

Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Ein Überblick

Andrea Erdélyi

Zusammenfassung:

Unterstützte Kommunikation meint das Ergänzen und Ersetzen von Lautsprache, sowohl in Bezug auf Sprachverstehen als auch expressive Sprache, mit körpereigenen Zeichen wie z.B. Gebärden oder Blinzelschiffen oder mit externen Kommunikationshilfen wie Symbol-, Buchstabentafeln oder elektronischen Hilfen. Die Zielgruppen sind vielfältig und umfassen Menschen mit ausbleibender oder stark verzögerter bzw. eingeschränkter Lautsprachentwicklung, Menschen, die wegen einer Erkrankung vorübergehend nicht sprechen können, aber auch Menschen, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung ihre lautsprachlichen Fähigkeiten langsam oder plötzlich verlieren. Ursachen können sowohl angeborene als auch erworbene Beeinträchtigungen sein. Im Verlauf dieses Artikels wird der Fokus auf Personen gelegt, die von einem degenerativen Verlauf oder plötzlichem Sprachverlust durch eine erworbene neurologische Erkrankung oder Beeinträchtigung betroffen sind, und auf die Möglichkeiten, die ihnen Unterstützte Kommunikation bietet, um weiterhin in ihren Lebensbezügen partizipieren und sich selbst bestimmen zu können.

Schlüsselwörter:

Unterstützte Kommunikation, neurologische Erkrankungen, Ursachen, Folgen, diagnostische und therapeutische Methoden

Zitation:

Erdélyi, A. (2014) Unterstützte Kommunikation bei Menschen mit neurologischen Erkrankungen – Ein Überblick. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema Unterstützte Kommunikation = Sprachtherapie?! 1: e2014-02; doi: 10.14620/stadbs140902

1. Ursachen und Arten von neurologischen Erkrankungen

Der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Hrsg. 2010) zufolge zählen zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen:

1. Chronische Rückenschmerzen (22% der Frauen, 15% der Männer)
2. Schlafstörungen (10-20% der Bevölkerung)
3. Chronische Kopfschmerzen (4% der Bevölkerung) und Migräne (10-12% der Bevölkerung)
4. Ischämischer Schlaganfall (jährlich mindestens 150.000 Personen + TIA's/ kleine Schlaganfälle mit voller Genesung)
5. Epilepsien (in Deutschland insgesamt 400.000 – 800.000 Personen)
6. Demenzen (2-3% der über 65 Jährigen; 25-50% der über 85 Jährigen)
7. Parkinson (in Deutschland insgesamt ca. 300.000 – 400.000 Personen)
8. Schädel-Hirn-Trauma (SHT) (jährlich 180 Neuerkrankungen von je 100.000) und Querschnittslähmungen (jährlich 1000 Neuerkrankungen)
9. Multiple Sklerose (MS) (ca. 100.000-120.000 Personen)
10. Hirnblutung (10% aller Schlaganfälle)
11. Gehirntumore (jährlich 5-6 Neuerkrankungen von je 100.000)
12. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) (ca. 1-2 Neuerkrankungen von je 100.000)

Hiervon führen Demenzen, ALS und Gehirntumore im fortgeschrittenen Stadium zu einem sukzessiven Sprachverlust, während der ischämische Schlaganfall, Hirnblutungen und Schädel-Hirn-Traumata durch die Schädigung neuronaler Zentren zu einem plötzlichen Sprachverlust führen können.

Die größte Gruppe Betroffener ist hierunter die der Menschen, die einen Schlaganfall erlitten. Häufigste Form eines Schlaganfalls ist der sogenannte ischämische Schlaganfall oder Hirninfarkt, bei dem es zu einem Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn und damit zu einer Minderversorgung von Hirnzellen kommt. Die zweithäufigste Form des Schlaganfalls ist die Hirnblutung. Auch hierbei kommt es zu einer Schädigung von Hirnzellen.

Heuschmann et al. (2010) schätzen die Zahl der Schlaganfallpatienten noch höher als die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, für das Jahr 2008 auf insgesamt 262.425 Patienten, hiervon 196.426, die erstmals einen Schlaganfall erlitten.

	Männer	Frauen	Gesamt
Erstmalige Schlaganfälle	88 087	108 339	196 426
Wiederholte Schlaganfälle	29 597	36 402	65 999
Gesamt	117 684	144 741	262 425

Tabelle 1: Häufigkeit von Schlaganfall – Zahl der Neuerkrankungen 2008

In der Gesamtstatistik der Todesursachen steht Schlaganfall in Deutschland mit 8 bis 9,5 Prozent mittlerweile an dritter Stelle. In 25 Prozent der Fälle führt der Schlaganfall zum Tod. Die Zahl der Schlaganfallpatienten steigt kontinuierlich, Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird mit einem Anstieg von 1,1 Millionen Betroffenen im Jahr 2000 hin zu 1,5 Millionen im Jahr 2025 in der gesamten Europäischen Union und den sogenannten EFTA-Ländern gerechnet. Schlaganfall ist außerdem die häufigste Ursache für eine dauerhaft erworbene Behinderung im Erwachsenenalter. Die Auswirkungen sind je nach Position des Verschlusses bzw. der Blutung im Gehirn sowie der Zeitdauer bis zur medizinischen Akutversorgung unterschiedlich. Eine häufige Folge neben Lähmungen, Gedächtnisverlust und Sehstörungen sind Sprachstörungen. Rund 70.000 Menschen leiden zur Zeit in Deutschland an einer Aphasie aufgrund eines Schlaganfalls.

2. Folgen einer neurologischen Erkrankung für die Sprache und das Sprechen

Häufigste Folgen einer neurologischen Erkrankung in Bezug auf Sprache und Sprechen sind die Dysarthrie, die Sprechapraxie und die Aphasie (Grohnfeldt Hrsg. 2007, 2009). Sie können je nach Art und Schweregrad bzw. eventueller Komorbiditäten zu einer eingeschränkten Sprachproduktion, einem eingeschränkten Sprachverständnis und/oder einer eingeschränkten Nutzung der Schriftsprache führen.

Bei der Dysarthrie handelt es sich um eine neurogene Sprechstörung, bei der die Sprechmotorik und die Ausführung motorischer Befehle beeinträchtigt sind. Häufig sind neben der Artikulation auch Sprechatmung, Phonation, Resonanz, aber auch das Kauen, Schlucken und die Mimik betroffen.

Bei der Sprechapraxie – ebenfalls eine neurogene Sprechstörung – ist die Bewegungsplanung trotz ansonsten neurologischer Unauffälligkeit gestört. Es fällt den Betroffenen schwer, die motorischen Elemente auszuwählen und diese Elemente in der korrekten Reihenfolge auszuführen. Die übrige Motorik, Atmung und Mimik sind unauffällig.

Bei der Aphasie handelt es sich um eine multimodale Sprachstörung nach Abschluss des Spracherwerbs, bei der je nach Art die Phonologie, Morphologie, Syntax und Semantik betroffen sein können (Huber, Poeck & Springer 2006). Bei der Aphasie unterscheidet man im Detail die

- Broca-Aphasie = motorische Aphasie (linker Stirnlappen)
- Wernicke-Aphasie = sensorische Aphasie (linker Schläfenlappen)
- Globale Aphasie = motorische und sensorische Aphasie
- Amnestische Aphasie = Wortfindungsstörung

- Transkortikale Aphasie = Einschränkung der Spontansprache, während ein Nachsprechen weiterhin möglich ist
- Leitungs-Aphasie = Einschränkung beim Nachsprechen, während die Spontansprache noch aktiv ist (Bogenbündel)

Der Verlauf einer Aphasie nach einem Schlaganfall wird von Richter, Wittler und Hielscher-Fastabend (2006) in drei Phasen eingeteilt. In der Akutphase der ersten vier bis sechs Wochen nach dem Schlaganfall liegt das Ziel der Sprachtherapie vorrangig in der Reaktivierung. In dieser Zeit kann es auch zu einer plötzlichen Rückkehr von verlorenen Fähigkeiten kommen.

In der postakuten Phase, welche nochmals in eine frühe und eine späte postakute Phase eingeteilt werden und bis zum Ende des ersten Jahres nach dem Ereignis reichen, wird der Schwerpunkt der Sprachtherapie auf das störungsspezifische Üben und Modifizieren gelegt. Liegt die Aphasie nach einem Jahr noch immer vor, spricht man von einer chronischen Aphasie. Da eine Rückkehr der sprachlichen Fähigkeiten nicht mehr oder zumindest nicht in größerem Maße zu erwarten ist, wird in der Therapie nach Kompensationsmöglichkeiten gesucht. Bei etwa 50 Prozent aller Aphasiepatienten muss nach einem Jahr eine chronische Aphasie konstatiert werden, das heißt gibt es keine Heilung im medizinisch-therapeutischen Sinn.

Remissionsphase	Phase der Aphasie	Therapiephase	Therapieziele
Restitution	Akute Phase (4-6 Wochen)	Aktivierungsphase	Reaktivierung Hemmung
Substitution / Regeneration	Frühe postakute Phase (1-4 Mon.) Späte postakute Phase (4-12 Mon.)	Modifizierungsphase	Störungs-pezifisches Üben
Reorganisation	Chronische Phase (ab 12 Mon.)	Konsolidierungsphase	Adaption/Kompen- sation

Tabelle 2 - Verlauf der Aphasie nach einem Schlaganfall (Richter et al. 2006)

Das Tragische an dieser Situation und dieser Einteilung: Man weiß nie, wie der Verlauf beim Einzelnen sein wird, und nimmt bei einseitiger Ausrichtung der rehabilitativen Maßnahmen eine hohe psychische Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Kauf. Ausgehend vom Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (ICF) (DIMDI 2005) ist der Schlaganfall selbst ein Gesundheitsproblem. Dies führt auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen ggf. zu einer Beeinträchtigung der Sprache. Darüberhinaus hat dies aber auch gravierende Auswirkungen auf die Aktivitäten, in diesem Fall die Kommunikation (Klassifikation d310-d369), und dies wiederum auf die Teilhabe bzw. Partizipation in den unterschiedlichen Lebensbezügen. Wie stark sich das Gesundheitsproblem und die Beeinträchtigung der Sprache als Körperfunktion auf die Aktivität und Teilhabe auswirken, hängt entscheidend von den personenbezogenen und Umweltfaktoren ab, die wiederum in Wechselwirkung zueinander stehen. So haben aktuelle Studien gezeigt (Schmitz 2010), dass die Familie als Umweltfaktor in hohem Maße die Resilienz des Schlaganfallpatienten als personenbezogenen Faktor beeinflusst. Ebenso gravierend ist, welche Therapien und Unterstützungen angeboten werden. Die Sprachtherapie ist zur möglichen Wiedererlangung der Sprechfähigkeit unerlässlich. Ebenso unerlässlich ist es aber, von Anfang an (sic!)

alternative oder ergänzende Unterstützung der Kommunikation anzubieten, damit die Teilhabe als entscheidendes Moment der sozio-emotionalen Gesundheit erhalten bleiben.

Viele Menschen mühen sich lange vergeblich ab, ihre Sprechfähigkeit wieder zu erlangen, und erleben sich während dieser Zeit als von Kommunikation, Gemeinschaft und Teilhabe ausgeschlossen. Ihr Alltag ist geprägt von dem regelmäßigen Erleben, nicht verstanden zu werden, sich nicht selbst bestimmen zu können und als selbstwirksam erleben zu können, fremdbestimmt zu werden, auf andere angewiesen zu sein. Für sie bedeutet die Tatsache, dass erst nach einem Jahr nach Kompensationsmöglichkeiten gesucht wird, ein Jahr, in dem sie permanent Frustrationen ausgesetzt waren. Dies erhöht wiederum die Gefahr der Entwicklung einer Depression. (Leienbach, Corsten & Schütz 2013)

Die Konsequenz: Neben der Sprachtherapie muss von Anfang an parallel nach ggf. nur vorübergehenden, ggf. aber auch langfristigen Kompensationsmöglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Kommunikation gesucht werden, um die soziale Teilhabe und Selbstbestimmung nicht abreißen zu lassen, die für den gesamten Genesungs- und Rehabilitationsprozess ausschlaggebend ist. Gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung bieten hier die Sozialgesetzbücher V, IX und XII.

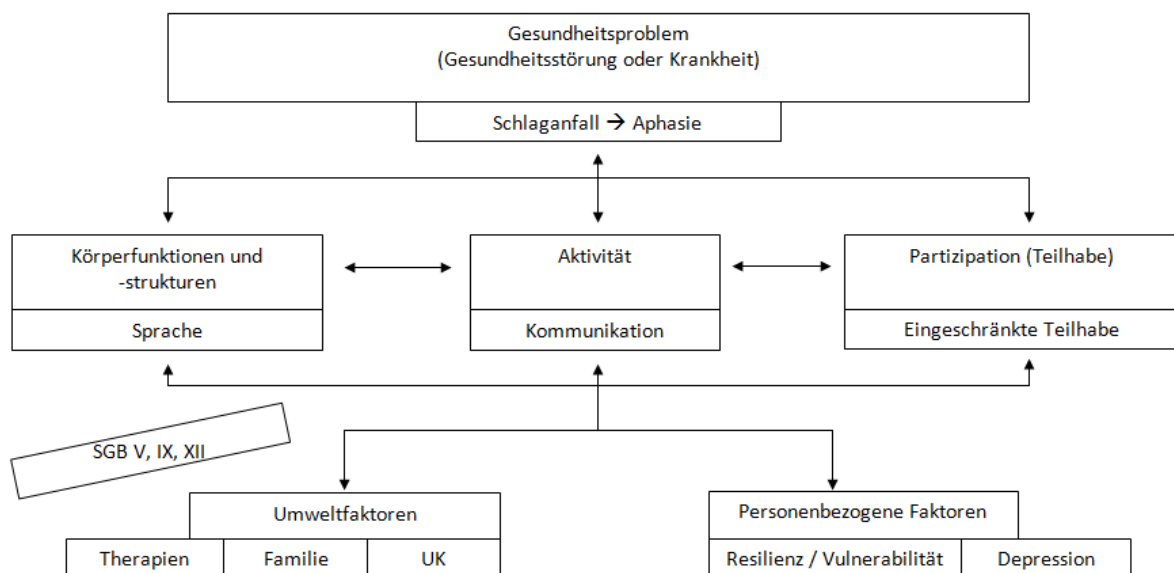


Abbildung 1 - Auswirkungen einer Aphasie durch Schlaganfall nach ICF

3. Mittel der Unterstützten Kommunikation

3.1 Unterstützte Kommunikation ohne externe Hilfsmittel

Grundsätzlich unterscheidet man Unterstützte Kommunikation mit und ohne externe Hilfsmittel. Für eine erste Verständigung eignen sich bei Menschen mit Sprachverlust durch eine neurologische Erkrankung analoge nonverbale Zeichen wie spontane Gesten, Blicke, Laute oder eine Veränderung des Muskeltonus. Hier ist insbesondere eine hohe Aufmerksamkeit des sprechenden Gegenübers vonnöten, um diese Zeichen wahrzunehmen.

Ziel jeder Kommunikation ist es, möglichst eindeutige, klar festgelegte und verabredete Codes zu finden, die eine Verständigung ermöglichen. Ein erster Schritt hierzu ist die Sicherstellung eines gemeinsamen Ja-Nein-Codes. Hierzu ist abzuklären, ob der/die PatientIn mich versteht, z.B. durch die einfache Frage „Verstehen Sie mich?“ verbunden mit dem Angebot eines Code-Systems z.B. „Wenn Sie mich verstehen, blinzeln Sie bitte einmal.“ Mit weiteren Fragen lässt sich dann auch z.B. zweimal Blinzeln als Nein-Code verabreden. Um die Zeichen für Ja und Nein festzulegen, ist es notwendig, die motorischen und

stimmlichen Möglichkeiten abzuklären und mit dem/der PatientIn zu vereinbaren. Ist ein Blinzeln möglich, eine Kopfbewegung, eine Arm- oder Beinbewegung, ein Drücken meiner Hand, ein Stampfen, bestimmte Laute usw.? Die große Herausforderung bei dieser Art der Kommunikation liegt für das sprechende Gegenüber darin, alle Fragen so zu formulieren, dass man sie mit Ja oder Nein beantworten kann. Oder-Fragen sind tabu. Um dennoch z.B. eine Auswahl zwischen mehreren Dingen zu ermöglichen, kann man zunächst die Wahloptionen aufzählen und anschließend einzeln abfragen. Dies sollte man auch so ansagen. Möchte die nichtsprechende Person mir etwas mitteilen, können Fragestrategien helfen, die Aussage durch gezieltes Fragen einzukreisen (Weid-Goldschmidt 2004).

Folgende Fragen können helfen:

1. Möchten Sie ...

- a) etwas haben?
- b) etwas machen?
- c) etwas fragen?
- d) etwas sagen?

2. Worum geht es? Geht es um...

- a) eine Person?
- b) ein Tier?
- c) einen Gegenstand?
- d) ein Geschehen?
- e) eine Befindlichkeit / ein Bedürfnis?

3. Wo ist/ geschieht etwas?

- a) Hier?
- b) Nicht hier?

4. Wann ist/ geschieht etwas?

- a) Jetzt?
- b) In Zukunft?
- c) In Vergangenheit?

5. Wie ist etwas/ soll etwas sein?

Wichtig ist hierbei, sich immer wieder zu vergewissern, ob man etwas richtig verstanden hat.

Eine andere Möglichkeit ist das sogenannte virtuelle Scanning mit Alphabet. Dies setzt natürlich voraus, dass zuvor geklärt wurde, ob die Person noch über Schriftsprache verfügt. Zuweilen kommt es vor, dass Personen noch lesen, aber nicht mehr aktiv schreiben können, und umgekehrt. Ist dies – ebenfalls über geschickte Ja-Nein-Fragen – geklärt, sowie ein notwendiges Zeichen – z.B. ein Blinzeln – vereinbart, kann die stützende Person das Alphabet langsam aufsagen, und der/die Patientin blinzelt bei Erreichen des richtigen Buchstabens. Alternativ können die Buchstaben auch in der Reihenfolge der Häufigkeit aufgesagt werden, in der sie in der deutschen Sprache verwendet werden (vgl. Leber, Download 2014). Eine dritte Variante ist mit Blickrichtungen zu arbeiten. Man stellt sich virtuell eine Buchstabentafel vor, die in sechs Felder mit je sechs Buchstaben eingeteilt ist, Durch die erste Blickrichtung wird das Feld, durch den zweiten Blick der Buchstabe im Feld ausgewählt.

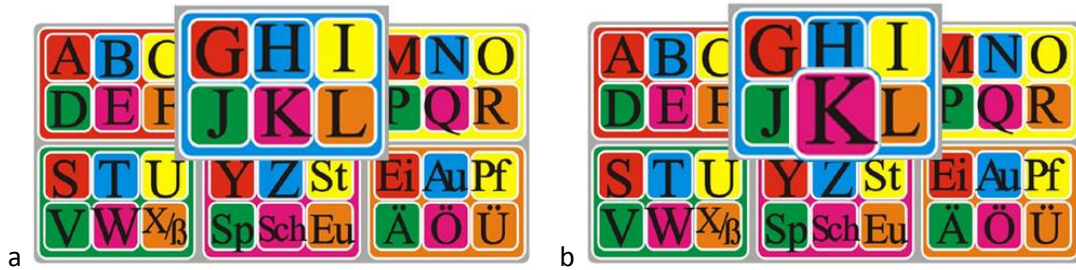


Abbildung 2 - Virtuelle Buchstabentafel nach Lemler (Download 2014)

Wichtig ist hierbei, das angemessene Tempo z.B. beim Aufsagen des ABC's zu finden. Der/die Stützer/in kann sich zudem als „personifizierte Wortvorhersage“ anbieten, sprich nach einigen Buchstaben ein Wort anbieten. Auch dies wird letztlich wieder über die Ja-Nein-Abfrage geklärt. Diese Technik wird Co-Konstruktion genannt und in der Unterstützten Kommunikation häufig verwendet, um die oft deutlich verlangsamte Kommunikationsgeschwindigkeit zu erhöhen. Es sollte jedoch mit dem/der PatientIn geklärt werden, ob sie dies wünscht. Je besser sich die Kommunikationspartner kennen, um so erfolgreicher ist die Kommunikation.

Voraussetzung für diese Art der Kommunikation ist also der Erhalt der Schriftsprachfähigkeit sowie eine gute Assistenz. Vorteil ist, dass sehr umfangreich kommuniziert werden kann. Problematisch ist je nach Art des Scannings und der sonstigen Rahmenbedingungen ggf. das verzögerte Kommunikationstempo.

Eine dritte Möglichkeit, ohne externe Hilfsmittel zu kommunizieren, sind Gebärden. Es geht dabei nicht um ein umfängliches Gebärden wie in der deutschen Gebärdensprache (DGS), sondern um ein lautsprachunterstützendes Gebärden von Schlüsselbegriffen in der Reihenfolge, in der sie auch gesprochen werden. Der/die sprechende KommunikationspartnerIn verlautlicht in der Kommunikation die Gebärden der nicht sprechenden Person und gebärdet auch selbst, um a) Vorbild zu sein, b) Hemmungen abzubauen und c) das Verstehen zu erhöhen. Viele PatientInnen beginnen instinktiv sich mit Gesten zu verständigen. Durch die standardisierten Gebärden wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass mehrere Personen die Gebärden verstehen, und der Wortschatz größer wird.

Sofern sich schon eindeutige Handzeichen etabliert haben, sollten diese beibehalten und ggf. für das weitere personale Umfeld z.B. mit Fotos dokumentiert werden. Weitere Gebärden finden sich z.B. in der Gebärdensammlung von Kestner (2009). Bei der Auswahl der Gebärden ist die Alltagsrelevanz und persönliche Bedeutung entscheidend. Gebärden bieten sich auch ergänzend zu anderen Systemen an, die vielleicht umfangreicher, aber auch langsamer sind, um sich in wiederkehrenden Alltagssituationen rasch verständigen zu können. Voraussetzung hierfür ist die Beweglichkeit mindestens einer Hand sowie ein Umfeld, das ebenfalls Gebärden versteht und nutzt. Dies ist gleichzeitig auch die Grenze. Ein großer Vorteil ist die Geschwindigkeit, mit der kommuniziert werden kann, da man mit wenigen Bewegungen ganze Wörter und Sätze ausdrücken kann.

3.2 Unterstützte Kommunikation mit externen, nicht elektronischen Hilfsmitteln

Eine der nahe liegenden Kommunikationsformen ist die über Gegenstände. Instinktiv nutzen wir häufig diese Form, sofern die Patienten in der Lage sind, auf einen Gegenstand zu zeigen, insbesondere um Wünsche auszudrücken. Der Knackpunkt ist hier, a) die Wahl überhaupt zu ermöglichen und b) auf andere Zeichen als Zeigen zu achten. Manche PatientInnen, die unter Lähmungen leiden, können nicht auf Dinge zeigen, so dass wir die

Kommunikation über Dinge von vornherein ausschließen. Sie blicken aber womöglich auf die Dinge, ohne dass das Umfeld dies wahrnimmt. Hier ist also eine erhöhte Aufmerksamkeit gefragt.

Auch das Thema „Wählen“ ist vor allem eine Frage der Aufmerksamkeit. Auch ohne sprachliche Beeinträchtigungen neigen wir zu Gewohnheiten und Automatismen. Diese verstärken sich, wenn eine Person nicht sprechen kann. Allzu leicht vergessen wir zu fragen, ob unser Gegenüber in genau dem aktuellen Augenblick auch tatsächlich das möchte, was wir vermuten. Es gilt also das Rückfragen nicht zu vergessen. Wie unterschiedlich ggf. die Selbstwahrnehmung der Betroffenen im Vergleich zu der der Angehörigen ist, macht folgendes Zitat deutlich:

„PWA tended to rate themselves as less favourable about being spoken for than their caregivers rated them. They also tended to rate themselves as less intelligent and more independent than their partners rated them. They estimated that their caregivers knew that they did not like being corrected, but caregivers actually rated their partners as accepting of being corrected.“ (Gillespie/Murphy/Place 2010, S. 10)

Trotz dieser Gefahren bietet diese Art der Kommunikation auch den Vorteil, dass sie schnell geht. Voraussetzung ist allerdings, dass der Gegenstand auch vorhanden ist. Damit ist der Umfang der Kommunikation auf das Hier und Jetzt eingeschränkt.

Eine andere Möglichkeit ist die Kommunikation mit bildlichen Darstellungen wie Fotos, Piktogrammen oder den etwas abstrakteren Ideogrammen (z.B. Bliss-Symbole vgl. Adam 2000, S. 274). Am weitesten verbreitet ist zur Zeit die Sammlung „Picture Communication Symbols“ (PCS, vgl. Adam 2000).



Abbildung 3 - PCS-Symbole nach Adam 2000, S. 252

In der Aphasie-Therapie werden bereits häufig bildliche Darstellungen genutzt, jedoch überwiegend zum Üben des Sprechens. Außerdem sind sie meist substantivlastig, entsprechen von der Wortwahl her i.d.R. nicht den aktuellen Studienergebnissen zu Kern- und Rand-Vokabular von Sachse und Boenisch (2009), und sind damit nur bedingt für einen

echten Dialog geeignet. Außerdem lassen sie sich nicht individuell anpassen. Ein hohes Maß an individueller Anpassung ist jedoch nötig, insbesondere in Bezug auf Bildgröße, Differenziertheit der Darstellung, Abstraktionsgrad, Farbgebung, Anzahl der bildlichen Darstellungen, Anordnung der Bilder sowie Wortauswahl. Ein einheitliches Bildsystem wäre wünschenswert, oft teils es aber auch noch an altersangemessenen, zielgruppenspezifischen und themenspezifischen Darstellungen bzw. Wortschatz, was sich ggf. auf die Akzeptanz der PatientInnen auswirkt.

Noch abstrakter sind schriftsprachebasierte Kommunikationstafeln oder -hefte, z.B. Buchstabentafeln oder das Incap Klinik-Kommunikationsbuch (2014). Letzteres ist jedoch nur geeignet, wenn die PatientIn über Schriftsprachfähigkeiten, ausreichendes Sehvermögen und die motorische Fähigkeit, dieses Heft zu handhaben und darin zu zeigen, verfügt. Von daher ist der Nutzerkreis in der umschriebenen Zielgruppe sehr eingeschränkt. Das Heft kann jedoch Anregungen bezüglich des Wortschatzes und der Themenfelder zur Erstellung einer individuellen Kommunikationstafel bieten.

Eine Kommunikationstechnik, die i. d. R. mit Symbolkarten und einer Filzmappe arbeitet, sind die sogenannten „talking mats“. Ziel dieses von Joan Murphy und Team erarbeiteten Konzepts ist es, sich über Dinge austauschen zu können, die für den/die PatientIn wichtig sind, z.B. was die Person heute tun möchte, mit wem sie ihre Zeit verbringen möchte, wo sie in Zukunft wohnen möchte usw. Zahlreiche Studien (Murphy 2010, Gillespie 2010) zeigen, dass dieses Konzept bei Menschen mit Aphasie oder Sprachverlust durch eine Demenzerkrankung, aber auch anderen Beeinträchtigungen, sehr erfolgreich umgesetzt werden kann, und die Selbstbestimmung und damit die Lebensqualität deutlich erhöht.

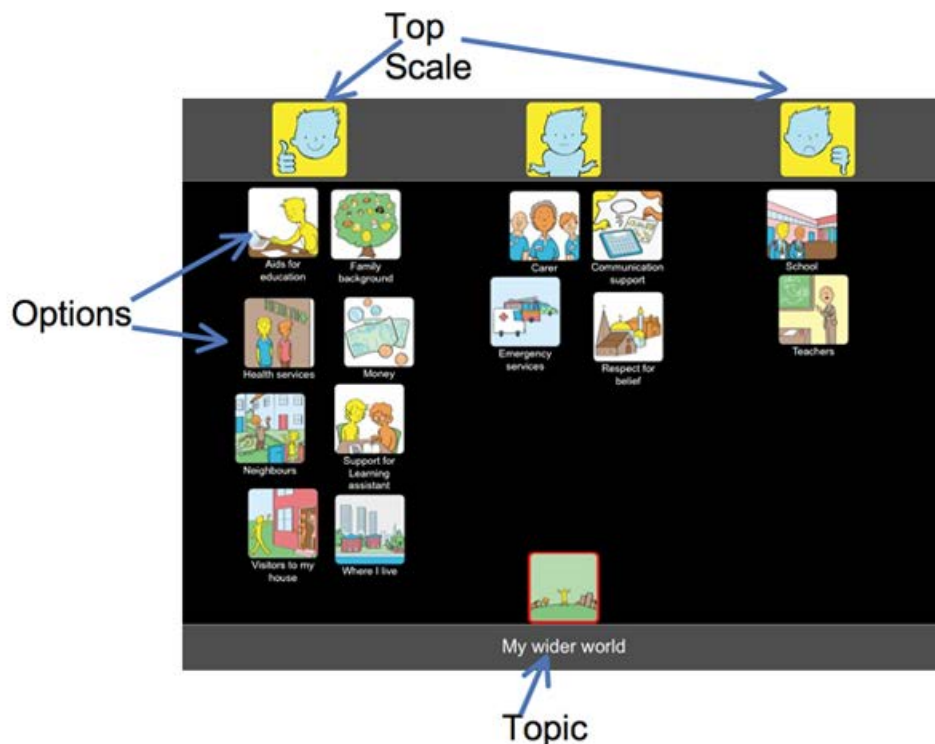


Abbildung 4 - Talking mats

Im ersten Schritt wird geklärt, um welches Thema es gehen soll (Topic). Dieses wird mit einem Symbol visualisiert. Im zweiten Schritt wird die Scala (Top Scale) festgelegt. Zu Beginn der Arbeit mit talking mats oder bei stärkeren Beeinträchtigungen liegt eine einfache Ja-Nein-Scala nahe, später lässt sie sich mit weiteren Kategorien wie „vielleicht“ erweitern.

Im dritten Schritt werden der Skala Optionen (Options) in Form von Bildkarten zugeordnet, mit denen der/die PatientIn sich zum Thema mitteilt.

3.3 Unterstützte Kommunikation mit externen, elektronischen Hilfsmitteln

Das Angebot elektronischer Hilfen ist äußerst umfangreich, so dass hier nur exemplarisch auf bestimmte Arten von elektronischen Hilfen eingegangen werden kann.

Ein erster Schritt zu mehr Unabhängigkeit sind elektronische Hilfen zur Umweltsteuerung (z.B. Powerlink). Diese Geräte funktionieren quasi als Zwischenschalter zwischen jedem elektrisch betriebenen Gerät z.B. Kaffeemaschine, Radio usw. und können mit individuell ausgewählten Tastern unterschiedlicher Größe bedient werden. Der Vorteil ist, dass Personen, die motorisch eingeschränkt sind, die Geräte auch aus größerer Entfernung mit größeren Tastern, die ggf. am Rollstuhl angebracht werden, bedienen können.

Eine weitere einfache, aber effektive Hilfe sind elektronische Stifte (z.B. Anybookreader). Die zugehörigen Klebepunkte können überall angebracht werden. Das Wort oder der Text, der zu der beklebten Stelle gesprochen werden sollen, werden auf dem Stift abgespeichert. Bei Berührung des Punktes mit dem Stift spricht dieser für die Person. Dieses Gerät bietet sich ebenso in der Sprachtherapie als Übungshilfe an, als auch in der Kommunikation, z.B. wenn man zu einem Fotoalbum etwas erzählen möchte, oder umgekehrt etwas lesen möchte, aber nicht mehr lesen kann (quasi als Kurz-Hörbuch z.B. zu einzelnen Artikeln der Tageszeitung).

Neben diesen einfachen gibt es auch sehr komplexe elektronische Hilfsmittel mit:

- statischem oder flexiblem Display,
- vielen oder wenigen Feldern,
- verschiedenen Wortstrategien,
- verschiedenen Ansteuerungen z.B. Tasten, Touchscreen (evtl. mit Fingerführung), Taster, Augensteuerung
- bildbasiert oder schriftsprachbasiert oder kombiniert,
- als spezielles Hilfsmittel oder als App.
- Für die Auswahl ist eine individuelle Diagnostik und Erprobung notwendig.

Exemplarisch lassen sich zwei Hilfen herausheben, die speziell die Zielgruppe vor Augen haben:

So entwickelte Beukelman digitale Oberflächen speziell für erwachsene Menschen mit Aphasie, die sogenannten Szenenfotos für Dynavox-Geräte. Hier können Fotos in das Gerät geladen werden, neben denen mehrere Sätze schriftlich und lautsprachlich abgespeichert sind, und mit deren Hilfe die Patienten zu verschiedenen Themen etwas erzählen bzw. in einen Dialog kommen können z.B. meine Familie, jüngste Ereignisse usw.

Zum anderen gibt es mittlerweile mehrere Anbieter, die Kommunikationshilfen mit Augensteuerung anbieten. Diese kommen insbesondere für PatientInnen in Betracht, die z.B. nach einem Locked-In-Syndrom oder eine ALS-Erkrankung komplett gelähmt sind und nur noch ihre Augen bewegen können.

4. Diagnostik und Unterstützungsplanung

Die große Herausforderung ist nun, zum einen die angemessene Kommunikationshilfe zu finden, zum anderen diese Kommunikationshilfe an die kommunikativen Bedürfnisse individuell anzupassen.

In den USA wurden hierzu zwei Hilfen entwickelt, zum einen die AAC-Aphasia Categories of Communicators Checklist (Garrett & Lasker 2005), zum anderen das Aphasia Needs Assessment (Garrett & Beukelman 2006).

Mit Hilfe der Checkliste kann man zunächst feststellen, auf welchem Niveau aktuell Kommunikation stattfindet, und daraus die weitere Intervention planen. Die Patienten lassen sich hier sechs Gruppen zuordnen:

- Emerging Communicator: reagiert auf Ansprache, zeigt zunehmend Akzeptanz oder Ablehnung, kein oder nur inkonsistentes Ja-Nein-Konzept,
- Contextual Choice Communicator: kontextabhängig klare Mitteilung von Vorlieben, Zeigen auf Gegenstände oder Bilder o. ä., Gesten und Sprache minimal verständlich,
- Transitional Communicator: Kommunikation über Tafeln oder Geräte, Initiierung von Kommunikation in bestimmten Kontexten, braucht aber Hilfe für komplette Mitteilungen, einige Gesten oder eingeschränkte Sprache für alltägliche Floskeln, keine Fragen,
- Stored Message Communicator: initiiert Kommunikation ohne Hilfe, nutzt unabhängig von anderen gespeicherte Mitteilungen, braucht aber Hilfe zu effektiver Kommunikation, wenige gesprochene Wörter, Gesten oder Schrift,
- Generative Message Communicator: kombiniert unabhängig gespeicherte Mitteilungen zu neuen Mitteilungen, navigiert unabhängig im Kommunikationssystem, kann teils Fehler erkennen und korrigieren,
- Specific Need Communicator: zeigt das Bedürfnis, in bestimmten Situationen noch effektiver zu kommunizieren, nutzt je nach Situation verschiedene Strategien, benötigt teils Hilfe bei unbekanntem Situationen.

Das Aphasia Needs Assessment hilft folgende Fragen abzuklären:

- Welche Situationen bereiten Ihnen die meisten Schwierigkeiten in der Kommunikation?
- Worüber würden Sie gerne während einer Konversation sprechen?
- Worüber können Sie kommunizieren?
- Welche Kommunikationssituationen und -partner begegnen Ihnen täglich, wöchentlich, monatlich, gelegentlich?
- Welche Formen der Kommunikation würden Sie gerne nutzen, welche davon sind möglich (z.B. 1:1 Gespräch, Gruppengespräch usw.)?
- Welche kommunikativen Fähigkeiten sind für Sie am schwierigsten? Welche erfolgreich? Welche nutzen Sie am häufigsten?
- Führen Sie die Kommunikation meistens selbst?
- Falls nein, wer kommuniziert an Ihrer Stelle für Sie?
- Was sollten Ihre Kommunikationspartner und -unterstützer lernen? Über welche Fähigkeiten sollten sie verfügen?
- Wer ist Ihr bester, wer Ihr häufigster und wer Ihr liebtester Kommunikationspartner?
- Welche Kommunikationsstrategien nutzen Sie oder Ihr Unterstützer im Moment?
- Wie gut können Sie lesen?
- Was würden Sie gerne lesen?
- Wie gut können Sie schreiben?
- Was würden Sie gerne schreiben?

Mit Hilfe dieser Fragen können Kommunikationstafeln ebenso wie elektronische Hilfen individuell angepasst werden. Wichtig ist dabei als grundlegendes Prinzip stets die neuen Studienergebnisse zu Kern- und Randvokabular (Sachs & Boenisch 2009) im Blick zu behalten.

5. Fazit

Die vorangegangenen Ausführungen sollten deutlich machen, dass wir uns einer steigenden Anzahl an Personen gegenüber sehen, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung nicht oder nicht mehr ausreichend lautsprachlich kommunizieren können. Diese Personen bedürfen einer intensiven Sprachtherapie, um soweit als möglich die Sprechfähigkeit aufrecht zu erhalten oder wieder zu erlangen. Zeitgleich ist es aber unerlässlich, diesen Personen Alternativen zur lautsprachlichen Kommunikation anzubieten, damit sie mit ihrer Umwelt in Kommunikation bleiben können. Nur so können ein gesellschaftlicher Ausschluss und psychische Belastungen vermieden werden. Es geht hier also nicht um ein entweder – oder, sondern ein sowohl als auch. Dies gilt für PatientInnen, die dauerhaft nicht sprechen können ebenso, wie für jene, die voraussichtlich nur vorübergehend Einschränkungen in der Kommunikation erfahren. Kommunikation ist ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen, und ausschlaggebend für Selbstbestimmung und Partizipation. Von daher muss unser Streben dahin gehen, von Anfang an Kommunikation zu ermöglichen.

Die sogenannte Unterstützte Kommunikation bietet hierzu vielfältige Möglichkeiten. In den vergangenen Jahren hat sich hierbei das Prinzip der Multimodalität bewährt, meint mehrere Kommunikationsformen parallel zu nutzen, je nachdem, was in welchem Kontext am effektivsten ist.

Nur so werden wir dem Grundbedürfnis und Grundrecht jedes Menschen gerecht:

„The silence of speechlessness is never golden. We all need to communicate and connect with each other – not just in one way, but also in as many ways as possible. It is a basic human need, a basic human right. And much more than this, it is a basic human power.“ (Williams 2000, p. 248, In: Beukelman & Mirenda 2007, p. 3)

Literatur:

Adam, H. (2000). *Mit Gebärden und Bildsymbolen kommunizieren. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Kommunikation von Menschen mit geistiger Behinderung*. Würzburg: edition bentheim

Beukelman, D. R., Garrett, K. L. & Yorkston, K. M. (2007). *Augmentative Communication Strategies for Adults with Acute or Chronic Medical Conditions*. Baltimore-London-Sydney: Paul H Brookes Publishing Co.

Beukelman, D. R. & Mirenda, P. (2008). *Augmentative and Alternative Communication. Supporting Children & Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore-London-Sydney: Paul H Brookes Publishing Co.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie/Junge Neurologen (Hrsg.) (2010): *Die elf häufigsten neurologischen Erkrankungen*. In: <http://www.junge-neurologen.de/die-neurologie/elf-krankheiten.html>. Download 15.2.14

DIMDI (Hrsg.) (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. In: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf. Download 16.2.14

DynaVox/Mayer-Johnson (2014): *Szenenfotos für Erwachsene*. In: <http://de.dynavoxtech.com/toolkit/details.aspx?id=627>. Download 19.2.14

Garrett, K. & Lasker, J. (2005): *AAC-Aphasia Categories of Communicators Checklist*. In: <http://aac.unl.edu/screen/aphasiachecklist.pdf>. Download 19.2.14

- Garrett, K. L. & Beukelman, D. R. (1997, rev. 2006): *Aphasia Needs Assessment*. In: <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeeds.pdf>. Letzter Download: 19.2.14
- Gillespie, A., Murphy, J. & Place, M. (2010): *Adaptation and identity in informal care relationships which have been disrupted by aphasia*. In: <http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/Adapting-to-Aphasia-final-report-March-2010.pdf>. Download 16.2.14
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2007): *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2009): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Heuschmann, P. U., Busse, O., Wagner, M., Endres, M., Villringer, A., Röther, J., Kolominsky-Rabas, P. L., Berger K. für das Kompetenznetz Schlaganfall, die Deutsche Schlaganfall Gesellschaft sowie die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe et al. (2010): *Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland*. Aktuelle Neurologie 2010; 37: 333-340.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006): *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Thieme.
- Kestner, K. & Hollmann, T. (2009): *Das große Wörterbuch der Deutschen Gebärdensprache*. Guxhagen: Verlag Karin Kestner. DVD
- Klinik-Kommunikationsbuch (2014). In: http://www.incap.de/index.php?article_id=156. Download 16.2.14
- Leber, I. (2014): *Buchstabentafel Leber*. In: http://www.cluks-forum-bw.de/no_cache/forum/beitraege/koerpereigene_kommunikation/fragestrategien_bei_partnerscanning_mit_ja_und_nein.html?tx_mmforum_pi1%5Bprefix%5D=Beitrag. Eingestellt am 3.1.2009. Download 16.2.14
- Leienbach, M., Corsten, S. & Schütz, S. (2013): *Der Zusammenhang zwischen sprachlichen Leistungen, Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität bei Aphasie*. Aphasie und verwandte Gebiete 2/2013. S. 5-27
- Lemler, K. (2014): *Nicht technische Kommunikation*. In: http://kathrinlemmler.de/index.php?id=nicht_technische_kommunikation. Download 16.2.14
- Mayer, J. & Dogil, G. (2014): *Sprache und Gehirn. Ein neurolinguistisches Tutorial*. In: <http://www.ims.uni-stuttgart.de/phonetik/joerg/sgttutorial/index.html>. Download 15.2.14
- Murphy, J., Oliver, T. & Cox, S. (2010): *Talking Mats and involvement in decision making for people with dementia and family careers*. In: <http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/Dementia-and-Decision-Making-full-report2.pdf>. Download 19.2.14
- Richter, K., Wittler, M. & Hielscher-Fastabend, M. (2006): *BIAS. Bielefelder Aphasie Screening. Zur Diagnostik akuter Aphasien*. Hofheim: NAT-Verlag

Sachse, S. & Boenisch, J. (2009): *Kern- und Randvokabular in der Unterstützten Kommunikation: Grundlagen und Anwendung*. In: von Loeper/ISAAC (Hrsg.): *Handbuch der Unterstützten Kommunikation, Teil 1: Grundlagen*, Karlsruhe.

Schmitz, C. (2010): Die Bedeutung des "Sense of Coherence" für Menschen nach einem Schlaganfall. In: Baumann, M., Schmitz, C. & Zieger, A. (Hrsg.): *Rehabpädagogik, Rehamedizin, Mensch: Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder*. Baltmannsweiler, S. 263-277.

Siedenberg, R. (2011): *Sind Sprachstörungen heilbar? FU-Mediziner erforschen seltene Form der Aphasie*. Stand 4.6.2011. http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/archiv/2001_01/2001_01_siedenberg/index.html. Download 15.2.14

Weid-Goldschmidt, B. (2014): *Hilfreiche Fragestrategien*. In: http://www.cluks-forum-bw.de/no_cache/forum/beitraege/koerpereigene_kommunikation/fragestrategien_bei_partnerscanning_mit_ja_und_nein.html?tx_mmforum_pi1%5Bprefix%5D=Beitrag. Eingestellt von Irene Leber am 3.1.2009. Download 16.2.14

Autorin:

Prof. Dr. Andrea Erdélyi

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Ammerländer Heerstraße 114-118

26129 Oldenburg

Email: andrea.erdelyi@uni-oldenburg.de

Augmentative and Alternative Communication for People with Neurological Diseases – an Overview

Keywords:

Augmentative and Alternative Communication, neurological diseases, causes, consequences, diagnostic and therapeutic methods

Abstract:

“...Augmentative and Alternative Communication (AAC) refers to an area of research, clinical and educational practice. AAC involves attempts to study and when necessary compensate for temporary or permanent impairments, activity limitations, and participation restrictions of persons with severe disorders of speech-language production and/or comprehension, including spoken and written modes of communication.” (ASHA 2005, p. 1, In: Beukelman/Mirenda 2007, p. 3-4)

AAC uses graphic, auditory, gestural, and textured or tactile symbols which can be unaided (signs, gestures, facial expression) or aided (real objects, pictures, line drawings, orthography). The aids can be non-electronic devices e.g. cards or maps with pictograms, or electronic devices with fixed or dynamic displays.

There are different groups of persons, who rely on AAC: people with congenital conditions, e.g. people with intellectual disabilities, people with cerebral palsy, autism, or developmental apraxia of speech, and people with acquired conditions, e.g. people with amyotrophic lateral sclerosis (ALS), multiple sclerosis, traumatic brain injury, stroke, and spinal cord injury.

This article focuses on persons with neurological diseases who lost the capacity to speak, suddenly or slowly because of a degenerative disease, and shows possibilities to communicate with methods of AAC to support their participation and self-determination.



Andrea Erdélyi

1992: Hochschulabschluss: Staatsexamen Lehramt für Sonderpädagogik (Geistig- und Sprachbehindertenpädagogik) an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

1992-1993: Deutschlektorin an der Gusztáv-Bárczi-Hochschule für Heil- und Sonderpädagogik Budapest

1993-1995: DAAD-Promotionsstipendium

1997: 2. Staatsexamen

2001: Promotion an der Universität Leipzig

2001-2007: Lehrtätigkeit als deutsche Gastlehrkraft an der Eötvös-Loránd-Universität Budapest, Gusztáv-Bárczi-Fakultät für Heil- und Sonderpädagogik

2006: Habilitation an der Universität Pécs

seit 2007: Professur „Pädagogik und Didaktik bei Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung“ an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

2008

- Aufbau und Leitung der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation an der Universität Oldenburg

- Gründung des UK-Netzwerks Weser-Ems

- Konzeptentwicklung und Verhandlungen zur flächendeckenden Versorgung mit Unterstützter Kommunikation in Niedersachsen mit verschiedenen Ministerien, Landesschulbehörden, die freien Träger und Verbände