Sandra Schütz

Angehörigenbefragung in der Aphasiediagnostik

Grundlagen, Methoden, exemplarische Evaluation des Partner-Kommunikations-Fragebogens (PKF)

Tectum

Sandra Schütz

Angehörigenbefragung in der Aphasiediagnostik

Sandra Schütz

Angehörigenbefragung in der Aphasiediagnostik

Grundlagen, Methoden, exemplarische Evaluation des Partner-Kommunikations-Fragebogens (PKF)

Tectum Verlag

Sandra Schütz

Angehörigenbefragung in der Aphasiediagnostik. Grundlagen, Methoden, exemplarische Evaluation des Partner-Kommunikations-Fragebogens (PKF)

Zugl. Univ. Diss., LMU München 2012

Umschlagabbildung: © Stephan Baumgartner | Umschlaggestaltung: Heike Amthor

© Tectum Verlag Marburg, 2012

ISBN 978-3-8288-5917-3

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Buch unter der ISBN 978-3-8288-3079-0 im Tectum Verlag erschienen.)

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de
www.facebook.com/tectum.verlag

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

1 EINLEITUNG 13

2 MEHRDIMENSIONALITÄT DER APHASIE 15

2.1 Aphasie im Kontext der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 15

2.2 Aphasie als Störung der Sprache 17

2.3 Aphasie als Behinderung der Kommunikation 18

2.3.1 Definitionen und Theorien 18

2.3.2 Alltagskommunikation bei sprachgesunden und aphasischen Menschen 22

2.4 Psychosoziale Folgen einer Aphasie 24

2.4.1 Auswirkungen auf den Betroffenen selbst 25

2.4.2 Rolle der Angehörigen 26

3 PRAGMATISCH-FUNKTIONALE APHASIEDIAGNOSTIK 29

3.1 Drei-Teilung der Aphasiediagnostik 30

3.1.1 Neurolinguistisch-deskriptiver Ansatz 31

3.1.2 Kognitiv-neurolinguistischer Ansatz 32

3.1.3 Pragmatisch-funktionaler Ansatz 33

3.2 Methodische Ansätze in der pragmatisch-funktionalen Aphasiediagnostik 36

3.2.1 Messung der Leistungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens 38

3.2.1.1 Functional Independence Measure (FIM) 39

3.2.1.2 Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS) 39

3.2.2 Konversationsanalyse und Kommunikationsbeobachtung 41

3.2.3 Standardisiertes Interview 43

3.2.3.1 AAT-Interview 43

3.2.3.2 Assessment of Communicative Skills Interview (ACSI) 43

3.2.3.3 Interview zur pragmatisch-funktionellen Dimension bei Aphasie (PFD) ... 45
3.2.4 Kommunikationstest ... 46
3.2.4.1 Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test ... 46
3.2.4.2 Scenario-Test ... 49
3.2.4.3 Kommunikationstest für aphasische Personen und ihre Angehörigen (KAPUA) ... 50
3.2.5 Selbst- und Fremdbefragung ... 51
3.2.5.1 Selbstbeurteilung ... 52
3.2.5.2 Fremdbeurteilung ... 53
4 ANGEHÖRIGEN-BEFRAGUNG ... 55
4.1 Begründung ... 55
4.2 State of the art ... 60
4.3 Instrumente der schriftlichen Angehörigen-Befragung ... 65
4.3.1 Functional Outcome Questionnaire for Aphasia (FOQ-A) ... 66
4.3.2 Communicative Effectiveness Index (CETI) ... 69
4.3.3 Angehörigenfragebogen zu den Kommunikationsfertigkeiten aphasischer Patienten ... 73
4.3.4 Questionnaire about everyday communicative practice – Communicative Activity Log (CAL) ... 75
4.3.5 Fragebogen zur Erfassung der Alltagskommunikation (FAK-F) ... 77
4.4 Kritik an den bisherigen Fragebögen ... 79
4.5 Der Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) ... 80
4.5.1 Beschreibung ... 80
4.5.2 Bisherige Untersuchungen ... 82
5 FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE ... 85
6 METHODIK ... 91
6.1 Versuchsdurchführung und Studiendesign ... 91
6.2 Stichproben ... 92
6.2.1 Aphasische Untersuchungsgruppe ... 92

6.2.2 Aphasische Kontrollgruppe 95
6.2.3 Sprachgesunde Kontrollgruppe 96
6.2.4 Angehörige der aphasischen Untersuchungsgruppe 98
6.2.5 Sprachtherapeuten der aphasischen Untersuchungsgruppe 99
6.2.6 Angehörige der aphasischen Kontrollgruppe 100
6.2.7 Angehörige der sprachgesunden Kontrollgruppe 100
6.2.8 Unabhängige Sprachtherapeuten 100
6.3 Untersuchungsmaterial 102
6.3.1 Soziodemographischer Fragebogen 102
6.3.2 Aachener Aphasie Test (AAT) 102
6.3.3 Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) 103
6.3.4 Partner–Kommunikations-Fragebogen (PKF) 104
6.4 Auswertungsmethoden 104
7 ERGEBNISSE 109
7.1 Psychometrische Analyse 109
7.1.1 Quantitative Itemanalyse 109
7.1.1.1 Werteverteilung 109
7.1.1.2 Schwierigkeitsanalyse 111
7.1.1.3 Trennschärfeanalyse 112
7.1.2 Reliabilität 113
7.1.2.1 Interne Konsistenz 113
7.1.2.2 Interrater-Reliabilität 113
7.1.3 Retest-Reliabilität 120
7.1.4 Validität 121
7.1.4.1 Zusammenhang zwischen Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) und Aachener Aphasie Test (AAT) 121

7.1.4.2 Zusammenhang zwischen Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) und Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) 125
7.1.4.3 Sensitivität für Veränderungen 126
7.1.4.4 Differentielle Validität 132
7.2 Qualitative Analyse 135
7.2.1 Analyse unbeantworteter Items 135
7.2.2 Item-Schwierigkeiten in der sprachgesunden Kontrollgruppe 136
7.2.3 Alltagsrelevanz und Nützlichkeit 137
7.2.3.1 Perspektive der Angehörigen 138
7.2.3.2 Perspektive der Sprachtherapeuten 141
7.2.3.3 Vergleich der Einschätzungen 145
8 DISKUSSION 146
8.1 Diskussion der Studienergebnisse und des Untersuchungsdesigns 146
8.1.1 Psychometrische Analyse 146
8.1.1.1 Quantitative Itemanalyse 146
8.1.1.2 Reliabilität 149
8.1.1.3 Zusammenhang zwischen Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) und Aachener Aphasie Test (AAT) 151
8.1.1.4 Zusammenhang zwischen Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) und Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) 156
8.1.1.5 Sensitivität für Veränderungen 157
8.1.1.6 Vergleich der aphasischen und der sprachgesunden Gruppe 159
8.1.2 Qualitative Analyse 160
8.1.2.1 Fehlende Werte 160
8.1.2.2 Item-Schwierigkeiten in der Kontrollgruppe 161

8.1.2.3 Alltagsrelevanz aus der Perspektive der Angehörigen 162
8.1.2.4 Nützlichkeit aus der Perspektive der Sprachtherapeuten 163
8.1.2.5 Der Partner-Kommunikations-Fragebogen (PKF) vor dem Hintergrund der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 164
8.1.3 Kritik an der Methodik der Studie 165
8.1.3.1 Untersuchungsdesign 165
8.1.3.2 Stichprobe 167
8.1.3.3 Untersuchungsmaterial 169
8.1.3.4 Untersuchungsmethoden 171
8.2 Die pragmatisch-funktionale Aphasiediagnostik als Spannungsfeld 171
8.2.1 Der Kommunikationsbegriff 171
8.2.2 Standardisierung versus Einzelfallorientierung 173
8.2.3 Das Verhältnis formaler und funktionaler Aphasiediagnostik 174
8.3 Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigen-Befragung bei Aphasie 174
8.3.1 Die Notwendigkeit der Erfassung der Kommunikationsfähigkeit unter Berücksichtigung der Angehörigen 174
8.3.2 Herausforderungen und Grenzen 176
9 AUSBLICK 179
10 LITERATURVERZEICHNIS 181
11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS 199
12 TABELLENVERZEICHNIS 201
13 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 205
14 ANHANG 207

VORWORT

Dieses Buch rückt die pragmatisch-funktionale Aphasiediagnostik in den Aufmerksamkeitsfokus. Bislang existieren nur wenige deutschsprachige Monographien, in denen der kommunikationsorientierte Ansatz begründet wird und verschiedene Methoden ausführlicher gezeigt und kritisch diskutiert werden. Der Schwerpunkt in diesem Buch liegt auf der Angehörigenbefragung aphasischer Menschen. Im zweiten Teil wird der *Partner-Kommunikations-Fragebogen* (PKF) (BLOMERT 1993; DE LANGEN 2004) psychometrisch und qualitativ untersucht.

Durch die Theorie-Praxis-Verbindung eignet sich das Buch sowohl für klinisch arbeitende Sprachtherapeuten, als auch für Studierende und wissenschaftlich tätige Kollegen. Den Leserinnen und Lesern des Buches wünsche ich gewinnbringende Hinweise für die tägliche Arbeit mit Menschen mit Aphasie sowie Anregungen für die Entwicklung und Evaluation kommunikationsorientierter Diagnostikverfahren.

Diese an der Ludwig-Maximilians-Universität München entstandene Dissertation möchte ich Herrn Dr. Stephan Baumgartner widmen, der sich für eine evidenzbasierte Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie eingesetzt hat, ein Vordenker, Ratgeber und Freund war. Ich bedanke mich an dieser Stelle auch bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt für seine offene Haltung und die konstruktiven Gespräche. Außerdem leistete Herr PD Dr. Ernst de Langen eine hervorragende und intensive Betreuung, die das Interesse am wissenschaftlichen Lesen und Arbeiten geschürt hat. Das Statistische Beratungslabor der Ludwig-Maximilians-Universität München war zudem bei der Supervision der Datenauswertung hilfsbereit.

Danken möchte ich außerdem meiner Familie, meinen Freunden sowie aktuellen und ehemaligen Kollegen, am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik an der LMU München, am Klinikum München-Bogenhausen, Bruderholz-Spital Basel-Land und in der Buchberg-Klinik in Bad Tölz. Schließlich möchte ich mich besonders herzlich bei den Teilnehmern der Studie sowie bei den kooperierenden Kliniken und Sprachtherapie-Praxen sowie bei den Aphasieverbänden und bei Gaby Auer, stellvertretend für den Bayerischen Landesverband für Aphasie (BLRA), bedanken.

1 EINLEITUNG

„Das übergreifende und vorrangige Ziel sprachheilpädagogischen und logopädischen Handelns stellt zweifelsohne die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit des Menschen dar“ (GROHNFELDT & RITTERFELD 2005, 39).

Die Überprüfung der kommunikativen Leistungen bedeutet jedoch eine große Herausforderung für die Sprachtherapie. Bereits Ende der sechziger Jahre fand mit der pragmatischen Wende eine Betonung der Kommunikation und Pragmatik statt. Seit der Einführung der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (*ICF*[1]) durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO[2]) im Jahre 2001 ist der offizielle Rahmen für eine Hinwendung zu den Aspekten der Aktivität, Partizipation, Person- und Kontextfaktoren gegeben.

Gerade bei dem Phänomen der Aphasie spielt die Abhängigkeit in der Kommunikation sowie die eingeschränkte Teilhabe am sozialen Leben eine besondere Rolle. REILLY et al. (2004) betonen gerade deshalb die Notwendigkeit reliabler und valider Verfahren zur Messung der funktionalen Kommunikation. Auch DOUGLAS (2007, 1182) stellt fest: „The need for reliable and valid measures of functional communication outcome has been identified as a significant challenge for evidence-based practice in speech pathology”. Obwohl von der Sprachtherapie gewünscht und von Kostenträgern gefordert, stehen bislang wenig kommunikationsorientierte Messverfahren zur Verfügung. Zudem fehlt bei den meisten verfügbaren Verfahren im deutschsprachigen Raum eine psychometrische Untersuchung. DE LANGEN (2010) deklariert die funktional-pragmatische Aphasiediagnostik in Deutschland als wenig bekannt und nur spärlich entwickelt. Dementsprechend fordert GRÖTZBACH (2005), bestehende Verfahren zu evaluieren und neue Instrumente zu konstruieren.

Eine vielversprechende Methode in der pragmatisch-funktionalen Aphasiediagnostik stellt die Angehörigen-Befragung dar. Partner bzw. enge Bezugspersonen können durch permanente Beobachtungsmöglichkeiten im Alltag die kommunikativen Fähigkeiten ihrer aphasischen Angehörigen gut einschätzen. Nur wenige Fragebögen wurden bislang im deutschsprachigen Raum publiziert und untersucht. Der weit-

1 Die Abkürzung ICF verweist im Folgenden auf die International Classification of Functioning, Disability and Health.

2 Die Abkürzung WHO verweist im Folgenden auf die Weltgesundheitsorganisation.

verbreitete *Communication Effectiveness Index* (*CETI*[3]) (LOMAS et al. 1989), übersetzt von SCHLENCK und SCHLENCK (1994), genügt den Testgütekriterien nicht ausreichend (DE LANGEN 2010). Bei den weiteren Fragebögen werden mündliche und schriftliche Modalität sowie Produktion und Perzeption in einer Skala vermischt, so dass eine eindeutige Interpretation des Summenscores erschwert ist. Der *Partner-Kommunikations-Fragebogen* (*PKF*[4]) (BLOMERT 1993; DE LANGEN 2004) hingegen begrenzt sich auf die verbale Kommunikationsfähigkeit als Untersuchungsgegenstand. Dieser Fragebogen wurde bislang nur in der niederländischen Originalfassung (BLOMERT 1994) sowie innerhalb von Pilotstudien mit kleinen Stichproben in Deutschland (KELLER & HELLWEGE 2005; SCHÜTZ 2007) untersucht.

In der vorliegenden Arbeit soll der *Partner-Kommunikations-Fragebogen* anhand einer größeren Stichprobe von 65 aphasischen Probanden[5] sowie 66 sprachgesunden Kontrollpersonen psychometrisch auf seine Testgütekriterien sowie qualitativ analysiert werden. Bevor den einzelnen Fragestellungen im empirischen Teil der Arbeit nachgegangen wird, sollen zunächst die theoretischen Hintergründe beleuchtet werden: Als erstes wird die Sichtweise von Aphasie als reine Sprachstörung erweitert und Aphasie als Kommunikationsbeeinträchtigung und Hindernis in der Teilhabe dargestellt. Dabei werden nicht nur die Folgen für die betreffende Person, sondern auch die Auswirkungen auf die Angehörigen, deutlich.

Nach der Vorstellung der drei Richtungen der Aphasiediagnostik erfolgt eine ausführliche Begründung des pragmatisch-funktionalen Ansatzes. Verschiedene Methoden werden beschrieben, wobei der Methode der Fremdbeurteilung durch Angehörigen-Befragung eine herausragende Rolle zukommt. Mit dem *Partner-Kommunikations-Fragebogen* als ausgewähltes Instrument bildet sie das Herzstück in der vorliegenden Arbeit.

---

3 Die Abkürzung *CETI* verweist im Folgenden auf den *Communication Effectiveness Index*.

4 Die Abkürzung *PKF* verweist im Folgenden auf den *Partner-Kommunikations-Fragebogen*.

5 Hinweis: In der vorliegenden Arbeit wird zum Zweck der besseren Lesbarkeit durchgängig die männliche Form verwendet. Dabei sind sowohl Frauen wie Männer gemeint.

2 MEHRDIMENSIONALITÄT DER APHASIE

Die *Aphasie* ist als ein mehrdimensionales Phänomen zu sehen. Sie kann nicht nur als Störung der Sprache, sondern muss auch als Beeinträchtigung der Kommunikation aller daran Beteiligten mit den daraus resultierenden psychosozialen Folgen gesehen werden. Die theoretische Basis für diese Sichtweise stellt die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (DIMDI 2005) dar. Dieses Klassifikationsschema wird nun genauer beschrieben und die Aphasie anhand der verschiedenen Ebenen beleuchtet.

2.1 Aphasie im Kontext der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Die *International Classification of Functioning, Disability and Health*, auf Deutsch die "Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit", wurde von der WHO im Jahr 2001 entwickelt und ins Deutsche übersetzt (DIMDI 2005). Sie hat weitreichende Konsequenzen in der Politik sowie im Gesundheitswesen nach sich gezogen: Zum einen wurde sie als Konzept in das Sozialgesetzbuch IX aufgenommen. Zum anderen bildet sie die Grundlage für die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie für Anträge auf Rehabilitation und Verordnungen von Heilmitteln (GRÖTZBACH & IVEN 2009).

Das bio-psycho-soziale Modell der *ICF* grenzt sich vom medizinisch ausgerichteten Konzept ab und sieht „ein Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit“ vor (GRÖTZBACH & IVEN 2009, 11). Ein Gesundheitsproblem wird daher in Wechselwirkung zu Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität und Partizipation gesehen. Die Kontextfaktoren können jeweils einen unterstützenden oder hemmenden Einfluss darauf ausüben. In der Erhebung eines Befundes z. B. bei Aphasie ist es wichtig, alle Komponenten der ICF mit einzubeziehen.

Die *ICF* impliziert eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Patienten, Angehörigen und medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen (GRÖTZBACH 2006). Dies deckt sich mit dem Selbstverständnis der Sprachheilpädagogik (GROHNFELDT & RITTERFELD 2005). Die folgende Abbildung zeigt das bio-psycho-soziale Modell der *ICF*.

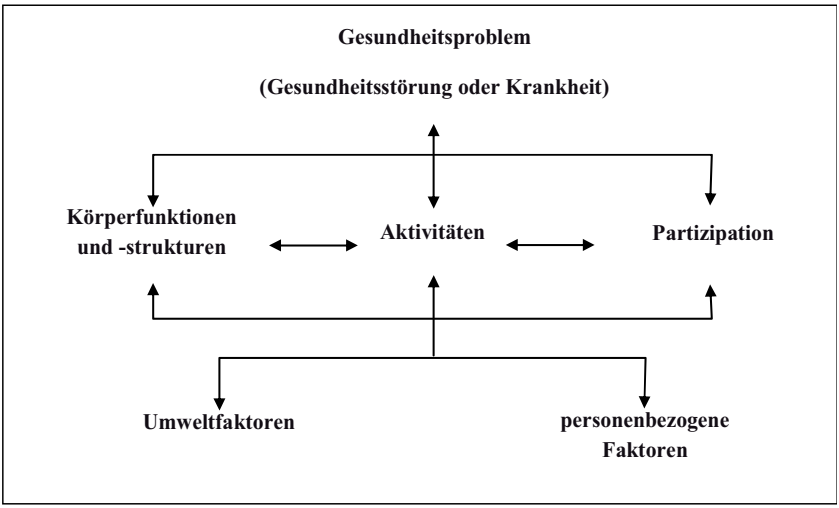

Abbildung 1: Das Modell der *ICF* (DIMDI 2005, 23)

Auch im Bereich der Rehabilitation und Sprachtherapie bei Aphasie hat die *ICF* Anwendung gefunden und an Bedeutung gewonnen (z. B. FRIES et al. 2007; GRÖTZBACH 2006; RENTSCH et al. 2005). THREATS beurteilt die *ICF* als gewinnbringend: "This framework is gaining in acceptance as a system that would be beneficial for the field and for our clients" (THREATS 2006, 251).

Auf den verschiedenen Ebenen der *ICF* lässt sich die Sprachstörung differenziert beschreiben. Kommunikation erscheint in vielen ICF-Kodierungen, da komplexe Aktivitäten meist verschiedene kommunikative Fähigkeiten voraussetzen. Allerdings sind diese häufig nicht separat aufgeführt, kritisieren WORRALL et al. (2002). Für die einzelnen Bereiche liegen zudem keine konkreten Operationalisierungen vor, so dass zusätzliche Diagnostik-Instrumente erforderlich sind (WORRALL et al. 2002). In der folgenden Tabelle wird die Aphasie auf den *ICF*-Ebenen mit Bezug auf die Klassifikation und die entsprechenden Codes in Anlehnung an STADIE und SCHRÖDER (2009) dargestellt. MORIZ et al. (2009) zeigen eine ähnliche Einteilung.

MORIZ et al. (2009, 42) stellen jedoch auch fest, dass die Aphasiediagnostik und „Aphasietherapie […] traditionell vorwiegend in der Komponente der Körperfunktion durchgeführt" wird.

Tabelle 1: Beschreibung von Aphasie auf den Ebenen der *ICF* (STADIE & SCHRÖDER 2009, 14f)

ICF-Ebene	Klassifikationen (*ICF*-Codes)	Erklärung und Beispiele
Schädigung von Körperfunktionen	Kognitiv-sprachliche Funktionen (b1670 – b1679)	Spezifische mentale Funktionen, z. B. Zugriff von semantischen auf phonologisch-lexikalische Repräsentationen
Beeinträchtigung der sprachlichen Aktivität	Set von kognitiv-sprachlichen Funktionen	z. B. Benennen
	Lernen und Wissensanwendung (d110 – d179)	z. B. Wissensanwendung
	Kommunikation (d310-d399)	z. B. Kommunizieren als Sender
Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	Häusliches Leben (d610-d629)	z. B. Einkaufen
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (d730-d779)	z. B. Rücksichtnahme und Wertschätzung in einer Beziehung zeigen
	Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899)	z. B. Arbeit und Beschäftigung
	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (d910-d999)	z. B. Erholung und Freizeit

Im Folgenden wird die Aphasie als Sprachstörung sowie als Beeinträchtigung der Kommunikation näher erläutert. Zudem werden entsprechend des *ICF*-Modells die psychosozialen Folgen für den Betroffenen und seine Familie beleuchtet.

2.2 Aphasie als Störung der Sprache

Aphasien sind erworbene zentrale Sprachstörungen nach einer Schädigung der sprachrelevanten Areale im Gehirn (HUBER et al. 2006). Die kortikale Lokalisation von Sprache liegt bei Rechtshändern zu 96 Prozent, bei Linkshändern zu 70 Prozent in der linken Großhirnhemisphäre (MC CARTHY & WARRINGTON 1990), wobei meist die Arteria cerebri

media betroffen ist. Die Hauptursache der Aphasie stellt der Schlaganfall dar (80 Prozent der Betroffenen), wobei zwischen hämorrhagischen und ischämischen Ereignissen unterschieden wird. Zudem kann es bei Schädel-Hirn-Traumata, Hirntumoren, entzündlichen Hirnerkrankungen, Hirnabbauprozessen und Hypoxien zu einer Sprachstörung kommen (SCHÖLER & GRÖTZBACH 2002). Schätzungen zufolge wird in Deutschland von einer Prävalenz von ca. 40 000 bis 88 000 sowie von einer Inzidenz von 20 000 bis 40 000 Menschen mit erworbenen Sprachstörungen ausgegangen (SCHÖLER & GRÖTZBACH 2002).

Aus linguistischer Perspektive werden Aphasien als Beeinträchtigungen in den verschiedenen Komponenten des Sprachsystems gesehen, wobei die Bereiche Phonologie, Lexikon, Syntax und Semantik betroffen sein können (HUBER et al. 2006). Es sind häufig sowohl die expressiven als auch die rezeptiven sprachlichen Modalitäten, das heißt Sprechen und Verstehen sowie Schreiben und Lesen, beeinträchtigt. Aphasische Störungen werden auf dieser Ebene als multi- und/oder supramodal aufgefasst (HUBER et al. 2006). Daraus ergeben sich bestimmte aphasische Symptome wie Echolalie, semantische und phonomatische Paraphasien, Neologismen, Sprachverständnisstörungen etc., die im neurolinguistisch-deskriptiven Ansatz beschrieben werden.

Das Auftreten und die Kombination der Symptome ermöglicht gemäß der Aachener Schule (HUBER et al. 1983) eine Einteilung in Syndrome. Als Standard-Syndrome werden die globale Aphasie, Broca-, Wernicke- und Amnestische Aphasie bezeichnet. Als Sonderformen werden die transkortikal-motorische, transkortikal-sensorische, die transkortikal-gemischte sowie die Leitungsaphasie genannt. In dieser Sichtweise steht die Sprache selbst im Zentrum, die Kommunikationsfähigkeit des Menschen wird nicht genauer beschrieben.

2.3 Aphasie als Behinderung der Kommunikation

Aphasie betrifft aber nicht nur die Sprache, sondern auch die Kommunikation im Alltag und die damit verbundene Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben (TESAK 2000).

2.3.1 Definitionen und Theorien

Den Aspekt der Teilhabe drückt die wörtliche Übersetzung des lateinischen Verbs *communicare* aus (BEHR et al. 1972, 21): „jemanden an etwas teilhaben lassen“ bzw. „sich mit jemanden verständigen“. Nach GROHNFELDT dient der „Prozess der Kommunikation […] der gegenseitigen Abstimmung.

Er ist ein Mittel der Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung" (GROHNFELDT 2007, 166). Dies weist auf die Doppelrolle von kommunikativen Akten hin, dass neben der reinen Informationsvermittlung in der transaktionalen Kommunikation auch der soziale Austausch in der interaktionalen Kommunikation passiert (SIMMONS-MACKIE & DAMICO 1996).

BÜLAU et al. (2007) bewerten Kommunikation als einen interaktiven und kooperativen Prozess. Sie folgern daraus, dass der jeweilige Angehörige in die Diagnostik der Kommunikationsfähigkeit besser einbezogen werden sollte. Die Kommunikationspartner sind gleichsam von der Aphasie „Mit-Betroffene" und am Erfolg bzw. Scheitern eines Gesprächs mitverantwortlich (HÖNIG & STEINER 2002). Zudem stellt MOTSCH (1996, 83) fest: „Das Ausmaß der kommunikativen Behinderung hängt weniger mit der objektiven Einschränkung verbal-linguistischer Informationsübertragung (gestörte Sprache) zusammen, als vielmehr mit der subjektiven Belastung des Sprachbehinderten und seiner Kommunikationspartner".

Die Definitionen von Kommunikationsfähigkeit im Alltag, das heißt von funktionaler Kommunikationsfähigkeit, gehen insgesamt weit auseinander. DE LANGEN kritisiert das Auseinanderdriften und stellt fest: „[...] mit der bisherigen Güte der Definition von „funktionaler" Kommunikationsfähigkeit können wir noch nicht so recht glücklich sein" (DE LANGEN 2003, 26).

Eine weitverbreitete Begriffsklärung hat die *American Speech-Language and Hearing Association* (*ASHA*[6]) geleistet. Sie definiert funktionale Kommunikationsfähigkeit als „ability to receive a message or to convey a message, regardless of the mode, to communicate effectively and independently in a given environment" (WORRALL 2000, 4). Auch andere Autoren betonen die Multimodalität von Kommunikation und betonen Aspekte wie Gestik, Mimik, Lautstärke etc. (z. B. GLINDEMANN et al. 2002; HOLLAND 1982; MOTSCH 1996).

Auch nach WATZLAWICK et al. (1990) wird die digitale, das heißt die verbale Kommunikation stets durch die analoge, das heißt nonverbale Kommunikation ergänzt. Auf dieser Basis kommt HOLLAND (1982) zu ihrer These, dass Menschen mit Aphasie besser kommunizieren als sprechen. Abbildung 2 zeigt ein Modell der Verhaltens- und Wahrnehmungskategorien der Kommunikation nach HEINEMANN (1976).

---

6 Die Abkürzung ASHA verweist im Folgenden auf die American Speech Language and Hearing Association.

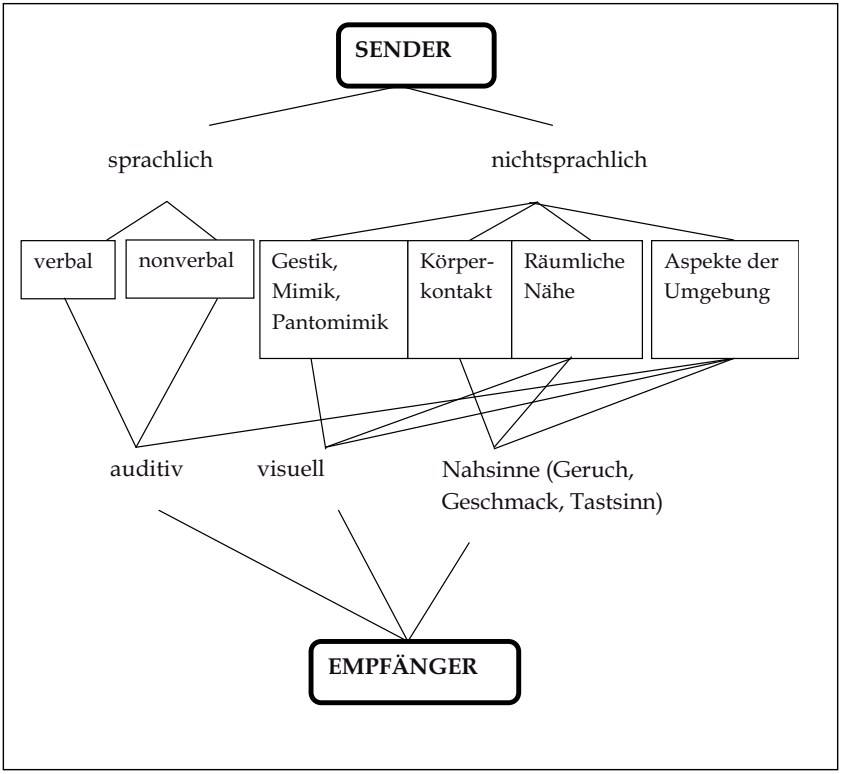

Abbildung 2: Modell zu den Kategorien der Kommunikation (HEINEMANN 1976 in MOTSCH 1996, 79)

Ein weiteres Kommunikationsmodell, das komplexe Hintergründe und Zusammenhänge aufzeigt, findet sich bei URBAN (1977). BAUER und AUER (2009) kritisieren an den konventionellen Kommunikationsmodellen, dass diese den Eindruck erwecken, nur jeweils ein Gesprächspartner könne Sender oder Empfänger sein. Im Gegensatz dazu geht man - auf der Grundlage der Konversationsanalyse - davon aus, dass beide Kommunikationspartner permanent sowohl Sender als auch Empfänger sind.

Nach LEVINSON (2000) ist das Gespräch eine der wichtigsten Aspekte des Sprachgebrauchs, also der Prototyp der Kommunikation. Für einen aphasischen Menschen stellt das Gespräch aufgrund seines dynamischen und interaktiven Charakters eine besonders hohe Anforderung dar (GLINDEMANN et al. 2002).

Die wissenschaftliche Disziplin *Pragmatik* beschäfigt sich ausführlich mit dem Gebrauch der Sprache. GLINDEMANN (1995b) weist allerdings auf eine große Heterogenität der theoretischen Modelle, auf uneinheitliche Terminologien und methodische Schwierigkeiten in der Pragmatik hin.

Nach STALNAKER (1974) setzt sich diese Disziplin mit sprachlichen Handlungen und den Kontexten, in denen sie vollzogen werden, auseinander. Nach LEVINSON (2000, 5) umfassen Kontexte „die Identität der Teilnehmer, die zeitlichen und räumlichen Parameter des Sprechereignisses sowie […] Überzeugungen, Wissen und Absichten der Teilnehmer an diesem Sprechereignis […]".

DANNENBAUER (2000) weist auf die drei verschiedenen Kontexte einer kommunikativen Situation hin:

1. **Sozialkontext**, der die Beziehung der Kommunikationspartner zueinander behandelt und entsprechend den Stil und die Auswahl der sprachlichen Mittel festlegt.
2. **Sachkontext**, der sich auf die räumlich-zeitlichen Bedingungen der Kommunikationssituation bezieht, wie z. B. Deixis, Verwendung von Ellipsen und Präsuppositionen.
3. **Sprachkontext**, der die sequentielle Organisation des Gesprächs bestimmt.

Der Kontext wirkt sich auch auf die Effektivität der Kommunikation aus:

> „Communicative effectiveness is not only dependent on the language abilities of the patient, but also is an integral part of the context in which the message is delivered and is highly dependent on the role and back ground of the listeners" (BLOMERT 1995, 65).

Inhaltliche Vertiefungen zu den pragmatischen Theorien finden sich z. B. bei AUSTIN (1962) und SEARLE (1969, 1971, 1982). Auf die Konversationsstruktur gehen z. B. MEIBAUER (2001) oder LEVINSON (2000) genauer ein.

Allgemein wurde das Geschlecht als signifikante Einflussgröße für die Leistung in der funktionalen Kommunikation identifiziert (CROTEAU & LE DORZE 2001). RIESTHAL und WERTZ (2004) wiesen keine Wirkung biographischer Daten wie Alter, Ausbildung oder prämorbide Intelligenz nach. HARTJE et al. (1991) geben einen Überblick über mögliche kontextuelle Einflussfaktoren auf die Kommunikation, welche in der folgenden Tabelle zusammengestellt sind.

Tabelle 2: Einflussvariablen auf Gespräche (HARTJE et al. 1991)

Einflussvariablen	Auswirkungen
Bekanntheitsgrad	Meist weniger Probleme im Gespräch mit vertrauten Menschen
Symmetrie des sozialen Verhältnisses	Möglicher Einfluß soziokultureller, fachlicher oder sprachstruktureller Unterschiede
Öffentlichkeits- bzw. Privatheitsgrad des Gesprächs	Öffentliche Gespräche werden meist als belastender empfunden
Spontaneität des Gesprächs	Spontane Gesprächssituationen scheinen anspruchsvoller als vorbereitete sprachliche Aufgaben
Anzahl der Gesprächsteilnehmer	Dyadische Gespräche fallen meist leichter, da keine parallelen Verarbeitungsleistungen wie in Gruppensituationen erforderlich
Handlungsdimensionen des Gesprächs	Unterschiedlicher Charakter eines Gesprächs (z. B. direktiv, narrativ, diskursiv) ergeben bestimmte Freiheitsgrade der Teilnehmer
Grad der Emotionalität	Relevantes, emotional besetztes Thema wirkt fördernd oder hemmend
Situative Redundanz	Redundante Aspekte in der Kommunikation können Verständnis erleichtern
Visueller Informations-Kanal	In Face-to-face Situationen Mimik, Gestik etc. als Unterstützung des Verständnisses

2.3.2 Alltagskommunikation bei sprachgesunden und aphasischen Menschen

Wenn es das Ziel der Aphasietherapie ist, die Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen im Alltag zu verbessern, so sollten die Therapeuten wissen, welche kommunikativen Handlungen bei gleichaltrigen Sprachgesunden vorkommen, sowie welche Kontexte aphasische Menschen regelmäßig erleben. Bislang existieren nur wenige Untersuchungen zu diesen Fragestellungen: WORRALL et al. (2002) führten Beobachtungsstudien mit aphasischen Menschen, Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma sowie sonstigen stationären Patienten im Krankenhaus durch. Auch SMITH (1998) untersuchte in einer Befragung die kommunikativen Aktivitäten von aphasischen Personen.

Einen Vergleich zwischen sprachgesunden und aphasischen Personen führten DAVIDSON et al. (2003) bei einer kleinen Stichprobe von je 15 Teilnehmern durch. In Bezug auf die Kommunikationsaktivitäten zeigten sich signifikante Unterschiede zu Ungunsten der aphasischen Personen beim Grüßen, Lesen und Schreiben, beim Tätigen von Telefonanrufen, Geschichten und Witze erzählen, Anmerkungen machen, Selbstgespräche führen und Zitate/Gebete verbalisieren. Dafür wurde bei den Menschen mit Aphasie das Zuhören deutlich öfter beobachtet.

Bei der Analyse der Anzahl der Kontakte mit verschiedenen Kommunikationspartnern stellte sich heraus, dass gesunde ältere Menschen deutlich häufiger mit Personen im Geschäft, mit Fremden sowie mit Bezugspersonen, Freunden und Nachbarn kommunizieren. Allerdings wurde nur die Quantität der Gesprächskontakte erhoben, nicht die Qualität.

Menschen mit Aphasie sprechen hingegen häufiger mit Personen aus dem Gesundheitswesen, wie z. B. Ärzten und Therapeuten. Interessanterweise zeigte die Studie von DAVDISON et al. (2003) in Bezug auf die Gesprächsthemen, dass ältere gesunde Menschen ebenso häufig wie aphasische Menschen über Themen wie Essen und Trinken, Freunde und Nachbarn, Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, Familie einschließlich Enkelkinder, Erlebnisse, Ferien, Sport, Fernsehen, Garten, Gesundheitsthemen, wöchentliche Aktivitäten sowie die Tagesplanung sprechen.

Deutlich seltener wird jedoch von den aphasischen Menschen über Transport, Nachrichten, Bücher und Magazine, lokale und nationale Politik, Computer, andere Kulturen und Sprachen, vergangene und geplante Reisen gesprochen. Auch Ideen und Meinungen werden signifikant seltener zum Ausdruck gebracht. Einen Überblick über die Gesprächsthemen im Vergleich gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 3: Häufigkeit der Gesprächsthemen älterer gesunder vs. aphasischer Menschen (DAVIDSON et al. 2003)

Deutlicher Unterschied (sprachgesund > aphasisch)	Ähnliche Verteilung (sprachgesund=aphasisch)
Verkehrsmittel, Nachrichten, Bücher/Magazine, Politik (lokal/national), Computer, Andere Kulturen/Sprachen, Reisen (vergangene und geplante), Ideen/Meinungen ausdrücken	Essen und Trinken, Freunde und Nachbarn, Krankenhäuser/Pflegeeinrichtungen, Familie einschl. Enkelkinder, Erlebnisse einschl. Lebenserfahrungen, Ferien, Sport, Fernsehen, Garten, Gesundheitsthemen einschl. Schlaganfall, Wöchentliche Aktivitäten, Planung für den Tag

2.4 Psychosoziale Folgen einer Aphasie

Die Kommunikationsbeeinträchtigung hat psychosoziale Folgen für die Betroffenen selbst und deren Angehörigen. GROHNFELDT (2004, 274) skizziert diese folgendermaßen:

> „Neben der Sprachstörung an sich, die für den Aphasiker fast immer unvorbereitet und schlagartig, beängstigend und existenziell bedrohend als Auswirkung einer lebensgefährlichen Erkrankung auftritt, sind es auch die psychosozialen Auswirkungen für den Betroffenen und seine Familie, die das Ausmaß der Veränderung der gesamten Lebenssituation ausmachen".

Als theoretische Basis dient das in Anlehnung an das transaktionale Stressmodell (LAZARUS & FOLKMAN 1984; LAZARUS 1990) adaptierte Modell zum Belastungs-Bewältigungs-Prozess (GROHNFELDT 1996b). Es handelt sich um einen Regelkreis: „Wirkt eine Belastung [hier die Aphasie] auf das Individuum ein, so kommt es zu einer Interdependenz von Belastungs- und Bewältigungsprozessen, wobei Person- und Kontextmerkmale wirksam werden" (GROHNFELDT 1996a, 208).

ICF-Schema nehmen auch die Person- und Umweltfaktoren eine wichtige Rolle ein. In diesem Modell wird jedoch die subjektive Belastung noch implementiert, die in einer Wechselbeziehung steht zu den Coping- bzw. Bewältigungsstrategien sowie den Person- und Kontextmerkmalen.

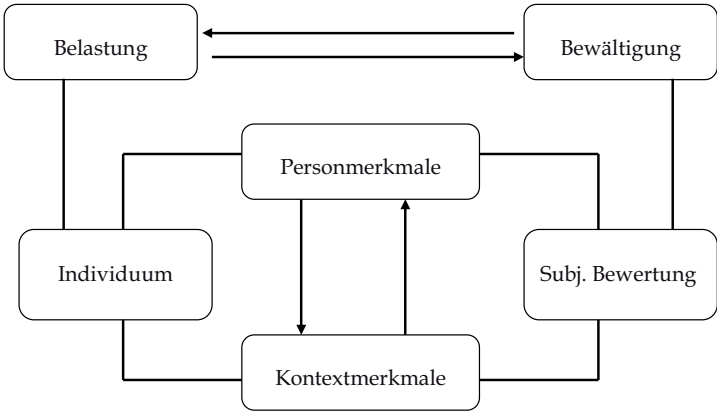

Abbildung 3: Belastungs-Bewältigungs-Modell (GROHNFELDT 1996b, 24)

2.4.1 Auswirkungen auf den Betroffenen selbst

Eine Aphasie bringt eine schlagartige Veränderung der bisherigen Lebenssituation für den von Aphasie betroffenen Menschen mit sich (GROHNFELDT 2004). In einer Interviewstudie (LE DORZE & BRASSARD 1995) beschreiben aphasische Personen, dass die Sprachstörung Kommunikationssituationen negativ beeinflusst, zwischenmenschliche Beziehungen verändert, einen Verlust von Autonomie provoziert, Handlungsmöglichkeiten einschränkt und Stigmatisierung auslöst.

HILARI et al. (2010) weisen in einer prospektiven Longitudinalstudie psychologischen Stress der Betroffenen nach. Vor allem bei Personen mit nichtflüssigen und globalen Aphasien ist die Gefahr einer Depression groß (ROBINSON & BENSON 1981). GLOZMAN und TSYGANOK (1982) stellen zudem einige Aspekte einer Persönlichkeitsveränderung bei aphasischen Probanden fest.

Diese Ergebnisse decken sich mit den vier Kategorien, die HERRMANN und WALLESCH (1989) erstellt haben. Diese werden bei WEIKERT (2004) folgendermaßen dargestellt:

1. **Familiäre Veränderungen**

   In den vor der Erkrankung festgelegten familiären Aufgabenbereichen kommt es häufig zu einem Rollenwechsel. Die Familienkom-

munikation verändert sich. Es können Spannungen und Konflikte in der Partnerschaft und der Familie auftreten.

2. **Berufliche Veränderungen**

   Der bislang ausgeübte Beruf wird nach Erleiden einer Aphasie selten wieder ausgeübt (REMY 1992). Auch wenn sich die Aphasie sehr stark bessert, können neuropsychologische Begleitstörungen wie reduzierte Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisleistungen bestehen bleiben und eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt behindern. Häufig folgt eine Frühberentung und Berufsaufgabe.

   Daraus können ein Verlust der sozialen Anerkennung, ein gemindertes Selbstwertgefühl und aufgrund des Arbeitsausfalls bzw. der veränderten beruflichen Bedingungen möglicherweise hohe finanzielle Einbußen und Existenzängste resultieren (GROHNFELDT 1993). Es ist schwierig, den bisherigen Lebensstandard aufrecht zu erhalten (GROHNFELDT 2004).

3. **Soziale Veränderungen**

   Lebensbezüge können nicht mehr so wie vor dem Ereignis ausgeübt werden. Soziale Kontakte nehmen ab, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben z. B. Verein oder Gemeinde ist gefährdet. Nach der Untersuchung von NATTERLUND (2010) nehmen die wenigsten Personen mit Aphasie ihre prämorbiden Hobbies wieder auf.

4. **Psychische Veränderungen**

   Aggressivität oder Depressivität können in Folge der Hirnschädigung und aufgrund der erlebten Belastungen als mögliche Folgen auftreten. Zudem besteht häufig die Angst vor einem weiteren Ereignis.

Angesichts der genannten möglichen psychosozialen Folgen wird nachvollziehbar, dass Aphasie die empfundene Lebensqualität bedrohen kann (STEINER 2001). In ihrer Studie kommen HILARI et al. (2003) zum Schluss, dass erhöhter Stress, Kommunikationseinschränkungen, Komorbiditäten sowie mangelnde Aktivität nachweislich mit einer geringeren Lebensqualität einhergehen.

2.4.2 Rolle der Angehörigen

Mit der Bezeichnung der Aphasie als „Familienkrankheit“ (STEINER 2001) wird deutlich, dass die ganze Familie von Aphasie betroffen ist. Aphasie hat als Kommunikationsbehinderung auch Folgen für die Beziehung zu den versorgenden Angehörigen: