

# **Kommunikationsstrategien im pflegerischen Umgang mit aphasischen Patienten**

**Eine Systematische Literatuarbeit**

**Zusammenfassung der Bachelorthesis**

**Autor: Florian Treß**

**Referent: Prof. Dr. rer. cur. Jürgen Härlein**

Evangelische Hochschule Nürnberg, Fachbereich Gesundheit und Pflege  
Bachelor of Science Pflege Dual, 2015

Nürnberg, den 07.01.2015

# 1 Einleitung

Aphasische Störungen stellen die Pflegekräfte besonders auf neurologischen Abteilungen von Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, aber auch in der Langzeitpflege vor große Herausforderungen. 80 Prozent der Aphasien sind dabei auf Schlaganfälle zurückzuführen (Ziegler et al. 2012). Ca. 30 Prozent aller Schlaganfallpatienten weisen zu Beginn eine Aphasie auf, die Inzidenzrate pro 100.000 Einwohner beträgt somit ca. 43 (Engelter et al. 2006). Von diesen bilden sich ca. 20 bis 30 Prozent der Aphasien nach einigen Monaten zurück, der Rest der Betroffenen verbleibt in einem stabilen Stadium der chronischen Aphasie (Huber, Poeck & Springer 1991, S. 18). Definiert wird Aphasie als *zentrale Sprachstörung aller Modalitäten, die nach vollzogenem Spracherwerb auftritt und durch eine umschriebene Hirnschädigung hervorgerufen wird* (Huber 1985; Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 11). Die verschiedenen Aphasieformen werden aus linguistischer Perspektive in vier Standardsyndrome und zwei Nichtstandardsyndrome klassifiziert (Ziegler et al. 2012).

Als Standardsyndrome gelten die globale Aphasie, die Broca - und die Wernicke - Aphasie, sowie die amnestische Aphasie. Zudem werden die Leitungsaphasie und die transkortikale Aphasie als Nichtstandardsyndrome klassifiziert. (Huber 1985)

Eine Möglichkeit, Aphasie als Pflegephänomen zu definieren, bietet die Pflegediagnosenklassifikation nach NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Hier wird in der Domäne 5 die Pflegediagnose „beeinträchtigte verbale Kommunikation“ vorgeschlagen. Die Definition lautet hier: „*Verminderte, verzögerte oder fehlende Fähigkeit, ein System von Zeichen zu empfangen, zu verarbeiten, weiterzugeben und/oder zu nutzen*“. (Herdman & Mosebach 2013, S. 197) Die bestimmenden Merkmale hierzu lassen eine genauere Definition der individuellen Störung zu. Hier werden auch nonverbale Probleme wie „*Unfähigkeit, Körpersprache einzusetzen*“ oder zusätzliche neuropsychologische Störungen wie „*Desorientierung*“ oder „*Schwierigkeit der selektiven Aufmerksamkeit*“ (ebd.) genannt, welche in linguistischen Definitionen bislang nicht berücksichtigt werden.

Gleichwohl ist bekannt, dass gerade bei Schlaganfällen häufig zusätzliche neuropsychologische Störungen wie Sehstörungen, beeinträchtigte Wahrnehmung, Neglect und besonders auch Konzentrationsschwäche, affektive Störungen und Apraxien auftreten (Huber, Poeck & Springer 1991, S. 53). Häufig einhergehend mit einer Hemiplegie oder -parese, beeinträchtigt dieser Symptomkomplex die Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen zusätzlich.

Eine weitere, erweiterte Definitionsmöglichkeit für Aphasien bietet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (World Health Organisation), welche auch in der logopädischen Therapie zunehmend an Bedeutung gewinnt (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 22).

Die ICF - Klassifikation geht von einem biopsychosozialen Modell aus, in welchem Gesundheitsstörungen multidimensional erfasst werden können. Einbezogen werden die Ebenen *Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren* und *personenbezogene Faktoren* (WHO 2005). Der Vorteil dieser Klassifikation liegt darin, dass neben den rein sprachlichen Beeinträchtigungen auch psychische und soziale Auswirkungen der Aphasie sichtbar gemacht werden können (Schneider, Grötzbach & Wehmeyer 2014, S. 22).

Bestehende Beeinträchtigungen in der Kommunikation, beispielsweise durch eine Aphasie, können eine abhängigkeitsfördernde Pflege bedingen, weil Ressourcen aufgrund von fehlender Verständigung nicht erkannt werden. Pflegekräfte fühlen sich hilflos und verunsichert, während ihre Patienten sich unverstanden und als Objekte behandelt fühlen (Krohwinkel 2008, S. 77). Die Betroffenen empfinden einen starken Kontrollverlust und



reagieren darauf mit Trauer, Depression und Rückzug (Bornschlegel 2010, S. 76). Ihre Pflegekräfte leisten einen wichtigen Beitrag zur psychischen und sozialen Entwicklung der Aphasiker, indem sie fördernde Strategien einsetzen. Dazu benötigen sie ein gutes Grundlagenwissen über Aphasie, sowie eine gewisse Erfahrung im Umgang mit aphasischen Personen (Müller-Wille 2000, S. 91).

## 2. Forschungsfrage und Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragestellung: „*Welche Kommunikationsstrategien werden von Pflegekräften im Umgang mit aphasischen Personen nach einem Apoplex erfolgreich eingesetzt?*“ mit dem Ziel, evidenzbasierte Kommunikationsstrategien aus pflegerischer Perspektive aufzuzeigen.

## 3. Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochrane Library und PubMed, sowie im lokalen Bibliotheksbestand durchgeführt. Die Suche wurde eingegrenzt auf qualitative Studien um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sowie weitere festgelegte Kriterien. Es wurden Studienergebnisse aus dem Zeitraum von 1994 bis November 2014 berücksichtigt. Die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte anhand eines Kriterienkatalogs zur Bewertung qualitativer Studien (Behrens & Langer 2010, S. 187).

Abschließend erfolgte eine Zuordnung der Ergebnisse in die Modelle der Pflegeetheorie nach M. Krohwinkel.

## 4. Ergebnisse

Die Recherche ergab nach der Titel- und Abstractsichtung fünf schwedische und zwei deutsche Studien, welche in das Review einbezogen werden konnten. Die eingeschlossenen Studien können trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden allesamt als hochwertig eingestuft werden und weisen eine hohe Übereinstimmung in den Ergebnissen auf.

Das methodische Vorgehen der Forscherinnen reicht von narrativen Interviews (Sundin et al. 2000, 2001; Nyström 2009) über nicht-teilnehmende Beobachtung (Sundin et al. 2002, 2003) bis zu teilnehmenden Beobachtungen (Bornschlegel 2010; Tacke 2006). Für die Aussagekraft der Ergebnisse sprechen der Bezug auf vorangegangene Studien mit Vertiefung der Ergebnisse und Methodentriangulation. Die gebildeten Kategorien der Forscherinnen wurden im vorliegenden Review zusammengeführt und z.T. in neue Kategorien überführt.

### 4.1 Erfolgreiche Kommunikationsstrategien

**Beziehungsgestaltung:** Die erfolgreiche Beziehungsgestaltung beginnt mit der Kontaktaufnahme: Zunächst zählt besonders eine ausführliche Informationssammlung, idealerweise mit den Angehörigen gemeinsam, insbesondere in Bezug auf vorhandene Kommunikationskanäle (Tacke 2006, S. 127). Um erfolgreich zu kommunizieren ist eine empathische Nähe zum Betroffenen nötig, welche jedoch von einem professionellen Umgang mit Nähe und Distanz begleitet wird (Sundin et al. 2000). Der bewusste Einsatz von



Berührungen ermöglicht einen besseren Zugang zu den Gefühlen und Bedürfnissen der Betroffenen (Sundin et al. 2001, 2002; Tacke 2006, S. 104).

**Für Wohlbefinden sorgen und mit psychischen Belastungen umgehen:** den hohen psychischen Belastungen, denen ein Mensch mit Aphasie ausgesetzt ist, wird begegnet, indem Trost gespendet und das Ausdrücken von Gefühlen unterstützt wird (Sundin et al. 2001, 2002). Eine Umgebung, die Wohlbefinden und Entspannung fördert, verbessert die kommunikativen Fähigkeiten von Aphasikern. Eine lockere Atmosphäre wird durch die Fokussierung auf Alltagsgespräche und humorvolle Erzählungen hergestellt (Sundin et al. 2001, 2002). Der Inhalt der Gespräche orientiert sich an dem biografisch verinnerlichten Wortschatz des Betroffenen (Tacke 2006, S. 95). Für die Betroffenen ist es wichtig, dass mit ihnen gesprochen wird auch wenn sie nicht alles verstehen und nicht antworten können (Nyström 2009).

**Ein sicheres Umfeld schaffen:** Das Sicherheitsgefühl der Betroffenen wird besonders durch die Vertrauenswürdigkeit der Umgebung beeinflusst. Diese wird verstärkt, indem die Pflegekräfte Präsenz zeigen, ernsthaftes Interesse und Aufmerksamkeit vermitteln (Nyström 2009). Zudem werden die Interessen der Betroffenen auch gegenüber anderen Beteiligten vertreten und durchgesetzt (Tacke 2006, S. 115).

**Respekt, Würde und Autonomie:** Für eine gelingende Interaktion ist ein partnerschaftlicher Umgang mit den Betroffenen wichtig, Pflegekräfte begegnen ihnen mit Wertschätzung und auf Augenhöhe (Sundin et al. 2001; Borschlegel 2010, S. S.83). das Auftreten der Pflegekräfte ist ehrlich und authentisch, die Persönlichkeit der Betroffenen wird wahrgenommen. Zudem wird darauf geachtet, dass Aphasiker gegenüber anderen Patienten, welche sich besser mitteilen können, nicht benachteiligt werden. (Nyström 2009)

**Ausgleich von fördern, fordern und entlasten:** Eine ressourcenorientierte Pflege steht im Vordergrund, es wird achtsam beobachtet, um im Bedarfsfall auch in der Kommunikation zu kompensieren (Sundin et al. 2001). Dem Betroffenen wird Zeit gelassen, Wege für seine Mitteilungen zu finden (Sundin et al. 2003), zugleich wird auf Signale des Verstehens und Zustimmung/Ablehnung des Betroffenen gewartet, wenn ihm etwas mitgeteilt wird (Sundin et al. 2002).

**Verbale Kommunikation:** Generell werden kurze, prägnante Formulierungen und die Konzentration auf wesentliche Inhalte empfohlen (Tacke 2006, S. 93; Borschlegel 2010, S. 86). Auch das Nachfragen anhand von bekannten Problemen und Bedürfnissen des Patientenlientels wird als zielführend beschrieben (Tacke 2006, S. 93; Borschlegel 2010, S. 86). Ja-Nein-Fragen werden gegenüber Alternativfragen bevorzugt, allerdings ist auch hier nicht sicher von einer adäquaten Antwort auszugehen (Tacke 2006, S. 91; Borschlegel 2010, S. 86). Das Ausmaß der verbalen Informationsweitergabe sollte an die individuellen Fähigkeiten des Betroffenen angepasst werden, diese beziehen ihre Informationen überwiegend durch aufschlussreiche Interaktionen und den situativen Kontext (Tacke 2006, S. 114f).

**Nonverbale Kommunikation:** Die Interaktion mit aphasischen Personen geschieht überwiegend auf der Basis nonverbaler Kommunikation. Strategien dafür sind Berührungen, besonders an Wangen, Händen und Schultern (Sundin et al. 2000, 2003). Über Berührungen werden auch Handlungsabläufe und Bewegungsimpulse gesteuert, unter Einbezug des situativen Kontextes und ggf. benötigter Gegenstände (Tacke 2006, S. 101; Borschlegel 2010, S. 88f). Entscheidend für den Austausch von Emotionen und das Erkennen von Zustimmung oder Ablehnung sind Gestik, Mimik und Blickkontakt (Sundin et al. 2000, 2003; Tacke 2006, S. 88).



**Zeit:** In den Studien wird ein erhöhter Zeitaufwand für die Interaktion mit Aphasikern beschrieben. Zeit ist erforderlich, um ein gutes Kennenlernen der Betroffenen zu ermöglichen (Sundin et al. 2002), die Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen angemessen fördern zu können (Tacke 2006, S. 133) und durch „Präsenz zeigen“ Isolationsgefühlen entgegenzuwirken, sowie das Sicherheitsgefühl der Betroffenen zu stärken (Sundin et al. 2002, Tacke 2006, S. 131). Im Gegenzug können durch diesen Aufwand Unruhezustände und herausforderndes Verhalten reduziert werden, was wiederum Zeit einspart (Tacke 2006, S. 133).

**Kontinuität:** Wichtig für eine erfolgreiche Kommunikation sind zum einen ein konsequent umgesetztes Bezugspflegesystem (Tacke 2006, S. 136; Bornschlegel 2010, S. 93), zum anderen ein regelmäßiger Informationsaustausch aller Beteiligten, in Bezug auf kommunikative Fähigkeiten und Möglichkeiten der Betroffenen (Sundin et al. 2003; Bornschlegel 2010, S. 95). Auch kontinuierlich gleichbleibende Abläufe sind für die Betroffenen wichtig, da sie durch das Wiedererkennen gleicher Abläufe und Rituale ihre Fähigkeiten besser einsetzen und entwickeln können (Tacke 2006, S. 134; Bornschlegel 2010, S. 91).

## 5. Empfehlungen

In der Betrachtung der Ergebnisse wird ersichtlich, dass es unmöglich ist, einzelne Kommunikationsstrategien losgelöst von den organisatorischen Faktoren Zeit und Kontinuität zu identifizieren. Entsprechende Einrichtungen müssen sich mit diesen befassen und angemessene Rahmenbedingungen gestalten, bevor die genannten Strategien umgesetzt werden können.

Zudem erfordert die Kommunikation mit Aphasikern ein hohes Maß an Empathie und Kreativität, das Vorgehen wird für jeden Patienten anders gestaltet sein, sodass es keine einheitliche Empfehlung geben kann.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von umfassenden Schulungen für das Personal in entsprechenden Einsatzbereichen. Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Nutzung linguistischer Erkenntnisse für die Pflege und des Erstellens von Praxiskonzepten.



## 6. Literatur

- Behrens, Johann & Langer, Gero 2010. *Evidence - based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3., überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber.
- Bornschlegel, Ulrike 2010. *Pflege und Aphasie: Das Erkennen von Bedürfnissen aphasischer Patienten am Beispiel Schmerz*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Engelter, Stefan T., u.a. 2006. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke; a journal of cerebral circulation*, vol. 37, no. 6, pp. 1379 - 1384.
- Herdman, T. H. & Mosebach, Holger 2013. *NANDA International Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012 - 2014*. 1. Aufl., korrigierter Nachdr. Kassel: RECOM.
- Huber, Walter 1985. *Sprachliche Strukturen und Strategien bei Aphasie*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. RWTH Aachen.
- Huber, Walter, Poeck, Klaus & Springer, Luise 1991. *Sprachstörungen: Ursachen und Behandlung von Sprachstörungen (Aphasien) durch Schädigungen des zentralen Nervensystems*. Stuttgart: TRIAS Thieme Hippokrates Enke.
- Johansson, Monica B., Carlsson, Marianne & Sonnander, Karin 2012. Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, vol. 47, no. 2, pp. 144 - 155.
- Krohwinkel, Monika 2008. *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexikranken: Fördernde Prozesspflege als System*. 3., durchges. Aufl. Bern: Huber.
- Müller - Wille, Andreas 2000. *Wenn die Sprache fehlt und nichts mehr geht - Aphasie und Apraxie aus der Sicht von Patienten, Pflegenden und Angehörigen*. In: Weidner, Frank (Hrsg.) 2000. *Pflegeforschung praxisnah: Beispiele aus verschiedenen Handlungsfeldern*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Nyström, Maria 2009. Professional aphasia care trusting the patient's competence while facing existential issues. *Journal of clinical nursing*, vol. 18, no. 17, pp. 2503 - 2510.
- Schneider, Monika, Grötzbach, Holger & Wehmeyer, Meike 2014. *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel*. 6. Aufl. Springer Verlag.
- Sundin, Karin, Norberg, Astrid & Jansson, Lilian 2001. The Meaning of Skilled Care Providers' Relationships with Stroke and Aphasia Patients. *Qualitative Health Research*, vol. 11, no. 3, pp. 308 - 321.



- Sundin, Karin, Jansson, Lilan & Norberg, Astrid 2000. Communicating with people with stroke and aphasia: understanding through sensation without words. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, pp. 481 - 488.
- Sundin, Karin & Jansson, Lilian 2003. "Understanding and being understood" as a creative caring phenomenon - in care of patients with stroke and aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, pp. 107–116.
- Sundin, Karin, Jansson, Lilian & Norberg, Astrid 2002. Understanding between care providers and patients with stroke and aphasia: a phenomenological hermeneutic inquiry. *Nursing Inquiry*, vol. 9, no. 2, pp. 93 - 103.
- Tacke, Doris 2006. *"Schlagartig abgeschnitten": Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- World Health Organisation (WHO) 2005. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. URL: [https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf) Abgerufen: 02.10.2014, 09:21.
- Ziegler, Wolfram et al 2012. *Leitlinie: "Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall"*. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030-0901\\_S1\\_Rehabilitation\\_aphasischer\\_St%C3%B6rungen\\_nach\\_Schlaganfall\\_2013\\_1.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0901_S1_Rehabilitation_aphasischer_St%C3%B6rungen_nach_Schlaganfall_2013_1.pdf) Abgerufen: 24.10.2014, 11:33.

