

Verbesserung sozialer Teilhabe von Menschen mit Aphasie: Chancen von Gruppenarbeit

Analyse eines Gruppengesprächs zur Sichtweise der Betroffenen

Sabine Corsten¹, Norina Lauer², Erika J. Schimpf³

ZUSAMMENFASSUNG. Menschen mit Aphasie erfahren massive Einbußen in ihrer sozialen Teilhabe. Biographisch-narrative Arbeit sowie handlungsorientierte Gruppenangebote bewirken hier Verbesserungen. Zur Verfestigung derartiger Ansätze könnten Teile davon in die Selbsthilfearbeit einfließen. In einer empirischen Untersuchung mittels Fokusgruppen mit ehemaligen TeilnehmerInnen des Projekts *narraktiv* zu biographischer Arbeit bei Aphasie wurde dem Verständnis von Selbsthilfe, den Erwartungen hierzu und Möglichkeiten der Organisation nachgegangen. Dabei wurde die Selbsthilfe als unterstützend für soziale Inklusion gesehen. Trotz einer offenen Haltung gegenüber einer verstärkten Übernahme organisatorischer Aufgaben wurden ein mangelndes Selbstvertrauen und verminderte Kompetenzen problematisiert. Eine passgenaue Schulung inklusive Begleitung, (mit)entwickelt und durchgeführt durch SprachtherapeutInnen, könnte ein Lösungsansatz sein.

SCHLÜSSELWÖRTER: Aphasie – Partizipation – Lebensqualität – biographisch-narrative Intervention – Gruppenarbeit – Selbsthilfe – Schulung

Einleitung

Einhergehend mit den Beeinträchtigungen in der Kommunikation erleben Menschen mit Aphasie massive Einbußen in der Lebensqualität. So kommt es insbesondere zu einer verminderten sozialen Partizipation bis hin zu sozialer Isolation (Hilari 2011, Cruice et al. 2010). Dies liegt auch daran, dass ein Großteil der Betroffenen nicht wieder in den Beruf zurückkehren kann (Doucet et al. 2012, Sjöqvist Nätterlund 2010). Die Einbußen in der Teilhabe sowie in Selbständigkeit und Selbstbestimmung werden als besonders belastend erlebt (Bose et al. 2009). Knapp zwei Drittel der Betroffenen leiden 12 Monate nach dem auslösenden Ereignis unter einer Depression (Kauhanen et al. 2000). Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer weiteren Verstärkung der psychosozialen Folgen (Davidson et al. 2008).

Biographisch-narrative Ansätze und Gruppenarbeit

Biographisch-narratives Arbeiten kann die psychosozialen Folgen einer chronischen Erkrankung positiv beeinflussen. In Interaktion mit anderen erfolgt dabei die Reflexion der eigenen Lebensgeschichte, was zur Entdeckung von Bewältigungsressourcen und zum Erkennen zukünftiger Perspekti-

ven führt. So können auch bei Aphasie soziale Teilhabe und Lebensqualität gefördert werden, wie verschiedene Studien zeigen (Corsten et al. 2014a, 2014b; Shadden & Hagström 2007).

Im Projekt *narraktiv* – Narrative Kompetenzen Aktivieren³ wurde ein entsprechender Ansatz evaluiert. Das interdisziplinäre Projekt setzt am veränderten Identitätserleben der Betroffenen an (Shadden 2005). Ausgehend von soziokulturellen Theorien wird Identitätsarbeit, die wiederum durch Selbstthematisierung im Austausch mit anderen geschieht, als zentral für Teilhabe und Lebensqualität gesehen (für weitere theoretische Hintergründe siehe Corsten et al. 2011). Durch spezifisch für Menschen mit sprachlichen Einschränkungen angepasstes biographisch-narratives Arbeiten im Einzel- und Gruppensetting, z.B. durch den Einsatz von Piktogrammen, wird den Betroffenen

Prof. Dr. Sabine Corsten

ist Logopädin sowie Diplom-Lehr- und Forschungslogopädin. Nach mehrjähriger Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der RWTH Aachen ist sie seit 2010 Professorin für Logopädie an der Katholischen Hochschule (KH) Mainz. Ihre Schwerpunkte bestehen insbesondere in der theoriegeleiteten, störungsspezifischen sowie teilhabeorientierten Intervention bei neurologischen Sprach- und Sprechstörungen. Sie leitet das an der KH Mainz angesiedelte Forschungsprojekt *narraktiv* – Narrative Kompetenzen Aktivieren.



Prof. Dr. Norina Lauer ist

Logopädin und Diplom-Logopädin. Mehrere Jahre arbeitete sie als Logopädin in klinischen Einrichtungen und studierte anschließend Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Sie war als Lehrlogopädin und Schulleiterin an Fachschulen für Logopädie tätig und beendete 2010 ihre Promotion an der RWTH Aachen zum Thema Aphasie-Selbsthilfe. Seit 2009 ist sie programmverantwortliche Studiendekanin des Bachelorstudiengangs Logopädie an der Hochschule Fresenius. 2011 wurde sie zur Professorin berufen. Ihr Schwerpunkt liegt v.a. im Bereich neurologischer Sprach- und Sprechstörungen.



Erika J. Schimpf ist

Erziehungswissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Erwachsenenbildung. Aktuell ist die Diplom-Pädagogin Doktorandin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt *narraktiv*. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Qualitative Sozialforschung und Erwachsenenbildung.



das Erzählen von sich und ihrer Lebensgeschichte ermöglicht. Für 27 TeilnehmerInnen mit chronischer Aphasie mit unterschiedlichen Schweregraden konnte die Wirksamkeit des Vorgehens aufgezeigt werden. So

1 Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit & Pflege

2 Hochschule Fresenius Idstein, Fachbereich Gesundheit & Soziales

3 gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), FKZ 17S10X11; angesiedelt an der KH Mainz, Fachbereich Gesundheit & Pflege

fanden sich signifikante Verbesserungen in quantitativen Lebensqualitätstests, u.a. auch im psychosozialen Bereich (Corsten et al. 2014a, 2014b). Qualitative Daten zeigen zudem, dass die TeilnehmerInnen insbesondere den Austausch mit anderen Betroffenen wertschätzen und in den Gruppensitzungen ein verstärktes Kompetenzerleben erfahren haben. Dies hat auch zur (Wieder-)Aufnahme von sozialen Aktivitäten geführt (Corsten et al., under review).

Auch andere Gruppenangebote, ausgerichtet auf sozialen Austausch sowie emotionale und praktische Unterstützung, fördern die soziale Inklusion (Brown et al. 2010, 2011; Hoen et al. 1997, Lanyon et al. 2013, van der Gaag et al. 2005). Im angloamerikanischen Raum sind teilhabeorientierte Ansätze im Gruppensetting, bei denen sprachspezifische Übungsanteile mit kommunikativ-pragmatischen Ansätzen vereint werden, bereits etabliert (z.B. *Life Participation Approach to Aphasia*, LPAA, Chapoy 2008; *Connect – the communication disability network*, Duchan & Byng 2004; van der Gaag et al. 2005).

Dort wird Betroffenen zunehmend die Verantwortung für das Gruppengeschehen übertragen, so sind sie beispielsweise in der Gruppenleitung innerhalb des connect-Projekts tätig (Duchan & Byng 2004). Auch in anderen Studien konnte gezeigt werden, dass Betroffene durchaus als AnsprechpartnerInnen für andere Gruppenmitglieder fungieren können (Coles & Snow 2011, Pearl et al. 2011). Zudem wird deutlich, dass neben den GruppenleiterInnen auch die TeilnehmerInnen solcher Gruppen stärker profitieren als die Mitglieder rein professionell geführter Gruppen (Pound 2011).

Überlegungen zur Selbsthilfearbeit

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse zur biographisch-narrativen Arbeit und des belegten Nutzens von Gruppenarbeit ist zu überlegen, wie teilhabeorientierte Gruppenarbeit weiter optimiert werden kann. Zudem muss geklärt werden, wie derartige Angebote unter den gegenwärtigen Bedingungen im Gesundheitswesen nachhaltig etabliert werden können. So könnten Angebote wie die im Projekt *narraktiv* entwickelten Gruppensitzungen in Teilen in die Selbsthilfegruppenarbeit überführt werden. Dabei kann darauf zurückgegriffen werden, dass die Selbsthilfe spezifisch darauf abzielt, bestehende Gesundheitsprobleme durch Erfahrungsaustausch und gegenseitige Hilfestellungen zu bewältigen.

Im Fokus steht die Bewältigung der psychosozialen Folgen eines kritischen Lebensereignisses (Borgetto 2004, Hundertmark-May-

ser & Möller 2004). Auf organisatorischer Ebene könnten durch ein starkes Einbinden der Betroffenen in organisatorische Aufgaben sowie in die Gruppenleitung, wie im angloamerikanischen Raum erprobt, das Gefühl von Selbstbestimmung verstärkt sowie zunehmende Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht werden (Tregea & Brown 2013).

Ziel einer solchen Gruppenarbeit ist es, die Partizipationsmöglichkeiten der TeilnehmerInnen in zweierlei Hinsicht zu stärken. Zum einen wird auf struktureller Ebene durch die Bereitstellung eines niederschweligen Angebots ein Aktivitäts-/Interessensfeld geschaffen. Zum anderen wird auf personaler Ebene gesellschaftliche Mitgestaltungsmöglichkeit dadurch erfahrbar gemacht, dass die Gruppenmitglieder gemeinschaftlich und verstärkt selbstorganisiert für sie relevante Themen verhandeln und dementsprechende Aktivitäten ausüben.

Ausgehend von dieser Zielsetzung muss zunächst überlegt werden, welche Unterstützung beim Aufbau und der Etablierung derartiger Gruppen bzw. bei der Überführung in die Selbsthilfearbeit benötigt wird, um Herausforderungen in den unterschiedlichen Gruppenphasen besser meistern zu können (Haller & Gräser 2012). Auch die Einbindung in die Leitungsfunktion und deren Ausgestaltung bedarf spezifischer Unterstützung, denn diese nimmt als „Systemfunktion“ (Haller & Gräser 2012) eine zentrale Stelle ein. Es gibt zwar Ansätze zur Unterstützung, beispielsweise die Etablierung von Treffen unterschiedlicher Selbsthilfegruppen als Austauschplattform (Moeller 2007) oder das Angebot der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), diese müssen jedoch für Menschen mit Aphasie weiter nutzbar gemacht werden.

Hierbei ist sprachtherapeutische Expertise gefordert. Einerseits sollte das Konzept zur Unterstützung unter Mitwirkung von SprachtherapeutInnen entwickelt werden. Andererseits können SprachtherapeutInnen den Prozess der Selbstorganisation anregen und begleiten und u.a. langfristig als AnsprechpartnerInnen fungieren. Eine ähnliche Vorgehensweise zeigt sich auch in den erwähnten Ansätzen im englischsprachigen Raum (Duchan & Byng 2004).

Insgesamt existiert nur wenig Forschung dazu, welche Faktoren zu einer effektiven Gruppengestaltung bei Aphasie beitragen, und welche Kompetenzen die LeiterInnen aufweisen müssen. Tregea und Brown (2013) zeigen, dass v.a. der informelle Rahmen, die authentische Gesprächssituation

und die geteilte Erfahrung, die sich auch in einem ausgeprägten Einfühlungsvermögen seitens der Leitung ausdrückt, relevante Größen sind. Für die Gruppenleitung sind insbesondere Informationsvermittlung und praktische Hilfen zur zeitlichen und räumlichen Organisation sowie zur Teilnehmerakquise erforderlich.

Letzteres ist auch in Deutschland von großer Relevanz aufgrund der Beobachtung, dass nur ein geringer Teil der von Aphasie Betroffenen an Aphasie-Selbsthilfegruppen teilnimmt, was u.a. auch an einer regional sehr unterschiedlich ausgeprägten Beratung zur Aphasie-Selbsthilfe durch professionelle Helferinnen wie ÄrztInnen und TherapeutInnen liegen kann (Lauer 2010). Durch das verstärkte Einbinden von SprachtherapeutInnen in Unterstützungsmaßnahmen zur Selbsthilfe könnte ihre Multiplikatorenfunktion auch im Rahmen der Beratung gestärkt werden. Weitere Gelingensbedingungen, förderliche und hemmende Faktoren eines entsprechenden Vorgehens, müssen eruiert werden.

Studie und Aufgabenstellung

In der Fortsetzung des Projekts *narraktiv* und der damit verbundenen Etablierung eines Gruppenangebots wird deshalb in einer ersten Annäherung der Frage nachgegangen, wie Gruppenarbeit bei Aphasie verstärkt durch Eigenorganisation der Betroffenen stattfinden kann, insbesondere welche Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen und welches Unterstützungsangebot Betroffene für die Übernahme einer (Co-)Leitungsfunktion benötigen. Erst in einem weiteren Schritt soll geklärt werden, wie der Aspekt des biographisch-narrativen Austausches verstärkt in die Gruppenarbeit integriert werden kann. Dazu wurde ein Gruppengespräch über zwei Termine, im Sinne einer Fokusgruppe (Krueger & Casey 2009), mit neun Personen mit Aphasie geführt. Im Nachfolgenden wird eine inhaltliche Zusammenschau der besprochenen Themen gegeben.

Methode

TeilnehmerInnen

Das Gruppengespräch erfolgte insgesamt mit neun ehemaligen TeilnehmerInnen des Projekts *narraktiv*, die sich nach Abschluss der Intervention regelmäßig in einer Kommunikationsgruppe treffen. Die Gruppenmitglieder beschäftigen sich derzeit mit der Überlegung, wie die Gruppenarbeit zukünftig organisiert werden kann. Alle TeilnehmerInnen wurden über die Zielsetzung,

■ Tab. 1: TeilnehmerInnen (n = 9)

| Demografische Parameter | | Daten |
|--|-----------------------------------|-----------------|
| Alter | Mittelwert in Jahren (SD), Range | 62 (9), 44-71 |
| Geschlecht (m/w) | n (%) | 6/3 (67/33) |
| Zeit postonset | Mittelwert in Monaten (SD), Range | 50 (29), 27-111 |
| Aphasie-Syndrome ¹ | n | |
| ● Wernicke | | 2 |
| ● Broca | | 2 |
| ● Amnestisch | | 3 |
| ● Nicht klassifizierbar | | 2 |
| Verbale Vermittlungsfähigkeit ² | Mittelwert (SD) | 38 (15) |
| Werte Depressionsscreening ³ | Mittelwert (SD) | 3 (2) |

1 klassifiziert mit dem Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983)

2 untersucht mit dem Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert & Buslach 1994), A-Skala

3 untersucht mit der Geriatric Depression Scale (GDS, Sheik & Yesavage 1986), Maximalwert 15, ein Wert ≥ 5 weist auf eine Depression hin

den Ablauf sowie die Anonymisierung der Ergebnisse der Fokusgruppe informiert. Sie erklärten sich mit der Audioaufzeichnung des Gruppengesprächs einverstanden.

Im Durchschnitt waren die TeilnehmerInnen 62 Jahre alt (SD 9). Sechs TeilnehmerInnen waren männlich, drei weiblich. Bei allen lag eine chronische, im Schweregrad unterschiedliche Aphasie vor, die mit dem Aachener Aphasie Test (AAT, Huber et al. 1983) diagnostiziert wurde. Die durchschnittliche Zeit nach dem Schlaganfall betrug 50 Monate (SD 29). Weitere demografische Daten zeigt Tabelle 1.

Sechs TeilnehmerInnen konnten bereits auf Erfahrungen in einer von Sprachtherapeutinnen geleiteten Selbsthilfegruppe zurückgreifen, drei hatten lediglich Gruppenerfahrung durch das Projekt *narraktiv*. Da sich das Gruppengespräch über zwei Termine erstreckte, variierte die personelle Gruppenzusammensetzung dahingehend, dass beim zweiten Termin weitere TeilnehmerInnen hinzukamen. Eine Übersicht über die Ergebnisse erfolgt hier über beide Termine gemeinsam, da ein erster Erkenntnisgewinn zu den leitenden Fragen im Vordergrund steht.

Durchführung

Fokusgruppen (Krueger & Casey 2009), in der Traditionslinie von Merton et al. (1956), werden insbesondere eingesetzt, um ein facettenreiches Meinungsbild beispielsweise zu einem spezifischen Angebot einzuholen bei gleichzeitigem ressourcenschonendem Arbeitsaufwand seitens der Durchführenden. Fokusgruppen umfassen in der Regel fünf bis zehn TeilnehmerInnen, die mindestens ein gemeinsames Charakteristikum aufweisen. Meist werden sie von zwei Personen geleitet.

Dabei kommt ein thematisch fokussierter Gesprächsleitfaden zum Einsatz, der zunächst allgemeine Fragen und im weiteren Verlauf spezifischere Fragestellungen behandelt. Abschließend wird auf das Einbringen und Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen bzw. auf Gelingensbedingungen in der Umsetzung abgezielt.

Die hier durchgeführte Fokusgruppe umfasste zwei Termine von jeweils ca. 90 Minuten. Das erste Gruppengespräch wurde von einer Pädagogin geführt. Die zweite Fokusgruppe wurde von einem interdisziplinären Team, bestehend aus einem Sprachtherapeuten und einer Pädagogin, geleitet. Im Mittelpunkt der ersten Fokusgruppe stand der Schwerpunkt „Selbsthilfegruppen im Allgemeinen“, wobei der Schwerpunkt „Leitung von Selbsthilfegruppen“, der im Zentrum der zweiten Fokusgruppe stand, bereits kurz angeschnitten wurde. Der eingesetzte Leitfaden umfasste Fragen zu beiden Schwerpunkten. Beide Schwerpunkte wurden durch offene Fragestellungen eingeleitet, dann durch theoriegeleitete Fragen spezifiziert und mit der Formulierung von Konfrontationsfragen abgeschlossen.

Im ersten Schwerpunkt wurden offene Fragen gestellt wie „Was verstehen Sie unter Selbsthilfe(gruppen)?“. Beispiele für spezifische Nachfragen lauteten: „Was würden Sie sich von einer Teilnahme erhoffen?“ bzw. „Was trägt dazu bei, dass Sie einer Teilnahme positiv/ablehnend gegenüberstehen?“. Der Abschluss des Schwerpunkts wurde unter anderem durch die Frage eingeleitet „In der Diskussion wurde deutlich, dass einige von Ihnen die Teilnahme von Angehörigen an einem Selbsthilfegruppentreffen ablehnen. Welche Aspekte würden für die Teilnahme sprechen?“

Zum Schwerpunkt „Leitung von Selbsthilfegruppen“ wurden beispielsweise folgende Fragen formuliert: „Was macht eine gute Selbsthilfegruppenleitung für Sie aus?“, „Welche Vorteile/Nachteile sehen Sie, wenn eine Person mit Aphasie eine Selbsthilfegruppe alleine leiten würde?“ und „Unter welchen Bedingungen würden Sie die Leitung einer Selbsthilfegruppe übernehmen?“.

Der Einsatz des Leitfadens wurde darüber hinaus situativ gehandhabt, um weitere Aspekte aufnehmen und vertiefen zu können, die sich auch aus dem Gespräch ergaben. GesprächsteilnehmerInnen mit stärkeren sprachlichen Beeinträchtigungen wurden Hilfen in Form von Verschriftlichung ihrer Meinung und Paraphrasierungen sowie Nachfragen seitens aller Gruppenmitglieder angeboten.

Für die Analyse der vorliegenden Fokusgruppe wurde in Anlehnung an *Mayring* (2010) eine zusammenfassende Auswertung anhand einer vorab theoriegeleiteten Bestimmung von Kategorien vorgenommen. Im Schwerpunkt „Selbsthilfegruppen allgemein“ sind diese „subjektives Verständnis von Selbsthilfe(gruppen)“, „formale Aspekte von Selbsthilfe(gruppen)“ und „inhaltliche Aspekte von Selbsthilfe(gruppen)“. Der Schwerpunkt „Leitung von Selbsthilfegruppen“ enthält zwei Kategorien: „Barrieren für die Übernahme einer Leitungsfunktion“ und „Ressourcen für die Übernahme einer Leitungsfunktion“. Die Gesprächseinheiten mit der größten inhaltlichen Aussagekraft in Bezug auf die genannten Kategorien wurden transkribiert, um sie einer detaillierteren Analyse zugänglich zu machen und materialstrukturierende Subkategorien zu bilden.

Ergebnisse

Im Schwerpunkt „Selbsthilfegruppen allgemein“ enthält die Kategorie „subjektives Verständnis von Selbsthilfe(gruppen)“ die Subkategorien „Entgegenwirken sozialer Isolation“, „gemeinsame Freizeitgestaltung“ und „krankheitsbezogene Unterstützungsleistung“. Die Ergebnisse mit beispielhaften Zitaten sind in Tabelle 2 dargestellt.

Die Bedeutsamkeit der Selbsthilfe hinsichtlich der Verminderung sozialer Isolation wird dadurch deutlich, dass sie als ein Angebot definiert wurde, das auf sozial-kommunikativen Austausch sowie gemeinschaftliche Freizeitgestaltung ausgerichtet ist. Dies soll den Alltag, den die TeilnehmerInnen überwiegend alleine zuhause verbringen, facettenreicher werden lassen. Weiterhin wurde die Möglichkeit des krankheitsbezogenen Erfahrungsaustausches genannt.

Die Kategorie „formale Aspekte von Selbsthilfe(gruppen)“ beinhaltet die vier Subkategorien „Teilnahme von Angehörigen“, „Heterogenität der Gruppenmitglieder“, „Leitung der Treffen“ und „Unterstützung beim Aufbau“. Die Einbindung von Angehörigen in die Planung und Ausgestaltung weiterer Termine wurde von der Gruppe kritisch diskutiert. Es wurden mögliche Veränderungen in den Gesprächen antizipiert, da erwartet wird, dass Angehörige die Gesprächsführung übernehmen würden. Einem parallel stattfindenden zusätzlichen Angebot für Angehörige steht die Gruppe grundsätzlich sehr offen gegenüber. Dieses könne insbesondere von den Angehörigen in Anspruch genommen werden, die als Begleitpersonen meist auch vor Ort sind.

Als Herausforderung von Aphasie-Selbsthilfegruppen wurde die Heterogenität der potenziellen Gruppenmitglieder angesprochen. Dies betrifft z.B. die unterschiedlichen Ausprägungsgrade der Aphasie sowie mögliche weitere physische Beeinträchtigungen.

Nach Aspekten befragt, die dazu beitragen eine Selbsthilfegruppe aufzubauen bzw. die aktuelle Gruppe in eine stärker selbstorganisierte Form zu überführen, wurde darauf

verwiesen, dass sowohl Unterstützung beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe als auch grundsätzlich eine fachlich versierte Gruppenleitung benötigt würden. Diese könnte die Organisation der Gruppentermine übernehmen, sie inhaltlich vorbereiten und die stattfindenden Termine moderieren.

Die Kategorie „inhaltliche Aspekte“ fokussiert alleine auf gemeinschaftliche Aktivitäten. Dabei wird eine stark individuelle Interessenslage deutlich. Einige TeilnehmerInnen favorisieren nach außen orientierte Aktivitäten wie Besuche von Ausstellungen, Theater und Kino. Andere wiederum begeistern sich für Gesellschaftsspiele. Für einen weiteren Teilnehmer sind diese Unternehmungen und Tätigkeiten „reine Zeitfüllerei“. Er plädierte für eine starke Gesprächsorientierung mit moderierten Diskussionsrunden. Die Zusammenführung der geäußerten Wünsche kumulierte in einer diskursiv erarbeiteten Idee für ein mögliches Treffen, für das ein gemeinsamer Kinobesuch oder das Anschauen eines Filmes geplant werden könnte, um daran anschließend eine gemeinschaftliche themenorientierte Nachlese vorzunehmen.

Die Kategorie „Barrieren“ innerhalb des Schwerpunkts „Leitung von Selbsthilfegruppen“ umfasst die drei Subkategorien „Man-

■ Tab. 2: Schwerpunkt „Selbsthilfe(gruppen) allgemein“ mit Kategorien, Subkategorien und Zitaten

| Kategorie | Subkategorie | Zitate |
|--|---|---|
| Subjektives Verständnis von Selbsthilfe-(gruppen) | Entgegenwirken der sozialen Isolation | ● „Und man hat [dann] auch Zuhörer. Ich bin seit Jahren in Pension. Ich bin den ganzen Tag alleine zuhause.“ |
| | Gemeinsame Freizeitgestaltung | ● „Ich wollte am besten wir sind in einer Gruppe (...) Theater, Kino.“ |
| | Krankheitsbezogene Unterstützungsleistung | ● „[Die anderen] haben vielleicht eine tolle Idee, wie man die Krankheit besser meistern kann. Und da ist so ein Dialog unheimlich toll.“ |
| Formale Aspekte | Teilnahme von Angehörigen | ● „Es würde auf jeden Fall anders werden.“ ● „(...) weil die führen dann das Gespräch.“ |
| | Heterogenität der Gruppenmitglieder | ● „Manche gehen sehr viel aus sich heraus. Zum Teil (...) können sie gar nichts sagen.“ ● „Wir haben Kollegen, die können nichts sagen. Manche können nicht laufen.“ ● „Wo wir jetzt von betroffen sind. Wir sind so unheimlich unterschiedlich. (...) Wir haben schon das Problem, dass wir nicht miteinander reden können.“ |
| | Unterstützung beim Aufbau | ● Wenn das jetzt nicht von Ihnen [den DiskussionsleiterInnen] initiiert worden wäre, dann hätten wir uns hier nicht mehr gesehen.“ |
| | Leitung der Treffen | ● „Wir brauchen immer einen Punkt, über den wir diskutieren können. Und dazu brauchen wir eine leitende Person.“ |
| Inhaltliche Aspekte | Gemeinschaftliche Aktivitäten | ● „Ausstellungen besuchen.“ ● „Schiffstour machen.“ ● „Karten spielen.“ ● „Ins Theater gehen (...) ein Bier trinken gehen (...) das ist doch reine Zeitfüllerei.“ |

■ Tab. 3: Schwerpunkt „Leitung von Selbsthilfegruppen“ mit Kategorien, Subkategorien und Zitaten

| Kategorie | Subkategorie | Zitate |
|------------|--|---|
| Barrieren | Mangelndes Selbstvertrauen | <ul style="list-style-type: none"> ● „Wir können keine Gruppe leiten und mit Inhalten beleben. Das können Sie. Ich traue mir das nicht zu.“ ● „Mein Gedächtnis funktioniert nicht mehr so wie früher.“ ● „Ich kann kein Protokoll schreiben.“ ● „Keine Ideen, was man machen könnte.“ |
| | Veränderung der Rolle als Gruppenmitglied | <ul style="list-style-type: none"> ● [Als reguläres Mitglied] ist alles auf freiwilliger Basis. Das ist kein Zwang da mitzugehen. Und das finde ich sehr schön.“ ● „Das ist zu viel Aktion, das ist mir zu anstrengend. Das ist ja dann auch eine Verpflichtung dann.“ |
| | Bündelung zeitlicher Ressourcen | <ul style="list-style-type: none"> ● „Ich habe nicht so viel Zeit. Zeit mit der Familie zu verbringen ist wichtiger, wie Gruppe verantwortlich zu übernehmen.“ |
| Ressourcen | Haltung der Offenheit gegenüber personeller Besetzung der Leitungsposition | <ul style="list-style-type: none"> ● „Wir beide [zwei Gruppenmitglieder] könnten das. Wir können es probieren. Probieren ja.“ ● „Es müsste jemand sein wie Sie [die DiskussionsleiterInnen].“ |
| | Interesse an gemeinschaftlicher Leitung | <ul style="list-style-type: none"> ● „Ich weiß nicht, wie ich das machen kann. Ich kann das mit Ihnen [den DiskussionsleiterInnen].“ ● „Da müsste man am besten zu zweit [Gruppenmitglieder] sein.“ |
| | Interesse an potenzieller Schulung | <ul style="list-style-type: none"> ● „Interesse habe ich. Muss ja kein Leiter werden danach.“ |

gelndes Selbstvertrauen“, „Veränderung der Rolle als Gruppenmitglied“ und „Bündelung zeitlicher Ressourcen“. Eine Übersicht zu diesem Schwerpunkt gibt Tabelle 3. Als erster erschwerender Faktor bei der Übernahme einer Leitungsposition erweist sich das mangelnde Selbstvertrauen der FokusgruppenteilnehmerInnen. Als hinderlich wurden insbesondere (schrift)sprachliche Beeinträchtigungen, mangelnde Kenntnisse um potenzielle und für alle Gruppenmitglieder interessante Inhalte und fehlende Kompetenzen zur Unterstützung bei sprachlichen Schwierigkeiten genannt.

Darüber hinaus wird die Übernahme einer Leitungsfunktion mit einer Veränderung der Rolle als Gruppenmitglied verbunden. So würde sich die ursprüngliche fakultative Teilnahme in eine obligatorische wandeln, womit die Freiwilligkeit der Teilnahme als ein besonders geschätztes Charakteristikum von Selbsthilfeangeboten entfallen würde. Zudem würde der Einsatz als Gruppenleitung zeitliche Ressourcen benötigen, die dann für andere relevante Aktivitäten nicht mehr zur Verfügung stünden.

Es wurden aber auch mögliche „Ressourcen“ der TeilnehmerInnen identifiziert. Diese Kategorie beinhaltet die drei Subkategorien „Haltung der Offenheit gegenüber personeller Besetzung der Leitungsposition“, „Interesse an gemeinschaftlicher Leitung“ und „Interesse an potenzieller Schulung“. Grundsätzlich sehen die TeilnehmerInnen verschiedene Möglichkeiten, wie die Leitung organisiert werden könnte. So ist aus ihrer Sicht eine

externe Leitung wie auch eine gemeinschaftliche geteilte Leitung durch Gruppenmitglieder vorstellbar. Wichtig wäre, dass an einer Leitung interessierte Personen ihre Leitungskompetenzen in einem geschützten Rahmen ausprobieren könnten. Hier wurde auch das Interesse an einer Schulung für SelbsthilfegruppenleiterInnen bekundet, wobei die Unverbindlichkeit der Teilnahme hervorgehoben wurde. Gleichzeitig wurde diskutiert, dass die vermittelten Inhalte und der Kompetenzaufbau dazu beitragen könnten, die Übernahme einer Organisationsaufgabe zu begünstigen.

Diskussion

Ausgehend von der verminderten Lebensqualität und Partizipation bei Aphasie (Hilari 2011, Cruice et al. 2010) sind nachhaltige Angebote, die explizit auf die Verbesserung dieser Bereiche abzielen, angezeigt. Sowohl biographisch-narrative Arbeit (Corsten et al. 2014a, 2014b) als auch handlungs- und teilhabeorientierte Gruppenangebote (z.B. van der Gaag et al. 2005) können hier positive Entwicklungen bewirken. Insbesondere das Kompetenzerleben und der Austausch mit anderen Betroffenen werden als hilfreich beschrieben. Zur nachhaltigen Etablierung bzw. Unterstützung oder Fortführung solcher Ansätze könnten Aspekte davon in das Selbsthilfesetting überführt werden.

Da verschiedene Studien gezeigt haben, dass Autonomie und Lebensqualität verstärkt durch Gruppen befördert werden, in denen

Betroffene in einem hohen Maße organisatorische Aufgaben übernehmen (Tregea & Braun 2013), wurde mit ehemaligen TeilnehmerInnen des Projekts *narraktiv* zur biographisch-narrativen Arbeit bei Aphasie (u.a. Corsten et al. 2011) eine Fokusgruppe geführt, um zu klären, welches Verständnis von Selbsthilfe bei den Betroffenen vorherrscht, welche Erwartungen sie hieran haben, und wie sie die Übernahme einer Funktion wie die der Gruppenleitung beurteilen. Die Selbsthilfe wurde als ein Ort zur gegenseitigen Unterstützung und der Möglichkeit zur Teilhabe, auch durch gemeinsame Freizeitaktivitäten, beschrieben. Dies stimmt mit anderen Studienergebnissen überein (Simmons-Mackie & Elman 2013) und verdeutlicht die Erwartung an die und den Wert der Selbsthilfe.

Hinsichtlich der Organisation wurden die Teilnahme von Angehörigen sowie die Unterschiedlichkeit der Gruppenmitglieder thematisiert. Bei einer Einbeziehung der Angehörigen wird befürchtet, dass diese die Gruppe dominieren könnten. Auch in der Literatur wird ähnliches beschrieben. Hier wird insbesondere von einer zu starken Beschützerrolle der Angehörigen berichtet (Croteau & LeDorze 1999). Angesichts der sozialen Veränderungen bis hin zu emotionalen und physischen Problemen, unter denen auch die Angehörigen leiden (McGurk & Kneebone 2013), gilt es daher vielmehr, ein gesondertes, spezifisches Angebot zu entwickeln, was auch in der Fokusgruppe thematisiert wurde.

Weiterhin kann bei einer teilhabeorientierten Gruppenarbeit eine heterogene Gruppenzusammensetzung bezüglich der sprachlichen Kompetenzen der Mitglieder positiv sein. Stewart et al. (2013) konnten zeigen, dass soziale Vergleiche, sowohl Abwärts- als auch Aufwärtsvergleiche, gerade bei älteren Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu einem Kompetenzerleben und im weiteren zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen. Es muss jedoch überlegt werden, wie insbesondere Betroffene mit einer schweren Aphasie eingebunden werden können, indem beispielsweise andere Betroffene als Tutoren fungieren können. Hier könnten auch Untersuchungen zu ehrenamtlichem Engagement durch Menschen mit Aphasie weitere Anregungen liefern (siehe Pearl et al. 2011).

Bei der Diskussion einer verstärkten Selbstorganisation der Gruppenarbeit zeigte sich die Wichtigkeit einer flankierenden Maßnahme beim Aufbau und der Etablierung von tragfähigen Gruppenstrukturen. Als besondere Herausforderungen erweisen sich hier zum einen die defizitären kompetenzbezogenen Selbstzuschreibungen der Gruppenmitglie-

der und zum anderen der Aufbau von leistungsbezogenem spezifischem Wissen. Gleichzeitig signalisierten die DiskutantInnen die Bereitschaft, unter besonderen Rahmenbedingungen die Leitung einer selbstorganisierten Gruppe zu übernehmen, sofern sie sich zunächst in dieser Funktion ausprobieren könnten. Derzeit existiert in Deutschland jedoch noch kein strukturiertes Unterstützungsangebot für Menschen mit Aphasie, das die genannten Punkte berücksichtigt.

Es muss also geklärt werden, wie die Etablierung einer Gruppenleitung prozesshaft gestaltet werden kann. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, den potenziellen LeiterInnen eine Phase des Ausprobierens und des Einübens von Handlungsmustern einzuräumen und diese durch ExpertInnen zu begleiten. Ein entsprechendes Setting mit einer möglichen Schulung gilt es in der Sprachtherapie mit Rückgriff auf Nachbardisziplinen wie beispielsweise der Pädagogik zu entwickeln.

Weiter muss ein gemeinschaftlich getragenes Konzept erarbeitet werden, das die unterschiedlichen Anliegen und Erwartungen der Gruppenmitglieder ausreichend berücksichtigt. Die entsprechend stattfindenden diskursiven Aushandlungsprozesse benötigen eine externe Gruppenmoderation, die von einem neutralen Standpunkt aus Themen aufzeigt, Interessenslagen deutlich macht und verarbeitete Zielsetzungen, Regeln, Inhalte etc. festhält (Witte 2012). In einem solchen begleiteten Übergangsprozess, der von ExpertInnen betreut werden sollte, können dann wieder Informationen gesammelt werden, die dazu beitragen, essenzielle Bestandteile der Aufbauphase von Gruppenangeboten zu entdecken, Ressourcen der TeilnehmerInnen zu ermitteln, diese zu fördern und ebenso Barrieren sichtbar zu machen und zu deren Verminderung beizutragen.

Weiterhin sollte analysiert werden, inwieweit die professionelle, sprachtherapeutische Begleitung in die weitere Gruppenarbeit einzubinden ist. Neben der Funktion als langfristige AnsprechpartnerInnen wird insbesondere die thematische Ausrichtung auf biographische Arbeit und Identitätsentwicklung die Anleitung und gegebenenfalls Vermittlung durch SprachtherapeutInnen erfordern (siehe Simmons-Mackie & Elman 2011), was

durch wiederkehrende Phasen professioneller Begleitung erreicht werden könnte. Zudem könnten die im Projekt *narraktiv* durchgeführten Einzelsitzungen ergänzend durch SprachtherapeutInnen angeboten werden. Hier wie auch bei der Begleitung von Betroffenen in der Gruppenleitung kann sich zukünftig ein neues therapeutisches Handlungsfeld ergeben. Bei entsprechender Wirksamkeit der Maßnahmen, wie sie für das *narraktiv*-Konzept bereits in einer ersten Vorher-Nachher-Studie gezeigt werden konnte (Corsten et al. 2014a, 2014b), kann über ihre Integration in die sprachtherapeutische Regelversorgung nachgedacht werden.

Bei den dargestellten Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass lediglich erste Daten von neun Personen mit Aphasie vorliegen, die noch weiter analysiert werden müssen. Es handelt sich um Personen mit Erfahrungen in verschiedenen Gruppen- und Selbsthilfesettings, was die Ergebnisse beeinflussen könnte. So könnte insbesondere die Erfahrung der biographisch-narrativen Arbeit, die professionell geleitet wurde, den Eindruck vermittelt haben, dass beispielsweise die Gruppenleitung professionellen Fachkräften vorbehalten ist. Ein Einfluss des Grads der Sprachstörung auf die Aussagen war nicht erkennbar. So äußerten sowohl Personen mit leichter als auch mit schwerer Aphasie Bedenken, aber auch optimistische Gedanken hinsichtlich einer möglichen Selbstorganisation.

Ferner ist das Einbinden der Betroffenen in die weitere Konzeption der teilhabeorientierten Arbeit äußerst positiv zu sehen. Die TeilnehmerInnen konnten in der Fokusgruppe ihre Gedanken und Ziele sowie Lösungs-ideen äußern, die sie mit der Gruppenarbeit verbinden. In einer aktuellen Studie wurden Menschen mit Aphasie ebenfalls in einem Gruppengespräch zu ihren Ideen zur weiteren Entwicklung einer sprachtherapeutischen Forschungsagenda befragt. Auch hier konnten patientenzentrierte Ziele wie Forschung zu funktions- und emotionsorientierten Interventionskonzepten klar formuliert werden (Hinckley et al. 2014, s.a. Pearl et al., 2011).

Ausgangspunkt für die in diesem Artikel beschriebene Erhebung war primär, Erkenntnis-

se für die Fortführung der *narraktiv*-Gruppen zu erlangen. Die gewonnenen Einsichten können aber auch als Anhaltspunkt für die Entwicklung von weiteren Selbsthilfekonzepten dienen. So sollten die für die Gruppenleitung oder andere organisatorische Aufgaben benötigten Kompetenzen weiter untersucht werden. Dabei sollte geklärt werden, wie sich diese in einem maßgeschneiderten Setting speziell für Menschen mit Aphasie vermitteln lassen, und ob Betroffene davon profitieren können. Das Potenzial einer möglichen Schulung samt Begleitungs-/Übergangskonzept liegt sowohl in der Wissensvermittlung und dem Kompetenzaufbau von bereits an einer Leitungsfunktion interessierten Personen als auch in der Schaffung von Anreizen für noch Unentschlossene.

Es sollte überdies untersucht werden, wie bereits etablierte Aphasie-Selbsthilfegruppen arbeiten, um im Sinne von best-practice-Beispielen weitere Orientierungshilfen beim Aufbau von neuen Gruppen gewinnen zu können. SprachtherapeutInnen sollten dann in die Schulungsmaßnahme eingeführt werden, um Menschen mit Aphasie zu schulen und sie in der Selbstorganisation zu begleiten. Außerdem sollte ein spezifisches, paralleles Angebot für Angehörige konzipiert werden, um die positive Wirkung der Selbsthilfegruppenarbeit auch für Familienangehörige erfahrbar zu machen.

LITERATUR

- Blomert, L. & Buslach, D.C. (1994). *Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)* – Deutsche Fassung. Lisse, NL: Swets & Zeitlinger
- Borgetto, B. (2004). *Selbsthilfe und Gesundheit*. Bern: Hans Huber
- Bose, A. & McHugh, T. & Schollenberger, H. & Buchanan, L. (2009). Measuring quality of life in aphasia: results from two scales. *Aphasiology* 23 (7-8), 797-808
- Brown, K. & Worrall, L. & Davidson, B. & Howe, T. (2010). Snapshots of success: an insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology* 24 (10), 1267-1295
- Brown, K. & Worrall, L. & Davidson, B. & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia.

- International Journal of Language & Communication Disorders* 46 (3), 300-311
- Chapey, R. (Hrsg.) (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Coles, J. & Snow, B. (2011). Applying the principles of peer mentorship in persons with aphasia. *Topics in Stroke and Rehabilitation* 18 (2), 106-111
- Corsten, S., Hardering, F. & Bröckel, M. (2011). Der biografisch-narrative Ansatz in der Intervention bei Aphasie. Ein innovatives Konzept für die logopädische (Gruppen-)Arbeit. *Forum Logopädie* 25 (6), 6-11
- Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E.J., Hardering, F. & Keilmann, A. (2014a). Biografisch-narrative Intervention bei Aphasie – ein innovativer Ansatz zur Steigerung der Lebensqualität. *Sprache-Stimme-Gehör* 38, 25-29
- Corsten, S., Konradi, J., Schimpf, E., Hardering, F. & Keilmann, A. (2014b). Improving quality of life in aphasia – evidence for the effectiveness of the biographic-narrative approach. *Aphasiology* 28 (4), 440-452
- Corsten, S., Schimpf, E.J., Konradi, J., Keilmann, A. & Hardering, F. (under review). The participant's perspective: how biographic-narrative intervention influences identity negotiation and quality of life in aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*
- Croteau, C. & Le Dorze, G. (1999). Overprotection in couples with aphasia. *Disability and Rehabilitation* 21 (9), 432-437
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. (2010). Health-related quality of life in people with aphasia: implications for fluency disorders quality of life research. *Journal of Fluency Disorders* 35 (3), 173-189
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L. & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Top Stroke Rehabilitation* 15 (14), 325-340
- Doucet, T., Muller, F., Verdun-Esquer, C., Debeillex, X. & Brochard, P. (2012). Returning to work after stroke: a retrospective study at the Physical and Rehabilitation Centre La Tour de Gassies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 55 (2), 112-127
- Duchan, J.F. & Byng, S. (2004). *Challenging aphasia therapies: Broadening the discourse and extending the boundaries*. Hove, NY: Psychology Press
- Haller, F. & Gräser, H. (2012). *Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen*. Weinheim: Beltz Juventa
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke. Are people with stroke different to those without? *Disability and Rehabilitation* 33 (3), 211-218
- Hinckley, J., Boyle, E., Lombard, D. & Bartels-Tobin, L. (2014). Towards a consumer-informed research agenda for aphasia: preliminary work. *Disability and Rehabilitation* 36 (12), 1042-1050
- Hoehn, B., Thelander, M. & Worsley, J. (1997). Improvement in psychological well-being of people with aphasia and their families: evaluation of a community-based programme. *Aphasiology* 11, 681-691
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test (AAT)*. Göttingen: Hogrefe
- Hundertmark-Mayser, J. & Möller, B. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Kauhanen, M.L., Korpelainen, J.T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K.A. & Myllylä, V.V. (2000). Aphasia, depression and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases* 10 (6), 455-461
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications
- Lanyon, L., Rose, M.L. & Worrall, L. (2013). The efficacy of outpatient and community-based aphasia group interventions. A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology* 15 (4), 359-374
- Lauer, N. (2010). *Aphasie-Selbsthilfe. Konzepte, Strukturen und Empirie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- McGurk, R. & Kneebone, I. (2013). The problems faced by informal carers to people with aphasia after stroke: a literature review. *Aphasiology* 27 (7), 765-783
- Merton, R.K., Fiske, M. & Kendall, P.I. (1956). *The focused interview. A manual of problems and procedures*. Glencoe: The Free Press
- Moeller, M.K. (2007). *Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Pearl, G., Sage, K. & Young, A. (2011). Involvement in volunteering: an exploration of the personal experience of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation* 33, 19-20
- Pound, C. (2011). Reciprocity, resources, and relationships: new discourses in healthcare, personal, and social relationships. *International Journal of Speech and Language Pathology* 13 (3), 197-206
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: theory and practice. *Aphasiology* 19 (3), 211-223
- Shadden, B. & Hagstrom, F. (2007). The role of narrative in the life participation approach to aphasia. *Topics in Language Disorders* 27 (4), 324-338
- Sheik, J.I. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. In: Brink, T.L. (Hrsg.). *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention* (165-173). New York, NY: Haworth Press
- Simmons-Mackie, N. & Elman, R.J. (2011). Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Café. *International Journal of Language and Communication Disorders* 46 (3), 312-323
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). A new life with aphasia: everyday activities and social support. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 17 (2), 117-129
- Stewart, T.L., Chipperfield, J.G., Ruthig, J.C. & Heckhausen, J. (2013). Downward social comparison and subjective well-being in late life: the moderating role of perceived control. *Aging & Mental Health* 17 (3), 375-385
- Tregea, S. & Brown, K. (2013) What makes a successful peer-led aphasia support group? *Aphasiology* 27 (5), 581-598
- van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S. & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation* 19, 372-380
- Witte, E. (2012). *Gruppen aufgabenorientiert moderieren. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe

SUMMARY. Improvement of social participation of people with aphasia: Chances of group work – Analysis of group conversation related to the perspective of affected persons

People with aphasia experience a pronounced decrease in social participation. Biographic-narrative approaches as well as social approaches encompass social inclusion. To establish such approaches parts of the interventions might be integrated in support groups. To explore the perspective of people with aphasia, focus groups took place with former participants of the project *narraktiv*, which focuses a biographic-narrative approach in aphasia. Participants discussed their understanding of support groups, their expectations and the organization. They valued the support for inclusion through support groups. The feeling of incompetence and the experienced decreased competencies seem to hinder the establishment of e.g. peer-led support groups. Possibilities like a training to assist people with aphasia in developing and sustaining peer-led aphasia support groups are discussed. Speech and language therapists might conceptualize and accompany such trainings.

KEYWORDS: Aphasia – participation – quality of life – biographic-narrative intervention – support groups – training

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2014-53020140604

Korrespondenzadresse

Sabine Corsten
Katholische Hochschule Mainz
Fachbereich Gesundheit & Pflege
Saarstr. 3
55122 Mainz
corsten@kh-mz.de