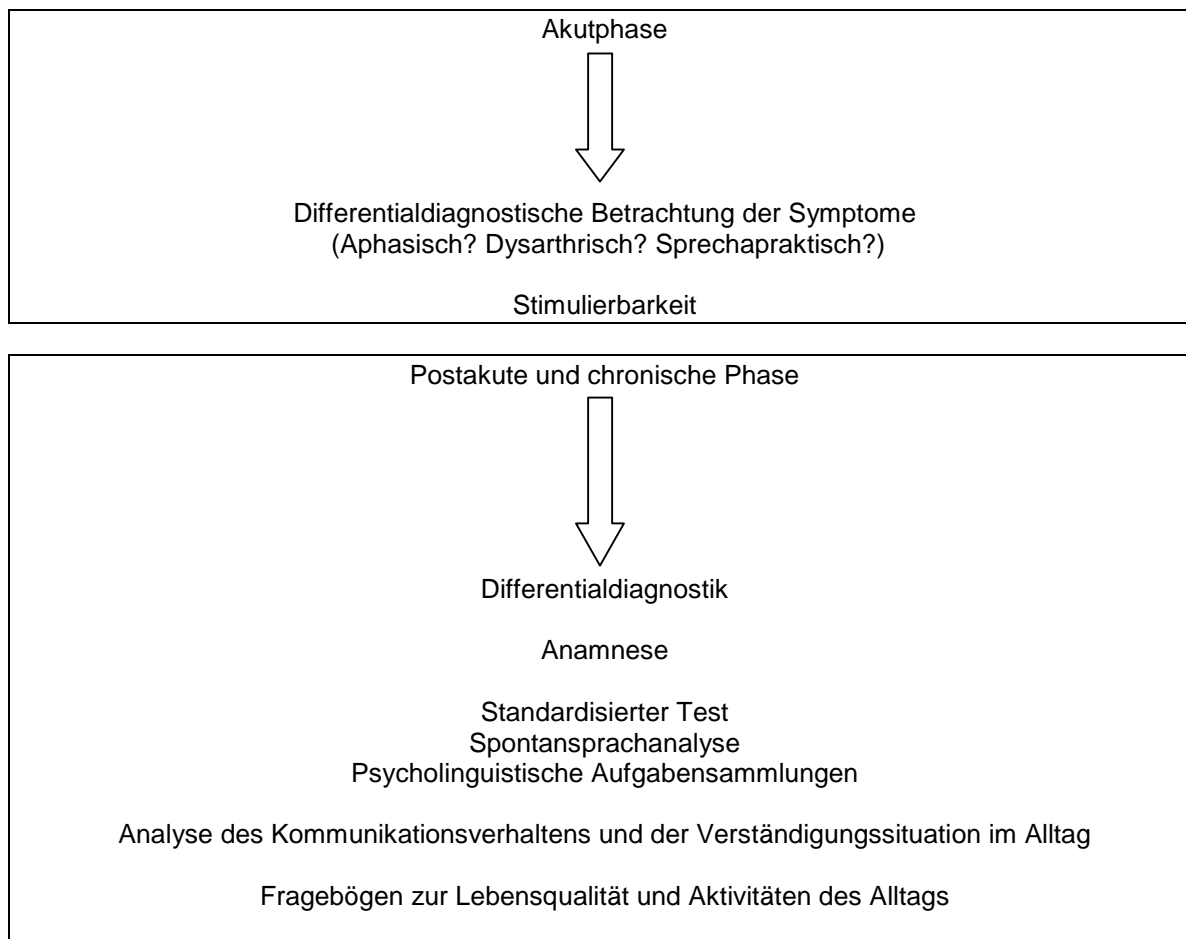
Im Rahmen der ICF-orientierten Diagnostik sollte zusätzlich eine **Analyse der Verständigungssituation im Alltag** durchgeführt werden (Grötzbach, 2008). Innerhalb dieser Analyse wird die alltagrelevante Kommunikationsbehinderung betrachtet: Wo besteht das größte kommunikative Handicap und welche Ressourcen sind vorhanden, um die Kommunikationsbehinderung möglichst wirkungsvoll zu verringern (Bucher & Boyer, 2009).

Aus den o.g. Gründen sollte die Kommunikation anhand von Interviews, Rollenspielen oder der Beobachtung von Alltagsgesprächen stattfinden. Dabei sind Gesprächsanalysen notwendig (Bongartz, 1998). Für die bestehenden Verfahren in der Aphasiediagnostik liegen noch keine ausreichenden Gütekriterien vor (vgl. Huber et al., 2006, 85, Grötzbach, 2005, 9). Im Rahmen der Aphasiediagnostik sollten außerdem partizipationsorientierte Verfahren, Verfahren zur Untersuchung von Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität durchgeführt werden (Huber, 2006, 90). Dies ist besonders wichtig, um nicht nur die Störung des Patienten in der Therapie zu untersuchen, sondern nach der ICF die Ressourcen des Patienten mit einzubeziehen.

Bei Personen mit einer Aphasie muss in der Regel eine Verlaufdiagnostik durchgeführt werden, da sich die Symptome nach der Akutphase und durch die logopädische Therapie laufend verändern. Für die Betroffenen ist es außerdem sowohl ihr Recht als auch eine Notwendigkeit zu wissen, was sie im Verlauf der Rehabilitation erreicht haben und welche Chancen sie auf eine weitere Verbesserung haben.

Ein Patient mit Aphasie durchläuft verschiedene Therapiestationen (akute Versorgung, rehabilitative und ambulante Versorgung). Hierbei ist es zu vermeiden, dass der Betroffene sich mehrmals hintereinander den gleichen Testverfahren unterzieht. Werden Tests in kurzen Abständen mehrfach hintereinander durchgeführt, sind die Ergebnisse nicht mehr reliabel und die Behandlungsfortführung verzögert sich (Lauer, 2010). Dies kann durch eine konsequent eingehaltene Berichtweiterleitung zwischen den Institutionen erreicht werden.

Ereignis



Literaturverzeichnis:

Beushausen, U. (2007). Testhandbuch Sprache. Diagnostikverfahren in Logopädie und Sprachtherapie. Verlag Hans Huber: Bern.

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

Bucher, P.O., Boyer, I. (2009). ICF in der Aphasietherapie: Ambulante Rehabilitation, in: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.) ICF in der Sprachtherapie, Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

DGNKN & GAB (2001). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Sprache, Stimme, Gehör, 25, 148-161.

DIMDI (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Download von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>, Abfrage November 2010.

Grötzbach, H. (2005). Evidenzbasierte Aphasietherapie. Forum Logopädie, 4, (19), 6-11.

Grötzbach, H. (2008). Kontext-sensitive Aphasietherapie. L.O.G.O.S. interdisziplinär, 16, 26-31.

Huber, W. Poeck, K. Springer. L. (2006). Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Lauer, N. (2010). Aphasie-Selbsthilfe. Konzepte, Strukturen und Empirie. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.

Tesak, J. (2006). Einführung in die Aphasiologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.