

Die teilhabe-orientierte Gruppentherapie (TOGT)

Ein Konzept zur Förderung sprachlicher Aktivitäten von Personen mit einer Aphasie

Melanie Wieser, Holger Grötzbach, Ulla Beushausen

ZUSAMMENFASSUNG. Der Gesetzgeber fordert als Ziel der Rehabilitation eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dieses Ziel lässt sich für Personen mit einer Aphasie insbesondere mithilfe von Gruppentherapien erreichen. Allerdings gibt es bislang nur wenige Gruppentherapiekonzepte, in denen die Teilhabe im Vordergrund steht. Daher wurde die teilhabe-orientierte Gruppentherapie (TOGT) entwickelt, die aus den Bausteinen „Aktivitäten zu Hause“ und „Aktivitäten außer Haus“ besteht. Das Neue an der TOGT ist, dass an der Gruppe sowohl Personen mit einer Aphasie als auch Personen ohne Aphasie teilnehmen und dass die TOGT mit der Einzeltherapie verzahnt wird. Dadurch wird ein Transfer sprachlicher Verbesserungen in den Alltag ermöglicht.

Schlüsselwörter: Aphasie – Gruppentherapie – Rehabilitation – Teilhabe – teilhabe-orientierte Gruppentherapie (TOGT)

Gruppentherapie in der neurologischen Rehabilitation

Nach dem Willen des Gesetzgebers ist es das Ziel der Rehabilitation, Patienten eine Teilhabe an von ihnen gewünschten Lebensbereichen trotz weiter bestehender Behinderungen zu ermöglichen (§ 1 SGB IX). Mit dem Begriff der „Teilhabe“ greift der Gesetzgeber auf das Modell der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, DIMDI 2005) zurück, das 2004 in die Sozialgesetzgebung eingegangen ist (Grötzbach & Iven 2009).

Für die Logopädie bedeutet „Teilhabe“, Patienten trotz sprachlicher Beeinträchtigungen dabei zu unterstützen, diejenigen sozialen Rollen wieder einzunehmen, die ihnen wichtig sind (Grötzbach 2008a, 2008b). Dafür ist sowohl eine Förderung der sprachlichen Funktionen als auch der sprachlichen Aktivitäten vor dem individuellen Lebenshintergrund eines Patienten notwendig. Eine Verbesserung der sprachlichen Funktionen muss daher mit einer Verbesserung der sprachlichen Aktivitäten verbunden sein (Iven & Grötzbach 2009). Für diese Verbindung eignet sich vor allem die Gruppentherapie, unter der eine Therapie mit zwei oder mehr Personen (Aten 1991) verstanden wird. Sprachtherapeutische Gruppentherapien werden als Ergänzung zur Einzeltherapie überwiegend in Rehabilitationskliniken durchgeführt (Masoud 2009). Es liegen allerdings bislang keine Zahlen über die Häufig-

keit von Gruppentherapien in deutschen Rehabilitationseinrichtungen vor. Ebenso wenig gibt es einen Überblick über die Inhalte von Gruppentherapien. Die Ergebnisse einer Umfrage in 21 klinischen Einrichtungen zeigt jedoch, dass rund ein Drittel der befragten Kliniken keine Gruppentherapien durchführen (Bruckmann & Eberle 2006, zit. n. Masoud 2009). In den Kliniken, in denen Gruppentherapien durchgeführt werden, kommen nur selten publizierte Gruppentherapiekonzepte zum Einsatz. Vielmehr werden überwiegend eigene sprachtherapeutische Gestaltungselemente verwendet, oder es wird auf Einzeltherapiemethoden zurückgegriffen, die für die Gruppentherapie modifiziert wurden, wie z.B. die Modalitätenaktivierung (MODAK, Lutz 1997; Bruckmann & Eberle 2006, zit. n. Geißler & Winkler 2010).

In Abgrenzung zur Einzeltherapie, die häufig eine funktionelle Verbesserung von Sprache anstrebt (Grötzbach 2008b), dient die Grup-

Melanie Wieser B.Sc. hat 2008 ihre Ausbildung zur Logopädin in Magdeburg abgeschlossen. Anschließend folgte das Bachelorstudium Logopädie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim, das sie 2010 mit dem Bachelor abschloss. Derzeit befindet sie sich in einem interdisziplinären Therapiestudiengang im Masterstudium an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Parallel arbeitet sie in einer logopädischen Praxis mit dem Schwerpunkt der neurologischen Störungsbilder und ist in diesem Bereich Lehrbeauftragte an einer Berufsfachschule für Logopädie. Der vorliegende Beitrag basiert auf ihrer Bachelor-Arbeit.



pentherapie der Förderung der Kommunikationsfähigkeit (Elman 2007). Daneben sollen die soziale Integration (Fries 2007) und die psychosozialen Auswirkungen der Aphasie verbessert werden (Huber et al. 2006). Die Gruppentherapie wird eingesetzt, um den Transfer von sprachlichen Fähigkeiten und erlernten Strategien aus der Einzeltherapie in Alltagsaktivitäten zu unterstützen (Rieger 1990, zit. n. Götze & Höfer 1999). Die Ziele der Einzel- und Gruppentherapie werden in Tabelle 1 dargestellt.

Gruppentherapien ermöglichen „durch die Anwesenheit anderer Personen dem Patienten ein alltagsnäheres, ‚realistischeres‘ Umfeld als abgeschirmte Einzelstunden“ (Fries 2007, 13). Die Arbeitsmotivation ist durch das vergleichende, konkurrierende

■ Tab. 1: Ziele der Einzel- und Gruppentherapie

Einzeltherapie	Gruppentherapie
<ul style="list-style-type: none"> ● Verbesserung der Sprachfunktionen ● Erlernen individueller Kommunikationsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> ● Förderung der Kommunikationsfähigkeit ● Soziale Integration ● Psychosoziale Verbesserungen ● Transfer der Sprachfunktionen und Strategien in Alltagsaktivitäten

oder ermunternde Verhalten der Teilnehmer in der Gruppentherapie häufig größer als in der Einzeltherapie (Wehmeyer & Grötzbach 2010). Dabei begünstigt die Gruppentherapie insbesondere die Interaktion zwischen den Teilnehmern (Christ & Hoffmann-Richter 1997). Die gemeinsame Ausübung von (sprachlichen) Aktivitäten in der Gruppe fördert die Zusammenarbeit der Betroffenen untereinander und stärkt die sozialen Fähigkeiten (Gillis 2007). Die Gruppentherapie ermöglicht außerdem die Anwendung erlernter Strategien (Cherney & Halper 2007) und eine gegenseitige Rückmeldung aller Beteiligten (Götze & Höfer 1999). Dadurch werden Transfereffekte in den Alltag der Betroffenen gefördert (Rieger 1990, zit. n. Götze & Höfer 1999).

Effektivität von Gruppentherapien

Die Effektivität von Gruppentherapien wurde im Gegensatz zur Einzeltherapie bisher kaum erforscht. Eine Metaanalyse ausgewählter Studien ergab, dass Gruppentherapien zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit führen können (Salter et al. 2006). Zudem kann durch die Gruppentherapie eine Verbesserung der psychosozialen Auswirkungen der Aphasie erreicht werden (Elman & Bernstein-Ellis 1999). Daneben ist es möglich, die Verwendung alternativer Kommunikationsmittel wie z.B. Gesten angesichts des natürlichen Kontextes der Gruppentherapie zu fördern (Marshall & Wallace 2009).

Eine weitere Studie (Wertz et al. 1981) verdeutlicht, dass sich die Einzel- und Gruppentherapie hinsichtlich der Effekte für die Patienten kaum unterscheiden. Dies stützt die Forderung, die Einzel- und Gruppentherapie in der Rehabilitation als gleichwertig anzuerkennen. Inhaltlich sollte die Gruppentherapie alltagsnahe Aktivitäten beinhalten, um das Ziel der verbesserten Teilhabe zu erreichen. Denn alltagsbezogene Therapien sind den funktionell-orientierten Behandlungen theoretisch und empirisch überlegen, da von Beginn an auf einen Transfer der Therapieinhalte geachtet wird (Grötzbach 2008a).

Gruppentherapiekonzepte

Im Vergleich zum englischsprachigen (Elman 2007) gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige publizierte Konzepte für die Gruppentherapie bei Sprachstörungen (Masoud 2009). Ein Grund dafür könnte sein, dass Kliniken nur selten publizierte Gruppentherapiekonzepte nutzen (Bruckmann & Eberle 2006, zit. n. Geißler & Winkler 2010). Da Therapiemethoden wie z.B. „Pro-

moting Aphasics Communicative Effectiveness“ (PACE, Davis & Wilcox 1985) oder die „Constraint-Induced Aphasia Therapy“ (CIAT, Pulvermüller et al. 2001), die häufig in der Gruppentherapie angewendet werden, aber keine ausdrücklich beschriebenen Gruppenkonzepte darstellen, werden sie hier nicht eingehender behandelt.

Die inhaltliche Ausrichtung der Gruppentherapien orientiert sich an den Zielen, die mit der Gruppentherapie erreicht werden sollen. In der Literatur werden häufig psychosozial-orientierte und sprachlich-orientierte Gruppentherapien unterschieden und oft kombiniert (Huber et al. 2006, Masoud 2009). Psychosozial ausgerichtete Gruppentherapien dienen der Verbesserung der sozialen Kompetenzen, während „die meisten sprachlich-orientierten Programme [...] den Stellenwert der funktionalen Fähigkeiten (betonen) und [...] den Transfer in den außertherapeutischen Alltag“ anstreben (Masoud 2009, 4ff). Außerdem finden sich in der Literatur pragmatisch-orientierte Gruppentherapien, bei denen die Kommunikation in Verbindung mit einer Handlung stattfindet (Götze & Höfer 1999, Schillikowski & Arnold 2009). Häufig verfolgt ein Gruppentherapiekonzept mehrere Ziele gleichzeitig, die von den Leitern festgelegt werden.

Entwurf eines teilhabe-orientierten Gruppentherapiekonzepts (TOGT)

Für die Entwicklung einer teilhabe-orientierten Gruppentherapie (Wieser 2010) erfolgte eine Betrachtung zweier pragmatisch-orientierter Gruppentherapiekonzepte, bei denen Aktivitäten im Vordergrund stehen: Die AOT (Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung, Götze & Höfer 1999) und das Konzept der Haushaltsgruppe des transprofessionellen Gruppenkonzepts der Aphasiestation der m&fi-Fachklinik Bad Liebenstein (Schillikowski & Arnold 2009). Die Haushaltsgruppe, die transprofessionell durchgeführt wird, bereitet die Patienten auf Aktivitäten vor, die zur selbstständigen Lebensführung im häuslichen Alltag beitragen. In der AOT werden dagegen Handlungen durchgeführt, die vor allem das Ziel haben, eine selbstständige Lebensführung im außerhäuslichen, gesellschaftlichen Kontext zu ermöglichen.

Die alltäglichen Kommunikationsbedürfnisse der Patienten sind jedoch sehr individuell (Glindemann et al. 2004) und unterscheiden sich beispielsweise darin, ob zuhause das Decken des Tisches oder der Wocheneinkauf außer Haus erledigt werden soll. Daher sollten Betroffene zur Förderung der Selbststän-

digkeit und Teilhabe die Möglichkeit haben, eine Therapie der Aktivitäten im häuslichen und im außerhäuslichen Alltag zu erhalten.

Ziele des TOGT-Konzepts

Das TOGT-Konzept ist in der klinischen Rehabilitation für die Umsetzung von Tätigkeiten im häuslichen oder außerhäuslichen Alltag der Patienten vorgesehen. Die Patienten sollen bei der Rückkehr in ihre sozialen Rollen unterstützt werden. Es soll außerdem ein Transfer erworbener Fähigkeiten in den Alltag erreicht werden. Daneben soll die Handlungskompetenz der Betroffenen für Aufgaben des Alltags verbessert und dadurch ihre Selbstständigkeit gefördert werden. Zur Verbesserung der Kommunikation in Alltagssituationen sollen der effektive Einsatz verbliebener sprachlicher Fähigkeiten und die kompensatorische Verwendung von Kommunikationsstrategien angestrebt werden. In der TOGT sollen gemeinsam Lösungswege erarbeitet werden. Im Vordergrund steht die Übertragung der erlernten kommunikativen Fähigkeiten in den Alltag der Betroffenen. Tabelle 2 (nächste Seite) bietet eine Übersicht bezüglich des strukturellen Aufbaus des TOGT-Konzepts.

Zielsetzungsprozess mit den Patienten

Um die von den Betroffenen gewünschten Aktivitäten zu erfahren, muss eine Zielabsprache im Rahmen eines ICF-orientierten Vorgehens in der Rehabilitation erfolgen. Der Fokus liegt auf der Erfassung der Teilhabe- und Aktivitätsziele der Patienten (Grötzbach & Iven 2009), die mit dem TOGT-Konzept behandelt werden sollen. Dafür ist eine ausführliche Anamnese notwendig, die auf einer narrativen Gesprächsführung basieren sollte (Frommelt & Grötzbach 2010, Grötzbach 2008a). Dadurch erhalten die Fachkräfte eine Vorstellung von der subjektiven Erlebniswelt des Patienten (Frommelt & Grötzbach 2008). Für den gemeinsamen Zielsetzungsprozess bietet sich das Top-down-Vorgehen an (Grötzbach 2008b, 2010). Ausgehend von dem übergeordneten Teilhabeziel des Patienten werden die Aktivitäts- und Funktionsziele abgeleitet.

Dies sähe z.B. bei einem Betroffenen, der einen Schlaganfall erlitten hat und nach der Rehabilitation wieder als Koch arbeiten möchte, wie folgt aus: Zunächst wird mit dem Patienten das langfristig zu erreichende Teilhabeziel ermittelt, die Rückkehr in den Beruf als Koch. Daraus ergeben sich die mittelfristigen Aktivitätsziele, das Einkaufen und Verarbeiten von Nahrungsmitteln. Das kurzfristige Funktionsziel ergibt sich aus der zugrunde liegenden Funktionsstörung. Da der

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Tab. 3: Mögliche Aktivitäten des häuslichen oder außerhäuslichen Alltags sowie übergreifende alltägliche Aktivitäten in Anlehnung an die Kategorien der ICF

Aktivitäten zu Hause (AZH)	
<i>Häusliches Leben</i>	
Haushaltspflichten, z.B.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Mahlzeiten vorbereiten ● Hausarbeiten erledigen, z.B. Kleidung waschen, Küchbereich und -utensilien reinigen, Wohnbereich reinigen, Haushaltsgeräte benutzen, die täglichen Lebensnotwendigkeiten lagern 	
Haushaltsgegenstände pflegen, z.B.	
<ul style="list-style-type: none"> ● Haushaltsgeräte und Hilfsmittel instandhalten, Pflanzen pflegen 	
<i>Lernen und Wissensanwendung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Elementares Lernen, z.B. Lesen, Schreiben, Rechnen lernen 	
<i>Kommunikation</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken 	
Aktivitäten außer Haus (AAH)	
<i>Häusliches Leben</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, z.B. Einkaufen von Waren und Dienstleistungen 	
<i>Mobilität</i>	
Gehen und sich fortbewegen	
<ul style="list-style-type: none"> ● z.B. lange Entfernungen gehen, Hindernisse umgehen, sich außerhalb der Wohnung und in anderen Gebäuden umherbewegen, sich unter Verwendung von Geräten fortbewegen 	
sich mit Transportmitteln fortbewegen	
<ul style="list-style-type: none"> ● z.B. öffentliche Transportmittel als Fahrgast benutzen 	
<i>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Erholung und Freizeit, z.B. Spiel, Sport, Kunst und Kultur, Hobbys 	
Übergreifende alltägliche Aktivitäten: AZH und AAH	
<i>Lernen und Wissensanwendung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Wissensanwendung, z.B. Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Probleme lösen 	
<i>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● z.B. eine Einzelaufgabe übernehmen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen 	
<i>Kommunikation</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Kommunizieren als Sender, z.B. Sprechen, nonverbale Mitteilungen produzieren, Gebärdensprache nutzen, Mitteilungen schreiben ● Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken, z.B. Unterhaltung mit mehreren Personen 	
<i>Mobilität</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Gegenstände tragen, bewegen und handhaben 	
<i>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Allgemeine interpersonelle Beziehungen, z.B. Anerkennung, Toleranz, Respekt zeigen ● Besondere interpersonelle Beziehungen, z.B. mit Fremden umgehen 	
<i>Wirtschaftliches Leben</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● z.B. Umgang mit Geld zum Einkauf von Nahrungsmitteln 	

Betroffene Schwierigkeiten im schriftsprachlichen Bereich hat, ist das Aufschreiben der Zutaten für Speisen beeinträchtigt. Die Ziele müssen mit dem Patienten konkretisiert werden, um sie zum Abschluss der Rehabilitation überprüfen zu können. Entscheidet sich ein Patient für die Teilnahme an der TOGT, muss die Therapeutengruppe dessen Aktivitätsziele in die TOGT aufnehmen. Die Aktivitätsziele bestimmen damit den Aufbau der teilhabeorientierten Gruppentherapie.

Diagnostik sprachlicher Aktivitäten

Die Diagnostik, basierend auf der ICF-Klassifikation, soll die Auswirkungen der zugrunde liegenden Erkrankung des Patienten auf seine persönlichen Lebensbereiche ermitteln (Grötzbach & Iven 2009). Dazu ist eine Erfassung der sprachlichen Aktivitäten und der aphasischen Symptome notwendig. Anhand standardisierter Aphasietests, z.B. der Aphasie-Check-Liste (ACL, Kalbe et al. 2002) oder dem Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983) können die aphasischen Symptome zuverlässig beurteilt werden. Aussagen über

die „Aktivität“ und „Teilhabe“ sind mit den Aphasietests jedoch nicht möglich. Dazu eignet sich eher die klassische Konversationsanalyse (KA, Moriz et al. 2009). Die in der Anamnese und Diagnostik gewonnenen Informationen zum Kommunikationsverhalten müssen dann in die partizipative Zielfindung mit den Patienten einfließen (Grötzbach 2010).

Therapeutenteam

Idealerweise besteht das Team der TOGT aus drei Therapeuten, die den Gesundheitsfachberufen der Logopädie, Ergo- und Physiotherapie angehören, um den Patienten optimale Hilfestellungen geben zu können. Das Team sollte in der TOGT sowohl inter- als auch transdisziplinär zusammenarbeiten, da dieser Behandlungsansatz zu verbesserten Rehabilitationsergebnissen führt (Rentsch 2005).

Aktivitäten und Gruppenbildung

Um eine Vorstellung davon zu entwickeln, welche Aktivitäten die Patienten nach der Rehabilitation wieder aufnehmen möchten,

Tab. 2: Übersicht zur teilhabeorientierten Gruppentherapie (TOGT)

Anzahl der Therapeuten	3 (interdisziplinär)
Teamzusammenarbeit	inter- und transdisziplinär
Gruppengröße	AZH und AAH: 2-4 Patienten
Gruppenzusammensetzung	heterogen (im Bezug auf verschiedene neurologische Störungsbilder)
Behandlungsvarianten	Kombination von Einzel- und Gruppentherapie, inhaltliche Wechselwirkung der Behandlungsvarianten
Teilnahme Angehörige	erwünscht
Ziele des Konzepts	<p><i>Teilhabe-orientierte Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Umsetzung alltagsrelevanter Aktivitäten ● Transfer der erworbenen Fähigkeiten in den Alltag ● Verbesserung der Handlungskompetenz ● Förderung der Selbstständigkeit ● Wiedererlangen der gewünschten sozialen Rollen <p><i>Kommunikative Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● effektiver Einsatz verbleibender Fähigkeiten ● Verwendung von kompensatorischen Kommunikationsstrategien ● Erarbeitung von Lösungsstrategien ● Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in Alltagssituationen ● Transfer kommunikativer Fähigkeiten in den Alltag
Inhalt	abhängig von den individuellen Teilhabe-Zielen der Patienten; AZH: abhängig von der Raum- und Materialbereitstellung
Evaluation	individuell z.B. anhand der SMART-Regel und GAS
zeitliche Dauer	AZH: 5 mal wöchentlich, je 1,5 Stunden; je 0,5 Stunden Vor- und Nachbereitungszeit, Dokumentation AAH: 3 mal wöchentlich, je 3 Stunden; je 1 Stunde Vor- und Nachbereitungszeit, Dokumentation
Ort	Klinik oder außerhäuslicher Alltag

veranschaulicht Tabelle 3 mögliche Aufgaben des häuslichen oder außerhäuslichen Alltags. Die „Aktivitäten zu Hause“ (AZH) können in der Klinik durchgeführt werden, die „Aktivitäten außer Haus“ (AAH) außerhalb der Klinik. Die Aktivitäten sind in Anlehnung an die Kategorien der ICF aufgeführt, z.B. Häusliches Leben oder Mobilität (DIMDI 2005). Es sind auch übergreifende Aktivitäten aufgeführt, die sowohl im häuslichen als auch im außerhäuslichen Alltag durchgeführt und somit in beiden Gruppen der TOGT aufgegriffen werden können.

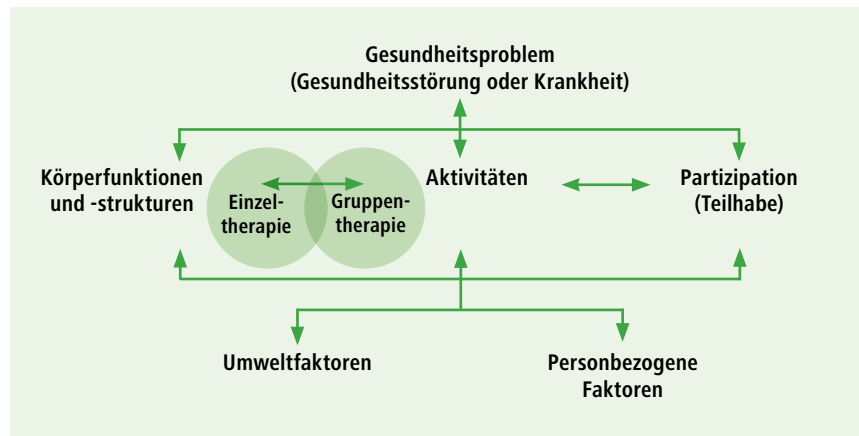
Die TOGT sollte allen Patienten einer Klinik offenstehen. An der Gruppe nehmen damit auch Patienten teil, die keine Sprachstörung haben, aber andere neurologische Störungen aufweisen. Eine heterogene Zusammensetzung der Gruppe in Bezug auf unterschiedliche neurologische Störungsbilder bietet den Vorteil, dass mehr Ansätze zum Vergleich und Lernen untereinander genutzt werden (Simon & Simon 2009, Springer 1991) und die Gruppenkonstellation eine alltagsnahe Situation abbildet (Simon & Simon 2009, Masoud 2009).

Um das Teilhabe-Ziel des Kochs zu erreichen, erfolgt die logopädische Behandlung sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie. In der Einzeltherapie werden z.B. die schriftsprachlichen Fähigkeiten zur Erstellung des Einkaufszettels trainiert. Daneben können individuelle Kommunikationsstrategien kompensatorisch erarbeitet werden. In der TOGT können sowohl der Einkauf als auch das Zubereiten von Speisen geübt werden. Die Zubereitung der Speise kann in der AZH-Gruppe erfolgen. In der AAH-Gruppe kann der Einkauf im Supermarkt vorgenommen werden. Tabelle 4 stellt das Top-down-Vorgehen am Beispiel „Rückkehr in den Beruf als Koch“ dar.

Verständigungsmittel in der TOGT

In der TOGT ist es vorgesehen, dass die Kommunikation bei Patienten mit Sprachstörungen individuell erfolgt und sowohl verbale als auch nonverbale Verständigungsmittel genutzt werden. Da die Verwendung alternativer Kommunikationsmittel vor allem in der Gruppentherapie gefördert wird (Marshall & Wallace 2009), können neben der Sprache z.B. Gestik, Mimik, Symbolsysteme oder ein Kommunikationsbuch eingesetzt werden (Stenneken 1999). Der Erarbeitung und Verwendung einer entsprechenden Kommunikationsstrategie zur Kompensation der Sprachstörung kommt im Hinblick auf die schnell wechselnden Alltagsanforderungen eine hohe Bedeutung zu (Grötzbach 2009).

■ **Abb. 1: Kombination und Wechselwirkung von Einzel- und Gruppentherapie im Kontext des ICF-Modells (in Anlehnung an DIMDI 2005, 21)**



Kombination der Einzel- und Gruppentherapie

Für das Erreichen der Aktivitätsziele sollten in der Einzeltherapie bereits die Funktionen im Bezug auf die gewünschte Aktivität behandelt werden. Zur Vorbereitung könnten Rollenspiele hilfreich sein, die in der Einzeltherapie durchgeführt werden (Coopmans 2007, Tesak 2005). Die inhaltliche Wechselwirkung der Einzel- und Gruppentherapie ergibt sich aus der Erprobung der erlernten Fähigkeiten und Strategien aus der Einzeltherapie in der TOGT. Die Resultate werden gemeinsam reflektiert und führen erneut zur Ableitung therapeutischer Interventionen in der Einzeltherapie und deren Erprobung in der Gruppentherapie.

Damit sind die Einzel- und Gruppentherapie nebeneinander stehende und gleichwertige Behandlungsvarianten zur Erreichung der Aktivitätsziele der Patienten. Abbildung 1 stellt die Kombination der Behandlungsvarianten Einzel- und Gruppentherapie im Kontext des Modells der ICF dar. Die Einzeltherapie entspricht durch die störungsspezifische Ausrichtung funktionell der Komponente „Körperfunktionen“. Eine Gruppentherapie, die alltagsorientierte Handlungen fokussiert, stimmt mit der Komponente der „Aktivitäten“ überein. Der dunkelgrüne Bereich verdeutlicht die inhaltliche Überschneidung

und Wechselwirkung beider Behandlungsvarianten.

Prozess der Gruppenzielfindung

Damit die Patienten zusammen in der Gruppe tätig werden können, muss im Therapeutenteam ein gemeinsames Gruppenziel entwickelt werden. Das bedeutet, dass die auszuführende Aktivität der TOGT Aufgaben beinhaltet, die für alle Teilnehmer im Hinblick auf deren individuelles Aktivitätsziel relevant sind. Beispielsweise sind die konkret definierten Aktivitätsziele einzelner Patienten in der Rehabilitation:

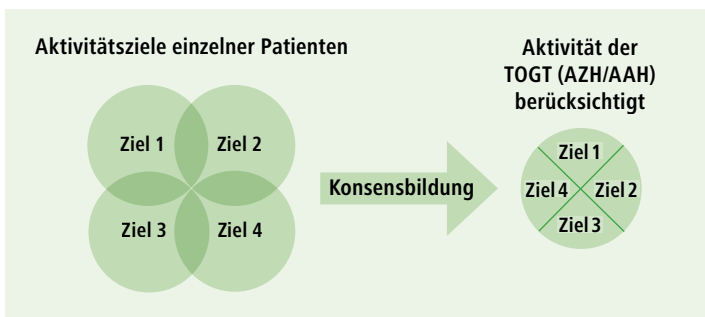
- das Greifen und Halten von Gegenständen (Ziel 1),
- das Tragen und Bewegen von Dingen bis zu 5 kg (Ziel 2),
- das Merken von 5 Dingen in einer bestimmten Reihenfolge (Ziel 3) und
- das Führen von Gesprächen (Ziel 4).

Anhand der individuellen Aktivitätsziele der Patienten muss ein Konsens gebildet und eine gemeinsam auszuführende Handlung entwickelt werden. Diesen Prozess der gemeinsamen Zielfindung im Rahmen der TOGT stellt Abbildung 2 (nächste Seite) dar. Die Überschneidungen der Kreise bzw. Ziele der Patienten verdeutlichen die Möglichkeiten, die Ziele zu kombinieren und eine Übereinstimmung hinsichtlich einer Aktivität in der

■ **Tab. 4: Das Top-down-Vorgehen am Beispiel „Rückkehr in den Beruf als Koch“**

ICF-Komponenten	Ziele	Mögliche Behandlungsvariante zur Zielerreichung	Zeitraum der Zielerreichung
Teilhabe	Rückkehr in den Beruf als Koch	alle Therapien der neurologischen Rehabilitation	langfristig: Monate oder Jahre
Aktivitäten	Einkaufen und Verarbeiten von Nahrungsmitteln	Gruppentherapie: TOGT ● AZH: kochen ● AAH: einkaufen	mittelfristig: ein Monat
Körperfunktionen	Schriftsprachliche Fähigkeiten verbessern	Logopädie/Einzeltherapie: ● Training der Schriftsprache	kurzfristig: eine Woche

■ **Abb. 2: Prozess der Gruppenzielfindung anhand der Aktivitätsziele einzelner Teilnehmer**



TOGT zu finden, die allen Zielen entspricht. Bezogen auf die vier Aktivitätsziele kann die Handlung in der AZH-Gruppe das Einsortieren von Haushaltsgegenständen in ein Behältnis sein, das in einen anderen Raum transportiert werden soll. Der Patient, der das Greifen trainieren möchte, nimmt die Gegenstände und legt sie in den Behälter (Ziel 1). Der Teilnehmer, der sich Dinge im Alltag besser merken möchte, trainiert die Reihenfolge der Gegenstände und gibt sie in einer Unterhaltung dem Patienten wieder (Ziel 3), der Gesprächssituationen trainieren möchte (Ziel 4). Der Behälter wird von dem Patienten, der Dinge tragen und bewegen möchte, über eine gewisse Entfernung transportiert (Ziel 2).

In der AAH-Gruppe kann beispielsweise mit diesen Patienten eine Fahrt zum Baumarkt durchgeführt werden. Den einzelnen Teilnehmern werden die spezifischen Aufgaben zugeteilt, z.B. merkt sich der Patient die 5 Dinge, die im Baumarkt gekauft werden sollen (Ziel 3). Nachdem er sie vor Ort wiedergegeben hat, erfragt sie der gesprächsinteressierte Teilnehmer bei dem Verkäufer (Ziel 4). Dann werden die Gegenstände gesucht, den Regalen entnommen und in den Einkaufskorb gelegt (Ziel 1). Der verbleibende Teilnehmer trägt den Korb während des Einkaufs und setzt ihn an der Kasse ab (Ziel 2).

Evaluation

Da die Rehabilitation Betroffener sehr individuell verläuft (Schröder 2001), sollte die Evaluation der TOGT ebenfalls für den Einzelfall erfolgen. Dafür müssen die spezifischen Aktivitätsziele hinsichtlich ihrer Erreichung über-

prüft werden. Um eine allgemeine Aussage bezüglich der Wirksamkeit des TOGT-Konzepts für die Behandlung neurologischer Störungen zu treffen, müssen Gruppenergebnisse erhoben und ausgewertet werden.

Vorteile für die Patienten durch die TOGT
Die teilhabe-orientierte Gruppentherapie wurde entworfen, um die Patienten Schritt für Schritt auf dem Weg zur Wiedererlangung ihrer sozialen Rollen zu unterstützen. Das TOGT-Konzept basiert inhaltlich auf den partizipativ formulierten Zielen der Patienten und ist für die ICF-Komponente „Aktivität“ konzipiert. Dabei ist eine hochfrequente Behandlung der individuellen Aktivitäten vorgesehen, die sich die Patienten in der Rehabilitation zum Ziel gesetzt haben. Dies können sowohl Aktivitäten des häuslichen als auch des außerhäuslichen Alltags sein. Die Patienten profitieren besonders von dem Zusammenwirken der Behandlungsvarianten Einzel- und Gruppentherapie, der Bildung kleiner Gruppen und dem inter- und transdisziplinär arbeitenden Therapeutenteam. Eine weitere Besonderheit der TOGT ist die Heterogenität der Gruppen, die sowohl eine Teilnahme von Patienten mit einer Aphasie als auch ohne Aphasie ermöglicht. Die Voraussetzung dafür ist, dass der Patient als Experte für sich, seine individuellen Bedürfnisse und seine Lebensumwelt anerkannt wird. Die Therapeuten bieten eine Unterstützung für die Erreichung der individuellen Teilhabe- und Aktivitätsziele der Patienten. Der Leitgedanke sollte dabei sein, wie dem Betroffenen bei der Erreichung seiner Ziele geholfen werden kann. Somit ist nicht die häufig gestellte Frage „Was mache ich heute mit der Gruppe?“ entscheidend, sondern „Was will der Patient in der Gruppe erreichen?“ Dabei ist zu beachten, dass dem Patienten die alltagsorientierten Situationen bereits bekannt sind, da er sie vor der Erkrankung selbstständig durchgeführt hat. In der Gruppentherapie findet daher ein Wiederlernen der Fähigkeiten statt, nur unter veränderten gesundheitlichen Bedingungen.

Ausblick

Zukünftig ist der Konzeptentwurf im Hinblick auf die praktische Umsetzung in der ICF-basierten Rehabilitation zu überprüfen. Bevor die TOGT umgesetzt werden kann, sollten die teilhabe-orientierten Gruppentherapien in der therapeutischen Ausbildung und Praxis ein Thema sein. Ebenso sollten die Interdisziplinarität und das transdisziplinäre Arbeiten im Bereich der Gruppentherapien verstärkt gefördert werden. Daneben sollten die partizipative Zielformulierung und die Entwicklung von Gruppenzielen stärker in den Fokus des therapeutischen Handelns rücken. Die Gruppentherapie sollte in Zukunft vermehrt Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung sein, um evidenzbasierte Effektivitätsnachweise zu erhalten. Aus sprachtherapeutischer Sicht sollte eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in Alltagssituationen erzielt werden. Die Erkenntnisse aus der Ausbildung, Praxis und Forschung könnten zur Entwicklung von Standards, Richtlinien und Leitlinien für die teilhabe-orientierte Gruppentherapie beitragen.

LITERATUR

- Aten, J. (1991). Group therapy for aphasic patients: let's show it works. *Aphasiology* 5 (6), 559-561
- Cherney, L.R. & Halper, A.S. (2007). Group treatment for patients with right hemisphere damage. In: Elman, R. (Hrsg.), *Group treatment of neurogenic communication disorders* (269-296). San Diego, CA: Plural Publishing
- Christ, J. & Hoffmann-Richter, U. (1997). *Therapie in der Gemeinschaft. Gruppenarbeit, Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Coopmans, J. (2007). Alltagsrelevante Aphasitherapie. *Forum Logopädie* 1 (21), 6-13
- Davis, G.A. & Wilcox, M.J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: applied pragmatics*. San Diego, CA: College-Hill Press
- DIMDI (Hrsg.) (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI Medizinische Medien Informations GmbH

- Elman, R. (2007). Introduction to group treatment of neurogenic communication disorders. In: Elman, R. (Hrsg.), *Group treatment of neurogenic communication disorders* (1-10). San Diego, CA: Plural Publishing
- Elman, R. & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 411-419
- Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In: Fries, W., Lössel, H. & Wagenhäuser, S. (Hrsg.), *Teilhabe! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf* (7-15). Stuttgart: Thieme.
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2010). Kontext-sensitive Neurorehabilitation: Einführung in die klinische Neurorehabilitation. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.), *NeuroRehabilitation* (3-22). Heidelberg: Springer
- Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2008). Das Narrative in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 14, 3-11
- Geißler, M. & Winkler, S. (2010). *PACE, CIAT... und was nun? Aktuelle und klassische Gruppentherapiekonzepte – Theorie und Praxis*. Unveröffentlicht. Materialien zu einem Workshop bei den Würzburger Aphasietagen im März 2010
- Gillis, R.J. (2007). Traumatic brain injury: early intervention. In: Elman, R. (Hrsg.), *Group treatment of neurogenic communication disorders* (297-316). San Diego, CA: Plural Publishing
- Glindemann, R., Pössel, J., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2004). Erfahrungen mit individuellen Therapiezielen bei Patienten mit Aphasie. *Die Sprachheilarbeit* 49 (6), 298-305
- Götze, R. & Höfer, B. (1999). *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Eine Aufgabe für das gesamte Reha-Team*. Stuttgart: Thieme
- Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? *LOGOS interdisziplinär* 18 (2), 119-126
- Grötzbach, H. (2009). Therapeutische Entscheidungsfindung bei Aphasie. In: Beushausen, U. (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie* (233-247). München: Elsevier
- Grötzbach, H. (2008 a). Kontext-sensitive Aphasietherapie. *LOGOS interdisziplinär* 16 (1), 26-31
- Grötzbach, H. (2008 b). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasietherapie: Welche ist besser? *Die Sprachheilarbeit* 53 (5), 284-291
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (23-38). Idstein: Schulz-Kirchner
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Eine Einführung für Therapeuten, Angehörige und Betroffene*. Stuttgart: Thieme
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Der Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe
- Iven, C. & Grötzbach, H. (2009). Mit der ICF auf dem Weg: Fazit und Ausblick. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (239-244). Idstein: Schulz-Kirchner
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002). *Aphasie-Check-Liste (ACL)*. Köln: Prolog
- Lutz, L. (1997). *MODAK – Modalitätenaktivierung in der Aphasietherapie. Ein Therapieprogramm*. Berlin: Springer
- Marshall, R.S. & Wallace, T. (2009). The effect of combined individual and group treatment on functional communication in aphasia after acquired brain injury. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 17 (3), 111-124
- Masoud, V. (2009). *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Moriz, M., Geißler, M. & Grewe, T. (2009). ICF in der stationären Aphasietherapie. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (39-59). Idstein: Schulz-Kirchner
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke* 32, 1621-1626
- Rentsch, H. (2005). Einfluss der ICF-Philosophie auf die Entwicklung der Neurorehabilitationsprogramme am Beispiel des zerebrovaskulären Insults. In: Rentsch, H. & Bucher, P. (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (45-101). Idstein: Schulz-Kirchner
- Salter, K., Teasell, R., Bhogal, S., Zettler, L. & Foley, N. (2006). *The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR). Aphasia*. <http://www.ebrsr.com/uploads/Aphasia-SREBR-13.pdf> (02.06.2010)
- Schillikowski, E. & Arnold, A. (2009). Transprofessionelles Gruppenkonzept der Aphasiestation der mfi-Fachklinik Bad Liebenstein. In: Masoud, V. (Hrsg.), *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen* (47-61). Stuttgart: Thieme.
- Schröder, H. (2001). Personenbezogene Interventionsziele in der Rehabilitation. In: Schröder, H. & Hackhausen, W. (Hrsg.), *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation* (28-43). Frankfurt/M.: Verlag für Akademische Schriften
- Simon, H. & Simon, U. (2009). Kommunikationsgruppe Soziale Kompetenz in der teilstationären Rehabilitation. In: Masoud, V. (Hrsg.), *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen* (62-72). Stuttgart: Thieme
- Springer, L. (1991). Facilitating group rehabilitation. *Aphasiology* 5 (6), 563-565
- Stenneken, P. (1999). Sprache und Kommunikation. In: Götze, R. & Höfer, B. (Hrsg.), *AOT – Alltagsorientierte Therapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Eine Aufgabe für das gesamte Reha-Team* (59-76). Stuttgart: Thieme
- Tesak, J. (2005). *Grundlagen der Aphasietherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2010). *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer
- Wertz, R., Collins, M., Weiss, D., Kurtzke, J., Friden, T., Brookshire, R., Pierce, J., Holtzapple, P., Hubard, D., Porch, B., West, J., Davis, L., Matovitch, V., Morley, G. & 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
- Wieser, M. (2010). *Gruppentherapie bei Aphasie – Schritt für Schritt zur Teilhabe*. HAWK Hildesheim: Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit

SUMMARY. Participation based group therapy (TOGT) – A concept to support linguistic activities of persons with aphasia

The legislator requires participation in social life as a demand of rehabilitation. This intention can be achieved for people with aphasia via group therapy. However, there are only few concepts of group therapies focusing the participation so far. Therefore the participation based group therapy (TOGT) was developed. The concept consists of 2 parts: domestic and outside activities. The innovation of TOGT is the attendance of people who are concerned of aphasia as well as patient without aphasia, connected to the existing single therapy. This approach allows a transfer of lingual improvements into daily life.

KEYWORDS: Aphasia – group therapy – rehabilitation – participation – participation based group therapy (TOGT)

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110602

Autorin

Melanie Wieser B.Sc.
Wilhelm-Busch-Str. 4
30167 Hannover
melanie-wieser@gmx.de