

Abschlussbericht

Abbruch der Studie:

Aphasische Kommunikation:
Kommunikative Diagnostik und
kommunikative Strategien bei Aphasikern und
deren Angehörigen

Peter Bülau †, Ulrike Dörr, Susanne Okreu

Projektnehmer

Prof. Dr. Dr. med. Peter Bülau †

Westerwaldklinik Waldbreitbach

Buchenstrasse 6, 56588 Waldbreitbach

Fon 02638 898 300

Fax 02638 898 307

eMail: buelau@westerwaldklinik.de

Projektbeteiligte

Dr. Ulrike Dörr, Klinische Linguistin (Koordination)

Aphasiezentrum Rheinland-Pfalz

Buchenstraße 6, 56588 Waldbreitbach

Tel.: 02638/898-334

Fax: 02638/898-332

eMail: info@aphasiezentrum.de

Art: Probandenakquise, Aktualisierung des Studienprotokolls, Planung und Durchführung der Seminare, Auswertung des TESAK

Susanne Okreu, Dipl. Sprachheilpädagogin

Aphasiezentrum Rheinland-Pfalz

Buchenstr. 6, 56588 Waldbreitbach

Tel.: 02638/898-334

Fax: 02638/898-401

eMail: info@aphasiezentrum.de

Art: Probandenakquise, Aktualisierung des Studienprotokolls, Planung und Durchführung der Seminare, Auswertung des TESAK

Ariane Zeyen, M.A., Klinische Linguistin (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Westerwaldklinik Waldbreitbach

Buchenstraße 6

56588 Waldbreitbach

Fax: 02638/898-401

Tel.: 02638/898-375

eMail: ariane.zeyen@westerwaldklinik.de

Art: Aktualisierung des Studienprotokolls, Weiterentwicklung und Auswertung des TESAK (Test zur aphasischen Kommunikation), Durchführung der Seminare, Zusammenfassung und Veröffentlichung der Ergebnisse

Maria Geißler, MSc (GB), staatlich anerkannte Logopädin

Europa Fachhochschule Fresenius

Fachbereich Gesundheit

Limburger Straße 2, 65510 Idstein/Taunus

Tel.: 06126/9352826

Fax: 06126/9352821

eMail: geissler@fh-fresenius.de

Art: Gemeinsame Durchführung von Seminaren, Vorentwicklung des TESAK (Test zur aphasischen Kommunikation), Anwendung des CETI

Prof. Dr. Jürgen Tesak †, Dekan Fachbereich Gesundheit der

Europa Fachhochschule Fresenius

Limburger Straße 2, 65510 Idstein/Taunus

Tel.: 06126/9352825

Fax: 06126/9352821

eMail: tesak@fh-fresenius.de

Art: Studienplanung, Vorentwicklung des TESAK (Test zur aphasischen Kommunikation)

Dr. Jutta Küst, Leitende Neuropsychologin,
Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe
Waldstr. 2-10
53177 Bonn
Tel.: 0228/381-702
Fax: 0228/381-350
eMail: j.kuest@godeshoehe.de

Art: Anwendung des Kommunikationsfragebogens, Datenauswertung und Vergleich der Verlaufsmessungen, Zusammenarbeit bei Probandenakquise (Kooperation über Projekt refonet Nr.05004, eingereicht)

Dr. Rolf Fimmers, Abteilungsleiter Biometrie,
Institut für medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie der Universität Bonn
(Dir.: Prof. Dr. M. P. Baur)
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53105 Bonn
Tel.: 0228/287-16665
Fax: 0228/14629
eMail: fimmers@imbie.meb.uni-bonn.de

Art: Statistische Beratung und Datenauswertung, Prüfungszentrum für randomisierte Gruppenzuordnung

Förderer

refonet

Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der LVA Rheinprovinz
C/o Dr. H. Pollmann
Postfach 10 07 63
53445 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Telefon: 02641 – 9062 0
Fax: 02641 – 9062 20
service@refonet.de

1. Einleitung

Aphasien sind erworbene Störungen der Sprache. Meist werden sie durch einen Schlaganfall verursacht und machen es den Betroffenen unmöglich, ihre Mitmenschen zu verstehen oder sich verständlich zu machen. Je nach Größe der Schädigung und Intensität der Therapie können verlorengegangene Funktionen wie Sprechen, Verstehen, Lesen oder Schreiben wieder gewonnen werden. Die etablierten Aphasietherapien, gehen von einer individuellen, auf die Person bezogene, Störung aus und setzen bei der Behandlung einzelner Modalitäten wie z.B Sprachproduktion, Sprachverständnis und Grammatik an.

Kernpunkt dieser Studie ist eine direkte Intervention im Bereich der Kommunikation.

Hauptziel sollte der Nachweis der Steigerung der kommunikativen Leistung bei Aphasikern unter besonderer Berücksichtigung der Effizienz der eingesetzten Ressourcen sein. Zu diesem Zweck wurden spezielle Schulungen der Angehörigen durchgeführt und evaluiert. Am Ende sollte ein erprobtes und evaluiertes Schulungsprogramm für die Angehörigenarbeit stehen, das die Nachhaltigkeit der Sprachtherapie fördert und die Ebenen der Aktivität und Partizipation mit einschließt.

2. Studienablauf

In einer prospektiven kontrollierten Studie sollten die kommunikativen Leistungen von zwei Gruppen chronischer Aphasiker und deren Angehörigen verglichen werden.

Die Aphasiker beider Gruppen erhielten über den gesamten Beobachtungszeitraum die üblichen symptomorientierten Therapien in gleichbleibender Frequenz. Die Angehörigen der Probandengruppe erhielten zusätzlich ein Kommunikationstraining. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte randomisiert.

Gruppe 1: Aphasiker, deren Angehörige geschult wurden

Gruppe 2: Aphasiker, deren Angehörige nicht geschult wurden. (Diese Gruppe wurde als Wartegruppe eingerichtet).

Für die randomisierte Zuordnung wurde ein Prüfungszentrum am Institut für medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie der Universität Bonn eingerichtet. Es stellte sicher, dass die Gruppen vergleichbar blieben.

Zum Ausschluss möglicher Störgrößen durch inhomogene Partnerschaften wurden Altersdifferenz des Paares, Dauer der Beziehung, Personen im Haushalt sowie Alter, Bildungsgrad und Berufstätigkeit des Partners miterfasst. Als Instrument zur Messung der subjektiven Lebensqualität wurde der SF-36 Fragebogen (Short-Form-36-Questionnaire) eingesetzt (Pogratz et al, 2002).

Beide Gruppen wurden in der ersten Testung (t1) standardisiert kommunikativ und symptomorientiert untersucht. Anschließend erfolgte eine Therapie- und Schulungsphase entsprechend den Gruppenzuordnungen. Nach 2 Monaten (t2) wurde eine Re-Testung durchgeführt und Inhalte der ersten Schulungsphase rekapituliert. Um die Nachhaltigkeit erreichter Verbesserungen zu überprüfen, erfolgte nach weiteren 6 Monaten eine Abschlussuntersuchung (t3). Um eine Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, fanden sowohl die ersten beiden Testungen (t1, t2) im Rahmen der Seminare als auch die Testung t3 und eine Katamnese patientenbezogen am gleichen Ort statt. Dies war die Westerwaldklinik Waldbreitbach gGmbH. Zur besseren Erreichbarkeit der Probanden waren aber auch Seminarblöcke an wohnortnahen, kooperierenden Kliniken und Praxen vorgesehen, konnten aber leider nicht umgesetzt werden, da nicht genügend Probanden akquiriert werden konnten.

Während der Studienphase sollte die Frequenz der konventionellen, ambulanten Sprachtherapie in allen Gruppen beibehalten werden.

3. Fragestellung und Hypothesen

Primäre Fragestellung:

1) Führt Angehörigentraining zu besseren kommunikativen Leistungen der Aphasikern?

Sekundäre Fragestellung:

2) Führt das Angehörigentraining zu einer besseren kommunikativen Leistung der Aphasikern, auch wenn keine Verbesserung auf der Symptomebene eintritt?

Aus bisherigen Untersuchungen ergaben sich a priori folgende Hypothesen:

Hypothese 1 (primäre Fragestellung)

H1: Die kommunikative Schulung von Angehörigen erhöht die kommunikative Leistungsfähigkeit zwischen Angehörigem und Aphasiker.

H0: Die kommunikative Schulung von Angehörigen erhöht die kommunikative Leistungsfähigkeit zwischen Angehörigem und Aphasiker nicht.

Hypothese 2 (sekundäre Fragestellung)

H2: Die Steigerung der kommunikativen Leistungsfähigkeit tritt zwischen Angehörigen und Aphasikern, die auf der Symptomebene keine Verbesserung aufweisen, ein.

H0: Die Steigerung der kommunikativen Leistungsfähigkeit tritt nicht zwischen Angehörigen und Aphasikern, die auf der Symptomebene keine Verbesserung aufweisen, ein.

Hypothese 3 (sekundäre Fragestellung)

H3: Die Steigerung der kommunikativen Leistungsfähigkeit ist zwischen Angehörigen und Aphasikern, die sich auf der Symptomebene verbessern, stärker ausgeprägt als zwischen Angehörigen und Aphasikern, die auf der Symptomebene keine Veränderung zeigen.

H0: Die Steigerung der kommunikativen Leistungsfähigkeit ist zwischen Angehörigen und Aphasikern, die sich auf der Symptomebene verbessern, nicht stärker ausgeprägt als zwischen Angehörigen und Aphasikern, die auf der Symptomebene keine Veränderungen zeigen.

4. Operationalisierung

Unabhängige Variablen

Für primäre und sekundäre Fragestellungen: Zeitpunkt (Messzeitpunkte von t1, t2 und t3) und Schulung (ja/nein).

Abhängige Variablen

Für die primäre Fragestellung (Hypothese 1): Ergebnisse des „Test zur aphasischen Kommunikation“ (TESAK) sowie des CETI. Die Idee zur Entwicklung, Erprobung und Etablierung des genannten Kommunikationstests stammte von Prof. Tesak, der zu Beginn dieser Studie schwer erkrankte und wenig später verstarb. Die Entwicklung des Tests, der ursprünglich „Kommunikationstest für Aphasiker und deren Angehörige“ (KAPUA) hieß, befand sich zu diesem Zeitpunkt erst in Anfangsstadium. Der strukturelle Aufbau (Anzahl und Art) der Testbilder und die Form der Anwendung (Vorgaben zur zeitlichen Abfolge) sind in der Erstversion des Studienprotokolls von Prof. Tesak beschrieben worden. Leider waren den übrigen Projektbeteiligten nach seinem Tod keinerlei darüber hinaus gehende Unterlagen bekannt oder zugänglich. Der Test, der Hauptbestandteil der Studie war, musste daher auf vorliegender Grundidee basierend nach linguistischen und kommunikationswissenschaftlichen Kriterien weiterentwickelt werden. Die Projektbeteiligten haben sich entschlossen, den im Folgenden beschriebenen Test in honorem Prof. Tesaks umzubenennen in: „**TESt zur Aphasischen Kommunikation**“ (TESAK)

Für die sekundären Fragestellungen (Hypothesen 2 und 3 s.Studienprotokoll): Ergebnisse des TESAK, des CETI, des AAT und der ACL.

Die primäre Zielgröße war die Verbesserung der kommunikativen Leistung (insbes. gemessen im TESAK).

Der „Test zur aphasischen Kommunikation“ (TESAK) hat als Grundaufgabe, dass die Betroffenen den Angehörigen Bildinhalte mitteilen, welche die Angehörigen nicht kennen. Es gibt vier Gruppen von Items:

- 4 einfache Objekte (Abb.1)
- 4 einfache Situationen (Abb.2)
- 4 ungewöhnliche Situationen (Abb.3)
- eine Bildgeschichte



Abb.1

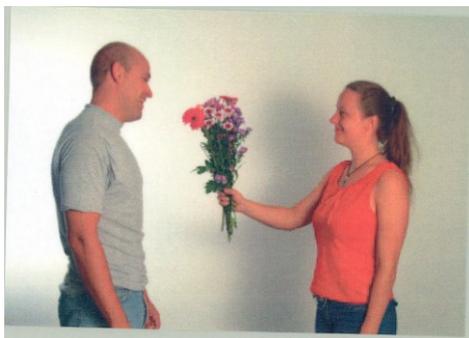


Abb.2



Abb.3

Die Auswahl und Zusammensetzung des Bildmaterials erfolgte nach morpho-phonologischen und kommunikationswissenschaftlichen Kriterien. Eine homogene Verteilung auf alle drei Testdurchgänge war somit gewährleistet.

Die Gruppe der einfachen Objekte setzt sich zusammen aus jeweils einem einsilbigen Nomen, einem zweisilbigen Nomen mit Konsonantencluster, einem mehrsilbigen Nomen ohne Konsonantencluster und einem Nomen compositum.

Die Gruppe der einfachen Handlungen gliedert sich in jeweils drei Sätze mit einer Subjekt-Prädikat-Objekt-Struktur (SPO mit bivalenten Verben) und einen komplexeren Satz, der ein zweites Objekt enthält (SPO mit trivalentem Verb).

Die vier ungewöhnlichen Handlungen werden durch einen Satz mit bivalenter Struktur (SPO) und drei Sätzen mit trivalenter Struktur (SPOO). Hier werden bekannte Alltagshandlungen mit ungewöhnlichem Nomen instrumentalis dargestellt.

Die Bildergeschichten, bestehend aus vier Bildern, haben folgende Struktur:

Ausgangssituation, fortlaufende Handlung (2 Bilder), Schlusspointe. Semantisch betrachtet liegt bei allen 3 Geschichten ein Scheitern des Vorhabens vor (Antrag vom 01. 12. 2005).

Die Übermittlung der Inhalte jeder Itemgruppe sollte in maximal vier Minuten durchgeführt werden. Wurden die Items einer Gruppe in kürzerer Zeit übermittelt, wurde zur nächsten Itemgruppe übergegangen. Konnten die Items in der Zeit nicht übermittelt werden, mussten dennoch nach 4 Minuten zur nächsten Itemgruppe übergegangen werden.

Für beide Interaktionsteilnehmer galt, dass jegliche Kommunikationskanäle benutzt werden dürfen. Die Angehörigen wurden explizit darauf hingewiesen, dass sie nachfragen und sich aktiv beteiligen dürfen. Papier und Schreibutensilien standen auf dem Tisch zur Verfügung.

Bewertet wurde die Reaktion der sprachgesunden Kommunikationspartner nach einer vierteiligen Skala:

Die Information wird

- nicht (0 Punkte)
- teilweise (1 Punkte)
- überwiegend (2 Punkte)
- ganz (3 Punkte)

übermittelt.

Die Bewertung der Kommunikationsleistung erfolgte mit den Kriterien der Auswertung der Benennleistung im AAT. Die Bewertungskriterien der Bildergeschichte wurde angelehnt an den AAT-Bewertungskriterien für Situationen und Handlungen neu entwickelt, da weder der AAT noch die ACL Kriterien für eine sprachlich komplexe Struktur wie eine Bildergeschichte bietet. (s.Studienprotokoll)

Für die Auswertung ergaben sich max. 39 Punkte (Höchstpunktzahl 3 x 13 [4 Nomina, 4 Handlungen, 4 ungewöhnliche Handlungen, 1 Bildergeschichte] = 39).

Der TESAK-Wert wurde als Maß für den kommunikativen Erfolg zwischen den Aphasikern und deren Angehörigen, die zum Erfolg/Misserfolg maßgeblich beitragen, betrachtet. Die Ergebnisse des CETI dienten der Einschätzung der aphasischen Person durch die Angehörigen. Der AAT und die ACL gaben Auskunft über Art und Ausmaß der aphasischen Störung bzw. über messbare Veränderungen der Sprachkompetenz innerhalb der Studiendauer (sekundäre Fragestellungen).

5. Schulung

Die Schulungen der Angehörigen erfolgten an zwei zweitägigen Veranstaltungen sowie mittels einer dazwischen geschalteten „Hausaufgabe“.

T1

Im ersten Treffen wurden die Aphasiker am ersten Tag individuell getestet (AAT, ACL) und die Betroffenen zusammen mit den Angehörigen (TESAK) untersucht. Ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung und zum kommunikativen Verhalten der Betroffenen (CETI) und der Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36 ergänzten die Bestandsaufnahme.

Danach erfolgte am zweiten Tag das eigentliche Schulungsprogramm der Angehörigen, das zwei Bausteine umfasste: Selbsterfahrung und Information. Für die Aphasiker fand während dieser Zeit ein Malworkshop als Rahmenprogramm statt.

Baustein 1: Selbsterfahrung Kommunikation, Selbsterfahrung Sprachlosigkeit

In diesem ersten Abschnitt ging es darum, die Teilnehmer durch Selbsterfahrung zu einem besseren, „erlebten“ Verständnis von Kommunikationsprozessen zu führen. Angewandt wurden „Tangramkarten, mit denen ein Kommunikationspartner dem anderen, der durch eine Sichtblende getrennt ist, die Anordnung von 12 Tangram-Figuren vermitteln sollte, die dem Partner ungeordnet vorlagen. Dies wurde in den Varianten „ohne Feedback“, „mit Feedback“ und „Figuren bekannt“ durchgeführt. Am Ende sollte den Teilnehmern klar sein, welche Funktion „Feedback“ und „Vorwissen“ in der Kommunikation haben, beides Faktoren, die in der aphasischen Kommunikation normalerweise zu Problemen führen, insofern die Angehöri-

gen ihre Ressourcen an Feedback und Nachfragen nie ausreichend nutzen, um die Aphasiker in der Vermittlung ihrer Kommunikationsabsichten zu unterstützen.

Analog einem bekannten Party-Spiel, in dem Inhalte nur nonverbal vermittelt werden dürfen, wurden die Teilnehmer der Gruppe gebeten, Inhalte wie „Morgen muss ich meine Steuerberaterin anrufen“ (eine normale alltagsrelevante Äußerung) zu vermitteln. Diese Übung, die erfahrungsgemäß bis zu einer Stunde pro Aussage in Anspruch nehmen kann, diente dazu, den Teilnehmenden einerseits die Situation nahe zu bringen, nicht verstanden zu werden, und andererseits zu vermitteln, dass man als Zuhörender wenig Möglichkeiten des Verstehens hat, wenn die gesprochene Sprache ausfällt. In dieser Übung wurde in realistischer Weise der Übende in eine „aphasische“, sprachlose, Situation gebracht.

Dieser Aspekt der Selbsterfahrung rief Verwunderung und Erstaunen unter den Angehörigen hervor, denen bis zu diesem Zeitpunkt nicht klar war, wie viel kommunikatives „Feedback“ man sich normalerweise zu nutzen macht. Betroffen waren viele Teilnehmer über ihr hilfloses Gefühl in einer Kommunikationssituation, in der man keinerlei Fragen stellen durfte.

Baustein 2: Information Kommunikation und Kommunikationsstrategien

Im Informationsteil erfuhren die Teilnehmer theoretische Hintergründe zum Thema Kommunikation und Kommunikationsstrategien. Hier wurden das Gelingen von Kommunikation beeinflussende Faktoren wie Umgebungsvoraussetzungen, aktive und reaktive Rollen der Gesprächspartner, Umgang mit Missverständnissen etc. erörtert. Die diversen Strategien als Hörer und Sprecher wurden erläutert, an Beispielen normaler und aphasischer Kommunikation gezeigt und in ihrer Relevanz diskutiert.

Auswertung tatsächlicher Kommunikation und Vorbereitung der Übungsphase

Im Anschluss wurden die kommunikativen Interaktionen zwischen den Aphasikern und ihren Angehörigen ausgewertet (Videos des TESAK). Für jedes Paar wurden vorhandene und fehlende Strategien identifiziert. Auf dieser Basis sind Vorschläge für eine Verbesserung erarbeitet worden, welche die Grundlage für die nachgeschaltete „Hausarbeit“ waren. Die „Hausaufgabe“ fokussierte sich typischerweise auf zwei bis drei Strategien, die von den Experten als besonders effektiv zur Kommunikationsverbesserung des betreffenden Paares eingeschätzt wurden.

Die „Hausaufgaben“ bestanden darin, dass dem Paar zwei oder drei Aufgaben nach Hause geschickt wurden, welche der Aphasiker und der Angehörige gemeinsam zu lösen hatten, beispielsweise die Übermittlung bestimmter auf Bildkarten dargestellter Objekte, Situationen und Handlungen. Für die Nicht-Aphasiker sind zwei bis drei Strategien als zwingend vorgeschrieben worden.

T2

Das zweite zweitägige Treffen fand zwei Monate nach dem ersten statt. Neben den Testungen (AAT, ACL) wurde der TESAK in einer Parallelversion, d. h. mit anderen Bildern als bei t1, durchgeführt. Danach fand in Kleingruppen-Workshops Nachbesprechungen mit den Angehörigen statt, die Veränderungen aufgrund der Schulung wurden erhoben und die Kommunikationsstrategien wurden weiterführend geübt.

T3

Beim dritten eintägigen Treffen, nach weiteren 6 Monaten, wurde wieder neben den standardisierten Aphasietests AAT und ACL der TESAK durchgeführt, um eine eventuelle Nachhaltigkeit der kommunikativen Verbesserungen bzw. Verbesserungen in den einzelnen sprachlichen Modalitäten mittels AAT oder ACL nachzuweisen. Die Angehörigen füllten den CETI aus und es wurde eine Katamnese erhoben.

6. Probleme bei der Rekrutierung von Probanden/Patienten

Probanden: Die Rekrutierung der Aphasiker und ihrer Angehörigen erfolgte über die Westerklinik Waldbreitbach, das Aphasiezentrum Rheinland-Pfalz, das Rehasentrum Godeshöhe, über verbundene Praxen im Raum Bonn/Köln und Westerwald sowie über die akademische Lehrpraxis der Europa Fachhochschule Fresenius. Die in den genannten Einrichtungen bekannten Aphasiker wurden in Hinblick auf die Einschlusskriterien überprüft. Mögliche Probanden wurden um Zustimmung an der Studienteilnahme gebeten. Sie erhielten hierzu durch das Aphasiezentrum Rheinland-Pfalz schriftliches Informationsmaterial über den Ablauf der Studie. Mit der schriftlichen Zusage der teilnehmenden Familien erhielt das Aphasiezentrum medizinisch-neurologische Daten der Aphasiker über einen Arztbrief. Nach nochmaliger Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien, wurden die Anmeldebögen an das zur Randomisierung beauftragte Institut geleitet und in die Studien eingeschlossen. Die als Kont-

rollgruppe randomisierten „Paare“ wurden parallel (zeitlich versetzt um 1 Woche) zu der Probandengruppe einbestellt und mit TESAK, AAT und ACL getestet. Auch hier füllten die Angehörigen den CETI-Fragebogen aus, wurden jedoch nicht kommunikativ geschult.

Insgesamt wurden 11 Paare untersucht und geschult (4 Paare in der Randomisierungsgruppe; 7 Paare in der Kontrollgruppe).

Probleme bei der Rekrutierung zeigten sich überwiegend in mangelnder Flexibilität der Angehörigen; entweder bedingt durch die hohe Pflegebedürftigkeit des Betroffenen oder auch nur die Anstrengung, die eine Anreise zum Schulungsort (WWK) bedeutet. Viele, die zunächst interessiert waren schreckten vor den mehrmaligen Untersuchungsterminen mittels AAT und ACL zurück, die vielen unserer Probanden durch Reha-Aufenthalte und ambulanter Sprachtherapie bekannt sind. Trotz einer großangelegten Akquise: 109 Logopädische Praxen, 15 Kliniken und Krankenhäuser, 120 Betroffene persönlich und eine Vielzahl an Telefonaten sowie einem Aufruf in der Fachzeitschrift Aphasie und Schlaganfall, die bundesweit 4 Mal pro Jahr mit einer Auflage von jeweils 5.000 Stück gedruckt wird, war der Rücklauf nur spärlich.

Zum Zeitpunkt des Studienabbruchs, befanden sich noch 10 interessierte Paare in unserem Akquisepool. Weitere 12 Paare haben sich noch nach Abbruch der Studie bei uns gemeldet.

7. Ausblick/Tendenzen

Da in Ermangelung an geeigneten Studienteilnehmern keine statistischen Auswertungen erfolgen konnten, ist es leider nur möglich, Tendenzen zu beschreiben.

Es ist bekannt, dass Aphasiker neben dem Verlust ihrer kommunikativen Fähigkeiten auch unter psycho-sozialen Folgen zu leiden haben. Gerade die familiären Beziehungen unterliegen meistens enormen Belastungen. Das Ziel dieser Studie war die direkte Intervention im Bereich der familiären Kommunikation, denn von einer Aphasie sind Patient und Angehörige gleichermaßen betroffen.

Im Bereich der Angehörigenschulung konnten auffällige Veränderungen beobachtet werden. Viele Teilnehmer erlebten den Baustein Selbsterfahrung mit größtem Erstaunen, obwohl sie doch ihren Alltag mit einem aphasischen Partner teilen. Einige der sprachgesunden Studienteilnehmer beschrieben frustriert ihre Alltagskommunikation, ohne sich ihres eigenen eingeschränkt kompetenten Kommunikationsverhaltens bewusst zu sein. Sie berichteten davon, dass sie weder ihre Redeabsichten übermitteln könnten, noch verstünden, was die Aphasiker

ihnen mitteilen wollten. Viele Angehörige reagierten dementsprechend überrascht darüber, wie sehr sie durch geübte sprachliche Strategien, die Kommunikationsleistungen ihres aphasischen Partners beeinflussen konnten. Schon mit Abschluss von t1 wurde klar, dass Kommunikation ein kooperativer Prozess ist und nicht nur von einem Kommunikationspartner alleine beeinflusst wird.

Die Tendenz, dass sich die sprachlichen Leistungen des Aphasikers verbessern, wenn der Angehörige kommunikativ geschult wird, ist deutlich erkennbar. So ergaben sich nicht nur sprachliche Verbesserungen, sondern das alltägliche Miteinander wurde von den Teilnehmern als harmonischer und zufriedener beschrieben.

Man kann davon ausgehen, dass eine Therapie, die den Angehörigen mit einbezieht, die sprachliche und psycho-soziale Teilhabe des Aphasikers entscheidend verbessert.

Literaturverzeichnis

1. Basso, A. (2003) *Aphasia and its Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
2. Benson, F. & Ardila, A. (1996) *Aphasia. A Clinical Perspective*. New York: Oxford University Press.
3. Bhogal, S.K., Teaseli, R.W. & Speechley, M.R. (2003a) Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987-993.
4. Bhogal, S.K., Teaseli, R.W., Foley, N.C. & Speechley, M.R. (2003b) Rehabilitation of aphasia: more is better. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10, 66-76.
5. Blomert, L. (1997) *Amsterdam-Nijmegen-Everyday-Language-Test (ANELT)*. Lisse: Swets Test Services.
6. Cicerone, K.D., Dahlberg, C., Kalmar, K., et al. (2000) Evidence-based rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 1596-1615.
7. Duchan, J.F. & Byng, S. (2004) *Challenging Aphasia Therapies. Broadening the Discourse and Extending the Boundaries*. Hove: Psychology Press.
8. Fratalli, C.M., Thompson, C.K., Holland, A., Wohl, C.B. & Ferketic, M.M. (1995) *Functional Assessment of Communication Skills in adults*. ASHA-FACS. Rockville, MD: ASHA.
9. Greener, J., Enderby, P. & Wurr, R. (2004) *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
10. Grötzbach, H. (2004) Zur Effektivität von Aphasiertherapie. *Neurologie & Rehabilitation*, 10(1): 1-5.
11. Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983) *Aachener Aphasie Test*. Göttingen: Hogrefe
12. Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002) *Aphasie Check Liste (ACL)*. Köln: Prolog.
13. Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989) The Communicative Effectiveness Index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124.
14. Lyon, J.G. (1998) *Coping with aphasia*. San Diego: Singular Publishing.
15. Poeck, K. (1998) *Neurologie*. Berlin: Springer.
16. Pound, C., Parr, S. Lindsay, J. & Woolf, C. (2000) *Beyond Aphasia. Therapies for Living with Communication Disability*. Bicester, Oxon: Speechmark.
17. Pongratz, D, S Zierz, W. Fischer, C. Jenkinson, R. Fitzpatrick, V. Peto, M. Swash (2002) Validität und Reliabilität der deutschen Fassung des SF-36 bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose. *Nervenheilkunde* 21:432-437
18. Rentsch, H.P. & Bucher, P.O. (2005) *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner.
19. Robey, R.R. (1998) A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 172-187.
20. Schlenck, K.-J. & Perleth, S. (2004) Langzeitverlauf bei Aphasie und der Effekt von Sprachtherapie in der chronischen Phase. *Aphasie und Verwandte Gebiete*, 18, 9-20.
21. Schlenck, C. & Schlenck, K.-J. (1994) *Beratung und Betreuung von Angehörigen aphasischer Patienten*. *Logos*, 2/2, 90-97.
22. Schüttler, M., Kolominisky-Rabas, P.L., Heuschmann, P., von Kegler, S. & Neundörfer, B. (2000) Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten mit und ohne Aphasien im Vergleich – Ergebnisse aus einem populationsbasierten Schlaganfallregister. In: *BRA (Hg.) 3. Würzburger Aphasietage*, Würzburg: Eigenverlag.
23. Tesak, J. (2003) Das Individualsyndrom in der Aphasie. *Aphasie und Verwandte Gebiete*, 17, 49-54.
24. Tesak, J. (2005a) *Grundlagen der Aphasietherapie*. 4. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
25. Tesak, J. (2005b) (im Druck) *Einführung in die Aphasiologie*. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.
26. Tesak, J., Küst, J., Okreu, S., Doerr, U. & Bülau, P. (2004) *Selbst- und Fremdeinschätzung kommunikativer Strategien bei Angehörigen von Aphasikern*. Rostock: GAB-Jahrestagung, November.
27. WHO (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.