

Stimmung und Krankheitseinsicht bei Aphasien

Klaus Poeck

Abteilung Neurologie, Klinische Anstalten der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Eingegangen am 23. Juni 1972

Emotional State and Awareness of the Speech Defect in Aphasic Patients

Summary. The emotional state and awareness of defective speech was studied in 51 aphasic patients (26 with amnesic, 11 with Broca's, 9 with Wernicke's, and 5 with global aphasia) by means of two questionnaires. Emotional state was rated by three independent examiners in 5 categories ranging from a depressive to euphoric mood. Awareness of the disease was judged according to the patient's answers to seven questions on his receptive and expressive language abilities. The judgments and answers were subjected to statistical analysis.

There was no correlation between the variety of aphasia and any particular emotional state or degree of insight into the speech defect. Patients with Wernicke's aphasia were not euphoric, nor did they display anosognosia. Patients with amnesic aphasia were not characterized by full awareness of the defect. Mood and self-criticism varied independently. The results are discussed with regard to the theoretical concept of the aphasias.

Key words: Emotional State — Awareness of Defect — Clinical Types of Aphasia — Anosognosia for Deficient Speech.

Zusammenfassung. Stimmung und Krankheitseinsicht wurden bei 51 aphasischen Patienten (26 mit amnestischer, 11 mit motorischer, 9 mit sensorischer und 5 mit globaler Aphasie) mit einer Fragebogenmethode untersucht. Über die Stimmung wurde von drei unabhängigen Untersuchern ein Urteil in fünf Kategorien abgegeben, die von deutlich euphorischer über unauffällige zu deutlich depressiver Stimmung abgestuft waren. Zur Krankheitseinsicht wurden jedem Patienten 7 Fragen über seine rezeptiven und expressiven Sprachleistungen vorgelegt.

Die Ergebnisse wurden mit statistischen Methoden ausgewertet.

Es zeigte sich, daß kein Zusammenhang zwischen Untertyp der Aphasie und Stimmung oder Krankheitseinsicht bestand. Patienten mit sensorischer Aphasie waren nicht durch euphorische Stimmungslage oder Kritiklosigkeit ihrer Sprachstörung gegenüber ausgezeichnet, amnestisch Aphasische nicht durch gute Krankheitseinsicht. Stimmung und Kritik variierten unabhängig voneinander.

Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Theorie der Aphasien diskutiert.

Schlüsselwörter: Stimmung — Krankheitseinsicht — klinische Typen von Aphasie — Anosognosie für Sprachstörung.

Bestimmte Charakteristica aphasischer Syndrome werden von Bay (1957 a, b, 1962, 1964) auf nicht-linguistische Faktoren zurückgeführt. Amnestisch Aphasische sollen eine klare Krankheitseinsicht (Defektbewußtsein) haben, und dadurch sei ihre zögernde Sprechweise, spärliche

Sprachproduktion und die (reaktiv) gedrückte Verstimmung erklärt. Im Gegensatz dazu soll die reichliche, unkontrollierte und von vielen semantischen Paraphasien durchsetzte Sprachproduktion von Patienten mit sensorischer Aphasie stehen, die als Folge einer „kritiklosen Euphorie“ aufgefaßt wird. Diese kritiklose Euphorie sei „ein bei organisch Hirnkranken geläufiges Syndrom“, und sie charakterisiere „das ganze Verhalten“ der Patienten. Bay sieht den Unterschied zwischen der amnestischen und der sensorischen Aphasie sogar ausschließlich in nicht-linguistischen Faktoren: Durch das Hinzutreten einer allgemeinen psychoorganischen Veränderung und vermutlich einer zentralen Hörstörung entstehe aus der „wirklichen“ (= amnestischen) Aphasie das Syndrom, das man als sensorische Aphasie beschreibt.

Es gibt aber eine Reihe von Tatsachen, die mit diesen Auffassungen nur schwer in Übereinstimmung zu bringen sind:

1. Euphorische Stimmungslage und Kritiklosigkeit sind als allgemeine psychoorganische Veränderung verhältnismäßig selten, abgesehen davon, daß die beiden Symptome unterschiedlichen psychiatrischen Kategorien angehören und nicht notwendig aneinander gebunden sein müssen.

2. In der älteren Literatur findet man zwar vorsichtige Hinweise, „daß (die Patienten mit Wernicke-Aphasie) *manchmal* keine rechte Einsicht in den Defekt des Sprachverständnisses zeigen“ und daß, nach Heilbronner, hier „Beziehungen zum sog. Antonschen Syndrom“ bestehen sollen (Thiele, 1928). Alajouanine, Sabouraud u. de Ribaucourt (1952), Alajouanine (1968), Lhermitte u. Gauthier (1969) haben aber spezifiziert, daß das Nichterkennen der Sprachstörung ein Charakteristicum der Jargonaphasie sei, die ja nicht mit Wernicke-Aphasie gleichgesetzt werden darf. Selbst der Jargon aber wird durch die Anosognosie zwar begünstigt, aber nicht erklärt (Alajouanine, 1968), und diese Patienten sind auch keineswegs durchgängig kritiklos, sondern sie erkennen Wörter aus ihrem eigenen Jargon als falsch, wenn sie von anderen gesprochen werden (Zangwill, 1964; Lhermitte u. Gauthier, 1969). Selbst in Beziehung auf das eigene Sprechen stehen Einsicht und Anosognosie manchmal unmittelbar nebeneinander: Patienten, deren expressives Sprechen auf einige stereotype Äußerungen reduziert ist („recurring utterances“) drücken oft ihre sprachliche Hilflosigkeit durch Mimik und Gestik aus, sind aber offensichtlich nosagnostisch für ihre Stereotypen (Alajouanine, 1956).

3. Die klinische Beobachtung läßt es fraglich erscheinen, daß eine besondere Stimmungslage typisch für eine bestimmte Unterform der Aphasie sei. Weisenburg und McBride (1954) erwähnen, daß das „allgemeine Verhalten der rezeptiv Aphasischen keine generelle Tendenz zeige“, und Beyn (1957) betont sogar, die „beträchtliche Integrität der

Persönlichkeit“ sensorisch Aphasischer, ihre „intakte Haltung gegenüber der Umgebung“ . . . sowie „Differenziertheit . . . des emotionalen Verhaltens“.

4. Analysiert man schließlich das Sprachverhalten von größeren Gruppen von Patienten, so findet man, daß eine zögernde Sprachproduktion keineswegs für amnestische Aphasie charakteristisch ist, sondern daß Patienten mit diesem Typ von Sprachstörung ganz überwiegend zur Gruppe der flüssig sprechenden Aphasiker gehören (Kerschensteiner, Poeck u. Brunner, 1972).

Da die Literatur über die hier skizzierten Fragen mehr allgemeine Eindrücke als nachprüfbare Fakten enthält, haben wir an einer unausgelesenen Gruppe von Aphasikern eine Untersuchung ausgeführt, in der Stimmung und Krankheitseinsicht möglichst objektiv erfaßt und zum Untertyp der Aphasie in Beziehung gesetzt wurden.

Patienten und Methodik

Die Untersuchung stützt sich insgesamt auf 51 Patienten, davon 26 mit amnestischer, 11 mit motorischer¹, 9 mit sensorischer und 5 mit globaler Aphasie. Der Aphasietyp wurde nach einer standardisierten Prüfung festgelegt, die alle wichtigen expressiven und rezeptiven Sprachleistungen erfaßt (s. a. Poeck, Hartje, Kerschensteiner u. Orgass, 1972). Die unterschiedliche Besetzung der Untergruppen war für die statistische Berechnung ohne Bedeutung. Bei einzelnen Schritten der statistischen Analyse mußten einige Patienten ausgeschieden werden, da für sie die Fragebogen nicht vollständig vorlagen.

Für jeden Patienten wurde von 3 Untersuchern, die ihn gut kannten, jeweils unabhängig voneinander ein Urteil über seine Stimmungslage abgegeben, das nach folgenden Kategorien abgestuft war:

- 1 = deutlich euphorisch,
- 2 = merklich gehobene Stimmung,
- 3 = unauffällig, im normalen Bereich,
- 4 = merklich gedrückte Stimmung,
- 5 = deutlich depressiv.

Außerdem wurde festgelegt, ob die Stimmung des Patienten relativ gleichbleibend oder labil war, gegebenenfalls ob eine Affektlabilität mehr nach der traurigen oder nach der heiteren Seite vorlag. Affektlabilität bestand nur in ganz wenigen Fällen, so daß dieser Faktor vernachlässigt werden konnte.

Um zu erfahren, wie der Patient seine Sprachstörung selbst einschätzte, wurden ihm im Verlauf einer längeren Exploration 7 Fragen vorgelegt, die sich auf seine rezeptiven und expressiven Sprachleistungen bezogen. Im einzelnen lauteten die Fragen:

- Wie geht es mit dem Sprechen ?
- Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Reden ?
- Verstehen Sie alles, was zu Ihnen gesagt wird ?
- Fehlt Ihnen manchmal das richtige Wort ?
- Geht es mit dem Reden genauso gut wie früher ?
- Glauben Sie manchmal, daß Sie etwas nicht verstehen ?
- Fällt Ihnen immer das richtige Wort für eine Sache ein ?

¹ „Motorische Aphasie“ wird synonym mit „Broca-Aphasie“ gebraucht. Alle diese Patienten hatten auch Sprachverständnisstörungen (s. Poeck *et al.*).

Die Antworten wurden teils direkt protokolliert, teils vom Tonband auf den Protokollbogen übertragen. Dabei wurde nicht nur der Wortlaut mitgeschrieben, sondern bei vielen Patienten auch die mimische und gestische Reaktion vermerkt. Auf diese Weise konnten für 47 von 51 Patienten auswertbare Antworten erhalten werden.

Die Ergebnisse wurden einer statistischen Analyse durch Herrn Dr. E. Brunner, Abteilung Medizinische Dokumentation und Statistik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (Prof. Dr. Repges) unterzogen. Einzelheiten der Bewertung und Berechnung sind in der Darstellung der Ergebnisse beschrieben.

Ergebnisse

Die *erste Frage* lautete: Besteht eine Beziehung zwischen Stimmungslage und Untertyp der Aphasie. Theoretisch gab es hierfür zwei Möglichkeiten: Entweder zeichnete sich mindestens ein Untertyp durch euphorische oder depressive Stimmungslage aus oder aber die Stimmungsvarianten verteilten sich gleichartig auf die Untertypen.

Die Stimmung wurde nach der oben beschriebenen Fünf-Punkte-Skala klassifiziert. Übereinstimmung zwischen allen drei Beurteilern lag in 26 von 48 Fällen vor. In den restlichen 22 Fällen stimmten zwei Untersucher überein, der dritte kam zu einem abweichenden Urteil. Damit aber auch bei fehlender Übereinstimmung kein Urteil verloren ging, wurden sämtliche Klassifizierungen in die Berechnung einbezogen, d. h. 78 Urteile für 26 amnestisch-aphasische Patienten, entsprechend für die anderen Untertypen.

Die Berechnung des Verhältnisses zwischen Stimmung und Untertyp der Aphasie erfolgte mit Hilfe eines korrigierten χ^2 -Tests für Kontingenztafeln. Die Korrektur war wegen der kleinen Besetzungszahl notwendig (s. Sachs, 1972).

Abb. 1 stellt die Verteilung der Urteile über die Stimmung der Patienten (von 1 = euphorisch über 3 = ausgeglichen bis 5 = depressiv) auf die einzelnen Untergruppen von Aphasie dar. Das Säulendiagramm gibt die relative Häufigkeit wieder, die Zahlentabelle zeigt waagerecht die absolute Häufigkeit, mit der die Stimmungsurteile 1–5 überhaupt abgegeben wurden und senkrecht, mit welcher Häufigkeit sie auf die vier Untergruppen entfielen.

$$\begin{aligned}\text{Man erhält die Werte } \chi^2_{\text{kor}} &= 12,3 \\ f_{\text{kor}} &= 12,5 \\ P &= 54\,0\%.\end{aligned}$$

Es ergibt sich, daß keine Untergruppe vor der anderen durch eine besondere Stimmungslage ausgezeichnet war. Fast alle Patienten waren ausgeglichener Stimmung. Nicht ein Patient mit sensorischer Aphasie war euphorisch.

Die *zweite Frage* lautete: Besteht eine Beziehung zwischen Untertyp der Aphasie und Selbsteinschätzung des Sprachvermögens? Die sieben

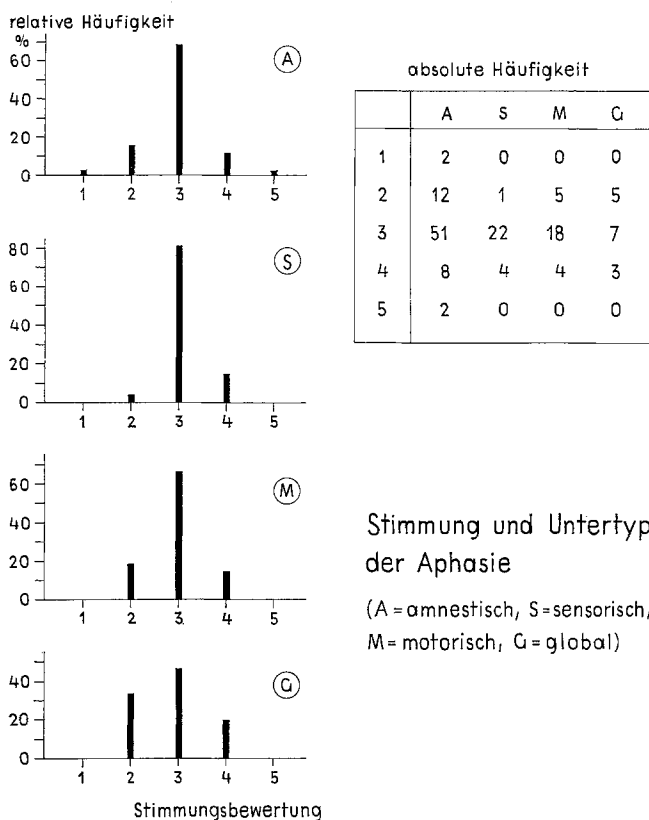


Abb.1. Verteilung der Stimmungsurteile 1 bis 5 auf die einzelnen Untergruppen (A amnestische; S sensorische, M motorische; G globale Aphasie). Die Zahlen-tabelle gibt die absoluten Häufigkeiten an, während im Säulendiagramm die rela-tiven Häufigkeiten aufgetragen sind (s. S. 249)

Antworten auf dem oben beschriebenen Fragebogen wurden auf Grund der Ergebnisse aus der standardisierten Aphasieprüfung ausgewertet. Für jede objektiv unrichtige Antwort erhielt der Patient einen Punkt. Die Punktzahl drückt also die Krankheitseinsicht nach Art eines „Lügen-score“ aus: hohe Punktzahlen bedeuten schlechte Krankheitseinsicht (= Kritiklosigkeit für die Krankheitssymptome, Anosognosie), niedrige zeigen eine gute Einsicht an.

Da die Patienten infolge ihrer Sprachstörung Schwierigkeiten beim Formulieren der Antworten haben konnten, war die Bewertung groß-zügig. Bei leichter Aphasie wurden Antworten wie „es geht, wenn es nicht zu schwer ist“ oder „leidlich“ oder „halbwegs gut“ nicht mit

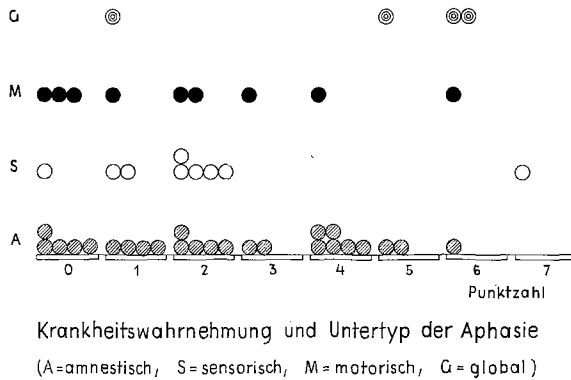


Abb. 2. Verteilung der Punktzahlen zur Krankheitseinsicht auf die 4 Untertypen.
Niedrige Werte = gute, hohe Werte = schlechte Krankheitseinsicht

einem Punkt bewertet. Ebenso verfuhr ich bei der Antwort, das Sprachverständnis sei ungestört, wenn eine rezeptive Störung lediglich im Token-Test nachweisbar war.

Das Ergebnis der Prüfung ist in Abb. 2 dargestellt. Die Häufigkeit, mit der die Patienten ihre Sprachstörung objektiv falsch einschätzten, ist jeweils für die vier Untertypen angegeben. Man sieht, daß alle Punkthäufigkeiten sich gleichartig auf alle Untertypen verteilen. Die statistische Berechnung erfolgte mit Hilfe der Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis (s. Sachs, 1972). Man erhält einen χ^2 -Wert von 3,72, der verglichen wird mit dem Schwellenwert $\chi^2_{3; 95\%} = 7,81$. Auf dem 5%-Niveau ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

Es folgt, daß keine Untergruppe der Aphasie sich durch besondere Kritiklosigkeit gegenüber ihrer Sprachstörung auszeichnet.

Die *dritte Frage* lautete: Besteht eine Beziehung zwischen Stimmung und Krankheitseinsicht? Zu diesem Zweck wurden die Stimmungspunkte addiert und mit der Punktzahl der Selbsteinschätzung korreliert.

Es ergab sich der Korrelationskoeffizient $r = 0,015$ bei $n = 44$ Patienten. Der Korrelationskoeffizient ist nicht signifikant von 0 verschieden ($t_{\text{berechnet}} = 0,1$, Schwellenwert $t_{42; 97,5\%} = 2,0$).

Das bedeutet, daß keine Abhängigkeit der Krankheitseinsicht von der Stimmungslage bestand. Gehobene Stimmung führte nicht zur Kritiklosigkeit gegenüber der Sprachstörung, gute Krankheitseinsicht war nicht an depressive Verstimmung gebunden.

Besprechung

In dieser Untersuchung wurde versucht, an einer unausgelesenen Gruppe von aphasischen Patienten aus vier verschiedenen klinischen Untergruppen (amnestisch, motorisch, sensorisch, global) Stimmung und

Krankheitseinsicht so objektiv wie möglich zu erfassen. Das Urteil über die Stimmungslage wurde von drei unabhängigen Untersuchern abgegeben, und jedes einzelne Urteil, auch wenn es nicht mit den anderen übereinstimmte, wurde in die statistische Berechnung einbezogen. Damit hatte diese Prüfung einen hohen Grad von Zuverlässigkeit, auch wenn die einzelnen Urteile auf Grund von subjektiven Kriterien (Eindruck, Erfahrung) abgegeben waren.

Kritik wurde nur in bezug auf die Krankheit geprüft, obwohl Bay die Meinung vertreten hat, daß Patienten mit sensorischer Aphasie eine allgemeine, nicht nur eine speziell auf die Krankheit gerichtete Kritiklosigkeit (bzw. Mangel an Einsicht) hätten, einen „Mangel an Selbstkritik schlechthin“. Es wurden nicht nur die sprachlichen, sondern auch die mimischen und gestischen Reaktionen auf 7 sehr einfache und eindeutig formulierte Fragen ausgewertet. 4 Patienten, bei denen keine Bewertung möglich war, wurden für diesen Teil der Analyse ausgeschieden.

Man könnte gegen unsere Untersuchungsmethode einwenden, bei einem aphasischen Kranken sei nicht sicher, ob er wirklich sprachlich ausdrücken kann, was er denkt. Derselbe Einwand wäre aber auch gegen alle Autoren zu erheben, die sich in der Literatur zu diesem Thema geäußert und die Hypothese von der erhaltenen oder gestörten Krankheitseinsicht bei amnestischer bzw. sensorischer Aphasie aufgestellt haben. Aus dem Sprachverhalten allein (zögernde oder reichliche Sprachproduktion) auf die Stimmung und den Grad der Einsicht in die Sprachstörung zu schließen, ist nicht zulässig, da die „fluency“ (Howes, 1964; Howes u. Geschwind, 1964; Geschwind, 1966; Benson, 1967; Kerschensteiner, Poeck u. Brunner, 1972) sicher das Ergebnis einer Vielzahl von Faktoren ist.

Die Untersuchung hatte sich 3 Fragen gestellt:

Ist eine Untergruppe der Aphasie durch eine besondere Stimmungsveränderung ausgezeichnet?

Hat eine Untergruppe der Aphasie eine besonders geringe Krankheitseinsicht?

Sind Stimmung und Krankheitseinsicht bei Aphasikern aneinander gebunden?

Alle 3 Fragen können nach dieser Untersuchung verneint werden. Es ist nicht zutreffend, daß die amnestische Unterform der Aphasie durch gute Krankheitseinsicht, die sensorische dagegen durch „kritiklose Euphorie“ oder Anosognosie ausgezeichnet sei. Damit entfallen auch die weitgehenden Folgerungen für die Theorie der Aphasie, die an diese Behauptungen geknüpft worden waren. Das Charakteristische an der sensorischen Aphasie kann nicht eine allgemeine psychoorganische Veränderung sein. Meine Ablehnung einer solchen Hypothese stützt sich nicht nur auf die hier vorgelegten Befunde, sondern auch auf die Befunde

von Orgass, Hartje, Kerschensteiner u. Poeck (1972). In dieser Untersuchung zum Problem: Aphasie und nicht-sprachliche Intelligenz fanden wir, daß sensorisch Aphasische keinen niedrigeren Handlungs-IQ hatten als Patienten mit anderen Untergruppen von Aphasie. Das könnte nicht so sein, wenn „das Bild der sensorischen Aphasie“ dadurch entstünde, daß zu der „reinen (amnestischen) Aphasie“ eine „schwere und allgemeine Hirnstörung“ hinzutritt (Bay, 1957).

Beide Ergebnisse zusammengekommen zeigen deutlich, daß man das Syndrom der sensorischen Aphasie nicht dadurch „erklären“ kann, daß zu einer unterstellten, „wirklichen“ Aphasie nicht-sprachliche Faktoren als Ausdruck einer allgemeinen Hirnschädigung hinzutreten. Die cerebralen Allgemeinsymptome, die bei einem gegebenen Patienten gefunden werden können, beeinflussen zwar sein individuelles Verhalten, es lassen sich aber keine regelhaften nicht-sprachlichen Verhaltensweisen aufzeigen, die das Sprachverhalten von größeren Gruppen von Patienten mit einem bestimmten Typ der aphasischen Störung charakterisieren. Aphasie ist ein sprachliches Phänomen, und man sollte das Problem unterschiedlicher Typen von Aphasie mit linguistischen Methoden untersuchen.

Literatur

- Alajouanine, T.: Verbal realization in aphasia. *Brain* **79**, 1—28 (1956).
 Alajouanine, T.: *L'Aphasie et le langage pathologique*. Paris: Baillière 1968.
 Alajouanine, T., Sabouraud, O., de Ribaucourt, B.: Le jargon des aphasiques. Désintégration anosognosique des valeurs sémantiques de langage. *J. Psychol.* **45**, 158—180, 293—330 (1952).
 Bay, E.: Untersuchungen zum Aphasieproblem. *Nervenarzt* **28**, 450—455 (1957a).
 Bay, E.: Über die Beziehungen zwischen der sogenannten amnestischen und sensorischen Aphasie. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **177**, 1—27 (1957b).
 Bay, E.: Aphasia and non-verbal disorders of language. *Brain* **85**, 411—426 (1962).
 Bay, E.: Present concepts of aphasia. *Geriatrics* **19**, 319—331 (1964).
 Benson, D. F.: Fluency in aphasia: Correlation with radioactive scan localization. *Cortex* **3**, 373—394 (1967).
 Beyn, E. S.: Peculiarities of thought in patients with sensory aphasia. *Language and Speech* **1**, 233—249 (1957).
 Geschwind, N.: Diskussion in: *Brain Function*, Vol. III, p. 156—171. Ed. E. C. Carterette. Berkeley-Los Angeles: University of California Press 1966.
 Howes, D.: Application of the word frequency concept to aphasia. In: *Disorders of Language*. Ed. A. V. S. de Reuck and M. O'Connor. London: Churchill 1964.
 Kerschensteiner, M., Poeck, K., Brunner, E.: The fluency-nonfluency dimension in the classification of aphasic speech. *Cortex* **8**, 233—247 (1972).
 Lhermitte, F., Gauthier, Th.: Aphasia, in: *Handbook of clinical neurology*. Ed. P. J. Vinken and G. W. Bruyn. Amsterdam: North Holland Publ. Comp. 1969.
 Orgass, B., Hartje, W., Kerschensteiner, M., Poeck, K.: Aphasie und nichtsprachliche Intelligenz. *Nervenarzt* (im Erscheinen).
 Poeck, K., Hartje, W., Kerschensteiner, M., Orgass, B.: Sprachverständnisstörungen bei aphasischen und nicht aphasischen Hirnkranken. *Dtsch. med. Wschr.* (im Erscheinen).

- Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethoden, 3. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972.
- Thiele, R.: Aphasie, Apraxie, Agnosie. In: Hdb. Geisteskrankheiten. Hrsg. O. Bumke, 2. Bd., Allg. Teil II, S. 307. Berlin: Springer 1928.
- Weisenburg, Th., McBride, Katherine E.: Aphasia. New York: Hafner Publ. Comp. 1954.
- Zangwill, O. L.: Diskussion in De Reuck, O'Connor (ed.): Disorders of Language, p. 139. London: Churchill 1964.

Prof. Dr. K. Poeck
Abteilung Neurologie der Rheinisch-
Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
D-5100 Aachen
Goethestr. 27—29
Bundesrepublik Deutschland