

Videotelefonie mit dem Tablet in der kommunikativen Aphasietherapie

Ein Fallbeispiel

Jürgen Kohler & Ann Rotmann

ZUSAMMENFASSUNG. Es wird eine qualitative Einzelfallstudie aus der Therapie-Lehr-Praxis der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) vorgestellt: Eine Frau mit chronischer Aphasie hat mithilfe der Videotelefonie ihre Kommunikationsmöglichkeiten deutlich erweitert. Nach den wichtigsten anamnestischen Daten und dem therapeutischen Werdegang wird der Stand des kommunikativen Alltags vor dem Einsatz der Videotelefonie skizziert. Im Anschluss wird der therapeutische Weg mit den anfänglichen Schwierigkeiten bis hin zum selbstverständlichen und effektiven Gebrauch der Videotelefonie nachvollziehbar gemacht. Es werden Hypothesen aufgestellt, die Gründe für den Erfolg der Therapie andeuten sollen und Schlussfolgerungen für den Transfer in die Praxis gezogen.

Schlüsselwörter: Aphasietherapie – Videotelefonie – total communication

Einleitung

Der Einsatz von modernen Medien wird in der Logopädie intensiv diskutiert (Bildt et al. 2016). Im Bereich der Aphasietherapie werden meist die traditionellen Übungsformen des *Paper-Pencil-Settings* auf den Computer, das Tablet oder das Smartphone übertragen. Unter dieser Prämisse wurden vielfältige Anwendungen entwickelt, die dem sprachstrukturellen Ansatz (Stadie et al. 2013) zuzuordnen und auf den Ebenen Phonologie, Semantik und Grammatik angesiedelt sind. Die Ebene der Pragmatik, also des kommunikativen Austausches, ist bisher beim Einsatz von modernen Techniken bei Aphasie weniger beachtet worden (z.B. Kurland et al. 2014). Die zentrale Frage, die sich aus dem kommunikativen Ansatz (Schütz 2013) heraus ergibt, lautet: Wie kann das gegenseitige Verstehen im *aphasischen* Gespräch durch moderne Medien optimiert werden?

Vorgeschichte der Klientin

Im November 2005 erlitt die damals 38-jährige U.W. einen ausgeprägten Mediainfarkt in der linken Hirnhälfte. Die ehemals pharmazeutisch-technische Assistentin ist seitdem arbeitsunfähig und mittlerweile berentet. Zu Beginn der Erkrankung sitzt U.W. im Rollstuhl, es zeigt sich eine globale Aphasie mit Sprechapraxie und eine armbetonte Hemiparese auf der rechten Körperhälfte. Vor allem die Sprachproduktion ist beeinträchtigt, sie

besteht aus wenigen Einzelwörtern. Das Lesen ist kaum möglich, die schriftsprachlichen Fähigkeiten sind auf das Kopieren von wenigen Wörtern begrenzt.

U.W. geht inzwischen frei, das rechte Bein bleibt dabei zurück, die Funktion der rechten Hand bleibt verloren, das Sprechen ist erschwert. Es findet ein Syndromwandel zu einer schweren Broca-Aphasie statt. Der Sprachfluss ist erheblich verlangsamt, es bestehen eine deutliche Sprachanstrengung und ein Agrammatismus mit starken Wortfindungsstörungen. Die Sprechapraxie bildet sich durch die Therapie gut zurück. Die Schriftsprache ist schwer gestört und kann kompensatorisch nur rudimentär eingesetzt werden.

Von Beginn an arbeitet U.W. in der Sprachtherapie aktiv und motiviert mit. Sie ist dabei sehr offen und empfindet jedes Angebot als hilfreich. Die Therapieziele richten sich zunächst an den beeinträchtigten Körperstrukturen und -funktionen im Sinne der ICF aus (Grötzbach 2004). Es wird sprachsystematisch an der Verbesserung des Wortabrufs und am Agrammatismus gearbeitet. Es zeigen sich beständig Verbesserungen, die mit Fortschritten bezüglich der kommunikativen Kompetenzen einhergehen.

Somit wird die therapeutische Zielsetzung im Verlauf auf die Bereiche Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF (ebd.) ausgeweitet. U.W. wird mutiger, experimentierfreu-

Prof. Dr. Jürgen Kohler ist

Logopäde und Psychologe. Er arbeitet als Dozent im Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklungsförderung der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Schwerpunkten Störungen der Rede, Diagnostik, Entwicklungspsychologie und Forschungsmethoden in der Logopädie. Als Praxisanleiter betreut er auch Studierende im Bereich Aphasiologie.



Ann Rotmann ist Logopädin,

Lehrerin im Gesundheitswesen, Coach und Verhaltenstrainerin. Sie arbeitet selbstständig in eigener Praxis in Konstanz, nachdem sie viele Jahre als Lehrlogopädin und Dozentin im Bereich Logopädie und Lehre tätig war.



diger und lässt sich auf In-vivo-Arbeit ein, indem beispielsweise das Einkaufen gemeinsam geübt wird. Die Alltagsorientierung und ein kommunikativ-pragmatisches Vorgehen nehmen zunehmend mehr Raum ein, wie dies auch in Schneider et al. (2012) beschrieben ist. In dieser Phase übernimmt der Erstautor mit Studierenden der Logopädie einen Teil der logopädischen Therapie, der im Folgenden beschrieben wird.

Der kommunikative Alltag zu Beginn der Therapie

Nach dem ersten persönlichen Kennenlernen zwischen dem Erstautor und der Klientin sowie deren Kernfamilie (Ehemann und Sohn) entstand der folgende Eindruck von der Familiensituation: Alle Beteiligten konnten die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Verständigungsformen benennen. In den letzten Jahren hatte sich in der Familie ein Kommunikationssystem „eingespielt“, bei dem der Ehemann oft zwischen U.W. und

dem Sohn vermittelte. Der Ehemann hatte dabei eine Fähigkeit entwickelt, die U.W. mit Gedankenlesen beschrieb. U.W. erklärte eindrucksvoll, wie der Ehemann intuitiv durch eine Art von „stellvertretendem Sprechen“ (vgl. Tesak 2001, 211) manche Absichten, Appelle und Wünsche von ihr gegenüber dem Sohn (und auch gegenüber anderen Personen) zum Ausdruck bringen konnte.

Es gab hin und wieder Schwierigkeiten im Alltag, insbesondere beim Verbalisieren von Zahlen beim Telefonieren war U.W. fehleranfällig. Daher scheiterten regelmäßig die telefonischen Absprachen für Einkäufe (Mengenangaben) und die Abmachungen zu Treffen an bestimmten Orten (Hausnummern) oder zu bestimmten Uhrzeiten.

Mit Freunden war die Kommunikation unbefangen und problemlos, mit Fremden eher schwierig. U.W. reagierte mit Abweisung, wenn sie von Fremden angesprochen wurde. Sie signalisierte dann, dass sie nicht sprechen könne und deswegen eine Unterhaltung ablehne. Sie hatte auch das Bedürfnis verloren, mit Fremden zu sprechen.

Diesen Verlust bezeichnete U.W. als eine Folge der Aphasie. Zudem beschrieb sie sich als eher schüchtern: Sie sei unabhängig von der Aphasie zurückhaltend in der Art und Weise, wie sie auf Menschen zugehe. Diese Zurückhaltung habe sich durch die Aphasie noch verstärkt. Aufgrund der damaligen Probleme der Kommunikationsfähigkeit wurde die Therapie um die Videotelefonie ergänzt, um die eigenen Fähigkeiten zu erweitern und zu optimieren.

Therapie unter Einsatz der Videotelefonie

Der entscheidende Vorteil der Videotelefonie gegenüber der herkömmlichen Telefonie ist die Möglichkeit, Informationen auch visuell zu übermitteln. Ganz im Sinne der *total communication* des kommunikativen Ansatzes in der Aphasiotherapie ist das Gespräch nicht auf die Verbalsprache begrenzt (Schütz 2013). Es können Gestik und Mimik oder Schriftsprache und Zeichnungen eingesetzt werden, um sich zu verständigen. Alles, was man zeigen kann, darf und soll eingesetzt werden. Mit U.W. wurden gemeinsam drei Therapieziele formuliert:

- 1 Verständnissicherung bei der telefonischen Kommunikation durch den Einsatz der Videotelefonie im engeren Familienkreis.
- 2 Erweiterung der Kommunikationsintensität durch die Videotelefonie mit dem näheren und erweiterten Freundes- und Bekanntenkreis.

- 3 Abbau von Hemmungen bei der Kommunikation mit Fremden mithilfe der Videotelefonie.

Die Ziele sind insofern hierarchisch angelegt, als sie in dieser Reihenfolge zeitlich nacheinander angegangen werden sollten und auch eine Schwierigkeitssteigerung angenommen wurde. Die Rahmenbedingungen für die Einzelfallstudie waren:

- Personelle Konstellation: Patientin U.W., Therapeut, zwei Co-Therapeutinnen (Studierende der Logopädie), Studierende, die eine Bachelorarbeit verfasste
- Orte: Therapie-Lehr-Praxis der HfH, kooperierende logopädische Praxis der Co-Autorin, Wohnung der Patientin

Einführung in die Hard- und Software

Das erste Ziel der Verständnissicherung im engeren Familienkreis durch die Videotelefonie wurde mit dem Therapeuten, der Klientin sowie mit ihren Familienangehörigen erarbeitet. Dabei stand zu Beginn die Handhabung der Software *FaceTime* mit dem Tablet im Vordergrund. Es galt, der Klientin die Bedienungsgrundlagen beizubringen, beispielsweise das Wischen über die Benutzeroberfläche des Tablets, um zu der App *FaceTime* zu gelangen, das Drücken eines Buttons für das Annehmen eines Anrufes oder für das Beenden eines Gesprächs. Auch musste über die richtige Positionierung des Tablets nachgedacht werden, denn die nicht vorhandene rechtsseitige Armbeweglichkeit der Patientin führte zu Einschränkungen in der Handhabung.

Diese Phase der Einführung war für die Patientin nicht einfach, da sie keinerlei

- **Abb. 2: Die Klientin nutzt das Bild einer Uhr, um Termine zu visualisieren und über Videotelefonie zu zeigen**



- **Abb. 1: Therapeut als Instruktor bei der Anleitung zur Handhabung des Tablets und zum Gebrauch der Software**



Erfahrung mit dem Tablet hatte. Der Therapeut fungierte als Instruktor bzw. als Modell und musste die Klientin eng anleiten, damit U.W. die Handhabung selbstständig gelang (Abb. 1). Auch so profane Probleme wie eine fehlende Standstütze für das Tablet mussten bewältigt und manchmal improvisierend gelöst werden.

Es war wichtig, einen zweiten Raum in der logopädischen Praxis zu haben, da so die Entfernung bei der Videotelefonie simuliert werden konnte. Der Therapeut initiierte Anrufe aus dem zweiten Raum oder ließ sich von der Patientin anrufen. Die dabei entstandenen Probleme konnten somit in diesem Rahmen schnell analysiert und aufgearbeitet werden. Der Gegenstand der Gespräche im Rollenspiel-Setting kreiste um die Schwierigkeiten bei der Übermittlung von Zahlen.

Es ging um Abmachungen zu Terminen (Uhrzeiten und Datumsangaben) sowie um Mengenangaben für Einkäufe. Die Schriftsprache oder auch Zeichnungen, z.B. Strichlisten für Mengenangaben, wurden zur Verständnissicherung eingesetzt. Zur Übermittlung von Zeitangaben zeichnete die Klientin das Bild einer klassischen Uhr, auf dem sie durch Einzeichnen des kleinen und großen Zeigers die Uhrzeit darstellen konnte (Abb. 2).

Optimierung der Kommunikation im Familienalltag durch die Videotelefonie

Erst als die Videotelefonie im Rollenspiel sicher gelang, wurden die Familienmitglieder einbezogen und Videotelefontgespräche von den Praxisräumen aus mit dem Ehemann oder dem Sohn geführt. Der Erfolg und damit das Erreichen des ersten Teilzieles (s.o.) setzte relativ schnell ein. Die Klientin führte mit Sohn und Ehemann die Gespräche selbstständig und ohne therapeutische Hilfe von zu Hause aus. Auch mit den technischen Schwierigkeiten,

■ Abb. 3: „Weitererzählen“ von Geschichten bei der Videotelefonie

Zeitlicher Ablauf	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Personelle Gesprächskonstellation	A erzählt B eine Geschichte 1a	B erzählt C die Geschichte 1b weiter	C erzählt A die Geschichte 1c
Spezifikation Sprechhandlung	Erstes Erzählen	Weitererzählen	Weitererzählen und Validieren

wie z.B. mit einer abrupt abbrechenden Verbindung, lernte sie gut umzugehen. So stand als nächstes die Erweiterung der Videotelefonie auf den weiteren Familien- und Bekanntenkreis und der Einsatz mit fremden Personen (Ziel 2) sowie der Abbau von Hemmungen bei der Kommunikation mit Fremden mithilfe der Videotelefonie (Ziel 3) im Fokus. Für das Hinarbeiten auf diese Ziele waren die vorhandenen personellen Ressourcen günstig. Die Studierenden der Logopädie konnten den erweiterten Personenkreis simulieren und von der Therapie-Lehr-Praxis der HfH aus mit der Patientin über die Videotelefonie in Kontakt treten.

Weitererzählen von Geschichten mithilfe der Videotelefonie

Der Gegenstand der Gespräche in diesem personell und räumlich erweiterten Setting waren kleine Geschichten aus dem Alltag. Es ging z.B. um die Gestaltung eines Tagesabschnitts oder um ein Erlebnis bei einem Spaziergang. Mit der Zeit waren „größere“ Geschichten aus der Vergangenheit oder der Zukunft der Patientin und der Studierenden Gegenstand des Austauschs.

Dann ging es beispielsweise um Erlebnisse zu Weihnachten oder um Urlaubsberichte und -vorhaben bis zu Personenbeschreibungen von Freunden und Bekannten. Es wurden aber auch Bildergeschichten aus der für die logopädische Therapie üblichen Übungsliteratur (z.B. Papa-Moll-Geschichten) ausgetauscht. Dieses Setting wurde „Weitererzählen“ genannt.

Die Abbildung 3 illustriert die zeitliche Abfolge und die beteiligten Personen für dieses über mehrere Sitzungen dauernde Setting. Jede Person (Aphasiepatientin, Studierende oder Therapeut) war in allen Rollen A, B oder C aktiv. Bei manchen Durchläufen war das Setting auch komplizierter, weil nicht nur eine, sondern zwei Geschichten ausgetauscht wurden, und weil nicht nur drei Personen involviert waren, sondern vier.

Validieren der Ersterzählung

Meist wurde U.W. ihre eigene Geschichte wiedererzählt (Abb. 3, Rolle A in Phase 3), sodass sie ihre Ersterzählung validieren konnte. Der Vorgang des Validierens kann durch folgende Fragestellung pointiert ausgedrückt

werden: Stimmt das, was in Phase 3 erzählt wurde mit dem überein, was in der Ersterzählung in Phase 1 gesagt wurde?

Auch die anderen Gesprächsteilnehmenden bekamen hin und wieder ihre eigene Geschichte zurückerzählt, sodass auch sie die Rolle der Validierung übernehmen konnten. In jedem Fall war die Patientin mit der Anforderung konfrontiert, eine Geschichte zu erzählen oder zu wiederholen. Beim *Weitererzählen* in Phase 2 musste sie sich die erzählte Geschichte merken, um sie dann weiterzugeben.

Sie war also sowohl rezeptiv mit dem Verstehen der Geschichte und ihrer Speicherung als auch mit der Sprachproduktion bei der Wiedergabe gefordert. Sowohl das *Erzählen* als auch das *Weitererzählen* wurde immer sogleich reflektiert. Dabei ging es insbesondere um Strategien des Behaltens und des sprachlichen Abrufens der Geschichte und um den Inhalt.

Neben dem Anfertigen von Zeichnungen, was die Verständigung optimierte (Abb. 2), etablierte sich unter anderem das Zeigen von Realgegenständen als wichtige Strategie. In einer Diade zwischen U.W. und einer Studentin etablierte sich das Zeigen von Dingen, die beim Spazierengehen gefunden wurden. Sowohl U.W. als auch die Studentin hatten Freude an dieser unterstützenden Form der Kommunikation. Beide sammelten beim Spazierengehen Dinge mit dem Ziel, diese bei der Videotelefonie zeigen zu können. U.W. meisterte die Anforderungen des Weitererzählens sehr gut und wurde zusehends kreativer, was zur positiven Überraschung aller Beteiligten beitrug.

Ergebnisse des Weitererzählens mit Validierung

U.W. konnte das Lob bzw. die Würdigung ihrer Leistung nur schwer annehmen. Sie beharrte oft darauf, dass sie es schlecht mache. Das Resultat dieser Leistung der Informationsübermittlung konnten wir und auch sie selbst aber immer wieder direkt durch die Validierung in Phase 3 überprüfen. Der Therapeut und die Studierenden als Co-Therapeutinnen und nicht zuletzt U.W. selbst haben festgestellt, dass der inhaltliche Kern der Geschichten immer erfolgreich

wiedergegeben wurde. Dies gelang teilweise sogar mit Details, die vom Ersterzähler in einem Nebensatz erwähnt wurden.

Es kann angenommen werden, dass dieses Setting mit dem direkten Erleben des kommunikativen Erfolges der ausschlaggebende Grund für die schnelle Etablierung der Videotelefonie in der erweiterten Kommunikation mit den Freunden und Bekannten der Klientin war. Auch wenn sie sich beim gegenseitigen reflexiven Austausch über den Kommunikationserfolg eher abwertete, schien die direkte und unmittelbare Rückmeldung im Moment der Validierung Wirkung zu zeigen. So berichtete sie uns z.B. von der Wiederaufnahme des Kontakts mit einer ihrer besten Freundinnen mittels Videotelefonie. U.W. telefonierte nun regelmäßig per Videotelefonie mit Bekannten und erlebte die Gespräche als hochgradig befriedigend.

Die Grenzen des Einsatzes der Videotelefonie hat sich U.W. selbst gesetzt. Das ursprüngliche dritte Ziel der Kommunikationserweiterung auf fremde Personen mithilfe der Videotelefonie wollte sie nicht weiterverfolgen. So wurde der Vorschlag, auch Arzttermine per Videotelefonie zu vereinbaren und dieses kleinschrittig anzugehen, von ihr nicht angenommen. Das lag ihrer Aussage nach aber auch daran, dass die Ansprechpartner in der Regel nicht über die Technik der Videotelefonie verfügten.

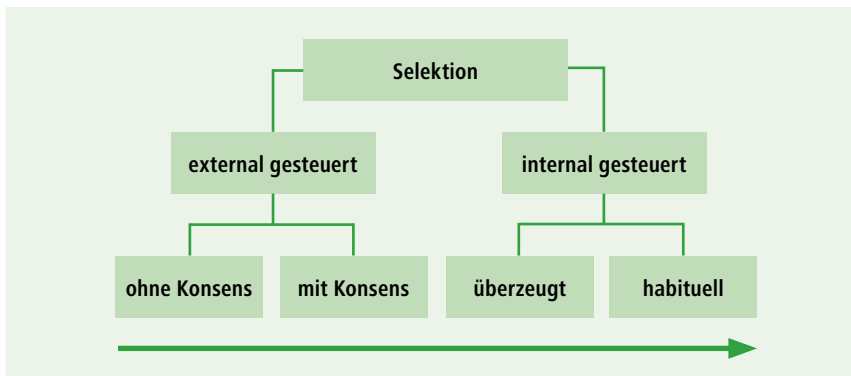
Dagegen hat sie mittlerweile nahezu selbstständig – der Sohn und die behandelnde Logopädin wurden ins Üben eingebunden – die Technik von *WhatsApp* mit dem Smartphone für sich entdeckt. Statt der Textnachrichten nutzt sie die Sprachfunktion und kann so kurze Sprachnachrichten in ihrem Telegrammstil erfolgreich an Familie, Freunde und Bekannte versenden.

Schlussfolgerungen und Ausblick für die Praxis

Basierend auf den Erfahrungen in diesem Einzelfall erscheinen folgende drei Schlussfolgerungen für die Videotelefonie bei Aphasie plausibel:

- Es ist ein kleinschrittiges Vorgehen mit begleitender Reflexion im Rollenspiel-Setting für die Einführung und die Etablierung der Technik notwendig.
- Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Therapeutinnen und Therapeuten benötigen Durchhaltevermögen, um die Stolpersteine der Anwendung zu bewältigen.
- Der subjektiv empfundene kommunikative Erfolg ist der zentrale Verstärker.

■ **Abb. 4: Entwicklung von Selektionsbedingungen im Therapieprozess**
(nach Bilda et al. 2016, 47)



Nun kann die Übertragung der Schlussfolgerungen in die bisherige Fachreflexion zur Nutzung von neuen Technologien in der Sprachtherapie unter Bezug auf Ritterfeld (2016, 47) erfolgen. Sie beschreibt eine Gesetzmäßigkeit bei der Entwicklung von Selektionsbedingungen für digitale Medien im Therapieprozess (Abb. 4) folgendermaßen.

Demnach wählen Klienten ein digitales Medium zunächst in der Regel auf Basis einer externen Steuerung: Die Therapeutin schlägt den Einsatz eines Mediums vor. Unsere Klientin hat sich auf das Angebot eingelassen, die Videotelefonie zu nutzen. Ritterfeld (2016, 47) beschreibt den Übergang von external zu internal gesteuert als den schwierigsten Schritt. Mit internaler Steuerung ist gemeint, dass die Klienten das Medium aus eigenem Antrieb wählen und nutzen. Die drei Schlussfolgerungen stellen somit Hypothesen dar, die diesen Übergang bei unserer Patientin zu erklären versuchen.

U.W. und die Therapeutinnen haben sich mit viel Mühe und Durchhaltevermögen in kleinen Schritten vom Nutzen der Technologie überzeugt. Dies war notwendig, weil die Klientin keinerlei Erfahrung mit dem Tablet und der Software hatte. Wir gehen davon aus, dass dies für die derzeitige Generation von Aphasiepatientinnen und -patienten im Allgemeinen zutrifft. Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Generation sind meist deutlich älter als unsere Klientin und gehören

nicht zu den „digital natives“. Sie müssen die Interaktion mit den modernen Medien in der Regel von Grund auf lernen.

Die dritte Schlussfolgerung ist die zentrale Hypothese für den gelungenen Übergang zum internal gesteuerten Gebrauch, der letztlich in einer alltäglichen Gewohnheit des Technologieeinsatzes mündet. Der subjektiv empfundene Kommunikationserfolg ist nicht nur das übergreifende Ziel der logopädischen Intervention, sondern er ist gleichzeitig das Mittel, um den nachhaltigen Einsatz der Videotelefonie zu erreichen.

Der Möglichkeit des Validierens schreiben wir dabei einen hohen Stellenwert zu, weil dadurch der kommunikative Erfolg objektiv und direkt erfahrbar wird. Für U.W. war die indirekte Verstärkung in Form von Lob wahrscheinlich nicht sehr nützlich. Dagegen war der kommunikative Erfolg für sie ein direkter Verstärker (vgl. zur Rolle von Verstärkern Bodenmann et al. 2011, 118f), der intensiv, überzeugend und nachhaltig wirkte.

Für die Praxis der kommunikativen Aphasiotherapie stellt sich die Frage, ob das hier dargestellte Setting „Weitererzählen“ (mit oder ohne Tablet) auch ohne die in dieser Einzelfallstudie zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen möglich ist. Vorstellbar wäre, dass statt der Studierenden auch Bezugspersonen von Aphasiepatienten in die Rollen der Gesprächspartner schlüpfen. Eine Chance bestünde darin, den Austausch in der

aphasischen Kommunikation zwischen den Beteiligten in der alltagsnahen Situation des Weitererzählens therapeutisch begleiten zu können. Auf die Situation abgestimmte Verständnissicherungsschleifen könnten genau wie in einem klassischen Setting der kommunikativen Aphasiotherapie initiiert, erprobt und optimiert werden.

LITERATUR

- Bilda, K., Mühlhaus, J. & Ritterfeld, U. (2016). *Neue Technologien in der Sprachtherapie*. Stuttgart: Thieme
- Bodenmann, G., Perrez, M. & Schär, M. (2011). *Klassische Lerntheorien*. Bern: Huber
- Grötzbach H. (2004). Zielsetzung in der Aphasiotherapie. *Forum Logopädie* 18 (5), 12-16
- Hartje W. & Poeck K. (2006). *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme.
- Kurland, J., Wilkins, A.R. & Stokes, P. (2014). iPractice: Piloting the effectiveness of a tablet-based home practice program in aphasia treatment. *Seminars in Speech and Language* 35 (1), 51-64
- Ritterfeld, U. (2016). Psychologische Grundlagen. In: Bilda, K., Mühlhaus, J. & Ritterfeld, U. (Hrsg.), *Neue Technologien in der Sprachtherapie* (44-52). Stuttgart: Thieme
- Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2012). *Wege aus dem Sprachschunzel*. Berlin: Springer
- Schütz, S. (2013). *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Reinhardt
- Stadie, N., Cholewa, J. & De Bleser, R. (2013). *LEMO 2.0*. Hofheim: NAT
- Tesak, J. (2001). *Grundlagen der Aphasiotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2019-53020190303

Autoren

Prof. Dr. Jürgen Kohler
Hochschule für Heilpädagogik
Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklung (IVE)
Schaffhauserstr. 239
8050 Zürich
juergen.kohler@hfh.ch

Ann Rotmann
Praxis für Logopädie
Schillerstraße 20
78467 Konstanz
info@rotmann-logopaedie.de

SUMMARY. Video telephony on tablet in communicative aphasia therapy – a case study

A qualitative individual case study from the therapy teaching practice of the Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH) is presented: A woman with chronic aphasia has significantly expanded her communication possibilities with the help of video telephony. After description of the most important anamnestic data and the therapeutic process, the state of the patient's communicative everyday life before the use of video telephony is outlined. Subsequently, the therapeutic path from the initial difficulties to the self-evident and effective use of video telephony is made comprehensible. Hypotheses will be made which should indicate the reasons for the success of the therapy and conclusions will be drawn for the transfer into practice.

KEYWORDS: aphasia therapy – video telephony – total communication