

### 1. Ausgangslage

Reine Aphasien sind in der Praxis eher selten. Sehr häufig sind sie Teil einer komplexen physisch-psychischen Gesamtproblematik. Die Aphasien begleitenden Störungen sind als begleitende Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen im direkten Fokus der Logopädin. Eine physische und psychische (Begleit-)Problematik nimmt teils grossen oder gar dominierenden Einfluss auf die Therapiefähigkeit und damit auf die Therapieplanung und den Therapieerfolg.

Physische Probleme werden seitens der Logopädin kooperativ mit dem Team Ärzte, Physiotherapeuten und der Pflegenden besprochen und bearbeitet. Psychische Probleme, die über eine reguläre Trauer («grief response») hinausgehen und als Depression im Rahmen einer Aphasie («poststroke depression, PSD») bezeichnet werden, sind schwieriger zu bearbeiten, da es psychologisches und neuropsychologisches Wissen als Logopädin braucht oder ein Wissen um Gesprächsmöglichkeiten als Psychologin / Neuropsychologin.

PSD wird im deutschsprachigen Raum eher wenig als Aufgabenfeld in der Rehabilitation diskutiert. Dies liegt zum Teil daran, dass bereits die Diagnosestellung PSD oft ausbleibt. KAMPFHAMMER bemerkt hierzu: «*Da Patienten mit prominenten aphasischen Symptomen oder demenziellen Syndromen in den meisten Poststroke-Depressionsstudien nicht erfasst wurden, dürfte es sich bei den berichteten Häufigkeiten um eine tendenziell unterschätzte depressive Komorbidität handeln*» (KAMPFHAMMER 2011, 255). Mit der ausbleibenden Diagnostik geht einher, dass Zuständigkeiten und interprofessionelle Behandlungskonzepte ungeregelt bleiben (vgl. JUNGEHÜLSING & ENDRES 2015, 93).

Beim derzeitigen Stand ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel aller Menschen mit Aphasie an einer Depression (PSD) leidet. Dies wird in der Befragung von CARR (2017) bestätigt. Ungeklärte Fragen der Diagnosestellung, der Zuständigkeit und der Vorgehensweise finden ihre Entsprechung in der Vernachlässigung des Themas in einführenden Büchern bzw. Kompendien zur Aphasie im deutschsprachigen Raum (vgl. stellvertretend BARTELS & SIEGMÜLLER 2011; GRÖTZBACH & SCHÖLER 2014; HUBER et al. 2013; TESAK 2006). Die Logopädin findet zum Thema Poststroke-Depression kaum Klärung und Handreichung. Im angloamerikanischen Sprachraum ist PSD demgegenüber sehr wohl ein Thema: «*Reactions of grief, loss, fear, sadness, withdrawal, and reduced self-esteem can have a marked negative impact on a person's ability to engage in life and participate in rehabilitation programs*» (DAVIDSON & WORALL 2013, 262).

Sabrina Carr,  
Studentin der  
Logopädie an der  
HfH Zürich, im  
letzten Semester

Prof. Dr. habil.  
Jürgen Steiner,  
Leiter Studiengang  
Logopädie an der  
HfH Zürich

## 2. Ergebnisse der Befragung von Logopädinnen zur PSD in der Schweiz

Eine Befragung zum IST-Stand der Praxis in der Deutschschweiz zeigt die Relevanz des Themas auf und gibt Einblicke in die reale Praxis. Sie wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, HfH in Zürich, verwirklicht (CARR 2017).

### 2.1 Befragte und Fragestellungen

*Befragte:* Allen befragten Logopädinnen und Logopäden ist die Problematik der Poststroke-Depression im Rahmen der Aphasietherapie bewusst. Insgesamt ergab sich N=32: n=12 in eigener Praxis, n=20 im Kontext Rehabilitation, Altersdurchschnitt 44 Jahre, im Mittel 17 Jahre Berufserfahrung. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

*Ausgewählte Fragestellungen:* In diesem Beitrag konzentrieren wir uns auf folgende vier Fragen zum Zusammenhang von PSD und Aphasie:

- (1) *Wie wirkt sich eine PSD aus?*
- (2) *Ist bei schweren Aphasien und den jeweiligen Phasen der Aphasie (akut, postakut, chronisch) häufiger mit einer PSD zu rechnen?*
- (3) *Wer ist zuständig für die Diagnose PSD im Rahmen der Rehabilitation?*
- (4) *Hat PSD einen Einfluss auf Therapieentscheidungen?*

*Durchführung:* Die Befragung umfasst 14 fachliche Fragen. Sie wurde online durchgeführt. Geschlossene Fragen wurden mit offenen kombiniert.

### 2.2 Antworten zu den ausgewählten Fragestellungen

*(1) Logopädisch relevante Auswirkungen der PSD:* Patienten zeigen sich mutlos, müde, antriebsgemindert, abwehrend gegenüber Angeboten, auf eine grundsätzliche Weise resigniert, unkooperativ, konzentrationsgemindert, emotional in Not, motivationsgehemmt (vor allem bei schleppenden Verläufen), traurig und oder perspektivlos. Diese Merkmale sollten über mehrere Wochen sehr verstärkt oder als grosses Netzwerk der Begleit-Symptome auftreten. PSD-Patienten zeigen eine schlechtere allgemeine Krankheitsverarbeitung. 62% der Befragten berichten, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung erschwert wird durch PSD, dass durch eine geminderte Belastbarkeit und niedrige Frustrationstoleranz Erfolge nicht erreicht werden und dass mit Therapieabbrüchen seitens des Patienten aufgrund PSD zu rechnen ist (60% der Befragten berichten dies).

*(2) Zum Zusammenhang von PSD und Schweregrad:* Die Frage, ob PSD und Schweregrad einer Aphasie zusammenhängen, kann über die Befragung nicht geklärt

werden. Etwa die Hälfte der Befragten sehen diesen Zusammenhang, die andere Hälfte sieht ihn nicht. Ein grosser Anteil der Befragten (ca. 50%) sehen aber einen Zusammenhang von PSD und fehlendem unterstützenden Umfeld. Dieses kann dazu beitragen, die Entwicklung einer PSD zu verhindern. Es gibt auch Hinweise, dass eine PSD sich häufiger zeigt, wenn Menschen aus dem Berufsleben gerissen werden. Die Befragten bejahen den Zusammenhang von PSD und der Phase einer Aphasie (akut, postakut, chronisch); eine klare Aussage ist jedoch nicht möglich, da unklar bleibt, welche Phase assoziiert wird.

*(3) Zuständigkeit (Diagnose und Therapie).* Über 80% der Befragten sehen sich mit PSD konfrontiert; gleichzeitig geben nur 25% an, dass jeweils „offizielle“ Diagnosen vorliegen. Dies könnte daran liegen, dass, wenn vor allem die Methode Befragung angewandt wird, sprachliche Einschränkungen aufgrund der Aphasie eine genaue Diagnosestellung verunmöglichen. Zudem haben manche Betroffenen keine Krankheitseinsicht oder weitere kognitive Einschränkungen. Auch ist die Abgrenzung einer PSD mit einem natürlichen Trauerprozess teils nicht einfach. Derzeit liegt die Diagnosestellung in den Händen der Ärzteschaft oder der Abteilung Neuropsychologie. 65% der Befragten verweisen darauf, dass ein Einbezug der Logopädin bei der Diagnosestellung geboten sei, da die Selbsteinschätzung wesentlich sei, diese aber eben sprachlich kaum mitgeteilt werden könne. Zudem sieht sich die Logopädin als Person des Vertrauens mit grosser Beobachtungskompetenz. Dann wäre allerdings die interprofessionelle Arbeitsteilung mit der Psychologin zu diskutieren, da sowohl eine Logopädin mit psychologischem Wissen als auch eine Psychologin mit dem Wissen um eine gelingende Kommunikation trotz Erschwernissen gefragt wäre. Die Übergänge erscheinen uns hier fliegend und eine interprofessionelle Koordination sinnvoll.

*(4) Therapieentscheidungen:* Eine positive Atmosphäre im Rahmen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung wird als wesentlich angesehen. Der Patient soll erleben, dass er über Ressourcen verfügt und nicht nur mit Schwierigkeiten zu kämpfen hat. Der Alltags- bzw. Biografiebezug in ressourcenzentrierten Übungen ist wichtig, dabei sollte der Fokus nicht konsequent auf der Sprache liegen. Die Therapiefrequenz sollte sich nach der Symptomatik der Aphasie richten und muss jeweils für den Einzelfall entschieden werden.

Die Angehörigenarbeit wird als wichtiges Aufgabengebiet angesehen (100% der Befragten), denn die Angehörigen kennen die Betroffenen besser als die Logopädin. Sie können daher wichtige Hinweise liefern.

Auf jeden Fall ist ein Mehr an interprofessioneller Zusammenarbeit gefragt, nicht zuletzt bei Fragen zur Beratung (siehe Punkt 3) und bei Fragen zur Dosierung der Medikamente, denn diese reduzieren die Vigilanz und Konzentration. Eine medi-

kamentöse und eine nicht-medikamentöse Behandlung ist zu koordinieren. Die Behandlung einer PSD gehört in den Aufgabenkatalog der Logopädin; sie sollte die Ansprechperson der nicht-medikamentösen Therapie sein. Sie kann als Mediatorin, die sprachliche Barrieren überwindet, eingesetzt werden. Die Mediation betrifft Diagnosestellung, Beratung, Strategievermittlung und Anleitung. Für 78% der Befragten ist der interprofessionelle Austausch ein wichtiges Thema im Arbeitsfeld. Allerdings ist dieser nicht unproblematisch (46%) wegen fehlender Ressourcenzuweisung (Zeit).

### 2.3 Diskussion

Die Befragung gibt erste Einblicke in einen scheinbaren Nebenschauplatz der Aphasitherapie, der aber die Entscheidungen und die Ergebnisse dominieren kann. Es ist daher nicht möglich, PSD nicht zur Kenntnis zu nehmen. Die Antworten aus der Befragung lassen sich zu Eckpfeiler einer good practice zusammenfassen:

16. Wenn eine PSD vermutet wird, sollte diese abgeklärt werden.
17. In die Abklärung sollte eventuell eine Logopädin einbezogen werden, da sie für die Befragungssituation notwendige Kommunikation unter Erschwernissen auskennt.
18. Eine PSD kann zum Störfaktor der Therapie werden im Sinne einer Störung der Basisfunktionen (z.B. Konzentration, Antrieb usw.) oder im Sinne des Commitments.
19. Wichtige Therapieentscheidungen wie Therapiefähigkeit, Therapiefrequenz sollten nicht von einer PSD beeinflusst werden.
20. PSD ist eine interdisziplinäre Aufgabe zwischen Logopädie, Medizin, Neuropsychologie und Psychologie

Es ist unverständlich, warum die Depressive Reaktion auf Aphasie (DRA = PSD) ein «stiefmütterliches» Dasein in Forschung und Praxis der Rehabilitation bei Aphasie fristet. Dies gilt umso mehr im Lichte der Orientierung an ICF (vgl. STEINER 2016), da hier ja Teilhabe als Ziel fokussiert wird. 89% beklagen einen Mangel an Weiterbildungsmöglichkeiten. 96% beklagen, dass Fachliteratur kaum zu finden sei; eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema sei wünschenswert.

### 3. Schlussfolgerungen und Ausblick

Aphasie-kompatible Verfahren warten auf eine Adaptation für den deutschsprachigen Raum:

- Visual Analogue Mood Scales, VAMS (ARRUDA et al. 1996) sowie
- Visual Analogue Self-Esteem Scale, VASES (BRUMFITT & SHEERAN 1999).

Lebensqualität und insbesondere Language related quality of life sollten mehr Eingang in die Diskussion und die Praxis in der Aphasier Rehabilitation finden (vgl. DAVIDSON & WORALL 2013, 263-264; HILARI & CRUICE 2013).

Eine PSD bei Aphasie erschwert das Setzen und Erreichen von Zielen erheblich. Betroffene ziehen sich in Gesprächssituationen zurück und sie verweigern die Therapie. Therapieabbrüche als Folge einer PSD sollten vermieden werden.

Das übergeordnete Ziel ist, der PSD entgegenzuwirken, den Betroffenen mitarbeitensbereit zu machen, die soziale Isolation zu überwinden und ihn zur Annahme der geschützten Angebote im Therapieraum zu bewegen.

Der erste Schritt hierzu ist das institutionsgerechte Erarbeiten eines Gesamtkonzeptes, das den Weg der interprofessionell anzugehenden Diagnose und Therapie umreißt. Logopädinnen können hier als Kommunikationsexpertinnen eine leitende Rolle übernehmen. Eine so proklamierte Zuständigkeit der Logopädie setzt voraus, dass die Logopädin nebst ihrem Fachwissen und Einfühlungsvermögen ein grundlegendes psychologisches Wissen mitbringt, um angemessen auf den Betroffenen und seine Bedürfnisse reagieren zu können. SCHÜTZ 2013 umschreibt dies treffend: *«Die Sprachtherapeutin bringt dem Gegenüber dazu Authentizität, Empathie und Akzeptanz entgegen. Als Methode verwendet sie hauptsächlich das aktive Zuhören: Sie verspricht und paraphrasiert die Äußerungen der zu beratenden Person, d.h., sie gibt sie in anderen Worten wieder. Der Ansatz eignet sich somit v.a. bei emotionalen Themen»* (SCHÜTZ 2013, 133-134).

Wichtig ist, dass die eigene Psychohygiene nicht zu kurz kommt, daher ist eine ausgeglichene «Work-Life-Balance» nicht zu unterschätzen. Um ein gutes Nähe-Distanz-Verhältnis zu wahren, empfehlen die befragten Praktikerinnen, sich als Anwältinnen der Sache zu sehen, gleichzeitig aber Emotionen anzusprechen. Wenn die Belastung zu hoch wird, könnte die logopädische Behandlung eventuell auch auf zwei Therapeutinnen verteilt werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Logopädinnen, die als implementiert gelten darf, ist, Selbsthilfegruppen für Betroffene und ihre Angehörigen zu vermitteln oder zu bilden. Eine Beratung des von Aphasie betroffenen Paares und das Führen von getrennten Austauschgruppen für Betroffene und Mitbetroffene sollte in der Klinik initiiert werden.

## Literatur

- ARRUDA, J.E., STERN, R., HOPPER, C.R., WOLFNER, G.D., SOMERVILLE, J.A. & BISHOP, D.S. (1996): Visual analogue mood scales to measure internal mood state in aphasic patients: Description and initial validity evidence with normal and neurologically impaired subjects. *Archives of Clinical Neuropsychology* 11/5, 364.
- BARTELS, H. & SIEGMÜLLER, J. (2011): *Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken*. München: Urban & Fischer.
- BRUMFITT, S.M. & SHEERAN, P. (1999): The development and validation of the Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES). *British Journal of Clinical Psychology* 38, 387-400.
- CARR, S. (2017): Poststroke Depression (PSD) bei Aphasie. Lebensqualität und Coping als Aufgabenfeld der Logopädie. Unveröffentlichte Bachelor-Abschlussarbeit an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich.
- DAVIDSON, B. & WORALL, L. (2013): Living with Aphasia: A Client-Centered Approach. In: PAPANASIOU, I., P. COPPENS, P. & POTAGES, C. (Hrsg.), *Aphasia and related neurogenic Communication Disorders*. Burlington: James & Bartlett.
- GRÖTZBACH, H. & SCHÖLER, M. (2014): *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer.
- HILARI, K. & CRUISE, M. (2013): Quality-Life Approach to Aphasia. In: PAPANASIOU, I., P. COPPENS, P. & POTAGES, C. (Hrsg.), *Aphasia and related neurogenic Communication Disorders*. Burlington: James & Bartlett.
- HUBER, W., POECK, K. & SPRINGER, L. (2013): *Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Thieme.
- JUNGHÜLSING, G.J. & ENDRES, M. (2015): *Komplikationen und Folgeerkrankungen nach Schlaganfall. Diagnostik und Therapie der frühen und späten klinischen Funktionseinschränkungen*. Stuttgart: Thieme.
- KAMPFHAMMER, H. P. (2011): Poststroke Depression: Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf und Ätiopathogenese. Unter <http://www.kup.at/kup/pdf/9942.pdf> [abgerufen am 03.10.2016].
- SCHÜTZ, S. (2013): *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Reinhardt.
- STEINER, J. (2016): *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments*. HfH-Reihe, Bd 38, Bern: szh.
- TESAK, J. (2006): *Einführung in die Aphasiologie*. Stuttgart: Thieme.