

¹ *Der Studierendengruppe Logopädie 1417 der HfH danke ich ganz herzlich für Mit-Recherche, Julia Petzer danke ich für die anregende Diskussion*

1. Einleitung

Migration als reguläres gesellschaftliches Phänomen

Kultur ist zu einem grossen Teil Sprachkultur. Wir leben in einer multikulturellen und multilingualen Gesellschaft. Migration ist heute eine reguläre Erscheinung, die nicht nur als Problem, sondern auch als Chance angesehen werden kann: In der Schweiz zum Beispiel beschleunigt die Geburtenrate kleiner zwei bei einer Erhöhung der Lebenserwartung das Durchschnittsalter der Gesellschaft – gut wenn junge Einwanderer zu einer Verjüngung beitragen (vgl. HÖPFLINGER 2014).

Der sprachliche Umgang im Themenkreis Migration hat sich verändert: 1950-1970 sprach man von «Gastarbeitern» und wollte damit die Migration als temporäres Phänomen kennzeichnen. 20 Jahre später ist der Begriff «Einwanderungsgesellschaft» gebräuchlich und um das Jahr 2000 wird die «Multikulturelle Gesellschaft» betont: Migration wird zur Aufgabe, die alle angeht. Inzwischen spricht man vom «transnationalen kulturellen Raum» (vgl. EDELMANN 2009). Der Migrationsanteil der Bevölkerung liegt in Deutschland und Österreich um knapp über 10%; in der Schweiz ist der Anteil etwa doppelt so hoch (ca. 25%).

Wir können mit diesen Zahlen unter Hinzunahme der Daten zur Prävalenz davon ausgehen, dass es in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz eine hohe Anzahl von Aphasiepatienten gibt, die nicht muttersprachlich deutsch sprechen und wir als Therapeutinnen und Therapeuten mit einer Aphasie der Zwei- oder Mehrsprachigkeit konfrontiert sind.

In der Schweiz müsste man genau genommen den Begriff «polyglotte Aphasie» verwenden, da wir hier nicht nur vier Landessprachen haben, sondern in der Deutschschweiz zwischen

- Muttersprache (L1),
- Standard- bzw. Bildungssprache (L2 = Schriftdeutsch) und
- Umgebungssprache (L3 = Schweizerdeutsch) unterscheiden müssen.

Auch Menschen ohne Migrationshintergrund sind damit in der Deutschschweiz zweisprachig (Schweizerdeutsch / Schriftdeutsch). Dieses Statement ist nicht unumstritten. Divergente Sichtweisen ergeben sich, je nachdem, welche Kriterien man zu Grunde legt; linguistisch-formale Aspekte stehen soziologisch-kulturellen gegenüber. Wir geben den soziologisch-kulturellen Argumenten ein besonderes Gewicht und kommen so zu einer Statuszuschreibung des Schweizerdeutschen als Sprache (deshalb bezeichnet als L3).

Die formal-linguistischen Kriterien betreffen vor allem den strukturell-linguistischen Abweichungsgrad (z.B. semantisch und phonologisch) zur Standardsprache.

Prof. Dr. habil.
Jürgen Steiner,
Interkantonale
Hochschule für
Heilpädagogik (HfH)
Zürich

Das Kriterium, dass eine Sprache eine schriftliche Entsprechung haben sollte, spielt für uns keine Rolle, da, betrachtet man Sprachen weltweit, die Nicht-Verschriftlichung einer Sprache der Regelfall ist.

Die soziologisch-kulturellen Kriterien sind:

- Es gibt eine institutionalisierte (staatliche) Kontrolle, die regelt, wie die Sprache gelehrt wird und evtl. Korrekturen vornimmt bzw. die erlaubten Varianten gering hält. Kontrolle, Verbindlichkeit und Einheitlichkeit
- Die Sprecherin / der Sprecher kann erwarten, dass es die Form ist, die vom Hörer in seiner weiteren Umgebung akzeptiert wird. Akzeptanz und Geltungsbereich
- Die verwendete Sprache Teil einer kulturellen Identität bzw. stiftet diese. Identität
- Die Sprache ist in der Aktualität kulturell produktiv und wird nicht nur als Historie bewahrt (z.B. Liedgut mit unterschiedlicher Stilrichtungen). Aktualität und Produktivität
- Die Sprache ist in den Medien als Verkehrssprache präsent (z.B. Interviews mit Politikern, Nachrichten in Funk und Fernsehen). Präsenz in den Medien
- Die Sprache ist positiv konnotiert und unabhängig von einer Zuweisung zu einer sozialen Schicht. Soziales Prestige

2. Vernachlässigung des Themas

Wenn Mehrsprachigkeit ein reguläres Phänomen wäre, müsste dies Eingang finden in Fachartikeln, Lehrbüchern, Lexika sowie Leitfäden zur Aphasie. Die älteren einführenden Werke (LEISCHNER 1987; PEUSER 1978) enthalten entsprechende ausführliche Kapitel zum Thema Mehrsprachigkeit. Eine Durchsicht der aktuellen Einführungen zur Aphasie (vgl. stellvertretend SCHNEIDER et al. 2014; HUBER et al. 2013; TESAK 2006) sowie der Ausschnitte der Lehrbücher, Lexika, Handbücher, Kompendien und Leitfäden (vgl. stellvertretend BARTELS 2011; GROHNFELDT 2007; GROHNFELDT 2014), die Aphasie zum Thema haben, zeigt, dass Mehrsprachigkeit heutzutage unverständlicherweise ein nur in geringem Masse berücksichtigter Themenausschnitt ist. Dies gilt sowohl für die Entwicklung von Modellen und Konzepten (Theorie) als auch für die Generierung von Tools für die Sprachanamnese, Diagnostik, Therapie und Beratung (Praxis). Auch die Recherche in den gängigen deutschsprachigen Fachzeitschriften der Logopädie bzw. der Aphasologie führt zu wenigen Ergebnissen.

Warum auch immer diese Abstinenz existiert: Die Behandlung polyglotter Aphasien basiert auf dem Wissen, das in Lehrbüchern zu monolingualen Aphasien zu finden ist. Dennoch weist die Behandlung polyglotter Aphasien Besonderheiten auf.

3. Besonderheiten der Symptomatik bei polyglotten Aphasien

Die Besonderheit der Symptomatik bei polyglotten Aphasien ist, dass wir es mit mehr als einer Sprache und damit mit mehr als einer Prognose, einer Sprachdiagnostik und einer Sprachtherapie zu tun haben.

Mehrsprachigkeit stellt Sprecherinnen und Sprecher vor erhöhte kognitive Anforderungen bezüglich der Sprach-Informationsverarbeitung. Möglicherweise kann Mehrsprachigkeit als Schutzfaktor angesehen werden, der bei einer Hirnschädigung positive Auswirkungen zeigt: Ein erhöhter sprachlich-kognitiver Umsatz wirkt sich prognostisch günstig aus. Der Besserungsverlauf für die Aphasie ist zwar nur tendenziell günstiger, deutlich ist jedoch der Unterschied der kognitiven Begleitstörungen. Diese zeigen sich bei monolingualen Aphasien mehr als eineinhalb Mal häufiger als bei mehrsprachigen Aphasien.

In der Geschichte der Aphasiologie ist immer wieder versucht worden zu postulieren, dass der Verlust von sprachlichen Leistungen einer Gesetzmässigkeit folge. Das früh Gelernte bliebe eher erhalten als das spät Gelernte. RIBOT 1881 und JACKSON 1884 vertraten diese Auffassung, später JAKOBSON 1941. PITRES 1882 (alle Quellen zit. n. PEUSER 1978) hingegen betonte den Vertrautheitsgrad und mass dem Zeitpunkt des Erlernens einer Sprache nicht die entscheidende Bedeutung zu. Vertrautheit meint

- die emotionale Verankerung,
- die Bedeutung im Lebenskontext und
- die Gebrauchshäufigkeit der Sprache.

Beide genannten Überlegungen gelten heute noch. Die Generalisierung, dass die Muttersprache zwingend die emotional bedeutsamste, die umgebungsrelevanteste, gebrauchshäufigste und die resistenter Sprache bei Menschen mit bi- oder multilingualem Hintergrund sei, ist in jedem Falle nicht haltbar.

Welche Sprache in welchem Masse nach einem Ereignis erhalten bleibt bzw. verloren geht, hängt also von mehreren Faktoren ab. Die frühe und/oder die emotionale Verankerung der Sprache, ihr Automatisierungsgrad und ihre Bedeutung für die Verständigung in der realen Umwelt sowie wohl auch die Verknüpfung mit der Schriftsprachlichkeit interagieren wechselseitig. Darüber hinaus sind Art, Lage und Ausmass der Hirnschädigung, (neuro-)psychologische Faktoren, Lernbiografie und Lebenskontext wichtige Kriterien. PARADIS (1977) hat dies treffend mit *multiple-factors-view* bezeichnet.

Was das Verhältnis der beiden bzw. mehrerer Sprachen betrifft, erscheinen die Ausführungen von PEUSER 1978 (322-323) nach wie vor plausibel; er nimmt unter Bezugnahme auf Fallbeispiele eine gemeinsame Kompetenz für L1 und L2 an. In

einem aktuellen Beitrag (vgl. PETZER et al. 2015, 7) wird dies erneut aufgegriffen unter Bezugnahme auf aktuelle Studienergebnisse.

Es scheint plausibel, dass sich ein übergreifendes Sprachwissen als Basis bzw. Verbindungsclammer für alle erlernten Sprachen (common underlying competence) ausbildet. Dieses Sprachwissen steht der Performanz in allen Sprachen zur Verfügung. Es fungiert als gemeinsame metasprachliche Wissensbasis, die zum Beispiel phonologisch (Wissen um Rhythmus, K-V-Verknüpfungen), semantisch (Ordnung nach Merkmalen) und pragmatisch (Gesprächskooperation und -koordination) verankert ist.

Bildgebende Verfahren lassen vermuten, dass verschiedene Sprachen in angrenzenden Hirnarealen lokalisiert sind. Bei Sprechern, die zwei oder mehrere Sprachen erlernt haben, gibt es Hinweise darauf, dass neben der dominanten auch die nicht-dominante Hemisphäre mehr genutzt wird als bei monolingualen Sprechern (vgl. HULL & VAID 2007). Was es für den erfolgreichen Zugriff braucht, ist eine gelingende Hemmung der einen und eine gelingende Aktivierung der anderen Sprache. Hemmung und Aktivierung sind im Sinne eines Monitoring Teil der Exekutivfunktionen.

Auf dem Weg von der Kompetenz zur Performanz braucht es eine Kontrolle; drei Phänomene können über fehlerhaftes Monitoring (Output-Kontrolle) erklärt werden:

- Code-Switching oder -Mixing entsteht durch eine nicht verlässliche Hemmung / Aktivierung.
- Eine selektive Symptomatik (nur eine Sprache ist betroffen) und eine selektive Rückbildung (nur eine Sprache erholt sich), ist die Folge einer einseitigen Hemmung / Aktivierung.
- Parallele Rückbildung (beide Sprachen erholen sich), trotz therapeutischer Einflussnahme auf nur eine Sprache ist ein Beleg für funktionierendes Monitoring.

Zur Prognose schlussfolgert PARADIS 2004 aus recherchierten Fallberichten, wie die Rückbildung verläuft. Demnach erscheint es wahrscheinlich davon auszugehen, dass wir im Kontext einer Bilingualität eine parallele Rückbildung zu dreiviertel der Fälle erwarten dürfen. Bei den anderen Patienten erfolgt die Rückbildung für beide Sprachen unterschiedlich (differentielle Rückbildung). Diese Zahlen warten zwar noch auf Bestätigung; dennoch: Die erhaltene Sprache ist wohl meist jene, die zum aktuellen Zeitpunkt des Ereignisses den Vorzug im Alltagsgebrauch hatte. In wenigen Fällen erholt sich nur eine Sprache und die andere Sprache stagniert in der Rückbildung oder die Kompetenz verschlechtert sich, aber eben nur für diese eine Sprache.

Aus dem plausiblen Konzept der common underlying competence, lassen sich fünf Aussagen für die logopädische Praxis ableiten:

1. Die logopädische Bearbeitung einer Sprache wirkt sich auf weitere Sprachen aus. Wurde L2 früh gelernt, automatisiert, emotional verankert und eventuell noch mit der Schriftsprache verknüpft, dann ist die Therapiesprache L2 in der Logopädie legitimiert.
2. Trotz einer möglichen Konzentration auf L2 als Therapiesprache sollte begleitend eine ausführliche Beratung stattfinden, die Wege aufzeigt, wie L1 (Muttersprache) anderweitig, also ausserhalb der klassischen Einzeltherapie sprachstrukturell beübt und aktiviert, sowie über Strategien kommunikativ aufrechterhalten werden kann.
3. Es gibt keine Einschränkungen für das Setting (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Coaching als Trialog)
4. Die Exekutivfunktionen sind ein besonderes Aufgabenfeld der Logopädie bei Mehrsprachigkeit.
5. Für die Empfehlungen, sich auf eine Sprache zu konzentrieren um eine «Mischsprache» zu vermeiden sowie für die Empfehlung, dass die eine Sprache die Muttersprache sei, gibt es derzeit kaum Plausibilität. Eher kann von einem stillen Transfer des Erfolges einer behandelten auf eine nicht behandelte Sprache ausgegangen werden.

4. Besonderheiten der Diagnostik bei polyglotten Aphasien

Diagnostisch wird man einen Kompromiss machen müssen im Sinne eines Verzichts auf umfangreiche Testbatterien für beide Sprachen, die dann zum Vergleich anstünden. Die Forderung von LEISCHNER (1987), dass eine logopädische (hirnpathologische) Untersuchung in allen relevanten Sprachen (Familien-, Umgebungs-, Bildungssprache) durchgeführt werden soll, ist sicher berechtigt. Dies kann aber nur mittels eines Screenings erfolgen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass es gut 7000 gesprochene Sprachen weltweit gibt ohne dass die dialektalen Varietäten hier eingerechnet wären. Sprachen haben nur zu etwa einem Drittel ein System der Verschriftlichung. Wobei die Schriftsprachkompetenz je nach Land aufgrund des Illiterismus-Anteils nur einer begrenzten Zahl von Menschen als individuelles System / Ressource zur Verfügung steht.

Was für die Diagnostik gilt, ist auch für die Therapie richtig: Die Sprachvielfalt in allen zur Verfügung stehenden Settings (Einzeltherapie, Gruppentherapie, InVivo, Angeleitete Eigenarbeit, Dialogtraining und Dialogcoaching) ist zu berücksichtigen.

Für den englischsprachigen Raum bieten CENTENO & ANSALDO eine sehr gute Übersicht über den derzeitigen Stand im Themenkreis multilinguale Aphasie. Besonderheiten der Symptomatik werden angesprochen, hinsichtlich Diagnostik werden

einige Verfahren benannt, die aber für den deutschen Sprachraum kaum Relevanz haben. Für den deutschen Sprachraum werden nur zwei Verfahren erwähnt:

- Bilingual Aphasia Test, BAT (PARADIS 2017)
- Aachener Aphasie Test, AAT (HUBER et al. 1983).

Die Diagnostik bei mehrsprachigen Aphasien unterscheidet sich gegenüber monolingualen Aphasien, indem

- (1) eine Sprach-Anamnese eine zentrale Stellung einnimmt (vgl. STEINER 2012),
- (2) zumindest Teile der Diagnostik sprachvergleichend (L1, L2, L3) durchgeführt werden sollten. Sprachstrukturell bieten sich ein Wortflüssigkeitstest und Sprachverständnistests auditiv an (Token Test als Audiofile in der Landessprache und/oder der entsprechende Untertest auditives Sprachverständnis im Aachener Aphasie Test mit Übersetzerin, siehe Kap. 8 in diesem Beitrag).
- (3) Besonderheiten oder Probleme des Dialoges bei den Betroffenen und den Mitbetroffenen angefragt werden sollten.
- (4) eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie gefragt ist (z.B. hinsichtlich Arbeitsgedächtnis)

5. Besonderheiten der Therapie bei polyglotten Aphasien

Beim derzeitigen Stand der Dinge liegen keine Leitplanken des Vorgehens vor. CENTENO & ANSALDO bringen den Stand pessimistisch auf den Punkt: «*Current intervention data are far from conclusive*» (285).

Therapie-Optionen aus unserer Sicht sind:

- 1) *Solo-Aphasie-Therapie (SAT) L2 (Schriftsprache): Konzentration auf eine Sprache.* Zum einen klassisches Therapieren in L2, andererseits Übungsangebote in L1 des Betroffenen
- 2) *Duale Aphasie-Therapie (DAT): Beide Sprachen zusammenbringen.* Einerseits Arbeit im überschneidenden Wortschatz (Kognate), zum anderen Übersetzungen (Zusammenfassung der Studienlage in Centeno & Ansaldo 2013, 286-287)
- 3) *Beratung*

Zu 1, *Solo-Aphasie-Therapie, SAT.* Eine Therapie in L1 der Therapeutin (L2 des Betroffenen, Schriftdeutsch) nimmt in der Regel bzw. unter der Prämisse intakter Exekutivfunktionen über die common underlying competence Einfluss auf die nichtdeutsche Muttersprache des Patienten; der Fortschritt in einer Sprache zieht die andere Sprachen mit (cross-linguistischer Transfer, CLT). Erleichtert wird dies, wenn eine phonologische / lexikalische, morpho-syntaktische Sprachverwandtschaft vorliegt bzw. Kompatibilität zwischen den Sprachen besteht (Tonsprachen und Nicht-Tonsprachen sind phonologisch zum Beispiel wenig kompatibel).

Auch wenn Logopädinnen und Logopäden sich therapeutisch in ihrer eigenen Muttersprache bewegen dürfen, spielt die Muttersprache der Betroffenen eine bedeutende Rolle in der Therapie. Als Einstieg für die Therapeutin in die Sprachwelt der Betroffenen, sollte sie Sprachführer (z.B. Sprachführer Polyglott) zur Verfügung haben, in denen automatisierte Reihen (Tage, Monate, Wochentage, Gruss- und Dankesformeln usw.) sowie der Grundwortschatz abgebildet werden. Für Übungen im Setting der angeleiteten Eigenarbeit (mit Co-Therapie einer Person im Umfeld aus der Sprachgemeinschaft des Betroffenen) sollte sich die Therapeutin Zeit nehmen. Das Ziel wäre ein niveaugerechtes, überschaubares Alltags-Übungsprogramm, das im Verlauf angepasst wird.

Zu 2, Duale Aphasie-Therapie, DAT. Wenn Sprachen verwandt sind, gibt es ähnliche Begriffe, sozusagen als Verlinkung des Wortschatzes, die Kognate genannt werden (Supermarket - Supermarkt), Listen fehlen allerdings für das Deutsche (für andere Sprachen: www.cognates.org, vgl. PETZER et al.). Auch ein Arbeiten mit Übersetzungen (google translate) oder mit Übersetzungs-Apps erscheint sinnvoll: Der alternierende Gebrauch als Aktivierungsmethode (Übersetzungsleistungen) ist sinnvoll (ANSALDO et al. 2010). Worte sind Repräsentanten eines Netzwerkes von semantischen Merkmalen. Eine intensive Aktivierung dieses Netzwerkes hat möglicherweise einen generalisierenden Effekt auf alle abgespeicherten Sprachen (vgl. GOPEE et al. 2014).

Das Monitoring (Selbstkontrolle und Fremdkontrolle), welches dem unkontrollierten Switching und Mixing entgegenwirkt, spielt im Kontext der Mehrsprachigkeit eine ganz besondere Rolle. Eventuell ist hier der fallbezogene Austausch zwischen Logopädie und Neuropsychologie gefragt.

Zu 3, Beratung. Sprachlichkeit ermöglicht Teilhabe und Aktivität. Verschiedene Kontexte, familiär, beruflich, privat und öffentlich schaffen interindividuelle Sprachanforderungen. Therapie ist die Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen. Daneben gibt es ein individuelles Selbstbild des Menschen, in dem die Fähigkeit zu kommunizieren, sich auszudrücken, zu lesen und zu schreiben eine ganz wesentliche Rolle spielt. Therapie ist die Arbeit an diesem Selbstbild.

6. Aphasie und Mehrsprachigkeit in der Bachelor-Ausbildung

Als Einstieg in das Thema ist das Interview mit HEATHER DE LISLE eindrücklich: <https://www.youtube.com/watch?v=cbo15qLjev0>. HEATHER DE LISLE ist eine amerikanische Fernsehmoderatorin und Synchronsprecherin, die in Deutschland lebt. Sie erlitt im Alter von 35 Jahren einen Schlaganfall. Die Diagnosen lauten Aphasie und Sprechapraxie. Zur Reaktivierung ihrer sprachlichen Fähigkeiten erhält sie eine intensive Sprachtherapie. Der Blog von HEATHER DE LISLE ergänzt das Interview sehr gut: <http://heather367.wixsite.com/a-stroke-of-genius>.

Als Lektüre kann dieser Beitrag als Diskussionsgrundlage und als Ausgangsbasis in vertiefte Literatur verwendet werden. Alle in good practice genannten Tools (oben) sollten in einer Hochschule (und in einer Rehabilitationsklinik) bereitgestellt werden.

7. Zusammenfassung: good practice für die Herangehensweise an einen Fall

Eine prototypische Herangehensweise an einen Fall von polyglotter Aphasie wird im Folgenden unter Bezugnahme auf STEINER & RODENKIRCH 2016 skizziert.

1. Anamnese, Vorberichte, interprofessionelle Informationen
2. Sprachanamnese (Eigen- und/oder Fremdanamnese) mittels Leitfaden-Interview-Bogen Z-MAS (STEINER 2012): Erstellung einer Grafik der Sprachverwendung (Sprachenprofil) in Anlehnung an (vgl. SOLLEREDER & JUNGWIRTH 2016, 6)
3. Bestimmung von Indikation und Schweregrad in beiden Sprachen (L1/L2) mittels der in mehr als 15 Sprachen übersetzten, downloadbaren Audiofiles zum *Token Test* (ORGASS 1982), Z-TAM (vgl. STEINER und RODENKIRCH 2016).
4. Blitzlicht zur vergleichenden Sprachabruflleistung (L1 mit Assistenz / L2) mittels *Wortflüssigkeitstest*, siehe *Aphasie Check Liste, ACL* von KALBE et al. 2002, evtl. (nicht zwingend erforderlich) Einsatz des *Bilingual Aphasie Test, BAT* (Part C) von PARADIS 2017 oder übersetzte Version des *Aachener Aphasie Test, AAT* von HUBER et al. 1983
5. Neuropsychologisches Profil: Interprofessionelle Kooperation bzw. Abgabe an die Neuropsychologie bei Verdachtsmomenten im Bereich der Exekutivfunktionen
6. Sprachstrukturelles Profil L2 des Patienten (Schriftdeutsch) mit informeller orientierender Diagnostik *THAS (Therapeutische Handlungspfade*, vgl. STEINER & RODENKIRCH 2016, 155-156)
7. Ausschnitte aus dem *Aachener Aphasie Test, AAT* (HUBER et al. 1983) zur testdiagnostischen Absicherung von THAS für ausgewählte Sprachabruflleistungen in L2 des Patienten (Schriftdeutsch)
8. Dialogisches Profil L1 / L2 durch informelle Beobachtung *Z-CADA*, Assistenz einer Person, die die Sprache (L1) des Patienten spricht, erforderlich (vgl. STEINER 2017)
9. Bewertung aller Informationen durch die Therapeutin, Abgleich mit der Sichtweise und den Wünschen von Primär- und Sekundärbetroffenem sowie den lebenskontextuellen Anforderungen zur partizipativen Zielfindung im freien Gespräch, evtl. Berücksichtigung von Verfahren zu Quality of Life (z.B. *Aachener Lebensqualitätsinventar, ALQI*, vgl. HÜTTER & GILSBACH 2001) oder Adaptionen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum
10. Interprofessioneller Austausch im Case-Management mit Abgleich der übergeordneten (Reha-)Ziele mit den logopädischen Zielen

11. Entscheidung für Bausteine der Therapie (Basisfunktionen – Sprachstruktur – Dialog) jeweils für L2 (Therapie-Sprache) und für L1 (Muttersprache), jeweilige Zuordnung für Settings, Intensität, Konzepten und Materialien
12. Verlaufsdocumentation, Vorbereitung einer Zielbilanz, Modifizierung, weitere Entscheidungen
13. Beobachtungen und Bewertungen in den nächsten ca. fünf Therapieeinheiten
14. Formulierung von SMART-Zielen für L2 (Therapie) und für L1 (Anleitung zur Eigenarbeit, Co-Therapie)
15. Zwischenbilanz

8. Exkurs zum Abschluss

Innovativ: Audiofiles Token Test für die Diagnostik mehrsprachiger Aphasien

Der Token Test wird in der Aphasiediagnostik sehr häufig verwendet und liefert sehr zuverlässige Aussagen darüber, ob eine Aphasie vorliegt oder nicht und bestimmt zudem den Schweregrad. Aufgrund der Normierung ist der Test eine Hilfe bei der Outcome-Einschätzung (nach ca. einem halben Jahr). An der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) wurden Tondateien produziert und seit 2016 bereitgestellt, die es ermöglichen, den Token Test in 16 Sprachen (Albanisch, Arabisch, Mandarin Chinesisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Niederländisch, Polnisch, Rätoromanisch, Russisch, Serbokroatisch, Slowakisch, Tamil, Tschechisch, Türkisch) und zwei Schweizer Dialekten (Berndeutsch, Bündnerdeutsch) durchzuführen. Dies ist ohne jede Kompetenz der Logopädin in der jeweiligen Sprache möglich. Die 50 Items des Token Tests wurden von Personen mit muttersprachlicher Kompetenz der jeweiligen Sprachen übersetzt, gesprochen, aufgenommen und elektronisch abgelegt. Da im Token Test nach der im Audiofile vorgegebenen Sprechvorgabe keine sprachliche Reaktion des Untersuchten, sondern eine Zeigereaktion bewertet wird, ist eine eindeutige Zuordnung von richtig oder falsch möglich. Rückschlüsse auf den Spracherhalt im Vergleich (L1 versus L2) sind möglich. Selbstverständlich ist die doppelte Durchführung des Token Tests an einen Zeitabstand gebunden. Die Testitems können unter <http://www.ilias.hfh.ch/ztam> heruntergeladen werden und sind sofort einsatzbereit.

Hinweis: In den Literaturhinweisen in dieser Ausgabe finden Sie eine Rezension zu Steiner, J. (2016). *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments*. HfH-Reihe, Bd. 38, Bern: Huber.

Literatur

- ANSALDO, A. I., GHAZI-SAIDI, L. & RUIZ, A. (2010): Model-driven intervention in bilingual aphasia: Evidence from a case of pathological language mixing. In: *Aphasiology*, 24, 309-324.

- BARTELS, H. & SIEGMÜLLER, J. (2011): Leitfaden Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken. München: Elsevier.
- CENTENO, J. G. & ANSALDO, A. I. (2013): Aphasie in multilingual populations. In: PAPATHANASIOU, I., COPPENS, P. & POTAGAS, C. (Hrsg.): Aphasie and related neurogenic Communication Disorders Burlington: James & Bartlett. 233–249.
- GOPEE, K., SHIVANI, T., SWATHI, K. & SHYMALA, C. (2014): Crosslinguistic Generalization of Semantic Treatment in Aphasia. Evidence from the Indian Context. In: Clinical Aphasiology Conference (St. Simons Island, GA: May 27-June 1, 2014).
- GROHNFELDT, M. (2007): Lexikon der Sprachtherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- GROHNFELDT, M. (2014): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- HÖPFLINGER, F. (2014): Demografisch-gesellschaftliche Wandlungen und soziale Folgen. In: BECKER, S. & BRANDENBURG, H. (Hrsg.): Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Huber, 161-184.
- HUBER, W., POECK, K. & SPRINGER, L. (2013): Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene. Stuttgart: Thieme.
- HUBER W., POECK, K., WENIGER, D. & WILLMES, K. (1983). Aachener Aphasie Test, AAT. Göttingen: Hogrefe.
- HÜTTER, O. & GILSBACH, J. M. (2001): Grundlagen und erste Ergebnisse zur methodischen Eignung des Aachener Lebensqualitätsinventars. In: Central European Neurosurgery, 62(2), 37–42.
- HULL, R. & VAID, J. (2007): bilingual language lateralization. A meta-analytic tale of two hemispheres. In: Neuropsychologia, 45, 1987-2008.
- KALBE, E., REINHOLD, N., ENDER, U. & KESSLER, J. (2002): Aphasie-Check-Liste, ACL. Bern: Hogrefe.
- LEISCHNER, A. (1980): Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Klinik und Behandlung. Stuttgart: Thieme
- Paradies, M. (2017): Bilingual Aphasia Test (BAT). Unter: <http://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat> [abgerufen am 02.05.2017].
- PARADIS, M. (2004): Neurolinguistic Theory of Bilingualism. Amsterdam: John Benjamins B.V.
- PETZER, J., SPITZER, L. & EHLERT, H. (2015): Süpermarket, margarin, yogurt, salata. Aphasietherapie bei Mehrsprachigkeit mithilfe des cross-linguistischen Transfers. In: FORUM Logopädie, 29(6), 6–12.
- PEUSER, G. (1978): Aphasie. Eine Einführung in die Patholinguistik. München: Fink.
- SCHNEIDER, B., WEHMEYER, M. & GRÖTZBACH, H. (2014): Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel. Berlin: Springer.
- SOLLEREDER, S. & JUNGWIRTH, A. (2016): Aphasiediagnostik in einer heterogenen Sprach(en)landschaft: pragmatisch-kommunikative und kognitive Aspekte. In: treffpunkt logopädie (TL), 3, 65-77.
- TESAK, J. (2006): Einführung in die Aphasiologie. Stuttgart: Thieme.
- STEINER, J. (2017): Zürcher Demenz Diagnostik. Tools als download. <http://www.demenzsprache-hfh.ch/diagnostik-fokus-sprache> [abgerufen am 03.05.2017].
- STEINER, J. (2016). Aphasie auf dem Weg zum Kontext. Eine neue Sicht auf die Symptomatik, Diagnostik und Therapieplanung. In: STEINER, J. (Hrsg.): Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments. HfH-Reihe, Bd. 38, Bern: Huber, 13-33.
- STEINER, J. & RODENKIRCH, S. (2016). START SMART PARTS. Kontextbezogene Therapieplanung. In: STEINER, J. (Hrsg.): Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments. HfH-Reihe, Bd. 38, Bern: Huber, 137-159.
- STEINER, J. (2012): Zürcher Leitfragen zur Mehrsprachigkeit bei Aphasie von Steiner (Z-MAS). Unter: <http://www.demenzsprache-hfh.ch/webautor-data/70/Z-MAS.pdf> [abgerufen am 04.09.2016].