

Das Bielefelder Aphasie Screening für Kinder (BIAS-K)

A. Rauer¹, K. Richter¹, S. Friede², M. Hielscher-Fastabend¹

¹Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft; ²St. Mauritius Therapieklinik, Meerbusch

Aphasie im Kindesalter

- Sprachstörung infolge einer erworbenen Hirnschädigung, die multimodal ist und alle linguistischen Ebenen betrifft (Kubandt, 2010)
- noch nicht vollständig abgeschlossener, aber bereits in der Sprachproduktion eingesetzter Spracherwerb (Paquier & v. Dongen, 1993)
- ca. 3000 Kinder/Jugendliche sind jährlich von einer Aphasie betroffen (Bundesverband Aphasie e.V., 2017)
- Hauptursache ist mit ca. 60-80% ein SHT (Paquier & v. Dongen, 1993)
- charakteristisch ist ua der initiale Mutismus (Ozanne & Murdoch, 1990)

Diagnostische Möglichkeiten

- Token Test in der Normierung von Gutbrod & Michel (1986)
- Mangel an spezifischen und therapierelevanten Diagnostikverfahren, daher Nutzung von Aphasietests für Erwachsene (z.B. AAT) und Sprachentwicklungstests für Kinder (z.B. SET 5-10)
- CAAST (Whurr & Evans, 1998): englischsprachiger Test für 3-7 Jährige
- Szenario-Kids (Plum et al., 2016): pragmatischer Ansatz zur Erfassung multimodaler Kommunikation für 8-15 Jährige

Diagnostische Herausforderungen

Es besteht im deutschsprachigen Raum kein Diagnostikverfahren, das

- sprachliche Leistungen multimodal und auf allen linguistischen Ebenen überprüft,
- Auskunft über Vorliegen, Schweregrad, Störungsschwerpunkte und therapierelevante Hinweise gibt,
- allgemeine und aphasiespezifische Testgütekriterien erfüllt,
- für das Grundschulalter geeignet ist.

Entwicklung des BIAS-K

- für Schulkinder von ca. 6-11 Jahren
- als kurzes Screening der relevanten sprachlichen Ebenen
- angelehnt an das BIAS (Richter et al., 2006) bzgl.
 - des chronologischen Aufbaus und der Durchführung
 - der Stimulierungshilfen und Abbruchkriterien
 - der Auswertung
- kindgerecht durch angepasste Items und Instruktionen

Konzeption des BIAS-K

- I Aud. Sprachverständnis
- II Automatisierte Sprache
- III Elizitierte mündliche Sprachproduktion
- IV Schriftsprache

Überprüfung an 28 sprachgesunden Zweit- und Viertklässlern sowie einem aphasischen Kind (Vossloh & Zettl, 2015)

Weiterentwicklung und Überprüfung an 18 Erstklässlern, 20 Drittklässlern, 3 aphasischen Kindern (+ Spontansprachanalyse) (Rauer, 2017)

Entwicklung der Endversion des BIAS-K

- I Aud. Sprachverständnis
- II Automatisierte Sprache
- III Elizitierte mündliche Sprachproduktion
- IV Schriftsprache

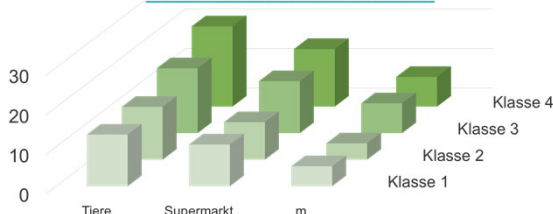
Ergebnisse sprachgesunder Kinder

- Bearbeitungsdauer:
 - 1./2. Klasse: 12-14 Min. (exkl. Schriftsprache)
 - 3./4. Klasse: 16-19 Min. (inkl. Schriftsprache)
- Aufgabengruppen sehr leicht zu lösen (≥ 88,75%)
- je höher die Klassenstufe, desto besser die Leistungen im BIAS-K
- signifikante Unterschiede zw. den Klassenstufen bzgl. Wortflüssigkeit

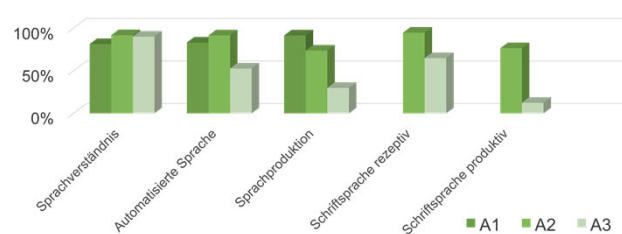
Ergebnisse aphasischer Kinder (Rauer, Friede 2017)

- signifikanter Unterschied zwischen Aphasikern und altersentsprechender Kontrollgruppe bzgl. Gesamtprozentwert und Aufgabengruppen
- Ergebnisse der Spontansprachanalyse decken sich mit gezeigten Leistungen im BIAS-K
- unterschiedliche Leistungsprofile zwischen den aphasischen Kindern (A1: 7;11J, 2. Kl.; A2: 11;03 J., 5. Kl.; A3: 10;07 J., 5. Kl.)

Wortflüssigkeit: Anzahl der genannten Begriffe pro Suchraum nach Klassenstufen



Unterschiedliche Leistungsprofile zw. aphasischen Kindern



Fazit: Das BIAS K...

- ist für aphasische Kinder zumutbar und vom zeitlichen Aufwand angemessen und testet multimodal alle Ebenen
- ist zur Erfassung aphasischer Leistungen im Kindesalter geeignet.
- lässt die Erstellung eines individuellen Störungsprofils zu.
- gibt therapierelevante Hinweise (z.B. Stimulierbarkeit).

Ausblick: Die Endversion des BIAS K ...

- testet multimodal alle linguistischen Ebenen bis zu kleinen Texten.
- ermöglicht dann eine Schweregradeinteilung mit/ohne Schriftsprache.
- gibt Informationen über Stimulierbarkeit und sinnvolle Hilfen.
- berücksichtigt die Reaktivierbarkeit und das Lernpotential der Kinder.
- ist validiert an einer größeren Stichprobe aphasischer & Kontrollkinder

Quellen:

- Bundesverband Aphasie e.V. [Internetveröffentlichung]. Aphasie – bei Kindern und Jugendlichen. 16.01.2017 von <http://www.aphasiker-kinder.de/>.
- Gutbrod, K. & Michel, M. (1986). Zur klinischen Validität des Token Tests bei hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie. *Diagnostica*, 2, 118-128.
- Kubandt, M. (2010). Aphasien bei Kindern – ein unterschätztes Phänomen: Folgen, Prognose und Langzeitverlauf im Überblick. *Forum Logopädie*, 6, 20-25.
- Ozanne, A. E. & Murdoch, B. E. (1990). *Acquired Childhood Aphasia: Neuropathology, Linguistic Characteristics and Prognosis*. In: B. E. Murdoch (Hrsg.).
- Paquier, P. F. & van Dongen, H. R. (1993). Current trends in acquired childhood aphasia: An introduction. *Aphasiology*, 7, 421-440.
- Plum, L., Nobis-Bosch, R., Krzok, F., et al. (2016). Erfassung kommunikativer-pragm. Komp. bei kindlicher Aphasie mit Szenario-Kids. *Forum Logopädie*, 30 (5), 22-25.
- Rauer, A. (2017). *Das Bielefelder Aphasie Screening für Kinder (BIAS-K). Weiterentwicklung und Überprüfung an sprachgesunden und aphasischen Grundschulkindern*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bielefeld.
- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006). *BIAS. Bielefelder Aphasie Screening*. Hothheim: NAT.
- Vossloh, J. & Zettl, S. (2015). *Entwicklung und Normierung des Bielefelder Aphasie Screenings für Kinder (BIAS-K)*. Unverö. Masterarbeit, Universität Bielefeld.
- Whurr, R. & Evans, S. (1998). *Children's Acquired Aphasia Screening Test (Revised Edition)*. London: Whurr.

Kontakt

martina.hielscher@uni-bielefeld.de
simon.friede@uni-bielefeld.de
anika.rauer@web.de
kerstin.richter@uni-bielefeld.de