

# Gruppentherapie bei Aphasie: aktueller Überblick und Praxisbeispiel eines Stufenmodells

Vibeke Masoud

**ZUSAMMENFASSUNG.** Sprachtherapeutische Gruppen werden hierzulande eher als Zusatzangebot konzipiert. In Nordamerika hingegen stehen Gruppentherapien schon länger in der Aufmerksamkeit von sowohl Wissenschaftlern als auch praktisch tätigen Sprachtherapeuten. Es haben sich in der Folge verschiedene Therapiekonzepte entwickelt. Eine Bestandsaufnahme zum Thema sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation werden dargestellt. Im zweiten Teil des Artikels wird als Praxisbeispiel ein Stufenmodell für Gruppentherapie dargestellt, wie es seit einigen Jahren am Therapiezentrum Waldklinik Jesteburg durchgeführt wird.

Schlüsselwörter: Aphasie – Gruppentherapie – Therapiekonzept – Stufenmodell

**Vibeke Masoud**, klinische Linguistin, studierte an den Universitäten Hamburg, Bielefeld und Lyon. Seit 1993 in der neurologischen Rehabilitation tätig. Seit 1998 Leitung der sprachtherapeutischen Abteilung des Therapiezentrums Waldklinik Jesteburg, Fachklinik für neurologische (Früh-)Rehabilitation (Phase B, C, D) mit angeschlossener Ambulanz südlich von Hamburg.



## Derzeitige Situation

Derzeit beträgt in Deutschland der Anteil der über 60-Jährigen 24%. Dies ist die Altersgruppe mit dem höchsten Schlaganfall-Risiko. Mit den zu erwartenden demografischen Veränderungen wird es einen überproportionalen Zuwachs in dieser Altersklasse geben, so dass laut *Kolominsky-Rabas* (2004) im Jahr 2050 mit 290 000 neuen Schlaganfällen zu rechnen ist – gleichbleibende Inzidenz der Schlaganfälle vorausgesetzt. Wenn man berücksichtigt, dass rund zwei Drittel aller Schlaganfall-Patienten sich nicht in den ersten Tagen nach dem Ereignis erholen und auch noch nach vier Wochen Symptome einer behandlungsbedürftigen Aphasie aufweisen (*Deutsche Gesellschaft für Neurologie*, 2005), könnte es auch hier zu einer überproportionalen Zunahme der Häufigkeit kommen.

Sprachtherapeuten sehen sich bereits heute im Spannungsfeld immer knapper werdender Ressourcen einerseits und steigender Patientenzahlen andererseits. Hinzu kommt zum einen die Forderung nach evidenzbasierter Medizin, die sowohl von den „Kunden“ als auch von den Kostenträgern zunehmend an die Leistungserbringer herangetragen wird. Darüber hinaus fordert die Weltgesundheitsorganisation in Anlehnung an ein bio-psycho-soziales Modell (ICF; WHO, 2005) eine mehr

alltagsorientierte Ausrichtung der Therapie. Übertragen auf den therapeutischen Ansatz bedeutet dies, den Patienten in seinem individuellen Alltag zu sehen, seine persönlichen Ziele und seinen subjektiven Leidensdruck in den Vordergrund der therapeutischen Intervention zu stellen. Eine Einzeltherapie, wenn sie den Fokus auf grammatische Strukturen, auf die Wortfindung und auf andere sprachliche Module legt, kann diesem nur in einem begrenzten Maße gerecht werden.

Betroffene Menschen haben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)V und IX einen Anspruch auf rehabilitative Maßnahmen und finden sich normalerweise zunächst in stationärer, später eventuell auch in ambulanter therapeutischer Behandlung wieder. Diese findet überwiegend in Form von Einzeltherapien statt und Gruppentherapien spielen nur eine nebensächliche Rolle. Stellvertretend sei hier der Heil- und Hilfsmittelreport 2005 der Gmünder Ersatzkasse erwähnt, nach dem in 2004 nur 0,7 Prozent aller logopädischen Therapien auf Gruppentherapie fielen (*Scharnetzky et al.* 2005). Auch die Studie von *Bruckmann & Eberle* (2006) zeigt auf, wie wenig Gruppentherapien als sprachtherapeutischer Baustein in deutschen Rehabilitationskliniken genutzt werden. Von den 30 angeschriebenen Kliniken antworteten nur 21 Einrichtungen, davon führte rund ein Drittel überhaupt keine Gruppentherapien durch und es verblie-

ben letztendlich nur 13 Kliniken, die an der Erhebung teilnahmen.

Die Gruppentherapie als Element der sprachtherapeutischen Intervention verfügt hierzulande bislang tatsächlich nur über geringe Reputation. Entsprechend wenig Übersichts-Veröffentlichungen finden sich im deutschsprachigen Raum (*Kotten*, 1991; *Springer*, 1993). Im anglophonen Sprachraum sind sprachtherapeutische Gruppen hingegen vermehrt Thema der wissenschaftlichen Literatur (*Elman*, 1999; *Fawcus*, 1992a; *Kearns & Elman*, 1994; *Marshall*, 1999a, *Pachalska*, 1991; sowie Sonderheft *Aphasiology* 1991:5).

## Gruppentherapeutische Konzepte

Zum einen existieren sprachtherapeutische Gruppenkonzepte, die psycho-sozial ausgerichtet sind und die auf die Verbesserung sozialer Kompetenzen abzielen. Die Gruppe bietet das Forum, in dem sich Teilnehmer in einer vertrauensvollen Atmosphäre mit Gleichbetroffenen austauschen, Ängste abbauen und ein gestärktes Selbstwertgefühl aufbauen können (*Aronson et al.*, 1956; *Borenstein et al.*, 1987; *Brumfitt & Sheeran*, 1997; *Hanke*, 1988; *Hinckeldey*, 1983; *Johannsen-Horbach et al.*, 1993; *Marshall*, 1999b; *Redinger et al.*, 1971; *Radonjić & Rakušček*, 1991; *Schlanger & Schlanger*, 1970). Diese Gruppenkonzepte kommen

eher für Patienten mit geringeren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit in Frage, da bereits ausreichende sprachliche Kompetenzen vorausgesetzt werden. Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass psychosozial orientierte Gruppentherapien effektiv sein können und einen Einfluss auf die Lebensqualität erzielen. Dennoch ist der Nachweis der Effektivität einerseits aufgrund der vagen Konzeptbeschreibungen, andererseits aufgrund fehlender Messinstrumente außerordentlich schwierig und wird i. d. R. nicht erbracht.

Die zweite Form sprachtherapeutischer Gruppen zielt auf die Verbesserung sprachlicher Leistungen ab und stellt m.E. die eigentliche sprachtherapeutische Gruppe dar. Grundsätzlich haben jedoch psycho-soziale Aspekte einen wesentlichen Einfluss auf sprachliche Leistungen und umgekehrt, so dass eine scharfe Trennung dieser Therapiekonzepte in der Praxis nicht möglich ist.

Die meisten sprachlich orientierten Programme betonen den Stellenwert der funktionalen Fähigkeiten und zielen auf den Transfer der erarbeiteten sprachlichen Leistungen in den Alltag ab. Inhalte sind zumeist Begrüßungen, Verabschiedungen, persönliche Vorstellung, Gebrauch von alltäglichen Materialien, Umgang mit Geld, Gesprächsführungsstrategien, etc. (Avent, 1997; Bernstein-Ellis & Elman, 1999; Bloom, 1962; Bollinger et al., 1993; Fawcus, 1992b; Graham, 1999; Holland & Beeson, 1999; Königsbüscher et al., 1987; Mackenzie, 1991; Pulvermüller, 1991; Sheehan, 1946; Wepman, 1947; Wertz et al., 1981). Die meisten Gruppentherapien finden dabei allerdings im geschützten Rahmen einer Reha-Institution statt und nicht

wirklich unter den Real-life-Bedingungen der Teilhabe-Ebene im Sinne der ICF. Andererseits ist der Alltag eines jeden Patienten individuell und Gruppenkonzepte können dies nur ansatzweise abbilden.

Ein umfassenderes Konzept, welches deutlicher die Partizipation anstrebt, verfolgt die Fachklinik Bad Liebenstein. Das Spektrum umfasst dort Gruppenangebote, die eingebettet in Kommunikationsanlässe sind, wie z.B. Kaffeerunden, über handlungsorientiertes Alltagstraining wie z.B. gemeinsames Kochen, bis hin zu Angeboten, bei denen die Verbesserung der verbalen Kompetenz im Vordergrund steht wie Konversations- oder Strategiegruppen (Schillikowski, 2007).

Besondere Erwähnung verdient auch das Konzept der „Constrained Induced Aphasia Therapy (CIAT)“ (Pulvermüller et al., 2001; Meinzer et al., 2005), obwohl es nicht ausdrücklich als Gruppenkonzept beschrieben ist. Nach dem Prinzip des Quartettspiels werden auf spielerische Weise alltagsnotwendige Redewendungen wie „Haben Sie...?“ oder „Ich hätte gern...!“ sowie Benennleistungen trainiert. Patienten sind gehalten, sich möglichst ausschließlich verbal mitzuteilen. Der Schweregrad der zu benennenden Items (im Sinne der Frequenz) ist durch die Auswahl der Karten therapeutisch kontrollierbar.

Andere Autoren stellen explizit sprachsystematische Übungen den funktionell-pragmatischen Inhalten voran (Agranowitz et al., 1954; Brindley et al., 1989; Budny & Effmert, 1988; Corbin, 1951).

Die publizierten Konzepte zur sprachtherapeutischen Gruppentherapie unterscheiden sich wesentlich in der Zielgruppe respektive dem Schweregrad der Störung der po-

tentiellen Teilnehmer und in der inhaltlichen Durchführung. Weder ein Bezugssystem noch Standards scheinen für die Durchführung von Gruppentherapien zur Verfügung zu stehen. Dementsprechend schwierig gestaltet sich dann auch die Evaluation dieser Therapieform. Die Auswertung der Umfrage an deutschen Rehabilitations-Kliniken, die Bruckmann & Eberle (2006) durchgeführt haben, zeigt ebenfalls, dass die weitestgehend meisten Einrichtungen, die Gruppentherapie anbieten, hierfür kein standardisiertes Konzept haben. Eine Evaluation der durchgeführten Gruppentherapie (z.B. mittels Patienten-Fragebogen) haben nur zwei der 13 Kliniken angegeben.

Berichte über Therapieerfolge spiegeln allzu oft den subjektiven Eindruck der Therapeuten wider und bleiben den objektivierbaren Nachweis der Effektivität schuldig. Ausnahmen bilden die Studien von Aten et al. (1982), Avent (1997), Bollinger et al. (1993), Elman & Bernstein-Ellis (1999a), Meinzer et al. (2005), Radonjić & Rakušček (1991), Wertz et al. (1981). Allerdings unterscheiden sich die Studien erheblich im Hinblick auf Untersuchungsdesign, Umfang, Dauer, Therapiekonzept sowie Eingangs- und Ausgangsassessment und nicht alle sind randomisiert-kontrolliert angelegt. In der Meta-Analyse zu evidenzbasierten Aphasiestudien (Salter et al., 2006) wird deshalb die Aussage getroffen: „Teilnahme an einer Gruppentherapie kann zu Verbesserungen in den kommunikativen und sprachlichen Leistungen führen.“

### Vergleich Einzel- und Gruppentherapie

Im Vergleich von Einzel- und Gruppentherapie herrscht ebenfalls allgemeiner Konsens, dass Gruppentherapien als Ergänzung zur Einzeltherapie sinnvoll eingesetzt werden können, auch wenn die Konzepte dafür, wie genau die Verzahnung von Einzel- und Gruppentherapie optimiert werden kann, nur unspezifisch sind. Nur wenige Autoren sprechen sich direkt gegen die Durchführung von Gruppentherapien aus (Keller, 1997).

Nach den Leitlinien 2001 der Gesellschaft für Aphasiebehandlung (Bauer et al., 2002) eignet sich die Gruppentherapie zusätzlich zur Einzeltherapie insbesondere für Kommunikationsübungen. Diverse Autoren sehen den Stellenwert der Gruppentherapie ebenfalls als Zusatzangebot zur Einzeltherapie (Budny & Effmert, 1988; Davis, 2000; Döppler, 1991; Pachalska, 1991; Radonjić & Rakušček, 1991; Springer, 1993) oder erst in der Konsolidierungsphase als Ersatz für die Einzeltherapie (Königsbüscher et al., 1987).



Aphasie-Basis-Gruppe in der Waldklinik Jesteburg

Nach Bloom (1962) und Fawcus (1989) wiederum sind es gerade Patienten mit globaler Aphasie, die am meisten von der Gruppe profitieren. Je geringer die Einschränkungen sind, desto eher würde intensives spezifisches Einzeltraining notwendig sein. Pulvermüller (1991, S. 62) macht den Einsatz von Gruppen- oder Einzeltherapie abhängig von den „individuellen Vorlieben und kommunikativen Bedürfnissen eines Patienten...“. Einzig Holland in Holland & Ross (1999, S. 116) sieht für eine bestimmte Klientel die Einzeltherapie als Ergänzung zur Gruppentherapie: „I now believe that individual treatment is a useful adjunct to group treatment for such patients (Erwachsene mit chronischer Aphasie, Anm. d. Verf.).“

## Ziel der sprachtherapeutischen Gruppentherapie

Übergeordnetes Ziel der sprachtherapeutischen Gruppentherapie ist die Aktivierung der Teilnehmer zu selbstinitiiert und erfolgreicher sprachlicher Interaktion mit verschiedenen Gesprächspartnern. Idealerweise bahnt die Gruppentherapie einen Transfer der trainierten Fähigkeiten in die außertherapeutische Gesprächssituation an. Dies beinhaltet eventuell auch die Akzeptanz und Verwendung individueller Kommunikationsstrategien, die die Teilhabe am sozialen Leben erleichtern können. Weitere wesentliche Aspekte der Gruppentherapie bestehen in der psycho-sozialen Anpassung und in der Unterstützung, die sich die Gruppenmitglieder gegenseitig geben (Adair Ewing, 1999; Kearns & Elman, 1994; Masoud et al., 2004).

In der Gruppentherapie steht damit nicht die sprachsystematisch korrekte Form im Vordergrund der therapeutischen Intervention, sondern die Funktionalität des kommunikativen Aktes. Auch die Einzeltherapie kann durchaus funktionell ausgerichtet sein, wenn beispielsweise konkrete Real-life-Trainings außerhalb der Einrichtung durchgeführt oder Kommunikationsstrategien zunächst individuell erarbeitet werden.

Für eine umfassendere kommunikative Zielsetzung hingegen zeigt gerade die Gruppentherapie aufgrund ihrer spezifischen Strukturmerkmale und der psychodynamischen Prozesse gute Bedingungen (Masoud, 2006). Die Einzeltherapie hingegen bietet den optimalen Rahmen, auf der Grundlage eines neurolinguistischen Modells der Sprachverarbeitung, störungsspezifisch an den Defiziten des Patienten zu arbeiten. Bei entsprechender Indikation sollte daher einzeltherapeutisches

Schwerpunkt-Training unabhängig von der Teilnahme an einer Gruppentherapie stattfinden. Ebenso sollte auch daran gedacht werden, einem Patienten je nach Indikation und Therapieziel hochfrequent Gruppentherapie anzubieten. Einzel- und Gruppentherapie sind daher als zwei eigenständige Therapieformen mit unterschiedlichen Zielsetzungen zu sehen und der Einsatz der therapeutischen Ressourcen sollte dementsprechend flexibel am individuellen Störungsbild und Krankheitsverlauf ausgerichtet sein.

Darüber hinaus bietet die Gruppentherapie einen klinischen Rahmen zur Evaluation der Prozessqualität der therapeutischen Intervention. Anders als in der Einzeltherapie erhält der Sprachtherapeut durch seine eigene Teilnahme an der Gruppensitzung die notwendigen Informationen, um das sprachliche Verhalten eines Patienten in der konkreten Interaktion mit anderen Gesprächspartnern bewerten zu können.

Dennoch sind der Evaluation der Effektivität von Gruppentherapien Grenzen gesetzt. Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation sollen daher im Folgenden dargelegt werden.

## Grenzen und Möglichkeiten der Evaluation

Das Hauptproblem der Evaluation von Gruppentherapie besteht in ihrer dynamischen und kybernetischen Funktionsweise. Prägnanter drückt es Battegay (1976, S. 24) aus: „Eine Gruppe ist mehr als die Summe ihrer Mitglieder.“ Jede Gruppe handelt dynamisch und selbstregulierend (versteht man die Gruppenleiter auch als einen Teil der Gruppe ist dies kein Widerspruch!) und verfolgt dabei ein spezifisches Ziel. Dies kann explizit formuliert sein oder auch nur die Etablierung eines inhärenten abstrakten Gruppenprototyps sein, mit dem sich die Gruppenmitglieder identifizieren („Wir Sprachtherapeuten...“). Ein anderes Problem entsteht, wenn die Teilnehmer sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien erhalten. Dann ist später nicht mehr feststellbar, welcher Therapieform der Leistungszugewinn zuzurechnen ist. Dies ist beispielsweise bei Brindley (1989), Holland & Beeson (1999) und Mackenzie (1991) der Fall.

### Mögliche Dimensionen zur Messung des individuellen Outcomes

Im Gegensatz zur Problematik der Effektivitätsmessung von Gruppentherapien als solche kann der individuelle Outcome nach Teilnahme an einer Gruppentherapie durch Prä-

und Postassessments festgestellt werden. Hierzu sollten folgende Dimensionen in Betracht gezogen werden (vgl. auch Garrett, 1999):

- Veränderungen der verbalen sowie funktionalen Kommunikationsmöglichkeiten im Alltag
- Einfluss auf Lebensqualität, -zufriedenheit und -anpassung
- Kundenzufriedenheit
- Kosten-Nutzen-Analyse

Die funktionalen Kommunikationsmöglichkeiten können sich wesentlich von den verbalen Fähigkeiten unterscheiden. So gibt es zahlreiche Patienten, die aufgrund einer Aphasie große Wortfindungsstörungen aufweisen, aber dennoch erfolgreich kommunizieren können, weil sie Mimik, Gestik und andere Alternativen effektiv einsetzen. Im Gegensatz zu sprachsystematischen Tests, die die Veränderung der verbalen Fähigkeiten erfassen und defizitorientiert angelegt sind, beschreiben kommunikativ orientierte Verfahren die verbliebenen oder potentiellen kommunikativen Kompetenzen eines Patienten.

Garrett (1999) bietet beispielsweise ein informelles Rating, das direkt in der Gruppentherapie (beziehungsweise unmittelbar nach der Sitzung) zur Anwendung kommen kann. Auf einer Skala von eins bis sieben werden verschiedene Bereiche des kommunikativen Verhaltens erfasst. Sowohl quantitative Aspekte (Wie oft war der Teilnehmer in der Lage, seine Information auszudrücken? Wie oft hat der Teilnehmer alternative Strategien eingesetzt? Wie viele verschiedene Sprechakte hat der Teilnehmer vollzogen?) als auch qualitative Kriterien (Wie flexibel hat der Teilnehmer seine Strategien einsetzen können? Wie wird die allgemeine Kommunikationsfähigkeit eingeschätzt?) werden berücksichtigt. Für den klinischen Alltag scheint ein solches Rating schnell durchführbar. Es gibt einen groben Überblick über die kommunikativen Leistungen des Teilnehmers.

Ein ähnliches Verfahren stellt das „pragmatic protocol“ (Prutting & Kirchner, 1987) dar. Anhand von 30 Parametern wird ein kommunikativer Index erstellt. Enthalten sind dabei sowohl nonverbale Aspekte wie Blickkontakt und Körperhaltung als auch verbale Parameter wie Kohäsion des produzierten Textes oder Variabilität der Sprechakte. Ein Patient mit einer nicht-flüssigen Aphasie, der Interjektionen einsetzt, um seinen Turn im Gesprächsverlauf wahrzunehmen, zeigt damit ein adäquates pragmatisches Verhalten. Patienten mit Wernicke-Aphasie hingegen

achten aufgrund ununterbrochener *Conduites d'approches* häufig nicht auf die Abgabe des Turns an ihre Gesprächspartner. Dieses Verhalten ist als pragmatisch inadäquat zu bewerten, selbst wenn unter linguistischen Aspekten gesehen die *Conduites* erfolgreich zum Zielitem führen. Das „pragmatic protocol“ erscheint trotz der Menge der Items im klinischen Alltag ebenfalls gut einsetzbar.

### **Erfassung der Lebensqualität, -zufriedenheit und Anpassungsfähigkeit**

Die Veränderung der Lebensqualität, -zufriedenheit und Anpassungsfähigkeit ist eine weitere wichtige Dimension der Evaluation von Gruppentherapien, denn eine Aphasie führt auch zu Einschränkungen auf der Partizipationsebene. Wie *Elman & Bernstein-Ellis* (1999b) in einer Interviewstudie herausfanden, kann die Gruppentherapie einen wesentlichen Beitrag zur psycho-sozialen Rehabilitation leisten. Fragebögen zur psychischen Befindlichkeit der Teilnehmer vor und nach Teilnahme an einer Gruppentherapie können hier Aufschluss geben.

### **Erfassung der Kundenzufriedenheit**

Nach Maßgabe der Qualitätssicherung sind Patienten als Kunden zu verstehen und daher sollte auch der Aspekt der Kundenzufriedenheit beachtet werden. Im Zuge der wirtschaftlichen Verknappung einerseits und dem Wettbewerb der Gesundheitsdienstleister andererseits werden Patienten und Angehörige den Erfolg einer Therapie zunehmend daran messen, in welchem Maße erreichte oder anvisierte Therapieziele sich mit ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen decken. Genauso kann es geschehen, dass ein Patient eine Sprachtherapie als sehr erfolgreich empfindet, selbst wenn objektiv keine Verbesserungen zu verzeichnen sind.

Ein übliches Verfahren, um die Kundenzufriedenheit zu ermitteln, sind Fragebögen, die den Patienten bei Beendigung ihrer Reha-Maßnahme ausgehändigt werden. Ein spezifisches Problem stellt sich bei der sprachtherapeutischen Klientel, da aphasische Patienten oftmals Probleme im Lesesinnverständnis aufweisen und nur defizitär in der Lage sind, Fragebögen zu verstehen und auszufüllen. Diese müssen daher entsprechend aufbereitet sein. Vorstellbar wäre, dass die Bearbeitung mit Hilfe der Angehörigen vorgenommen wird, wobei dies strenggenommen nicht den statistischen Kriterien einer Erhebung mittels Fragebogen entspräche.

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Zur Evaluation der Gruppentherapie gehört auch die Aufstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse. Die therapeutischen Aufwendungen der Vor- und Nachbereitungen sowie der eigentlichen Therapien werden üblicherweise durch institutionsspezifische Leistungsstatistiken erfasst. Allerdings darf man dabei nicht die Anzahl der Gruppentherapien mit denen der Einzeltherapie vergleichen, denn bestimmte Störungen, wie zum Beispiel eine schwere Sprechapraxie verlangen eindeutig eine intensive Einzelbehandlung.

Die Vermutung liegt nahe, dass Gruppentherapien erheblich kostengünstiger anzubieten sind als Einzeltherapien. Laut ICF ist die Rehabilitation allerdings eine soziale Aufgabe und frei von jeglicher ökonomischer Betrachtung. Auch wenn der Kostenfaktor nicht das ausschlaggebende Argument sein darf, ist verständlich, dass Kostenträger und Human-Ressource-Manager trotzdem ein verstärktes Interesse an der Durchführung von Gruppentherapien haben, da es den therapeutischen Personalaufwand reduzieren kann. Dies verstärkt sich insbesondere vor dem Hintergrund der oben beschriebenen zu erwartenden demografischen Veränderungen.

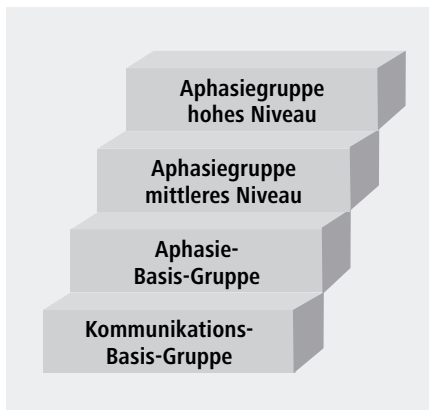
Einige Autoren führen daher an, dass durch die Umverteilung der personellen Kapazitäten aphasische Patienten auch über einen längeren Zeitraum therapeutische Behandlung erhalten könnten (Elman & Bernstein-Ellis, 1999 a; Fawcus, 1989, Marshall, 1999 a).

Im Folgenden wird dargestellt, wie ein spezifisches Gruppentherapie-Angebot möglichst vielen betroffenen Patienten innerhalb einer stationären Einrichtung vermittelt werden kann.

## Stufenmodell der Waldklinik Jesteburg

Das Stufenmodell besteht aus vier aufeinander aufbauenden Gruppenangeboten für Patienten mit Aphasie bzw. Verdacht auf Aphasie. Die Gruppengröße mit vier bis fünf Teilnehmern gewährleistet einerseits jedem Teilnehmer Redezeit und andererseits ausreichend viele verschiedene Gesprächspartner. Das Leistungslevel ist jeweils homogen angelegt, obwohl man in einer heterogen besetzten Gruppe, optimal auch mit einzelnen sprachgesunden Teilnehmern, eher eine alltagsnahe Situation simulieren könnte. Heterogenität fördert jedoch wie in einer typischen „Klassenzimmersituation“ die Schwächeren auf Kosten der weniger eingeschränkten Teilnehmer, weil sie entweder mehr therapeutische Zuwendung benötigen oder beanspruchen. In einer homogenen Gruppe fehlen die „Vorbilder“ als Orientierung, denn der einzige Teilnehmer, der ein korrektes Sprachmodell bietet, ist der Gruppenleiter. Eine starke Homogenität kann jedoch den Aufbau von gruppendynamischen

■ **Abb. 1: Gruppenstufen**



Prozessen, die Identität der Gruppe und mit hin die notwendige Kohärenz besser fördern.

Aufgrund der unregelmäßigen Fluktuation sind alle Gruppen halb-offen konzipiert. In einer solchen Situation sind Routinen, zum Beispiel Begrüßungs- und Verabschiedungsrituale, besonders wichtig. Aus demselben Grund finden die Gruppen auch hochfrequent, d.h. täglich statt.

Die Patienten nehmen an einem runden Tisch Platz, so dass optimaler Blickkontakt gewährleistet ist. In der Mitte des Tisches kann auf einem drehbaren Teller für alle Teilnehmer sichtbar Material präsentiert werden. Keiner muss somit „über Kopf lesen“. Alle Teilnehmer erhalten ein Namensschild, damit die Kontaktaufnahmen personalisiert werden können. Je nach therapeutischer Zielsetzung erhalten sie neben der Gruppentherapie auch einzeltherapeutisches Schwerpunkttraining und/oder Betreuung, das fortlaufend oder in Intervallen stattfinden kann.

■ **Abb. 2: Ausschlusskriterien**

Folgende Kriterien haben sich als Ausschlussfaktoren herausgestellt:

- Die Teilnahme wird abgelehnt
- Unzureichende Deutsch-Kenntnisse
- Schlechter Allgemeinzustand
- Extreme Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung
- Verhaltensauffälligkeiten wie Distanzlosigkeit oder unzureichende Affektkontrolle
- Isolierte sprachtherapeutische Indikationen (z.B. isolierte Alexie, Agraphie)

Aufgrund des Stufencharakters kann ein Teilnehmer bei entsprechender Entwicklung in eine Gruppe mit anspruchsvollerem Niveau aufsteigen. Für einige Patienten stellt dies eine objektivierbare Verbesserung dar. Wenn es therapeutisch angezeigt ist, kann ein Patient auch in eine Gruppe mit weniger anspruchsvollem Level wechseln. Die individuelle Förderung bleibt daher stets gewährleistet.

### Dokumentation

In Anlehnung an das „pragmatic protocol“ (Prutting & Kirchner, 1987) wurde eine vorläufige Itemliste zur Erfassung der Kommunikationsfähigkeit der Gruppenteilnehmer entworfen. Dieses Rating kommt innerhalb der ersten Woche bei erstmaligem Eintritt in eine Gruppenstufe zum Einsatz und wird regelmäßig überprüft. Das Assessment bildet gleichzeitig die Eingangsvoraussetzungen der einzelnen Gruppenstufen ab. Wenn ein Teilnehmer weitgehend jene Fähigkeiten erreicht hat, die das Profil der nächstfolgenden Stufe vorsieht, kann ein Gruppenaufstieg geplant werden. Da nicht davon ausgegangen wird, dass erworbene Fähigkeiten wieder verloren gehen, bildet das Rating somit im Verlauf des Reha-Aufenthaltes die kumulierten Fähigkeiten ab. Abb. 3 zeigt das vorläufige, zur Zeit in Erprobung befindliche Aphasie-Gruppenassessment zu kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten.

### Gruppenstufen

► Die *Kommunikations-Basis-Gruppe* richtet sich an Patienten, die sich bislang noch nicht oder nur sehr eingeschränkt kontaktierbar gezeigt haben. Auf der Grundlage des Läsionsortes ist eine Aphasie wahrscheinlich, kann jedoch noch nicht sicher diagnostiziert werden. Das Therapieziel ist, durch diese Therapieform basale kognitive



Aphasiegruppe hohes Niveau in der Waldklinik Jesteburg

Funktionen wie Aufmerksamkeit und Wahrnehmung so anzuregen, dass kommunikative Interaktion auch über interpretierbare Handlungen wie Mimik, Gestik, Kopfbewegung wieder möglich wird. Das Angebot ist als multiple Kommunikationsstimulation zu verstehen.

► Ziel der *Aphasie-Basis-Gruppe* ist es, Wahrnehmungs- und Konzentrationsleistungen auszubauen. Gerade die festen Strukturen und Abläufe, die in dieser Gruppenstufe immer wieder gefördert und gefordert werden, tragen dazu bei, dass die Teilnehmer beginnen, die kommunikative Initiative zu ergreifen, indem sie einander nachahmen oder auf

Fehlverhalten aufmerksam machen (bspw. bei Verstößen gegen Spielregeln, Verpassen des Einsatzes ...). Eine dieser festen Routinen ist das tägliche Begrüßungsritual, mit dem jede Therapiesitzung beginnt. Die Teilnehmer erhalten Namensschilder und sind dazu angehalten, bei Nennung ihres Namens sich mit allen verfügbaren Mitteln bemerkbar zu machen oder auch andere Teilnehmer zu identifizieren. In dieser Gruppenstufe, die den Charakter einer Stimulus-Response-Therapie hat, ist der Gruppenleiter vergleichsweise prä-senter. Der kooperative Wettbewerbscharakter sowie das Erkennen, dass auch andere Menschen unter Sprachstörungen leiden,

kann blockierte Äußerungen zu Tage bringen, insbesondere dann, wenn nicht der informative, sondern der kommunikative Aspekt der Mitteilung im Vordergrund steht.

► In der *Mittleren Aphasiegruppe* werden die Teilnehmer mit der Verantwortung für den Kommunikationserfolg konfrontiert und können sich nicht mehr vollständig auf therapeutische Hilfestellung verlassen. Das Ziel ist die Akzeptanz und effektive Verwendung von Kommunikationsstrategien, das Einhalten von (Gesprächs-)Regeln sowie die Förderung sozialer Kompetenzen. Die Teilnehmer lernen hier, wie sie selbst den Erfolg der Kommunikation beeinflussen können. Dar-

■ **Abb. 3: Itemliste zur Erfassung der Kommunikationsfähigkeit der Teilnehmer der Gruppentherapie**

<b>Aphasie-Gruppenassessment zu kommunikativ-pragmatischen Fähigkeiten</b>				
	<b>Kommunikations-Basis-Gruppe</b>	<b>Aphasie-Basis-Gruppe</b>	<b>Aphasiegruppe mittleres Niveau</b>	<b>Aphasiegruppe hohes Niveau</b>
<b>nonverbale und neuropsychologische Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopfkontrolle</li> <li>• Blickkontakt auf Ansprache</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nimmt zu allen Seiten Gesprächspartner wahr</li> <li>• Reihenfolgen und einfache Abläufe werden verstanden / umgesetzt</li> <li>• Gesten / Mimik interpretierbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit stabil über 45 Minuten</li> <li>• Gesten / Mimik strategisch unterstützend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• weitgehendes Verfolgen von Sprecher- und Themenwechsel in der Diskussion möglich</li> </ul>
<b>rezeptive Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grobes Situationsverständnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstehen von Aufforderungen im engen situativen Kontext</li> <li>• Identifizieren des eigenen Namensschildes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aud. Sprachverständnis sicher auf Wortebene und einfacher Phrasenebene</li> <li>• Lesesinnentnahme sicher auf Wortebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aud. Sprachverständnis sicher auf Satz- und Gesprächsebene</li> <li>• Lesesinnentnahme sicher auf Phrasen- und Satzebene</li> </ul>
<b>verbale Aspekte</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja/Nein-Code eindeutig interpretierbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja/Nein-Code adäquat verwendet</li> <li>• einzelne Items spontan abrufbar oder mit therapeutischer Hilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verbaler Ausdruck auf Phrasen- und Satzebene mit therapeutischer Hilfe, auf Wortebene frei</li> <li>• Varianten in den Sprechakten</li> <li>• kohärente und relevante Themenführung innerhalb der Aufgabenstellung</li> </ul>
<b>Turn-takings, Gesprächsverhalten</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reaktion bei Ansprache</li> <li>• Feedback in der Hörerrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationsinitiative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selbständige und adäquate Annahme sowie Abgabe des Turns</li> </ul>
<b>paralinguistische Aspekte</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosodie als strategisches Mittel</li> <li>• Verständlichkeit auf Wortebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adäquate Pausensetzung</li> </ul>
<b>Strategien</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• setzt nach Aufforderung Strategien ein (z.B. Be- und Umschreibungsstrategien)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selbständige und effektive Reaktion bei Kommunikationsabbruch = Perspektivenwechsel, Verständnissicherung, etc. innerhalb der Aufgabenstellung</li> </ul>

über hinaus stehen auch die Förderung verbaler und nonverbaler Interaktion und Hilfe untereinander trotz Aphasie im Vordergrund. Das eingesetzte Material ist vielfältig und reicht von sprachsystematischen Aufgaben, die spielerisch gestaltet werden (beispielsweise Übungen zum Sprachverständnis, zur Lesesinnentnahme, zur Wortfindung, zur Vorstellungsentfaltung u. dergl.), bis hin zu bekannten Gesellschaftsspielen. Dabei hat sich gezeigt, dass weniger die eigentliche Aufgabe, sondern das gemeinsame Beschäftigen mit einem Thema und die Art und Weise, wie es präsentiert wird, die sprachlichen Leistungen der Teilnehmer fördert. Äußerungen, die im Rahmen dieser Handlungen stimuliert werden, wie zum Beispiel „Was hast du gesagt?“, „Habe ich nicht verstanden!“, „Meinten Sie ...?“ haben einen hohen Nutzen für den Alltag. Derartige Bemerkungen signalisieren dem Sprecher, dass seine Äußerungen dem Hörer nicht verständlich waren und fordern von ihm die Einnahme des Perspektivenwechsels. Der Teilnehmer ist daher in der Verantwortung, seine Äußerungen zu modifizieren, will er einen Kommunikationserfolg erreichen.

► In der Aphasiegruppe *hohes Niveau* ist der Gruppenleiter idealerweise wenig präsent. Seine Funktion ist es, die Struktur zu gestalten und den Verlauf der Sitzung dahingehend zu lenken, dass jeder Teilnehmer entsprechend seiner Defizite gefördert wird. Dabei sollen einerseits die sprachlichen Leistungen verbessert und eventuelle Ängste überwunden werden und andererseits auch die pragmatischen Kompetenzen ausgebaut werden. Hiermit sind insbesondere Strategien des Reparaturverhaltens bei Missverständnissen, Strategien der Verständnissicherung, Umschreibungsstrategien bei Wortfindungsstörungen, das Einhalten von Turn-Takings sowie das Verfolgen von Sprecher- und Themenwechsel in der Gruppendiskussion gemeint. Unangemessenheit, Irrelevanz, Inadäquatheit und Inkohärenz der Äußerung sowie andere Verletzungen der Konversationsregeln soll die Gruppe nach Möglichkeit selbst regulieren. Gelingt dies nicht optimal, gibt der Gruppenleiter Hilfestellung.

## Ausblick

Nach *Kearns & Elman* (1994, S. 333) befand sich die Gruppentherapie schon vor mehr als zehn Jahren „at a crossroad“. Tatsächlich sind in den vergangenen Jahren nur wenige Studien zur sprachtherapeutischen Gruppe erschienen, so dass diese Therapieform heute noch immer die Lager spaltet. Die de-

mografischen Veränderungen und die damit einhergehende Ressourcenverknappung lässt die Gruppentherapie jedoch zunehmend auch als wirtschaftlich probates Mittel erscheinen. Die Effektivität der Gruppentherapie ist bislang jedoch keineswegs vollständig nachgewiesen – dies nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Messinstrumente. Einige wenige Studien haben sich mit dieser Frage beschäftigt und konnten zumindest ansatzweise die Effektivität von Gruppentherapie nachweisen. Es bleiben jedoch wichtige Aspekte ungeklärt. Wie viel Gruppentherapie ist effektiv? Mit welcher Frequenz können welche Effekte erzielt werden? Welche Standards sind für Gruppentherapien angemessen und sinnvoll? Welche Faktoren der Gruppentherapie sind wirksam? Wie kann genau vorhergesagt werden, welche Patienten von welchem Gruppenkonzept profitieren? Wie kann ein Transfer in den Alltag und auf die Partizipationsebene gewährleistet werden? Wie sollte die Ausbildung der Gruppenleiter aussehen?

Mein Schlussplädoyer zielt darauf ab, die Gruppentherapie unter den dargestellten konzeptuellen und therapeutischen Aspekten stärker in den Fokus sowohl der wissenschaftlichen Forschung als auch der therapeutischen Intervention zu rücken. Das Gruppenstufenmodell an der Waldklinik Jesteburg ist in seiner Form eingeführt und wird von den Teilnehmern genauso geschätzt wie die Einzeltherapie. Je nach individuellem Störungsbild und subjektivem Therapieziel kann die Gruppentherapie einen wertvollen Beitrag zur Gesamtrehabilitation des Patienten leisten.

Gruppen- und Einzeltherapie sind eigenständige Therapieformen. Jeder Patient benötigt zu Beginn der Reha-Maßnahme ein ausführliches individuelles Assessment. Möglicherweise müssen auch eine Zeitlang einzel- und gruppentherapeutische Behandlung zeitgleich stattfinden, bevor der Therapieplan den Schwerpunkt auf die eine oder andere Therapieform setzt.

## Literatur

- Adair Ewing, S. (1999). Group process, group dynamics, and group techniques with neurogenic communication disorders. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Agranowitz, A., Boone, D., Ruff, M., Seacat, G., & Terr, A. (1954). Group therapy as a method of retraining aphasics. *Quarterly Journal of Speech* 40, 170-182
- Aronson, M., Shatin, L. & Cook, J. (1956). Sociopsychotherapeutic approach to treatment of aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 21, 352-364
- Aten, J. R., Caliguri, M. & Holland, A. (1982). The efficacy of functional communication therapy for chronic aphasic patients. *Journal of Speech Hearing Disorders* 47, 93-96
- Avent, J. (1997). Group treatment in Aphasia using a cooperative learning method. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 5, 9-26
- Battegay, R. (1976). *Der Mensch in der Gruppe*. Stuttgart: Huber
- Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck, C., Schlenck, K.-J. & Huber, W., (2002). Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie). Leitlinien 2001. *Akt. Neurologie* 29, 63-75
- Bernstein-Ellis, E. & Elman, R. (1999). Aphasia Group Communication Treatment: The Aphasia Center of California Approach. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Bloom, L. M. (1962). A rationale for group treatment of aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 27, 11-16
- Bollinger, R., Musson, N. & Holland, A. (1993). A Study of group communication intervention with chronically aphasic persons. *Aphasiology* 7, 301-313
- Borenstein, P., Linell, S. & Wahrborg, P. (1987). An innovative therapeutic program for aphasic patients and their relatives. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 19, 51-56
- Brindley, P., Copeland, M., Demain, C. & Martyn, P. (1989). A comparison of the speech of ten chronic Broca's aphasic patients following intensive and non-intensive periods of therapy. *Aphasiology* 3, 695
- Bruckmann, L. & Eberle, S. (2006). Gruppentherapie in der Aphasiebehandlung; Ergebnisse einer Umfrage an deutschen Rehabilitationseinrichtungen. Unveröffentlichte Bachelorarbeit der Europa Fachhochschule Fresenius, Idstein
- Brumfitt, S. & Sheeran, P. (1997). An evaluation of short-term group therapy for people with aphasia. *Disability and Rehabilitation* 19, 6, 221-230
- Budny, J., & Effmert, A. (1988). Aphasitherapie in der Gruppe als Vorbereitung auf die Alltagskommunikation. *Die Sprachheilarbeit* 33, 71-76
- Corbin, M. (1951). Group speech therapy for motor aphasia and dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 16, 21-34
- Davis, G. (2000). *Aphasiology. Disorders and clinical features*. Boston, MA: Allyn and Bacon
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2005). *Leitlinien zur Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*. www.dgn.org (25.07.2007)

- Döppler, R. (1991). Spezifische Effekte in der Gruppenbehandlung von Aphasikern. In: Simons, B. & Körner, A. (eds.), *Gruppentherapie in der klinischen Linguistik*. Lang: Frankfurt
- Elman, R. (1999). Introduction to group treatment of neurogenic communication disorders. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Elman, R. & Bernstein-Ellis, E. (1999a). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 42, 411-419
- Elman, R. & Bernstein-Ellis, E. (1999b). Psychosocial aspects of group communication treatment. Preliminary findings. *Seminars in Speech and Language* 20, 65-71
- Fawcus, M. (1989). Group therapy: A learning situation. In: Code, C. & Müller, D., (eds.), *Aphasia Therapy*. London: Cole & Whurr
- Fawcus, M. (1992 a). Group Structure and Group Dynamics. In: Fawcus, M. (ed.), *Group encounters in speech and language therapy*. Kibworth, UK: Far Communications
- Fawcus, M. (1992 b). Group work with aphasic adult. In: Fawcus, M. (ed.), *Group encounters in speech and language therapy*. Kibworth, UK: Far Communications
- Garrett, K. (1999). Measuring outcomes of group therapy. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Graham, M. (1999). Aphasia group therapy in a subacute setting. Using the American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Hanke, R. (1988). Bericht über eine Aphasikergruppe. *Aphasia und verwandte Gebiete* 4, 1-17
- Hinckeldey, S. von (1983). Kommunikationstraining und Rollenspiel in einer Gruppentherapie für Aphasiker. *Sprache – Stimme – Gehör* 7, 101-105
- Holland, A. & Beeson, P. (1999). Aphasia groups. The Arizona experience. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Holland, A. & Ross, R. (1999). The power of aphasia groups. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Johannsen-Horbach, H., Wenz, C., Funfgeld, M., Herrmann, M. & Wallesch C. (1993). Psychosocial aspects in the treatment of adult aphasics and their families: A group approach in Germany. In: Holland, A. & Forbes, M. (eds.), *Aphasia Treatment: World Perspectives*. London: Chapman
- Kearns, K. & Elman, R. (1994). Group therapy for Aphasia. Theoretical and practical considerations. In: Chapey, R. (ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*, 2. Auflage. Baltimore: Williams & Williams
- Keller, J. (1997). Von der Theorie zur Therapie. Kritische Überlegungen zur Verwendung von Gruppentherapie. *Neurolinguistik* 11, 1, 23-52
- Königsbüscher, S., Meyer-Königsbüscher, J. & Ostermann, F. (1987). Gruppentherapie mit Aphasikern – Ein Arbeitsbericht. *Rehabilitation* 26, 115-118
- Kolominsky-Rabas, P. (2004). *Anhaltzahlen zum Schlaganfall aus dem bevölkerungsbasierten Erlanger Schlaganfall-Register im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes*. [http://www.dsg-info.de/pdf/Anhaltzahlen\\_zum\\_Schlaganfall.pdf](http://www.dsg-info.de/pdf/Anhaltzahlen_zum_Schlaganfall.pdf) (27.07.2007)
- Kotten, A. (1991). Gruppentherapie. Ein kritischer Überblick. In: Simons, B. & Körner, A. (Hrsg.), *Gruppentherapie in der klinischen Linguistik*. Frankfurt: Lang
- Mackenzie, C. (1991). Four weeks of intensive therapy followed by four weeks of no treatment. *Aphasiology* 5, 435
- Marshall, R. (1999 a). *Introduction to group treatment for aphasia design and management*. Woburn, MA: Butterworth
- Marshall, R. (1999 b). A problem-focused group treatment program for clients with mild aphasia. In: Elman, R. (ed.), *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders*. Boston: Butterworth
- Masoud, V. (2006). Gruppentherapie bei Aphasie oder Dysarthrie. *Aphasia und verwandte Gebiete* 2, 44-59
- Masoud, V., Ojeda, E., Rinsche, I., Theman, K. & Walter, S. (2004). *Ein Plädoyer für die Gruppe*. L.O.G.O.S. interdisziplinär 12, 259-269
- Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T. & Rockstroh, B. (2005). Long term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint induced aphasia therapy. *Stroke* 36, 1462
- Pachalska, M. (1991). Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology* 5, 541-554
- Prutting, C. & Kirchner, D. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 52, 105-119
- Pulvermüller, F. (1991). Sprachübungsspiele in der Gruppe. In: Simons, B. & Körner, A. (Hrsg.), *Gruppentherapie in der klinischen Linguistik. Bad Salzhausener Beiträge zur Aphasieforschung*. Frankfurt: Lang
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub E. (2001). Constraint induced therapy chronic aphasia after stroke. *Stroke* 32, 1621
- Redinger, R., Forster, S., Dolphin, M., Godduhn, J. & Weisinger, J., (1971). Group therapy in the rehabilitation of the severely aphasic and hemiplegic in late stages. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 3, 89-91
- Radonjić, V. & Rakušček, N. (1991). Group therapy to encourage communication ability in aphasic patients. *Aphasiology* 5, 451-455
- Salter, K., Teasell, R., Bhogal, S., Zettler, L., Foley, N., Orange, J. & Speechley, M., (2006). *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*. Aphasia. [www.ebsr.com](http://www.ebsr.com) (08.08.2007)
- Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F. & Glaeske, G. (2005). *GEK Heil- und Hilfsmittel Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003 und 2004*. Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.). GEK Edition Vorabdruck. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 38. St. Augustin: Asgard. [http://www.media.gek.de/downloads/magazine/Heil\\_und\\_Hilfsmittel\\_Report\\_2005\\_Anhang.pdf](http://www.media.gek.de/downloads/magazine/Heil_und_Hilfsmittel_Report_2005_Anhang.pdf) (27.07.2007)
- Schillikowski, E. (2007). *Gemeinsames Handeln als alltagsnaher Kommunikationsanlass in der Gruppe*. Vortrag auf den 4. Fachgespräch Neurorehabilitation, Fachklinik Bad Liebenstein
- Schlanger, P. & Schlanger, B. (1970). Adapting role-playing activities with aphasic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 35, 229-235
- Sheehan, V.M. (1946). Rehabilitation of aphasics in an army hospital. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 11, 149-157
- Springer, L. (1993). Gruppentherapie mit Aphasikern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Zentrale Sprach- und Sprechstörungen*. Berlin: Marhold
- Wepman, J. M. (1947). The organization of therapy for aphasia. The inpatient treatment center. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 12, 405-409
- Wertz, R., Collins, M., Weiss, D., Kurtzke, J.F., Friden, T., Brookshire, R., Pierce, J., Holtzapple, P., Hubbard, D., Porch, B., West, J., Davis, L., Matovitch, V., Morley, G.K. & Resurreccion, E. (1981). Veterans administration cooperative study on aphasia. A comparison of individual and group treatment. *Journal of Speech and Hearing Research* 24, 580-594
- World Health Organization (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionalität, Behinderung und Gesundheit*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) (27.07.2007)

#### Autorin

Vibeke Masoud  
Abt. Sprachtherapie  
Therapiezentrum Waldklinik Jesteburg  
Kleckerwaldstr. 145  
21266 Jesteburg  
[masoud@waldklinik-jesteburg.de](mailto:masoud@waldklinik-jesteburg.de)

#### SUMMARY. Group therapy for aphasics: an overview and a practical model

In Germany, group therapy for aphasics is mainly understood as a supplement to individual treatment. Whereas in North America group therapy has been in the focus of researchers as well as practical therapists for long. Several concepts of group therapy have been developed so far. The article is intended to give a state of the art. Limits and possibilities of group therapy evaluation will be discussed. The Waldklinik Jesteburg group system will be presented in the second part of the article.

Key words: aphasia – group therapy – evaluation – treatment