

Bachelorarbeit

Enge Gesprächskontakte als wichtiger Lebenskontext

Befragung zu Veränderungen von Freundschaften durch eine
Aphasie bei jungen Betroffenen in der postakuten und
chronischen Situation



Quelle: Eigene Darstellung

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Studiengang Logopädie 1821

Eingereicht von: Tabea Borner & Anna Walker

Begleitung: Jürgen Steiner, Mareike Etter

Datum der Abgabe: 19. Februar 2021

Abstract

Eine Aphasie führt durch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten zu tiefgreifenden Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf Freundschaftsbeziehungen und untersucht, inwiefern Freundschaften durch eine Aphasie nach einem neurologischen Ereignis verändert werden und welche Unterstützung sich Betroffene zur Aufrechterhaltung von Freundschaften durch die Logopädie wünschen. Dafür wurden Leitfadeninterviews mit Aphasiebetreffenden zwischen 22 und 45 Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Veränderungen in Freundschaften individuell sehr unterscheiden und vom gesamten Lebenskontext abhängig sind. Für die Logopädie ist neben der Förderung von sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten die Berücksichtigung des gesamten Lebenskontexts sowie ein Einbezug der Betroffenen in therapeutische Entscheidungsfindungen von grosser Wichtigkeit.

Vorwort

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei den Aphasiebetroffenen bedanken, welche uns ihre persönliche Lebensgeschichte anvertraut und uns dabei wertvolle Eindrücke für unsere Arbeit geliefert haben.

Auch möchten wir Jürgen Steiner und Mareike Etter für die unterstützende Begleitung dieser Bachelorarbeit danken.

Gerne bedanken wir uns bei allen anderen Personen, die uns in diesem Prozess mit wertvollen Inputs zur Seite standen.

Nicht zuletzt gilt ein besonderer Dank all unseren Freunden, die uns immer wieder aufzeigen, wie wichtig Freundschaften im Leben sind und die uns zu dieser Arbeit inspiriert haben.

Formelles

In der vorliegenden Arbeit werden vorwiegend geschlechtsneutrale Begriffe verwendet. Für eine bessere Lesbarkeit wird teilweise die männliche Schreibweise gewählt. Diese soll stellvertretend für alle Geschlechter stehen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Herleitung der Forschungsfragen	5
1.2 Relevanz der Thematik	6
1.3 Zielsetzung	6
1.4 Aufbau der Arbeit.....	7
2. Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Aphasie: Ein komplexes Krankheitsbild.....	8
2.2 Aphasie bei jungen Betroffenen.....	8
2.3 ICF und Aphasie: Ein ganzheitlicher Ansatz	9
2.4 Psychosoziale Folgen einer Aphasie	10
2.4.1 Psychosoziale Folgen im familiären und partnerschaftlichen Bereich.....	11
2.4.2 Psychosoziale Folgen im Beruf und Haushalt	12
2.4.3 Psychische Folgen für Betroffene.....	13
2.4.4 Psychosoziale Folgen im sozialen Bereich und in der Freizeit.....	15
2.5 Veränderungen von Freundschaftsbeziehungen	16
2.5.1 Die Bedeutung von Freundschaft.....	16
2.5.2 Veränderungen in Freundschaften bei Aphasie	17
2.5.3 Wechselwirkungen von Kommunikation und zwischenmenschlichen Beziehungen	19
2.6 Krankheitsbewältigung	22
2.6.1 Beeinflussung der Krankheitsbewältigung durch persönliche und soziale Faktoren	22
2.6.2 Bewältigung durch soziale und therapeutische Unterstützung	22
2.7 Kontaktorientierte logopädische Intervention	23
2.7.1 Logopädische Diagnostik.....	24
2.7.2 Anamnese und Gesprächsanalyse.....	24
2.7.3 Therapieziele und Therapieplanung	25
2.7.4 Therapieinhalte	26
2.7.5 Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen	27
3. Befragung zu Veränderungen von Freundschaften durch eine Aphasie bei jungen Betroffenen: Methodisches Vorgehen	28
3.1 Qualitative Datenerhebungsmethode.....	28
3.1.1 Leitfadeninterview	29
3.1.2 Auswahl der Probanden	29
3.1.3 Daten der Probanden	30
3.2 Durchführung der Leitfadeninterviews	31
3.2.1 Vorbereitung.....	32
3.2.2 Eigentliche Durchführung.....	33
3.2.3 Datenaufbereitung	33
3.2.4 Datenauswertung	33

4. Ergebnisse: Auswertung und Interpretation der Interviews	35
4.1 Hypothese 1	35
4.1.1 Erfahrungen der Probanden	35
4.1.2 Interpretation der Aussagen	36
4.2 Hypothese 2	37
4.2.1 Erfahrungen der Probanden	37
4.2.2 Interpretation der Aussagen	38
4.3 Hypothese 3	40
4.3.1 Erfahrungen der Probanden	40
4.3.2 Interpretation der Aussagen	41
4.4 Hypothese 4	42
4.4.1 Erfahrungen der Probanden	42
4.4.2 Interpretation der Aussagen	42
4.5 Hypothese 5	43
4.5.1 Erfahrungen der Probanden	43
4.5.2 Interpretation der Aussagen	44
4.6 Hypothese 6	45
4.6.1 Erfahrungen der Probanden	45
4.6.2 Interpretation der Aussagen	46
4.7 Beantwortung der Fragestellungen	47
4.7.1 Forschungsfrage 1: Inwiefern werden Freundschaften durch eine Aphasie nach einem neurologischen Ereignis verändert?	47
4.7.2 Forschungsfrage 2: Welche Unterstützung zur Aufrechterhaltung von Freundschaften wünschen sich Betroffene durch die Logopädie?	48
5. Diskussion: Schlussgedanken und Ausblick	50
5.1 Zusammenfassung und Fazit	50
5.2 Reflexion und Ausblick	51
Literaturverzeichnis.....	53
Abbildungsverzeichnis.....	56
Tabellenverzeichnis	56
Anhang	57

1. Einleitung

1.1 Herleitung der Forschungsfragen

Freundschaften sind ein wichtiger Bestandteil eines glücklichen und erfüllten Lebens. Der Mensch als soziales Wesen sehnt sich nach zwischenmenschlichem Austausch, nach Nähe, Zuneigung und Verbundenheit. Wir wollen uns mitteilen und verstanden fühlen, wir möchten dazugehören. Wir wünschen uns tiefe Freundschaften, in denen wir Geborgenheit und Sicherheit erfahren und um unser Selbst willen geliebt werden (vgl. Vedder, 2017, S. 17). Gespräche mit Freunden können Balsam für die Seele sein. Das Besprechen von Sorgen, das Mitteilen von Gedanken und das gemeinsame Erleben alltäglicher Dinge ermöglichen eine gegenseitige Teilhabe am Leben. So wirken unsere Freundschaften auch der Urangst vor Verlusten und Einsamkeit entgegen. Freunde sind neben der Familie die Menschen, die physische und seelische Unterstützung in allen Belangen geben können (vgl. ebd.).

Wir alle erfahren Veränderungen in unserem Leben. Wir entwickeln uns persönlich weiter, ändern vielleicht unsere Interessen und Einstellungen oder ein Wohnortwechsel setzt den Grundstein für einen neuen Lebensabschnitt. Je nachdem wie sich das soziale Umfeld weiterentwickelt, hat dies unterschiedlichen Einfluss auf unsere zwischenmenschlichen Beziehungen. Wenn ein unvorhersehbares Ereignis auftritt, das den gesamten Lebenskontext drastisch verändert, so hat dies möglicherweise auch auf Freundschaften einschneidende Konsequenzen.

Erkrankt eine Person an Aphasie, wird ihr gesamtes Leben auf den Kopf gestellt. Der Verlust der Sprache führt zu grossen Einschränkungen in der Kommunikation (vgl. Schulze, 2013, S. 18f.; Schütz, 2013, S. 24). Mit welchen Auswirkungen wird man konfrontiert, wenn die als selbstverständlich angesehene Kommunikation plötzlich beeinträchtigt ist? Was passiert mit Freundschaften, wenn Gespräche und gemeinsame Aktivitäten nicht mehr gleichermassen möglich sind? Wie entwickeln sich Freundschaften, wenn das Gegenüber nicht mehr so sprechen kann wie zuvor? Was geschieht, wenn jemand vermehrt auf Hilfe angewiesen ist oder wenn ein Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen entsteht? Kann eine Freundschaft trotz diesen Veränderungen bestehen?

Diese ersten Gedanken und Recherchen führten zu folgenden zentralen Fragestellungen dieser Bachelorarbeit:

- Inwiefern werden Freundschaften durch eine Aphasie nach einem neurologischen Ereignis verändert?
- Welche Unterstützung zur Aufrechterhaltung von Freundschaften wünschen sich Betroffene durch die Logopädie?

1.2 Relevanz der Thematik

Unsere Literaturrecherche ergab, dass einige Autoren die Auswirkungen einer Aphasie auf den allgemeinen Lebenskontext untersuchen. Hierbei werden in Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen zumeist Paarbeziehungen untersucht. Vertiefende Informationen zu Veränderungen von Freundschaften der Aphasiebetroffenen lassen sich in der Forschung kaum finden (vgl. Anhang, IV. Literaturrecherche). Uns erscheint es daher wichtig, dieser fachlichen Lücke entgegenzuwirken.

Tabelle 1: Ausschnitt aus der Literaturrecherche (vgl. Anhang IV. Literaturrecherche)

Datenbank/ Suchmaschine	Kombination von Suchwörtern	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Quellen zu rele- vanten Treffern
Nebis	Aphasie AND Freundschaft	6	0	-
Nebis	Schlaganfall AND Freundschaft	6	0	-
Nebis	Schlaganfall AND Angehörige	104	9	3 10 4 11 6 14 7 15 8

Daneben äussern sich mehrere Autoren kritisch gegenüber der momentanen Fokussierung der Logopädie auf die Verbesserung der rein linguistischen Sprachebenen. Kommunikation im weiteren Sinne würde in der logopädischen Therapie zu wenig Beachtung finden (vgl. Schulze, 2013, S. 200). Auch bestünden die Defizite der Logopädie momentan darin, den gesamten Lebenskontext bei therapeutischen Entscheidungsfindungen zu wenig zu berücksichtigen und das soziale Umfeld nur am Rande in die Therapie einzubeziehen (vgl. Dettmers, 2014, S. 232ff.). Hier sehen wir ebenfalls Handlungsbedarf.

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist ein ganzheitlicher Blick auf das Störungsbild Aphasie und dessen Auswirkungen auf den Lebenskontext, insbesondere auf Freundschaften. Hierbei soll die Relevanz dieser Thematik mittels Leitfadeninterviews aus Sicht der Betroffenen aufgezeigt werden. Daraus können hilfreiche Erkenntnisse für die Integration des sozialen Umfeldes in die logopädische Therapie gewonnen werden. Die folgenden, aus der Theorie entstandenen Hypothesen wurden zur Interviewauswertung hinzugezogen.

- **Hypothese 1:** Aufgrund der Aphasieerkrankung finden Kontaktabbrüche zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden statt. Lediglich eine kleine Anzahl der ursprünglichen Freunde bleibt.

- **Hypothese 2:** Die bleibenden Freundschaften zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden verändern sich im Hinblick auf die Qualität der Kontakte sowie der Aktivitäten.
- **Hypothese 3:** Durch eine Aphasie verändert sich die Kommunikation zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden stark. Die Betroffenen fühlen sich in ihren Freundschaften weniger gut verstanden.
- **Hypothese 4:** Aus Angst ziehen sich Aphasiebetroffene aus sozialen Kreisen zurück und meiden Kommunikationsanlässe. Das Knüpfen neuer Kontakte fällt ihnen schwer und wird gemieden.
- **Hypothese 5:** Freundschaften, die nach dem Krankheitsbeginn geschlossen wurden, werden von den Aphasiebetroffenen als weniger innig und tief wahrgenommen.
- **Hypothese 6:** Die logopädische Therapie bietet den Aphasiebetroffenen zu wenig Unterstützung bei der Aufrechterhaltung von Freundschaften. Betroffene wünschen sich in der Therapie einen grösseren Einbezug des Umfeldes, sowie einen stärkeren Fokus auf Dialog- und Kommunikationsfähigkeiten.

Wir haben uns bewusst dazu entschieden, junge Aphasiebetroffene zu befragen. Als jung werden in dieser Arbeit Menschen bezeichnet, welche berufstätig sind oder noch vor dem Einstieg in die Berufswelt stehen. Einerseits hatten diese zum Zeitpunkt der Erkrankung noch keine feste Partnerschaft, sodass Freundschaften für sie möglicherweise von besonderer Wichtigkeit waren. Andererseits stellt sie das Berufsleben vor zusätzliche Herausforderungen. Eine Auseinandersetzung mit jungen Aphasiebetroffenen fanden wir daher spannend. Ziel ist es, mithilfe von Leitfadeninterviews die Wahrnehmung, Innensicht und Bedürfnisse der Betroffenen zu erfassen. Auch sollen die Gesprächsinhalte mit unserer theoretischen Auseinandersetzung abgeglichen und interpretiert werden. Wir erhoffen uns, wichtige Rückschlüsse für die Logopädie zu gewinnen sowie der oben genannten Forschungslücke entgegenzuwirken.

1.4 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird in einem ersten theoretischen Teil das Störungsbild Aphasie mit einem ganzheitlichen, ICF-orientierten Blick thematisiert, wobei insbesondere die psychosozialen Folgen aufgezeigt werden. Schliesslich wird auf die Bedeutung von Freundschaften und Kommunikation bei Aphasie eingegangen. Dabei soll stets auch die Situation für junge Aphasiebetroffene beleuchtet werden. Der Theorieteil wird durch den Einbezug logopädischer Interventionsansätze abgerundet. Im Fokus stehen Tools und Methoden, die die dialogischen Kompetenzen unter Einbezug des sozialen Umfeldes erfassen und therapieren. Im Methodenteil wird das Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Interviews erläutert. Es folgt eine Auswertung und Interpretation der Leitfadeninterviews, wobei Verknüpfungen zur Theorie hergestellt werden. Dies führt zur Beantwortung unserer Fragestellungen. Die Arbeit endet mit einem zusammenfassenden Fazit, gefolgt von einem Ausblick.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Aphasie: Ein komplexes Krankheitsbild

Entgegen der wörtlichen Übersetzung aus dem Griechischen, ist Aphasie nicht bloss als 'fehlende Sprache' zu definieren. Vielmehr ist Aphasie eine erworbene Sprachstörung, welche sich in allen vier sprachlichen Modalitäten (Sprachverständnis, Sprachproduktion, Lesen und Schreiben) unterschiedlich manifestiert. Aphasie wird als multimodale Störung der Sprache verstanden, bei der die oft gleichzeitig auftretenden Begleiterscheinungen das Störungsbild zusätzlich verkomplizieren (vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 4). Neben der Aphasie zeigen die Betroffenen häufig kognitive Einschränkungen, wie beispielsweise Aufmerksamkeitsdefizite, Störungen der Impulskontrolle, eine Apraxie oder ein Neglect. Dazu kumulieren sich körperliche Einschränkungen, wie eine Hemiplegie oder Hemiparese, Epilepsie, Schmerzen oder Gesichtslähmungen (vgl. Schneider et al., 2014, S. 9f.). Eine Aphasie wird in unterschiedliche Phasen eingeteilt: "In den ersten 4-6 Wochen nach einer plötzlich eintretenden Hirnschädigung spricht man von akuten Aphasien, danach von postakuten und ab 12 Monaten Dauer von chronischen Aphasien." (ebd., S. 25). In jeder dieser Phasen sind andere Rückbildungs- und Reorganisationsprozesse zu beobachten (vgl. ebd.).

Bereits diese einfache Definition des komplexen Störungsbildes Aphasie lässt unzählige private, gesellschaftliche und soziale Folgen für den Betroffenen und dessen Umfeld vermuten.

Aufgrund der eingeschränkten Sprache entstehen Beeinträchtigungen in der Kommunikation, welche zu Problemen in der Partizipation führen. Deshalb sollte bei einer Erkrankung wie Aphasie stets das gesamte Umfeld betrachtet werden (vgl. Schulze, 2013, S. 18).

2.2 Aphasie bei jungen Betroffenen

Das Störungsbild der Aphasie wird grösstenteils als Erkrankung der zweiten Lebenshälfte angesehen, da Schlaganfälle, welche die Hauptursache für Aphasien darstellen, bei zwei Drittel der Betroffenen nach dem 65. Lebensjahr auftreten (vgl. Schütz, 2013, S.11; Wiesweg, 2004, S. 110). Dagegen sind Schlaganfälle bei jüngeren Menschen und Jugendlichen eher selten. Die häufigste Ursache für eine Aphasie stellt bei jungen Aphasiebetroffenen das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) nach Unfällen dar. Weitere Ursachen sind Hirnblutungen, Hirntumore, Gefässerkrankungen oder entzündliche Prozesse (vgl. Wiesweg, 2004, S.111).

Grundsätzlich sind bei allen Aphasiebetroffenen jeden Alters ähnliche Probleme und Störungen zu beobachten (vgl. Friede & Gröne, 2014, S. 103). Dennoch zeigen sich einige Unterschiede und altersspezifische Eigenheiten, welche im Folgenden genauer aufgezeigt werden.

Bei jungen Betroffenen ist das Störungsbild meistens komplexer und die Symptomatik heterogener (vgl. ebd.). Bezüglich der Krankheitsverarbeitung und der psychischen Veränderung geht Jooss (2004)

besonders auf jugendliche Aphasiebetroffene ein. Die Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Betroffenen fasst die Autorin folgendermassen zusammen:

Häufiger als bei Erwachsenen kommen auch aggressive und dissoziale Verhaltensweisen als Form der Trauerreaktion vor. Wesentlich seltener im Vergleich zu Erwachsenen sind bei Jugendlichen dagegen posttraumatische Belastungsstörungen, phobische oder hypochondrische Anpassungsstörungen sowie Suizidversuche. Bei den unter Zwanzigjährigen herrscht insgesamt eine größere Sorglosigkeit bezüglich des zukünftigen Lebens vor, danach erhält die Auseinandersetzung mit der Behinderung eine viel intensivere Qualität. Hier steigt zum Beispiel die Beschäftigung mit religiösen Themen. Allgemein gilt die Tendenz: Je jünger die Patienten, desto sorgloser ist der Umgang mit den Erkrankungsfolgen. (Jooss, 2004, S. 34)

Ein Vorteil gegenüber älteren Betroffenen stellen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die besseren Heilungschancen dar. Ihr Gehirn ist nicht mehr in der kindlichen Reifungsphase und befindet sich vor dem Abbauprozess des hohen Alters. Ihre sprachlichen Fähigkeiten sind noch nicht so hochautomatisiert und gefestigt wie bei älteren Menschen. Zudem musste ein junges Gehirn meist keine Vorschäden erleiden, wodurch es grundsätzlich besser und flexibler auf Störungen und Verletzungen reagieren kann (vgl. Wiesweg, 2004, S. 110 & S. 112). Sprachliche Verbesserungen sind bei jüngeren Betroffenen lange nach dem Eintreten der Erkrankung möglich (vgl. ebd., S. 119). Dennoch ist bei jungen Betroffenen eine vollständige Erholung der Aphasie sehr selten. Komplexe sprachliche und kognitive Leistungen bleiben meist beeinträchtigt (vgl. ebd., S. 112). Zuverlässige Prognosen über den möglichen zukünftigen sprachlichen Stand sind nach einem Jahr möglich. Neben dem Alter der betroffenen Person müssen auch andere Faktoren, wie die Rückbildungsgeschwindigkeit der Symptome oder die Lokalisation der Schädigung berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

Trotz dieser prognostischen Angaben dürfen die Langzeitfolgen bei jungen Betroffenen nicht unterschätzt werden. Defizite in der Sprache können persistieren und so das zukünftige schulische, berufliche und soziale Leben beeinträchtigen. Deshalb sind regelmässige Kontrollen des sprachlichen Standes und individuelle Förderangebote umso wichtiger (vgl. Friede & Gröne, 2014, S. 105).

2.3 ICF und Aphasie: Ein ganzheitlicher Ansatz

Während der letzten Jahre hat sich mithilfe der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Krankheiten etabliert (vgl. Weikert, 2004, S. 12). Die 2001 von der WHO verabschiedete ICF wird als Paradigmenwechsel in der Medizin betrachtet (vgl. Schütz, 2013, S. 14). Der Fokus liegt auf einem ganzheitlichen Menschenbild, das den gesamten Lebenskontext miteinschliesst. Zusammenhänge zwischen dem Menschen, seinen Aktivitäten, seiner Umwelt und seiner sozialen Teilhabe können erschlossen werden und als wichtige Basis für die – auch zwingend interdisziplinäre – therapeutische Arbeit dienen (vgl. Schneider et al., 2014, S.22). Oberstes Ziel ist stets die Steigerung der Lebensqualität eines Patienten (vgl.

Grötzbach, Hollenweger Haskell & Iven, 2014a, S.10). “Damit ist beispielsweise eine Aphasiotherapie nur dann effektiv, wenn ein Betroffener (wieder) an den sozialen Rollen teilnehmen kann, die für ihn wichtig sind. Dazu reicht der Nachweis rein funktioneller Verbesserungen, z.B. eine Reduktion phonematischer oder semantischer Paraphrasien, nicht aus” (ebd.).

ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (DIMDI, 2005)

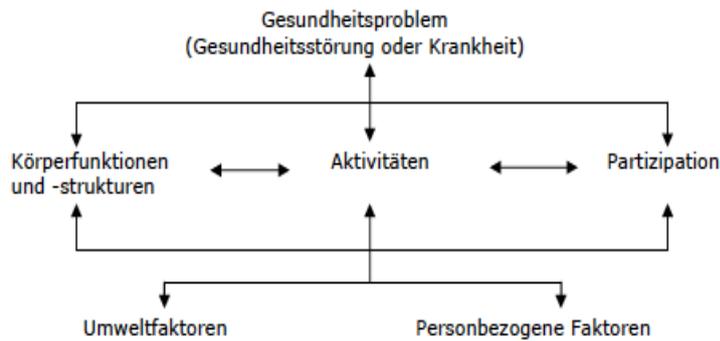


Abbildung 1: ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (vgl. Grötzbach Hollenweger Haskell & Iven, 2014b, S. 13)

Die ICF bietet eine gute Grundlage für eine vielschichtige und differenzierte Beschreibung des komplexen Störungsbildes Aphasie. So ist Aphasie gleichermassen eine Sprachstörung (auf der Körperfunktions- und Strukturebene), eine Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit (auf der Aktivitätenebene) sowie eine Behinderung an der Teilhabe an der Gesellschaft (auf der Partizipationsebene). Ebenso werden weitreichende psychosoziale Folgen (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) verursacht. Alle genannten Ebenen stehen in steten Wechselwirkungen zueinander (vgl. Schütz, 2013, S. 14).

Im folgenden Kapitel dieser Arbeit sollen nun im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der ICF die psychosozialen Folgen einer Aphasie genauer betrachtet werden, um Veränderungen in Freundschaften nachvollziehen zu können.

2.4 Psychosoziale Folgen einer Aphasie

Die verbale Kommunikationsfähigkeit, welche bei einer Aphasie oftmals beeinträchtigt ist, stellt im sozialen Leben eine Schlüsselfunktion dar. Sie wird als Grundvoraussetzung angesehen, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben und zwischenmenschliche Kontakte gestalten zu können (vgl. Weikert, 2004, S. 12f.). Für Menschen mit sprachlichen Beeinträchtigungen resultieren daraus grosse Belastungen und vielfältige Probleme im psychosozialen Umfeld und eine “Störung der sozialen Integration” (vgl. ebd., S. 12). Wie Weikert (2004) erläutert, hat eine Aphasie “weitreichende Konsequenzen auf die Lebensqualität, den Lebensstil und die weitere Lebensplanung des Betroffenen” (S. 12). Die Folgen und Probleme, welche sich neben den sprachlich-kommunikativen Beeinträchtigungen entwickeln, werden

als psychosoziale Folgen bezeichnet und können sich negativ auf den Rehabilitationsprozess auswirken (vgl. ebd.). Weikert (2004) teilt die beteiligten Bereiche des Alltags der betroffenen Person in vier Bereiche ein (vgl. S. 13ff.). In diesen vier Bereichen zeigen sich die zentralen psychosozialen Problem-
punkte, welche im Folgenden genauer erläutert werden. Dabei wird deutlich, dass sich diese Problem-
punkte gegenseitig beeinflussen und in der Realität keine klaren Grenzen gezogen werden können. Deshalb ist eine genaue Betrachtung aller psychosozialer Bereiche notwendig, um dann die komplexen Einflüsse einer Aphasieerkrankung auf Freundschaften erfassen zu können.

2.4.1 Psychosoziale Folgen im familiären und partnerschaftlichen Bereich

Nach einer Aphasieerkrankung stehen Betroffene und deren Familie urplötzlich vor einschneidenden Veränderungen und Problemen. Innerhalb der Familie muss für diese Probleme nach Lösungen gesucht werden. Die über Jahre aufgebauten und eingespielten sozialen Strukturen (z.B. Abläufe, Routinen, Rollenverteilungen) werden durch die Aphasie gestört und müssen ohne entsprechende Vorbereitungszeit neu geordnet und angenommen werden (vgl. Weikert, 2004, S. 14f.). Die Veränderungen betreffen alle in der Familie, weshalb Aphasie grundsätzlich als "Familienkrankheit" angesehen werden kann (vgl. Schulze, 2013, S. 58). Dabei werden die durch die Aphasie entstandenen Veränderungen nicht von allen Beteiligten gleichermassen wahrgenommen. Meist werden die kommunikativen Einschränkungen von den Betroffenen als gravierender erlebt als von den anderen Familienmitgliedern (vgl. Weikert, 2004, S. 15). Für die nicht aphasischen (Ehe-)Partner ist die veränderte Kommunikation belastend und die Beziehung zwischen ihnen droht aus dem Lot zu kippen. Sie beschreiben die eingeschränkten Gespräche als anstrengend und leiden sehr darunter, keinen ebenbürtigen Partner mehr zu haben (vgl. ebd.). Ausserdem führen die aphasielbedingten Kommunikationsprobleme und die möglichen Folgeerscheinungen (z.B. Konzentrations- oder Emotionsregulationsstörungen) dazu, dass Aphasiebetroffene von ihren nicht aphasischen Partnern als weniger leistungsstark und kompetent eingeschätzt werden, was wiederum eine Beziehung auf Augenhöhe erschwert (vgl. ebd., S. 17). Oft müssen Entscheidungen fortan vom sprachgesunden Partner alleine getroffen werden (vgl. ebd., S. 16). Durch diese vielen aufsummierten Aufgaben fühlen sich die Angehörigen nicht selten bis zum Belastungsmaximum oder darüber hinaus beansprucht. Dadurch verzichten sie vielfach auf ein eigenes Sozialleben neben der Familie (vgl. ebd.). "Zustände von depressiver Verstimmung, Einsamkeitsgefühle und Erschöpfungszustände aufgrund der Überlastungssituation stellen bei Familienangehörigen keine Seltenheit dar" (ebd.). Des Weiteren führen der Rückgang sozialer Kontakte und andere Veränderungen im Sozialleben zu einer Isolierung des Betroffenen und damit auch seiner (Ehe-)Partner und Familien. Dies wiederum verursacht grossen innerfamiliären Stress (vgl. ebd.).

2.4.2 Psychosoziale Folgen im Beruf und Haushalt

Beruf, Ausbildung oder Haushalt nehmen im Alltag vieler einen Grossteil der Zeit in Anspruch. Meist sind diese deshalb "Teil des eigenen Selbst- bzw. Rollenverständnisses geworden" (Weikert, 2004, S. 21). Die Veränderungen in diesen Bereichen realisieren die Betroffenen jedoch oft erst nach einiger Zeit, da zunächst die gesundheitlichen und körperlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen (vgl. ebd.). Den Betroffenen und ihren Bezugspersonen wird die notwendige Neuorganisation der bisher gelebten Strukturen aber spätestens bei der Konfrontation mit dem Alltag bewusst, da in den wenigsten Fällen die berufliche Wiedereingliederung gelingt. Oft bedeutet die Diagnosestellung für die Betroffenen ein Ausstieg aus dem Berufsleben und eine Frühberentung (vgl. ebd., S. 21f.). Für die hohe Anzahl an Berufsausstiegen und Umschulungen bei Aphasiebetroffenen gibt es viele Gründe. Allgemein sind Kommunikationstechnologien in der Arbeitswelt wichtiger denn je, weshalb viele Arbeitgeber hohe Kommunikationsanforderungen an ihre Arbeitnehmer stellen (vgl. ebd., S. 22). Dies erklärt, weshalb der Grad der sprachlichen Beeinträchtigung, mögliche verbliebene Fähigkeiten, aber auch die Belastbarkeit der Person mit Aphasie relevante Faktoren sind, wenn es um den Berufsein- oder -ausstieg geht. Neben den oben genannten Gründen für die Entscheidung, ob der alte Beruf wieder aufgenommen werden kann oder nicht, sind zusätzlich Einflussfaktoren des zukünftigen Arbeitgebers, Arbeitsplatzbedingungen und Voraussetzungen in der Gesellschaft zu nennen (vgl. ebd.). Das (Nicht-)Wissen und die (Fehl-)Einschätzung des Arbeitgebers über Aphasie, die Arbeitsplatzorganisation, der Einsatz von Medien und Kommunikationsmittel am Arbeitsplatz, die sprachlichen Anforderungen oder auch die ungenügende Förderung der beruflichen Integration von beeinträchtigten Menschen sind weitere Beispiele, welche die Entscheidung über eine berufliche Wiedereingliederung mitbestimmen (vgl. ebd.). Ist ein definitiver Ausstieg aus der Berufswelt unumgänglich, hat dies negative Auswirkungen auf die gesellschaftliche Partizipation sowie auf das Selbstbild der betroffenen Person (vgl. ebd., S. 24). Dies ist oft mit einem Gefühl von Nutzlosigkeit verbunden. Aufgrund von Begleiterscheinungen oder körperlichen Beeinträchtigungen, welche mit der Aphasie einhergehen können, wird zusätzlich die Bewältigung des Haushaltes erschwert oder gar verunmöglicht (vgl. ebd., S. 23). Die besten Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung, einen Arbeitsplatzwechsel oder eine Umschulung haben hingegen "Personen mit leichten Formen von Aphasien, die gut auf therapeutische Interventionen ansprechen und deren Umfeld bzw. zukünftige Arbeitgeber einer Wiederbeschäftigung positiv gegenüberstehen" (ebd., S. 22). Falls eine berufliche Wiedereingliederung gelingt, berichten Betroffene jedoch häufig von negativen Erfahrungen mit Arbeitskollegen, wobei Diskriminierungen oder sogar Mobbingverhalten wegen den erkennbaren Symptomen erlebt werden (vgl. Dettmers, 2014, S. 224). Insbesondere jüngere Personen mit wenig Erspartem sind nach der Erkrankung stark von finanziellen Problemen betroffen, sodass staatliche Unterstützung nicht selten notwendig ist (vgl. Weikert, 2004, S. 23). In mehr als der Hälfte der Fälle zeigt sich die traurige Realität, dass junge Aphasiebetroffene

nicht mehr ihren Wunschberuf erlernen oder in ihren alten Beruf einsteigen können (vgl. Jooss, 2004, S. 23; Wiesweg, 2004, S. 116). Da keine spezifischen Einrichtungen, Werkstätten oder Schulen für (junge) Aphasiebetreffene existieren, bleibt ihnen oftmals nur die Möglichkeit, in allgemeinen Einrichtungen und Werkstätten für beeinträchtigte Menschen zu arbeiten (vgl. Wiesweg, 2004, S. 116). Aufgrund der sprachlichen Einschränkungen können sie ihr intaktes Wissen und ihre vor der Erkrankung erlernten Fähigkeiten möglicherweise nicht zeigen, wodurch sie sich mit geistig Beeinträchtigten gleichgesetzt und zusätzlich diskriminiert fühlen (vgl. Jooss, 2004, S. 22f.; Wiesweg, 2004, S. 116). Da sich viele junge Menschen noch in der Schule oder der Ausbildung befinden, sind sprachliche Einschränkungen umso gravierender, da die Sprachanforderungen und theoretischen Leistungen in der Schule oder der Ausbildung meist sehr hoch sind. Viele müssen deshalb ihren Berufswunsch aufgeben (vgl. Wiesweg, 2004, S. 110).

2.4.3 Psychische Folgen für Betroffene

Die Veränderungen in der Familie (z.B. Rollentausch, erschwerte Kommunikation, Konflikte durch Missverständnisse), die Umstrukturierungen im Beruf (z.B. mögliches Ende der Berufstätigkeit, finanzielle Sorgen, eingeschränkte Möglichkeiten im Haushalt) sowie die Umstellungen im sozialen Umfeld und im Freizeitverhalten (z.B. Änderungen im Freundeskreis, Aufgabe von Hobbys und Freizeitbeschäftigungen, eingeschränkte Urlaubsmöglichkeiten) wirken sich neben den ohnehin einschneidenden Erlebnissen der Erkrankung zusätzlich auf die psychische Gesundheit der Betroffenen aus. Diese Veränderungen können im Lebensumfeld das Hervorrufen von psychischen Beeinträchtigungen begünstigen (vgl. Schütz, 2013, S. 31f.; Weikert, 2004, S. 24).

Weikert (2004) fasst den Einfluss auf die Psyche und das Selbst der Betroffenen folgendermassen zusammen: "Die körperliche Versehrtheit, die Einschränkung der Selbständigkeit und die Vorstellung, unter Umständen in Zukunft von der Hilfe anderer abhängig zu sein, kann sich zu einer Krise über die eigene Identität ausweiten" (S.27). Das Erleben von Scham und Minderwertigkeit, der negative Einfluss auf das Selbstwertgefühl sowie das Bedauern von Statusverlust und das negative Empfinden über den Verlust zahlreicher Möglichkeiten der Lebensgestaltung sind Erfahrungen und Gefühle, welche viele Betroffene durchleben müssen (vgl. Dettmers, 2014, S. 188).

In vielen Fällen ziehen Hirnverletzungen oder andere einschneidende Erlebnisse Wesensveränderungen mit sich, wobei sich bereits vor dem Ereignis bestehende (negative) Persönlichkeitsmerkmale stärker herausbilden. Dennoch darf nicht direkt von einer 'grundlegenden Persönlichkeitsstörung' ausgegangen werden (vgl. Weikert, 2004, S. 25).

Zu den häufigsten psychischen Veränderungen nach hirnorganischen Grunderkrankungen, welche zu einer Aphasie führen können, zählen depressive Verstimmungen und aggressive Verhaltensweisen (vgl. ebd.). Depressive Störungen wirken sich häufig sehr "auf das Bewältigungsverhalten, die

Partnerschaft, das Zusammenleben einer Familie und nicht zuletzt den Rehabilitationsverlauf“ (ebd., S. 26) aus. Daneben entstehen aggressive Verhaltensweisen nicht selten aus einer grossen Wut gegenüber der neuen Lebenssituation sowie aus dem Gefühl, ungerechterweise erkrankt zu sein (vgl. ebd., S. 27). Diese Wut versteckt sich in aggressiven Verhaltensweisen und Stimmungen, wie “Gereiztheit, eine hohe Empfindlichkeit, abrupte Stimmungsschwankungen, eine geringe Frustrationstoleranz, Unberechenbarkeit, schnelles Verlieren der Fassung sowie körperliche und verbale Gewalthandlungen” (ebd., S. 26f.).

Bei jungen Aphasiebetroffenen zeigen sich zusätzlich folgende Erschwernisse: Im Lebensabschnitt der Adoleszenz steht der Ablöseprozess von den Eltern, die Suche nach dem eigenen Selbst und die Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund (vgl. Siegler, Eisenberg, De Loache & Saffran, 2016, S. 414). “In dieser Zeit sollten sich die Jugendlichen eigene Orientierungen und Massstäbe suchen, die Familie verlassen, neue partnerschaftliche Beziehungen eingehen, Entscheidungen über Berufswahl und Ausbildung treffen und neue kommunikative Beziehungen eingehen” (Wiesweg, 2004, S. 113f.). Durch eine Erkrankung an Aphasie und deren Rehabilitationsmassnahmen wird diese Selbstfindungsphase gestört und die jungen Erwachsenen sind vermehrt auf Hilfe (z.B. von den Eltern) angewiesen. Dies kann zu einer grossen Belastung werden, da sie sich von den Eltern ablösen und selbständig werden wollen (vgl. ebd., S. 114). Die jungen Betroffenen müssen ihr Leben völlig umstellen, Eigenständigkeit aufgeben, Hilfe von aussen annehmen und gleichzeitig mit freundschaftlichen Einbussen rechnen, obwohl das Verständnis und die Zugehörigkeit unter Freunden für die persönliche Entwicklung wichtiger denn je wäre (vgl. ebd., S. 110).

Obschon das Knüpfen von neuen kommunikativen Kontakten und Beziehungen in dieser Lebensphase zentral ist, fällt es jungen Aphasiebetroffenen schwer, sich in neue Kommunikationsfelder und Beziehungen zu begeben. Dies aus Angst, auf Unverständnis zu treffen und enttäuscht zu werden (vgl. ebd., S. 114f.). Jugendliche berichten, in Kommunikation mit anderen Jugendlichen unsicherer zu sein, weniger zu sprechen und grössere Ängste im Kontaktaufbau zu anderen entwickelt zu haben (vgl. ebd.). Auch bei älteren Aphasiebetroffenen kann nach Fleischmann und Weikert (2004) durch eine Aphasie eine Sprechangst entstehen (vgl. S. 38). Bei Redesituationen vor mehreren Personen oder bei wichtigen Gesprächen kennen viele Menschen das kurzzeitige Gefühl der Sprechangst. Durch die aphasierelevanten Sprachbeeinträchtigungen können sich bei den Betroffenen diese Sprechangstgefühle jedoch auch in Alltagssituationen einstellen. Dabei stellen Herzrasen, Atemnot und schwitzende Hände typische Sprechangstsymptome dar (vgl. ebd.). Neben den durch die Aphasie ohnehin vorhandenen Sprachbeeinträchtigungen sind Sprechangstgefühle für Betroffene ein zusätzliches Hindernis. Das Gespräch wird zur stressreichen und belastenden Kommunikationssituation. Es entstehen Ängste, sich in Alltagssituationen nicht mehr passend ausdrücken zu können, von anderen nicht mehr korrekt verstanden zu werden, negative Bewertungen beim Gesprächspartner auszulösen oder vom Gegenüber

nicht mehr ernst genommen zu werden (vgl. ebd., S. 44). So kann ein Teufelskreis entstehen: Sprachliche Probleme fungieren als Auslöser für Sprechangstgefühle und diese begünstigen wiederum eine Verstärkung der sprachlichen Beeinträchtigungen (vgl. ebd.).

2.4.4 Psychosoziale Folgen im sozialen Bereich und in der Freizeit

Da in nahezu allen Sozialbereichen verbale Kommunikation zentral ist, führt eine Aphasie zwangsläufig auch zu Veränderungen im sozialen Leben, wie beispielsweise kommunikativ erschwerte Kontakte zu Freunden, Familie, Bekannten, Nachbarn oder Kollegen. Die Aufrechterhaltung und der Aufbau sozialer Kontakte wird erschwert und die Aphasiebetroffenen sind auf Hilfen und Rücksichtnahme der Gesprächspartner angewiesen (vgl. Weikert, 2004, S. 18). Gewöhnlich reduziert sich die Anzahl Freunde für die Betroffenen und ihr engstes Umfeld (vgl. Dettmers, 2014, S. 224). Besonders besorgniserregend ist diese Reduktion der Sozialkontakte deshalb, da daraus eine Art Teufelskreis entsteht. Freunde, Bekannte und Kollegen ziehen sich aus Überforderung, Unverständnis für die Erkrankung oder aus irrationaler Angst vor einer Eigenerkrankung zurück, was wiederum zum Rückzugsverhalten bei den Betroffenen und ihren Familien führt. Nicht selten mündet dies in sozialer Isolation, was sich langfristig negativ auf die Motivation der Aphasiebetroffenen und ihren Rehabilitationsverlauf auswirkt (vgl. Weikert, 2004, S. 18f.). Da kommunikative Fähigkeiten in unserer Gesellschaft so zentral sind, wird Aphasie von Laien schnell mit eingeschränkter Kognition oder Demenz gleichgesetzt, was zusätzlich zu Unverständnis und Rückzug der aphasischen Person führt (vgl. ebd., S. 19). „Durch das Zurückziehen und Vermeiden von Kontakten wird die verbleibende Kommunikationsfähigkeit nur wenig genutzt“ (Schulze, 2013, S. 59), wodurch sich kommunikative Alltagstätigkeiten weiter verschlechtern.

Aufgrund der sprachlich-kommunikativen Einschränkungen gehen die Betroffenen Tätigkeiten wie Lesen, Gespräche führen, Telefonieren oder Surfen im Internet nicht mehr nach. Sie haben nun plötzlich mehr Zeit zur Verfügung, die sie nicht zu füllen wissen, was bei vielen zu Langeweile und Resignation führt (vgl. Weikert, 2004, S. 19). Im Freizeitverhalten kommt es zu Einschränkungen bei der Urlaubsplanung sowie bei der Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten, wie beispielsweise Feiern oder Kulturveranstaltungen (vgl. ebd., S. 18). Freizeitaktivitäten werden neben den eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten auch durch körperliche, psychische, finanzielle und organisatorische Beeinträchtigungen erschwert. Erschwerende Bedingungen sind beispielsweise Lähmungen, Depression, soziale Ängste, Konzentrationsprobleme, eingeschränkte psychische Belastbarkeit, weniger finanzielle Ressourcen für Freizeitaktivitäten, Abgabe des Führerscheins, hoher Kosten- und Organisationsaufwand für externe Fahrdienste oder Unfähigkeit, selbst Termine mit Freunden o.ä. zu vereinbaren (vgl. ebd., S. 19ff.).

Wie bereits angedeutet, kommt es neben all diesen Veränderungen im Sozialverhalten der Aphasiebetroffenen zu Umwälzungen in Freundschaftsbeziehungen. Auf den folgenden Seiten wird deshalb

das komplexe Thema Freundschaft grundlegend aufgerollt, um schliesslich die gravierenden Veränderungen in Freundschaften bei Aphasiebetroffenen aufzeigen und verstehen zu können.

2.5 Veränderungen von Freundschaftsbeziehungen

2.5.1 Die Bedeutung von Freundschaft

Liebe und Nähe zu anderen Menschen sind neben körperlicher und geistiger Gesundheit, allgemeinem Wohlbefinden, Autonomie und materiellem Wohlstand wichtige Komponenten der subjektiven Lebensqualität eines Menschen (vgl. Schulze, 2013, S. 47). Besonders ausschlaggebend für das eigene Wohlbefinden sind soziale Kontakte und zwischenmenschliche Beziehungen: "Wenn Menschen heute gefragt werden, was ihnen im Leben am wichtigsten ist, dann rangieren Freundschaft und Liebe weit vor Gesundheit oder Geld und Erfolg" (Vedder, 2017, S. 8).

Freundschaft wird nach Vedder (2017) als ein wechselseitiges Verhältnis zwischen zwei Menschen beschrieben, das auf gegenseitiger Sympathie, Vertrauen und Nähe basiert (vgl. S. 9ff.). Damit hat Freundschaft aus unserer Sicht auch mit Teilnahme zu tun; wir lassen jemanden an unserem Leben teilhaben und erfahren dasselbe vom Gegenüber. Wichtige emotionale Komponenten von Freundschaft sind Empfindungen von Glück, Geborgenheit und das Gefühl, um seiner Selbst willen geliebt zu werden (vgl. ebd., S. 80). Freundschaften sind stark mit dem Wunsch verbunden, als individuelle Persönlichkeit wahrgenommen und anerkannt zu werden. Die Zuneigung und Liebe eines anderen Menschen bestätigt dann die eigene Liebenswürdigkeit. So sind Freundschaften auch immer eng verknüpft mit dem eigenen Selbstwert (vgl. ebd., S. 9 & S. 17). Nach Dettmers (2014) ist der Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen "intrinsisch motiviert und das daraus resultierende Allgemeingut hat ebenso für alle Beteiligten einen Nutzen und wird somit kooperativ aufrechterhalten" (S. 69).

Freundschaft setzt auch ein tiefes gegenseitiges Verständnis voraus (vgl. Vedder, 2017, S. 95). Damit dies gelingt und sich Menschen gegenseitig Einblicke in ihre Persönlichkeit ermöglichen können, braucht es vor allem eine gelingende Kommunikation: "Der Mensch muss permanent nach Ausdrucksweisen suchen, die ... seine individuelle Persönlichkeit möglichst authentisch artikulieren, damit der andere ihm versichern kann, dass er um seiner Selbst willen liebenswert ist" (ebd., S. 21). Wir wollen demnach unsere Erlebnisse, Emotionen, Erinnerungen und intimen Gedanken mit einem Gegenüber teilen und von ihm verstanden werden. Persönliche Gespräche und Diskussionen schaffen eine Intimität des Austauschs und Vertraulichkeit (vgl. ebd., S. 101). Hierbei ist die Qualität des Kontaktes weitaus wichtiger als die Häufigkeit (vgl. ebd.). Es liegt auf der Hand, dass die Bedürfnisse in einer Freundschaft von Mensch zu Mensch variieren können. Dennoch ist der Mensch an sich ein soziales Wesen; wir alle brauchen Kontakte, Nähe und sozialen Austausch (vgl. ebd., S. 8). Kontakte sind wichtig für die Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden, wobei dieses mit der Qualität sozialer Beziehungen

korreliert (vgl. Dettmers, 2014, S. 62). Die besagte Qualität kann durch die subjektive Einschätzung aller beteiligten Personen in Erfahrung gebracht werden. Demnach hängt die Einschätzung der Qualität und Tiefe einer Freundschaft einerseits vom generellen subjektiven Wohlbefinden ab. Andererseits wird das Empfinden der Qualität auch vom eigenen Selbstwert beeinflusst (vgl. ebd., S. 67). Menschen, die sich gesund und wohl fühlen, tendieren deshalb zu einem besseren Selbstwert und mehr Zufriedenheit in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen als möglicherweise Menschen mit einer Krankheit wie Aphasie (vgl. ebd.).

2.5.2 Veränderungen in Freundschaften bei Aphasie

Wie bereits erwähnt, können Freundschaften nicht losgelöst von den anderen Lebensbereichen betrachtet werden, da sie sich in stetigen Wechselwirkungen gegenseitig beeinflussen. Die Qualität und Art von zwischenmenschlichen Beziehungen wandeln sich, sobald sich das Leben eines beteiligten Menschen verändert (vgl. Vedder, 2017, S. 20). Erkrankt eine Person an Aphasie, kann dies eine einschneidende Veränderung bedeuten, die sich auch massgeblich auf bestehende Freunde und das Knüpfen neuer Freundschaften auswirkt (vgl. Dettmers, 2014, S. 53). Ähnlich wie in der Partnerschaft kommt es bei Aphasiebetroffenen und ihren Freunden nach Krankheitsbeginn zu einer asymmetrischen Beziehungsstruktur (vgl. Weikert, 2004, S. 18). Gewöhnlich findet eine Reduktion der Anzahl Freunde für die Betroffenen und ihr engstes Umfeld statt (vgl. Dettmers, 2014, S. 224). Neben den vielen einschränkenden Bedingungen und negativen Auswirkungen auf die Sozialkontakte und das Freizeitverhalten stellen Betroffene aber auch fest, dass diejenigen Kontakte, welche den vielen Erschwernissen standhielten, nach der Erkrankung intensiver wurden (vgl. ebd.).

Zur Qualität von neu gewonnenen Freundschaften konnten in der Literatur kaum Aussagen gefunden werden. Zu vermuten bleibt, dass sich neue Freundschaften aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und Erschwernissen weniger tief entwickeln.

Dettmers (2014) führte Befragungen zur Qualität von verschiedenen Beziehungen bei Schlaganfallpatienten mit Aphasie durch (vgl. S. 177). Im Gegensatz zu Beziehungen im familiären Umfeld, die nach dem neuronalen Ereignis oftmals als enger und intensiver beschrieben wurden, kommt es bei weniger standhaften Freundschaftsbeziehungen nach der Erkrankung häufig zu einer Reduzierung der Intensität und Tiefe (vgl. ebd.). Dies kann bis zum Verlust einer Freundschaft führen. Die Anzahl an Freunden würde sich insgesamt auf wenige gute bis keine reduzieren. Mögliche Gründe sahen die von Aphasie betroffenen Personen im eigenen Isolationsverhalten. Aufgrund von Scham, Vertrauensverlust, Hilflosigkeit und Einschränkungen im Alltag würden sie sich zurückziehen (vgl. ebd., S. 182f.). Ebenfalls wurde von fehlendem Verständnis der Freunde für die Situation berichtet (vgl. ebd.). Die Abnahme von Freundschaften aufgrund beidseitigem Rückzugsverhalten könne dann bis zur sozialen Isolation führen (vgl. ebd.).

Bestehende Freundschaften geraten durch die Erkrankung an Aphasie häufig aus dem Gleichgewicht: "Bei den erlebten gesundheitlichen Einschränkungen von Schlaganfallpatientinnen und -patienten zu ihren Vertrauenspersonen ist also nicht von ausschliesslich reziproken Mustern auszugehen, auch sind Asymmetrien aufgrund der veränderten Versorgungsstrukturen möglich" (ebd., S. 60). Aphasiebetreffene benötigen ein grösseres Mass an Unterstützung und sehen sich selber oft in der bedürftigen Position. Dadurch entsteht die Gefahr, dass die betroffene Beziehung aus dem Gleichgewicht zu kippen droht, was ebenfalls zu Stress und Rückzug führen kann (vgl. ebd., S. 67). Häufig erwähnt wurden paarweise Freundschaften: Erkrankt ein Lebenspartner an Aphasie, behält das Paar oft gemeinsame Freunde. Diese Freundschaften werden dann zumeist auch als reziprok erlebt (vgl. ebd., S. 173). Schulze (2013) entwickelte den Fragebogen FEBA zur Beurteilung der Befindlichkeit bei Aphasiebetreffenen und deren Angehörigen, welcher einige Fragen zu sozialen Themenbereichen wie soziale Beziehungen, psychisches Wohlbefinden und Teilhabe enthält (vgl. S. 241ff.). Ergebnisse des Fragebogens zeigten, dass bei Aphasiebetreffenen besonders negative Veränderungen in sozialen Beziehungen zu einem schlechteren allgemeinen Wohlbefinden führen (vgl. ebd., S. 97).

Beachtliche Unterschiede zeigten sich ... in der Verteilung der Antworten für das Item <Ich hatte Kontakt zu meinen Freunden>. Hier gaben 14% der Aphasiker an, dass sie nie Kontakt und 35%, dass sie nur selten Kontakt zu Freunden hatten. Auch dies sind vergleichsweise hohe Zahlen, bezogen auf die Gruppe der Schlaganfallpatienten ohne Aphasie (ebd., S. 176)

Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen demnach auf, dass Schlaganfallpatienten ohne Aphasie mit vergleichsweise weniger Problemen in sozialen Bereichen zu kämpfen haben (vgl. ebd., S. 100). Ebenfalls zeigten sich bei den Betroffenen eine Reduzierung des Interesses an der Umgebung, Schwierigkeiten bei der Mitteilung eigener Bedürfnisse und ein verändertes Kommunikationsverhalten (vgl. ebd., S. 156ff.).

Es wurden zudem Unterschiede zwischen verschiedenen Alterskategorien erkannt. Betroffene im Alter von 26 bis 35 Jahre zeigten weniger Probleme hinsichtlich Freundschaften als Personen ab 36 Jahren. Mit zunehmendem Alter scheinen bei Aphasiebetreffenen soziale Beziehungen stärker unter der Erkrankung zu leiden als bei jüngeren Alterskategorien (vgl. ebd., S. 100). Bezüglich der Veränderungen in Freundschaftsbeziehungen bei jüngeren Aphasiebetreffenen erläutert Wiesweg (2004) folgende Inhalte: Die Lebensphase, in der sich junge Menschen befinden, ist geprägt vom Knüpfen neuer Kontakte und Beziehungen. Dies ist jedoch durch eine Aphasie und aufgrund verschiedenster Ängste der Betroffenen stark erschwert (vgl. S. 114). Besonders besorgniserregend ist, dass viele junge Betroffene durch die Erkrankung ihre alten Freunde verlieren und deshalb auf neue Kontakte angewiesen wären (vgl. ebd.). Ähnlich wie in der Untersuchung von Schulze (2013) gaben in einer Untersuchung von Jooss (2004) knapp 70% der befragten aphasischen Jugendlichen an, dass sich die Beziehung zu anderen Menschen durch die Aphasie von allen Lebensbereichen am stärksten verändert habe (vgl. S. 21). Viele junge Mitmenschen haben keine Berührungspunkte mit Aphasie und gehen bei den sprachlichen

Auffälligkeiten eher von Intelligenzbeeinträchtigungen aus (vgl. Wiesweg, 2004, S. 114). Wie bereits erwähnt, müssen Jugendliche in der Adoleszenz gegen diese Vorurteile im Freundeskreis ankämpfen, obwohl sie gerade in einer Selbstfindungsphase sind, in der sie sich von den Eltern lösen wollen und den Kontakt zu Gleichaltrigen umso mehr suchen (vgl. Kap. 2.4.3).

Deutlich wird bei den oben aufgeführten Punkten erneut die altersunabhängige und grosse Bedeutung von kommunikativen und sprachlichen Kompetenzen für die Gestaltung von Freundschaften (vgl. Schulze, 2013, S. 99ff.; Weikert, 2004, S.12f.). So scheint es uns wichtig, die Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Beziehungen näher zu betrachten.

2.5.3 Wechselwirkungen von Kommunikation und zwischenmenschlichen Beziehungen

Ein Gespräch lässt sich unter weit mehr Aspekten als der sprachlich-verbal übermittelten Inhaltsebene betrachten. Neben semantischen, phonematischen und syntaktischen Beeinträchtigungen kann bei Aphasie auch die Pragmatik betroffen sein (vgl. Schneider et al., 2014, S. 4ff.). Aphasie als Kommunikationsstörung ist demnach immer multimodal, denn Kommunikation findet auf verschiedenen Ebenen statt (vgl. ebd., S. 4). Für das Gelingen eines Gesprächs sind verbale, als auch paraverbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeiten innerhalb des Gesprächskontextes vonnöten (vgl. Schütz, 2013, S. 26).

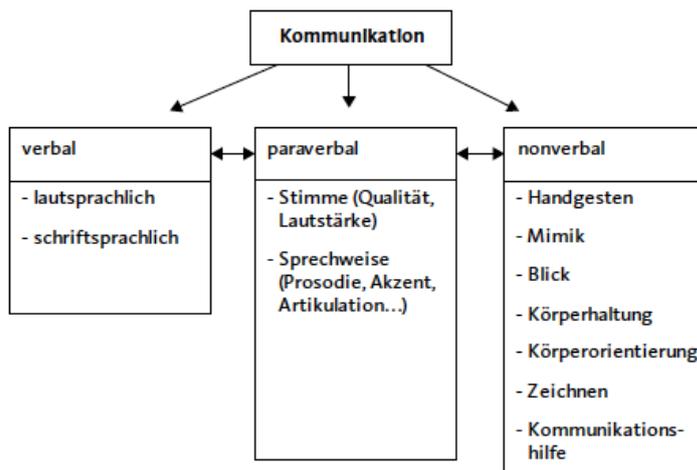


Abbildung 2: Multimodale Kommunikation (vgl. Schütz, 2013, S. 26)

Nach Bauer & Auer (2009) lässt sich die alltägliche sprachliche Interaktion nach vier Qualitätsmerkmalen untersuchen: **Kooperativität, Multimodalität, kontextuelle Angemessenheit statt schriftsprachlicher Normerfüllung und Facework** (vgl. S. 2ff.). Einschränkungen dieser Qualitätsmerkmale führen zu Beeinträchtigungen der Kommunikation, was zu Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann (vgl. Weikert, 2004, S. 12f.).

Kooperativität bezeichnet die Zusammenarbeit der verschiedenen Teilnehmer eines Gesprächs. Die Gesprächsteilnehmer handeln in einer kooperativen, gelingenden Kommunikation nicht

autonom, sondern erschaffen in engster Zusammenarbeit ein Gespräch (vgl. Bauer & Auer, 2009, S. 2). Solche Kollaborationen können beinhalten, dass die Gesprächspartner im Wechsel und "arbeitsteilig an der Konstruktion der Botschaften arbeiten" (ebd., S. 6). Wenn ein Gesprächspartner nicht über die notwendigen sprachlichen Mittel verfügt, beeinflusst dies sein kooperatives Verhalten und den Verlauf eines Gesprächs stark. Damit verändert sich auch die Beziehung zwischen den Gesprächsteilnehmern ins Asymmetrische (vgl. ebd., S. 2).

Multimodalität bezieht sich auf die unterschiedlichen Kommunikationsmittel, die in einem natürlichen Dialog beobachtbar sind. In der direkten Interaktion kommunizieren Gesprächspartner bewusst oder unbewusst über mehrere Kanäle. Neben der sprachlich-verbale Äusserung werden in einem Gespräch auch nonverbale, auditive und visuelle Mittel verwendet, die entscheidend für das Verstehen des zu vermittelnden Inhaltes sind. So kann beispielsweise ein Räuspern oder ein Lachen viel Einfluss darauf nehmen, wie ein Inhalt verstanden wird (vgl. ebd., S. 6f.). Sprache als Handlung ist demnach "in einen kommunikativen Gesamtablauf integriert, zu dem zusätzlich andere Ressourcen wie Gestik, Mimik, aber auch Dinge im visuellen Umfeld der Beteiligten ... beitragen" (ebd., S. 6). Wenn bei einer Aphasie die verbalen Kommunikationswege eingeschränkt sind, ist die Multimodalität des Dialoges unvollständig. Dies beeinträchtigt die Verständigung und damit auch die jeweilige Beziehung (vgl. Weikert, 2004, S.12 f.). So muss in Freundschaften nach alternativen, nonverbalen und paraverbalen Verständigungsmitteln gesucht werden. Mimik, Gestik und Tonfall können besonders bei verbalen Beeinträchtigungen wichtige und kompensatorische Hilfen in der Kommunikation darstellen, um beispielsweise affektive Inhalte (z.B. Freude, Trauer, Wut) mitzuteilen (vgl. Schneider et al., 2014, S. 4; Schütz, 2013, S. 27f.). Vermutlich trägt eine enge Beziehung aufgrund der Vertrautheit dazu bei, dass paraverbale und nonverbale Mittel besser verstanden werden (vgl. Vedder, 2017, S. 95).

Kontextuelle Angemessenheit statt schriftsprachlicher Normerfüllung: Die in einem Dialog gesprochene Sprache ist oftmals nicht gänzlich der schriftsprachlichen Norm entsprechend. Trotzdem ist sie funktional vollwertig, da sie in der direkten Interaktion im jeweiligen Gesprächskontext problemlos verständlich ist. Die alltägliche gesprochene Sprache funktioniert auch dann, wenn sie beispielsweise fehlerhaft ist oder aus nur ganz einfachen grammatischen Strukturen gebildet wird (vgl. Bauer & Auer, 2009, S. 9). Kognitive sowie rezeptive und produktive Kompetenzen sind erforderlich, um Sprache im Gebrauchskontext verstehen und gebrauchen zu können. Hier können sich für Menschen mit Aphasie sowohl Schwierigkeiten als auch Potenzial verbergen. Der Kontext bietet wichtige Hilfestellungen, sodass trotz aphasischer Symptomatik situationsgerecht verstanden werden kann. Das Mass der notwendigen Unterstützung durch den sprachgesunden Gesprächspartner ist dabei vom Schweregrad der Erkrankung und den betroffenen sprachlichen Bereichen abhängig (vgl. Steiner, 2016, S. 81).

Facework: Sprache als Handlung dient im Gespräch immer dazu, die Beziehung zu den anderen Teilnehmern zu gestalten. Durch das sprachliche Handeln geben wir ein Stück unserer Persönlichkeit

preis und erhalten Einblicke in die des Gegenübers (vgl. Bauer & Auer, 2009, S. 12). Facework bedeutet demnach, dass man sich wortwörtlich gegenseitig sein Gesicht zeigt. Das Gespräch selbst schafft eine Verbindung zwischen zwei oder mehreren Menschen: "Gespräche sind soziale Ereignisse und Sprechen verrichtet immer auch Beziehungsarbeit" (ebd.). So ist die Art des Gesprächs ausschlaggebend für die Art der Beziehung. Ganz konkret kann Facework in einem kooperativen, multimodalen und kontextuell angemessenen Gespräch bedeuten, dass wir die eigenen Grenzen und die des Partners erkennen:

Wir respektieren den Raum des anderen im wörtlichen Sinn, indem wir die räumlichen Territorien um das Individuum achten (Körperabstand wahren, die körperliche Bewegungsfreiheit des anderen nicht behindern, Berührungen vermeiden), und auch im übertragenen Sinn, indem wir nicht in fremde Handlungsräume eindringen. (ebd.)

Diese Achtung des Handlungsraumes zeigt sich beispielsweise darin, dass wir Konventionen wie das Turn-Taking einhalten. Sind die pragmatischen Fähigkeiten eines Aphasiebetroffenen eingeschränkt, kann dies im Sinne der Facework ein Gesichtsverlust bedeuten: "Gesichtsverlust bedeutet Peinlichkeit und Scham. Aphasie ist mit permanentem Gesichtsverlust verbunden. Aphasie ist ein Stigma, das sich nur schwer verbergen lässt" (ebd., S. 13).

Ort, Tageszeit und Zeitspanne des Gesprächs, sowie Komplexität und Alltagsnähe der Gesprächsthemen sind ebenfalls Einflussfaktoren auf den Gesprächsverlauf. Es gilt: Je einfacher und alltagsnaher, desto eher kann ein Gespräch zwischen einem Aphasiebetroffenen und einem Sprachgesunden gelingen (vgl. Schütz, 2013, S. 29). Die Anzahl Gesprächsteilnehmer (je mehr Teilnehmer desto schwieriger), gemeinsames Wissen, sowie Überzeugungen und Absichten sind weitere Kontextvariablen, welche nach Schütz (2013) ein Gespräch beeinflussen können (vgl. S. 29).

Daraus lässt sich ableiten, dass enge Beziehungen eine Ressource im Gespräch darstellen und Verständigung trotz kommunikativer Defizite durch ein grosses gemeinsames Wissen und freundschaftlicher Vertrautheit möglich ist. Ein Gespräch kann demnach unter erschwerten Bedingungen dennoch funktionieren, indem der sprachgesunde Gesprächspartner Verantwortung übernimmt, sich anpasst und somit ein kooperativer Dialog unter Berücksichtigung der Facework möglich ist (vgl. Steiner, 2016, S. 81). Der Wunsch nach emotionaler Resonanz kann trotz Aphasie erfüllt werden: "It takes two to talk. Das Motiv eines Dialoges ist sehr oft der Wunsch nach emotionaler Resonanz. Um diesen zu erfüllen, benötigt es nur teilweise korrekte Worte und Sätze" (ebd.).

Durch diese Auseinandersetzung mit den Kommunikationsmerkmalen wird erneut deutlich, wie sich die Qualität von Beziehung und Kommunikation gegenseitig beeinflussen. Die oben beschriebenen Veränderungen nehmen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung, welche im folgenden Kapitel thematisiert wird. Dieses Wissen lässt sich für die logopädische Therapie nutzen.

2.6 Krankheitsbewältigung

Die Bewältigung einer Aphasie ist ein langjähriger und fortlaufender Prozess, der eine grosse Herausforderung für die Betroffenen, wie auch deren Umfeld darstellt. Wie mit dem Verlust vom alten Leben und dem Annehmen der neuen Situation umgegangen wird, ist von unzähligen Faktoren abhängig. Hierzu gehören das Ausmass der Belastungen, die Schwere der Störung, die psychischen Einstellungen, wie auch die Bewältigungsstrategien des Betroffenen und die des sozialen Umfeldes (vgl. Weikert, 2004, S. 32). Die Aspekte der Krankheitsbewältigung sollten in der Therapie stets berücksichtigt und falls nötig positiv beeinflusst werden, denn "die Art und Weise, wie der einzelne die Erkrankung verarbeitet, ob er eher hoffnungslos, resigniert, abwehrend und unflexibel oder aber eher zupacken, offensiv, engagiert und aktiv reagiert, wirkt massgebend auf den Verlauf der Rehabilitation ein" (ebd.).

2.6.1 Beeinflussung der Krankheitsbewältigung durch persönliche und soziale Faktoren

Für die Bewältigung einer Aphasie ist die Persönlichkeit des Patienten ausschlaggebend. Seine Persönlichkeitsressourcen (Eigenschaften und Fähigkeiten, die als Schutzfaktoren zu grösserer Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen und Stress wirken) können für den Rehabilitationsprozess von grossem Nutzen sein (vgl. Weikert, 2004, S. 30). Die emotionale Einstellung und Motivation, wie auch Bewertungsprozesse gegenüber sich selbst, dem eigenen Handeln sowie dem eingetretenen Ereignis, können sich sowohl positiv als auch negativ auf die Krankheitsbewältigung auswirken (vgl. ebd., S. 31).

Die persönliche Bewertung der Situation wird neben inneren Faktoren auch durch Erfahrungen und äussere Einflüsse mit dem Umfeld geformt (vgl. Schütz, 2013, S. 33). Die persönlichen Ressourcen stehen also immer in Wechselwirkungen mit dem Umfeld und können nicht isoliert betrachtet werden. Das Umfeld bietet viele soziale Ressourcen, die für den Heilungsprozess genutzt werden können (vgl. Weikert, 2004, S. 13 & S. 30).

Ungünstige soziale Bedingungen (Familiensituation, Freunde, soziale Eingebundenheit etc.) können Belastungen durch Aphasie verstärken Die Reaktionen des sozialen Umfelds tragen entscheidend dazu bei, welche Chancen Menschen mit einer Sprachstörung haben Umgekehrt können günstige Bedingungen die subjektiven Belastungen reduzieren. Insbesondere die Unterstützung durch das soziale Bezugssystem kann sich auf den Bewältigungsprozess positiv auswirken. (ebd., S. 29)

Demnach kann der Erhalt oder Verlust von Freundschaften den Rehabilitationsprozess positiv wie auch negativ beeinflussen. Für die psychische und physische Gesundheit kann aus diesen persönlichen und sozialen Faktoren Unterstützung erfolgen.

2.6.2 Bewältigung durch soziale und therapeutische Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein aktiver Prozess, der aus dem Prinzip 'Geben und Nehmen' besteht. Wichtige Formen sozialer Unterstützung beziehen sich einerseits auf emotionale Bedürfnisse wie Bindung,

Vertrauen und Geborgenheit. Kontakt, Interaktion und Zugehörigkeit lassen sich ebenfalls dazu zählen (vgl. Dettmers, 2014, S. 63). "Zur emotionalen Unterstützung gehören zielgerichtete und verhaltensbezogene Faktoren, die bei der zu unterstützenden Person ein tiefes Gefühl der Verbundenheit, Liebe und Zuneigung erzeugen" (Dettmers, 2014, S. 66). Auch kognitive Unterstützung, beispielsweise bei Problemlösungs- oder Orientierungsschwierigkeiten, sowie materielle und finanzielle Unterstützung sind gesundheitsfördernd (vgl. ebd. S. 63). Dabei ist das tatsächlich geleistete Mass an Unterstützung weniger entscheidend als die subjektiv erlebte Qualität der Unterstützung (vgl. ebd., S. 61f.).

Freundschaften sind neben Partnerschaften wichtige Unterstützungsquellen. Gerade bei einer Erkrankung wie Aphasie, bei der soziale Verluste eine Folge sind, ist auch dieses soziale Bezugssystem wichtig, um den Genesungs- und Bewältigungsprozess voranzutreiben (vgl. Weikert, 2004, S. 29). Durch die Stärkung bereits bestehender Freundschaften, sowie durch neue Kontaktmöglichkeiten und Bekanntschaften kann die Krankheitsbewältigung positiv unterstützt werden (vgl. ebd. S. 29f.). Für einige Aphasiebetreffende ist die Stärkung von sozialen Kontakten von unschätzbarem Wert. Der Aufbau neuer Kontakte kann bei der Bewältigung eine entscheidende Rolle spielen (vgl. ebd. S. 30).

"Neben der Selbstwirksamkeit ... und der sozialen Unterstützung ist auch die therapeutische Unterstützung stark mitbeteiligt an der Verbesserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes" (vgl. Dettmers, 2014, S. 196). Wichtig ist hier neben emotionaler Unterstützung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen an der Rehabilitation beteiligten Fachpersonen, wie Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten: "Die Logopädie ist Teil eines Kanons von Massnahmen, die das Ziel haben, Gesundheit trotz und mit Aphasie wiederherzustellen" (Steiner, 2016, S. 71). Beim Ziel der Teilhabe müssen sich nach Steiner (2016):

Anamnese, Diagnostik und Therapie auf die Dialogfähigkeit in der Lebenswelt der Primär- und Sekundärbetroffenen ausgerichtet werden Ohne das Einfühlen und Eindringen in die Welt und in die Bewertung der Primär- und Sekundärbetroffenen und ohne Kenntnis der individuellen Biographie und der sozialen Netzwerke, kann die Therapie kaum gelingen. (S. 73)

Aufgabe der logopädischen Diagnostik und Therapie ist demnach Einbezug und Unterstützung des sozialen Umfeldes, um neben den persönlichen familiären Ressourcen des Betroffenen auch die der Freundschaften nicht ungenutzt zu lassen.

2.7 Kontektorientierte logopädische Intervention

Aufgrund der Vernetzung der Aphasie mit psychosozialen und kontextuellen Lebensbereichen ist es in der Diagnostik und Therapie ungemein wichtig, dass allen sprachlichen und kontextuellen Bereichen Aufmerksamkeit geschenkt wird. "Sprachtherapeutinnen sollten nicht nur die gestörten Sprachfunktionen ihrer Patienten im Blick haben, sondern auch die mit der Aphasie einhergehenden kommunikativen und sozialen Beeinträchtigungen berücksichtigen" (Schneider et al., 2014, S. 22). Nach Dettmers

(2014) richtet die Logopädie in der Praxis den Blick zu stark auf die reinen Funktionsstörungen im Bereich Sprache und wird den sozialen Einschränkungen noch nicht gerecht (vgl. S. 236). Der gesamte Rehabilitationsprozess sollte sich noch mehr nach den individuellen Teilhabe-Wünschen der Betroffenen richten, denn die Betonung der Teilhabe führt zu einer Stärkung der Autonomie der Aphasiebetreffenden: "Zum einen, weil nur die Betroffenen selbst die für sie wichtigen Lebensbereiche und Aktivitäten bestimmen können. Zum anderen, weil nicht das Expertenwissen der medizinischen Professionellen, sondern die Präferenzen des Patienten die Rehabilitation steuern" (Grötzbach & Iven, 2014, S. 134).

2.7.1 Logopädische Diagnostik

Diverse Informationsquellen ergeben in der Diagnostik ein ganzheitliches Profil. Neben dem Hinzuziehen von Vorberichten, interprofessionellem Austausch, der Diagnostik der linguistischen Sprachbereiche und der Schweregradbestimmung, ist eine umfassende Kontexterhebung essentiell (vgl. Steiner & Rodenkirch, 2016, S. 137). "Im Sinne der ICF darf nicht nur die kommunikative Leistungsfähigkeit (Kompetenz) erfasst werden. Ebenso müssen die kommunikativen Leistungen im Alltag (Performanz) und sämtliche sprachgebundene Aktivitäten in Betracht gezogen werden" (Bucher & Boyer, 2014, S. 173). Die von der ICF formulierten Ebenen sollten durch Gesprächsanalysen und Anamnesegespräche erfasst werden (vgl. Bucher & Boyer, 2014, S. 177).

2.7.2 Anamnese und Gesprächsanalyse

In der Anamnese sind Erzählungen des Patienten zur Klärung seiner subjektiven Einschätzung sowie den persönlichen Wünschen und Zielen von hoher Wichtigkeit (vgl. Grötzbach & Iven, 2014, S. 135). Der Z-FAKA, Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag (Steiner, 2010), kann an dieser Stelle als geeignetes Anamneseinstrument genannt werden (vgl. ebd., 2016, S. 78). Neben einer allgemeinen Anamnese ist die dialogische Diagnostik wichtig. Mit ihr kann erfasst werden, inwieweit "Aktivität und Partizipation über Gespräche möglich sind" (ebd., S. 76). Bei der Diagnostik der Dialogkompetenzen ist es zentral, Art und Umfang der Beeinträchtigung im Gespräch sowie den Gesprächsfähigkeiten mit einem Sekundärbetroffenen beobachtend und befragend zu ermitteln (vgl. ebd., S. 80f.). Hierfür eignet sich Z-CADA, die Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge (Steiner, 2014). Es handelt sich um ein informelles Tool, das eine Orientierung für Beratung und Gesprächscoaching bietet. Neben den verbalen werden auch die paraverbalen und nonverbalen Gesprächsanteile betrachtet (vgl. ebd., S. 78). "Die Verständigung wird daraufhin geprüft, welche Hemmnisse und Ressourcen sich bezogen auf welchen Gesprächspartner (Primär- und Sekundärbetroffener) in welcher Rolle (als Sprecher oder Hörer) ermitteln lassen" (Steiner & Rodenkirch, 2016, S. 148). Bei einer Gesprächsanalyse gilt es herauszufinden, wie ein Dialog trotz und mit Aphasie gelingen kann und welche logopädischen

Schwerpunkte in der Therapieplanung gesetzt werden sollen (vgl. Steiner & Rodenkirch, 2016, S. 149).

Steiner und Rodenkirch (2016) nennen wesentliche Aspekte in der Gesprächssituation:

- Gesprächsquantität: Wer spricht wie viel?
- Themenverantwortung: Wer initiiert Themen, wer trägt diese voran, wer initiiert einen Themenwechsel?
- Gesprächsorganisation: Wie wird der Sprecherrollenwechsel vollzogen (Turns, Rhythmus im Gespräch)?
- Gesprächskooperation: Inwiefern sind Aktion und Reaktion aufeinander abgestimmt ...? Wer stellt wann welche Fragen?
- Missverständnisse bearbeiten: Wie ist das Verhältnis von selbstinitiierten und fremdinitiierten Reparaturschleifen, wie verlaufen diese und sind sie erfolgreich?
- Gesprächsmittel: Welchen Anteil an erfolgreicher Verständigung haben die unterschiedlichen Kanäle verbal und paraverbal/nonverbal?
- Gesprächsklima: Welche Emotionen begleiten das Gespräch? (S. 148)

Im Hinblick auf die Teilhabe ist zusätzlich zur Anamnese und Gesprächsanalyse eine vertiefte Erfassung psychosozialer Komponenten hilfreich. Hierfür könnte beispielsweise der Fragebogen zur Ermittlung der Befindlichkeit bei Aphasie FEBA (Schulze, 2013) genutzt werden. Er ermöglicht differenzierte Einblicke in die alltägliche Lebenssituation eines Aphasiebetroffenen und dessen sozialen Umfeld, wie auch Freundschaften (vgl. Schulze, 2013, S. 241ff.).

2.7.3 Therapieziele und Therapieplanung

Abgeleitet von der umfassenden Diagnostik lassen sich nun ebenso ganzheitliche und kontextorientierte Therapieziele formulieren. Die aktive Einbindung der Aphasiebetroffenen und deren Umfeld in den Prozess der Zielfindung und Therapieplanung ist von grosser Wichtigkeit (vgl. Bucher & Boyer, 2014, S. 171). In einer Studie über Therapieziele wurden Aphasiebetroffene und deren Angehörige nach ihren Bedürfnissen befragt (vgl. Schulze, 2013, S. 51). Die meisten der gewünschten Ziele konnten alltagsrelevanten Bereichen sowie der Teilhabe zugeordnet werden (vgl. ebd.). Sie sollten demnach in der Zielhierarchie an oberster Stelle stehen (vgl. Moriz, Geissler & Grewe, 2014, S. 157). In der Studie kristallisierten sich folgende Bedürfnisse heraus, die als Fundament für die Festlegung der Therapieziele dienen sollten: Aphasiebetroffene wünschen sich eine individuellere und auf sie abgestimmte Therapie. Ebenfalls wichtig sind eine bessere Informierung sowie Beratung und Aufklärung über das Krankheitsbild Aphasie. Der Einbezug der Primär- und Sekundärbetroffenen (inklusive Freundschaften) in die Therapieplanung und Zielfindung ist essentiell. Betroffene wünschen sich eine schnelle Selbständigkeit, Mitspracherecht bei therapeutischen Entscheidungen, sowie mehr Respekt und Kommunikation auf Augenhöhe. Besonders wichtig ist ihnen das alltägliche Kommunizieren mit Familie und

Freunden. Junge Aphasiebetreffene äusserten zudem im Speziellen den Wunsch, einer Arbeit nachgehen zu können (vgl. Schulze, 2013, S. 53).

In der Planung sollte stets die Lebensqualität des Betroffenen im Vordergrund stehen, sodass der Alltag auch mit Aphasie gelebt werden kann (vgl. Steiner, 2016, S. 71). Unter Berücksichtigung des Kontextes und der Wünsche der Primär- und Sekundärbetroffenen können gezielte Entscheidungen über Setting, Intensität, Konzepte und Materialien getroffen werden (vgl. Steiner & Rodenkirch, 2016, S. 137).

2.7.4 Therapieinhalte

Sprachspezifische Therapieinhalte, Therapie der Basisfunktionen und des Sprachabrufs sind im Hinblick auf Teilhabe wichtige Grundsteine zur Wiedererlangung bzw. Verbesserung der Dialogfähigkeit (vgl. Steiner, 2016, S. 73). Neben der Sprachorganisation sind Sprachhandlungen in der Therapie zentral, die Steiner (2016) als zwischenmenschliche Aktivitäten definiert, "also Gespräche und Dialoge, sowie Lesen und Schreiben" (S.71). Der Erfolg eines Dialogs wird nicht nur durch den Aphasiebetreffenen, sondern auch durch seinen Kommunikationspartner beeinflusst. So ist es sinnvoll, die Ressourcen des sprachgesunden Gegenübers zu nutzen und ihn aktiv in die Therapie einzubeziehen (vgl. Schütz, 2013, S. 125). Denn auch die Sprachgesunden "müssen lernen, mit den eingeschränkten Sprachfähigkeiten des Partners umzugehen" (Schulze, 2013, S. 19). Durch Anleitung und Coaching lernen sprachgesunde Gesprächspartner die Verantwortung für die Gesprächssteuerung zu übernehmen (vgl. Steiner & Rodenkirch, 2016, S. 153). Häufig haben sprachgesunde Dialogpartner "Angst etwas Falsches zu sagen, wissen nicht wie sie mit dem Aphasiker umgehen sollen. Sie haben Mitleid, scheinen ungeduldig und hilflos und meiden nicht zuletzt den Kontakt zu aphasischen Menschen, um in keine unangenehme Situation gebracht zu werden" (Schulze, 2013, S. 19). Wird die Verantwortung für den Dialog vom Aphasiebetreffenen genommen, könnte dies zu einer Stressreduzierung und Entlastung führen, was wiederum förderlich für dessen Rehabilitationsprozess ist (vgl. Kap. 2.4.3). Nach Steiner (2016) ist ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg "eine reduzierte Erwartung an den Informationswert, eine ungeteilte Aufmerksamkeit und eine hohe Konzentration auf die emotionale Bedeutsamkeit" (S. 83). Im Coaching können beratende Gespräche sinnvoll sein. Solch eine Intervention "fokussiert Strategien, mit welchen betroffene und mitbetroffene, hörende und sprechende Personen Gespräche bewusst steuern können. Dies bezeichnen wir als Dialogcoaching. Es meint die Arbeit zu dritt, eine Arbeit im Trialog (therapeutische Fachperson, primär- und sekundärbetroffener Mensch)" (Steiner, 2016, S. 82).

Weitere Therapiekonzepte zur Verbesserung der Kommunikation sind die pragmatisch-funktionalen Aphasietherapie sowie das Skripttraining (vgl. Schütz, 2013, S. 86ff.).

Wichtig ist es zudem, dass die digitalen Medien und sozialen Netzwerke (z.B. WhatsApp, Facebook & Instagram) in Diagnostik und Therapie integriert werden, da sie heutzutage besonders bei jüngeren Betroffenen einen wichtigen Bestandteil der Kommunikation in zwischenmenschlichen Beziehungen

ausmachen und kompensatorisch zur verbalen Kommunikation genutzt werden könnten (vgl. ebd., S. 112f.). Grundsätzlich geht es in einer kontaktorientierten logopädischen Intervention immer um das Ermöglichen von erfolgreicher Verständigung und darum, “das Gesicht des aphasischen Partners als sozial kompetenten Teilnehmer am Gespräch nicht zu gefährden” (Bauer & Auer, 2009, S. 49).

2.7.5 Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen

Gruppentherapien bieten eine gute Möglichkeit zur Förderung des Dialoges und der Kommunikation zwischen verschiedenen Aphasiebetroffenen. Die Teilnehmer können unter Gleichgesinnten lernen, selbstinitiiert und erfolgreicher an Interaktionen teilzunehmen. Dabei geht es in Gruppentherapien primär um die Funktionalität des kommunikativen Aktes und nicht um sprachsystematisch korrekte Äusserungen (vgl. Masoud, 2009, S. 41). Es können neue Kontakte oder gar Freundschaften entstehen, welche als soziale und psychische Unterstützung förderlich für den Rehabilitationsprozess sind (vgl. Dettmers, 2014, S.63f.). Gruppentherapien müssen allerdings klar von Selbsthilfegruppen abgegrenzt werden, da sie trotz selbständiger Austauschsequenzen vorrangig eine Verbesserung der Kommunikation anstreben (vgl. Masoud, 2009, S. 15f.).

Selbsthilfegruppen können hingegen noch stärker soziale Funktionen übernehmen (vgl. Weikert, 2004, S. 30). Im Fokus steht hier die Bewältigung der Folgen der aphasischen Sprachstörung im Austausch mit Gleichgesinnten (vgl. Schulze, 2013, S. 77). “Selbsthilfegruppen eröffnen den Betroffenen die Möglichkeit neue Kontakte zu knüpfen und der sozialen Isolation zu entkommen” (Weikert, 2004, S. 33). Unterschiedliche Studien zeigen, dass Selbsthilfegruppen für ein besseres subjektives Wohlbefinden und eine grössere Zufriedenheit sorgen (vgl. Schulze, 2013, S. 77). Die meisten Aphasiebetroffenen und deren Angehörigen nehmen allerdings nach Dettmers (2014) nicht an Selbsthilfegruppen teil, weil sie diese als zusätzliche Belastung empfinden (vgl. S. 194). Zusätzlich sind Selbsthilfegruppen für junge Aphasiebetroffene wenig attraktiv, da in diesen das Durchschnittsalter bei 66 Jahren liegt und somit kein Kontakt zu Gleichgesinnten im selben Lebensabschnitt möglich ist (vgl. Jooss, 2004, S. 26). Hier sollte an Lösungsansätzen gearbeitet werden, um die Selbsthilfegruppen noch entlastender und ansprechender zu gestalten, damit deren Potenzial im Heilungsprozess ausgeschöpft werden kann.

3. Befragung zu Veränderungen von Freundschaften durch eine Aphasie bei jungen Betroffenen: Methodisches Vorgehen

Durch die Auseinandersetzung mit der Literatur konnten neue Erkenntnisse gezogen und ein vertiefter Einblick in die komplexe Thematik 'Veränderungen von Freundschaften durch eine Aphasie' gewonnen werden. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Komplexität der zusammenhängenden Einflussfaktoren in Bezug auf Veränderungen von Freundschaften bei Aphasie.

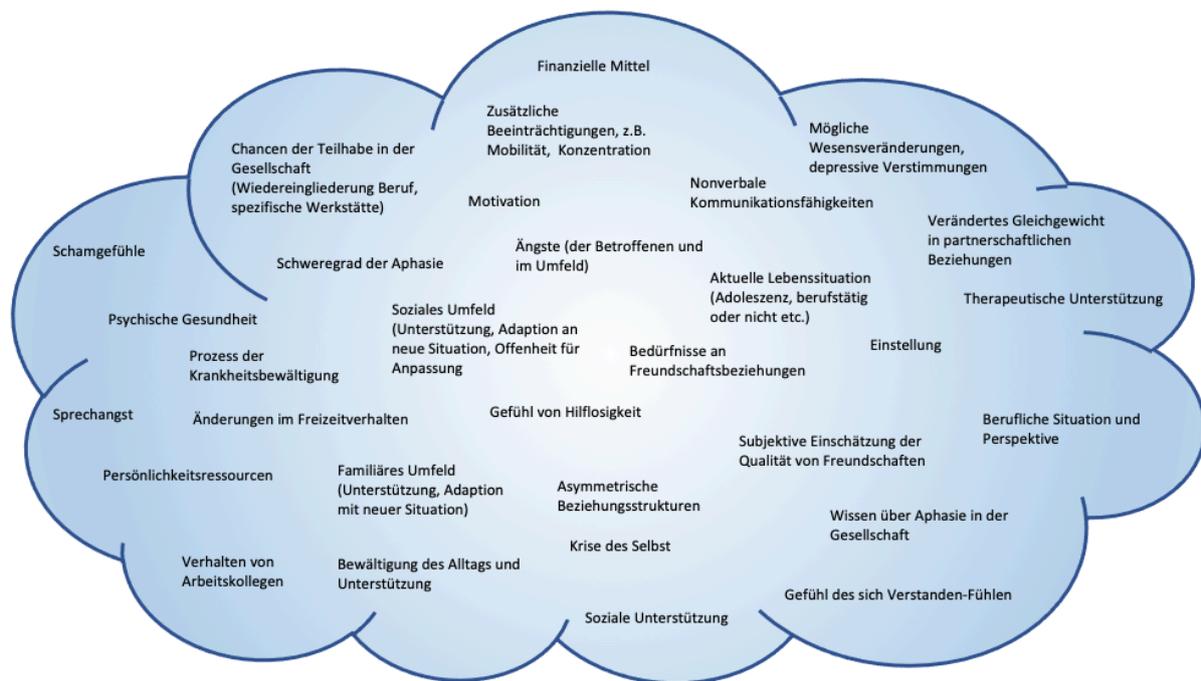


Abbildung 3: Darstellung der Komplexität der Einflussfaktoren auf Veränderungen von Freundschaften bei Aphasie (Eigene Darstellung, 2021)

Diese Ergebnisse aus der theoretischen Auseinandersetzung bilden die Ausgangslage für die Gespräche mit Betroffenen. Diese sollen nun selbst zu Wort kommen und dem Leser einen kleinen Eindruck in ihr Erleben von Freundschaften und deren Veränderungen ermöglichen.

3.1 Qualitative Datenerhebungsmethode

In der vorliegenden Arbeit wurden wenige Einzelfälle betrachtet, wobei der Fokus auf der subjektiven Wahrnehmung der befragten Aphasiebetroffenen lag. Es handelt sich im Folgenden um eine Praxisuntersuchung, wobei mittels Interviews Informationen zu einem noch wenig erforschten Bereich gesammelt und Antworten auf Fragestellungen generiert werden sollen (vgl. Moser, 2015, S. 56). Auf den folgenden Seiten wird auf die qualitative Datenerhebungsmethode, die Probanden, die Durchführung der Interviews sowie deren Aufbereitung und Auswertung der Daten eingegangen.

3.1.1 Leitfadeninterview

Nach Moser (2015) besteht das Ziel qualitativer Interviews darin, "Sichtweisen, Meinungen und Interpretationen zu erheben, um deren Sinn besser zu verstehen" (S. 117). Als Interviewform entschieden wir uns für Leitfadeninterviews mit dem Vorteil der teilstrukturierten Durchführung. Dies war für diese Arbeit passend, da bei allen Probanden die gleichen Leitfragen gestellt und ein roter Faden beibehalten werden konnte. Gleichzeitig muss keine starre Reihenfolge der Fragen eingehalten werden und die Verweildauer pro Thema kann dem Gegenüber angepasst werden. Die relativ offen gestellten Leitfragen ermöglichen ein ausschweifendes Erzählen. Mittels Vertiefungsfragen können zusätzlich gezieltere Antworten zu interessanten Themen generiert werden (vgl. Audeoud, 2019, S. 1). Beim Erstellen des Leitfadens wurden die Vorschläge von Moser (vgl. 2015, S. 120) und Audeoud (vgl. 2019, S.2) berücksichtigt. Das genaue Vorgehen lässt sich im Kapitel 3.2 und der erstellte Leitfaden im Anhang (vgl. II. Leitfaden) vollständig wiederfinden.

3.1.2 Auswahl der Probanden

Die sorgfältige Auswahl der Probanden ist nach Moser (2015) für die Ergebnisgenerierung zentral (vgl. S. 73f.). Für unsere Leitfadeninterviews wurden deshalb bei der Suche nach geeigneten Probanden die im Folgenden aufgeführten Kriterien beachtet.

1. Wir hielten nach Menschen Ausschau, welche als Primärbetroffene an einer Aphasie erkrankt sind und sich zum Zeitpunkt der Interviews in der postakuten oder chronischen Phase befanden. Ausserdem sollte sich unsere Arbeit bei der Befragung auf junge Aphasiebetreffende beschränken (vgl. Kap. 1.3).
2. Des Weiteren suchten wir nach Probanden, welche neben der Aphasie keine weiteren Störungen mit Einschränkungen in der Sozialkompetenz aufweisen, da wir primär an den sprachlich-kommunikativen Ursachen für Veränderungen von Freundschaften interessiert waren. Durch ein SHT können beispielsweise komplexe neuropsychologische Störungen auftreten, welche Einschränkungen in der Sozialkompetenz und demnach auch im Kontakt mit Freunden zur Folge haben können (vgl. Friede & Gröne, 2014, S. 104).
3. Schliesslich waren wir auf Interviewpartner angewiesen, welche sich genügend verständlich und auf Deutsch ausdrücken können, um genauere Informationen zu den Forschungsfragen zu erhalten.
4. Zusätzlich wurde aus Kapazitäts- und Zeitgründen lediglich die aphasiebetreffene Seite einer freundschaftlichen Beziehung befragt. Dabei ist uns bewusst, dass mit dieser Arbeit ein einseitiges Bild der jeweiligen Freundschaft entsteht, da die sprachgesunde Seite der Beziehung ihre Sichtweise nicht mitteilen konnte.

3.1.3 Daten der Probanden

Dem Gedanken der ICF folgend, sollten betroffene Personen stets ganzheitlich und unter Berücksichtigung des Kontextes betrachtet werden (vgl. Schneider et al., 2014, S. 22). Deshalb sollen die Probanden auch in dieser Arbeit nicht als losgelöste Individuen miteinander verglichen werden, da der eingebettete Kontext von grosser Relevanz ist, um die getroffenen Aussagen korrekt verstehen und interpretieren zu können. Im Folgenden werden relevante Kontextinformationen der interviewten Probanden zusammengefasst. Die Privatsphäre der Probanden wird gewahrt, indem keine Namen oder genaue Daten und Ortschaften erwähnt werden.

J.F. (weiblich, 36 Jahre alt): Im Sommer 2008 erlitt J.F. im Alter von 23 einen Unfall, welcher der Auslöser ihrer Aphasie darstellt. Sie lag drei Wochen im künstlichen Koma und daraufhin drei Wochen im Spital. Danach verbrachte sie ungefähr ein Jahr in einer Rehabilitationsklinik. Sie selbst berichtete, wenige Erinnerungen an die erste Zeit im Spital zu haben. Jedoch habe man ihr erzählt, dass die Krankenschwester im Spital eine Liste schreiben musste, wann welcher Besuch empfangen werden konnte, da sie zahlreiche Menschen im Spital besuchen wollten. In den ersten drei Monaten konnte J.F. gar nicht sprechen. Sie meinte, sie habe viel Geduld für die Genesung gebraucht. Umso mehr freuten sich alle über ihre ersten Worte. J.F. bezeichnete sich als eine sehr aufgestellte, positive und kontaktfreudige Person. Dies sei sie auch nach dem Unfall geblieben. Obwohl der Unfall bereits einige Jahre her ist, besucht J.F. so oft wie möglich ambulante und jährlich auch stationäre Logopädietherapie. Sie sei sehr ehrgeizig und ihr grosser Wunsch sei es, wieder normal sprechen zu können. Dennoch betonte sie mehrmals im Interview, wie dankbar sie für alles in ihrem Leben und in ihrem sozialen Umfeld sei (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K. (weiblich, 40 Jahre alt): Vor 7 Jahren erlebte C.K. eine schwierige Geburt, bei der sie viel Blut verlor, anschliessend 11 Tage im Koma lag und eine Gehirnverletzung davontrug. Sie erlitt einen kompletten Sprachverlust. Es folgte ein fünfmonatiger Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik, danach erhielt sie eineinhalb Jahre lang ambulante Logopädie. C.K. erinnert sich nur spärlich an die Anfangsphase ihrer Erkrankung. Sie musste sich selber neu kennen und annehmen lernen. Dies war nicht immer leicht, weshalb C.K. aufgrund ihrer Depressionen einige Zeit in einer psychiatrischen Anstalt verbrachte. Die Annahme ihrer Tochter kostete sie viel Überwindung, das Kind war ihr lange Zeit fremd. Heute kann sich C.K. verbal gut mitteilen und sie führt ein selbständiges Leben. Gemeinsam mit Mann und Tochter lebt sie in einem kleinen Dorf und kümmert sich um den Haushalt. Ihren früheren Job im Gastronomiegewerbe musste sie aufgeben. Ihr Mann und ihre Familie unterstützen sie im Alltag sehr. C.K. beschreibt sich als kontaktfreudigen Menschen. Ihre Freundschaften seien ihr wichtig, auch wenn

sich einige Dinge in ihrem Leben komplett verändert hätten. Dies zu akzeptieren, hätte sie aber einige Zeit gekostet (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G. N. (weiblich, 22 Jahre alt): G.N. befand sich zum Zeitpunkt des Interviews seit einem Jahr in einer Rehabilitationsklinik. Im September 2019 erlitt sie einen Schlaganfall, welcher zu einer Aphasie führte. Das Interview fand am späten Nachmittag statt, weshalb G. bereits müde vom langen Therapietag in der Reha war. Auf Wunsch von G.N. war während des Telefonats der Logopäde anwesend. Er gab ihr bei allfälligen Verständnisproblemen Sicherheit. G.N. war vor dem Schlaganfall Studentin und wohnte noch bei ihren Eltern. Sie bezeichnet sich selber als aktive und kontaktfreudige Person. Ihr wichtigstes Ziel für die Zukunft sei es, dass sie wieder richtig sprechen, lesen und schreiben lernen möchte. Auf uns machte G.N. einen eher zurückhaltenden Eindruck (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B. (männlich, 46 Jahre): C.B. erlitt um Weihnachten 1996, im Alter von 21 Jahren, eine Hirnblutung. Zu Beginn seiner Erkrankung war er lange Zeit an einen Rollstuhl gebunden und konnte kaum sprechen, da er an einer starken Aphasie und Sprechapraxie litt. Er meinte, dass er nicht einmal mehr wusste, wie man ein 'A' bildet. Mittlerweile ist er Fussgänger und arbeitet selbst in einer Rehaklinik. Er führt dort medien- und computerfokussierte Therapien mit sprachgeschädigten Betroffenen durch. Er selbst beschrieb sich als kontaktfreudigen Menschen, der sich gerne unter anderen Menschen aufhält. In der Freizeit widmet er sich der Musik: Aufgrund seiner Hirnblutung wurde der ehemalige Schlagzeuger zum DJ. Mit seinem Leben ist C.B. mehrheitlich zufrieden. Im Gespräch über Freundschaften kamen immer wieder die privaten Veränderungen in seinem Freizeitverhalten durch die Corona-Pandemie zutage, welche ihm sehr zu schaffen machten und ihn manchmal einsam fühlen liessen. Für seine Zukunft wünsche er sich deshalb das Ende der Pandemie, eine friedliche Welt, Gesundheit und dass er bald wieder ein normales Privatleben mit seinen Freunden führen kann (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

3.2 Durchführung der Leitfadeninterviews

Mithilfe der Leitfadeninterviews wurden Informationen über den Ist-Zustand der Probanden bezüglich Freundschaften im Vergleich zum Zustand vor dem Ereignis eingeholt. Es fand eine einmalige Befragung statt, da kein Prozess dargestellt werden sollte. Mit Genehmigung der Probanden wurde eine Tonaufnahme des Gesprächs erstellt. Damit wurde sichergestellt, dass der Fokus während des Gesprächs vollständig auf das Gegenüber gerichtet werden konnte.

3.2.1 Vorbereitung

Für die Suche nach geeigneten Probanden wurde in vereinfachter Sprache ein kurzes Infoblatt mit den wichtigsten Informationen zur Fragestellung, zum Vorgehen und unseren Kontaktangaben erstellt (vgl. Anhang, I. Infoschreiben). Dieses wurde per Mail an verschiedene Institutionen, wie Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen versandt. Zusätzlich wurden nach der Auseinandersetzung mit der Theorie Hypothesen erstellt, welche durch die Auswertung der Interviewaussagen beantwortet werden sollten.

Vorbereitung Leitfaden: Bei der Erstellung des Leitfadens für die Interviews orientierten wir uns an der SPSS-Methode nach Helfferich (2009) (vgl. Audeoud, 2019, S. 2). Bei dieser Vorgehensweise werden zunächst im Brainstorming Fragen *gesammelt*. Anschliessend werden diese *überprüft* und gegebenenfalls gestrichen oder umformuliert. Schliesslich werden die übrig gebliebenen Fragen zu inhaltlichen Stapeln *sortiert* und innerhalb eines Stapels eine Leitfrage *subsummiert* (vgl. ebd.). Durch das Arbeiten nach der SPSS-Methode entstanden folgende Leitfragen für unsere Interviews. Die Reihenfolge war bewusst so gewählt, durfte aber je nach Interviewverlauf auch verändert werden.

- Wenn du an deine Freunde denkst, was fällt dir da spontan dazu ein? Wie fühlst du dich?
- Denke an die Zeit vor deiner Aphasie/Sprachstörung/deinem Ereignis. Wie würdest du den Kontakt zu deinen Freunden beschreiben?
- Wenn du jetzt an deine Freunde denkst. Wie hat sich der Kontakt zu deinen Freunden verändert?
- Was schätzt du an deinen Freunden?
- Würdest du sagen, die Logopädie hat dir im Kontakt mit deinen Freunden geholfen? Was hat dir gefehlt?
- Zum Schluss: Wenn du jetzt ein paar Wünsche frei hättest, was wünschst du dir für die Zukunft?

Leitfrage	Auf diese Punkte achten, ob sie in der Erzählung vorkommen: → wenn nicht: Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen/ zum Thema zurückbringen
Wenn du an deine Freunde denkst: Was fällt dir da spontan dazu ein? Wie fühlst du dich?	Bist du ein kontaktfreudiger Mensch? Hast du gerne viele Menschen um dich? Brauchst du viel Zeit alleine? Mit welchen Menschen hast du gerne Kontakt? Welche Menschen sind dir wichtig im Alltag? Was ist dir wichtig im Kontakt mit deinen Freunden?	Mh? Ach ja? Paraphrasieren
Denke an die Zeit vor deiner Aphasie/Sprachstörung/deinem Ereignis. Wie würdest du den Kontakt zu deinen Freunden beschreiben?	Viel unternommen? Gespräche? War es dir wichtig, deine Sorgen zu teilen? Hattest du viele Freunde? Wie eng waren diese Freundschaften? Habt ihr auch viel geschrieben/ soziale Medien?	Versuche mal noch mit den Gedanken vor dem Unfall zu sein. Wie war es da? Du darfst auch konkrete Beispiele sagen, wie so ein Tag mit deinen Freunden ausgesehen hat.
Und wenn du jetzt an deine Freunde denkst. Wie hat sich der Kontakt zu deinen Freunden verändert?	Unternehmt ihr viel? Tiefgründige Gespräche? Hast du viele Freunde? Wie eng sind diese Freundschaften? Schreibt ihr mehr oder weniger/ soziale Medien? Neue Freunde gefunden? Freunde verloren? Wie fühlst du dich jetzt, wenn du deine Freunde siehst? Fühlt es sich anders an? Fühlst du dich wohl? Kannst du über deine Probleme mit ihnen sprechen? Hast du das Gefühl, du kannst mit ihnen über alles sprechen? Erzählen sie dir auch von sich selber?	Paraphrasieren
Was schätzt du an deinen Freunden?	Gute Gespräche, Dinge unternehmen, einander unterstützen, gemeinsame Zeit/ Interessen, Kontakt auch online ...? Wie oft möchtest du deine Freunde sehen/ Kontakt haben?	Du darfst dir auch deine Freunde vorstellen, wie ihr gerade beieinander sind. Was macht dich da glücklich?

Abbildung 4: Ausschnitt aus dem Leitfaden (Eigene Darstellung, 2020) (vgl. Anhang, II. Leitfaden)

Das Ziel war es, den Probanden anregende Fragen zu stellen, welche sie während dem Erzählen möglichst nicht in eine 'normgewünschte' Richtung drängen sollten.

Aufgrund der Corona-Pandemie wurde schliesslich die Methode des telefonischen Leitfadeninterviews gewählt. Wir waren jedoch je nach Bedarf offen für Änderungen und spezifische Wünsche, wie Videotelefonie oder persönliche Treffen.

3.2.2 Eigentliche Durchführung

Aufgrund von persönlichen Wünschen und Vorlieben fanden die Interviews nicht bei allen Probanden im gleichen Setting statt. Die Gespräche mit G.N. und J.F. fanden telefonisch statt. C.K. wünschte sich ein persönliches Gespräch, weshalb wir uns in einem ruhigen Café zum Gespräch verabredeten. Auch C.B. wünschte sich ein Gesicht zur Stimme des Interviewpartners, weshalb dieses Gespräch als Videotelefonat stattfand.

Im Gespräch war es uns wichtig, eine angenehme und entspannte Atmosphäre zu schaffen. Deshalb starteten wir das Interview meist mit einem einsteigenden lockeren Gespräch, bevor wir uns schliesslich den Interviewfragen widmeten. Zuvor wurden die Rahmenbedingungen des Interviews geklärt (vgl. Anhang, II. Leitfaden).

3.2.3 Datenaufbereitung

Im Nachhinein wurden die getätigten Audioaufnahmen erneut angehört. Dabei erfolgte eine Aufbereitung der Daten durch die Erstellung von Interviewprotokollen. Wir entschieden uns gegen eine wortwörtliche Transkription der Interviews, da diese aufgrund der teilweise eingeschränkten Sprachfähigkeiten der Probanden nicht zu brauchbaren Ergebnissen geführt hätte. Deshalb wurden vier Interviewprotokolle erstellt, in denen die Aussagen der Probanden verschriftlicht und durchnummeriert wurden. Dabei wurden die Äusserungen ins Hochdeutsche übersetzt und bei allfälligen Fehlern korrigiert, sodass schliesslich verständliche Aussagen entstanden (vgl. Anhang, III. Interviewprotokolle).

3.2.4 Datenauswertung

Mithilfe der erstellten Interviewprotokolle konnte schliesslich eine Auswertung der Daten erfolgen. Moser (2015) beschreibt ein 'einfaches Modell der qualitativen Datenanalyse', welches zur Auswertung bei qualitativen Methoden gewählt werden kann. Dabei werden Daten in drei Schritten kategorisiert, verdichtet und schliesslich interpretiert (vgl. Moser, 2015, S. 149ff.). In Anlehnung an diese Vorgehensweise wurden die von uns generierten Daten folgenderweise ausgewertet:

1. Wiederholtes Lesen der Interviewprotokolle.

2. Codierung der Aussagen zu den Hypothesen:
 - a. Mithilfe der Hypothesen wurden die Aussagen aus den Interviews thematisch sortiert. Dabei wurden diejenigen Aussagen den Hypothesen zugeordnet, welche inhaltlich dazu passten, die Hypothese bestätigten oder falsifizierten.
 - b. Aussagen, welche für die Arbeit relevant, aber nicht einer vorab definierten Hypothese zugeordnet werden konnten, dienten als Kontextinformationen. Diese flossen in die Personenbeschreibungen mit ein (vgl. Kap. 3.1.3). So konnten alle relevanten Aussagen mitberücksichtigt werden und ein tiefgründiges Bild der Probanden entstehen.
3. In einem letzten Schritt folgte durch einen vertieften Einblick in das Erleben der Freundschaften eine Interpretation der gewonnenen Daten und die Beantwortung der Fragestellung. In Bezug auf die Hypothesen wurden die Aussagen der Probanden interpretiert und mit unseren Erwartungen verglichen. Schliesslich wurden die Hypothesen bestätigt oder falsifiziert. Dabei wurde der Kontext der Probanden mitberücksichtigt und nach allfällig weiteren oder anderen Erklärungsmöglichkeiten gesucht.

4. Ergebnisse: Auswertung und Interpretation der Interviews

Im folgenden Kapitel werden die sortierten Aussagen der Probanden zur jeweiligen Hypothese dargestellt. Dabei wurden die Aussagen je nach Verständlichkeit paraphrasiert oder zitiert. Die durchnummerierten Zitate können im Anhang (III. Interviewprotokolle) nachgelesen werden. Da in der qualitativen Forschung Auswertung und Interpretation nicht immer klar getrennt werden können, wurden interpretative Gedanken zu den jeweiligen Aussagen in den Interviews und deren Hintergründe im Anschluss an die jeweilige Hypothese formuliert. Die Interpretation ergibt sich aus den Aussagen der Probanden sowie aus unseren Erkenntnissen aus der Theorie. Dabei werden die Aussagen der Probanden im individuellen Kontext betrachtet, um eine Einschätzung der jeweiligen Situation zu erhalten. Es wurde aufgrund der kleinen Probandenmenge und den sehr unterschiedlichen Hintergründen der Betroffenen auf allgemeingültige Aussagen verzichtet.

4.1 Hypothese 1

Aufgrund der Aphasieerkrankung finden Kontaktabbrüche zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden statt. Lediglich eine kleine Anzahl der ursprünglichen Freunde bleibt.

4.1.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: "Viele Leute hatten Angst und waren ein wenig zögerlich, weil sie nicht wussten, ob ich traurig bin" (J.F. 6b), meinte sie. Im Spital habe sie immer gelacht, was ihr und ihren Freunden am Anfang geholfen habe und ein Grund sei, weshalb sie nicht viele Freunde verloren habe. Es seien nur wenige Kontakte abgebrochen und mit vielen Freunden habe sie auch heute noch viel Kontakt. "Nach dem Unfall hatte ich mit 2, 3 Leuten weniger Kontakt, aber sonst hatte ich immer noch viele Freunde" (J.F. 4f). Jetzt, 12 Jahren nach dem Unfall, sei der Kontakt so: "Ich habe immer noch sehr viel Kontakt zu meinen Freunden. Vielleicht 1, 2 Freunde habe ich weniger, aber einfach, weil sich das Leben und die Interessen geändert haben. Dafür habe ich auch neue Freunde kennengelernt" (J.F. 4b). Es sei der Lauf des Lebens, dass sich Kontakte verringern und stattdessen neue entstehen. Dies habe nicht grundsätzlich mit der Aphasie zu tun. Sie selbst nennt hierzu plausible Gründe für Kontaktabbrüche, wie Umzug, andere Interessen oder Familienplanung (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K.: Nach dem Ereignis habe sich die ehemals beste Freundin von C.K. abgewandt und sie hätten seitdem keinen Kontakt mehr. Dies fände sie sehr schade, da sie sich diese Erkrankung nicht ausgesucht habe. "Ich habe gelernt, dass meine Freunde mich akzeptieren müssen, wie ich bin. Wenn sie das nicht können, ist es ihr Problem" (C.K. 8c), meinte sie. Sie konnte sich wegen dem anfänglichen Sprachverlust nicht mehr von sich aus bei ihren Freunden melden, wodurch sich einiges verändert habe. C.K. erzählte: "Ich hatte einfach keine Zeit für Freunde am Anfang. Es war mir zu viel..." (C.K. 7a).

Neben dem Verlust ihrer besten Freundin habe sie aber noch Kontakt zu anderen Freunden: "Andere Kolleginnen habe ich noch. Die verstehen mich" (C.K. 8b) (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: Vor dem Schlaganfall hätte sie fünf enge Freunde gehabt, mit denen sie viel unternommen habe. Jedoch seien ihr von diesen fünf Freunden nur eine geblieben. "Ich fühle mich relativ allein gelassen" (G.N. 5a), sagte sie. Nach dem Schlaganfall hätten sich viele Freunde bei ihrer Mutter gemeldet. Als sie jedoch zwei Wochen nichts von G.N. gehört hatten, wandten sie sich von ihr ab. Die Gründe für den Rückzug ihrer Freunde sieht G.N. in ihrem Sprachverlust und der eingeschränkten Mobilität. Die Frage, ob sie jetzt nach einigen Monaten wieder Kontakt mit den ehemaligen Freunden aufnehmen wollte, verneinte sie: "Die Enttäuschung war zu gross" (G.N. 22a). Sie berichtete: "Ich hätte mir gewünscht, dass mehr Freunde geblieben wären. Das ist nun aber nicht so und das ist auch okay" (G.N. 21g). Sie versuche das Positive zu sehen, denn immerhin sei ihr eine Freundin geblieben: "Es ist mir wichtiger, eine gute Freundin zu haben, als viele weniger gute" (G.N. 21f) (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B.: Kurz nach seinem Ereignis kamen C.B. zunächst einige Freunde besuchen. Jedoch konnte er damals noch nicht sprechen und er vermutet, dass vielen damaligen Freunden die Situation unangenehm war, sie deshalb gingen und den Kontakt zu ihm mieden. Er selbst hätte dies aber nicht ändern können, da er zuerst wieder sprechen lernen musste, bevor er sich um Freunde kümmern konnte. "Ich musste zuerst für mich selbst schauen" (C.B. 5e), meinte er. Schlussendlich seien ihm nur zwei Freunde aus der Zeit vor dem Unfall geblieben (vgl. Anhang, III.VI Interviewprotokoll C.B.).

4.1.2 Interpretation der Aussagen

Die Quantität der Freundschaften hat sich durch das Ereignis bei allen Befragten verändert. Demnach trifft die Hypothese mehrheitlich zu, auch wenn sie nicht bei allen Probanden gleich beantwortet werden kann. Das Ausmass der Kontaktabbrüche ist bei den Befragten sehr unterschiedlich. Da die Anzahl der Freunde vor dem Ereignis bereits unterschiedlich gross war, ist auch die Anzahl der gebliebenen Freunde individuell.

J.F konnte ihre Freunde nach dem Unfall mehrheitlich behalten. Sie nennt hierzu plausible Gründe für die Kontaktabbrüche, die nicht zwingend mit der Erkrankung zusammenhängen. Sie habe durch den Unfall kaum Freunde verloren, was unserer Ansicht nach an der grossen Kontaktfreudigkeit von J.F. und dem hohen Stellenwert von Freundschaften in ihrem Leben liegen könnte. Neben dem grossen Zeitaufwand, den J.F. in ihre Freundschaften investiert, scheint ausserdem ihre Einstellung zu sich selbst und ihrer Aphasie einen positiven Effekt zu haben. Sie kann sich selbst auch mit der Aphasie positiv annehmen und scheint mit sich zufrieden zu sein, was von einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung zeugt. Diese ist zusammen mit ihren Persönlichkeitsressourcen eine gute Voraussetzung für stabile Freundschaftsbeziehungen (vgl. Kap.2.6 & 2.6.1).

Daneben berichteten die anderen Probanden von Kontaktabbrüchen aufgrund der Aphasie. C.K. habe durch die Erkrankung ihre beste Freundin verloren, die anderen blieben ihr mehrheitlich erhalten. C.B. habe zwei Freunde, G.N. lediglich eine Freundin behalten können. Auch wenn die Erfahrungen der Probanden unterschiedlich sind, zeigen sich uns dennoch übereinstimmende mögliche Gründe für Kontaktabbrüche. C.K., C.B. und G.N. berichteten, dass sie nach dem Ereignis zunächst keine Sprache und keine Kapazitäten gehabt hätten, um Freundschaften zu pflegen. Die anfänglich fehlende Sprache und der Fokus der Betroffenen auf sich selbst scheinen demnach Kontaktabbrüche zu begünstigen. Ausserdem glauben wir, dass ihre Freunde mit der neu entstandenen, meist unbekanntem Situation überfordert waren und nicht wussten, wie damit umzugehen ist. Weitere Gründe scheinen demnach die Überforderung mit der Situation wie auch Angst vor falschem Verhalten zu sein (vgl. Kap. 2.4.4). In der Literatur führt nach Weikert (2004) die Angst vor einseitiger Verantwortung oder vor einem Ungleichgewicht in der Freundschaft zu Kontaktabbrüchen (vgl. Kap.2.5.2). Die generelle Angst vor Veränderung, unbekanntem Situationen und Überforderung scheinen demnach Kontaktabbrüche stark zu beeinflussen. Schliesslich werden die Kontaktabbrüche nicht von allen Betroffenen gleich bewertet, was bei unseren Probanden ebenfalls erkennbar ist. Der in der Literatur beschriebene persönliche Umgang mit und die Einstellung zu Veränderungen im Leben spielen auch in Freundschaften eine wichtige Rolle (vgl. Kap. 2.6.1).

4.2 Hypothese 2

Die bleibenden Freundschaften zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden verändern sich im Hinblick auf die Qualität der Kontakte sowie der Aktivitäten.

4.2.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: Für J.F. ist es normal, dass sich die Qualität von Freundschaften im Leben verändert und sie schreibt diese Veränderungen nicht ihrer Aphasie zu. Auch Menschen ohne Aphasie hätten mit 35 nicht mehr die gleichen Freundschaften wie mit 20. "Früher haben wir immer Party gemacht und waren viel unterwegs" (J.F. 8f), sagte sie. Heute hätten viele eine Familie und dadurch würde sich vieles verändern, was normal sei. Dass sie heute abends nicht mehr so feiern gehe wie früher, hätte auch mit ihrem Alter zu tun: "Jetzt bin ich nicht mehr 20 und ich bin gerne wieder um 22 Uhr daheim." (J.F. 23g). Stattdessen würden sie und ihre Freunde regelmässig zusammen Städtereisen machen: "Meine Freunde sind sehr hilfsbereit und gerne für mich da" (J.F. 12b). Ihr seien Aktivitäten mit Freunden sehr wichtig. Sie schätze es, zusammen zu essen, zu reden und die gemeinsame Zeit zu geniessen. "Es ist einfach so schnell etwas passiert und alles ist vorbei" (J.F. 9b), meinte sie. Für sie sei die Qualität ihrer engen Freundschaften trotz Veränderungen der Aktivitäten nicht schlechter geworden. "Mit einigen

Freunden ist der Kontakt immer noch sehr eng oder auch näher" (J.F. 3d), sagte sie. J.F. ist mit ihrem Leben sehr zufrieden: "Ich bin sehr dankbar" (J.F. 22b) (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K.: Für C.K. sei es neben persönlichen Gesprächen in Freundschaften sehr wichtig, dass Freunde sich gegenseitig so annehmen können, wie sie sind. Dies sei seit ihrer Erkrankung noch wichtiger geworden, da sich in ihrem Leben einiges geändert habe. Bars, Restaurants oder Spielplätze können bei ihr Überforderung und Panikattacken auslösen. Laute Orte mit vielen Menschen würde sie deshalb meiden. Heute wisse sie, dass sie viel Zeit und Ruhe für sich brauche und deshalb Freunde am besten einzeln an ruhigen Orten treffe. Dies bringt einige Einschränkungen mit sich, an die sich auch ihre Freunde anpassen müssen: "Dinge unternehmen ist mir manchmal zu anstrengend. Bekannte wollen immer mit mir spazieren. Ich kann aber nicht spazieren und gleichzeitig noch sprechen" (C.K. 27a & 27b). Aufgrund ihrer Apraxie könne C.K. nicht mehr gleichzeitig mehrere Dinge tun. Zu Beginn habe sie sich selber oft überfordert und viele Termine pro Tag geplant, was heute nicht mehr gehe. So hätten sich ihre Kontakte stark verändert. "Ich habe vielleicht 3, 4 Freundinnen. Die sehe ich aber sehr oft. Also nicht mehr jede Woche, aber schon regelmässig" (C.K. 12c). C.K. habe oft ein schlechtes Gewissen, dass sich ihr Umfeld so stark an ihre neuen Bedürfnisse anpassen müsse. Ob sie zufrieden mit ihren Freundschaften ist, weiss C.K. nicht: "Ich bin es mir jetzt so gewohnt. Eigentlich fehlt mir so nichts. Oder doch? Ich komme selbst nicht drauf, was mir fehlt" (C.K. 14b). Zu einem späteren Zeitpunkt im Interview sagte sie, dass sie heute zufrieden sei mit ihren Freundschaften. Vor zwei Jahren hätte sie aber noch anders geantwortet (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: Sie beschreibt den Kontakt zu ihrer gebliebenen Freundin als sehr nahe. Sie hätten häufig Kontakt und würden sich alles anvertrauen. G.N. machte keine weiteren Aussagen zu ihren Freundschaften, insbesondere nicht über die verlorenen (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B.: Vor dem Unfall ging er jedes Wochenende in Discos und war viel unterwegs. Er hatte viele gute Freunde. "Nachher war es anders" (C.B. 5b), sagte er. Ihm blieben zwei gute Freunde, zu denen er nun sogar einen engeren Kontakt pflegen würde: "Die haben mich so genommen, wie ich war zu dieser Zeit" (C.B. 5c). Heute sei der Kontakt wieder zurückgegangen, weil die beiden nun Familie hätten und sich darauf konzentrieren würden (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

4.2.2 Interpretation der Aussagen

Bezüglich Veränderungen der Aktivitäten und Einschätzungen der Qualität der gebliebenen Freundschaften kann die Hypothese bestätigt werden. Veränderungen in den Aktivitäten sind bei allen Befragten sichtbar, wobei die Gründe für die Veränderungen unterschiedlich benannt wurden. Die Qualität von Freundschaften wird nach Dettmers (2014) subjektiv wahrgenommen (vgl. S. 67). Gute Freundschaftsqualität bedeutet demnach für jeden Betroffenen etwas anderes. Sie ist abhängig von persönlichen Erwartungshaltungen und korreliert mit Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Kap. 2.5.1).

Die Befragten waren sich jedoch einig, dass sie mit der Qualität ihren gebliebenen Freundschaften zufrieden seien.

J.F., C.K. und C.B. berichteten, dass sie heute mit ihren Freunden ruhigeren Aktivitäten nachgehen würden als vor dem Ereignis. J.F. und C.B. meinten dazu, dass der Lebensinhalt altersabhängig sei und dieser sich demnach im Leben aller Menschen ständig verändern würde. Zum Beispiel verändere eine Familiengründung die Schwerpunktsetzung im Leben, was schliesslich auch zu Veränderungen der Qualität und Aktivitäten in Freundschaften führe. Sie schrieben diese Veränderungen nicht der Aphasie zu und schienen deshalb mit ihren gebliebenen Freundschaften zufrieden zu sein. Sie würden sich verstanden und angenommen fühlen. Dagegen sieht C.K. den Grund für Veränderungen eher in ihrer Aphasie. Einschränkungen der Aktivitäten durch ihre Erkrankung (z.B. schnellere Reizüberflutung) scheinen für sie die Qualität ihrer Freundschaften zu verändern. Wir haben den Eindruck, dass sie durch die Geburt ihrer Tochter und durch die geringere Belastbarkeit aufgrund der Erkrankung möglicherweise weniger Kapazitäten für Freunde hat. C.K. berichtete uns von einem langen Prozess der Annahme der Veränderungen. Sie bestätigte damit die Ansicht von Weikert (2004) über Krankheitsbewältigung als langjähriger Prozess (vgl. Kap. 2.6). Dennoch stellte C.K. selbst in Frage, ob sie mit der Situation wirklich glücklich ist. Auch auf uns wirkte sie im Gespräch nicht gänzlich zufrieden. Sie scheint in ihrer Krankheitsbewältigung noch mit der Annahme ihrer Erkrankung und den psychischen Folgen beschäftigt zu sein (vgl. Kap. 2.4.3 & Kap. 2.6).

Da sich G.N. zum Zeitpunkt des Interviews noch in der Reha befand, können noch keine Aussagen zu Veränderungen der Aktivitäten gemacht werden. Längerfristige Veränderungen zeigen sich möglicherweise erst nach dem Austritt. Insgesamt sei sie jedoch von ihren Freunden enttäuscht. Der Kontakt zu der gebliebenen Freundin sei aber nahe und die Qualität dieser gebliebenen Freundschaft sei zufriedenstellend. Dennoch schien das Thema Freundschaft für G.N. schmerzhaft zu sein, da sie nicht viel und ausführlich darüber sprach. Wie auch Schütz (2013) beschreibt, scheinen sich die Veränderungen und Folgen der Erkrankung noch sehr auf die psychische Gesundheit von G.N. auszuwirken (vgl. Kap. 2.4.3). Dies möglicherweise, da das Ereignis noch nicht lange her ist und die negativen Erfahrungen damit frisch sind.

Aus den Interviews geht für uns hervor, dass nur tragfähige Freundschaftsbeziehungen ein Ereignis wie eine Aphasie überstehen können. Dies scheint ein Grund zu sein, weshalb alle Probanden mit den gebliebenen Freundschaften zufrieden sind. Damit werden die Erkenntnisse aus der Theorie bestätigt (vgl. Kap. 2.5.2).

4.3 Hypothese 3

Durch eine Aphasie verändert sich die Kommunikation zwischen Aphasiebetroffenen und ihren sprachgesunden Freunden stark. Die Betroffenen fühlen sich in ihren Freundschaften weniger gut verstanden.

4.3.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: Sie berichtete, dass sie mit ihren Freunden gut über Themen sprechen könne, die sie beschäftigen. Bei Sorgen wende sie sich aber zuerst an ihren Partner oder an ihre Mutter. Wenn sie sich Gedanken über etwas mache, dann bespreche sie dies mit ihnen. Das komme aber selten vor: "Ich habe wenige Sorgen" (J.F. 11d) (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K.: Sie fühle sich oft unverstanden, könne aber gut nachvollziehen, warum andere sie und ihre Situation nicht verstehen würden. "Ich habe es selbst auch lange Zeit nicht verstanden" (C.K. 19b), sagte sie. Für C.K. funktioniere der Austausch mit Freunden nur, wenn diese sich an ihre neuen Bedürfnisse anpassen würden. "Meine Regeln müssen eingehalten werden" (C.K. 19c), meinte sie. Hierzu gehöre beispielsweise, dass die Treffen daheim oder an einem ruhigen Ort stattfinden sollten. Für C.K. habe sich das gesamte Leben verändert. Sie fände es wichtig, für sich einzustehen, auch wenn ihr das Mitteilen ihrer Bedürfnisse nicht immer leichtfalle. Mittlerweile könne C.K. wieder auf Augenhöhe mit ihren Freunden kommunizieren. Mit einer nahen Freundin könne sie über ganz normale alltägliche Dinge wie Männerprobleme sprechen. Sie bezeichnete diese Freundschaft als wertvoll: "Mir ist der Kontakt schon wichtig" (C.K. 26b) (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: Direkt nach dem Schlaganfall seien ihr die Menschen oft ins Wort gefallen und hätten bei Wortfindungsstörungen ihre begonnenen Sätze mit nicht von ihr intendierten Wörtern ergänzt. So fühlte sie sich unverstanden und war enttäuscht. "Das ärgert mich" (G.N. 16a), sagte sie. Ein Jahr nach dem Schlaganfall könne sie nun mit der einen gebliebenen Freundin wieder über alles sprechen und die Kommunikation sei wieder fast wie vorher. Den Weg hierhin beschrieb G.N. als sehr schwer. Diese Freundin hätte sich aber regelmässig gemeldet und sie hätten zusammen viel Zeit verbracht, sodass die Freundschaft dennoch erhalten geblieben sei. Bezüglich der Zukunft meinte sie: "Ich wünsche mir, dass meine eine Freundin für mich da ist, so wie ich auch für sie da bin" (G.N. 21d) (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B.: Er berichtete, dass er auch nach dem Unfall mit seinen Freunden vor allem Dinge unternehmen und die Welt entdecken wolle. Gespräche seien ihm weniger wichtig als gemeinsame Aktivitäten. Probleme hätte er auch früher nicht mit anderen besprochen. "Mit 23 Jahren kennt man keine Probleme" (C.B. 8a), meinte er. Heute schätze C.B. an seinen Freundschaften sehr, dass sie auf Gegenseitigkeit beruhen würden. Seine Freunde seien wichtige Ansprechpersonen, an die er sich immer wenden könne. Noch immer seien ihm gemeinsame Unternehmungen sehr wichtig. So belasten ihn die

Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sehr (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

4.3.2 Interpretation der Aussagen

Aufgrund der Aphasie sind Veränderungen in der Kommunikation nahezu zwingend (vgl. Kap. 2.3). Wechselwirkungen von Kommunikation und zwischenmenschlichen Beziehungen sowie erhebliche Konsequenzen einer Aphasie auf Freundschaften können bestätigt werden (Kap. 2.5.3). Der erste Teil der Hypothese kann damit verifiziert werden. Diese Veränderungen werden nicht von allen Probanden gleich wahrgenommen, da die Betroffenen und deren Freunde unterschiedliche Wege gefunden haben, damit umzugehen. Im Prozess der Krankheitsbewältigung stehen die Probanden nicht am gleichen Punkt. Nicht alle haben dieselben persönlichen und kontextuellen Ressourcen, welche sie bei der Adaption der neuen Situation unterstützen können (vgl. Kap. 2.6.). Allgemein wurden in unserer Befragung keine expliziten Aussagen über die veränderte Kommunikation unter Freunden getätigt. Aufgrund der Aussagen aus den Interviews muss der zweite Teil der Hypothese falsifiziert werden. In den gebliebenen Freundschaften fühlen sich die Probanden mehrheitlich verstanden. Dies erklären wir uns damit, dass das Gefühl des Verstanden-Werdens auch bei sprachgesunden Menschen ein Grund ist, ob zwei Menschen befreundet sind oder nicht. Das gegenseitige Verständnis erweist sich unabhängig von der Aphasie als wichtig (vgl. Kap. 2.5.1). Die gebliebenen Freundschaften sind diejenigen, bei denen sich die Betroffenen verstanden fühlen. Diese Freunde scheinen demnach ebenfalls neue Wege gefunden zu haben, um die betroffene Person neu anzunehmen und mit den qualitativen Veränderungen in der Kommunikation umzugehen. Die Verständigung gelingt hier trotz und mit Aphasie (vgl. Kap. 2.5.3).

J.F. fühlt sich von ihren Freunden und ihrem Umfeld mehrheitlich verstanden und sie kann mit ihnen ihre Sorgen besprechen. C.K. und G.N. berichteten jedoch, dass sie sich in ihrem Umfeld teilweise unverstanden fühlen würden. Aufgrund nonverbaler Gesprächsanteile (z.B. Klang der Stimme, Körperhaltung) lesen wir zwischen den Zeilen, dass C.K. und G.N. das Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens bei für sie wichtigen Personen als bedrückend empfinden. Daneben beantwortete C.B. unsere Frage zum Verständnis nicht direkt. Ihm scheinen Aktivitäten in Freundschaften Priorität zu haben. Daher glauben wir, dass für ihn das Gefühl des Verstanden-Fühlens weniger durch gute Kommunikation als durch gemeinsame Aktivitäten entsteht.

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Gefühl des Verstanden-Werdens für gute Freundschaften zentral ist. Was jedoch unter diesem Gefühl verstanden wird, ist sehr individuell und von den jeweiligen Bedürfnissen abhängig (vgl. Kap. 2.5.1.).

4.4 Hypothese 4

Aus Angst ziehen sich Aphasiebetreffende aus sozialen Kreisen zurück und meiden Kommunikationsanlässe. Das Knüpfen neuer Kontakte fällt ihnen schwer und wird gemieden.

4.4.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: Sie berichtete, dass sie im Kontakt mit fremden Menschen direkt von ihrem Unfall und den damit einhergehenden Sprachschwierigkeiten erzählen würde. Die Menschen würden ihr dann stets sehr hilfsbereit begegnen, ihre Sprache verlangsamen und empathisch reagieren. "Sehr viele Menschen waren nett zu mir" (J.F. 20h) (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll C.F.).

C.K.: Sie meide den Kontakt mit unbekanntem Personen: "Ich gehe nicht auf fremde Menschen zu" (C.K. 24b). Die Gesellschaft wisse ihrer Meinung nach zu wenig über Aphasie, wodurch sie sich oft falsch verstanden fühle. C.K. zog sich aus diesen Gründen aus Freundeskreisen zurück. Ihr sei es unangenehm, dass andere Rücksicht auf sie nehmen müssten: "Ich habe auch ein schlechtes Gewissen, wenn mich Freunde zu Hause abholen müssen" (C.K. 11e). Sie habe auch Angst davor, dass sie nicht richtig verstanden würde oder die Freunde nicht wüssten, welche Hilfe sie brauche: "Ich frage lieber nicht" (C.K. 11f). Menschen sollten ihrer Meinung nach besser über Aphasie Bescheid wissen, damit den Betroffenen die Kommunikation erleichtert werden kann. Deshalb wünschte sie ausdrücklich: "Aphasie muss bekannter werden" (C.K. 41a) (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: Innerhalb der Klinik fühle sich G.N. von ihrem Umfeld verstanden und sie trete gerne mit anderen Patienten in Kontakt. In der Rehaklinik habe sie auch neue Freunde gefunden: "Die Freunde aus der Reha akzeptieren mich so, wie ich bin" (G.N. 13b). Für die Zukunft wünsche G.N. sich wieder mehr neue Freunde, sie möchte aber keinen Kontakt mehr zu den alten Freunden (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll F.N.).

C.B.: Für ihn sei es einfacher mit neuen Personen ins Gespräch zu kommen, weil dort kein Vorwissen bestehe. "Bei Menschen, die man neu kennenlernt, ist es wie eine neue Chance" (C.B. 12b), sagte er. C.B. suchte sich nach der Hirnblutung neue Freunde. Aufgrund seiner Sprachstörung habe ihm das Knüpfen neuer Kontakte zunächst eine Hürde dargestellt: "Am Anfang ist es mir sehr schwergefallen, auf andere Menschen zuzugehen. Ich habe mich nicht getraut" (C.B. 17f). Durch Verbesserungen der Sprache und durch positive Erfahrungen mit fremden Menschen sei ihm schliesslich die Kontaktaufnahme immer leichter gefallen. Heute ist er überzeugt: "Es ist ganz wichtig, dass man sich wieder traut" (C.B. 17e) (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

4.4.2 Interpretation der Aussagen

Aus den Antworten der Probanden lässt sich herauskristallisieren, dass Erfahrungen im Kontakt mit sprachgesunden Gesprächspartnern ausschlaggebend dafür sind, ob sie Ängste vor Kontakten

entwickeln. Aus Erfahrungen entstehen Erwartungshaltungen und Ängste, die das Kommunikationsverhalten stark beeinflussen (vgl. Kap. 2.4.3.). Macht ein Aphasiebetroffener die Erfahrung, als Mensch oder in konkret sprachlichen Situationen nicht verstanden zu werden, führt dies zu einem Rückzugsverhalten (vgl. Kap. 2.5.2). Bei J.F. trifft die Hypothese nicht zu. Aufgrund positiver Erfahrungen und einem starken Selbstvertrauen scheut sie sich nicht vor neuen Kontakten oder Gesprächen mit unbekannt Personen. Ihre positive Haltung stellt hier eine grosse Ressource dar (vgl. Kap. 2.6.1). Auch bei G.N. kann die Hypothese nicht bestätigt werden. Sie befindet sich noch im Schonraum der Rehaklinik, wo sie im Kontakt zu Gleichgesinnten keine Furcht empfindet. Vermutlich wird durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund das gegenseitige Verständnis für die neue Lebenssituation erleichtert. In einem Umfeld mit wenig Wissen über Aphasie werden Sprachbeeinträchtigungen schnell mit geistiger Behinderung verwechselt. Dort ist das Risiko für die Betroffenen deutlich höher, an Ängsten und Überforderung zu leiden (vgl. Kap. 2.4.4). Bei C.B. fand eine interessante Entwicklung statt: Zu Beginn der Erkrankung bereitete ihm das Kommunizieren mit fremden Personen Mühe. Mit der Zeit konnte er durch positive Erfahrungen seine Angst abbauen und neue Glaubenssätze verinnerlichen. Dies scheint bei ihm eine funktionierende Bewältigungsstrategie zu sein (vgl. Kap. 2.6.1). So traf bei ihm die Hypothese nur zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns zu. An C.B. kann exemplarisch der langjährige Prozess der Bewältigung der Aphasie und der psychosozialen Folgen veranschaulicht werden (vgl. Kap. 2.6). Bei C.K. hingegen trifft die Hypothese zu. Sie meidet Kontakte aus Angst, nicht richtig verstanden zu werden. Diese Angst sorgt sogar dafür, dass sie sich aus Freundschaften zurückzieht. Wir vermuten, dass negative Erfahrungen und das Gefühl, nicht als ganzer Mensch wahrgenommen zu werden, ursächlich wirken. Daraus können Sprechangst, Scham und Minderwertigkeitsgefühle entstehen (vgl. Kap. 2.4.3). Gerade das Unwissen über Aphasie bereitet C.K. grosse Sorgen. Auch bei ihr wird deutlich, welchen Einfluss die Einstellung des Umfeldes auf das innere Wohlbefinden und die damit einhergehenden Folgen haben kann (vgl. Kap. 2.4).

4.5 Hypothese 5

Freundschaften, die nach dem Krankheitsbeginn geschlossen wurden, werden von den Aphasiebetroffenen als weniger innig und tief wahrgenommen.

4.5.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: Freunde seien ihr allgemein sehr wichtig, meinte J.F. Sie habe auch nach dem Unfall neue Freunde gefunden, beispielsweise an ihrem heutigen Arbeitsplatz. Der Kontakt zu den Freunden, welche sie erst nach dem Unfall kennengelernt habe, sei nicht anders. Er sei genauso eng wie mit Freunden, die sie schon vor dem Unfall hatte. "Manchmal haben wir es lustig miteinander und manchmal sprechen wir über ernste Themen" (J.F. 8d), meinte J.F. (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K.: Auf die Frage, ob sie nach der Erkrankung neue Freunde gewinnen konnte, antwortete C.K. mit einem starken "Ja" (C.K. 23a). "Im Dorf habe ich neue Freunde kennengelernt" (C.K. 23b), sagte sie. Auch die Freundin ihres Kollegen lernte sie erst nach ihrer Erkrankung kennen. Sie sei ihr eine gute Freundin geworden (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: In der Reha habe G.N. neue Menschen kennengelernt, mit denen sie viel sowohl persönlich als auch über Apps (WhatsApp) kommuniziere. Besonders ihre Zimmernachbarin in der Reha sei ihr eine neue Freundin geworden, mit der sie über alles sprechen könne und die sie so akzeptiere, wie sie sei. "Sie lässt mich ausreden und fällt mir nicht ins Wort" (G.N. 15b), sagte sie. Daneben beschrieb sie den Kontakt zu anderen Menschen in der Reha wie folgt: "Mit den anderen Leuten in der Reha kann ich nicht über alles reden. Da ist es eher oberflächlich" (G.N. 14b) (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B.: Sobald er nach seiner Hirnblutung wieder besser sprechen konnte, habe er sich neue Freunde gesucht und diese auch gefunden. Am Anfang sei die Verständigung schwierig gewesen, meinte er. Mittlerweile ginge das aber relativ gut. "Da bin ich froh" (C.B. 11c), sagte er dazu. (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

4.5.2 Interpretation der Aussagen

Alle Probanden haben neue Freunde gefunden. Auch wenn durch die Kommunikationsbeeinträchtigungen das Knüpfen neuer Kontakte erschwert wird, sind neue Freundschaften demnach nicht unmöglich (vgl. Kap. 2.5.2).

Bei J.F. trifft die Hypothese nicht zu. Sie beschrieb ihre Freundschaften, die nach der Aphasieerkrankung entstanden, als genauso eng. C.K. und C.B. äusserten sich nicht über die Tiefe der neuen Freundschaften. Da sie keine negativen Gefühle gegenüber neuen Freunden zeigten, können wir die Hypothese ebenfalls nicht verifizieren. G.N. hat innerhalb des Schonraums Reha eine gute neue Freundin gefunden. Diese Beziehung beschreibt sie als eng. Kontakte zu anderen Rehapatienten empfindet sie als eher oberflächlich.

Bei allen Probanden ausser bei G.N. konnten mehrere enge Freundschaften entstehen. Dies kann darauf hindeuten, dass der Zeitfaktor bezüglich Tiefe und Vertrauen eine wichtige Rolle spielt. Vielleicht hätten die Probanden J.F., C.K. und C.B. kurz nach Erkrankungsbeginn andere Antworten gegeben.

Nach Weikert (2004) hat der Schweregrad einer Störung einen grossen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung (vgl. Kap. 2.6). Da unsere Probanden über sprachliche Kompetenzen verfügen, die über basale Themen hinausreichen, können sie auch weiterhin tiefere Gespräche führen. Da Kommunikation für Beziehungen ausschlaggebend ist, stellen bessere Kommunikationsfähigkeiten auch grössere Ressourcen bei der Herstellung von Nähe und Tiefe in Freundschaften dar (vgl. Kap. 2.5.3).

Alle Lebensbereiche haben sich durch die Aphasie stark verändert und viele Bedingungen sind ganz anders. Ein isolierter Vergleich zwischen Freundschaften vor und nach der Aphasieerkrankung ist deshalb für die Probanden schwierig zu ziehen. Dennoch hat sich die Hypothese in diesen vier Interviews eher nicht bestätigt. Wir vermuten, dass neue Freundschaften dann entstehen, wenn trotz andersartiger Kommunikation Verständigung möglich ist. Kann dieses Gefühl des Verstanden-Werdens erreicht werden, kann sich die Beziehung zu einer tiefen Freundschaft entwickeln (vgl. Kap. 2.5.3).

4.6 Hypothese 6

Die logopädische Therapie bietet den Aphasiebetroffenen zu wenig Unterstützung bei der Aufrechterhaltung von Freundschaften. Betroffene wünschen sich in der Therapie einen grösseren Einbezug des Umfeldes, sowie einen stärkeren Fokus auf Dialog- und Kommunikationsfähigkeiten.

4.6.1 Erfahrungen der Probanden

J.F.: Sie erlebt Telefonate mit fremden Menschen als am schwierigsten. Deshalb übe sie im Moment in der Logopädie das Telefonieren mit fremden Menschen. Da sie selbst noch Mühe mit dem Sprechen habe, wäre ihr grösster Wunsch, "normal sprechen" (J.F. 21a) zu können. Hierbei könne ihr die Logopädie helfen. Auf die Frage, ob die Logopädie bei der Kommunikation mit Freunden Unterstützung bieten sollte, meinte sie: "Sie (die Logopädie) muss mir auch nicht helfen, weil ich bereits genug Freunde habe" (J.F. 17a). Freunde in die Therapie einzuladen fand J.F. eine gute Idee: "Viele Leute haben zuerst wenig Ahnung" (J.F. 15b). Diese könnten dann Betroffene besser verstehen und die Therapieinhalte besser nachvollziehen. An Gruppentherapien und Selbsthilfegruppen habe sie persönlich kein Interesse, da sie bereits genügend Kontakte hätte. Sie fände die Idee aber nicht per se schlecht. Sie erzählte von einem Bekannten aus der Reha, dem sie eine Selbsthilfegruppe gegen Einsamkeit empfehlen würde (vgl. Anhang, III.I Interviewprotokoll J.F.).

C.K.: In der Logopädie habe man versucht, mit C.K. In-Vivo-Therapie zu machen, jedoch wollte sie keine Fremden ansprechen. "Das ist mir unangenehm" (C.K. 31b), meinte sie. Anfangs sei C.K. sehr froh um die Unterstützung der Logopädie gewesen. Auch fand sie es wertvoll, dass ihre Mutter und ihr Ehemann sie ab und zu in die Therapie begleiten konnten. Dennoch meinte sie, die Therapeuten sollten den Betroffenen öfters die Möglichkeit bieten, Angehörige und Freunde in die Therapie einzuladen. Sie besuchte auch Gruppentherapien, die sie hilfreich fand. Jedoch wurde es ihr in Gruppentherapien meist schnell zu viel und zu laut: "Wenn Leute durcheinander sprechen, kann ich nicht mehr folgen" (C.K. 36b). Mittlerweile habe sie die Therapien beendet. Selbsthilfegruppen erlebe sie als angenehmer, da dort jeweils nur eine Person auf einmal sprechen dürfe. "Auch den anderen in der Selbsthilfegruppe geht es ähnlich wie mir" (C.K. 37b), sagte sie. Dennoch sei sie froh, dass jetzt aufgrund der Corona-Pandemie jeweils nur fünf Personen an den Treffen der Selbsthilfegruppe anwesend seien. Die Treffen

würden ihr helfen aus dem Haus und unter Menschen zu kommen. Auch müsse sie sich hier nicht verstellen: “Die Leute dort in der Selbsthilfegruppe verstehen mich. Sie wissen, warum man plötzlich anders handelt oder sich anders verhält“ (C.K. 6b). Die Logopädie könne helfen, Aphasie bekannter zu machen. “Die Leute müssen verstehen, dass es nicht nur das Sprechen ist, sondern auch das Rechnen, die Konzentration und alles“ (C.K. 41a), meinte sie. Die Menschen müssten verstehen, was das Störungsbild Aphasie für das gesamte Leben bedeuten könne (vgl. Anhang, III.II Interviewprotokoll C.K.).

G.N.: Die Frage, ob die Logopädie ihr helfen könne, den Kontakt zu Freunden zu verbessern, verneinte G.N. “Die Logopädie soll einfach die Sprache und das Sprechen verbessern. Dafür gehe ich hierhin“ (G.N. 18a), meinte sie. Ausserdem möchte sie nicht, dass Freunde sie in die Therapie begleiten (vgl. Anhang, III.III Interviewprotokoll G.N.).

C.B.: Auf die Frage, was die Logopädie für den Erhalt von Freundschaften beitragen könnte, überlegte C.B. lange. Schliesslich meinte er: “Die Logopädie könnte mehr Selbsthilfegruppen fördern“ (C.B. 17b). Er selbst leite eine Selbsthilfegruppe und finde diese gut, da dort Gleichgesinnte aufeinandertreffen. Neue Kontakte und Freundschaften könnten entstehen. Weiter meinte er: “Gruppentherapien könnten sicherlich helfen“ (C.B. 19a). Die Frage, ob man auch Freunde in die Therapie einladen könnte, bejahte er: “Das finde ich eine gute Idee, wenn das der Betroffene möchte“ (C.B. 18a). Der Idee, soziale Medien in der Logopädie zu thematisieren, sei er nicht abgeneigt. Das wichtigste sei jedoch: “Man sollte herausfinden, was die Betroffenen wollen“ (C.B. 20b). Dies solle schliesslich in die Therapie einfließen (vgl. Anhang, III.IV Interviewprotokoll C.B.).

4.6.2 Interpretation der Aussagen

Die Hypothese kann nicht bestätigt werden, denn die Probanden sehen in der Logopädie nach wie vor primär die Möglichkeit zur Verbesserung der Sprache. Die Möglichkeit, Freunde mit in die Therapie einzuladen und in die Dialogarbeit mit einzubeziehen, kennen alle aus ihrer Therapie nicht. Der Vorschlag, Freunde in den therapeutischen Prozess zu integrieren, fand aber bei J.F., C.K. und C.B. positiven Anklang. Für G.N. wäre die Teilnahme von Freunden an der Therapie unangenehm. J.F. empfindet diese Möglichkeit als ansprechend. Sie sieht für sich persönlich jedoch keinen Nutzen darin, da sie mit ihrem Umfeld und ihren Freundschaften bereits glücklich ist. C.K. wünscht sich durch die Logopädie mehr Aufklärungsarbeit, um von ihrem Umfeld besser verstanden zu werden. Diese müsste das Störungsbild Aphasie in der Gesellschaft bekannter machen, da sich dadurch auch die Situation für Betroffene verbessern könnte (vgl. Kap. 2.5.2 & 2.7.3). Durch den Einbezug des sozialen Umfeldes in die Therapie könnte dieses Nichtwissen reduziert werden (vgl. Kap. 2.7). Das Angebot Gruppentherapie bewerteten alle Probanden als positiv, das Interesse daran schien allerdings unterschiedlich ausgeprägt. So sieht J.F. für sich persönlich keinen Nutzen darin, findet aber die Möglichkeit zu Kontakt mit Gleichgesinnten sinnvoll (vgl. Kap. 2.7.5). C.B. wünscht sich zusätzlich zur Gruppentherapie vermehrt

Selbsthilfegruppen. Auch C.K. spricht positiv über Selbsthilfegruppen, da sie sich dort verstanden fühlt (vgl. Kap. 2.6.2 & Kap. 2.7.5).

Es wird insgesamt deutlich, dass die in der Theorie präsentierten, kommunikationsorientierten Therapiemethoden in der Praxis noch nicht ausreichend zum Zug kommen. Auch werden Betroffene und Angehörige vermutlich noch zu wenig in den Therapieprozess eingebunden. Hier scheint die Kritik bestätigt, dass die Logopädie zu kontextunabhängig arbeitet (vgl. Kap. 2.7). Wir sehen aus logopädischer Sicht grosses Verbesserungspotenzial (vgl. Kap. 2.7.4). Zu beachten gilt es hierbei, dass nicht alle Patienten die gleichen Bedürfnisse haben. Am Beispiel von G.N. lässt sich aufzeigen, dass sich nicht alle die Therapieteilnahme von nahestehenden Personen oder eine dialogorientierte Therapie wünschen. Der Einbezug der Betroffenen und deren Wünschen hat deshalb unserer Meinung nach für die Therapieplanung oberste Priorität (vgl. Kap. 2.7).

4.7 Beantwortung der Fragestellungen

Da durch die Aphasie komplexe und zusammenhängende Veränderungen in psychosozialen und kommunikativen Bereichen entstehen, können die Fragestellungen nicht allgemeingültig beantwortet werden. Jeder Betroffene wird im Rehabilitationsprozess durch andere Probleme und Ressourcen gelenkt. Zu beachten gilt stets der gesamte Lebenskontext sowie das individuelle Störungsbild. Bei der Auswertung der Interviews konnten deshalb auch die Hypothesen nicht immer eindeutig bestätigt oder falsifiziert werden. Jedoch konnten folgende Erkenntnisse aus der Verknüpfung der Theorie und den Interviews zusammengefasst sowie graphisch dargestellt werden.

4.7.1 Forschungsfrage 1: Inwiefern werden Freundschaften durch eine Aphasie nach einem neurologischen Ereignis verändert?

1. Der Verlauf der Krankheitsbewältigung nimmt starken Einfluss darauf, inwiefern sich Freundschaften durch die Aphasie verändern und wie diese Veränderungen von der betroffenen Person wahrgenommen werden.
2. Die Veränderung der Tiefe und Qualität einer Freundschaft durch eine Aphasie ist abhängig von persönlichen Faktoren (Bewältigung, Motivation, Selbstwert, Einstellungen, psychische Folgen etc.) und Faktoren des Umfeldes (psychosoziale Veränderungen im sozialen, beruflichen, familiären und freizeitlichen Bereich). Bei der Mehrheit der Betroffenen werden viele Freundschaften oberflächlicher wahrgenommen. Die bleibenden Freundschaften werden als innig erlebt.
3. Aufgrund aller Veränderungen im gesamten Lebenskontext ist tendenziell eine Reduktion der Anzahl Freundschaften beobachtbar.

4. In Freundschaften scheint das Gefühl des sich Verstanden-Fühlens zentral. Damit Freundschaften bestehen, sollte dieses Bedürfnis tendenziell erfüllt werden. Hierfür braucht es gegenseitiges Verständnis sowie eine gelingende Kommunikation über die verbalen Mittel hinaus.



Abbildung 5: Zentrale Erkenntnisse zur ersten Forschungsfrage (Eigene Darstellung, 2021)

4.7.2 Forschungsfrage 2: Welche Unterstützung zur Aufrechterhaltung von Freundschaften wünschen sich Betroffene durch die Logopädie?

1. Ein wichtiges Ziel der Logopädie stellt aus Sicht der Betroffenen die Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten und der Kommunikation dar. Viele kennen allerdings die weiteren Möglichkeiten der Logopädie nicht (Einbezug Sekundärbetroffener, spezifische Methoden zur Therapie von Kommunikation und Dialog etc.). Diese Ansätze scheinen in der Praxis noch nicht Fuß gefasst zu haben. Deshalb ist es wichtig, den Betroffenen die Möglichkeiten der Logopädie aufzuzeigen.
2. Die Betroffenen wollen mehr in therapeutische Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Es soll vermehrt nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt werden und daraus eine individuell abgestimmte Intervention stattfinden.
3. Eine weitere Aufgabe der Logopädie könnte es sein, das Störungsbild Aphasie und dessen möglichen Folgen in der allgemeinen Gesellschaft bekannter zu machen. Dies könnte zu einer Reduktion der Ängste und zu weniger Kontaktabbrüchen im sozialen Umfeld führen.

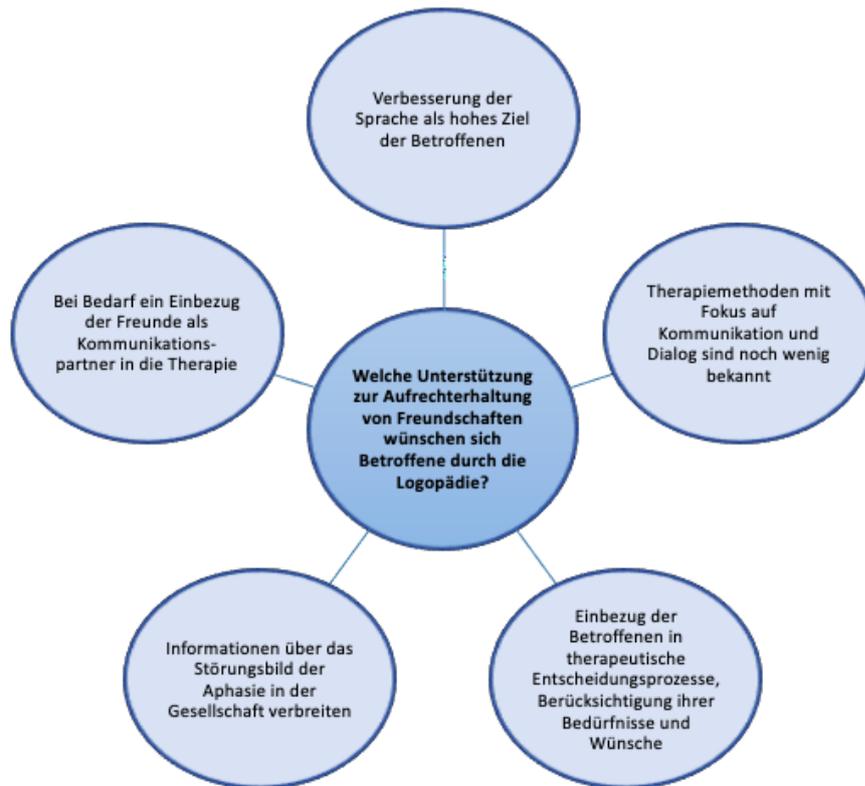


Abbildung 6: Zentrale Erkenntnisse zur zweiten Forschungsfrage (Eigene Darstellung, 2021)

5. Diskussion: Schlussgedanken und Ausblick

5.1 Zusammenfassung und Fazit

Sprache und Kommunikation sind Schlüsselfunktionen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Aphasie ist ein komplexes Störungsbild, das weit über sprachliche Beeinträchtigungen hinausreicht, zahlreiche psychosoziale Folgen mit sich bringt und das gesamte Leben auf den Kopf stellen kann. Hierzu gehören neben den Veränderungen der Kommunikation familiäre, partnerschaftliche, berufliche, psychische und soziale Veränderungen, die stets ineinandergreifen und nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Je nach Alter und Lebensphase sind Betroffene vor diverse Herausforderungen gestellt.

Die vorliegende Bachelorarbeit legt ihren Fokus auf die Veränderungen von Freundschaften. Durch eine Aphasie kann es hierbei zu asymmetrischen Beziehungsstrukturen oder gar zu Verlusten von Freundschaften kommen. Mit veränderter Kommunikation ändern sich auch die qualitativen Eigenschaften einer Freundschaft. Die Ursachen hierfür sind ebenso vielfältig und individuell vom Menschen, seiner Krankheitsbewältigung sowie seinem Lebenskontext abhängig.

In der Logopädie ist es deshalb neben der Verbesserung der Sprache von grosser Wichtigkeit, die kommunikativen und dialogischen Fähigkeiten zu erfassen und therapieren. Dialoge entstehen immer aus mehreren Gesprächspartnern, weshalb es wenig Sinn macht, nur die sprachbeeinträchtigte Seite zu therapieren. Der Einbezug der sprachgesunden Gesprächskontakte ist wichtig, um das oberste Ziel der barrierefreien Teilhabe verfolgen zu können. So können Freundschaften als Teil des sozialen Umfeldes auf verschiedene Weise eine grosse Ressource im Heilungsprozess darstellen. Gruppentherapien und Selbsthilfegruppen können ein weiteres soziales Umfeld bilden, in dem sich neue Freundschaften entwickeln können. Zwischenmenschliche Kontakte sind essentiell für das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität. Sie beeinflussen die Gesundheit, weshalb eine Stabilisierung sozialer Kontakte wichtig ist. Die Logopädie kann dies durch Dialogtraining unterstützen. Hierbei ist es unumgänglich, die Betroffenen in die Entscheidungsfindung und Therapieplanung einzubeziehen und sie nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zu fragen.

Die Leitfadeninterviews mit vier jungen Aphasiebetroffenen zwischen 22 und 45 Jahren haben aufgezeigt, wie individuell die persönlichen Erfahrungen mit Freundschaften erlebt werden. So konnten die Hypothesen nicht allgemeingültig beantwortet werden, da sich bei jedem Probanden unterschiedliche Entwicklungen in allen Lebensbereichen ergaben. Dies zeigt auf, dass es für die Therapie umso wichtiger ist, den gesamten Kontext zu erfassen. Risiken und Ressourcen sollten in Erfahrung gebracht werden, um die benötigte Unterstützung bieten zu können.

Allen Probanden ist das Gefühl des Verstanden-Werdens (sprachlich und im weiteren Sinne als ganzen Menschen) und Liebe um seiner Selbst willen ausschlaggebend für die Einschätzung der

Freundschaftsqualität. Auch korrelieren die Antworten der Probanden mit ihrer Lebenseinstellung: Hat eine Person eine positive Lebenseinstellung und eine stabile psychische Verfassung, so scheint sie auch zufriedener mit ihren Freundschaften zu sein. Uns fällt zudem auf, dass die Probanden zu Beginn ihrer Erkrankung tendenziell mehr Schwierigkeiten im Umgang mit der Situation hatten. Mit der Zeit, wenn durch positive Erfahrungen die Erkrankung besser akzeptiert werden kann, stellt sich meist mehr Zufriedenheit und Selbstvertrauen ein. Dies wiederum beeinflusst das Kommunikationsverhalten und damit auch die Qualität der zwischenmenschlichen Kontakte und Freundschaften positiv. Wenn Kommunikation trotz der Aphasie gelingt, wird das Gefühl des Verstanden-Werdens erlebt. In diesen Fällen bleiben die zwischenmenschlichen (Freundschafts-) Beziehungen meist bestehen. Freundschaftsverluste üben hingegen einen negativen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung aus. In Freundschaften stecken also sowohl Risiken als auch Ressourcen für den Verlauf der Rehabilitation.

Zudem bestätigte sich in den Interviews die Theorie, dass die Logopädie sehr sprachfokussiert therapiert. Ein kontaktorientiertes Vorgehen könnte die Ressourcen des Umfeldes, insbesondere auch von Freundschaften, für die Krankheitsbewältigung effektiver nutzen. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollten bei der Planung an oberster Stelle stehen, denn nicht alle wünschen sich einen starken Einbezug ihres sozialen Umfeldes in die Therapie.

Wichtig erscheint uns, dass durch positive Erfahrungen die Sprechangst und andere psychische Belastungen abgebaut werden können. Hier könnte die Logopädie in einem geschützten Rahmen erfolgreiche Erfahrungen in der Kommunikation mit nahestehenden Personen ermöglichen. Die Erarbeitung einer positiven Einstellung gegenüber Kommunikation könnte dann eine wichtige Basis für den weiteren Therapieerfolg darstellen. Zusätzlich könnte die Logopädie Aufklärungsarbeit leisten, sodass das soziale Umfeld ein breiteres Wissen über Aphasie und deren Folgen erhält.

5.2 Reflexion und Ausblick

Die Auseinandersetzung mit Aphasie und ihren psychosozialen Folgen empfanden wir als sehr spannend. Die Arbeit ermöglichte neue Sichtweisen auf das für uns wichtige Thema Freundschaft. Die im Zentrum dieser Bachelorarbeit stehenden Fragestellungen konnten durch die theoretische Auseinandersetzung und den Bezug zu den Interviews beantwortet werden. Eine Herausforderung stellte es für uns dar, die vielseitigen Zusammenhänge aller persönlichen und kontextuellen Bereiche von Aphasie übersichtlich aufzuzeigen, ohne diese zu stark zu vereinfachen. Durch die Komplexität und Fülle an Informationen und dem Versuch, das Thema aus möglichst vielen Blickwinkeln zu betrachten, sind inhaltliche Wiederholungen unumgänglich. Auch das Herauskrystallisieren von klaren Hypothesen, die die wichtigsten Informationen abdecken, fiel uns zu Beginn nicht leicht. Sie waren auch zum Teil nicht klar genug formuliert, was die Auswertung der Interviews erschwerte.

Spannend waren die Gespräche mit den Aphasiebetroffenen, die uns die Individualität der Krankheitsverläufe aufgezeigt haben. Die Begegnungen empfanden wir als sehr bereichernd und eine wichtige Ergänzung zur theoretischen Auseinandersetzung. Es erscheint enorm wichtig, den Betroffenen eine Stimme zu geben und die Freundschaftsthematik nicht nur aus unserer sprachgesunden Sicht zu schildern. Schwierig war in den Gesprächen das Einschätzen der sprachlichen Fähigkeiten unserer Gegenüber: Haben sie immer verstanden, was wir von ihnen wissen wollten? Konnten wir wiederum ihre Antworten richtig verstehen? Die Gespräche waren zudem inhaltlich anspruchsvoll. Die relevanten Themen wie Empfindungen und Gefühle setzten ein abstrakteres Denk- und Sprachvermögen voraus. Zudem ist das Thema Freundschaft sehr privat. Das Sprechen über diese Themen ist demnach mit eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten zusätzlich erschwert. Bei der Auswertung der Interviews stellten wir fest, dass teilweise gezieltere Nachfragen sinnvoll gewesen wären.

Spannend für die weiterführende Forschung wäre eine Untersuchung der Freundschaftsqualität in der akuten Phase der Aphasie. Da eine Beziehung je nach Perspektive ganz unterschiedlich erlebt wird, wäre es zudem interessant, auch sprachgesunde Freunde von Aphasiebetroffenen zu befragen. Die Analyse allfälliger Diskrepanzen würden wir als weiterführende Arbeit spannend finden.

Literaturverzeichnis

- Audeoud, M. (2019). *Qualitative Erhebungsmethoden*. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript vom 05.03.2019, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Bucher, P. O. & Boyer, I. (2014). ICF in der Aphasietherapie: Ambulante Neurorehabilitation. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.) (S. 171-190). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Dettmers, S. (2014). *Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke*. Berlin: Budrich UniPress.
- Fleischmann, I. & Weikert, K. (2004). Aphasie und Sprechangst: Wenn Angst zum Kommunikationsproblem wird. In K. Weikert (Hrsg.), *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und Angehörigen* (S. 38-55). Köln: Prolog.
- Friede, S. & Gröne, B. (2014). ICF-CY bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.) (S. 103-115). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.) (2014a). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (2014b). Einführung in die ICF. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.) (S. 11-25). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2014). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.) (S. 131-148). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

- Jooss, B. (2004). Aphasie und Krankheitsverarbeitung. *Schriftenreihe Jugendwerk*, 22, 1-80.
- Masoud, V. (2009). *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Moriz, M., Geissler, M. & Grewe, T. (2014). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. Aufl.) (S. 149-169). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Moser, H. (2015). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung* (6. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2014). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel* (6. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Schulze, N. (2013). *Zur Ermittlung psycho-sozialer Veränderungen bei Aphasie. Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des psychischen Wohlbefindens von Aphasikern und deren Angehörigen*. Hamburg: Dr. Kovač Verlag.
- Schütz, S. (2013). *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Siegler, R., Eisenberg, N., De Loache, J. & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4.Aufl.). Berlin: Springer.
- Steiner, J. (2010). Z-FAKA, *Zürcher Fragebogen zur Aktivität und Kommunikation im Alltag*. Verfügbar unter https://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_Expertenwissenonline/Sprache_und_Demenz/Z-FAKA_sprachanamnese_062018_str_nb.pdf
- Steiner, J. (2014). Z-CADA, *Zürcher Checkliste für Alltagsdialoge. Erfassung der Alltagskommunikation*. Verfügbar unter https://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_Expertenwissenonline/Sprache_und_Demenz/Z-CADA_dialogbeobachtung_062018_str_nb.pdf

Steiner, J. (2016). Praxis einer dialogischen Aphasiediagnostik und –therapie. In J. Steiner (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments* (S. 71-87). Bern: SZH/CSPS.

Steiner, J. & Rodenkirch, S. (2016). START SMART PARTS. Kontextbezogene Therapieplanung. In J. Steiner (Hrsg.), *Aphasie im Kontext. Einführung in die Praxis des alltagsorientierten Empowerments* (S. 137-154). Bern: SZH-Verlag.

Vedder, B. (2017). *Neue Freunde. Über Freundschaft in Zeiten von Facebook*. Bielefeld: Transcript.

Weikert, K. (2004). Zur psychosozialen Situation von Aphasikern und ihren Angehörigen. In K. Weikert (Hrsg.), *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und Angehörigen* (S. 12-36). Köln: Prolog.

Wiesweg, I. (2004). Aphasie im Jugendalter – was tun? In K. Weikert (Hrsg.), *Auf einmal hat sich alles geändert. Beratung bei psychosozialen Problemen von Aphasikern und Angehörigen* (S. 110-121). Köln: Prolog.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICF-Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (vgl. Grötzbach Hollenweger Haskell & Iven, 2014b, S. 13).....	10
Abbildung 2: Multimodale Kommunikation (vgl. Schütz, 2013, S. 26).....	19
Abbildung 3: Darstellung der Komplexität der Einflussfaktoren auf Veränderungen von Freundschaften bei Aphasie (Eigene Darstellung, 2021)	28
Abbildung 4: Ausschnitt aus dem Leitfaden (Eigene Darstellung, 2020) (vgl. Anhang, II. Leitfaden) ...	32
Abbildung 5: Zentrale Erkenntnisse zur ersten Forschungsfrage (Eigene Darstellung, 2021)	48
Abbildung 6: Zentrale Erkenntnisse zur zweiten Forschungsfrage (Eigene Darstellung, 2021)	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausschnitt aus der Literaturrecherche (vgl. Anhang IV)	6
---	---

Anhang

Inhaltsverzeichnis

<i>I. Infoschreiben</i>	<i>II</i>
<i>II. Leitfaden</i>	<i>III</i>
<i>III. Interviewprotokolle</i>	<i>VI</i>
<i>III.I. Interviewprotokoll J.F.</i>	<i>VI</i>
<i>III.II. Interviewprotokoll C.K.</i>	<i>XI</i>
<i>III.III Interviewprotokoll G.N.</i>	<i>XVII</i>
<i>III.IV Interviewprotokoll C.B.</i>	<i>XIX</i>
<i>IV. Literaturrecherche</i>	<i>XXII</i>
<i>V. Erklärungen zu wissenschaftlichen Arbeiten an der HfH</i>	<i>XXV</i>

I. Infoschreiben

Wir suchen Sie!

Freundschaften sind uns allen wichtig im Leben. Mit Freunden können wir uns austauschen und tolle Sachen erleben. Auch für Menschen mit Aphasie sind Freundschaften von grosser Bedeutung.

Leider gibt es wenig Informationen über den Einfluss von Aphasie auf Freundschaften. Deshalb wollen wir mehr darüber erfahren. Wir heissen Tabea Borner und Anna Walker und studieren Logopädie. Wir schreiben eine Arbeit über Aphasie und Freundschaft.

Diese Fragen stellen wir uns:

- Wie waren Freundschaften vor der Aphasie?
- Wie sind die Freundschaften mit Aphasie?
- Was hat sich verändert?
- Was wünschen sich die Betroffenen?

Wir möchten von Aphasie betroffene Personen befragen und ihre besondere Geschichte erfahren.

Wir brauchen Ihre Hilfe für unsere Arbeit!

Haben Sie Interesse mit uns zu sprechen? Dann melden Sie sich bei uns!

Vorgehen:

Schreiben Sie uns eine E-Mail. Dann können wir einen Termin abmachen. Wir werden telefonieren und Ihnen dann wenige Fragen stellen. Sie dürfen aber auch einfach erzählen. Das Telefonat wird ungefähr eine halbe Stunde dauern. Wir können auch eine Pause machen, wenn Sie diese benötigen. Sie müssen sich nicht vorbereiten.

Das Thema Freundschaft ist sehr persönlich. Deshalb werden wir Ihre Daten anonym behandeln. Ihre Aussagen werden in der Arbeit nicht wortwörtlich abgedruckt. Damit soll Ihre Privatsphäre geschützt werden.

Wenn wir unsere Arbeit abgegeben haben, schicken wir Ihnen eine kurze Zusammenfassung. Auf dem Blatt sind dann die Ergebnisse der Umfrage über Aphasie und Freundschaft dargestellt.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen. Sie wären uns eine grosse Hilfe!

Wir freuen uns von Ihnen zu hören.

Freundliche Grüsse
Anna Walker und Tabea Borner

Kontakt:

E-Mail: bomer.tabea@learnhfh.ch

Telefon: +41 79 580 92 33

II. Leitfaden

Leitfadeninterview

<p>Eröffnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrüßung (Du/Sie klären) - Ziel der Interviews: Herausfinden, was sie über Freundschaften denken und wie sich diese ggf. verändert haben. → Deine ausführliche Sichtweise hören - Zeitrahmen klären - Wohlfühlen sichern (jede Antwort ist super, man kann nichts Falsches sagen. Darf immer Pause machen, wenn diese benötigt wird. Wenn du etwas nicht erzählen willst, ist das kein Problem, bei Nichtverstehen ungeniert nachfragen) - Datenschutz: Dieses Thema ist sehr intim. Wir möchten deshalb, dass sie geschützt sind. Selbstverständlich werden ihre Daten vertraulich behandelt. Wir werden keine Namen veröffentlichen und Ihre Aussagen werden wir nicht 1:1 abdrucken in unserer Arbeit. Ausserdem werden wir, wie bereits besprochen das Gespräch aufzeichnen, um uns jetzt vollständig auf das Gespräch einlassen zu können. Dies werden wir natürlich nicht veröffentlichen. - Allgemeine Infos erfragen: Wie alt bist du? Wann war der Unfall/ Krankheit/seit wann Sprachstörung/Aphasie? Was für ein Ereignis? 	<p>Aufrechterhaltungsfragen/ zum Thema zurückbringen</p> <p>Mh? Ach ja? Paraphrasieren</p> <p>Versuche mal noch mit den Gedanken vor dem Unfall zu sein. Wie war es da? Du darfst auch konkrete Beispiele sagen, wie so ein Tag mit deinen Freunden ausgesehen hat.</p>
	<p>Auf diese Punkte achten, ob sie in der Erzählung vorkommen: → wenn nicht: Nachfragen</p> <p>Bist du ein kontaktfreudiger Mensch? Hast du gerne viele Menschen um dich? Brauchst du viel Zeit alleine? Mit welchen Menschen hast du gerne Kontakt? Welche Menschen sind dir wichtig im Alltag? Was ist dir wichtig im Kontakt mit deinen Freunden?</p> <p>Viel unternommen? Gespräche? War es dir wichtig, deine Sorgen zu teilen? Hattest du viele Freunde? Wie eng waren diese Freundschaften? Habt ihr auch viel geschrieben/ soziale Medien?</p>
<p>Leitfrage</p> <p>Wenn du an deine Freunde denkst: Was fällt dir da spontan dazu ein? Wie fühlst du dich?</p> <p>Denke an die Zeit vor deiner Aphasie/Sprachstörung/deinem Ereignis. Wie würdest du den Kontakt zu deinen Freunden beschreiben?</p>	

<p>Und wenn du jetzt an deine Freunde denkst. Wie hat sich der Kontakt zu deinen Freunden verändert?</p>	<p>Unternehmt ihr viel? Tiefgründige Gespräche? Hast du viele Freunde? Wie eng sind diese Freundschaften? Schreibt ihr mehr oder weniger/ soziale Medien? Neue Freunde gefunden? Freunde verloren? Wie fühlst du dich jetzt, wenn du deine Freunde siehst? Fühlt es sich anders an? Fühlst du dich wohl? Kannst du über deine Probleme mit ihnen sprechen? Hast du das Gefühl, du kannst mit ihnen über alles sprechen? Erzählen sie dir auch von sich selber?</p>	<p>Paraphrasieren</p>
<p>Was schätzt du an deinen Freunden?</p>	<p>Gute Gespräche, Dinge unternehmen, einander unterstützen, gemeinsame Zeit/ Interessen, Kontakt auch online ...? Wie oft möchtest du deine Freunde sehen/ Kontakt haben?</p>	<p>Du darfst dir auch deine Freunde vorstellen, wie ihr gerade beieinander sind. Was macht dich da glücklich?</p>
<p>Würdest du sagen, die Logopädie hat dir geholfen im Kontakt mit deinen Freunden? Was hat dir gefehlt?</p>	<p>Freunde in die Therapie einladen → zusammen 'sprechen üben' Den Freunden erklären, was Aphasie/ Sprachstörung ist und wie sie sich im Gespräch unterstützend verhalten können Themen aus dem eigenen Leben als Inhalte der Therapie (z.B. Hobby) Online Training (z.B. WhatsApp in Therapie benützen, um so mehr Kontaktmöglichkeiten zu bieten?) Gruppentherapie? Freundschaften zu anderen Aphasiebetroffenen Selbsthilfegruppe?</p>	
<p>Zum Schluss noch eine offene Frage: Wenn du jetzt ein paar Wünsche frei hättest, was wünschst du dir für die Zukunft?</p>	<p>Bezüglich deinen Freundschaften? Von/für deine Freunde? für die Logopädie?</p>	

Ende:

Gut? von meiner Seite her wäre es das mal. Gibt es noch Punkte, die wir noch nicht angesprochen haben, die aber wichtig sind für dich?

Dann möchte ich mich ganz herzlich bei dir bedanken! Das Gespräch mit dir war sehr interessant und hat uns ganz viele neue Hinweise gegeben. Wir werden das jetzt bearbeiten. Ich hoffe, es war für dich auch ein interessantes Gespräch.

Sobald wir mit unserer Arbeit fertig sind, werden wir uns bei dir melden. Wir werden ein Dokument zusammenstellen. Dort werden wir die wichtigsten Ergebnisse notieren. Wenn du Lust hast, können wir dir das dann schicken.

Vielen Dank, du hast uns sehr bei unserem Projekt geholfen!

III. Interviewprotokolle

- Interviewerin
 - o Proband*in

Information: Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet. Die Audiodateien sind aus Datenschutzgründen nur auf Anfrage zugänglich.

III.I. Interviewprotokoll J.F.

J.F. vom 16.11.2020

Infos: weiblich, 35 Jahre

Dauer des Interviews: 50 Minuten

1. Erzählst du gerne von dir?
 - a. Ja. Ich habe auch schon 3-4x Vorträge gemacht und dort von meiner Geschichte erzählt.
2. Allgemeine Infos:
 - a. Ich hatte am 2. Juli 2008 einen Unfall.
 - b. Ich war drei Wochen im Koma. Dann drei Wochen im Spital und anschliessend fast ein Jahr in der Reha.
 - c. In den ersten drei Wochen habe ich einfach geschlafen. Also ich hatte viele Alpträume, aber ich habe einfach geschlafen. Ich habe wenig Erinnerung an die Zeit im Spital, auch nachdem ich aus dem Koma aufgewacht bin.
 - d. Die ersten drei Monate konnte ich gar nicht sprechen. Dann habe ich langsam angefangen die ersten Worte zu sagen. Ich machte langsam Fortschritte.
 - e. Ich bin sehr dankbar über all diese Fortschritte. Ich bin sehr dankbar, dass ich einigermaßen sprechen kann. Es gibt manchmal gute Tage oder schlechte Tage. Wenn ich nervös bin, kann ich weniger gut sprechen. Wenn ich müde bin, kann ich auch weniger gut sprechen.
3. Wenn du an deine Freunde denkst, wie fühlst du dich?
 - a. Beim Unfall war der Kontakt zu meinen Freunden nahe. Jetzt, nach fast 13 Jahren ist es wieder anders.
 - b. Vor dem Unfall habe ich mit meinen Freunden viel unternommen. Auch nach dem Unfall gingen wir (zählt ihre Freundinnen auf) noch zusammen in den Ausgang. Jetzt, fast 13 Jahre später hat sich das geändert. Wir sind aber auch älter geworden.
 - c. Früher waren wir jung und wir haben andere Sachen gemacht. 20 oder 35 Jahre alt zu sein ist schon ein Unterschied.
 - d. Mit einigen Freunden ist der Kontakt immer noch sehr eng oder auch näher.
 - e. Beim Unfall war ich 23, jetzt 35 Jahre alt.
 - f. Der Kontakt hat sich mit der Zeit verändert. Zum Beispiel weil jemand weggezogen ist oder jemand jetzt eine Familie und Kinder hat und ich nicht.
 - g. Beim/vor Unfall waren wir (sie und ihre Freunde) alle single oder hatten noch keine eigenen Kinder. Darum waren wir automatisch auch oft zusammen unterwegs oder im Ausgang.
 - h. Das Leben hat sich allgemein geändert in den letzten Jahren (unabhängig von ihrer Erkrankung, einfach der Lauf des Lebens).
 - i. Mit A. und N. habe ich wenig Kontakt (Freundin von vor dem Unfall). Die anderen Freunde habe ich aber alle behalten.

- j. Mit Männern ist es schwierig. In der Rehaklinik kamen Kollegen zu Besuch. Da ich aber nicht sprechen konnte, kamen sie nur einmal und dann nie wieder. Das ist schon schade, aber die Männer haben einfach Angst und waren überfordert.
 - k. Nach dem Unfall war ich viel im Ausgang und hatte viele Männer kennengelernt. Im angetrunkenen Zustand haben wir Nummern ausgetauscht, aber im nüchternen Zustand haben sie dann nie zurückgerufen, weil sie Angst hatten, glaube ich.
 - l. Mit Männer und Frauen ist es schon anders.
4. Wenn du jetzt an den Kontakt zu deinen Freunden denkst. Jetzt und vor dem Unfall?
- a. Ich hatte immer sehr viel Kontakt zu meinen Freunden.
 - b. Vielleicht 1, 2 Freunde habe ich weniger, aber einfach weil sich das Leben und die Interessen geändert haben. Dafür habe ich auch neue Freunde kennengelernt (zählt Name von Freunden auf).
 - c. Die neuen Freunde sind mit auch sehr wichtig.
 - d. Ich arbeite bei I. (Firma). Dort habe ich L. (Freundin) kennengelernt.
 - e. Nach dem Unfall hatte ich mit 2,3 Leuten weniger Kontakt, aber sonst hatte ich immer noch viele Freunde.
 - f. Auch nach dem Unfall habe ich noch neue Freunde kennengelernt.
5. Du warst schon immer ein kontaktfreudiger Mensch?
- a. Ja (lacht).
6. Du bist auch ein kontaktfreudiger Mensch geblieben nach dem Unfall?
- a. Ja. Ich bin sehr dankbar. Die Pflegerin, welche zu mir geschaut hat, als ich im Koma lag, musste eine Liste machen, da mich so viele Leute besuchen wollten.
 - b. Das ganze Jahr in der Reha hatte ich eigentlich jeden Tag Besuch!
 - c. Ich bin sehr dankbar, dass ich auch jetzt noch sehr viele Freunde habe.
 - d. Im Spital habe ich immer gelacht. Viele Leute hatten Angst und waren ein wenig zögerlich, weil sie nicht wussten, ob ich vielleicht traurig bin, wenn sie mich besuchen kämen. Meine Mutter hat dann aber den Leuten immer gesagt, sie müssen keine Angst haben, ich werde definitiv nicht weinen.
 - e. Ich bin ein positiver Mensch. Das war ich schon immer. Ich denke, das hat geholfen.
 - f. Es ist besser zu lachen, als immer traurig zu sein und 'ein Lätsch mache'.
 - g. Meine Mama hat aber erzählt, dass es am Anfang schon schwierig war mit mir, da ich nicht sprechen konnte, aber immer etwas erzählen oder erklären wollte. Ich wollte etwas erklären, die anderen haben es aber nicht verstanden. Daraus ist dann ein Spiel entstanden, da dann meine Freunde immer raten konnten. Z.B. Meinst du das Wetter? ...
 - h. Es war nicht einfach, aber es ist geschafft! Es ist immer noch manchmal schwierig das Sprechen, aber viel besser.
7. Wie eng waren deine Freundschaften vor dem Unfall und wie jetzt? Hast du das Gefühl, das hat sich verändert?
- a. Ich habe immer viele Freunde gehabt.
 - b. Manche Freunde habe ich einmal in der Woche gesehen, andere einmal im Monat.
 - c. Der Kontakt ist aber ungefähr gleich gut, vorher und jetzt.
 - d. Manche Kontakte sind näher oder enger als vorher, andere weniger eng. Es sind viele Jahre vergangen und Veränderungen passieren. Wir sind alle älter geworden.
 - e. Grundsätzlich ist der Kontakt zu alten Freunden aber eher näher/enger.
 - f. Aber vorher war der Kontakt auch schon nahe zu meinen Freunden.
 - g. Ich habe schon immer viel Zeit in das Pflegen von Freundschaften investiert. Zum Beispiel bin ich früher immer um 5 Uhr aufgestanden und habe alle Nachrichten von Freunden beantwortet.
8. Hast du das Gefühl, dass der Kontakt zu deinen neuen Freunden anders ist als zu Freunden, die du bereits vor dem Unfall hattest?
- a. Nein.

- b. An meinem Arbeitsplatz habe ich nach dem Unfall neue Menschen kennengelernt und Freundschaften geschlossen.
 - c. L. habe ich auch am Arbeitsplatz nach dem Unfall kennengelernt und wir sind schnell Freunde geworden. Klar, manchmal haben wir mehr Kontakt und manchmal weniger, aber das ist normal.
 - d. Manchmal haben wir es lustig miteinander und manchmal sprechen wir über ernste Themen.
 - e. Vorher war ich normal und jetzt bin ich behindert. Aber ich bin immer noch der gleiche Mensch.
 - f. Früher haben wir immer Party gemacht und waren viel unterwegs. Heute genieße ich das Leben mehr.
 - g. Ich genieße heute jeden Tag und früher war ich mir dies nicht so bewusst.
 - h. Früher habe ich auch immer viel überlegt und weit in die Zukunft mein Leben geplant. Heute schaue ich einfach für heute und morgen. Ich schaue jeden Tag und plane weniger.
 - i. Früher war ich so perfektionistisch. Meine Freundin M. war damals ein Chaot und ich so perfektionistisch. Heute bin ich eher der Chaot von uns beiden.
 - j. Ich bin viel relaxter seit dem Unfall. Ich habe gerne Ordnung, aber ich brauche es nicht mehr perfekt
9. Was schätzt du an deinen Freunden am meisten?
- a. Ich schätze, dass wir zusammen essen gehen können, zusammen sprechen können. Einfach das wir zusammen geniessen können.
 - b. Ich schätze, dass wir zusammen das Leben geniessen können, weil es ist einfach so schnell etwas passiert und alles ist vorbei.
 - c. Ich möchte mich nicht über kleine Dinge ärgern, sondern einfach (das Leben) geniessen.
10. Wenn du Sorgen hast oder dich etwas beschäftigt, mit wem besprichst du das?
- a. Ich bespreche das mit meinem Partner oder meiner Mutter.
 - b. Meine Mutter und ich sind uns immer noch sehr eng/nahe.
11. Sind dir die tiefgründigen Gespräche mit deinen Freunden nicht so wichtig?
- a. Doch, die sind mir schon auch wichtig. Aber ich spreche zuerst mit meiner Mutter darüber.
 - b. Allgemein habe ich sehr wenige Sorgen.
 - c. Früher habe ich mir immer viele Gedanken und Sorgen gemacht, aber jetzt nicht mehr.
 - d. Ich habe keine Geldprobleme, ich habe eine Wohnung. Ich habe wenige Sorgen.
12. Das wichtige ist für dich, mit deinen Freunden Zeit zu verbringen und das Leben geniessen. Stimmt das?
- a. Ja.
 - b. Wir (Sie und ihre Freunde) gehen zum Beispiel regelmässig in Wellnessferien oder auf Städtereisen. Letztes Jahr war ich mit meinen Freundinnen zum Beispiel auf einem Städtetrip mit dem Rollstuhl. Meine Freundinnen haben da immer zu mir geschaut, mich gestossen. Meine Freunde sind sehr hilfsbereit und gerne für mich da.
13. Deine Freunde sind gerne für dich da. Denkst du, du kannst auch gut für deine Freunde da sein?
- a. Ja. Ich bin sehr grosszügig. Ich habe zum Beispiel gerade jetzt wieder Adventskalender für meine Freunde gemacht.
 - b. Ich möchte gerne 'Dankeschön' sagen.
 - c. 55 Kollegen schenke ich jede Weihnachten irgendetwas Kleines, eine Kleinigkeit. Bonbon oder selbstgemachte Schokolade. Diese Tradition habe ich angefangen zu Weihnachten nach meinem Unfall. Als kleines Dankeschön.
14. Bezüglich der Logopädie: Wie denkst du, könnte die Logopädie dabei helfen, Kontakte zu Freunde besser pflegen zu können?

- a. Der Kontakt zu meinen Freunden war für mich nicht schwierig nach dem Unfall.
 - b. Was ich eher schwierig finde, ist der Kontakt zu fremden Personen. Zum Beispiel ein Arzttermin oder Coiffeurtermin telefonieren.
 - c. Das habe ich jetzt in der Therapie angefangen zu üben, das Telefonieren. Früher bin ich immer vor Ort gegangen oder Kollegen/meine Mutter haben angerufen. Aber telefonieren finde ich immer noch sehr, sehr schwer.
 - d. Den Kontakt zu Freunden finde ich aber nicht schwierig. Früher hatte ich schon mühe zu sprechen, oder ich brauchte länger, bis ich ein Wort sagen konnte. Aber meine Freunde waren sehr geduldig.
15. Wenn jetzt Freunde die Sprachstörung nicht gut kennen. Denkst du, es könnte helfen, die Freunde in die Therapie einzuladen?
- a. Das finde ich gut.
 - b. Viele Leute haben zuerst wenig Ahnung, da sie noch nie davon gehört hatten. Deshalb finde ich es gut, Freunde oder Bekannte einmal oder mehrmals in die Therapie mitzunehmen. Denn ich finde die Therapie sehr spannend und andere Leute sicherlich auch.
 - c. Die Logopädie ist sehr vielfältig. Die Störungen sind sehr unterschiedlich.
 - d. Auf Nachfrage: Es könnte auch helfen, damit die Freunde die Sprachstörung beispielsweise besser nachvollziehen und mich besser verstehen können.
16. Könntest du dir auch vorstellen, dass eine Gruppentherapie helfen könnte? Zum Beispiel auch, um neue Freunde finden zu können?
- a. Ich würde das nicht wollen, weil ich schon genug Freunde habe.
 - b. Ich war aber auch schon in einer Gruppentherapie. Das fand ich gut, aber ich finde auch die Einzeltherapie wichtig.
 - c. Ich finde beides (Einzel- & Gruppentherapie) gut.
17. Dann findest du, die Logopädie kann nicht gross helfen im Kontakt mit Freunden, sondern mehr indem sie das Sprechen verbessert?
- a. Ja. Aber sie muss mir persönlich auch nicht helfen, weil ich bereits genug Freunde habe.
18. Mit den neuen Möglichkeiten wie WhatsApp oder Instagram. Glaubst du, solche sozialen Medien können den Betroffenen helfen, um so noch besser im Kontakt mit den Freunden zu bleiben?
- a. Ja, vielleicht mit Smileys.
 - b. Aber ich finde persönliche Treffen besser.
 - c. Ich habe immer noch Probleme beim Sprechen. Früher war es noch schwieriger. Da wollte ich manchmal etwas erklären über WhatsApp, aber das Gegenüber hat mich nicht verstanden. Deshalb finde ich es besser, wenn man sich persönlich trifft, damit das Gegenüber bei Unklarheiten nachfragen kann.
 - d. Ich finde es okay über WhatsApp, aber persönliche Treffen finde ich besser.
19. Möglicherweise fühlst du dich dann besser verstanden bei persönlichen Treffen, als wenn du nicht weisst, ob das Gegenüber dich über WhatsApp richtig verstanden hat?
- a. Ja.
20. Und was meinst du zu Selbsthilfegruppen?
- a. Das finde ich eine gute Sache.
 - b. Ich habe aber kein Interesse, weil ich keine Zeit habe. Und ich habe genügend Freunde.
 - c. Ich kann mit meinen Freunden und mit meiner Familie sprechen und brauche deshalb keine Selbsthilfegruppe. Meine Familie und Freunde reicht mir völlig.
 - d. Für andere Leute kann es aber vielleicht schon gut sein.
 - e. Zum Beispiel habe ich in der Rehaklinik einen Mann in der Therapie kennengelernt, der sehr einsam ist. Für ihn wäre vielleicht eine Selbsthilfegruppe optimal, um mit anderen Leuten sprechen zu können.

- f. Wenn Leute vielleicht Angst haben mit anderen Menschen zu sprechen, kann es helfen.
 - g. Ich habe im Kontakt mit anderen, fremden Menschen immer gesagt: 'Ich hatte einen Unfall und es ist ein wenig schwierig für mich zu sprechen.' Sehr viele Leute sagten dann: 'Kein Problem' und haben langsamer gesprochen. Viele Menschen sind dann sehr hilfsbereit. Sehr wenige Menschen reagierten dann doof oder negativ.
 - h. Früher war ich noch viel im Rollstuhl in der Stadt unterwegs. Da habe ich immer gefragt: 'Ich hatte einen Unfall und es ist ein wenig schwierig für mich zu sprechen. Kannst du mir helfen?'. Sehr viele Leute waren dann sehr hilfsbereit und haben mir über den Bordstein geholfen oder so. Sehr viele Menschen waren nett zu mir.
21. Eine Abschlussfrage: Wenn du dir jetzt etwas wünschen könntest, was würdest du dir für die Zukunft wünschen? Für deine Zukunft oder deine Freunde?
- a. Ich möchte gerne normal sprechen können.
 - b. Es wäre auch schön, nicht mehr gelähmt zu sein, aber das ist mir weniger wichtig. Ich möchte wieder normal sprechen können, das ist mein grösster Wunsch
 - c. Ich bin sonst aber gesund und sehr dankbar für alles.
22. Mit deinem Umfeld bist du glücklich?
- a. Ja, ich bin sehr dankbar.
 - b. Ich habe gute Freunde, einen tollen Partner und meine Mutter. Mit diesen Menschen bin ich sehr nahe und habe schöne Momente. Ich bin sehr dankbar.
23. Möchtest du noch etwas loswerden?
- a. Man muss wissen, als ich mit 23 den Unfall hatte, war ich noch sehr jung. Alle meine Freunde und ich hatten noch keine Kinder. Und jetzt mit über 30 Jahren ist es schon anders.
 - b. Das Leben von normalen Menschen ist mit 20 und 30 Jahren anders. Zum Beispiel hat man mit einigen Freunden mit 20 Jahren viel Kontakt und mit 30 Jahren weniger. So hat man automatisch mit einigen Freunden weniger Kontakt und dafür lernt man neue Freunde kennen.
 - c. Meine Freundin S. habe ich immer noch viel Kontakt aber nur übers Telefon, weil sie weiter weggezogen ist.
 - d. Meinen Nachbar sehe ich jeden Tag und habe deshalb viel Kontakt. So ist es unterschiedlich.
 - e. Ich habe aber immer noch viel Kontakt und treffe mich viel mit meinen Freunden.
 - f. Jetzt mit Corona ist es natürlich anders. Da bin ich viel zu Hause.
 - g. Früher war ich immer am Freitag und Samstag im Ausgang. Jetzt bin ich nicht mehr 20 und ich bin gerne um 22 Uhr daheim. Ich brauche das nicht mehr.

III.II. Interviewprotokoll C.K.

C.K. vom 20.11.2020

Infos: weiblich, 40 Jahre

Dauer des Interviews: 60 Minuten

1. Was war es für ein Ereignis?
 - a. Vor sieben Jahre hatte ich eine schwierige Geburt meiner Tochter. Ich habe da anscheinend viel Blut verloren und die Ärzte haben das nicht direkt realisiert. Deshalb hat dies dann zu Problemen geführt und ich bin in Ohnmacht gefallen und erlitt eine Hirnverletzung.
 - b. Ich kann mich aber nicht mehr gut daran erinnern.
 - c. Danach war ich im Spital und lag dort 11 Tage im Koma.
 - d. Nach dem Koma kam ich direkt in die Reha auf die Intensivstation. Dort hatte ich dann erstmals Therapie. Das habe ich aber damals nicht wirklich verstanden.
 - e. Ich habe nicht realisiert, was mit mir passiert ist. Erst etwa ein Jahr später habe ich verstanden, was mit mir passiert ist.
 - f. Zum Beispiel hatte ich auch nicht verstanden, weshalb ich in der Reha kochen musste, weil ich das Problem nicht realisiert hatte.
 - g. Am Anfang konnte ich gar nicht sprechen. Erst Stück für Stück kam die Sprache wieder zurück.
 - h. Es sind viele Fortschritte in der Sprache passiert. Aber es ist nicht mehr das gleiche wie vorher. Ich bin schneller müde vom Sprechen und auch vom Zuhören. Und das Telefonieren fällt mir noch schwer.
2. Bist du jetzt auch noch in der Therapie?
 - a. Nein. Es war alles zu viel.
 - b. Ich habe immer geglaubt, es komme alles wieder gut. Auch die Ärzte haben mir immer gesagt, dass alles wieder gut kommt. Deshalb wollte ich immer möglichst viel in die Therapie gehen und möglichst viel üben. Nicht nur das Sprechen, auch Lesen, Schreiben, Rechnen, Konzentration und so.
 - c. Ich wollte immer kämpfen und immer mehr Therapie haben. Dann hatte ich irgendwann einen Zusammenbruch, weil mir alles zu viel war.
 - d. Auch zu Hause war es zu viel. Ein kleines Kind hatte ich ja auch noch.
3. Aber hast du gute Unterstützung?
 - a. Ja sehr. Meine Familie und die Familie von meinem Mann unterstützen uns sehr mit unserem Kind.
 - b. Sie wohnen alle in der Nähe.
4. Wie lange warst du in der Reha?
 - a. Stationär war ich fünf Monate in der Reha. Anschliessend hatte ich 1,5 Jahre ambulante Therapie drei Mal pro Woche.
 - b. Ich wollte lieber in die Therapie, als zu meinem Kind schauen. Die Therapie war mir da wichtiger als das Kind, weil ich unbedingt Fortschritte machen wollte.
 - c. Ich konnte zuerst gar nicht realisieren, dass das mein Kind ist. Ich hatte keine Erinnerung mehr an die Geburt, deshalb war es für mich schwierig, das Kind anzunehmen.
 - d. Auf Nachfrage: Ich war aufgrund der Erkrankung stark mit mir beschäftigt und hatte gar keine Kraft, noch auf ein mir fremdes Kind zu schauen.
 - e. Als es mir dann schlecht ging und mir alles zu viel war, musste ich auch von zu Hause weggehen. Ich habe es nicht mehr zu Hause ausgehalten. Ich war dann in einer Psychiatrischen Klinik. Dort habe ich viel gelernt.
5. Dann wolltest du aber wieder nach Hause?
 - a. Ja. Dann wollte ich aber wieder genau gleich weitermachen. Ich wollte wieder ganz viele Therapien besuchen.

- b. Ich merkte dann aber, dass es mir wieder schlechter ging mit den vielen Therapien. Ich habe da immer gesehen, was nicht mehr gut ging. Das war mir zu viel.
 - c. Ich dachte auch immer, dass man alles wegtherapieren kann. Das ist auch psychisch anstrengend. Man fragt sich, warum geht es nicht.
 - d. Dann habe ich alle Therapien gestrichen und alles abgesagt. Dann ging es mir besser.
 - e. So konnte ich dann die Situation annehmen und mich selbst so akzeptieren.
6. Aber du gehst noch in die Selbsthilfegruppe?
- a. Ja. Es ist gut, weil ich so rauskomme. Ich bin sonst jemand, der immer zu Hause ist.
 - b. Die Leute dort in der Selbsthilfegruppe verstehen mich. Sie wissen, warum man plötzlich anders handelt oder sich anders verhält.
 - c. Man sieht mir die Erkrankung nicht an. Deshalb gibt es viele Menschen, die mich falsch einschätzen.
 - d. Auf Nachfrage: Ich habe das Gefühl, ich muss mich in der Selbsthilfegruppe nicht verstellen und nicht verstecken, weil sie wissen, wie das ist. Sie wissen, was ich habe.
7. Du hast gesagt deine Familie war viel für dich da. Bei den Freunden war es vielleicht schwierig?
- a. Ja, es war schwierig. Ich hatte einfach keine Zeit für Freunde am Anfang. Es war mir zu viel, mich bei meinen Freunden zu melden.
 - b. Ich konnte nicht sprechen. Ich konnte nicht ein Telefon in die Hand nehmen und meine Freunde anrufen. Ich konnte nicht mit ihnen abmachen. Das ging nicht.
8. Also hat sich der Kontakt zu Freunden verändert?
- a. Ja. Meine ehemals beste Freundin wollte keinen Kontakt mehr mit mir nach dem Unfall. Aber nur sie.
 - b. Andere Kolleginnen habe ich noch. Die verstehen mich.
 - c. Ich habe gelernt, dass mich meine Freunde akzeptieren müssen, wie ich bin. Wenn sie das nicht können, ist es ihr Problem.
9. Wie haben sich die Freundschaften verändert, die du behalten hast?
- a. Ja. Ich habe jetzt noch ein Kind, was ich vorher nicht hatte. Und ich fahre auch nicht mehr mit dem Auto mit dem Kind. Ich kann mich deshalb nicht mehr mit meinen Freunden irgendwo anders als bei mir zu Hause treffen.
 - b. Ausserdem ist es mir zu laut, wenn ich mich mit Kolleginnen und ihren Kindern treffe.
 - c. Deshalb treffe ich meine Freunde nur bei mir zu Hause und jeweils nur eine Person aufs einmal. Sonst ist es mir zu viel und zu laut.
10. Vor dem Unfall, warst du dann mehr unter Leuten und unterwegs?
- a. Ja, deutlich. Ich habe im Gastgewerbe gearbeitet und hatte dementsprechend immer mit vielen Menschen zu tun. Es war auch immer hektisch und laut. Jetzt ertrage ich das gar nicht mehr.
 - b. Freundschaften sind schwierig zu erklären.
11. Würdest du sagen, du bist ein kontaktfreudiger Mensch? Ein Mensch, der den Kontakt zu den Freunden neben der Familie braucht?
- a. Ja, das bin ich schon.
 - b. Ich gehe gerne weg. Die Frage ist nur, wohin.
 - c. Tanzen gehe ich nicht mehr.
 - d. Im Restaurant ist es mir auch zu laut. In der Bar auch.
 - e. Ich habe auch ein schlechtes Gewissen, wenn mich Freunde zu Hause abholen müssen, um irgendwo hin zu fahren.
 - f. Dann mache ich mir zu viele Gedanken und denke mir, ich frage lieber nicht, ob jemand mit mir etwas unternehmen möchte. Dann bleibe ich lieber zu Hause.
 - g. Auf Nachfrage: Ich habe auch ein wenig Angst, dass die anderen nicht wissen, wie sie mich am besten unterstützen können und ich möchte ihnen keine Last sein.
12. Dann sind es eher deine Freunde, die dich fragen, ob ihr euch wieder einmal sehen könnt?
- a. Eigentlich beruht es auf Gegenseitigkeit.
 - b. Ich habe nicht so viele Freundinnen.

- c. Ich habe vielleicht 3,4 Freundinnen. Die sehe ich aber sehr oft. Also nicht mehr jede Woche, aber schon regelmässig.
13. Wenn du noch ein Kind hast, hast du vielleicht auch nicht so viel Zeit?
- a. Stimmt.
 - b. Und auch meine Freundinnen haben auch noch andere Dinge zu tun.
14. Bist du denn zufrieden mit dem Kontakt zu deinen Freunden? Oder eher nicht?
- a. Das ist eine gute Frage.
 - b. Ich bin es mir jetzt so gewohnt. Eigentlich fehlt mir so nichts. Oder doch? Ich komme selbst nicht drauf, was mir fehlt.
15. Bist du manchmal unzufrieden? Würdest du manchmal gerne öfter etwas unternehmen und dich mit anderen Menschen treffen?
- a. Ja.
 - b. Nach dem Unfall wollte ich immer überall hingehen und überall dabei sein. Ich habe da nicht realisiert, wann es mir zu viel war.
 - c. Dann hatte ich immer Panikattacken. Ich habe aber auch nicht realisiert, dass ich Panikattacken habe. Ich wusste auch nicht, warum ich das immer wieder hatte. Erst später kam dann raus, dass es Panikattacken waren.
 - d. Erst später habe ich realisiert, dass ich die Panikattacken hatte, weil mir alles zu viel war.
 - e. Damals hatte ich 3-4 Termine pro Tag. Arbeiten, einkaufen, Fitness etc. Ich war immer unterwegs. Nach dem Unfall dachte ich, ich könnte alles genauso machen wie davor. Das war mir dann aber einfach zu viel.
 - f. Jetzt mache ich nur einen Termin pro Tag aus. So geht es mir besser.
 - g. Manchmal habe ich mehrere Dinge pro Woche vor und muss dann manchmal Dinge auf die kommende Woche verschieben. Ich kann nicht jeden Tag etwas machen. Ich brauche auch meine Ruhe zu Hause.
 - h. Zu Hause läuft auch keine Musik. Das würde mich stören.
16. Dann hast du ein wenig deinen Weg gefunden, wie es für dich am besten geht?
- a. Ja, ich habe mich so arrangiert.
 - b. Mein Umfeld akzeptiert das so. Es passt so für mich. Und es muss auch für mich passen, weil es mein Leben ist.
 - c. Das war aber nicht einfach, immer für sich einzustehen.
17. Hast du das Gefühl, deine Freunde und Familie verstehen das, dass du jetzt mehr Zeit für dich selbst brauchst?
- a. Ja. Ich weiss nicht, ob sie es verstehen. Ich mache nun mal die Regeln.
 - b. Sie müssen es akzeptieren.
 - c. Beispielsweise mein Bruder weiss wohl nicht, dass ich nicht mehr Rechnen und Lesen kann. Für ihn ist alles wieder normal, weil man sieht ja nichts mehr. Mein Bruder ist der Götti meiner Tochter.
 - d. Geburtstage meiner Tochter sind für mich auch immer stressig. Bei der Einladung sage ich deshalb nicht: 'Es gibt Kaffee und Kuchen'. Ich sage: 'Es gibt Kaffee und Kekse'. Es stresst mich, wenn ich einen Kuchen backen muss. Ich sage auch immer fixe Besuchszeiten an. Mein Bruder weiss dann, dass er zum Beispiel von 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr zu uns kommen kann. Aber um 16:00 muss er wieder gehen, weil ich dann Pause brauche. Er merkt nicht von sich aus, wenn ich eine Pause brauche, weshalb ich es ihm sage, wann er nach Hause gehen muss.
 - e. Er muss nicht verstehen, warum ich eine Pause brauche. Er muss es einfach akzeptieren.
 - f. Ich habe dann aber wieder ein schlechtes Gewissen, wenn ich meine Regeln durchsetze.
18. Für deinen Bruder ist es aber vielleicht auch gut, wenn er weiss, dass es für dich gut ist?
- a. Ich habe das Gefühl, er sieht das nicht. Er muss es aber auch nicht sehen.
19. Fühlst du dich dann manchmal unverstanden?

- a. Ja, unverstanden fühle ich mich manchmal schon.
 - b. Ich verlange nicht, dass man mich versteht. Ich habe es selbst auch lange Zeit nicht verstanden. Deshalb verlange ich auch nicht vom Gegenüber, dass es mich versteht.
 - c. Meine Regeln müssen eingehalten werden.
20. Deine Regeln werden aber von deinem Umfeld eingehalten?
- a. Ja. Meine Regeln werden akzeptiert.
 - b. Bei mir ist es anders als bei anderen Eltern.
 - c. Mein Leben hat sich sowieso sehr verändert.
 - d. Manchmal ist mein Leben auch ein wenig langweilig.
21. Arbeiten gehst du nicht mehr? Fehlt es dir?
- a. Nein. Vor zwei Jahren habe ich versucht, wieder arbeiten zu gehen. Es ging aber nicht.
 - b. Das Arbeiten an sich wäre gegangen einmal in der Woche. Der Weg zum Arbeitsplatz war mehr das Problem. Zusammen war es mir zu viel.
 - c. Es hat mich dann mehr gestresst.
 - d. Ich wollte nicht arbeiten für das Geld. Ich wollte einfach rauskommen und versuchen, ins alte Leben zurückzufinden.
 - e. Ich bin froh, dass ich es versucht habe. Das war wichtig für mich, um zu akzeptieren, dass es jetzt anders ist und nicht mehr alles gleich geht wie vorher.
 - f. So konnte ich wieder mit etwas abschliessen. Ich wollte es auch mir beweisen. Jetzt muss ich das nicht mehr. Ich weiss, dass es nicht mehr geht.
 - g. Aber ohne Humor geht es nicht. Ich muss über mich selbst lachen können.
 - h. Nach dem Unfall habe ich mich nicht mehr gespürt. Ich wusste nicht mehr, was ich brauche und was nicht. Ich musste mich neu kennenlernen. Das realisiere ich jetzt nachträglich.
 - i. Mir reicht meine eigene Welt.
22. Zurück zu den Freundschaften: Hast du denn das Gefühl, du kannst mit deinen Freundinnen über alles sprechen? Ist es auf Augenhöhe?
- a. Ja, ich denke schon.
 - b. Meine Kollegin hilft mir auch, wenn mir irgendetwas doofes passiert ist.
 - c. Auf Nachfrage: Das ist wertvoll, wenn man nicht alles alleine ausbaden muss.
 - d. Meine Kollegin hilft mir auch, meine Fehler vor meinem Mann zu verstecken (lacht).
 - e. Meine Kolleginnen sind mir sehr wertvoll.
23. Hast du auch nach dem Unfall noch neue Freunde kennengelernt?
- a. Ja.
 - b. Im Dorf habe ich neue Freunde kennengelernt.
 - c. Mein Kollege hat zum Beispiel eine neue Freundin. Sie kennt mich nur so und mit ihr verstehe ich mich sehr gut. Sie weiss schon, was mit mir ist.
 - d. Ich bin offen. Ich möchte das auch nicht verstecken. Wenn das jemand nicht versteht, dann ist das nicht mein Problem.
24. Findest du es jetzt schwieriger, neue Kontakte zu knüpfen? Ist es schwieriger für dich, mit fremden Menschen zu sprechen?
- a. Ja, es ist schon schwieriger.
 - b. Ich gehe nicht auf fremde Menschen zu.
 - c. In den Ferien habe ich fremde Menschen kennengelernt. Diese meinten, ich sei von Holland und haben nicht verstanden, dass ich eine Sprachstörung habe.
25. Viele Leute haben vielleicht auch keine Berührungspunkte mit dem Thema. Kann es sein, dass viele Leute gar nicht wissen, dass es so etwas wie eine Sprachstörung gibt?
- a. Das ist ganz bestimmt so. Ich wusste das ja selbst bis zu meinem Unfall selbst nicht. Ich kannte das selbst nicht. Ich hatte niemanden in der Familie, der das hatte.
 - b. Das Wort Hirnverletzung kannte ich vorher nicht.

- c. Ich finde auch, das Wort Hirnverletzung nicht passend. Das Wort Armverletzung ist ähnlich, aber die Verletzung am Arm ist nicht mit einer Hirnverletzung zu vergleichen.
26. Was ist dir wichtig im Kontakt mit deinen Freunden?
- a. Ich nehme Menschen und meine Freunde so wie sie sind.
 - b. Mir ist der Kontakt schon wichtig.
 - c. Auf Nachfrage: Zusammen über Dinge sprechen ist schon wichtig.
 - d. Ich finde es auch gut, mit meinen Freundinnen über Männer lästern zu können (lacht).
27. Ist es dir auch wichtig, mit deinen Freunden Dinge zu unternehmen?
- a. Eher weniger. Dinge unternehmen ist mir manchmal zu anstrengend.
 - b. Bekannte wollen immer mit mir spazieren. Ich kann aber nicht spazieren und gleichzeitig noch sprechen. Das geht nicht.
 - c. Ich möchte lieber mich hinsetzen und dann quatschen oder nur spazieren.
28. Du hast ja gesagt, du hast Mühe mit dem Lesen und Schreiben. Heutzutage ist vieles mit dem Handy machbar. Wie nimmst du mit deinen Freunden Kontakt auf?
- a. Ich habe ein Programm auf dem Handy, mit dem ich schreiben kann. Dieses Programm gibt mir Wortvorschläge, sodass ich Kontakt aufnehmen kann.
 - b. Kleine Artikel kann ich schon lesen. Ich verstehe es einfach nicht, wenn sie zu komplex sind.
 - c. Wenn ich lese, versuche ich mir das Gelesene zu merken. Aber ich vergesse viele Dinge schnell wieder.
 - d. Ich vergesse vieles schnell wieder. Aber ich weiss beispielsweise schon, dass wir uns getroffen haben und über was wir ungefähr gesprochen haben. Aber ich kann mich dann nicht mehr an alles erinnern.
 - e. Ein Live-Gespräch ist deshalb auch einfacher, weil ich so besser folgen kann.
29. Auf WhatsApp kann man zum Beispiel auch mit Smileys kommunizieren und hin- und herschreiben. Was meinst du dazu?
- a. Nein, das mag ich nicht. Ich mag es nicht, hin und her zu schreiben. Über WhatsApp kläre ich Datum und Uhrzeit für ein Treffen, mehr nicht.
30. Fehlt dir der Kontakt über WhatsApp und so? Der Kontakt übers Handy mit den Freunden?
- a. Nein. Das habe ich früher auch nicht so oft gemacht.
 - b. Auf Nachfrage: Ich treffe lieber die Menschen vor Ort.
 - c. Ich schreibe schon mal mit meiner Kollegin und frage sie, wie es ihr geht. Aber nur kurz, bis wir das nächste Treffen abmachen.
31. Zu der Logopädie: Hast du das Gefühl, die Logopädie hat dir dabei geholfen, den Kontakt zu Menschen aufzunehmen? Habt ihr zum Beispiel geübt wie man Gespräche führt?
- a. Nein. Die Therapeutin wollte mal mit mir nach draussen, um das Ansprechen von Personen zu üben. Aber das habe ich vehement abgelehnt.
 - b. Das ist mir unangenehm. Das wollte ich sicher nicht.
 - c. Ich bin auch hartnäckig, wenn ich etwas nicht möchte.
32. Hast du das Gefühl, die Logopädie hat dir was gebracht?
- a. Ja, am Anfang sehr.
 - b. Ich musste zuerst wieder lernen, einzelne Buchstaben auszusprechen. Da hat mir die Logopädie sehr geholfen.
33. Hättest du es gut gefunden, wenn beispielsweise Freunde in die Therapie mit dir mitgekommen wären? Damit diese vielleicht besser verstehen konnten, was du machst?
- a. Weiss ich nicht. Damals konnte ich das auch nicht sagen.
 - b. Ich war so überfordert und konnte nicht meinen Freunden sagen, dass sie mal in die Therapie mitkommen könnten.
 - c. Ich habe es nicht verstanden, ich bin einfach in die Therapie gegangen. Und am Anfang habe ich auch gar nicht verstanden, ob es Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie war. Ich ging einfach dort hin und die haben etwas mit mir gemacht.

34. Denkst du, es wäre gut, wenn der Therapeut aktiv fragen würde, ob man einen Freund in die Therapie einladen soll?
- Ja, das fände ich gut. Fragen kann man, solange ich noch selbst entscheiden kann.
 - Meine Mutter und mein Mann kamen manchmal schon mit in die Therapie.
35. Findest du es gut, dass sie mal mitgekommen sind?
- Ja, das schon. Aber ich habe es nicht sehr verstanden. Sie kamen einfach mit.
36. Was meinst du zu Gruppentherapie?
- Manchmal waren wir zu zweit in der Therapie. Das war gut. Aber zu viele Leute wäre für mich auch nicht gut. Dann wäre ich wieder überfordert.
 - Wenn Leute durcheinander sprechen, kann ich nicht mehr folgen.
 - Auch zu viele Geräusche überfordern mich.
37. In der Selbsthilfegruppe geht es? Oder ist es dann auch zu viel?
- Dort ist es fix abgemacht, dass nur eine Person auf einmal spricht. Dann geht es.
 - Und auch den anderen in der Selbsthilfegruppe geht es ähnlich wie mir.
 - Einmal waren wir 17 Personen in der Selbsthilfegruppe. Das war mir dann zu viel. Das ging nicht. Da musste ich leiden.
 - Wegen Corona sind wir nur zu fünf. Das ist fast besser.
 - Am Anfang nach dem Unfall wäre das nicht gegangen. Ich konnte nichts sprechen.
 - Auch in der Psychotherapie konnte ich nicht mit dem Psychologen sprechen, weil ich einfach nicht sprechen konnte.
38. Jetzt kann man aber wieder gut mit dir ein Gespräch führen.
- Ja, es ist viel passiert. Nicht nur mit der Sprache.
 - Am Anfang dachte ich, die Sprache ist am wichtigsten zu verbessern. Mein Wille war so gross. Aber Logisches Denken, die Apraxie, Rechnen oder Handlungen folgen habe ich vernachlässigt.
 - Ich kann nicht mehr mehrere Dinge gleichzeitig machen, z.B. mit meinem Mann sprechen und den Geschirrspüler ausräumen. Das musste aber mein Umfeld zuerst verstehen. Sie mussten verstehen, wann mehrere Dinge gleichzeitig passieren und dass sie dann beispielsweise mit Sprechen warten mussten.
39. Eine offene Frage zum Schluss: Was würdest du dir für die Zukunft wünschen?
- Ich wollte sagen, ich wünsche mir mein altes Leben zurück. Aber nein, das stimmt nicht. Mein neues Leben ist okay so. Ich habe kein Stress, was schön ist.
 - Ich kann nicht mehr umher rennen. Stress geht gar nicht mehr.
40. Was wünschst du dir für deine Freundschaften?
- Nein. Es ist gerade okay so.
 - Im Grossen und Ganzen bin ich jetzt zufrieden mit meinem Leben.
 - Vor zwei Jahren hätte ich vermutlich noch anders geantwortet.
41. Möchtest du noch etwas loswerden?
- Aphasie muss bekannter werden. Die Leute müssen verstehen, dass es nicht nur das Sprechen ist, sondern auch das Rechnen, die Konzentration und alles.
 - Es braucht mehr bildliche Darstellungen, damit die Leute sich vorstellen können, wie das ist.
 - Ich möchte, dass die Leute darauf aufmerksam werden. Dass es mehr ist, als was man sieht. Es ist so komplex. Es ist mehr als nur Wörter sagen.

III.III Interviewprotokoll G.N.

G.N. vom 18.11.2020

Infos: weiblich, 22 Jahre

Dauer des Interviews: 13 Minuten

1. Hattest du einen anstrengenden Tag?
 - a. Ja relativ. Von 8-12 Uhr und 13 Uhr bis jetzt.
2. Allgemeine Fragen zu dir. Wie alt bist du?
 - a. Ich bin 22 Jahre alt.
3. Seit wann hast du denn eine Sprachstörung?
 - a. Seit dem Herbst 2019.
4. Hattest du einen Unfall?
 - a. Nein, ich hatte einen Schlaganfall.
5. Wenn du an deine Freunde denkst, was fällt dir dazu ein? Wie fühlst du dich?
 - a. Ich fühle mich relativ alleingelassen.
 - b. Als der Schlaganfall passiert ist, haben sich viele Freunde bei meiner Mutter gemeldet. Als sie dann aber zwei Wochen nichts von mir gehört hatten, war ich für sie dann uninteressant.
 - c. Von fünf Freunden, die ich davor hatte, ist nur einer geblieben.
6. Wie war es denn vor dem Schlaganfall?
 - a. Vor dem Schlaganfall hatte ich fünf gute Freunde.
 - b. Wir haben viel zusammen unternommen.
 - c. Auf Nachfrage: Das waren enge Freundschaften.
7. Was hat sich denn genau verändert?
 - a. Ja, das würde ich auch gerne wissen.
 - b. Wahrscheinlich, weil ich nicht mehr mobil war und nicht mehr sprechen konnte.
 - c. Die ersten zwei Wochen kam kein Ton raus.
8. Wenn du jetzt mit deinen Freundinnen sprichst. Könnt ihr da wieder über alles sprechen?
 - a. Ja. Es hat sich eigentlich nichts geändert. Nur der Weg dahin war relativ schwer.
9. Die gebliebene Freundschaft, hat sich diese Person immer bei dir gemeldet und ihr habt zusammen Dinge unternommen?
 - a. Ja, wir haben immer Kontakt gehabt.
10. Schreibst du auch viel via WhatsApp oder Facebook?
 - a. Ja, ich schreibe fast jeden Tag mit meinen Freunden.
11. Ist das jetzt mehr geworden?
 - a. Nein, es ist gleich geblieben.
12. Mit wem schreibst du?
 - a. Mit meinen Freunden, die ich in der Reha kennengelernt habe, schreibe ich viel. Sonst mit niemandem.
13. Hast du denn neue Freunde gefunden nach dem Schlaganfall?
 - a. Ja, ich habe neue Freundinnen in der Reha kennengelernt.
 - b. Die Freunde aus der Reha akzeptieren mich so wie ich bin.
14. Hast du das Gefühl, dass du auch mit den neuen Freunden aus der Reha über alles sprechen kannst?
 - a. Mit meiner Zimmernachbarin kann ich über alles sprechen.
 - b. Mit den anderen Leuten in der Reha kann ich nicht über alles reden. Da ist es eher oberflächlich. Aber das ist auch vollkommen okay.
15. Was hast du besonders gerne an deinen Freunden? Neu und alte Freunde.
 - a. Wir können über alles sprechen. Das ist nicht oft der Fall, deshalb schätze ich das.
 - b. In der Reha kann ich mit meiner Zimmerkollegin über alles sprechen. Sie hat zwar keine Sprachschwierigkeiten. Sie lässt mich ausreden und fällt mir nicht ins Wort.

16. Hast du denn sonst das Gefühl, dass die Leute nicht wissen, wie sie sich im Gespräch mit dir verhalten sollen?
 - a. Ja. Früher (kurz nach dem Schlaganfall) sind sie mir relativ oft ins Wort gefallen und ergänzten Wörter, die ich nicht aussprechen konnte. Das ärgert mich.
 - b. Auf Nachfrage: Da fühle ich mich dann nicht richtig verstanden.
17. Hast du denn das Gefühl, dass die Logopädie dabei hilft/helfen könnte, den Kontakt zu deinen Freunden aufrechtzuerhalten?
 - a. Nein, das denke ich nicht.
18. Was könnte die Logopädie anders machen?
 - a. Die Logopädie soll einfach die Sprache und das Sprechen verbessern. Dafür gehe ich hier hin.
19. Könnte es dir helfen, wenn beispielsweise deine Freunde mit in die Therapie kämen und du mit ihnen zusammen Therapie machen könntest?
 - a. Nein, das möchte ich nicht.
20. Denkst du, dass du den Kontakt zu deinen neuen Freunden auch nach der Reha noch behalten kannst?
 - a. Das hoffe ich, dass ich nachher noch mit ihnen Kontakt habe.
21. Eine offene Frage: Wenn du jetzt ein paar Wünsche frei hättest: Was wünschst du dir für die Zukunft?
 - a. Ich wünsche mir, dass ich wieder richtig sprechen kann.
 - b. Und was mir noch wichtiger ist, dass ich wieder gut Lesen und Schreiben kann. Das geht noch nicht so wie vorher.
 - c. Sonst bin ich eigentlich ganz glücklich.
 - d. Bezüglich Freunde: Ich wünsche mir, dass meine eine Freundin für mich da ist, so wie ich auch für sie da bin.
 - e. Es dürften auch noch mehr Freunde werden, aber eine Freundin reicht mir auch.
 - f. Auf Nachfrage: Es ist mir wichtiger, eine gute Freundin zu haben, als viele weniger gute.
 - g. Ich hätte mir gewünscht, dass mehr Freunde geblieben wären. Das ist nun aber nicht so und das ist auch okay.
22. Könntest du dir vorstellen, wieder Kontakt zu deinen alten Freunden aufzunehmen?
 - a. Nein. Die Enttäuschung war zu gross.
23. Gibt es noch etwas, was zu sagen möchtest?
 - a. Nein, es ist alles gesagt.

III.IV Interviewprotokoll C.B.

C.B. vom 01.12.2020

Infos: Männlich, 45 Jahre

Dauer des Interviews: 40 Minuten

1. Wie geht es dir?
 - a. Mir geht es eigentlich nicht so gut. Ich hatte das Corona Virus und fühle mich noch ein wenig schwach.
 - b. Ich arbeite in der Rehaklinik und in einem Laden. Das ist ein wenig viel, wenn man ein wenig schlapp ist.
2. Wann war das Ereignis?
 - a. Ich hatte das Ereignis vor fast 24 Jahren, Ende 1996. Ich hoffe, ich kann noch alle Fragen gut beantworten.
3. Hattest du einen Unfall?
 - a. Nein, ich hatte eine Hirnblutung.
 - b. Dann konnte ich gar nicht mehr sprechen, nichts mehr.
 - c. Ich war auch fast zwei Jahre im Rollstuhl.
 - d. Ich hatte eine Aphasie und eine Sprechapraxie. Das ganze Programm. Ich sage immer, wenn ich etwas mache, dann mache ich es richtig.
4. Du hast dein Weg damit gefunden?
 - a. Ja, definitiv. Es bringt nichts, wenn man sich immer hinterfragt, warum es passiert ist. Das hat keinen Sinn. Ich habe meinen Frieden schon lange damit geschlossen.
5. Wenn du an deine Freunde denkst, was ist dir wichtig im Kontakt mit ihnen?
 - a. Das hat sich schon verändert.
 - b. Vorher hatte ich viele Kollegen und auch einige Freunde. Nachher war es anders.
 - c. Nur zwei Freunde sind mir geblieben. Die haben mich so genommen, wie ich war zu dieser Zeit.
 - d. Ich hatte eine sehr starke Sprechapraxie am Anfang. Ich wusste nicht mal mehr, wie man ein 'A' macht. Deshalb musste ich zuerst das lernen. Die Sprache kam dann langsam zurück.
 - e. Ich musste zuerst für mich selbst schauen. Es war zuerst wichtig, dass es mir wieder besser ging.
 - f. Langsam kam dann die Sprache wieder und langsam getraute ich mich dann auch wieder raus mit der Zeit.
6. Würdest du sagen, du bist ein kontaktfreudiger Mensch?
 - a. Ja, definitiv.
7. Wenn du dich versucht an die Zeit vor dem Unfall zu erinnern, wie war dort der Kontakt zu deinen Freunden?
 - a. Wir waren viel in der Disco. Jedes Wochenende haben wir uns in der Disco getroffen.
 - b. Wir waren viel unterwegs.
 - c. Ich habe viel Schlagzeug gespielt vorher. Das ging dann nachher nicht mehr. Ich wollte aber die Musik nicht gehen lassen und wurde deshalb zum DJ. Ich liebe einfach Musik über alles.
 - d. Auf Nachfrage: Auch mein Hobby hat sich durch das Ereignis verändert.
8. Hast du damals auch Probleme mit deinen Freunden besprechen können?
 - a. Ich hatte damals eigentlich keine Probleme. Mit fast 23 Jahren kennt man keine Probleme.
 - b. Auf Nachfrage: Ich habe nicht das Gefühl, ich müsste mit meinen Freunden Probleme besprechen.
 - c. Auf Nachfrage: Mir ist es einfach wichtig, mit meinen Freunden Dinge zu erleben und die Welt zu entdecken.

9. Wenn du jetzt an die Zeit nach der Hirnblutung denkst. Hat sich der Kontakt zu deinen Freunden verändert?
 - a. Wie bereits gesagt, sind mir lediglich zwei Freunde geblieben.
 - b. Die anderen Freunde kamen mich auch besuchen, aber ich konnte damals noch nicht sprechen. Vermutlich war es ihnen wohl ein wenig unangenehm.
 - c. Auf Nachfrage: Vielleicht waren sie überfordert mit der ganzen Situation.
10. Hast du das Gefühl, dass der Kontakt zu deinen gebliebenen Freunden enger wurde?
 - a. Ja, am Anfang war der Kontakt enger.
 - b. Jetzt haben diese Freunde selbst Familie und Kinder. Wie das Leben so spielt, konzentrieren sie sich nun auf das. Was ich auch verstehen kann.
 - c. Wir treffen uns immer noch, einfach weniger als früher, kürzer nach dem Unfall.
 - d. Als ich dann wieder einigermaßen sprechen konnte, habe ich mir dann auch neue Freunde gesucht.
11. Dann hast du auch neue Freunde gefunden nach der Hirnblutung? War das Schwierig?
 - a. Ja, ich habe neue Freunde gefunden.
 - b. Am Anfang war das schwierig, weil ich wirklich nicht gut sprechen konnte.
 - c. Jetzt geht es relativ gut, da bin ich froh.
12. Manchmal sagt man auch, es ist schwieriger mit Menschen zu sprechen, die man nicht so gut kennt, als mit Menschen die man bereits gut kennt. Siehst du das auch so?
 - a. Hm, ich würde dies nicht so unterschreiben.
 - b. Bei Menschen, die man neu kennenlernt, ist es wie eine neue Chance. Man weiss nichts über diesen Menschen und man möchte alles über diesen Menschen kennenlernen.
 - c. Bei alten Kollegen weiss man schon vieles von deren Leben. Da ist das Blatt bereits vollgeschrieben.
13. Kommunizierst du auch über soziale Medien, wie WhatsApp oder Facebook mit deinen Freunden?
 - a. Ja, aber nur ungerne.
 - b. Es geht schon einigermaßen, aber ich finde face-to-face-Treffen besser.
 - c. Es ist nicht dasselbe wie ein Treffen vor Ort. Aber immerhin haben wir die technischen Mittel für solch eine Situation wie jetzt mit Corona.
14. Dann fehlt es dir auch nicht? Also du möchtest auch nicht mehr Kontakt darüber haben?
 - a. Nein. Ich finde die sozialen Medien eher eine ungesunde Entwicklung. Man ist immer im Kontakt, es ist ein Hin und Her.
 - b. Der Mensch muss doch auch mal atmen können. Das sind zu viele Reize auf einmal.
 - c. Auf Nachfrage: Ein reales Treffen ist einfach viel besser. Man kann sich so viel besser mitteilen.
 - d. Es ist gut, um abzumachen, wann man sich wo treffen sollte. Aber ein Hin- und Herschreiben bringt mir nicht so viel.
15. Was schätzt du an deinen Freunden?
 - a. Ich schätze, dass sie einfach da sind. Ich finde es wichtig, dass man gegenseitig füreinander da ist.
 - b. Auf Nachfrage: Es ist toll, wenn man eine Ansprechperson hat, jemanden den man Fragen kann.
16. Ist es dir auch wichtig, zusammen Dinge zu unternehmen oder weniger?
 - a. Also dieses Jahr geht das leider nur sehr wenig.
 - b. Ich schreibe ab und zu mit meinen Freunden aber ich habe mich ziemlich zurückgezogen wegen Corona.
 - c. Wir treffen uns trotzdem manchmal kurz, aber weniger. Wir haben weniger Pläne. Corona lässt einen keine Pläne machen. Man muss ein wenig verzichten.
17. Was könnte die Logopädie machen, um den Kontakt zu den Freunden zu verbessern? Könnte da die Logopädie helfen?
 - a. Das ist eine schwierige Frage.

- b. Die Logopädie könnte mehr Selbsthilfegruppen fördern.
 - c. Ich leite selbst eine Selbsthilfegruppe. Dort sind nur Betroffene, die dort auch neue Freunde finden können.
 - d. Selbsthilfegruppen können helfen, dass man wieder lernt Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen.
 - e. Es ist ganz wichtig, dass man sich wieder traut, Dinge zu tun und Kontakt aufzunehmen.
 - f. Am Anfang ist es mir sehr schwergefallen, auf andere Menschen zuzugehen. Ich habe mich nicht getraut.
 - g. Da kommt mir eine Geschichte in den Sinn. Irgendwann im 1997 ging ich einmal in die Stadt und wollte etwas besorgen. Also ging ich in den Laden und stammelte vor mich hin. Der Verkäufer hat mich aber verstanden und konnte mir weiterhelfen. Das hat mir gutgetan. Es war eine positive Erfahrung für mich.
18. Denkst du, die Logopädie könnte etwas machen dafür? Zum Beispiel einen Freund in die Therapie einzuladen?
- a. Das finde ich eine gute Idee, wenn das der Betroffene möchte.
 - b. Auf Nachfrage: Man kann so die Freunde besser über Aphasie aufklären.
 - c. Ich persönlich habe auch schon als Therapeut gemerkt, dass viele Menschen weniger Hemmungen haben mit mir zu sprechen. Weil ich auch ein Betroffener bin, denke ich.
19. Denkst du, Gruppentherapien könnten auch helfen, um neue Kontakte knüpfen zu können?
- a. Gruppentherapien könnten sicherlich helfen.
 - b. Der vorherige Chef der Logopädie in der Rehaklinik plädierte sehr für Gruppentherapie. Ihm war es sehr wichtig, so zusammen zu sprechen.
20. Bezüglich den sozialen Medien und dem Kontakt über WhatsApp oder so. Denkst du, man sollte dies mehr in der Therapie einbinden?
- a. Bei jungen Aphasikern? Warum nicht.
 - b. Man sollte herausfinden, was die Betroffenen wollen. Wenn sie das wollen, wieso nicht. Das habe ich auch schon gemacht in der Therapie.
 - c. Auch ein 80-jähriger Betroffener kann noch lernen, mit einem Handy oder Computer umzugehen.
21. Eine Abschlussfrage: Wenn du dir etwas wünschen könntest, was würdest du dir für die Zukunft wünschen?
- a. Für die ganze Welt wünsche ich mir Frieden auf Erden. Das ist mir wichtig.
 - b. Für mich wünsche ich mir, dass ich wieder fit werde.
22. Mit der Situation mit deinen Freunden bist du zufrieden?
- a. Also dieses Jahr habe ich meine Freunde nur selten gesehen, was schade ist.
 - b. Grundsätzlich bin ich aber zufrieden.
 - c. Sonst wünsche ich mir vielleicht noch eine Freundin.
23. Was möchtest du noch loswerden?
- a. Das Gespräch ist viel einfacher für mich über Videotelefon. So habe ich ein Gesicht zur Stimme.
 - b. Danke vielmal. Ich helfe immer gerne.

IV. Literaturrecherche

Literaturrecherche BARB vom 16.09.2020: Enge Gesprächskontakte als wichtiger Lebenskontext – Befragung zu Veränderungen von Freundschaften durch eine Aphasie bei jungen Betroffenen in der postakuten und chronischen Situation

Datenbank/ Suchmaschine	Kombination von Suchwörtern	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Quellen zu relevanten Treffern
Nebis	Aphasie AND Freundschaft	6	0	-
Nebis	Aphasie AND Beziehung	284	4	1 2 4 5
Nebis	Aphasie AND Teilhabe	38	2	1 3
Nebis	Schlaganfall AND Freundschaft	6	0	
Nebis	Aphasie AND Familie	105	3	1 2 4
Nebis	Schlaganfall AND Angehörige	104	9	3 4 6 7 8 10 11 14 15
Nebis	Aphasie AND Kontakt	59	2	1 4
Nebis	Aphasie AND ICF	74	5	1 5 9 12 13
Nebis	Aphasie AND Lebensqualität	40	4	1 4 5 16

Nebis	Aphasie AND Interaktion	110	4	17 1 2 18
Nebis	Aphasie AND Umfeld	62	3	1 4 18
Nebis	Aphasie AND Jugend	67	1	19
Nebis	Aphasie AND Kommunikation	134	2	20 23
Nebis	Schlaganfall AND Kommunikation	118		4 21 22

Literaturliste:

- Jenni, N. (2017). *Aphasie und Lebensqualität: Einblicke in besondere Lebensläufe*. Hochschulschrift, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.
- Bauer, A. & Auer, P. (2009). *Aphasie im Alltag*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Dettmers, S. (2014). Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall: eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen: Budrich UniPress.
- Carr, S. (2017). *Poststroke Depression bei Aphasie: Lebensqualität und Coping als Aufgabenfeld der Logopädie*. Hochschulschrift, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.
- Schulze, N. (2013). *Zur Ermittlung psycho-sozialer Veränderungen bei Aphasie: Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des psychischen Wohlbefindens von Aphasikern und deren Angehörigen*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Klug, E. & Fendt, S. (2018). *Schlaganfall: ein Ratgeber für Angehörige und Freunde*. Berlin: Stiftung Warentest.
- Horat, I. & Villiger, S. (2016). *Wenn eine Familie der Schlag trifft: Pflegeinterventionen für pflegende Angehörige von erwachsenen Schlaganfall Patienten: eine Literaturübersicht*. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit.
- Grötzbach, H. (2018). *Schlaganfall verstehen - vorbeugen - behandeln: was Betroffene, Angehörige und Therapeuten wissen sollten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Schütz, S. (2013). *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Luppen, A. & Stavemann, H. (2014). *Und plötzlich aus der Spur...: Leben nach dem Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma und anderen neurologischen Erkrankungen: Ein Ratgeber für Angehörige und Betroffene*. Weinheim: Beltz.
- Soyka, D. (1988). *Schlaganfall: ein Ratgeber für Patienten und deren Angehörige*. Stuttgart: Fischer.
- Grötzbach, H., Hollenweger Haskell, J. & Iven, C. (Hrsg.). (2014). *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (2. überarb. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Grönke, C. & Mebus, M. (2011). *AphasiePartizipationsTraining [ATP]: ICF-basierte Übungen für pragmatisch-kommunikative Alltagsfertigkeiten*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Tesak, J. (2002). *Aphasie: Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Angehörige*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Huber, W., Springer, L. & Poeck, K. (2013). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Thieme.

16. Marty, S. (2016). *Lebensqualität mit Aphasie: Einfluss der Schlaganfallinduzierten Aphasie auf die Lebensqualität der Betroffenen: Eine systematische Literaturrecherche*. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit.
17. Dunkel, N. (2008). *Aphasie und soziale Interaktion*. Basel: o.V.
18. Gugger Reichmuth, B. (2016). *Sozial-kommunikativer Nutzen der elektronischen Sprachausgabegeräte in der UK: Inwiefern verändert die Nutzung eines elektronischen Sprachausgabegeräts die Interaktion eines Nutzers mit seinem Umfeld?* Hochschulschrift, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich.
19. Kubandt, M. (2009). *Aphasie bei Kindern und Jugendlichen: Ein Ratgeber für therapeutische Berufe*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
20. Andresen, H. & Redder, A. (Hrsg.). (1985). *Aphasie: Kommunikation von Aphasikern in Therapiesituationen*. Osnabrück: Verein zur Förderung der Sprachwissenschaft in Forschung und Ausbildung.
21. Bollmeyer, H. (2011). *UK inklusive: Teilhabe durch Unterstützte Kommunikation*. Karlsruhe: von Loeper.
22. Müller, J. (2016). *Wenn Wörter keinen Sinn mehr machen. Kommunikationseinschränkungen bei Patienten mit einer Aphasie nach einem Schlaganfall*. Winterthur: ZAG.
23. Caluori, M. & Mabrouk D. (2011). *"2talk" – das Kommunikationstraining. Ein Training zur Verbesserung der Kommunikation für Menschen mit Aphasie und ihre Angehörigen*. o.O. o.V.

V. Erklärungen zu wissenschaftlichen Arbeiten an der HfH

Erklärungen zu wissenschaftlichen Arbeiten an der HfH

(Mit Arbeit und CD als separates Blatt der Begleitperson senden.)

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich bei der von mir eingereichten Arbeit mit dem Titel:

Enge Gesprächskontakte als wichtiger Lebenskontext – Befragung zu Veränderungen von Freundschaften durch eine Aphasie bei jungen Betroffenen in der postakuten und chronischen Situation

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie in eigenen Worten verfasste Originalarbeit handelt.

Sofern es sich dabei um eine Arbeit von mehreren Verfasserinnen oder Verfassern handelt, bestätige ich, dass die entsprechenden Teile der Arbeit korrekt und klar gekennzeichnet und der jeweiligen Autorin oder dem jeweiligen Autor eindeutig zuzuordnen sind.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganze oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der HfH oder an einer anderen Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist, noch künftig durch mein Zutun als Abgeltung einer weiteren Studienleistung eingereicht werden wird.

Ich erkläre, dass ich sämtliche in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich ausnahmslos und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbständigkeitserklärung verletzen, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen.

Wir wünschen (bitte ankreuzen):

Einzelbeurteilung Gruppenbeurteilung

Wir erklären gleichzeitig, dass wir mit einem Wunsch nach Gruppenbeurteilung darauf verzichten werden, gegen die Beurteilung zu rekurrieren mit der Begründung, die gemeinsame Note werde der individuellen Leistung nicht gerecht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die HfH die elektronische Fassung meiner Arbeit auf dem www publizieren kann, und bestätige hier, dass die Arbeit, die ich auf der CD abgegeben habe, entsprechend anonymisiert bzw. gekürzt ist (sensible Daten, auch im Anhang).

Ich lehne eine allfällige Publikation auf dem www ab.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben.

Datum, Name(n), Vorname(n), Unterschrift(en)

12.02.2021 Borner Tabea T.Borner

12.02.2021 Walker Anna gkuaWalker