

Sprachtherapeuten als Adaptionsschoach und Betroffene als Kommunikationsassistenten: Teilhabe im Adaptionsprozess?!

Folientext:

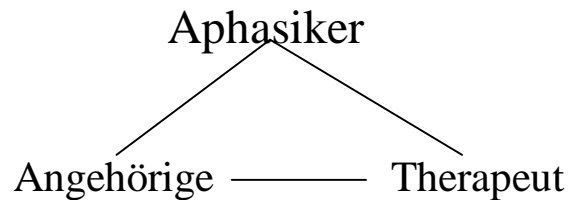
1. Diskrepanzen / Expertenwissen
2. Integrierte Beratung
3. Der Kommunikationsassistent
4. Tutorensystem

Sommerschule 2008 des BKL
vom 4. – 7. September in Würzburg

Prof. Dr. habil. Helmut Teichmann
in Zusammenarbeit mit Christine Eisele

1. Diskrepanzen / Expertenerfahrungen

Dreienigkeit



In dieser Dreieinigkeit gibt es auch Konkurrenzinteressen.

Patient: will Defizit wegbekommen

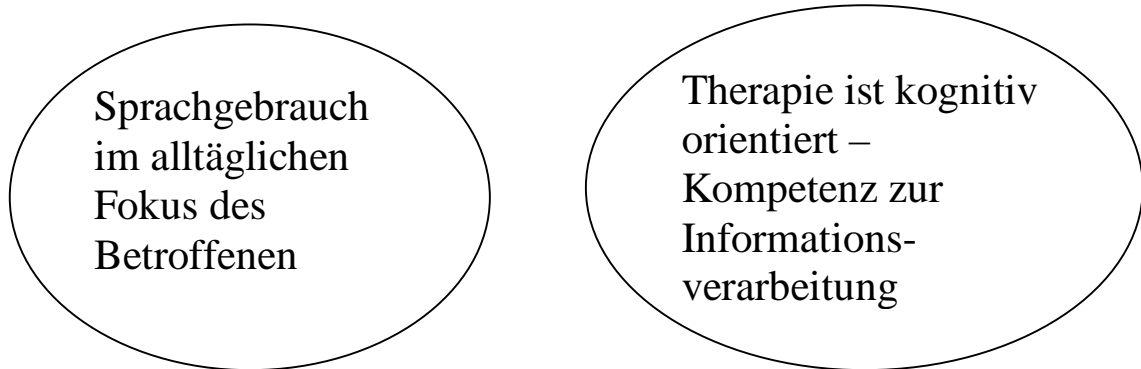
Angehörige: will soziale und psychologische Auswirkungen minimieren
(Was wissen wir von ihnen?)

Therapeut: hat realistische therapeutische Ziele

Die Logik der Therapeuten ist nicht die Logik des Alltags der Betroffenen

- Der Sprachtherapeut sollte vom Sprachlehrer zum Kommunikationstrainer werden.
- Der Betroffene sollte nicht nur Therapieobjekt, sondern Gesprächspartner sein.

Funktionale Unterschiede



**Diese Unterschiede sind aber keine
Widersprüche**

Der Betroffene und seine Angehörigen brauchen den Spracherwerb und sind darauf ausgerichtet, um Kompetenz als Anpassungsleistung der Behinderung zu erwerben.

Das Defizit des Betroffenen muss objektiv festgestellt werden und die vorhandenen oder auch neuen Ressourcen sind zu ermitteln.

In der Therapie ist der Therapeut mit seinem „besseren“ Wissen der König?!

Erfahrungen in der Krankheitsbewältigung

Welche Struktur hat die Expertenerfahrung?

1. Unterschiede der Interessen von Betroffenen und Angehörigen.
2. Das Defizit erkennen. Wie kann man das Defizit minimieren? Welche Ressourcen sind verblieben? Welche neuen Interessen werden geweckt?
3. Wie kann ich in der Familie und im Bekanntenkreis kommunizieren? Welche Funktion kann ich in diesem Kreis übernehmen? Was kann ich und wer braucht mich?

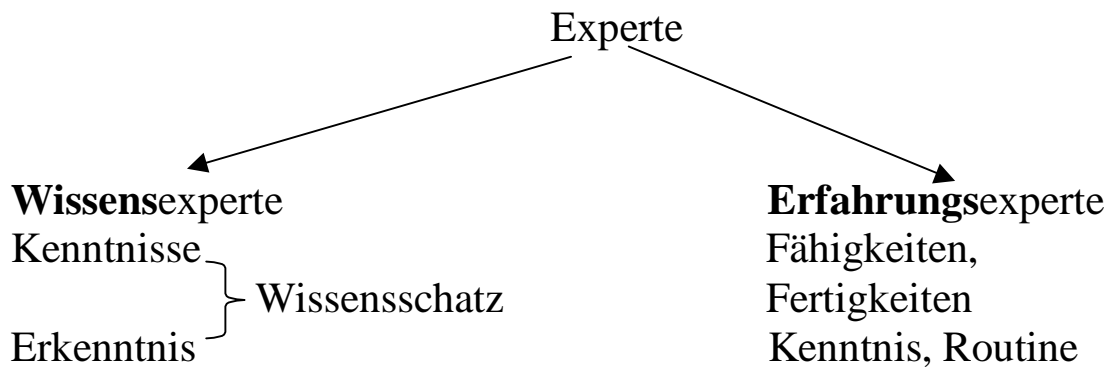
Die Expertenerfahrung darf nicht zur „leeren Hülse“ werden. Diese Erfahrungen müssen zu einer Analyse führen.

Experte in eigener Sache oder Befindlichkeit?

„Ich bin Aphasiker, wer ist mehr?“

Die Erfahrung soll sich mit Wissen paaren.

Diese Erfahrung kann die Grundlage einer Analyse der Krankheit werden und helfen bei der Bewältigung der psychischen, sprachlichen / kommunikativen und sozialen Folgen.
Die Krankheit ist eine Last und eine Herausforderung.
Zwang zur Neuordnung in der Familie und im Freundeskreis.



Was ist der Unterschied von Expertenwissen der Betroffenen, der Angehörigen, der Therapeuten?

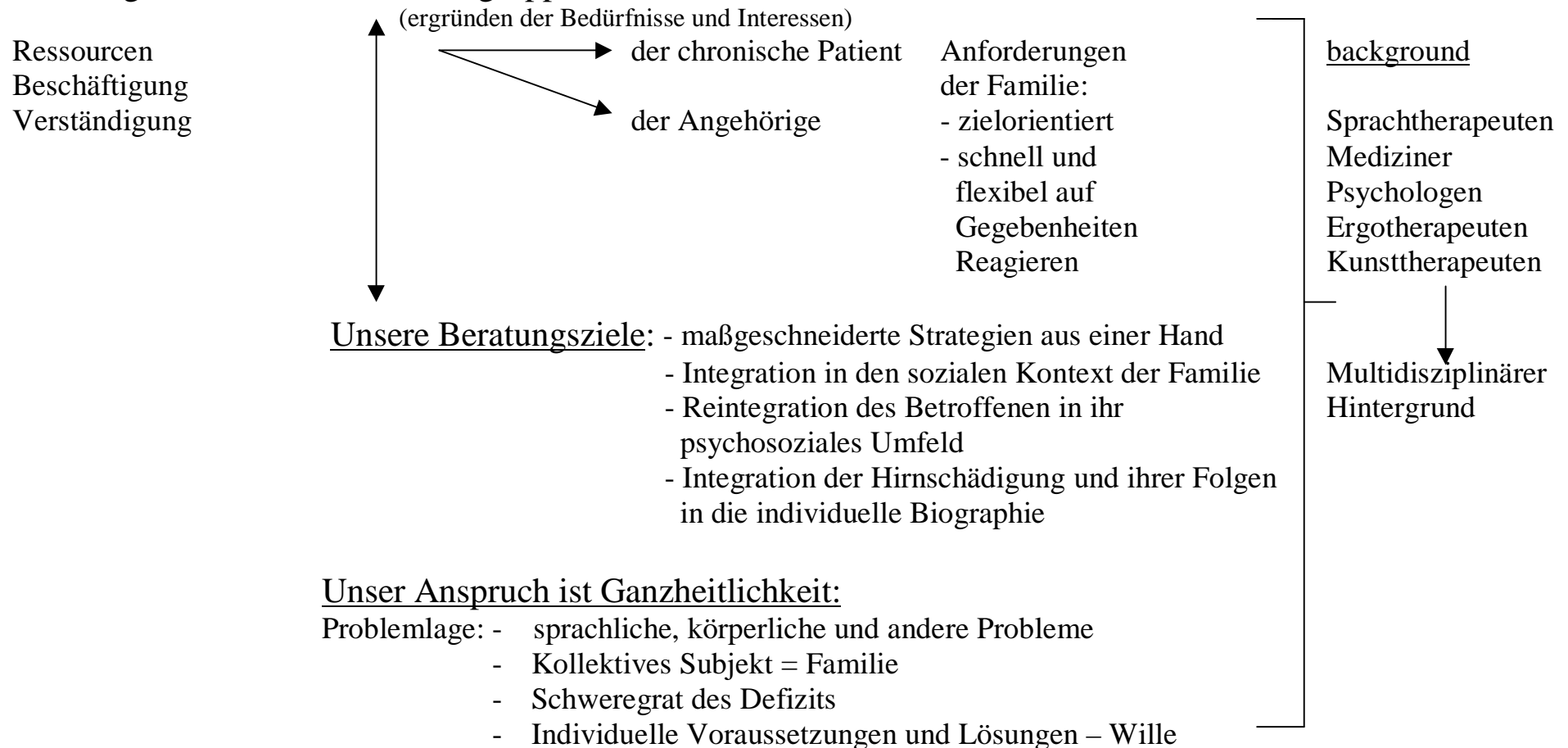
- Unterschiede in der Funktion
- Der Therapeut ist nur in der Therapiezeit anwesend
- Die Therapie ist ein begrenzter und geschützter Teil des Lebens eines Betroffenen

2. Integrierte Beratung

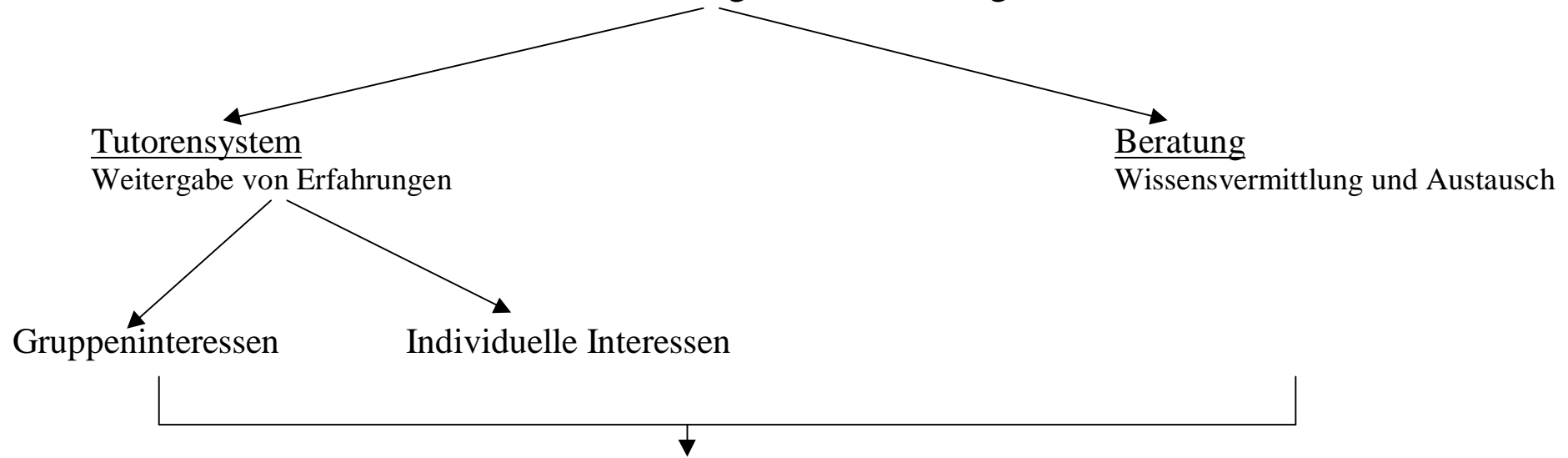
sozialpsychologische Komplexität

Ausführende: sprachpathologische Berater
Kompetenzübergreifende Analyse

Beratungsebenen → für die Zielgruppe:



Funktionen der integrierten Beratung



Die Beratungsebenen haben unterschiedliche Bedeutung:

Ressourcen: Werte – Ebene

Beschäftigung: Tätigkeits – Ebene

(Aufgabe, Betätigung, Hobby, Zeitvertreib)

Verständigung: Kommunikations – Ebene

(Auskunft, Benachrichtigung, Darlegung,
Einblick, Erklärung, Information, Mitteilung)

Ressourcen: Werte - Ebene

Die Diskussion über Ressourcen muss von dem Defizit ausgehen. Es geht um das logische und auch emotionale Begreifen der Veränderung durch die Krankheit. Das Defizit sollte nicht nur als negative Erscheinung, sondern auch mit seiner positiven Wirkung erfasst werden.

Danach können die Ressourcen ermittelt und als „Werte“ begriffen werden.

Das kann man sich bildhaft als eine „Waage“ vorstellen.

Es gibt Ressourcen die

- offensichtlich sind
- bisher verschlossen waren
- neu, vorher unbekannt waren
- nur teilweise ausführbar sind

„Rumpelkiste“ der Ressourcen:

Was man immer gerne gemacht hat.

Was man nie gerne gemacht hat.

Was man nur aus der Pflicht heraus gemacht hat um anderen zu helfen oder eine Freude zu machen.

Was man sich schon immer einmal als Wunsch oder Ziel vorgenommen hatte, es aber nie gemacht hat.

Das Nützliche

Das Vernünftige und das Unvernünftige

Das Schöne und das Hässliche

Rollenverständnis in der Partnerschaft und der Familie.

Ursachen von Frust

Das Wechselspiel von Depression und Aggression

Beschäftigung: Tätigkeits – Ebene

Man muss die Frage stellen: Was kann der Betroffene selbst und wo braucht er fremde Hilfe?

- Unterstützungssystem
- Üben / Unterversorgung

Haushalt: (Kochen, Waschen, Putzen, Einkaufen, Geschenke.....)

Zeitliche Haushaltsplanung

Kann der Betroffene eine zeitlang auch allein bleiben?

Vorher hatten wir keine Zeit, jetzt haben wir welche! Wie kann diese Zeit sinnvoll eingesetzt werden?

Hobbies: Was kannst du besser als andere? Was machst du gerne? Wo willst du Anerkennung erringen?

- Fernsehen
- Spielen / Kultur

In der Biographie sind Erfolge, aber auch Misserfolge zu verzeichnen. Wie kann dieser Werdegang für heute genutzt werden? → soziale Zeit

Welche neuen Kontakte werden gewünscht, angenommen oder abgelehnt?

Verständigung: Kommunikations – Ebene

Die „Macht“- Verhältnisse in der Familie haben sich verändert. Die Über- und Unterversorgung ist ein Ausdruck dafür. Die Selbständigkeit eines Betroffenen schmälert den Einfluss der Betreuer!

Innerfamiliäre Kommunikation und ihre Besonderheiten:

Der Partner, die Familienmitglieder wissen sehr viel über die Bedürfnisse und Interessen des Betroffenen. Das kann für die Kommunikation gute Auswirkungen haben, aber auch hemmen. Das heißt: man spricht nicht darüber, man weiß ja bescheid.

- der Moderator ist nicht nur für die Kommunikation zuständig. Er hat auch eine leitende Funktion. (Wer hat das „Sagen“?) Der Moderator kann auch ein Außenstehender sein.
- Interaktionshilfen
- Unterstützungssystem

Kommunikationshilfen: Telefon, Pinnwand, Zettelsystem, „Knoten im Taschentuch“ u.s.w.

Wie geht man mit fremden Leuten um?

Neue Bekannte annehmen, kennen lernen, selbst Kontakte suchen.

Hat sich der Bekanntenkreis verändert oder ist er unverändert geblieben?

Wovon ist Sympathie oder Antipathie abhängig?

(Die Chemie muss stimmen!)

Vor allem bei „Kopfarbeitern“ ist eine besondere Sprachkompetenz vorhanden. Auf der einen Seite ist diese Kompetenz positiv, aber das Fachspracheniveau kann eine Beeinträchtigung der Verständigung im Alltag bedeuten. Der Mensch ist in sprachlicher Hinsicht ein „Tausendfüßler“, aber „Kopfarbeiter“ wollen ihren Status in der Fachsprache erhalten.



Welche Anforderungen ergeben sich daraus in der Verständigung bei der Kommunikation mit Aphasikern?

In der Selbsthilfearbeit wurde beobachtet:

Am Anfang der REHA erfolgt die konzentrierte sprachliche Aktivierung, aber eigentlich sollte gleichzeitig das Kommunikationssystem aufgebaut werden.

„Wir versuchen mal, ob es mit dem Sprechen besser wird. Wenn das nicht klappt, müssen wir uns mehr auf die Alltagskommunikation konzentrieren.“
Stimmt das?

Das ist ein Zeitverzug! Man muss sofort auf die Alltagskommunikation hin arbeiten.

3. Kommunikationsassistent

Der Kommunikationsassistent hat die Aufgabe, den Aphasiker zu verstehen, ihm bei der Kommunikation und selbständigen Lösung der anstehenden Probleme zu helfen und ihn bei Entscheidungen zu unterstützen. Er darf nicht für den Aphasiker reden, muss aber in speziellen Situationen (z.B. bei Gericht) die Meinung des betroffenen äußern können.

Für Kommunikationsassistenten könnten drei Varianten vorteilhaft sein:

- Der Laie, ein Mensch, der den Betroffenen und den Angehörigen mit seinem Wissen zur Seite steht.
- Der ausgebildete Kommunikationsassistent, ein speziell ausgebildeter Sprachtherapeut für Alltagskommunikation.
- Zusatzausbildung für in Sozialberufen Tätige (Sozialarbeiter, Krankenschwestern, andere Therapeuten, die mit sprachbehinderten Patienten arbeiten, Mitarbeiter, die in der Öffentlichkeit mit Aphasikern konfrontiert werden, Polizei, Sozialämter)

4. Tutorensystem

(Quelle: Aphasiker-Zentren Oberfranken e.V. und Südwestsachsen e.V.
„Förderung der zerebralen Reorganisation durch bürgerschaftliches Engagement –
Aufbau eines Tutorensystems für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und
ihren Angehörigen.“)

Für die Schaffung einer dauerhaften, sinnstiftenden Aufgabe für jeden einzelnen Betroffenen wird ein System aufgebaut, in dem jeweils ein behinderter Mensch Tutor für einen anderen Behinderten wird. Analog den Tutorensystemen im Bildungsbereich ist der Tutor derjenige, der, verglichen mit dem zu Betreuenden, über einen Erfahrungsvorsprung verfügt.

Der Tutor wird ihm z.B. dabei helfen, sich im Therapeuten- und Ärztedschungel zurecht zu finden, ihm Tipps geben, wie er im häuslichen Alltag mit der Behinderung zurechtkommt, wie er seine Freizeit gestalten kann und ihn bei notwendigen Behördengängen unterstützen.

Das Beispiel des Tutors soll den Hilfsbedürftigen ermutigen und ihn im Hinblick auf seine eigene Rehabilitation anspornen.

Der Nutzen für den Tutor:

- Der Tutor bekommt eine **kontinuierliche, überschaubare Aufgabe**, auf die er sich leichter einstellen kann als auf stoßweise anfallende, wechselnde Tätigkeiten. Gerade für gehirngeschädigte bzw. schädel-hirnverletzte Menschen ist wegen der häufig eingeschränkten Flexibilität ein besonders wichtiger Aspekt.
- In der **One-to-One-Beziehung** gelingt es leichter, sich auf den anderen einzustellen und sich in seine geschädigte Sprache „**einzuhören**“.
- In der Funktion des Tutors wird dem behinderten Menschen wieder eine **soziale Rolle** innerhalb des gesellschaftlichen Gefüges zugewiesen. Dieser Unterschied drückt sich auch sprachlich aus: „**Ich bin Tutor**“ statt „**Ich arbeite ehrenamtlich**“ oder „Ich habe ein Ehrenamt“. Konnotationen wie „Ich bin wieder wer“, respektive „Ich bin wichtig“ schwingen in der **neuen Funktion** mit.
- Die **ursprünglich negative Tatsache**, bereits seit geraumer Zeit (sprach-) behindert zu sein, erhält durch die Tutoreneigenschaft eine zusätzliche **positive Bedeutung**: „Ich bin schon weiter als der andere“.
- Der Tutor kann die im Verlauf seiner Erkrankung und Rehabilitation gesammelten **Erfahrungen** direkt an einen Mitbetroffenen weiter geben und damit seinem Schicksal einen **helfenden Sinn und unmittelbaren Nutzen** verleihen.
- Die in Therapien und Selbsthilfegruppen spielerisch eingeübten **Kompetenzen und Fähigkeiten** können real in der Praxis angewandt werden. Hier geht es nicht mehr um Rollenspiele, sondern um konkrete Hilfestellungen für Mitpatienten (z.B. Begleitung zum Einkaufen oder Ämtern und Behörden, miteinander telefonieren oder E-Mails schreiben, sich Informationen zu behinderungsspezifischen Themen beschaffen etc.) So übernimmt

der Betroffene wieder Verantwortung, die ihm durch die plötzliche Erkrankung in vielen, oftmals allen Lebensbereichen entzogen wurde. Ein „verantwortungsloses“ Dasein führt zu Resignation und damit einem Verharren in der Krankheit, die zerebrale Leistungsfähigkeit stagniert oder sinkt, in der Folgetreten vermehrt Depressionen und verstärkter Rückzug in die soziale Isolation auf. Dieser Teufelskreis wird durch die Funktion des Tutors durchbrochen. **Der Betroffene wird wieder gebraucht** und das nicht, obwohl, sondern gerade weil er von diesem Schicksalsschlag der plötzlichen Erkrankung und Behinderung getroffen wurde.

- Von einer Einzelperson, die (noch) bedürftiger ist als man selbst, gebraucht und gefordert zu werden, relativiert das eigene Schicksal und motiviert zusätzlich zu eigenen weiteren **Leistungssteigerungen**. Ein „Sich-hängen-lassen“ wird damit unmöglich, denn der Tutor hat die Aufgabe, einen anderen zu motivieren und ihm Zuversicht zu vermitteln. Dadurch entsteht eine **positive Rückkoppelung** auf die eigene Befindlichkeit.
- Entwicklung und Aufbau einer längerfristigen vertrauensvollen Beziehung werden wesentlich erleichtert und begünstigt.

Der Nutzen für den Klienten:

- Die **Hemmschwelle**, einen ebenfalls (sprach-) behinderten Menschen zu konsultieren, **ist geringer** als sich mit seinen Anliegen an (Sprach-) Gesunde zu wenden. Dass dies darüber hinaus konstant derselbe Ansprechpartner ist, vermittelt Sicherheit innerhalb der gerade für Hirngeschädigte oft verwirrenden Vielfalt an Therapeuten, Ärzten und sonstigen rehabilitierenden Fachkräften.
- Bei der im sozialen Bereich zusehends dünner werdenden Personaldecke zögern Betroffene oft, die Fachkräfte **wegen vermeintlicher Kleinigkeiten zu konsultieren**, zumal ihnen meist bewusst ist, dass sie aufgrund ihrer Hirnschädigung mehr Zeit benötigen, um sich verständlich zu artikulieren. Hauptamtlich Tätige erfahren dies oft erst zu spät und eher zufällig („Deshalb wollte ich sie nicht belästigen.“) Bei Mitbetroffenen erübrigt sich diese Zurückhaltung; sie können unabhängig von knapp bemessenen Zeitbudgets konsultiert werden.
- Das Beispiel des Tutoren ermutigt den Hilfsbedürftigen und zeigt ihm, **welche Fähigkeiten er selbst mit Geduld und Ausdauer wieder erlangen kann**. Der Tutor wird gleichsam zum **leuchtenden Vorbild**, da er sich auf dem selben Reha-Weg befindet und seinem Klienten lediglich ein Stück voraus geht.
- Der Gedanke „**Was wisst denn ihr schon von meiner Situation?** Ihr könnt euch das gar nicht vorstellen!“ hat keinen Platz mehr, da der Tutor aus eigener Erfahrung und daher mit Überzeugung spricht.
- Die Aussicht, bei weitere Verbesserung und im Laufe der Zeit **ebenfalls zum Tutor „aufzusteigen“** und somit selbst wieder anderen zu weiterzuhelfen, weckt zusätzliche Energien und spornt zu verstärkten Bemühungen um die eigene Rehabilitation an.
- Die Basis für das Wachsen einer engen zwischenmenschlichen Beziehung ist das A und O für den neu von einer Hirnschädigung betroffenen Patienten.