

Partizipative Therapiezielentwicklung bei chronischer Aphasie

Ein Kommunikationsfragebogen als Grundlage des Zielgesprächs

Gustav Pfeiffer, Eva Schillikowski

ZUSAMMENFASSUNG. Betroffene sollen bei der Definition von Rehabilitationszielen einbezogen werden. Das ist bei chronischer Aphasie besonders schwierig. Außerdem fällt es auch Sprachgesunden schwer, über Kommunikationsprobleme zu sprechen. Zur Vorbereitung von Zielgesprächen mit Angehörigen und Betroffenen nutzen wir einen Angehörigenfragebogen zur kommunikativen Leistungsfähigkeit bei Aphasie, aus dem der Angehörige fünf Items auswählt, bei denen er sich Fortschritte ganz besonders wünscht. Diese Wunsch-Items sind Grundlage des Zielgesprächs. Für jedes Wunsch-Item soll eine konkrete Situation des Misslingens oder Scheiterns aus der letzten Zeit berichtet werden. Es soll klar werden, warum das ausgewählte Item so wichtig ist. Abschließend wird versucht, aus dem Wunsch-Item gemeinsam ein aktivitätsorientiertes Therapieziel zu entwickeln. Durch die Vorbereitung und die klare Gesprächsstruktur können sich auch schwer betroffene Patienten aktiv am Gespräch beteiligen. So können partizipativ aktivitätsorientierte Therapieziele für die Sprachtherapie entwickelt werden.

Schlüsselwörter: Rehabilitationsziele – Aphasie – qualitatives Interview

Einleitung

Rehabilitation braucht Ziele. Sie müssen konkret formuliert sein, denn nur so sind Erfolge erkenn- und erlebbar. „Besser Sprechen“ ist kein Ziel, sondern nur ein Wunsch, denn es bleibt unklar, wann das erste Mal Freude angesagt ist, weil ein Ziel erreicht ist. Gibt es viele Zwischenziele, besteht oft Anlass zur Freude und das fördert die Motivation, weiter zu trainieren. Präzise, alltags- und teilhabe-relevante Ziele sind Motor der Rehabilitation (Wade 2009).

Ein Ziel nicht zu erreichen ist ärgerlich, aber immerhin Anlass, die Strategie zu ändern oder ein bescheideneres Zwischenziel zu finden. So wird vermieden, falsche Ziele mit ungeeigneten Mitteln zu verfolgen. Therapieziele müssen gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt werden (Grötzbach 2010).

Die Zielorientierung steht in einem Spannungsverhältnis zur etablierten störungsspezifischen Aphasiebehandlung, die dem klassischen klinischen Weg von der Diagnose zur Therapie verpflichtet ist. Er ist nötig, denn keine Aphasie gleicht der anderen. In diesem weiten Feld ist ohne professionelle diagnostische Orientierung nichts zu bestellen, vor allem wenn sich der Betroffene nur schlecht mitteilen kann und die Angehörigen noch kaum Erfahrung mit den aphasischen

Kommunikationsproblemen haben. Anfangs wird der Sprachtherapeut störungsspezifisch arbeiten müssen und er wird funktionsorientierte Therapieziele verfolgen, die den Betroffenen und Angehörigen eher fremd und schwer nachvollziehbar sind und damit kaum als Erfolg erlebt werden können. Das ist in der Akut- und Subakutphase nicht so problematisch, wenn sich die Aphasie zügig zurückbildet. Dann sind Ziele auch schnell überholt und ohnehin verzichtbar, denn die Fortschritte sind auch so greifbar und motivierend.

Später, in der chronischen Phase und bei sehr schweren Aphasien in der Akutphase, sind selbst bescheidene Ziele nur mühsam zu eringen und Fortschritte ohne präzise Zielformulierung oft kaum zu erkennen. Dann sind aktivitätsorientierte Ziele unverzichtbar. Die Aktivitätsebene der ICF (Grötzbach 2006) verlässt das exklusive Terrain des Expertenwissens. Sie bezieht sich auf das alltägliche Handeln. Hier sind Betroffener und Angehöriger die Experten und die Sprache ist die des Alltags. Nur Ziele auf der Aktivitätsebene werden wirklich gemeinsame Ziele sein.

Leider ist es gerade in der Aphasietherapie besonders schwierig, aktivitäts- und teilhabeorientierte Ziele gemeinsam mit den Betroffenen

Prof. Dr. med. Gustav Pfeiffer

studierte Medizin in Erlangen. Von 1984 bis 2001 war er an der Neurologischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg Eppendorf tätig, zuletzt als Oberarzt und C3-Professor.

Er habilitierte sich mit einem Thema aus der klinischen Neurophysiologie und half beim Aufbau der ersten Stroke Unit in Hamburg, die er von 1998 bis 1999 leitete. Aus dieser Zeit stammt sein Interesse an der Aphasie. Seit 2002 leitet er die neurologische Abteilung der m&i Fachklinik Bad Liebenstein. Gemeinsam mit Eva Schillikowski hat er dort 2005 die Aphasiestation aufgebaut, auf der sich ein intensives transdisziplinäres kommunikationsorientiertes Gruppentherapiekonzept entwickelt hat.



Eva Schillikowski absolvierte von 1980-1984 ein Studium als Lehrerin für die Sekundarstufe. 1999 beendete sie ihre Ausbildung zur Logopädin. Danach war sie zwei Jahre als Sprachtherapeutin in der m&i Fachklinik Bad Liebenstein tätig. Von 2001

an unterrichtete sie als Lehrlogopädin zwei Jahre an der Privaten Fachschule für Wirtschaft und Soziales in Suhl und ging 2003 zurück in die m&i Fachklinik Bad Liebenstein. Dort ist sie Ressortleiterin der sprachtherapeutischen Abteilung.



zu entwickeln. Es muss über Kommunikation gesprochen werden. Das fällt auch Sprachgesunden schwer. Die partizipative Zielfindung muss also bei einem begrifflich schwierigen Thema aphasische Kommunikationsbarrieren überwinden, denn die Hauptperson ist kommunikativ nicht fit. Ein Zielgespräch mit einem chronisch aphasischen Menschen und seinem Hauptkommunikationspartner wird deshalb nur bei entsprechender Vorbereitung erfolgreich sein.

Dieser Vorbereitung dient in unserer Klinik ein Angehörigenfragebogen zum Kommunikationsverhalten bei chronischer Aphasie

(Arnold et al. 2012). Aus den 28 Items dieses Fragebogens wählt der Hauptkommunikationspartner fünf Items aus, bei denen ihm Fortschritte besonders wünschenswert erscheinen. Wir nennen sie „Wunsch-Items“. Sie sind Grundlage unserer Zielgespräche. Wir wollen unsere Gesprächspraxis vorstellen und methodisch reflektieren.

Ein Angehörigenfragebogen zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall (AFKS)

Die ICF bietet nur einen beschränkten Fundus an kommunikativen Aktivitäten, aus denen Rehabilitationsziele entwickelt werden könnten. Ergiebiger sind Kommunikationsfragebögen. Der Communicative Effectiveness Index (CETI) (Lomas et al. 1989) enthält eine verbraucherrelevante Sammlung kommunikativer Aktivitäten. Seine Items wurden in strukturierten Gruppeninterviews mit Betroffenen generiert. Gefragt waren Situationen, in denen ihnen Erfolg bei der Kommunikation trotz Aphasie besonders wichtig war.

Für die sprachlichen Funktionen existieren valide Erfassungsinstrumente, aber es mangelt an praktikablen Erfassungsmethoden für die aphasische Kommunikation (Pfeiffer et al. 2011). Goldstandard ist der ANELT (Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test) (Blomert et al. 1994), bei dem der Patient in Rollenspielen die verschiedensten Sprechakte meistern muss. Das erfordert Instruktionsverständnis und Spielbereitschaft. Außerdem ist die Auswertung aufwändig und schulungsbedürftig.

Uns schien nur ein Angehörigenfragebogen wie der CETI praktikabel. Er misst aber leider nur verlässlich, wenn zur Einschätzung der Veränderung die vorangegangene Einschätzung vorgelegt wird. Werden die Einschätzungen unabhängig voneinander vorgenommen, wie das für eine aussagekräftige Therapiebeurteilung wünschenswert wäre, ist der CETI nicht ausreichend reliabel. Er verwendet visuelle Analogskalen. Wir hofften durch eine konkrete Graduierung zu einer verbesserten Retest-Reliabilität zu kommen.

Der AFKS ist im Internet-Archiv der „Aphasie Suisse“ erhältlich: <http://www.aphasie.org/pdfs--de/3-fachpersonen/3.3-fragebogen/fragebogen-5-angehörige.pdf>. Die englischsprachige Fassung hat das Akronym COAC (Collaborative Aphasic Communication Questionnaire, Pfeiffer & Pfeiffer 2013).

Wir wählten eine Graduierung in Anlehnung an den SINGER (Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation, Gerdes et al. 2009). Er differenziert den Unterstützungsbedarf danach, ob professionelle Helfer, geschulte Laien oder jeder Hilfsbereite erfolgreich helfen kann.

Kommunikative Schwierigkeiten galten als „leicht“, wenn normalerweise Kommunikationserfolge selbst mit untrainierten, fremden Partnern erreichbar sind. „Erhebliche“ Schwierigkeiten bedeuten, dass der Erfolg nur durch Unterstützung eines erfahrenen Partners zu gewährleisten ist. Bei „massiven“ Schwierigkeiten reicht auch diese in der Regel nicht. Damit markiert der Übergang von „erheblichen“ zu „leichten“ Schwierigkeiten den Eintritt in die außerfamiliäre kommunikative Kompetenz und damit einen wichtigen Teilhabeaspekt (Abb. 1).

Dank dieser Antwortgraduierung verbesserte sich die Reliabilität bei wiederholter Befragung (Retest-Reliabilität) im Vergleich zum CETI signifikant (Arnold et al. 2012). Schon die einzelnen Items hatten eine ausreichende Inter-Rater-Reliabilität. Therapeuten und Angehörige kamen zu befriedigend übereinstimmenden Einschätzungen darüber, ob in der vom Item beschriebenen Situationen auch außerhalb der Familie erfolgreich kommuniziert werden kann. Damit schienen die Items zur Formulierung von Rehabilitationszielen geeignet. Für sie ist es wichtig, dass Therapeuten und Betroffene die Zielerreichung und damit den Therapieerfolg übereinstimmend beurteilen.

Zwanzig Items des AFKS beziehen sich auf typische Kommunikationsaufgaben im per-

sönlichen und familiären Alltag. Acht weitere Items beziehen sich auf Lesen und Schreiben. Sie wurden mit aufgenommen, um den AFKS-Fragebogen zur SINGER-Erfassung verwenden zu können. Für die schriftlichen Modalitäten ist die unmittelbare Kooperation zwischen Sender und Empfänger weniger relevant. Deshalb musste die Graduierungsstrategie etwas abgeändert werden (Abb. 2, nächste Seite).

Bei chronischer Aphasie hatte der AFKS-Fragebogen eine gute Veränderungssensitivität (Arnold et al. 2012). Trotzdem hat er sich in unserem klinischen Alltag nicht zur Erfolgskontrolle durchgesetzt, was am organisatorischen Aufwand der Nachbefragung liegen kann. Der Fragebogen wird erst zwei Wochen nach Entlassung verschickt, damit die Kommunikationspartner auch Gelegenheit haben, den veränderten Kommunikationsalltag zu erleben. Der Fragebogen nutzt inzwischen aber auf andere Weise: Wir verwenden ihn zur Entwicklung kommunikativer Rehabilitationsziele. Davon soll dieser Beitrag berichten.

Zu Beginn baten wir die Angehörigen, einfach fünf Items aus dem AFKS-Fragebogen auszuwählen, bei denen ihnen Fortschritte besonders wünschenswert erschienen. Eine Verminderung des Unterstützungsbedarfs bei diesen fünf Wunscharten um eine Stufe wäre dann das konkrete Therapieziel gewesen. Die hohe Inter-Rater-Reliabilität für die Einzelitems hätte gewährleistet, dass Therapeut und Betroffene die Zielerreichung übereinstimmend einschätzen. Am häufigsten wurde Item 5 („Gruppengespräche“) gewählt, gefolgt von Item 2 („Erlebnisse

■ **Abb. 1: Die Antwortgraduierung des AFKS am Beispiel von Item 2**

2. Berichtet Ihr Angehöriger detailliert von Erlebnissen, die Sie nicht gemeinsam erlebt haben?	
<input type="checkbox"/>	● müheelos: Ihr Angehöriger erzählt wie vor dem Schlaganfall.
<input type="checkbox"/>	● mit leichten Schwierigkeiten: Auch ohne, dass Sie eingreifen müssen, kann Ihr Angehöriger von Erlebnissen erzählen. Dabei entsprechen die sprachlichen Möglichkeiten nicht dem Leistungsvermögen vor dem Schlaganfall.
<input type="checkbox"/>	● mit erheblichen Schwierigkeiten: Ihr Angehöriger hat ein Mitteilungsbedürfnis. Von sich aus kann er vermitteln, um welche Personen oder welche Tätigkeiten es bei der Erzählung geht. Um den inhaltlichen Zusammenhang zwischen diesen Teilmeldungen herzustellen, braucht er jedoch Ihre Unterstützung.
<input type="checkbox"/>	● mit massiven Schwierigkeiten: Auch mit Ihrer Unterstützung gelingt es nur selten, die isolierten Einzelheiten der Geschichte (z.B. wo und wem etwas passiert ist) miteinander zu verknüpfen.
<input type="checkbox"/>	● es ist unmöglich: Sie haben den Eindruck, Ihr Angehöriger möchte etwas erzählen. Manchmal können Sie durch gezielte Fragen grob ermitteln, wovon die Geschichte handelt. Mehr gelingt nicht.

Für die Kategorie „müheelos“ wird der niedrigste Score (1) vergeben: Es besteht kein aphasisch bedingter Unterstützungsbedarf. Bei „leichten“ Schwierigkeiten (Score 2) reicht ein toleranter und hilfsbereiter Zuhörer, um aphasisch bedingte kommunikative Klippen zu umschiffen. Bei „erheblichen“ Schwierigkeiten (Score 3) ist ein erfahrener Unterstützer für das Gelingen nötig. Das Item 2 beschreibt eine komplexe Kommunikationsaufgabe, für die in Abgrenzung zu elementaren Aufgaben einzelne Worte und Gesten nicht ausreichen (Arnold et al. 2012). Es müssen Beziehungen hergestellt werden, die nur in einer Sprache mit einer Grammatik formuliert werden können wie Zeit-, Subjekt- und Objektbezüge. Deshalb wurde die Aufgabe möglichst genau beschrieben. Bei „massiven“ Schwierigkeiten scheitert auch der erfahrene Helfer häufig bei der Unterstützung. Der Übergang von „leicht“ zu „erheblich“ ist die Grenze zwischen einer inner- oder auch außerfamiliären kommunikativen Kompetenz und damit besonders teilhaberelevant.

■ Abb. 2: Ein Item zur Erfassung der schriftlichen Kommunikation

15. Schreibt Ihr Angehöriger kurze Notizen oder Texte?

Kann er/sie vielleicht notieren, wenn jemand in Abwesenheit für Sie angerufen hat? Schreibt er/sie auf Ansichtskarten ganze Sätze? Macht er/sie für sich Tagebucheintragen? Beantwortet er/sie E-Mails? Schreibt er/sie kurze Kommentare in ein Fotoalbum oder auf Bilder?

- mühelos wie vor dem Schlaganfall
- mit leichten Schwierigkeiten: Satzbau und Rechtschreibung entsprechen nicht der Leistungsfähigkeit vor dem Schlaganfall. Das beeinträchtigt das Verständnis beim Lesen aber nicht.
- mit erheblichen Schwierigkeiten: Das Geschriebene wird manchmal nur durch Nachfrage verständlich.
- mit massiven Schwierigkeiten: Die Bedeutung erschließt sich nur ausnahmsweise.
- unmöglich

Das Item 15 gehörte zu den am häufigsten ausgewählten Wunsch-Items. Es betrifft weniger eine Kommunikationssituation als eine Kommunikationsaufgabe, denn beim Schreiben sind Sender und Empfänger in der Regel getrennt, sodass im engeren Sinne nicht kooperativ unterstützt werden kann. Die Graduierung orientiert sich deshalb an der erforderlichen Interpretationsbereitschaft. Die acht AFKS-Items für die schriftlichen Modalitäten unterscheiden sich in Anlehnung an die entsprechenden Skalen des SINGER im Ausmaß der geforderten Funktionalität (Erfolg auf Buchstaben-, Wort-, Satz- und Textebene). Die AFKS-Items versuchen diese eigentlich funktionsorientierte Graduierung teilhaberelevant aufzuladen, indem das Item durch alltagsrelevante Beispiele erläutert wird.

berichten“) und 15 („Notizen schreiben“). Im Mittelfeld lagen nicht unerwartet kommunikative Grundbedürfnisse: Telefonieren, Hilfe abfordern, Absichten vermitteln, Informationen erfragen, einfache Wünsche mitteilen und Kritik üben. Das war naheliegend, aber es gab auch Wünsche, die neugierig machten. Das Nachfragen in diesen Fällen war so ergiebig, dass wir uns entschlossen auf der Grundlage der Itemauswahl regelmäßig systematisch Zielgespräche zu führen.

Das Zielgespräch als qualitatives Interview

Bei den Zielgesprächen sprechen wir über das Leben mit Aphasie. Dafür gibt es ein Vorbild: In dem Projekt „Talking about Aphasia“ (Parr et al. 1997) wurden fünfzig Menschen mit Aphasie zu ihren Lebensumständen befragt. Die Autoren bezeichnen ihr Verfahren als „in-depth interview“. Wir sollten dies nicht als „Tiefeninterview“ übersetzen, denn dieser Begriff ist der psychoanalytischen Theorietradition verpflichtet (Helfferich 2004). Im Projekt wurde ein Katalog von Fragethemen genutzt, die im Laufe des Interviews vertieft behandelt werden sollten. Offenbar wurden sogenannte „Leitfaden-Interviews“ geführt.

Wie sollten wir unsere Gespräche einordnen? Auf jeden Fall war jedes Gespräch ein qualitatives und kein standardisiertes Interview wie der AFKS-Fragebogen.

Fragebögen sind maximal standardisierte Interviews. Mit der Standardisierung wird Objektivität angestrebt: Die Antworten sollen vom Interviewer möglichst unbeeinflusst sein. Qualitative Interviews versuchen das nicht, gestützt auf die These, dass diese Objektivität nicht möglich ist: „Jedes Interview ist Kommunikation, und zwar wechselseitig,

und daher auch ein Prozess. (...) Interviews sind immer beeinflusst, es fragt sich nur wie.“ (Helfferich 2004, loc 72).

Die zentrale methodische Anforderung an qualitative Interviews ist es, sich dieser Beeinflussung bewusst zu sein, um sie kontrolliert einsetzen zu können. Diese Kernforderung wird als „Reflexivität“ bezeichnet. Ein weiteres Kernprinzip ist die „Offenheit“. Qualitative Forschung will Theorie generieren. Ihre Domäne sind komplexe, unzureichend verstandene Forschungsfelder. Gute qualitative Forschung liefert überraschende, unerwartete Ergebnisse. Deshalb muss die Gesprächsführung ergebnisoffen sein, sie darf aber auch nicht beliebig sein (Hopf 2004).

Didaktisch werden monologische von dialogischen Interviewformen unterschieden (Helfferich 2004), mit jeweils anderen Anforderungen an den Interviewer. Monologisch ausgerichtet ist das narrative Interview, bei dem „in der Haupt-Interviewphase die Erzählperson das alleinige Rederecht (bekommt), die interviewende Person beschränkt sich strikt auf die Rolle des Zuhörenden (bzw., sofern damit keine expliziten Interventionen verbunden sind, auch auf die Rolle des Stützenden). (...) Gegenpol sind die Interviewverfahren, die die Rollen so definieren, dass beide, die interviewende Person und die Erzählperson, gemeinsam an etwas arbeiten (Helfferich 2004, Loc 318).

Ein Interviewprogramm kann aus monologischen und dialogischen Interviewteilen zusammengesetzt sein. In narrativen Interview-Phasen soll sich der Interviewer erzählgenerierend verhalten. Erzählungen orientieren sich an konkreten Handlungsabfolgen, die sinnstiftend miteinander verbunden werden. Narrative Interviews wollen diesen implizit vermittelten Sinn erfassen, der durch explizit-

tes Erfragen unzugänglich sein kann. Dialogische Interviewtechniken sollen Verständnis generieren. Fragender und Befragter arbeiten gemeinsam an der Fragestellung.

Ein Prototyp ist das problemzentrierte Interview. Es will nicht „Text als Text erzeugen, sondern einen Verständnisprozess im Laufe des Interviews vollziehen. Daher sind dort erzählgenerierende mit verständnisgenerierenden Strategien verknüpft; verständnisgenerierend sind z.B. Nachfragen, die bei Verständnisproblemen um Klärung bitten oder die einer thematischen Zentrierung dienen“ (Helfferich 2004, Loc 295).

Vorgehensweise

Mit Einladung zur Rehabilitation wird der Fragebogen versendet. Der Hauptkommunikationspartner des Betroffenen bearbeitet den Fragebogen und wählt bis zu fünf Items aus, bei denen Fortschritte besonders wünschenswert sind. Vorbereitend spricht der spätere Interviewer mit dem Betroffenen über seine Lebenssituation, um einen Eindruck seiner kommunikativen Möglichkeiten zu bekommen. Bei schwer gestörtem Sprachverständnis drohen Missverständnisse. Bei etwa einem Fünftel der Patienten führten wir aus diesem Grund das Zielgespräch mit dem Angehörigen allein.

Die Fragebögen mit den markierten Wunsch-Items liegen beim Gespräch vor. Das erleichtert dem Betroffenen das Verständnis der Gesprächssituation. Für jedes Wunsch-Item wird nach einem konkreten Beispiel für ein Problem oder Scheitern aus der letzten Zeit gefragt. Wir streben Belegerzählungen an. Der Interviewstil ist narrativ. Dann folgt eine dialogische Interviewphase. Gemeinsam wird versucht zu klären, warum die ausgewählte Kommunikationssituation so wichtig ist und ob sich aus dem Wunsch-Item Therapieziele ergeben. Protokolliert wird unmittelbar nach dem Gespräch, oder gesprächsbegleitend per Diktat, was den Vorteil hat, dass das Protokoll unmittelbar mit den Gesprächspartnern abgestimmt werden kann.

Anhand der ersten 15 Gesprächsprotokolle wurde gegenstandsorientiert (Pfeiffer & Schillkowski eingereicht) eine Klassifikation der Gesprächsergebnisse für die einzelnen Items erarbeitet (Abb. 3). Die Perzentilwerte im Aphasie-Schnelltest (AST, Kroker 2006) dieser 15 Patienten variierte zwischen 30 und 100 (Median: 67; unteres Quartil: 41; oberes Quartil 89) und der kommunikative Unterstützungsbedarf gemessen am AFKS-Summenscore zwischen 38 und 109 (Median 74, unteres Quartil 61, oberes Quartil 84). Das erarbeitete Klassifikationsschema unterstützt

seitdem die verständnisgenerierende Analysephasen der Zielgespräche. Patient, Betroffener und behandelnder Therapeut erhalten einen Ausdruck des Gesprächsprotokolls.

Gesprächsführung

Einige Zielgespräche wurden mit Erlaubnis der Teilnehmer auf Video aufgezeichnet. Zur Transkription nutzten wir das Programm ELAN 4.8.1. Außer bei klaren Abweichungen wurde schriftsprachlich transkribiert. Die Äußerungen sind zeitlich (Minuten seit Gesprächsbeginn) und mit Sprecherkürzel („I“: Interviewer; „B“: Betroffener; „P“: Partner) gekennzeichnet. Gesprächspausen vor oder während einer Äußerung werden in Klammern angege-

ben, gerundet auf die zweite Dezimalstelle in Minuten. Pausen unter 0,004 Minuten wurden nicht berücksichtigt.

Herr Anton (Name geändert) kam vier Jahre nach seinem Schlaganfall zur intensiven Sprachtherapie. Sein AST-Score lag genau am oberen Quartil unserer Patienten. Trotz seiner damit nur leichten bis mittelgradigen Aphasie schätzte Frau Anton den kommunikativen Unterstützungsbedarf mit einem AFKS-Summenscore von 86 eher hoch ein. Das war eine auffällige Diskrepanz (Pfeiffer & Schillikowski eingereicht). Schon in Vorgesprächen war deutlich geworden, dass Frau Anton darunter litt, dass ihr Mann durch den Schlaganfall viel an Eloquenz und Initiative verloren hatte. Beide Ehepartner hatten als

Wunsch-Item „Zustimmung und Ablehnung signalisieren“ gewählt. Er kommt als Hauptperson zuerst zu Wort.

0,84 I: Können Sie eine Situation erinnern aus den letzten Tagen, wo Ihnen das schwer gefallen ist (0,01), Ablehnung oder Zustimmung (0,06) zu signalisieren?

0,96 B: [ja.

1,00 B: (0,01) Ja, kann ich.

1,02 I: (0,01) Sagen Sie es, bei welcher Gelegenheit?

1,05 B: (0,01) Äh (0,05). Bei, bei allen Gelegenheiten.

1,15 I: Bei allen?

1,16 B: Ja.

1,17 I: Wann war denn die letzte Gelegenheit, als Sie Schwierigkeiten hatten, Ablehnung und Zustimmung (0,01), also Ihren Willen, deutlich zu machen. Wann war die letzte Gelegenheit?

1,34 B: (0,01) Ähm.

1,37 I: (0,03) Heute haben wir den Freitag (0,01) den 12.

1,42 B: Mittwoch, den Mittwoch.

1,44 I: Am Mittwoch.

1,45 B: Ja.

1,47 I: (0,01) Und versuchen Sie zu schildern, welche Gelegenheit das war. (0,01) Welche Situation?

Erzählen fällt Herrn Anton schwer. Er zieht sich dieser Aufgabe mit einer allgemeinen Antwort (1,05 B). Der Interviewer gibt einen weiteren Erzählimpuls: Er fragt spezifischer nach dem letzten Problemereignis (1,17 I) und gibt eine Verständnishilfe dafür, dass die Erzählung zeitlich verankert sein soll. Herr Anton berichtet daraufhin tatsächlich von einem konkreten Ereignis.

1,56 B: Wir haben (0,02), äh (0,01), gesprochen und auch (0,01) über das, wo (0,01) wo ich im Ausland war.

1,71 I: Ja.

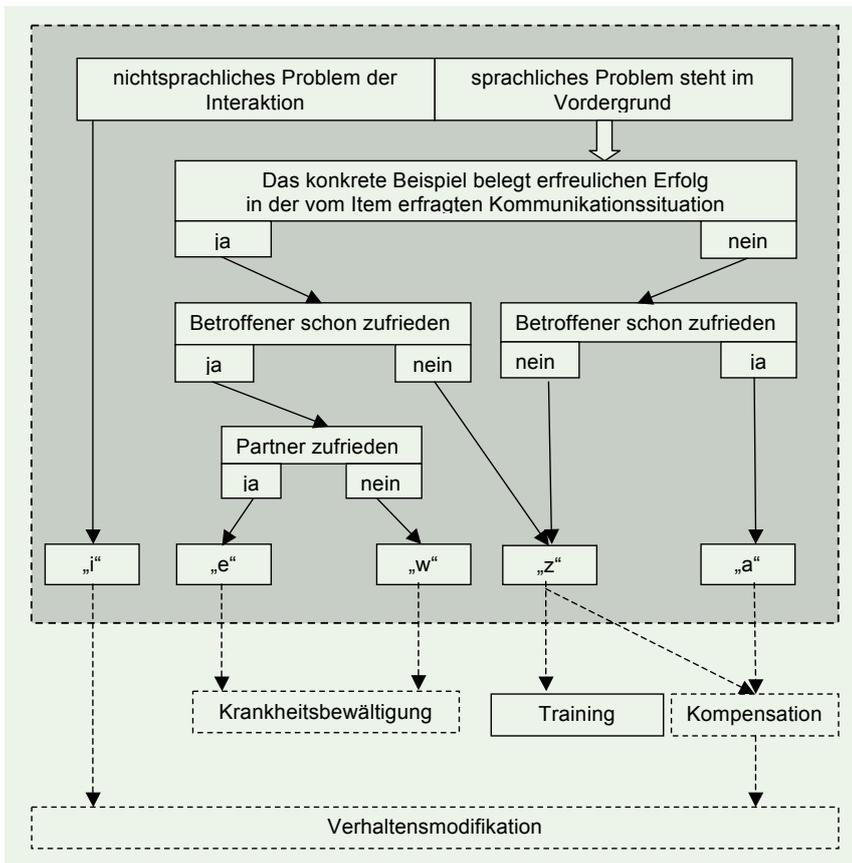
1,71 B: Und (0,01), äh (0,02) und ich habe lange Zeit gebraucht (0,01) gebraucht, um das (0,01) zu (0,01) äh (0,01) kennzeich äh kennzei.

1,93 I: (0,03) Also Sie hatten Mühe diese, diesen Bericht (0,01). Sie hatten Mühe zu berichten von Ihrem Auslandsaufenthalt.

2,01 B: [ja (0,01), ja.

Der Interviewer stützt den Erzählversuch: 0,03 Minuten nach einer vergeblichen Wortsuche (1,71 B) bietet er eine Lösung an (1,93 I), die Herrn Anton noch vor Ende der Äußerung des Interviewers (Notation: I) mit Emphase zweimal bestätigt (2,01 B). Die Erzählung hat noch

■ **Abb. 3: Klassifikation der Gesprächsergebnisse für die einzelnen ausgewählten Zielitems**



Der dunkel unterlegte Kasten zeigt das gegenstandsorientiert gewonnene theoretische Klassifikationsmuster der Gesprächsergebnisse für die Wunsch-Items. Zielführend („z“) sind Items, wenn Verbesserungsbedarf besteht und beide Beteiligten eine Veränderung anstreben. Strebt nur der Angehörige eine Verbesserung an, wird mit „a“ für „abgelehnt“ klassifiziert. Wenn die Belegerzählungen nicht Scheitern oder Misslingen, sondern Erfolg illustrieren, wird mit „e“ für „Erfolg“ klassifiziert, außer wenn der Angehörige trotz Zufriedenheit des Betroffenen weitere Verbesserungen wünscht. Dann wurde mit „w“ für „Wunschdenken“ klassifiziert. Illustrierte das Beispiel kein eigentlich sprachliches Problem, wurde mit „i“ für „interaktiv“ kodiert.

Unterhalb des grau unterlegten Kastens sind Veränderungsoptionen dargestellt. Das Training (durchgezogener Rahmen) deckt die im engeren Sinne sprachtherapeutischen Maßnahmen ab, bei denen der Betroffene im Mittelpunkt stehen muss. Bei den anderen Optionen (durchbrochene Rahmen) geht es eher um Verhaltens- und Einstellungsänderungen, die sich auch allein an den Angehörigen richten können, z.B. wenn der Betroffene Veränderungen für sich ablehnt („a“).

keinen erkennbaren Bezug zum Wunsch-Item. Darauf weist der Interviewer hin.

2,08 I: Wobei das Thema hier (0,01), bei dem Sie sich Fortschritte besonders wünschen, betrifft ja nicht das Berichten von Erlebnissen, sondern Zustimmung und Ablehnung.

Die nächste Gesprächsminute dient der Klärung, ob Herr Anton den Inhalt des von ihm ausgewählten Items wirklich verstanden hat („ja natürlich“). Er schafft einen gesichtswahrenden Ausstieg aus dem Thema (3,11 B).

3,01 I: Wir bräuchten eine Situation, bei der Ihnen das schwer gefallen ist.

3,11 B: Ich den, ich denke darüber nach.

3,13 I: (0,01) Sie denken darüber nach.

3,14 B: Ja.

3,15 I: Gut, o.k., ja.

Der Interviewer akzeptiert diesen Themenausstieg recht nachdrücklich (3,15 I), nicht aber Frau Anton. Sie bleibt beim Thema:

3,17 P: Zum Beispiel, wenn du das Mittagessen ablehnst, dass 's nicht schmeckt, (0,03) sowas.

3,25 B: Naja.

3,29 I: (0,02) Fallen Ihnen Situationen ein, wo das Ihrem Mann schwerfällt?

Frau Anton möchte erzählen. Herr Anton will das mit seinem „Naja“ (3.25 B) vielleicht abwenden. Nach einer recht kurzen Pause (0,02 Min) schaltet sich der Interviewer ein. Vielleicht versucht er damit, Herrn Anton beizuspringen und einen Themenwechsel durch ein anderes Beispiel herbeizuführen. Er macht aber einen Fehler: Er vergisst das Wort „andere“. (3,29 I). Seine Frage bleibt „immanent“ (Helfferich 2004, Loc 1067), d.h. sie bringt kein neues Thema ein. Frau Anton vertieft ihr Thema:

3,32 P: Er kann (0,01), er kann's nicht richtig sagen, wenn so etwas ist (0,02). Äh (0,02) dann verzieht er's Gesicht (0,01) oder irgend sowas, aber sagt nichts dazu.

3,48 I: (0,02) Das wäre früher anders gewesen?

3,52 P: (0,01) Ja.

3,52 B: (3 ms später) Ja.

3,52 I: Da hätte er das kritisiert.

3,53 B: Ja.

3,57 I: (0,04) Zu wenig Salz oder?

3,60 P: Ja (0,01) ja, so was.

Mit seiner Nachfrage (3,48 P) bringt der Interviewer einen neuen Aspekt ein, der

ihm bei Frau Antons Erzählung noch gefehlt hatte. Er fragt „exmanent und steuert anders als bei immanenten Fragen, indem Themen, die für den Forschenden wichtig sind, ausdrücklich an die Erzählperson herangetragen werden, auch wenn sie für diese nicht relevant erscheinen“ (Helfferich 2004, Loc 1072). Er nimmt sich sofort wieder das Wort, indem er selbst einen Antwortversuch macht (3,52 I). Er wartet die Zustimmung des Betroffenen ab und stellt dann nach einer recht langen Gesprächspause (0,04 Min.) eine Suggestivfrage, die allerdings mit „oder“ offen ausklingt. Diese Frage erweist sich als erzählgenerierend. Frau Anton schildert eine Situation vor dem Schlaganfall und vergleicht sie mit jetzt:

3,87 P: Und wenn ich jetzt mal sag, und, hat's gut geschmeckt? (0,01) Dann (gedehnt), naaja.

Es gelingt ihr, die seit dem Schlaganfall schmerzliche Einsilbigkeit ihres Mannes so zu illustrieren, dass alle lachen (3,95). Der Interviewer deutet nach einer relativ langen Pause, gewandt an Herrn Anton:

3,97 I: (0,03) Ihre Frau wird nicht ganz klug daraus, ob das jetzt eine Zustimmung oder Ablehnung war.

4,09 B: (0,03) Muss auch meine (0,02) äh, äh, zu-wugazuzauberei zu dir (0,01) verbessern.

4,19 P: (0,01) Ja.

Die Intervention des Interviewers (3,97 I) kann technisch als Paraphrase bezeichnet werden. „Damit sind Äußerungen der Interviewenden gemeint, in denen sie Aussagen der Erzählperson in deren Worten oder in ihren eigenen Worten zusammenfassen, indem sie Gedanken der Erzählperson aufgreifen, fortsetzen oder ergänzen“ (Helfferich 2004, Loc 1075). Frau Anton „versteht“ die Paraphrasie ihres Mannes (4,09). Nach einer kurzen Pause (0,01 Min), die für ein Abwägen spricht, reagiert sie mit „Ja“. Der Interviewer fragt exmanent weiter:

4,20 I: Ja ähm (0,01). Ja sind das denn jetzt (0,01), ja sind das denn jetzt Situationen mit Zustimmung und Ablehnung, die sich sehr stark auf (0,01) das Zusammenleben mit Ihrer Frau beziehen, oder, oder haben Sie auch gegenüber anderen Personen (0,02) dieses Problem?

4,46 B: (0,03) Ja, ich bin (0,01), äh (0,01) wesentlich (0,01) reservierter.

4,52 I: Hm (0,02), ja, weil es auch schwieriger ist, etwas zu sagen.

4,58 B: ja, klar.

Wenig später nutzt Frau Anton eine kurze Gesprächspause von 0,02 Minuten, um ihre Erzählung wieder aufzunehmen.

4,77 P: (0,02) Jetzt sagt er manchmal so was, das kann einen auch beleidigen (0,01), also mir fallen jetzt nicht gleich (0,01) Beispiele ein.

4,85 I: Ja, also, Sie finden den richtigen Ton nicht und halten sich dann lieber zurück?

4,94 B: Zurück (0,01), genau.

Wieder übersetzt (paraphrasiert) der Interviewer (4,85 I) an Herrn Anton gewandt eine Äußerung seiner Frau (4,77 P). Er entschärft zunächst ihre Aussage. Im zweiten Teil seiner Äußerung bereitet er für Herrn Anton eine Entschuldigung/Erklärung vor. Herr Anton nimmt das letzte Wort dieser Erklärung auf und bestätigt sie nach kurzem Zögern. Seine Zustimmungen beschränken sich nicht auf ein einfaches „Ja“, was Zweifel an ihrem Wert wecken könnte. Sie erfolgen differenziert mit unterschiedlichen Äußerungen (vgl. 4,58 B, 1,00 B).

Wenig später (5,08) fällt Frau Anton ein Beispiel ein. Früher war ihr Mann viel umgänglicher bei Besuchen aus der Nachbarschaft. Jetzt zieht er sich eher brüsk und manchmal wortlos zurück. Der Interviewer richtet sich an Herrn Anton mit einer deutenden Zusammenfassung des von Frau Anton geschilderten Problems:

5,51 I: Wenn Sie jetzt Ihren Willen äußern wollen (0,01), gelingt Ihnen das nicht in der Form (0,01), in der sie sich das wünschen.

5,62 B: [richtig.]

5,64 I: Hm, (0,01), ok, also ich denke das ist jetzt klarer geworden.

5,70 P: (0,01) Hm.

In fünf Minuten (0,84-5,64) wurde klar, dass Herr und Frau Anton das Item „Zustimmung und Ablehnung zeigen“ anders als intendiert verstanden haben. Im Item heißt es: „Kann Ihr Partner Zustimmung oder Ablehnung signalisieren, wenn ihm einfache Fragen gestellt oder einfache Vorschläge gemacht werden?“ Einfache Fragen oder Vorschläge können Sprachgesunde mit drei bis vier Wörtern äußern („Hast Du Schmerzen? Gehen wir schlafen? Willst Du noch etwas?“ usw.). Es geht also um eine elementare Kommunikationssituation (s. im Vergleich die Legende zu Abb. 1). Das Problem von Herrn und Frau Anton entsprach eher dem Item „Höflich sein“. Trotz des Missverständnisses war basierend auf mehrere Belegzählungen und etwas auch gelenkt durch

den Interviewer (5,51 I) eine wahrscheinlich treffende Problemanalyse gelungen, aus der sich beim abschließenden Gesprächs-Resümee ein Trainingsziel ergab:

59,13 I: Der Punkt, wo sie ähm (0,01) ja, wo Sie beide glaube ich (0,01), wo Sie beide auch leiden (0,01), das ist (0,02) ähm, wenn ich das mal so sagen darf, die fehlende Höflichkeit (0,03). So ist mir das vorgekommen.

59,38 P: Hm, (0,01) hm.

59,40 I: Das war ja das Thema (0,01) ähm zu Beginn (0,30), und das ist Ihnen ja auch klar, klar dass, und für Sie auch bitter, dass Sie das nicht können.

59,84 B: (0,02) Ja.

59,85 I: Ja (0,07) und das ist auch, da müssen wir auch noch mal mit, müssten wir nochmal mit, ja mit der Therapeutin reden (0,01) ähm, was, was was, was man, ob man das spezieller trainieren kann, dass man bestimmte Redewendungen vielleicht trainiert.

60,19 B: (0,07) Ja.

60,20 I: Ja.

Auch für den Interviewer geht ein anstrengendes Gespräch zu Ende: Seine Sprechanstrengungen (59,85I) wirken fast schon aphasisch! Die Zielgespräche sind nicht immer so anstrengend. Hier bestand eine besondere Herausforderung darin, die Erzählimpulse von Frau Anton (3,17 P; 4,77 P) zu kanalisieren und ihren Kummer schonend zu paraphrasieren (3,97 I). Das Gespräch war auch deshalb lang und schwierig, weil versucht wurde, die Item-Wahl des Betroffenen und der Kommunikationspartnerin aufeinander zu beziehen.

Wir konzentrieren uns seitdem im gemeinsamen Gespräch auf die Wahl-Items des Kommunikationspartners, um im zeitlichen Rahmen zu bleiben, aber auch weil dem Betroffenen bei der Item-Wahl peinliche Fehler unterlaufen konnten. Herr Anton hatte sich Verbesserungen beim Telefonieren gewünscht, obwohl er das gut konnte. Er war nur hier in der Klinik mit der Einwahl gescheitert. Wir thematisieren die Item-Wahl der Betroffenen seitdem nur im Einzelgespräch.

Der Interviewer nimmt durch besonders lange Pausen Rücksicht auf Herrn Antons Aphasie. Herr Anton braucht ausreichend Zeit, um das Wort zu ergreifen (4,09 B) oder eine Äußerung doch noch zu ergänzen (1,05 B; 1,37 I; 1,93 I). Zwanzig Sekunden verstreichen innerhalb der Äußerung 59,40 I des Interviewers. Die Pausen dienen auch der offenen Gesprächsführung und geben vor allem Frau Anton immer wieder die Gelegenheit, inhalt-

lich die Gesprächsführung zu übernehmen (4,77 P).

Die klare thematische Struktur des Gespräches legt es dem Interviewer nahe, hartnäckiger nachzufragen als in einem thematisch offeneren Gespräch, bei dem er nach der thematisch leicht verfehlten Belegerzählung von Herrn Anton (1,56 B) diesem wohl geholfen hätte, das Gesicht zu wahren, indem er auf das „falsche“ Thema eingegangen wäre. Dieses Insistieren war lohnend, denn es lenkte den Blick auf das eigentliche Problem. In einem thematisch weniger stringent gebundenen Gespräch hätte vielleicht auch Frau Anton weniger auf dem Thema beharrt (3,17 P).

Die bisherigen Beispiele stammen aus eher monologisch intendierten Gesprächsphasen. Erzählfördernd war dabei schon, dass Herr und Frau Anton die Gesprächsaufgabe „Erzählen!“ schnell erfasst hatten. Sie wiederholte sich auch Item für Item. Das machte es sicher leichter. Deshalb konnte der Interviewer stärker intervenieren, ohne ihre Erzählbereitschaft zu gefährden. Seine starke Präsenz wirkt schon dialogisch. Er arbeitet gemeinsam mit dem Ehepaar Anton an der Zuspitzung der Problemanalyse. Er verzichtet aber auf Ratschläge. In der Phase der Zielentwicklung berät er auch.

Gesprächsergebnisse

Das Gespräch mit Familie Anton explorierte aphasische Kommunikationsprobleme noch ohne Bezug auf die Ergebnisklassifikation, die erst später erarbeitet wurde (Abb. 3). In späteren Gesprächen beeinflusste sie die Deutungen des Interviewers und damit die Gesprächsführung. Sie wurde dadurch pointierter, aber auch weniger ergebnisoffen.

Im Folgenden wird gestützt auf ein gesprächsbegleitend entstandenes Protokoll ein komplettes Gespräch aus der Zeit kurz nach der Erarbeitung des Klassifikationsschemas dokumentiert. Es illustriert die Spannweite der Gesprächsergebnisse.

Herr Albrecht (Name geändert), ein Bankkaufmann im Vorruhestand, hatte mit 60 Jahren einen Stammganglieninfarkt links erlitten. 31 Monate nach dem Schlaganfall kam er zur stationären intensiven Sprachtherapie in unsere Klinik. Im AST lag er gleichauf mit Herrn Anton (s.o.). Der kommunikative Unterstützungsbedarf war mit einem AFKS-Score von 73 geringer. Die Ehefrau hatte vier der sechs Items ausgewählt, bei denen nach ihrer Einschätzung massive Schwierigkeiten bestanden. Von den sieben Items mit erheblichen Schwierigkeiten wählte sie Item 6 (Telefonieren). Am Zielgespräch nahm auch die Tochter teil.

Item 2 „Erlebnisse berichten“: Die Ehefrau fragt wenn sie abends von der Arbeit kommt, was am Tag so gewesen ist. Sie ist mit den Antworten unzufrieden. Herr Albrecht gibt zu bedenken, dass er sich oftmals an Dinge vom Morgen nicht mehr erinnern kann. Trotzdem gelingen Berichte durchaus auch ohne Unterstützung. Der Interviewer gibt zu bedenken, dass die Tage vielleicht eher gleichförmig verlaufen und wenig Berichtenswertes vorfällt. Herr und Frau Albrecht bestätigen das. Herr Albrecht führt aber an, dass er durchaus von Friseurbesuchen oder besonderen Einkäufen berichtet. Auf Nachfragen des Interviewers bestätigt sich: Er tut dies vor allem durch Gesten oder durch Zeigen. Auch die Tochter erinnert einen Bericht ihres Vaters. Er hatte ein Ersatzteil für das gemeinsam zu reparierende Motorrad gefunden. Im Gespräch wird deutlich, dass Frau Anton mit ihren regelmäßigen Fragen trainieren will, aber ihr Mann scheint nur mäßig motiviert. Schließlich fallen auch ihr erfolgreiche Berichte ihres Mannes ein: Er kommentiert manchmal Zeitungstexte.

Dieses Gesprächsergebnis wurde als „a“ für „abgelehnt“ klassifiziert. Deutlich war der Trainingsanspruch der Ehefrau, dem Herr Albrecht geschickt ausweichen konnte. Er fand eine Erklärung für seine kargen Berichte und schilderte selbstbewusst Erfolge, wobei er von der Tochter unterstützt wurde. Die Konstellation „nicht ausreichend durch den Partner gewürdigte Erfolge“ hätte auch zu einer Klassifikation mit „w“ für „Wunschdenken“ führen können. Gegen diese Einordnung sprach, dass sich Frau Albrecht durch ihr beigesteuertes Erfolgsbeispiel schnell der Einschätzung ihres Mannes und ihrer Tochter anschloss. Wahrscheinlich war es doch nur enttäuschter Trainingsehrgeiz und keine weitergehende Enttäuschung über die gemeinsamen Lebensumstände, wie sie in dem Gespräch mit Familie Anton häufiger anklang. Dass auch Frau Albrecht zu diesem Nachtrauern neigen könnte, ergab sich später im Gespräch zu Item 9 (s.u.).

Item 12 „Gespräche beginnen“: Im Gespräch wird deutlich, dass dieses Votum darauf hinzielt, dass sich Frau Albrecht wünscht, dass die Berichte auch spontan kommen (s. Item 2).

Item 12 ist das am häufigsten gewählte metakommunikative Item des AFKS-Fragebogens (Pfeiffer & Schillikowski eingereicht), und es hatte eine besonders hohe Interrater-Reliabilität (Arnold et al. 2012, Abb. 3). Das Item stammt aus dem CETI und betrifft damit eine für Angehörige besonders wichtige Kommunikationsleistung. Im Gespräch über Item 2 (s.o.) war schon deutlich geworden, dass

Herr Albrecht schon erfolgreicher Gespräche beginnt, als im Alltag wahrgenommen: Es wurden mehrere Erfolgsbeispiele berichtet. Das Gesprächsergebnis wurde analog zu Item 2 als „e“ für „Erfolg“ klassifiziert.

Item 9 „Emotionen mitteilen“: Im Gespräch deutet sich an, dass eigentlich „Zustimmung oder Ablehnung“ gemeint ist (Item 3). Frau Albrecht kann z.B. schwer erkennen, ob ihr Mann nun gerne zu einem Spaziergang mitkommt oder nicht. Im weiteren Gespräch kommentiert sie, dass sie sich eigentlich mehr Unternehmungs- und Lebenslust erhofft. Herr Albrecht gibt spontan zu verstehen, dass er diesbezüglich eigentlich mit seinem Leben zufrieden ist. Der Interviewer gibt zu bedenken, dass Unternehmungen nach dem Schlaganfall wohl anstrengender und schwieriger für ihn geworden sind. Nach kurzem Zögern stimmt er zu.

Das Belegbeispiel passt nicht ganz zum Wunsch-Item. Vielleicht hatte das Reizwort „Emotion“ zur Auswahl verführt und Frau Albrecht hatte übersehen, dass es nur um das Mitteilen der Emotion gehen sollte, aber nicht um die emotionalen Probleme selbst. Der Interviewer hätte durch weiteres Nachfragen auf dem ausgewählten Item „Emotion ausdrücken“ bestehen können. Wahrscheinlich verzichtete er, weil Herr Albrecht im Gespräch emotional ausdrucksfähig wirkte. Der Versuch das Item umzudeuten („Zustimmung oder Ablehnung“) wurde von Frau Albrecht verworfen: Sie sieht das eigentliche Problem bei der geringen Initiative ihres Mannes. Letztlich geht es also wohl doch um ein Problem bei der gemeinsamen Krankheitsbewältigung. Frau Anton scheint den früheren Zeiten noch stärker nachzutruauern als ihr Mann. Diese Konstellation wäre typisch für unsere Kategorie „Wunschdenken“ gewesen.

Item 5 „ Gruppengespräche“: Schon bei dem Gespräch über Item 9 hatte Herr Albrecht geäußert, dass er vor dem Schlaganfall ein recht geselliger Mensch war. Dies hat sich geändert. Trotzdem ist er eigentlich zufrieden. In der Familie gelingen Beiträge zu Gruppengesprächen. Er selbst möchte aber mehr mitteilen. Kürzlich wollte der Schwiegersohn den Autoanhänger ausleihen und Herr Albrecht wollte mehr über gebotene Vorsichtsmaßnahmen informieren, als es ihm möglich war (eigentlich ein Beispiel für Item 13 „länger beim Thema bleiben“). Außerhalb der Familie finden Gruppengespräche in der Selbsthilfegruppe statt. Bei den Chorproben kommen höchstens Gespräche mit dem Nebenmann zustande. Eine aktive Teilnahme am Gruppengespräch wird vermieden. Das möchte Herr Albrecht ändern.

Item 5 war zielführend. Auch Herr Albrecht als Hauptperson wünschte sich Fortschritte. Die Gruppentherapie während der Rehabilitation bot Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln und zu üben. Aus den Belegerzählungen ließ sich ein konkretes Ziel ableiten: Ein aktiver Gruppenbeitrag bei einer Chorprobe sollte der Erfolgsmaßstab sein.

Item 6 „Telefonieren“: Herr Albrecht versucht sofort eine Belegerzählung. Er will einen Anruf bei einer Versicherung schildern, aber kommt dabei nicht wirklich voran und wird immer aufgeregter. Der Interviewer gibt eine Hilfestellung: Es war ihm wohl nicht gelungen, sein Anliegen zu formulieren. Herr Albrecht bestätigt lebhaft. Wieder ruhiger schildert er, dass er zwar Gespräche annimmt, diese dann aber sofort weitergibt oder abwürgt. Die Tochter weist darauf hin, dass sie da wohl eine Ausnahme ist. Sie erhält auch spontane Anrufe ihres Vaters, z.B. wenn er ihr mitteilt, dass Post für sie gekommen ist. Frau Albrecht weist darauf hin, dass ihrem Mann das SMS-Schreiben leichter fällt als das Telefonieren. Auch er sieht darin eine akzeptable Kompensationsstrategie. Die Ehefrau wünscht sich aber zumindest das Entgegennehmen von Anrufen in ihrer Abwesenheit. Herr Albrecht ist bereit, das als Trainingsziel zu akzeptieren.

Auch Item 6 war zielführend. Die ohne Zutun des Interviewers entwickelte Kompensationsstrategie war auch ein Trainingsansatz: Statt Textnachrichten zu schicken, könnte er sich schriftlich auf geplante Telefonate vorbereiten.

Item 17 „mit Kritik umgehen“: Herr Albrecht schildert ein Ereignis während der Fahrt in die Klinik. Er war von der Familie kritisiert worden, weil er in die falsche Richtung fuhr. Darüber hatte er sich sehr erregt. Die Familie meint, vor dem Schlaganfall hätte er sich in dieser Situation wohl genauso aufgeregt. Herr Albrecht bestätigt, dass er dazu neigt, wortreich das Gesicht zu wahren, wenn er kritisiert wird. Die Tochter kommentiert: In solchen Situationen ist ihr Vater immer noch besonders redengewaltig. Gemeinsam kommt man zu der Auffassung, dass hier eine persönliche Eigenart vorliegt, die durch die Aphasie nicht wesentlich nachteilig beeinflusst wird.

Das Gesprächsergebnis wurde als „interaktiv“ klassifiziert, wobei offenbar weder die Familie noch Herrn Albrecht Veränderungsbedarf sah. Man wollte aber Deeskalationsstrategien üben, um die auch im Gespräch mehrfach beobachtete Erregung bei scheinender Kommunikation reduzieren zu können. Dabei konnten die im Gespräch genutzten Interventionen als Modell dienen.

Dank der Vorbereitung können Zielgespräche sehr dicht verlaufen. Für das protokollierte Gespräch standen 45 Minuten zur Verfügung. Das Gespräch war offenbar für Herrn Albrecht nicht zu anstrengend. Nach Abmoderation des Interviewers meldete er sich mit einem weiteren eigenen Therapiewunsch noch einmal zu Wort: Er wollte bei Begegnungen in der Stadt Bekannte mit ihrem Namen ansprechen können. Vorgeschlagen wurde ein Benenningstraining mit Fotografien der wichtigsten Bekannten. Die Art, anhand von konkreten Beispielen zielorientiert über Probleme zu sprechen, war in der Familie Albrecht offenbar gut angekommen und vielleicht sogar nachhaltig nutzbar.

Für Item 5 war es schon im Gespräch gelungen, ein konkretes Ziel zu formulieren. Wahrscheinlich konnte der Interviewer diese Gelegenheit so zielsicher ergreifen, weil er das Klassifikationsschema (Abb. 3) im Hinterkopf hatte und unmittelbar die zielführende Situation erkannte. Auch das Gesprächsergebnis „e“ für „Erfolg“ ist problemlos thematisierbar. Es ist dabei sicher wertvoll, im Gespräch einen gemeinsamen, offenen Konsens anzustreben. Auch das wird leichter gelingen, wenn die Ergebniskonstellation „e“ vom Interviewer schon im Gespräch erkannt wird. Wenn sich im Gespräch die Ergebnisklassifikation „i“ („interaktiv“) aufdrängt, stellen wir die Frage „Wie war das vor dem Schlaganfall?“. Sie führt nicht selten von alleine zu der Erkenntnis, dass es kein eigentlich aphasisches Problem und keine Schlaganfallfolge ist, die Kummer macht. Interaktive Probleme in der Partnerschaft bearbeiten wir therapeutisch nicht weiter. Dazu fehlt das therapeutische Setting.

Mit der Ergebnisklassifikation „Wunschdenken“ gehen wir sehr vorsichtig um. Schon der Begriff ist gewagt. Er hatte sich bei den inhaltlichen Klassifikationsversuchen der Gesprächsergebnisse aufgedrängt. Die logisch stringenteren theoretischen Klassifikation der Abb. 3 verhilft zu einer weniger wertenden Vermittlung: Im Gespräch versuchen wir nur, dem unzufriedenen Partner die Zufriedenheit des Betroffenen zu verdeutlichen und verstehbar zu machen.

Fazit

Der AFKS kann zu inhaltsreichen Zielgesprächen Anstoß geben, sie vorbereiten und strukturieren. Das zeigt unsere Praxis. Die Zielgespräche sind qualitative Interviews mit einer klaren Struktur. Sie vermitteln vertiefte Einblicke in die Lebenswelt aphasischer Menschen und ihrer Hauptkommunikationspartner. Die Phasen des Zielgesprächs können

definierbaren Interviewtypen zugeordnet werden mit jeweils unterschiedlichen professionellen Anforderungen an die Fragen und Kommentare des Interviewers. Gleichzeitig vermitteln sie ein Bild der kommunikativen Kompetenz der Betroffenen in einer im Vergleich zu Alltagsgesprächen komplexen und anspruchsvollen Gesprächssituation. Unerwartete Erfolge und Misserfolge helfen, moderiert vom Interviewer, die Leistungserwartungen des Betroffenen und des Hauptkommunikationspartners zu korrigieren. Die klare und sich wiederholende Gesprächsstruktur und die inhaltlichen Vorbereitung durch den Fragebogen verhelfen den Betroffenen zu einer manchmal für alle überraschenden kommunikativen Kompetenz im Zielgespräch. Im Gespräch können aber auch die Grenzen des Sprachverständnisses und des Ausdrucks differenziert deutlich gemacht werden. Das kann dem Hauptkommunikationspartner Hinweise auf adäquatere Kommunikationsstrategien geben. Häufig ergeben sich auch Anregungen zu Kompensationsstrategien. Die Informationsdichte der Zielgespräche ist normalerweise hoch. Deshalb ist es dringend zu empfehlen, das Gespräch detailliert zu protokollieren, am besten gesprächsbegleitend per Diktat. Dieses Protokoll sollte dem Betroffenen, dem Hauptkommunikationspartner und dem behandelnden Therapeuten zur Verfügung stehen. Mit dem Ende des Zielgesprächs stehen noch keine SMART-en Therapieziele auf dem Papier (SMART: specific = genau, measurable = messbar, achievable = erreichbar, relevant für den Betroffenen, timed = zeitlich definiert). Aus einem anderen Verfahren der partizipativen Zielentwicklung bei Aphasie (Grötzbach 2010) sind Vorschlagslisten entstanden, die Anregungen zu SMART-en Zielformulierungen geben können. Damit ergänzen sich beide Ansätze.

LITERATUR

Arnold, A., Kärnth, H., Barasch, A., Haase, I., Schillikowski, E. & Pfeiffer, G. (2012). Testgüte eines Angehörigenfragebogens zu den Kommunikationsfertigkeiten nach Schlaganfall (AFKS). *Aphasie und verwandte Gebiete* 31 (1), 35-50

Blomert, L., Kean, M.L., Koster, C. & Schokker, J. (1994). Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test: Construction, reliability, and validity. *Aphasiology* 8, 381-407

Gerdes, N., Funke, U.-N., Schüwer U., Kunze, H., Walle, E., Kleinfeld, A., Reiland, M. & Jäckel W.H. (2009). Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001-2008. *Die Rehabilitation* 48, 190-201

Grötzbach, H. (2006). Die Bedeutung der ICF für die Aphasietherapie in der Rehabilitation. *Forum Logopädie* 20 (1), 26-31

Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: Paternalistisch oder partizipativ? *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 18, 119-126

Helfferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (349-360). Reinbek: Rowohlt

Kroker, C. (2006). *Aphasie-Schnell-Test.* Manual. Idstein: Schulz-Kirchner

Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The communication effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 113-124

Parr, S., Byng, S. & Gilpin, S. (1997). Talking about aphasia. Philadelphia: Open University Press

Pfeiffer, G., Gozdalski, J., Haase, I, Schillikowski, E & Tesak, J. (2011). Kommunikationsleistungen und Kommunikationsverhalten nach schwerem Schlaganfall. *Neurologie & Rehabilitation* 17, 26-32

Pfeiffer, G. & Schillikowski E. (eingereicht). *Zielgespräche bei chronischer Aphasie auf der Grundlage eines Angehörigenfragebogens zum Kommunikationsverhalten*

Wade, D. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 23, 291-295

FÜR ANGEHÖRIGE Fragebogen zum Kommunikationsverhalten von Schlaganfallpatienten

www.aphasie.org/pdfs--de/3-fachpersonen/3.3-fragebogen/fragebogen-5-angehorige.pdf

FÜR ANGEHÖRIGE
Fragebogen zum Kommunikationsverhalten
von Schlaganfallpatienten

Fachklinik Bad Liebenstein

Name: _____ Alter: _____
Wohnort: _____

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,
Es besteht die Chance, dass Sie mit Ihrem Angehörigen zusammen, gemeinsame Ziele auf dem Weg der Sprachrehabilitation festlegen können. Ein guter Start ist es, wenn Sie sich über die Situation und die Bedürfnisse Ihres Angehörigen austauschen. In diesem Fragebogen beschreiben Sie 10 Situationen, die für Sie wichtig sind. Bitte beschreiben Sie diese Situationen so genau wie möglich. Bitte geben Sie an, wie oft diese Situationen in der letzten Woche vorgefallen sind. Bitte beschreiben Sie, wann, wo, mit wem und aus welchem Anlass diese Situationen vorgefallen sind.

In welchen Situationen erleben Sie die Kommunikationsprobleme?
Bitte Angehöriger (Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen!)

in gemeinsamen Alltag / in der gemeinsamen Freizeit
 bei gemeinsamen Besuchen / bei gemeinsamen Besuchen
 bei gemeinsamen Aktivitäten / bei gemeinsamen Aktivitäten
 bei gemeinsamen Aktivitäten / bei gemeinsamen Aktivitäten
 bei gemeinsamen Aktivitäten / bei gemeinsamen Aktivitäten

Wie lang haben Sie sich in der letzten Woche mit dem Angehörigen unterhalten?
Dauer in Minuten

Bitte kreuzen Sie jeweils eine zutreffende Antwort an:

Item	Häufigkeit	Wann	Wo	Wem	Anlass
1. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verständigen	1	2	3	4	5
2. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verstehen	1	2	3	4	5
3. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verständigen	1	2	3	4	5
4. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verstehen	1	2	3	4	5
5. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verständigen	1	2	3	4	5
6. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verstehen	1	2	3	4	5
7. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verständigen	1	2	3	4	5
8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verstehen	1	2	3	4	5
9. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verständigen	1	2	3	4	5
10. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu verstehen	1	2	3	4	5

Wurde das Gespräch...?
 Wurde das Gespräch...?

SUMMARY. Participative goal definition in chronic aphasia – A communication questionnaire as a preparation for goal discussions.

Rehabilitation goals have to be developed together with the persons affected. This is difficult in chronic aphasia. Aphasia itself is an obstacle, but it is also difficult for healthy speakers to talk about communication problems. As a preparation for goal discussions, we ask the principal communication partner of the person with aphasia to select five items from a communication-questionnaire, for which improvements would be most important. For every selected item we ask for recent examples of failures and we try to clarify, why the communication situation described by the item is so important. We conclude by an attempt to define an individual approach to the problematic communication situation. The thematic preparation and reiterating simple course of discussion for every item facilitates active participation of the person with aphasia and participative goal definition.

KEY WORDS: Rehabilitation goals – aphasia – qualitative interview

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2015-53020150205

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Gustav Pfeiffer
m&i Fachklinik Bad Liebenstein
Kurpromenade 2
36448 Bad Liebenstein
gustav.pfeiffer@fachklinik-bad-liebenstein.de