

Wege in die Kommunikation - UK bei Aphasie

Sabrina Beer

Einleitung

Bei einer Aphasie handelt es sich um eine erworbene Sprach-/Sprechstörung, die das Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben in unterschiedlicher Ausprägung betreffen kann. Die Betroffenen und ihre Angehörige müssen sich mit einer veränderten Kommunikationssituation auseinandersetzen. Die Art zu kommunizieren muss neu geordnet und gelernt werden – für die Betroffenen und für das Umfeld (vgl. Beukelmann et al. 2007). Als Folge empfinden sich Betroffene häufig weniger wirksam in ihrer Kommunikation, begeben sich weniger in kommunikative Situationen und vermitteln Inhalte nicht wie gewollt. Eine Abhängigkeit vom Gegenüber wird beschrieben. Der Gesprächspartner muss veränderte Signale erkennen und diese richtig interpretieren. Isolation und Depression können mögliche Folgen sein (vgl. Hilari 2011, Cruice et al. 2010). Ziel der Therapie ist, die Schaffung eines möglichst umfassenden multimodalen Kommunikationssystems, um dem Betroffenen Teilhabe am täglichen Leben und Einfluss auf die Umwelt zu ermöglichen.

Alternativen zur lautsprachlichen Kommunikation müssen zur Überbrückung und zur Hilfe der Reorganisation gesucht werden. Dabei stehen sprachsystematische Methoden und Möglichkeiten, wie Blick, Mimik, Gestik, Laute, Körperhaltung, Körperbewegung, Gebärden, elektronische und nicht-elektronische Hilfen sowie Schriftsprache zur Verfügung. Ein früher Beginn und alle zur Verfügung stehenden Wege sind dabei zu nutzen - Hauptsache Kommunikation wird ermöglicht.

Zahlen und Fakten

Die Inzidenz der Aphasie liegt bei 43 pro 100 000 Einwohner, die Prävalenz liegt bei ca. 70 000. Die jährliche Inzidenz neu auftretender therapiebedürftiger Aphasien bei ungefähr 25.000 (vgl. AWMF).

Die Aphasie kann in Remissionsphasen unterteilt werden, denen diverse Aphasie- und Therapiephasen sowie Therapieziele zugeordnet werden (siehe Tabelle).

Remissionsphase	Phase der Aphasie	Therapiephase	Therapieziele
Restitution	Akute Phase (4-6) Wochen	Aktivierungsphase	Reaktivierung, Hemmung
Substitution / Regeneration	Frühe postakute Phase (1-4 Monate) Späte postakute Phase (4- 12Monate)	Modifizierungsphase	Störungsspezifisches Üben
Reorganisation	Chronische Phase (ab 12 Monate)	Konsolidierungsphase	Adaption / Kompensation

Tab. 1: Übersicht Remissionsphasen

Betrachtet man die Gruppe der Patienten mit Aphasie, muss man feststellen, dass sie, bezogen auf die Symptome eine große Heterogenität aufweisen und Vergleiche nur schwer möglich sind. Sie zeigen erhebliche Variationen in ihren linguistischen Fähigkeiten und unterschiedliche Ausprägungen der sprachlichen Symptome.

Diagnostik

Die Therapie verlangt daher nach einer individuellen Vorgehensweise. Die Basis der Therapie sollte eine Erhebung der linguistischen Fähigkeiten und kommunikativen Ressourcen und Barrieren sein. Dabei scheint eine Kombination aus indirekten Verfahren zur Selbst- und Fremdeinschätzung und direkten Verfahren zur Untersuchung der tatsächlichen Kommunikationsfähigkeit aktuell die optimale Vorgehensweise. Das vorrangige Ziel der Diagnostik sollte im Erfassen von Dialogmöglichkeiten im Bereich Aktivität und Partizipation liegen. Folgend eine Auflistung von möglichen Assessments:

- Fragebögen von Angehörigen (ALQ, CAL, CETII, CAPPa)
- Selbsteinschätzungsbögen (SAQOL-39, CAL)
- Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit – direkt / indirekt (z.B. ANELT, Aachener Spontansprachanalyse, DiaDia, CAPPa, Untersuchungsprotokoll der linguistisch-pragmatischen Fertigkeiten bei Aphasie, KAPUA, AAC, Aphasia needs Assessment)

Aber auch das Erfassen des Tagesablaufes, Interessen und Aktivitäten, der Kommunikationsanlässe und –partner macht Sinn (z.B. mit PlanBe). So können gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin und Angehörigen Ziele bestimmt werden, Interventionen transparent und nachvollziehbar dokumentiert werden und dann Methoden und Materialien gewählt werden.

Teilhabe

In einigen Studien wurde untersucht, welche Faktoren das Leben mit einer Aphasie erleichtern können bzw. sich auf die Lebensqualität auswirken. Holland und Audrey (2006) untersuchten, welche Faktoren sich positiv auf den Umgang mit einer Aphasie auswirken und benannten folgende:

- Persönlichkeit vor dem Schlaganfall (optimistisch)
- Selbständigkeit (Unterstützung)
- Allgemeine Gesundheit
- Zeit nach Beginn (zwei bis drei Jahre nach Schlaganfall, erfolgreich im Umgang mit Aphasie)

Fraas und Calver (2009) interessierte, welche persönlichen Aspekte /Faktoren ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben nach erworbener Hirnschädigung begünstigen und kamen zu folgendem Ergebnis:

- starkes soziales Netzwerk
- Trauer- und Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Emotionen
- Akzeptanz und Verständnis eines „neuen Selbst“
- Eigenverantwortlichkeit und Selbstbewusstsein durch die Teilhabe an Aktivitäten, die Erfüllung und Freude bieten sowie der Allgemeinheit dienen.

Bei beiden Studien zeigte sich, dass die Teilhabe ein wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit der Betroffenen darstellt. So zeigt sich mit Nachdruck, dass von Beginn an die Kommunikation als wesentlich begünstigendes Element für Partizipation im Fokus der Therapie stehen muss. Daher sollten von Beginn an alle Möglichkeiten herangezogen werden, die die Fähigkeit in Interaktion und Kommunikation zu treten, unterstützen. Hierzu gehören auch Methoden und Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation - UK!

Aphasie und UK

UK-Strategien werden bisher oft als letzte Möglichkeit angesehen und erst spät eingesetzt. Schon 2001 haben Hux et al. beschrieben, dass die Unterstützung von Menschen mit schwerer Aphasie durch multimodalen Einsatz von Buchstabentafeln Auswahl an geschriebenen Wörtern bzw. Nachrichten, Gesten, Mimik, Zeichnen, Bilder Symbole und Fotografien geschehen kann. Oft wird nicht erkannt, welchen Beitrag schon niederschwellige UK-Hilfen für die kommunikativen Fähigkeiten leisten können. Aphasie-Spezialisten haben komplexe UK-Hilfsmittel und Methoden häufig nicht in ihrem Repertoire, da sie ursprünglich für andere UK-Nutzergruppen (z.B. Pat. mit Dysarthrie, wie Patienten mit ALS, Locked-In-Syndrom, ... - oder Kinder, die nicht in die verbale Sprache kommen) konstruiert wurden (Hux et al. 1994). Auch die lange verbreitete sprachsystematische Therapie, welche sich an den Symptomen orientiert und ihr Augenmerk darauf legt, das auditive Verstehen und die Sprachproduktion zu fördern um die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, trug dazu bei, dass die Unterstützte Kommunikation eher zweitrangig oder eben als letztes Mittel der Wahl, gesehen wurde.

Dabei können Methoden und Hilfsmittel der UK so viel mehr bieten. Sie sprechen alle Modalitäten an, können dazu beitragen, dass Sprachhandlungen leichter initiiert werden und die Aufmerksamkeitsspanne verbessern. Die UK kann symptomorientierte Förderung unterstützen und Sprachkompetenzen wiederaufbauen helfen. Sie kann aber auch als Kompensation dienen, indem sie die Lautsprache unterstützt / ggf. ersetzt, die grundlegende Alltagskommunikation sichert und eine effiziente Kommunikation ermöglicht.

Konkret

Eine erfolgreiche Therapie muss eine differenzierte, fachlich fundierte, individuelle Beratung, Diagnostik und Begleitung unter Beachtung der motorischen, kognitiven und linguistischen Fähigkeiten, der Akzeptanz der UK-Intervention bei Betroffenen und Familie sowie der Ressourcen des Umfeldes beinhalten.

Um die Kommunikation und damit die Aktivitäten und Teilhabe zu stärken, muss Bestandteil der Therapie das Training der Pragmatik sein. Durch Rollenspiele, wechselnde Gesprächspartner und in vivo-Training sollen die erlernten Fähigkeiten generalisiert und das Vertrauen in die eigene Kommunikation gestärkt werden. Ebenso sollte das Augenmerk auf dem flexiblen Gebrauch von Kommunikationsstrategien liegen: Der Aphasiker, die Aphasikerin sollte zwischen den Strategien flexibel wechseln können, abhängig davon was ihn am schnellsten bzw. am effektivsten zum Ziel bringt.

Auch die Akzeptanz von alternativen Kommunikationsstrategien durch die Angehörigen ist wichtig um den Betroffenen zu stärken. Häufig begeben sich Menschen mit Aphasie in eine „Antworter-Rolle“, d.h. sie interagieren nur noch wenn sie angesprochen werden. Garret und Beukelmann (1992) betonen, dass ein geschulter Kommunikationspartner das Maß für eine erfolgreiche Kommunikation darstellt.

Häufig besteht der Wunsch nach vollständiger funktioneller Wiederherstellung der kommunikativen Fähigkeiten. Dies muss in Gesprächen erörtert und relativiert werden. Häufige ist eine eingeschränkte Akzeptanz externer (elektronischer) Kommunikationshilfen zu sehen. Dies liegt teilweise in der Meinung begründet, dass das benutzen von UK-Hilfsmitteln die Wiederherstellung des „normalen Sprechens“ verhindere (Hux 2001).

Erfolgreicher Einsatz

Was kann getan werden, damit Alternativen zur Kommunikation eingesetzt und angenommen werden? Gründe für das nicht Einsetzen von erworbenen UK-Fertigkeiten können sein: Mangelnde Motivation, unangepasstes Vokabular, ungenügendes Training, kognitive und linguistische Einschränkungen.

Oberste Priorität hat hier die Individualisierung von UK-Hilfsmitteln. Die speziellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten müssen berücksichtigt und die sprachlichen Ressourcen und die kommunikativen Stärken berücksichtigt werden (vgl. van de Sandt-Koenderman 2004). Es reicht nicht aus, die Betroffenen mit einem Hilfsmittel zu versorgen. Erst die Auseinandersetzung damit und die Erarbeitung führen zum Erfolg. Eine längerfristige Begleitung ist notwendig, um einen dauerhaften Einsatz zu gewährleisten und somit die Kommunikation nicht wieder abbrechen zu lassen. Dabei müssen die Kommunikationshilfen zusammen mit dem Betroffenen und/oder ihren Angehörigen personalisiert und aktualisiert werden. Dies ist ein ständiger Prozess und orientiert sich an den aktuellen Gegebenheiten.

Ebenso wichtig für die Reorganisation ist das sprachliche Verhalten gegenüber dem Aphasiker, der Aphasikerin. Durch eine aufmerksame Gesprächsführung kann die Kommunikation erweitert werden. Hier einige Beispiele:

- Nach spezifischen Informationen fragen
 - dem Gegenüber mitteilen, wenn Einzelheiten nicht verstanden wurden und nachfragen
 - genügend Zeit lassen um den Gegenüber eine Frage erwidern zu lassen
 - klärende Antworten
 - versuchen, die Bedeutung des Gesagten einzuordnen und wiederzugeben
 - ermutigen zu nonverbalen Kommunikation.
- (vgl. Bryan et al. 1998)

Es ergeben sich viele Möglichkeiten Methoden und Hilfsmittel aus dem Gebiet der Unterstützten Kommunikation einzusetzen. Sie können z.B.

- der Initiierung von Gesprächen dienen
- helfen, das Thema einzugrenzen
- der Sicherung von Sachverhalten dienen,
- Ja/ Nein, Halt! ermöglichen
- Verständnis sichern

Einige Aspekte sind zur generellen Gestaltung sinnvoll:

- Informationen aus einem Bereich können direkt den Informationsfluss und den Verarbeitungsprozess in einem anderen Bereich beeinflussen -> visuelle, semantische und lexikalische Verarbeitungsprozesse sind durch Feedback-Loops miteinander verbunden. (vgl. Davidoff 2001)
- persönlich relevante und kontextbezogene Fotos erhöhen die Zuordnung von Wörtern zu Bildern, z.B durch Szenenbilder (vgl. McKelvey 2010)
- Bilder und/oder Texte können helfen, das Thema festzulegen und erleichtern den Aufbau des Gesprächs. Menschen mit schwerer Aphasie können Gespräche mit dem Kommunikationspartner ko-konstruieren (Garrett/Huth 2002)
- bessere Leistungen beim Benennen, wenn die Objekte in ihrer natürlichen Farbe präsentiert werden. Farbe macht die Verarbeitung schneller und führt v. a. bei Aphasiepatienten zu weniger Fehlern (vgl. Mohr 2014)
- Der Aphasiker muss in der Therapie lernen, wie er die gesuchten Items findet. Dabei spielt die Organisation des Vokabulars eine wichtige Rolle. Es kann semantisch,

alphabetisch, phonologisch oder themenbezogen organisiert sein. Auch eine Ordnung über Sprechrollen (z.B. erzählen, fragen, antworten) oder über Fragen (Wer? Was? Wo?) ist möglich. Welche Ordnung sinnvoll ist, muss individuell entschieden werden. (vgl. van de Sandt-Koenderman 2010).

Folgende exemplarische Hilfsmittel erscheinen als Einsatz geeignet:

- Symbolsoftware: Erstellung von individuellem Übungsmaterial, Visualisierungshilfen, Kommunikations-Tafeln und Kommunikationsbücher
- Kommunikationsbücher: mit Symbole, Fotos, Situationen, Wörter, Phrasen, zur schnellen Kommunikation. Mögliche Inhalte: Einstiegskarten / Themenübersicht, wichtige persönliche Begebenheiten, Social-Talk, Informationen über aktuelle Situationen, Soziale Kontakte, biographische Daten
- Statische Kommunikationshilfe: Übungssequenzen, phrasenbasierte Oberflächen, themenspezifische Oberfläche (Hinweise: siehe Kommunikationsbücher)
- Tablet-PC: Szenenbilder, Übungs-Apps, Kommunikations-Software (Hinweise: siehe Kommunikationsbücher)

Hier ist eindeutig das iPad überlegen: es hat einen hohen Aufforderungscharakter, verfügt über eine intuitive Bedienung ist erweiterbar und hat einen unangefochtenen „Coolness-Faktor“

Empfehlenswerte Apps: Book Creator (in Verbindung mit iBooks auch Vorlesefunktion), Pictello, TalkingPhoto, GoTalk Now, Predictable Deutsch, ChatAble Deutsch, Speechcare Aphasia

- komplexe elektronische Kommunikations-Hilfen: umfassend vorbereitetes Vokabular, grammatikalisch korrekte Aussagen möglich, Schriftsprache, ...
Inzwischen sind viele tablet-basierte Kommunikationsgeräte verfügbar. Vorteile: Mobilität, geringes Gewicht, nicht offensichtlich „Hilfsmittel“, Fotooption, ...
- Talking mats: Eingrenzung eines Themas, Zuordnung, Initiierung von Gesprächen, Bewertung/Hierarchiebildung (ja, nein, vielleicht; immer, manchmal, nie; ...)
- Vorlesestift: zum Vorlesen geschriebener Texte (wizcomtech)
- Instruktionseite für die Kommunikationspartner

Im Heilmittelkatalog findet sich der Aspekt Unterstützte Kommunikation bei Aphasia unter SP 5 in den Therapiezielen wieder: „...Erreichen einer Kommunikationsfähigkeit (erforderlichenfalls Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten)“ (vgl. Heilmittelkatalog).

Fazit und Ausblick

Die Unterstützte Kommunikation kann die Aphasietherapie auf allen Ebenen unterstützen, unabhängig vom Zeitpunkt der Erkrankung und des Schweregrades. Kommunikation bedeutet in allen möglichen Weisen miteinander in Verbindung zu treten. Ein früher Beginn und der Einsatz aller zur Verfügung stehender Wege sind dabei zu nutzen. Das Erlernen eines neuen Kommunikationssystems und die Integration in die bestehenden Verhaltensmuster ist zeitaufwändig. Sowohl Betroffene als auch die Angehörigen müssen geschult und instruiert werden. Vergleicht man, wie lange man benötigt um eine Fremdsprache zu erlernen und damit eine Basiskommunikation zu bestreiten, vergehen ca. 200 Stunden (Murphy et al. 1996). Diese Zeit ist mit UK-Methoden für eine erfolgreiche kommunikative Partizipation im Alltag gewinnbringend eingesetzt.

Literaturverzeichnis

Diagnostik - Abkürzungen:

- ANELT = Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test
- CETI = Communicative Effectiveness Index
- DiaDia = Dialogdiagnostik für aphasische Menschen und ihre primäre Bezugsperson
- CAPP = Conversation Analysis Profile für People with Aphasia
- KAPUA = Kommunikationstest für aphasische Personen und ihre Angehörige
- CAL = Communicative Activity Log
- SAQOL-39 = Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39
- AAC = Aphasia Categories of Communicators Checklist
- PlanBe = Planen und Bewerten von UK-Interventionen

Literatur:

AWMF:

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/0300901_S1_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6rungen_nach_Schlaganfall_2013_1.pdf (zuletzt aufgerufen am 10.04.2015)

Beukelman et al.: Augmentative and Alternative Communication for Adults with Acquired Neurologic Disorders. 23, 3/2007, Pages 230-242

Bryan, K.; MacIntosh, J.; Brown, D.: Extending conversation analysis to non-verbal communication. Aphasiology, 12, 1998,179-188

Cruice M.; Worrall, L.; Hickson, L.:Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. Journal of Fluency Disorders, 35, 3/2010, 173-189

Erdélyi, A. (2012): Unterstützte Kommunikation bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen, in: Schulze, G.C. & Zieger, A. (Hrsg.): Erworbene Hirnschädigungen: Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2012, 186-200

Fraas, M.; Calvert, M.: The use of narratives to identify characteristics leading to a productive life following acquired brain injury. American Journal of Speech-Language Pathology, 18, 2009, 315-328

Garrett, K. L.; Beukelman, D.R.: Augmentative communication approaches for persons with severe aphasia, in: Yorkston, K. (Hrsg.): Augmentative communication in the medical Setting, Tucson 1992, 245-321

Garrett, K.; Huth, C.: The impact of graphic contextual information and instruction on the conversational behaviors of a person with severe aphasia. Aphasiology, 16, 2002, 523-536

Hilari, K.: The impact of stroke. Are people with stroke different to those without? Disability and Rehabilitation 33, 3/2011, 211-218

Holland, Audrey. L.: Living Successfully with Aphasia: Three Variations of the Theme. Topics in Stroke Rehabilitation, 13, 1/2006, 44-51

Hux, K. D.; Beukelman, R.; Garret, K. L. (1994). Augmentative and alternative communication for persons with aphasia, in: Chapey, R. (Hrsg.): Language intervention strategies in adult aphasia. 3. Auflage, Baltimore 1994, 338-357

Hux, K.D.; Manasse, N.; Weiss, A.; Beukelmann, D.R.: Augmentative and alternative communication for persons with aphasia, in Chapey R. (Hrsg.): Language Interventions strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. 4. Auflage, Baltimore/Philadelphia 2001, 675-787,

Hönig, G.; Steiner, J.: BREAK – Belastungen und Ressourcen im (Gesprächs-) Erleben von Angehörigen schwer kommunikativ beeinträchtigter Menschen. In J. Steiner (Hrsg.), „Von Aphasie mitbetroffen“. Zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener Menschen, Zell am Harmersbach 2002, 13-38

McKelvey, M. L.; Hux, K.; Dietz, A.; Beukelmann, D. R.: Impact of personal relevance and contextualization on word-picture matching by people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 2010, 22-23

Mischo, S.; Metzner, H.; Weitze, S.: Activities of adult AAC-users in the community, in: ISAAC (Hrsg.): *Conference Proceedings, 15th Biennial Conference of ISAAC, Pittsburgh 2012*, 1396-1398

Mohr, E.: Farbige Bilder verbessern den Wortabruf bei Aphasiepatienten. *Forum Logopädie*, 28, 6/2014

Murphy, J.; Markova, I.; Collins, S.; Moodie, E.: AAC systems: obstacles to effective use. *European Journal of Disorders of Communication*, §1, 1996, 31-44

Van de Sandt-Koenderman, M.: High-tech AAC and aphasia: Widening horizons? *Aphasiology*, 18, 3/2004, 245-263

Kontaktinformationen

Autor/Autorin 1 (Kontaktperson):

Titel	Wege in die Kommunikation
Vorname	Sabrina
Name	Beer
Funktion/Beruf	Logopädin, MSc. Neurorehabilitation, Krankenschwester
Organisation	LogBUK GmbH, Praxis für Logopädie und Beratungsstelle mit Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation
Adresse	Salinstr. 11a
PLZ, Ort	83022 Rosenheim
Tel.	08031-350910
E-Mail	sabrina.beer@logbuk.de
Web	www.logbuk.de