

Biographisch-narrative Intervention bei Aphasie

Sabine Corsten & Friedericke Hardering

Zusammenfassung:

Menschen mit Aphasie erleben häufig schwerwiegende Einschränkungen in ihrer Lebensqualität. Im Projekt narrativ wurde eine interdisziplinäre biographisch-narrative Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität entwickelt. Der Ansatz basiert auf soziokulturellen Theorien, die von einem Zusammenhang zwischen Identität und Lebensqualität ausgehen. Durch Selbstthematisierungen im intersubjektiven Austausch finden demzufolge Identitätsbildungsprozesse statt. Dafür sind narrative Kompetenzen notwendig. Im Falle chronischer Erkrankungen wie einer Aphasie sind körperliche und kognitive Einschränkungen dann problematisch für die Lebensqualität, wenn sie zu einem defizitären Identitätsgefühl führen. Entscheidend für die Lebensqualität ist das Ausmaß, in dem es gelingt, ein positives Identitätsgefühl wiederherzustellen und das Leben als sinnhaft zu empfinden. Biographisch-narrative Arbeit bietet eine Möglichkeit, durch lebensgeschichtliches Erzählen Identitätsarbeit anzuregen. Aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen mit Aphasie wurde eine modifizierte biographisch-narrative Intervention entwickelt. Die Intervention umfasst Einzelgespräche und Gruppensitzungen. Als Hilfe werden bei den lebensgeschichtlichen Erzählungen Methoden der unterstützten Kommunikation, z.B. Piktogramme, eingesetzt. Die Maßnahme wurde in einem Mixed-Methods-Design mit Vor- und Nachtest sowie einer Follow-up-Untersuchung nach drei interventionsfreien Monaten evaluiert. Quantitative Daten zeigen eine signifikante und stabile Verbesserung der Lebensqualität. Die qualitativen Daten weisen darauf hin, dass die Veränderungen mit einem gesteigerten Kompetenzerleben und einem positiven Selbstbild einhergehen. In diesem Artikel werden das Konzept der narrativen Identität und die Biographiearbeit näher beleuchtet. Weiterhin wird das biographisch-narrative Vorgehen beschrieben, und die Ergebnisse der Studie werden diskutiert.

Schlüsselwörter:

Aphasie, Lebensqualität, narrative Identität, Identitätsarbeit biographisch-narrative Intervention

Zitation:

Corsten, S. & Hardering, F. (2015) Biographisch-narrative Intervention bei Aphasie. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema: Aus der Praxis für die Praxis 2: e2015-07; doi: 10.14620/stadbsstadbs150907

1. Einleitung

In der Aphasietherapie und Forschung lässt sich seit einigen Jahren beobachten, dass neben störungs- und sprachspezifischen Behandlungsansätzen auch Konzepte und Interventionen an Bedeutung gewinnen, in denen Lebensqualität als Zielgröße therapeutischer Maßnahmen eingesetzt wird (vgl. z.B. Bucher & Boyer, 2009). Kennzeichen solcher Ansätze ist, dass sie den Fokus auf die lebensweltliche Integration der Menschen mit Aphasie richten, und insofern verstärkt Themen wie Kommunikation, psychosoziale Verarbeitung und Handlungsfähigkeit in den Mittelpunkt rücken. Diese Perspektiverweiterung lässt sich als Reaktion auf Forschungsergebnisse zur psychosozialen Situation bei Aphasie (siehe hierzu Hilari, Needle, & Harrison, 2012) sowie auf die erweiterte Ausrichtung der Therapie- und Rehabilitationsdisziplinen zurückführen: So gewinnt in den letzten Jahren die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO, 2001) in den Gesundheitswissenschaften an Bedeutung, welcher ein bio-psycho-sozialer Ansatz zugrunde liegt. Gesundheit wird danach nicht ausschließlich entlang funktionaler Defizite bewertet, sondern bemisst sich zudem an gesellschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten. Übergeordnetes Ziel einer an der ICF-orientierten Therapie ist die Förderung von Lebensqualität.

In diesem Beitrag stellen wir einen Ansatz der Biographiearbeit für Menschen mit Aphasie vor, der auf die Steigerung von Lebensqualität ausgerichtet ist. Dieser Ansatz ist im Forschungsprojekt *narraktiv – narrative Kompetenzen aktivieren bei Aphasie*¹, das an der Katholischen Hochschule Mainz durchgeführt wurde, entwickelt und auf seine Wirksamkeit hin überprüft worden. Ausgangspunkt für die Konzeption des Ansatzes war die Überlegung, dass die Lebensqualitätsminderungen, mit denen Menschen mit Aphasie konfrontiert sind (z.B. Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni, & Katz, 2007), eine zentrale Ursache in einem veränderten Erleben des eigenen Selbst bzw. der eigenen Identität haben. Shadden (2005) hat bei der Arbeit mit Menschen mit Aphasie ein Gefühl des Identitätsverlustes feststellen können, welches sie als „identity theft“, als Identitätsraub, bezeichnet. Ausgehend von diesem Phänomen ist die hier vorgestellte Biographiearbeit daran ausgerichtet, Prozesse der Identitätsarbeit zu unterstützen, deren Ziel ein stabileres Gefühl der eigenen Identität und Persönlichkeit ist.

Die Darstellung der Biographiearbeit und ihrer theoretischen Hintergründe gliedert sich folgendermaßen: Zunächst wird auf die psychosoziale Situation bei Aphasie eingegangen. Anschließend werden das Konzept der Identität und grundlegende Ansätze zur Identitätsarbeit erörtert. Sodann wird das konkrete Vorgehen der Biographiearbeit vorgestellt. Im abschließenden Fazit wird auf die Wirksamkeit dieser Form der Biographiearbeit eingegangen.

2. Lebensqualität und biographischer Bruch bei Aphasie

Zahlreiche Studien zeigen, dass eine Aphasie sich negativ auf die Lebensqualität auswirkt, und das sogar in einem höheren Maße als andere chronische Krankheiten (Lam & Wodchis, 2010). Die Einschränkungen der Lebensqualität beziehen sich dabei auf ganz unterschiedliche Bereiche: So verändern sich infolge der Erkrankung die sozialen Beziehungen im Bereich der Familie und Partnerschaft (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé, 2014; Winkler, Bedford, Northcott, & Hilari, 2014). Auch die berufliche Integration verändert sich durch die Aphasie, ca. 80% der Menschen mit Aphasie kehren nicht in ihren Beruf zurück (Doucet, Muller, Verdun-Esquer, Debeillex, & Brochard, 2012). Des Weiteren treten depressive Verstimmungen bis hin zu manifesten Depressionen auf. Bis zu 62% der Betroffenen leiden zwölf Monate nach dem Insult an einer Depression (Kauhanen et al., 2000; Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005).

Die psychosozialen Veränderungen gehen mit einem veränderten Identitätsgefühl einher (Shadden, 2005; Shadden & Hagstrom, 2007). Zahlreiche qualitative Studien, in denen Krankheitserzählungen von Menschen mit chronischen Erkrankungen untersucht wurden, konnten aufzeigen, dass betroffene Personen die Erkrankung als Bruch in ihrem Leben begreifen, der nicht nur die Lebenssituation, sondern auch das grundlegende Gefühl für die eigene Person verändert (Lucius-Hoene, 2002). In der Literatur werden diese Brüche als biographische Brüche (Bury, 1982) oder als Identitätsbrüche bezeichnet. Solche Brüche können als Konsequenz kritischer Lebensereignisse beschrieben werden, und sie erfordern spezifische Formen der Bewältigung. Die grundlegende Frage der Identität: „Wer bin ich?“ muss infolge der Umbruchsituation neu beantwortet werden. Biographiearbeit setzt häufig genau an solchen Umbruchsituationen an und unterstützt die Selbstreflexion (Hölzle & Jansen, 2009). Sie bietet damit einen Rahmen für das, was in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Theorien als Identitätsarbeit (Keupp et al., 2006) bezeichnet wird. Eine gelingende Identitätsarbeit wiederum kann dazu beitragen, dass sich die Selbstwahrnehmung positiv verändert, und das eigene Dasein als sinnhaft erlebt wird, was sich wiederum positiv auf die Lebensqualität auswirkt (Bauer, Mc Adams, & Pals, 2008).

¹ Das Projekt *narraktiv* wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, Förderkennzeichen 17S10X11)

3. Identitätsarbeit und narrative Identität

In den Sozialwissenschaften lässt sich seit einigen Dekaden eine Konjunktur des Identitätsbegriffes beobachten. Dieser Aufschwung lässt sich insbesondere darauf zurückführen, dass die moderne Gesellschaft Lebensläufe unplanbarer macht und sich von zahlreichen identitätsverbürgenden Sicherheitsgaranten befreit hat. Damit wird ein erhöhter Reflexionsbedarf auf Seiten der Individuen provoziert. Gemeinsam ist vielen Definitionen von Identität, dass Identität als Integrations- und Verknüpfungsarbeit gefasst wird, mittels derer Kontinuität und Kohärenz erzeugt werden, und die primär erzählend geleistet wird (Keupp et al., 2006; Lucius-Hoene & Nerb, 2010). Diese Definition umfasst vier wesentliche Aspekte, 1) die Prozesshaftigkeit der Identitätsarbeit, 2) die Dimensionen der Identität, die verknüpft werden müssen, 3) das Medium der Identitätsarbeit und 4) die Ziele der Identitätsarbeit. Diese Aspekte werden im Folgenden kurz erläutert:

- 1) Identitätsarbeit als Prozess: Anders als in früheren Identitätstheorien, die von einer mehr oder weniger stabilen Identität als Ergebnis des Erwachsenwerdens ausgehen, betonen modernere Identitätstheorien die lebenslang zu leistende Identitätsarbeit. Identität ist damit nie fertig, sie wird immer wieder neu ausgehandelt und findet beständig statt, weswegen sich der Begriff der alltäglichen Identitätsarbeit (Keupp et al., 2006) etabliert hat. Nicht nur, wenn wir uns explizit mit Fragen unserer Persönlichkeit befassen, sondern immer dann, wenn wir handeln, arbeiten wir an unserer Identität. Zudem ist das Ergebnis von Identitätsarbeit nicht fix, sondern Keupp et al. (2006) gehen davon aus, dass es sich immer um fragile Identitätskonstruktionen handelt.
- 2) Dimensionen der Identitätsarbeit: Die alltägliche Verknüpfung und Strukturierung bezieht sich auf verschiedene Dimensionen, innerhalb derer Erfahrungen geordnet werden. Keupp et al. (2006) nennen hier zeitliche Verknüpfungen, also die Verbindung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, lebensweltliche Verknüpfungen, also die Verbindung verschiedener Rollen und Lebensbereiche (Arbeit, Freizeit, Familie), und „inhaltliche“ Verknüpfungen, womit die Verbindung von Erfahrungen, die bereits in ähnlicher Form gemacht wurden, und abweichenden Erfahrungen gemeint ist.
- 3) Das Medium der Identitätsarbeit: Eine zentrale Annahme verschiedener Identitätstheorien ist, dass Identitätsarbeit maßgeblich erzählend geleistet wird. Mit Erzählung wird einerseits die sprachliche Dimension betont, zudem gehen einige Theorieansätze im Feld der narrativen Psychologie davon aus, dass menschliche Erfahrungen insgesamt narrativ gestaltet sind. Unter dem Begriff der Narration wird dann eine Art Erzählschema gefasst, welches sich durch die Verbindung von Vergangenem und Zukunft bzw. durch die Abfolge von Anfang, Mitte und Ende konstituiert. Damit wird besonders die zeitliche Dimension der Verknüpfung angesprochen. Das Konzept der „narrativen Identität“ (Bauer et al., 2008; Straub & Zielke, 2005) bündelt diese Überlegungen und zielt auf die Form der Identität, die zugänglich wird über die Selbstnarrationen bzw. Selbstthematisierungen einer Person. Zur narrativen Identität zählen neben den Selbstthematisierungen im intersubjektiven Kontext auch die individuellen Selbstverständigungen, der ‚innere Dialog‘, den Menschen nutzen, um ihre Erfahrungen in eine Struktur zu bringen. Beide Ebenen, ‚äußerer‘ und ‚innerer‘ Dialog, sind miteinander verbunden und beeinflussen sich wechselseitig (Lucius-Hoene, 2008).
- 4) Ziele von Identitätsarbeit: Identitätsarbeit zielt auf Selbstvergewisserung in Form von Kontinuität, womit gemeint ist, dass wir uns trotz Veränderungen im Leben als wir selbst begreifen, und eine Verbindung und Anschlussfähigkeit zwischen verschiedenen Lebensphasen erkennen. Darüber hinaus zielt Identitätsarbeit auf Kohärenz, also auf ein Gefühl von Stimmigkeit und Einheit der Person (Lucius-

Hoene & Nerb, 2010). Ein zentrales Ziel von Identitätsarbeit ist ein positives Identitätsgefühl, welches der Person ermöglicht, sich als handlungsfähig zu begreifen. Das Identitätsgefühl lässt sich als relativ zeitstabiles Konstrukt aus eigenen Bewertungen, Bewältigungsleistungen und verdichteten Erfahrungen begreifen. Es beeinflusst die Selbstnarrationen, und zugleich wirken veränderte Selbstnarrationen auf das Identitätsgefühl zurück (Keupp et al. 2006). Damit mündet eine gelingende Identitätsarbeit in einem sinnhaften Erleben der eigenen Person, was maßgeblich für Lebensqualität ist.

Anhand der einzelnen Aspekte der Definition wird der prozedurale, verknüpfende, und der narrative Charakter des Identitätskonzeptes betont. Im Folgenden werden narrative Identität und Identität synonym verwendet, und wir gehen dementsprechend von der grundlegenden narrativen Verfasstheit von Identität aus. Wie sich an der obigen Definition von Identität zeigt, impliziert sie zugleich eine Art Normalmodell gelingender Verknüpfung und Zielerreichung, insofern als Herausforderungen und Hemmnisse von Identitätsarbeit nicht explizit benannt werden. Allerdings kann Identitätsarbeit auch erschwert werden, beispielsweise durch die oben bereits erwähnten kritischen Lebensereignisse, die durch eine starke Veränderung alltäglicher Routinen charakterisiert sind.

4. Erzählung und Krankheitsbewältigung

Wie sich anhand der einzelnen Aspekte von Identitätsarbeit zeigt, ist diese ein alltäglicher Prozess und zugleich voraussetzungsreich, insofern sie auf bestimmte Ressourcen zurückgreift. So sind Selbstthematizierungen ein wesentlicher Modus, durch den sich die narrative Identität konstituiert. Selbstthematizierungen finden wesentlich in intersubjektiven Kontexten statt. Im Dialog mit anderen Menschen wird das Bild, was man von sich und seiner Geschichte hat, ausgehandelt und immer wieder gemeinsam umgedeutet. Bezieht man diese Überlegungen auf Menschen mit Aphasie, ergibt sich durch die Einschränkungen in der Kommunikation häufig die Herausforderung, dass die Erzählanlässe, innerhalb derer Selbstthematizierungen stattfinden, reduziert sind. Zudem ist durch die veränderte Selbstthematizierung mit anderen auch der innere Dialog verändert. Erschwerend kommt für Menschen mit Aphasie der oben beschriebene Identitätsbruch hinzu: Die notwendige Bearbeitung des Bruchs ist durch die sprachlichen Kompetenzen und die veränderte soziale Situation erschwert.

In der *narrative based medicine* wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die Thematisierung der eigenen Krankheitsgeschichte (illness narratives) als relevant für eine gelingende Bewältigung anzusehen ist. Sowohl die „narrative Therapie“ als auch die „narrative Bewältigung“ setzen hier an, und gehen von einem „heilenden“ Charakter der Erzählung der eigenen Lebensgeschichte aus (Brody, 1994). Derartige therapeutische Interventionen zielen darauf ab, biographische Brüche, wie sie durch eine Aphasie entstehen, mittels Techniken des biographischen Revidierens zu bewältigen. Grundlegende Annahme dieser Konzepte ist, dass bestimmte Erzählungen des eigenen Lebens immer wieder erzählt werden (retelling, re-authoring, Parry & Doan, 1994). Durch das Wiedererzählen belastender Erfahrungen eröffnet sich die Chance, eine Art der Erzählung zu finden, innerhalb derer das belastende Ereignis besser in die Lebensgeschichte integriert werden kann (Brody, 1994). Durch diese Techniken des Neu-Erzählens wird der Prozess der Krankheitsbewältigung angeregt (Lucius-Hoene, 2008). Die Integration biographischer Brüche in die Lebensgeschichte bietet zudem die Basis dafür, eine neue Perspektive auf das eigene Selbst einzunehmen. So werden eigene Stärken und Ressourcen, beispielsweise ein früherer erfolgreicher Umgang mit einer Lebenskrise, wieder sichtbar, was die Überzeugung stärkt, handlungsfähig und kompetent Herausforderungen angehen zu können.

Vor dem Hintergrund der besonderen Situation von Menschen mit Aphasie und den Erkenntnissen aus dem Bereich der *narrative based medicine* wie auch aus der Biographiearbeit

scheint die Unterstützung von Identitätsarbeitsprozessen ein vielversprechender Weg zu sein: Damit können biographische Brüche aufgearbeitet werden, und Kontinuität und Kohärenz können gestiftet werden. So kann ein Identitätsgefühl entstehen, innerhalb dessen sich die Person als GestalterIn der individuellen Lebensgeschichte begreift (siehe Abbildung 1). Die Anpassung dieser narrativen Methoden für Menschen mit Aphasie stellt eine besondere Herausforderung dar, wie im Folgenden dargestellt wird.

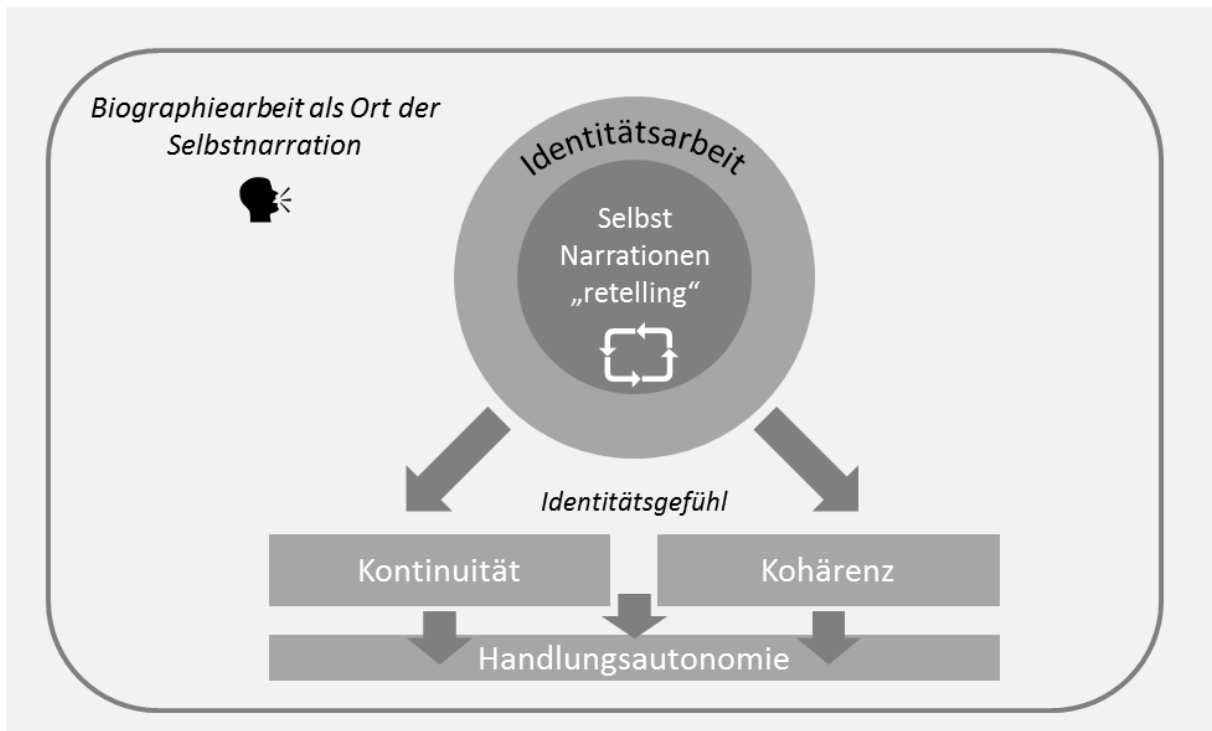


Abbildung 1 - Biographiearbeit als Ort der Selbstnarration, eigene Darstellung

5. Biographisch-narratives Vorgehen

Insbesondere in der Pädagogik sowie den Pflegewissenschaften wird die Biographiearbeit zur gelingenden Identitätsarbeit und Steigerung der Lebensqualität eingesetzt (Blimlinger, Ertl, & Koch-Straube, 1996; Gereben & Kopinitsch-Berger, 1998). Hier finden sich auch Anleitungen zur Gestaltung biographischen Arbeitens mit Individuen und Gruppen (Hölzle, 2009). Neben narrativen, also gesprächsorientierten Ansätzen, werden auch aktivitätsorientierte Vorgehensweisen eingesetzt. Weiterhin wird zwischen unstrukturierter und strukturierter Biographiearbeit differenziert (vgl. Ruhe, 1998).

Im Bereich der Aphasie wird lebensqualitätsorientiert insbesondere in auf Teilhabe ausgerichteten Gruppenansätzen gearbeitet. Im angloamerikanischen Raum gibt es hier bereits groß angelegte Projekte wie den *Life Participation Approach to Aphasia* (LPAA, LPAA Project Group, 2008) oder das Projekt *connect - the communication disability network* (vgl. Duchan & Byng 2013). Unter Begleitung von SprachtherapeutInnen werden Gruppenangebote zu biographischem Schreiben, zur Diskussion tagespolitischer Ereignisse, zu Hobbys u.v.m. gemacht. Des Weiteren ist die Teilnahme an Bücherclubs oder Online-Angeboten wie Chat-Foren möglich. Verbesserungen in Teilhabe und Lebensqualität konnten gezeigt werden (z.B. Pound, 2011; Simmons-Mackie & Holland, 2011, van der Gaag et al., 2005). Eine systematische Biographiearbeit wird hier jedoch nicht angeboten, vielmehr stehen aktivitätsorientierte Herangehensweisen im Vordergrund.

Bislang wurde ein rein sprachbasiertes, biographisches Arbeiten bei Aphasie lediglich in zwei qualitativen Studien untersucht. So konnten Shadden und Hagstrom (2007) für einen Patienten mit einer leichten Aphasie zeigen, dass lebensgeschichtliche Erzählungen im

Rahmen einer Selbsthilfegruppe zu einer positiven Selbstsicht beitragen. Bronken, Kirkevold, Martinsen und Kvigne (2012) fanden in Interviews und bei teilnehmenden Beobachtungen ähnliche Effekte für eine Patientin mit chronischer Aphasie, die in Einzelgesprächen biographierelevante Themen bearbeitete. In beiden Studien jedoch war die Biographiearbeit eingebettet in umfangreiche Rehabilitationsmaßnahmen. Das Vorgehen war zudem nicht systematisch strukturiert, und in beiden Studien lag der Fokus auf Krankheitsnarrativen.

Im Folgenden wird ein strukturiertes, erzählerorientiertes Vorgehen dargestellt, das im Rahmen des Projekts *narraktiv* bei Aphasie erprobt wurde. Die Maßnahme umfasst fünf biographisch-narrative Gespräche und sieben Gruppensitzungen von jeweils 90-minütiger Dauer. Ziel der Intervention ist es, mittels autobiographischer Erzählung im Sinne von Identitätsarbeit die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation anzuregen. Darüber hinaus wird das Erkennen eigener Ressourcen bzw. Fähigkeiten zur Krankheits- und Alltagsbewältigung fokussiert. Die Lebensgeschichte soll hier als „Ressourcenpool“ (Hölzle, 2009, 45) genutzt werden, aus der anhand gelungener Problemlösungen eigene Stärken und Fähigkeiten extrahiert werden können. Schließlich soll die Interaktion mit anderen gefördert werden. Damit wird eine gelingende Identitätsentwicklung ermöglicht, die in einem verbesserten Selbstwertgefühl und Sinnerleben sowie einer gelingenden Lebensbewältigung mündet. Für die Teilnahme an den Einzelgesprächen wie auch den Gruppensitzungen sind auch Menschen mit schwerer Beeinträchtigung in der Sprachproduktion geeignet (siehe auch van der Gaag et al., 2005). Ein mittleres Sprachverständnis ist jedoch erforderlich.

5.1 Biographisch-narratives Gespräch

Die biographisch-narrativen Gespräche innerhalb der *narraktiv*-Maßnahme sind angelehnt an das narrative Interview (Schütze 1976; 1977), das Identitätsarbeit anregen kann (Lucius-Hoene, 2000, 2002; Rosenthal, 1995; Schafer, 1995). In dem offenen Interview, das in den Sozialwissenschaften ein etabliertes Erhebungsinstrument ist, wird die befragte Person animiert, ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Über gezielte Erzählaufforderungen werden Biographisierungen über das eigene Leben angeregt.

Das biographisch-narrative Gespräch ist in zwei Phasen untergliedert (siehe Rosenthal, 2005), wie Tabelle 1 zeigt. Die erste Phase umfasst dabei die Erzählaufforderung und die sich anschließende autonom gestaltete biographische Selbstpräsentation (zur Methode des narrativen Interviews siehe auch Küsters, 2009; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008). Als Erzählaufforderung kann folgende Einleitung genutzt werden: „Ich möchte Sie bitten, mir Ihre Lebensgeschichte zu erzählen, all die Erlebnisse, die Ihnen einfallen. Sie können sich dazu so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie erst einmal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen machen und später noch darauf zurückkommen.“ (angelehnt an Rosenthal, 2005, 159). Bei Menschen mit Aphasie hat es sich im Projekt *narraktiv* als sinnvoll erwiesen, darauf hinzuweisen, dass es in dem Gespräch nicht um sprachliche Fähigkeiten geht, und insofern nichts falsch gemacht werden kann. Ziel ist eine detailreiche, in sich geschlossene Erzählung mit eigenen Relevanzsetzungen.

Im Anschluss an die Erzählung können in der zweiten Gesprächsphase erzählgenerierende Nachfragen gestellt werden. Zum einen können interne Fragen gestellt werden zu Aspekten, die in der Haupterzählung nur kurz erwähnt wurden. So kann eine Lebensphase, die nur benannt wurde, mit folgender Frage angesteuert werden: „Können Sie mir über diese Zeit noch etwas mehr erzählen?“ (Rosenthal, 2005, 163, dort finden sich auch weitere Beispiele). Darüber hinaus können externe Fragen formuliert werden, die über das Erzählte hinausgehen. Um den Blick auf eigene Ressourcen zu lenken, empfehlen sich beispielsweise Fragen nach erfolgreichen Bewältigungsstrategien, wichtigen Lebensbereichen sowie ressourcenorientierte Fragen, die die Aufmerksamkeit auf überwundene Herausforderungen

und eigene Stärken lenken. In den biographisch-narrativen Gesprächen innerhalb des *narraktiv*-Projekts wurde beispielsweise gefragt, worauf jemand besonders stolz ist. Die Fragen können sich auch auf spezifische Lebensabschnitte beziehen, z.B. kann zur Jugend gefragt werden „Wie haben Sie Freunde gefunden?“. Es können auch herausfordernde Situationen besprochen werden, z.B. „Wie haben Sie den Wechsel der Arbeitsstelle gemeistert?“ Negativ konnotierte Fragen nach Situationen des Scheiterns sollten vermieden werden (mehr zu ressourcenorientierten Fragen siehe Flückinger & Wüsten, 2010).

Tabelle 1 - Aufbau des narrativen Interviews nach Rosenthal (2005)

| | |
|---------|---|
| Phase 1 | Erzählaufforderung autonome Haupterzählung |
| Phase 2 | Erzählgenerierende Fragen a) interne Fragen zu Erzähllücken b) externe Fragen zu nicht erwähnten Aspekten |

5.2 Biographieorientierte Gruppenarbeit

Biographiearbeit innerhalb einer Gruppe, deren Mitglieder lebensgeschichtliche Gemeinsamkeiten wie eine chronische Erkrankung aufweisen, kann ebenfalls zur Stimulation von Identitätsbildungsprozessen oder Stabilisierung von Identität beitragen (vgl. Hölzle, 2009). Die intersubjektive Dimension, die beim Prozess des Um- Über- oder Neuerzählens der eigenen Lebensgeschichte eine herausragende Rolle spielt, und damit zentral ist für die Herstellung von Identität (Keupp et al. 2006), kann im Gruppenkontext in besonderer Weise gefördert werden (siehe auch Shadden, 2005). In einem akzeptierenden Rahmen, in dem die Erkrankung kein Alleinstellungsmerkmal darstellt, kann im Austausch die Thematisierung der eigenen Lebensgeschichte erfolgen. Eigene Bewältigungskompetenzen können bewusst werden. Darüber hinaus kann auch durch die Geschichte der anderen TeilnehmerInnen ein Perspektivwechsel erfolgen, so dass persönliche Beeinträchtigungen relativiert werden. Eng verbunden ist damit der Aspekt des „Voneinander-Lernens“. Beispielsweise können Strategien im Umgang mit der Erkrankung von anderen übernommen werden.

Zur Gruppengröße finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben bzw. Empfehlungen. Brown und Knox (2010) haben beispielsweise in einer Gruppe, die auf die Aufarbeitung psychosozialer Krankheitsfolgen ausgerichtet war, mit bis zu zehn PatientInnen, die einen Schlaganfall erlitten hatten, gearbeitet. Hier waren aber nicht alle TeilnehmerInnen von einer Sprachstörung betroffen. Innerhalb der *narraktiv*-Gruppen hat es sich bewährt, jeweils fünf bis sieben TeilnehmerInnen aufzunehmen. Gerade bei Menschen mit sprachlichen Einschränkungen sollte die Gruppe nicht zu groß sein. Da die Arbeit nicht auf funktionales Üben abzielt, erscheint eine heterogene Gruppenzusammensetzung sinnvoll (Simmons-Mackie & Elman, 2011), so dass einerseits Menschen mit stärkeren Einschränkungen von anderen lernen können oder durch diese unterstützt werden können. Andererseits lernen TeilnehmerInnen mit weniger großen Beeinträchtigungen so ihre Fähigkeiten besser einzuschätzen. Zudem kann durch die Möglichkeit andere zu unterstützen das eigene Kompetenzerleben gefördert werden (Corsten, Schimpf, Konradi, Keilmann, & Hardering, 2015).

Hinsichtlich des methodischen Vorgehens in den Gruppen findet sich ein Konglomerat an Ansätzen. Innerhalb der *narraktiv*-Maßnahme wurde leitfadengestützt in jeder Sitzung jeweils ein biographierelevantes Thema besprochen. Die vorherige Auswahl der Themen ermöglicht es, dass insbesondere Menschen mit schwerer Beeinträchtigung in der Sprachproduktion die Sitzung vorbereiten und auch Materialien wie Photos mitbringen können. Die ausgewählten Themen sollten eine identitätsbezogene Auseinandersetzung erlauben. Themen wie Gesundheit oder Freizeit stimulieren beispielsweise die Reflexion von

herausfordernden Situationen oder positive Selbstattribuierungen. Im Sinne von Identitätsarbeit werden als Leitprinzip themenbezogen jeweils Vergangenheit, Gegenwart aber auch Zukunftsperspektiven beleuchtet. Innerhalb der *narraktiv*-Gruppen wurde in Anlehnung an das episodische Interview (Flick, 2011) zunächst einleitend nach subjektiven Definitionen zum Thema gefragt, um dann entsprechend des Leitprinzips situationale Erzählungen zu stimulieren. Beispielfragen zum Thema Gesundheit lauten:

- Was macht Gesundheit/Krankheit für Sie aus?
- Was hat Ihnen im Umgang mit der Erkrankung geholfen? Was nicht?
- Wie nehmen Sie heute Einfluss auf Ihre Gesundheit, darauf, wie Sie sich fühlen?
- Was wünschen Sie sich zukünftig mit Blick auf Ihre Gesundheit? Wie könnte das erreicht werden?

Über die Erstellung eines Leitfadens hinaus erscheint ein Ablaufplan für jede Sitzung sinnvoll (siehe auch Brown & Knox, 2010; Massoud, 2009). Wichtige Phasen sind die Einleitung des Themas, die eigentliche Themenbearbeitung und der Schluss mit einer kurzen Reflexion des Treffens. Gerade bei Menschen mit Aphasie kann es zweckmäßig sein, zunächst jede/n einleitend zum Thema zu Wort kommen zu lassen, so dass jede/r bereits einen Beitrag leisten und sich in die Gruppensituation einfinden kann. Weiterhin sollten Kommunikationsregeln verabredet werden, auf die in den einzelnen Treffen immer wieder verwiesen werden kann. So kann z.B. eine Regel lauten, dass unmittelbar rückgemeldet wird, wenn etwas nicht verstanden wird (weitere mögliche Regeln siehe Knox & Brown, 2010).

Die Gruppenleitung übernimmt in den biographisch-narrativen Gruppen keine Führungsrolle, vielmehr fungiert sie als „communication broker“ (Holland & Beeson, 1999). D.h. sie steuert das Gespräch methodisch, schafft Raum für Kommunikation, unterstützt die einzelnen TeilnehmerInnen bei der Diskussion, stellt aber die eigene Meinung zurück und agiert auch nicht beratend. Dabei dient der Gesprächsleitfaden als Hilfsmittel, an dem jedoch nicht festgehalten werden muss. Grundsätzlich gilt, dass die Moderation nicht zu lenkend erfolgen sollte. Um auch Menschen mit stark beeinträchtigter Sprachproduktion einbinden zu können und ausreichend non-verbale Kommunikationsversuche wahrnehmen zu können, wurden die *narraktiv*-Gruppen von zwei ModeratorInnen begleitet, wobei ein/e ModeratorIn das Gespräch leitete und Kommunikationshilfen gab, während der/ die andere ModeratorIn die Gruppe beobachtete und auf non-verbale Kommunikationsversuche einging. Aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung bestand das *narraktiv*-Team aus einem Sprachtherapeuten und einer Pädagogin. Die sprachtherapeutische Expertise ist aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigungen bei einer Aphasie unerlässlich, um entsprechend Hilfestellung geben zu können.

5.3 Gesprächshilfen

Sowohl während der Einzel- als auch der Gruppengespräche können kommunikative Hilfen wie Blickkontakt, aktives Zuhören oder die Aufforderung, andere Kommunikationsmittel zu nutzen, eingesetzt werden. Auch sprachspezifische Hilfen wie phonologische Hilfen (Anlaute etc.) oder semantische Hilfen (z.B. Aufforderung zur Umschreibung) können genutzt werden (siehe auch Luck & Rose, 2007). Insbesondere bei den biographisch-narrativen Gesprächen sollten diese Hilfen jedoch sparsam eingesetzt werden, um die eigentliche Erzählung nicht zu stark zu beeinflussen.

Neben dem Einsatz von Schrift und Visualisierungshilfen, wie sie in der Biographiearbeit genutzt werden, z.B. „Lebensbäumen“ zur Darstellung wichtiger Lebensereignisse (siehe hierzu z.B. Hölzle & Jansen, 2009), wurde innerhalb der *narraktiv*-Maßnahme insbesondere mit Piktogrammen gearbeitet, die eine tagebuchähnliche Darstellung der Lebensgeschichte erlauben. Hierzu wurden Piktogramme genutzt zu Bezugspersonen, Lebensphasen, wichtigen Orten und verschiedenen Aktivitäten, z.B. spazieren gehen (siehe Abbildung 2).

Alternativ kann auch das Piktogrammset Sclera npo (Serrien, Willaert, & Barzin, 2013), bestehend aus schlichten Piktogrammen mit weißen Silhouetten vor schwarzem Hintergrund, genutzt werden.

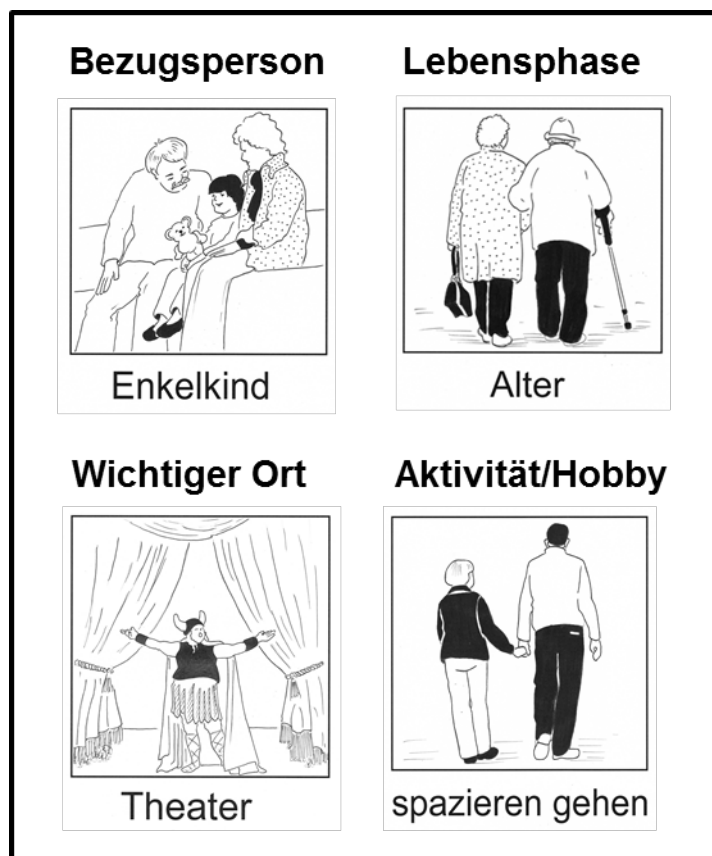


Abbildung 2 - Piktogramme zu Bezugspersonen, Lebensphasen, wichtigen Orten und Aktivitäten

In den Einzelgesprächen konnten mit Hilfe der Piktogramme insbesondere Menschen mit schweren Sprechapraxien ihre Lebensgeschichte rekonstruieren. Auch wenn hierbei verstärkt eine chronologische Darstellung erfolgt, können subjektive Relevanzsetzungen erfolgen. Überdies können die Visualisierungen als Gesprächsanlässe außerhalb des Einzelgesprächs dienen, z.B. auch in den Gruppen.

Unter Einsatz der genannten Hilfen, insbesondere der Visualisierungen, kann eine spezifisch angepasste biographisch narrative Arbeit auch für Menschen mit Aphasie zugänglich gemacht werden.

6. Fazit

Menschen mit Aphasie erleben ernste Einbußen in ihrer Lebensqualität, die mit einem veränderten Identitätsempfinden einhergehen (Shadden, 2005). Soziokulturelle Theorien gehen davon aus, dass die s.g. narrative Identität im intersubjektiven Austausch ständig transformiert wird. Dazu sind narrative Kompetenzen erforderlich (Straub & Zielke, 2005). Kritische Lebensereignisse bedürfen in besonderem Maße der Selbstthematizierung, um sie in die Lebensgeschichte integrieren und eine optimale Identitätsentwicklung zu gewährleisten. Biographisch-narrative Interventionen ermöglichen derartige Identitätsentwicklungsprozesse (siehe Korte, Westerhof, & Bohlmeijer, 2012). Für Menschen mit sprachlichen Einschränkungen müssen die sprachbasierten Methoden jedoch modifiziert

werden. Erste Hinweise auf einen erfolgreichen Einsatz des Vorgehens liefern qualitative Studien (Bronken et al., 2012; Shadden & Hagstrom, 2007).

Mit der *narraktiv*-Maßnahme wurde erstmals ein systematisch strukturiertes Vorgehen bestehend aus biographisch-narrativen Einzelgesprächen und Gruppensitzungen für Menschen mit Aphasie konzipiert. Zur Anpassung an die sprachlichen Beeinträchtigungen wurde multimodal gearbeitet. In einem dreijährigen Projekt wurde die Intervention innerhalb eines Mixed-Methods-Designs mit einer Vor- und Nachtestung sowie einer Follow-up-Untersuchung nach einer dreimonatigen interventionsfreien Phase erprobt. Die quantitative Messung der Lebensqualität umfasste eine Batterie von Tests zur Selbstbeurteilung. Zudem wurden halb-standardisierte Interviews im Anschluss an die Intervention geführt, mit Fragen nach der Erfahrung mit der Intervention sowie nach dem Identitätserleben. Für 27 TeilnehmerInnen mit chronischer Aphasie mit unterschiedlichen Schweregraden konnten signifikante und stabile Verbesserungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemessen mit dem Aachener Lebensqualitätsinventar (ALQI, Engell, Hütter, Willmes, & Huber, 2003) nachgewiesen werden (Wilcoxon-Vorzeichenrangtest, zweiseitig, $p < .05$). Auch die Gemütslagen, ermittelt mit einer deutschen Version der Visual Analog Mood Scales (VAMS Stern, 1997), verbesserten sich signifikant (t -Test, zweiseitig, $p < .05$). Entsprechend der Hypothesen blieb die kognitiv-basierte Lebensbewertung unverändert (Satisfaction with Life Scale, SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), weshalb ein sozialer Zuwendungseffekt auszuschließen ist, und die gefundenen Verbesserungen als therapiespezifisch eingestuft werden können. Bei der Analyse der Interviews in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2008) ergaben sich Kategorien zur Bewertung der Einzel- und Gruppengespräche mit positiven Äußerungen zu beiden Interventionsformen. Bezüglich der Identitätsprozesse konnten vier Hauptthemen herausgearbeitet werden: „gesteigertes Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit“, „verändertes, ressourcenorientiertes Krankheitskonzept“, „gesteigertes Kontrollerleben“ und „vergrößerter Handlungsspielraum“ (eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse findet sich in Corsten et al., 2015)

Die skizzierten Daten belegen die spezifische Wirksamkeit des Vorgehens bei Aphasie. Dabei können die quantitativen Verbesserungen mit einem gesteigerten Selbstvertrauen, einem erhöhten Kompetenzerleben, einem positiveren Selbstbild und einem veränderten Bewältigungsverhalten erklärt werden. Trotz der sprachlichen Schwierigkeiten können TeilnehmerInnen mit Aphasie bei entsprechender Unterstützung von der biographisch-narrativen Intervention profitieren. Weitere Studien, auch mit einer Kontrollgruppe, können Aufschluss darüber geben, unter welchen Umständen Betroffene besonders von der Maßnahme profitieren können, und welchen Umfang die Intervention im klinischen Setting haben sollte. Ausgehend davon muss die Integration des Vorgehens in die sprachtherapeutische Intervention untersucht werden. Möglicherweise könnte auch jeweils die ausschließliche Durchführung von Einzelgesprächen oder Gruppensitzungen abhängig von den klinisch-praktischen Bedingungen ausreichen. In einem weiteren Projekt zur Selbsthilfe bei Aphasie (siehe Corsten, Schimpf, & Lauer, 2014) wird zukünftig geprüft, inwieweit Teile des Vorgehens supervidiert auch in die Selbsthilfearbeit implementiert werden können. Hier ist zu überlegen, wie bei einer Systemerkrankung wie der Aphasie auch Angehörige in das Angebot eingebunden werden können.

7. Literatur

- Bauer, J., McAdams, D., & Pals, J. (2008). Narrative Identity and eudaimonic well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 81-104. doi: 10.1007/s10902-006-9021-6
- Blimlinger, E., Ertl, A., & Koch-Straube, U. (1996). *Lebensgeschichten*. Hannover: Vincentz.
- Brody, H. (1994). My story is broken, can you help me fix it? Medical ethics and the joint construction of narrative. *Literature and Medicine*, 13, 79-92. Verfügbar unter http://www.press.jhu.edu/journals/literature_and_medicine/
- Bronken, B. A., Kirkevold, M., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being After Stroke. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1303–1316. doi: 10.1177/1049732312450366
- Brown, D., & Knox, M. (2010). Group Therapy – An Interprofessional Approach. In S. Brumfitt (Hrsg.), *Psychological Well-Being in Acquired Communication Impairments* (S. 175-196). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Bucher, P. O., & Boyer, I. (2009). ICF in der Aphasietherapie: Ambulante Rehabilitation. In H. Grötzbach, & C. Iven (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (S. 61-78). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-182. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/shil.1982.4.issue-2/issuetoc>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Los Angeles: Sage Publications.
- Corsten, S., Lauer N. & Schimpf, E. (2014). Verbesserung sozialer Teilhabe von Menschen mit Aphasie: Chancen von Gruppenarbeit. *Forum Logopädie*, 28(6): 28-34. Verfügbar unter http://logopaedie-lauer.de/files/9814/1396/3725/2014_Corsten-Lauer-Schimpf_fl_Soziale-Teilhabe-Aphasie-Gruppenarbeit.pdf
- Corsten, S., Schimpf, E. J., Konradi, J., Keilmann, A., & Hardering, F. (2015). The participants' perspective: How biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*. doi: 10.1111/1460-6984.12173
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debeillex, X., & Brochard, P. (2012). Returning to work after stroke: a retrospective study at the Physical and Rehabilitation Centre La Tour de Gassies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(2), 112-27. doi: 10.1016/j.rehab.2012.01.007
- Duchan, J. F., & Byng, S. (2013). *Challenging aphasia therapies: broadening the discourse and extending the boundaries*. Hove, NY: Psychology Press.

- Engell, B., Hütter, B.-O., Willmes, K., & Huber, W. (2003). Quality of life in aphasia. Validation of a pictorial self-rating procedure. *Aphasiology*, 17(4), 383-396. doi: 10.1080/02687030244000734
- Flick, F. (2011). Das episodische Interview. In G. Oelerich & H.-U. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und soziale Arbeit* (S. 273-280). Wiesbaden: VS Verlag.
- Flückiger, C., & Wüsten, G. (2010). Resource Activation: Using Clients' Own Strengths in Psychotherapy and Counseling. Göttingen: Hogrefe.
- Gereben, C., & Kopinitsch-Berger, S. (1998). *Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen*. Wien: Maudrich.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V. & Anderson, C. S. (2005). Frequency of Depression after Stroke. *Stroke*, 36, 1330-1340. Verfügbar unter PMID: 15879342
- Hartman-Maier, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29, 559-566. Verfügbar unter PMID: 17453976
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 86-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.028>
- Holland, A. L., & Beeson, P. M. (1999). Aphasia groups: The Arizona experience. In R. Elman (Hrsg.), *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach*. Boston, MA: Butterworth-Heinemann.
- Hölzle, C. (2009). Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In C. Hölzle, & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden* (S. 31-54). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hölzle, C., & Jansen, I. (2009). *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllyä, V. V. (2000). Aphasia, Depression and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455-61. Verfügbar unter PMID: 11070376
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W., & Straus, F. (2006). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowohlt.
- Korte, J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Mediating processes in an effective life-review intervention. *Psychology and Aging*, 27(4), 1172-1181. doi: 10.1037/a0029273
- Küsters, I. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lam, J. M., & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care*, 48(4), 380-387.

- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C. and Hallé, C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439. doi: 10.1080/02687038.2013.869305
- LPAA Project Group. (2008). Life participation approaches to aphasia. In R. Chapey (Hrsg.), *Language Intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* fourth edition (S. 235-245). Philadelphia: Lippicott Williams & Williams.
- Lucius-Hoene, G. (2000). Konstruktion und Rekonstruktion narrativer Identität. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1(2). Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1087>
- Lucius-Hoene, G. (2002). Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In J. Bergmann (Hrsg.), *Die heilende Kraft des Erzählens. Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung. 3. Band 4* (S. 166-203). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lucius-Hoene, G. (2008). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Rehabilitation*, 47, 90-97. doi: 10.1055/s-2008-1042447
- Lucius-Hoene, G. & Nerb, N. (2010). Hirnschädigung, Identität und Biographie. S.93-106
- Luck, A., & Rose, M. (2007). Interviewing people with *aphasia*. Insights into methods adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21(2), 208-224. doi: 10.1080/02687030601065470
- Massoud, V. (2009). *Gruppentherapie für neurologische Sprachstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Parry, A., & Doan, R.E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York, NY: Guilford Press.
- Pound, C. (2011). Reciprocity, resources, and relationships: New discourses in healthcare personal, and social relationships. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 197-206. doi: 10.3109/17549507.2011.530692
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt: Campus.
- Rosenthal, G. (2005). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. Weinheim und München: Juventa.
- Ruhe, H. G. (1998). *Methoden der Biographiearbeit, Lebensgeschichten und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung*. Weinheim: Beltz.
- Schütze, F. (1976). Zur linguistischen und soziologischen Analyse von Erzählungen. In *Internationales Jahrbuch für Wissens- und Religionssoziologie*, Bd. 10 (S. 7-41). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schütze, F. (1977). *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen (MS)*. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien Nr. 1, Bielefeld.

Shadden, B.B. (2005). Aphasia as identify theft: Theory and practice. *Aphasiology*, 19(3–5), 211–223. doi: 10.1080/02687930444000697

Shadden, B. B., & Hagstrom, F. (2007). The Role of Narrative in the Life Participation Approach to Aphasia. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 324–338. Verfügbar unter <http://journals.lww.com/topicsinlanguagedisorders/toc/2007/10000>

Schafer, R. (1995). *Erzähltes Leben. Narration und Dialog in der Psychoanalyse*. München: J. Pfeiffer Verlag.

Serrien, S., Willaert, K., & Barzin, G. (2013). *Sclera picto`s*. Verfügbar unter <http://www.sclera.be>.

Simmons-Mackie, N., & Elman, R. J. (2011). Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Café. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46, 312–323. doi: 10.3109/13682822.2010.507616

Simmons-Mackie, N., & Holland, A. (2011). Aphasia centers in North America: A survey. *Seminars in Speech and Language*, 32, 203–215. doi: 10.1055/s-0031-1286175

Stern, R. A. (1997). *Visual Analog Mood Scales (VAMS)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Straub, J., & Zielke, B. (2005). Autonomie, narrative Identität und die postmoderne Kritik des sozialen Konstruktivismus. „Relationales“ und „dialogisches“ Selbst als zeitgemäße Alternativen? In J. Straub & F. Jäger (Hrsg.), *Was ist der Mensch, was Geschichte? Perspektiven einer kulturwissenschaftlichen Anthropologie* (S. 165–210). Bielefeld: Transcript.

van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S., & Mowles C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 372–380. Verfügbar unter PMID: 15929505

Winkler, M., Bedford, V., Northcott, S., & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia? *Aphasiology*, 28(11), 1301–1319. doi: 10.1080/02687038.2014.928665

World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Sabine Corsten,
Katholische Hochschule Mainz
Saarstraße 3
55122 Mainz
corsten@kh-mz.de

Dr. Friedericke Hardering
Institut für Soziologie
Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-W.-Adorno-Platz 6
60629 Frankfurt am Main
f.hardering@soz.uni-frankfurt.de

Biographic-narrative intervention in case of aphasia

Key words:

aphasia, quality of life, narrative identity, identity-work, biographic-narrative intervention

Summary:

Many persons with aphasia experience a decrease in Quality of Life (QoL). To improve QoL, an interdisciplinary biographic-narrative intervention was developed in the research project *narraktiv*. The approach is based on sociocultural theories which postulate a close connection between identity and QoL. Through creating life stories in dialogue with others identity negotiation takes place. Therefore narrative competencies are needed. In case of chronic illness physical and cognitive disability appears to be especially problematic for QoL if they restrict a person's sense of self. The extent to which people restore their sense of identity and bring renewed meaning to their lives is crucial to QoL. Biographic-narrative work offers the opportunity for identity-work through life story telling. Because of the impaired language abilities in aphasia we conceptualized a modified biographic-narrative intervention. The intervention includes face-to-face in-depth interviews and group sessions. Life narratives are supported through the use of augmentative communication, e.g. pictograms. The approach was evaluated in a mixed-method design with pre- and post-tests and a follow-up assessment three months after the intervention. Quantitative data show a stable improvement in QoL. Given the qualitative data, the perceived changes in QoL are associated with an enhanced sense of competence and positive self-attribution. In this article we shall explain the theoretical concept of narrative identity and biography work in more detail, describe our biographic-narrative approach and discuss the results of the intervention.



Sabine Corsten

Logopädin seit 1999. Abschluss des Studiums der Lehr- und Forschungslogopädie 2004. Mehrjährige Mitarbeit in der Abteilung Neurolinguistik der Uniklinik Aachen. 2008 Promotion zu modellorientierter Therapie phonetisch-phonologischer Störungen bei Aphasie. Seit 2008 zuständig für den Bereich Logopädie, seit 2010 Professorin für Logopädie an der Katholischen Hochschule Mainz. Schwerpunkte insbesondere in der störungsspezifischen sowie teilhabeorientierten Intervention bei neurologischen Sprach- und Sprechstörungen. Sie leitet das Forschungsprojekt *narraktiv* an der KH Mainz.



Friedericke Hardering

Studium der Politischen Wissenschaft von 2001-2006 an der RWTH Aachen. 2010 Promotion zum Thema Unsicherheit in Arbeit und Biographie. 2010-2012 Arbeit in verschiedenen Forschungsprojekten. Seit 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Arbeitssoziologie der Goethe Universität Frankfurt am Main. Kooperationspartnerin im Projekt *narraktiv*.