

Verschüttet, nicht verschwunden

Unterstützte Kommunikation bei Aphasie: die erhaltenen Inseln finden, Gespräche gestalten, die Person sehen

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

5. August 2026

Arbeitsfassung. Wer als Erwachsener durch einen Schlaganfall die Sprache verliert, verliert etwas anderes als ein Kind, das sie nie hatte: eine Biografie voller Worte, eine Identität als sprechender Mensch — und oft zugleich die Geduld für alles, was nach Kindergarten aussieht. Dieser Text behandelt die Aphasie; sein Schwestertext behandelt die ALS, deren umgekehrte Zeitachse die entgegengesetzte Lehre erteilt. Quellen mit Prüfvermerk am Ende.

Inhalt

1. Der Blitz und die Grenze
 2. Was erworben anders macht
 3. Die Sprache ist gestört, die Person ist da
 4. Am Sprachsystem vorbei: Fotos, Kontext, Multimodalität
 5. Das Gespräch als gemeinsame Leistung
 6. Ehrliche Ziele
 7. Grenzen dieses Textes
 8. Fazit in fünf Sätzen
 9. Literatur (mit Prüfvermerk)
-

1. Der Blitz und die Grenze

Die Aphasie kommt meist als Blitz: Ein Schlaganfall, und zwischen gestern und heute liegt eine Grenze, hinter der die Wörter nicht mehr gehorchen. Kein langsames Hineinwachsen, keine Vorbereitung — ein Mensch mit vierzig, sechzig, achtzig Jahren Sprachbiografie steht plötzlich vor der Aufgabe, anders zu kommunizieren als je zuvor in seinem Leben.

Für die Unterstützte Kommunikation (UK) ist das eine eigene Ausgangslage mit einer eigenen Lehre: **Im Trümmerfeld die erhaltenen Inseln finden** — und auf ihnen bauen. Was erhalten ist, ist bei der Aphasie erstaunlich viel; man muss nur aufhören, es dort zu suchen, wo die Schädigung sitzt. Diese Suche in der Vergangenheit und im Können eines Menschen unterscheidet die Aphasie-Begleitung von fast allem, was dieser Reihe sonst begegnet — und sie unterscheidet sie vom Schwestertext über die ALS, wo die Aufgabe umgekehrt lautet: in die Zukunft handeln, solange alles noch geht.

2. Was erworben anders macht

Der Forschungsüberblick zu erworbenen neurologischen Bedingungen (Beukelman, Fager, Ball & Dietz 2007) benennt Gemeinsamkeiten, die quer durch die Diagnosen gelten — und die die Beratung prägen müssen:

Die Biografie ist der Rohstoff. Erwachsene bringen Jahrzehnte an Wissen, Beziehungen, Vorlieben, Erinnerungen mit. Systeme, die das ignorieren — generische Bedürfnistafeln, Kindervokabulare, Clipart-Ästhetik —, scheitern nicht an der Bedienung, sondern an der Beleidigung. Alles Persönliche (Namen, Orte, Fotos, Redewendungen, der eigene Humor) ist hier nicht Beiwerk, sondern der Kern.

Die Identität wehrt sich. Ein Kommunikationsgerät anzunehmen heißt für viele Erwachsene, den Verlust anzuerkennen. Diese Abwehr verdient Respekt und Zeit — und zugleich darf sie die Kommunikation nicht auf unbestimmt vertagen: Es gibt sanfte Einstiege (das Fotoalbum, das ohnehin auf dem Tisch liegt), die keine Kapitulationserklärung verlangen.

Das Umfeld ist erwachsen — und muss trotzdem lernen. Ehepartner, erwachsene Kinder, Kollegen: Sie alle kannten die Person sprechend und müssen neue Gesprächsformen lernen, oft gegen die eigene Trauer. Partnerarbeit ist hier keine Pädagogik, sondern Paar- und Familienarbeit.

3. Die Sprache ist gestört, die Person ist da

Das Wichtigste zuerst, weil es das Umfeld täglich verwechselt: **Aphasie ist eine Sprachstörung, keine Denkstörung.** Wissen, Urteilsvermögen, Persönlichkeit sind grundsätzlich erhalten; gestört ist der Zugriff auf das Sprachsystem — je nach Ort und Ausmaß der Schädigung das Finden der Wörter, das Bauen der Sätze, das Verstehen, das Lesen, das Schreiben, in wechselnden Mischungen und wechselnder Tagesform. Der Mensch weiß, was er sagen will; die Sprache ist verschüttet, nicht verschwunden. Wer mit einem Menschen mit Aphasie lauter, langsamer und kindlicher spricht, behandelt die falsche Störung — und fügt der Sprachstörung eine Kränkung hinzu, die vermeidbar gewesen wäre.

Die Tagesform verdient einen eigenen Satz: Dieselbe Person findet heute das Wort, das gestern unerreichbar war, und morgen wieder nicht. Das ist kein Nachlassen des Willens und kein Beweis, dass »es eigentlich geht« — es ist die Natur der Störung. Ein Umfeld, das gute Tage als Maßstab nimmt und schlechte als Verweigerung liest, macht aus der Neurologie einen Charaktervorwurf.

4. Am Sprachsystem vorbei: Fotos, Kontext, Multimodalität

Für die UK folgt aus alldem eine Besonderheit, die die Aphasie von fast allen anderen Zielgruppen unterscheidet: **Auch das Symbolsystem ist betroffen.** Ein Raster aus abstrakten Symbolen mit Schriftlabels verlangt genau die Leistungen — Benennen, Kategorisieren, Lesen —, die die Aphasie beschädigt hat. Das klassische Vokabular-Raster ist hier also nicht der natürliche Startpunkt, sondern oft eine zweite Barriere. Tragfähig sind die Wege, die am Sprachsystem *vorbei* führen:

Persönliche Fotos statt abstrakter Symbole. Das episodische Gedächtnis — die eigenen Erinnerungen an Orte, Menschen, Ereignisse — ist bei der Aphasie typischerweise die erhaltene Insel. Genau darauf baut die szenenbasierte Kommunikation: Das Foto vom Enkelkind am Küchentisch trägt ein Gespräch, das die Wortkarte »Familie« nie eröffnet hätte (Beukelman, Hux, Dietz, McKelvey & Weissling 2015; die Evidenz entfaltet der Szenen-Text dieser Reihe).

Kontext statt Einzelvokabel. Die ganze Situation im Bild trägt, was das einzelne Wort nicht mehr trägt: Wer die Szene sieht, muss weniger benennen, weniger kategorisieren, weniger lesen — und kann trotzdem zeigen, fragen, erzählen.

Multimodal statt systemtreu. Zeigen, Zeichnen, Gestik, Restsprache, Schrift-Fragmente, das erste Wortstück, die Landkarte im Kopf des Partners — alles gilt. Menschen mit Aphasie

kommunizieren fast immer in Mischformen, und die Aufgabe der Begleitung ist nicht, diese Mischung durch ein »sauberes« System zu ersetzen, sondern sie zu bereichern und zusammenzuweben.

5. Das Gespräch als gemeinsame Leistung

Die zweite Säule der Aphasie-UK steht nicht beim Gerät, sondern beim Gegenüber: **die partnergestützte Konversation**. Ein kompetenter Partner kann mit einfachen Techniken das Gespräch tragen, ohne es zu übernehmen — schriftliche Stichwörter anbieten, während er spricht; Ja/Nein-Fragen klug bauen (erst weit, dann eng); Auswahlmöglichkeiten aufschreiben oder zeigen; Verstandenes zusammenfassen und rückversichern; und vor allem: Zeit lassen, Pausen aushalten, den ersten Antwortversuch nicht überfahren. Diese Techniken — im Gesprächsverhaltens-Text dieser Reihe grundgelegt — finden bei der Aphasie ihre erwachsene Anwendung: Sie behandeln das Gegenüber als kompetenten Menschen, dessen Sprache Unterstützung braucht, nicht als Schüler, der geprüft wird.

Zur Partnerseite gehört auch die Familie im Wortsinn: **Nicht dolmetschen ohne Auftrag**. Der Ehepartner, der jede halbe Äußerung blitzschnell vervollständigt, meint es gut und nimmt der Person das Wort — die Regel heißt: erst die Person, dann, auf ihr Zeichen, die Hilfe. **Die Rollen schützen**: Wer vor der Aphasie der Witzige, die Entscheiderin, der Kümmerer war, ist es noch — das Umfeld muss die alten Rollen aktiv mit den neuen Mitteln möglich machen, sonst schrumpft der Mensch auf seinen Unterstützungsbedarf. Und: Die Trauer der Angehörigen ist real und legitim — sie darf nur nicht das Tempo und die Inhalte der Kommunikation der Person bestimmen.

6. Ehrliche Ziele

Zum Schluss eine Erwartungs-Ehrlichkeit, die in der Beratung mehr Enttäuschung verhindert als jede Technik: Bei schwerer chronischer Aphasie ist das Ziel selten das frei generierte Satzsystem — es ist die **gelingende Konversation**: erzählen können (mit Fotos und Partner), mitentscheiden können, den eigenen Alltag steuern, im Gespräch als die Person vorkommen, die man ist. Das ist kein kleines Ziel. Es ist das, woran Teilhabe tatsächlich hängt — und es ist erreichbar, auch dort, wo die Sprache selbst nicht wiederkommt.

7. Grenzen dieses Textes

Die Aphasie-Formen und ihre je eigenen UK-Konsequenzen (flüssige und nicht-flüssige Aphasien, Restitutionsverläufe, die primär progrediente Aphasie mit ihrer ganz eigenen, der ALS näheren Zeitlogik) bleiben hier grob; ebenso die Abgrenzung zu Sprechstörungen (Dysarthrie, Sprechapraxie), die andere Antworten brauchen. Die Evidenz zur Aphasie-UK ist überwiegend einzelfall- und kleingruppenbasiert — der Szenen-Text benennt das ausführlich; die partnergestützten Ansätze sind konzeptuell etabliert und klinisch bewährt, aber nicht im

Sinne großer kontrollierter Studien belegt. Die sprachtherapeutische Behandlung der Aphasie selbst — und ihre Abstimmung mit der UK — bleibt bewusst ausgespart: Sie gehört in logopädische Hand; UK ersetzt keine Therapie, sie sichert die Kommunikation neben und nach ihr.

8. Fazit in fünf Sätzen

Aphasie ist eine Sprachstörung, keine Denkstörung: Die Person ist vollständig da, ihre Sprache ist verschüttet, nicht verschwunden — und die Tagesform gehört zur Störung, nicht zum Charakter. Weil auch das Symbolsystem betroffen ist, ist das klassische Symbolraster oft eine zweite Barriere; tragfähig sind die Wege am Sprachsystem vorbei — persönliche Fotos auf der Insel des episodischen Gedächtnisses, Kontext statt Einzelvokabel, Multimodalität statt Systemtreue. Die zweite Säule ist der kompetente Partner: schriftliche Stichwörter, kluge Ja/Nein-Fragen, Zeit — und in der Familie die Regel, nicht ohne Auftrag zu dolmetschen und die alten Rollen mit neuen Mitteln zu schützen. Das ehrliche Ziel heißt gelingende Konversation, nicht Satzbaukasten — erzählen, mitentscheiden, als die eigene Person vorkommen. Das ist erreichbar, auch wo die Sprache nicht wiederkommt — und es ist das, woran Teilhabe hängt.

9. Literatur (mit Prüfvermerk)

Alle Quellen am 05.08.2026 auf Existenz und Kernaussage geprüft (✓).

1. ✓ **Beukelman, D. R., Fager, S., Ball, L. & Dietz, A. (2007).** AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230–242. — Forschungsstand für sechs erworbene Bedingungen, darunter schwere chronische Aphasie; Biografie, Identität und Umfeld als querliegende Themen.
2. ✓ **Beukelman, D., Hux, K., Dietz, A., McKelvey, M. & Weissling, K. (2015).** Using visual scene displays as communication support options for people with chronic, severe aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(3), 234–245. — Episodisches Gedächtnis als erhaltene Insel; Fotos und Kontext tragen Konversation.
3. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Das Bild, das den Satz schon kennt (Szenen-Evidenz bei Aphasie) · Förderliches Gesprächsverhalten (Partnertechniken) · Wenn die Sprache geht (Schwestertext ALS) · Die Sprache am Körper (Multimodalität). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die Nachbartexte, die dieser Text auf die Aphasie anwendet.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.