

# Gruppentherapie bei Dysarthrie

## Der State of the Art und ein Praxisbeispiel

Vibeke Masoud

**ZUSAMMENFASSUNG.** Gruppentherapien bei Dysarthrie sind im Gegensatz zur Gruppentherapie bei Aphasie oder anderen logopädischen Behandlungsfeldern ein wenig beleuchtetes Gebiet. Es gibt wenig wissenschaftliche Arbeiten und kaum veröffentlichte praktische Konzepte. Gleichwohl deuten Studien auf positive Effekte hin, sodass sich die nähere Beschäftigung mit diesem Thema gerade unter den Aspekten kommunikative Strategien, Feedback, Perspektivenwechsel und Krankheitsverarbeitung lohnt. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Literatur, skizziert ein Praxisbeispiel mit dem möglichen Ablauf sowie Inhalten und bietet Anregungen für die praktische Durchführung.

Schlüsselwörter: Dysarthrie – Gruppentherapie – kommunikative Strategien – Verständlichkeit

### Einleitung

Wie oft haben Sie sich schon gut in Ihren Dysarthrie-Patienten „eingehört“? Sie konnten sich gut verständigen, mussten kaum oder gar nicht mehr nachfragen, kannten ihn gut und darum auch die gemeinsamen Gesprächsthemen und deren Details. Kritische Rückmeldungen zur Sprechweise des Patienten wären dann künstlich und eben nicht authentisch. Doch außerhalb der vertrauten, dialogischen und häufig stark strukturierten Einzeltherapie bleibt Ihr Patient für fremde Gesprächspartner weiterhin überwiegend unverständlich.

Ihr Eindruck trügt nicht, denn zahlreiche Studien haben den Einfluss nachgewiesen, den Vertrautheit auf die Verständlichkeit einer

dysarthrischen Sprechweise haben kann (Liss et al. 2002, Nowack et al. 2009, Schmich et al. 2010, Utianski et al. 2011). Konsequenterweise wäre es dann angezeigt, Ihren Patienten zu ermöglichen, die kommunikativen Fähigkeiten auch mit anderen Gesprächspartnern zu sichern.

In diesem Artikel wird die Gruppentherapie als Therapieform für die Behandlung von Dysarthrien diskutiert. Es wird ein Überblick über den „State of the Art“ gegeben und dargelegt, welche Rolle die Aspekte Strategien, Feedback, Perspektivenwechsel sowie Krankheitsverarbeitung in einer solchen Gruppentherapie spielen. Ein Praxisbeispiel soll zeigen, wie kommunikationsorientierte

**Vibeke Masoud (M.A.)** studierte

an den Universitäten Hamburg (Allg. Sprachwissenschaft) und Bielefeld (klinische Linguistik) jeweils mit Abschluss Magister Artium. Seit 1993 ist sie in der neurologischen Rehabilitation tätig, bis heute als Sprachtherapeutin in der Waldklinik Jesteburg bei Hamburg, Fachklinik für neurologische (Früh-)Rehabilitation aller Phasen. Darüber hinaus ist sie Lehrbeauftragte der Hochschule Fresenius Hamburg für verschiedene Unterrichtsfächer im Fachbereich Logopädie, Dozentin, Fachartikel- und Fachbuchautorin zur sprachtherapeutischen Gruppentherapie und Spieleentwicklerin.



Dysarthriebehandlung in der Gruppe möglich ist, und es soll Sprachtherapeuten dazu ermutigen, eine derartige Therapieform ein- und durchzuführen.

Dysarthrie stellt ein sehr heterogenes Störungsbild unterschiedlichster Genese, Verläufe, Pathophysiologien und individuell wahrgenommener Einschränkungen dar. Das Spektrum der Sprechweise reicht von leichten Unschärfen der Artikulation bis hin zu schwer beeinträchtigter oder nahezu anarthrischer Rede. Dabei macht es für die Gestaltung der Therapie durchaus einen Unterschied, ob der dysarthrische Patient gerade erkrankt ist oder bereits schon länger und evtl. auch zunehmend im Alltag durch sein Handicap eingeschränkt wird, bzw. inwieweit er sich selbst überhaupt eingeschränkt fühlt.

Nolte & Grötzbach (2015) extrahierten aus Interviews zur Selbsteinschätzung mit dysarthrischen Sprechern als bestimmende Faktoren Vertrautheit, Verhalten und Anzahl der Gesprächspartner sowie die Dauer des Gespräches. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Hartelius et al. (2008).

Als gemeinsamer Nenner für alle potenziellen Gruppenteilnehmer gilt die reduzierte Verständlichkeit und die damit verbundene als einschränkend erlebte Lebensqualität, un-



Gruppentherapie mit Dysarthrie-Betroffenen in der Waldklinik Jesteburg bei Hamburg

abhängig vom zugrunde liegenden Störungsbild, unabhängig von der Erkrankungsdauer und unabhängig von der Schwere der Dysarthrie. Verständlichkeit selbst ist allerdings nur schwierig zu quantifizieren. Das Kontinuum reicht von auf einzelne Wörter begrenzte Verständlichkeit bis hin zu überwiegend verständlicher Sprechweise, die nur gelegentlich verwaschen klingt. Nicht zu vergessen ist dabei der Einfluss von situativen oder emotionalen Faktoren sowie schwankender körperlicher Verfassung.

## Der State of the Art

Im ambulanten Heilmittelbereich ist in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der Gruppentherapie bei sprechmotorischen Störungen (Indikation SP6 Erwachsene) zu verzeichnen. Stellvertretend seien hier einige Zahlen der AOK genannt: insgesamt 16 abgerechnete Verordnungen im Jahr 2008, 24 in 2010, 44 in 2012, 75 in 2014 (Waltersbacher 2015). Für den klinischen Bereich sind leider keine Daten verfügbar.

Es gibt durchaus Publikationen zur logopädischen Gruppentherapie bei neurologisch betroffenen Erwachsenen, z.B. bei Demenz (Grötzbach & Bühler 2008) oder bei Aphasien (Masoud 2009). Bei Sichtung der Fachliteratur fällt jedoch auf, dass sich relativ wenig Veröffentlichungen speziell mit Gruppentherapie bei Dysarthrie beschäftigen.

Für die Gruppe der dysarthrischen Sprecher infolge eines M. Parkinson ist die Methode des Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) im Gruppensetting beschrieben z.B. bei DeAngelis et al. (1996), Griffiths & Burtenshaw (2011), Manor et al. (2005), Searl et al. (2011) sowie Edwards (2014). Weitere Konzepte für Gruppentherapie bei Dysarthrie außerhalb der Parkinson'schen Erkrankung findet man bei Boyle et al. (1999), Corbin (1951), Laing (2007), Mackenzie et al. (2013), Masoud et al. (2004), Rösch & Kromer (1996) sowie Vickers et al. (2015).

Die publizierten Therapiekonzepte umfassen mit unterschiedlicher Gewichtung bei den jeweiligen Autoren folgende Bereiche:

- reines Artikulationstraining, z.B. anhand von Wortlisten und Minimalpaaren, aber auch gemeinsames Lesen von Theater-skripten mit verteilten Rollen
- Übungen aus den betroffenen Funktionskreisen (Sprech-)Atmung, Stimme, Prosodie und zum Speichelmanagement
- Konversation mit dem Fokus auf der Anwendung von Kompensationsstrategien zur Optimierung der Verständlichkeit
- Vermittlung störungsrelevanten Wissens zur Bewusstmachung der Vorgänge beim

Sprechen bzw. beim Kommunizieren sowie zur Sicherung von Motivation und Compliance

- zusätzliche „Hausaufgaben“ mit funktionalen Übungen.

Nur bei Mackenzie et al. (2013) werden explizit auch Angehörige zur Teilnahme eingeladen.

## Einzeltherapie oder Gruppentherapie?

Funktionell orientierte repetitive Übungen und motorisches Lernen unter Ausnutzung der Neuroplastizität haben ihren primären Platz im Rahmen der Einzeltherapie. Auch Elektro-Stimulation zur Unterstützung der Restitution ist eine individuelle Maßnahme. Ziel der Einzeltherapie ist ebenfalls, individuelle Kompensationsstrategien zur Optimierung der Verständlichkeit herauszuarbeiten. In der Gruppentherapie geht es dann darum, die (neu) verfügbaren Ressourcen optimal auszunutzen und wo notwendig durch Kompensation zu unterstützen.

Beide Ansätze, die Einzel- und die Gruppentherapie, zielen damit auf die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und der sozialen Teilhabe sowie auf die Gewährleistung der Lebensqualität ab. Es ist nicht so, dass die Schwere der Sprechstörung unbedingt voraussagt, wie sehr sich ein dysarthrischer Sprecher in seiner sozialen Teilhabe eingeschränkt fühlt. Und daher bedeuten objektiv geringe Defizite nicht zwingend, dass auch die Einschränkung der Teilhabe nur als geringfügig wahrgenommen wird (Hartelius et al. 2008, Laing 2007).

Die meisten Autoren betrachten die Gruppentherapie daher als sinnvolle und notwendige Ergänzung zur Einzeltherapie (Boyle et al. 1999, Masoud et al. 2004, Rösch & Kromer 1996, Rösler et al. 2012, Vickers et al. 2015, Ziegler & Vogel 2010) oder auch als wichtige zustandserhaltende Therapieform überhaupt, insbesondere bei progredienten Erkrankungen (Laing 2007, Manor et al. 2005, Sullivan et al. 1996).

## Welche Aspekte spielen in der Gruppentherapie eine Rolle?

### Kommunikative Strategien

In der geschützten Situation der Gruppentherapie können kommunikative Strategien zur Verbesserung der Verständlichkeit zunächst erprobt und im Verlauf idealerweise automatisiert werden. Redebeiträge sprechökonomisch zu gestalten entspricht unter Umständen jedoch nicht dem gewohnten prämorbidem Sprachstil. Silbisches Sprechen als kompensatorische Strategie wirkt zu-

nächst auch sehr unnatürlich, emotionslos und überkontrolliert. Auch das Erkennen der eigenen körperlichen Belastbarkeitsgrenze ist wichtig, um Redebeiträge bewusst und pragmalinguistisch passend abubrechen. Ein hohes Maß an Konzentration ist notwendig, um Sprechweise und Redebeiträge dermaßen zu kontrollieren.

In der Gruppe besteht jedoch die Chance, dem Teilnehmer den Wert dieser Kompensationsstrategien aufzuzeigen. Hier können sie nicht nur bei anderen Teilnehmern beobachten, dass diese Erfolg durch Anwendung haben, sondern auch selbst den Effekt erleben, dass sie bei Anwendung ihrer individuellen Strategie besser verstanden werden.

Die Strategien, die der Gruppenteilnehmer anwenden sollte, sind aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes unter Umständen sehr verschieden. Hier kommt die notwendige Verzahnung mit der Einzeltherapie zum Tragen. Strategien, die in der Einzeltherapie individuell erarbeitet wurden, sollen in der Gruppe nun in der Kommunikation mit anderen Gesprächspartnern angewendet, erprobt und verfestigt werden.

Darum muss der regelmäßige Austausch zwischen dem Therapeuten der Einzeltherapie und dem Gruppenleiter gewährleistet sein. Er muss ebenso Kenntnis über die in der Einzeltherapie erarbeiteten Strategien haben, ebenso wie der Einzeltherapeut Rückmeldung darüber benötigt, ob die Strategien in der Gruppe überhaupt eingesetzt werden.

Prinzipien des motorischen Lernens lassen sich bedingt auch auf Änderungen des Sprechverhaltens in einem Gruppentherapie-Setting übertragen. Grob dargestellt sind es folgende Phasen:

*kognitiv verstehen – assoziativ verbinden – automatisiert ausüben.*

Die Gruppenteilnehmer müssen zunächst verstehen, dass und warum ihre Sprechweise verändert ist. Hierzu dient die Vermittlung störungsrelevanten Wissens in der Gruppe durch den Gruppenleiter. Nicht nur die Durchführung von Übungen zur Artikulation, Phonation, Prosodie usw., sondern auch das Beobachten und Bewerten der anderen Teilnehmer bei diesen Übungen hat vermutlich, so Ziegler & Vogel (2010), einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung und eigene Lernprozesse.

Um die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf die individuell erarbeiteten Verhaltensoptimierungen zu lenken, sollten die einzelnen Strategien immer wieder, quasi ritualisiert, verbalisiert werden, am besten natürlich von den Teilnehmern selbst. Boyle et al. (1999) schlagen darüber hinaus sogar eine Liste vor, in die die spezifischen Strategien des einzel-

nen Patienten eingetragen werden und die auch den Angehörigen ausgehändigt wird.

Daran anschließend steht das aktive Ausprobieren der Kommunikations-Strategien an. Damit wird – idealerweise – assoziativ ein positives Erlebnis verbunden, nämlich der Kommunikationserfolg durch verbesserte Verständlichkeit. Wird dies noch durch positives Feedback von Peers unterstützt, ist der Effekt umso höher.

Als letzte Phase steht das automatisierte Ausüben der Verhaltensänderung an, idealerweise auch in der außertherapeutischen Situation oder zumindest ohne externe Aufforderung vonseiten eines Gesprächspartners.

### Feedback

Einer der wesentlichen Vorteile der Gruppentherapie ist, dass die Teilnehmer hier Rückmeldungen zur Verständlichkeit auch von anderen Teilnehmern erhalten können. Rückmeldungen von Peers haben einen sehr viel höheren Wert als die des Therapeuten oder der Angehörigen (Boyle et al. 1999).

Allerdings muss zu Feedback aufgefordert werden, denn Lob oder Kritik zur Sprechweise sind im Alltag zumal unter sich fremden Gesprächspartnern unüblich und werden womöglich sogar als distanzlos empfunden. Um Feedback unter den Teilnehmern zu initiieren, muss eine Atmosphäre der Kohäsion, des Interesses füreinander und des Vertrauens vorhanden sein. Nur in einem geschützten Raum, der auch Konflikte unter den Teilnehmern zulässt, besteht die Möglichkeit auf konstruktives Feedback der Teilnehmer untereinander.

Um Feedback unter den Gruppenteilnehmern zu ihrer jeweiligen Sprechweise bzw. Verständlichkeit zu fordern und fördern, muss dies als Gruppenregel deklariert sein. Der Gruppenleiter fungiert dabei als Anwalt der Regeln und lebt diese vor. Er wendet z.B. folgende Technik an: „Ich habe Herrn X. nicht so gut verstanden. Wer kann helfen? Herr Z., haben Sie Herrn X. eben verstanden?“ oder „Herr Y. hat heute gut gesprochen, oder? Ich habe ihn gut verstanden, Sie auch? Was meinen die anderen?“.

Für die Optimierung der Eigenwahrnehmung ist es sehr wichtig, Rückmeldungen von anderen Gesprächspartnern zur eigenen Sprechweise zu bekommen. Eine optimale Eigenwahrnehmung und das Bemerkten der eigenen artikulatorischen Defizite gibt erst den Anlass zu einer gewollten Veränderung des Sprechverhaltens. Erst durch erhöhte Selbstaufmerksamkeit mit dem Fokus auf die eigene Sprechweise besteht die Chance auf eine effektive und nachhaltige Verhaltensänderung.

### Perspektivenwechsel in die Hörerrolle

Eine Voraussetzung, dass Rückmeldungen effektiv genutzt werden können, ist der Perspektivenwechsel und die Einnahme der Hörerrolle. Erfolgreiche Kommunikation ist auch davon abhängig, dass Mitverantwortung für den Kommunikationserfolg übernommen wird. Aufgrund der eingeschränkten Verständlichkeit müssen dysarthrische Sprecher mehr noch als Normalsprecher Strategien zur Sicherung des Kommunikationserfolgs einsetzen. Dabei sind nicht nur Strategien auf der Sprecherseite, sondern auch bestimmte Haltungen in der Hörerrolle notwendig.

Ein Sprecher muss sich in die Rolle seines Gegenübers hineinversetzen können und sein Kommunikationsverhalten so gestalten, dass er ohne Bedenken davon ausgehen kann, dass er verstanden wird. Dazu gehört z.B. die Kontrolle der Stimmstärke. Bemerkte der Sprecher, dass sein Gegenüber ihn schlecht hören kann, muss er zur Sicherung des Kommunikationserfolgs lauter sprechen. Bekommt er als Rückmeldung, dass er zu schnell spricht, muss er das Redetempo drosseln, indem er z.B. die Strategie des silbischen Sprechens anwendet. Die adäquate Interpretation der Signale des Gesprächspartners setzt jedoch ein aufmerksames und dem Gesprächspartner zugewandtes Verhalten in der Hörerrolle voraus.

Der schwer verständliche dysarthrische Sprecher sollte daher während seines Redebeitrags trotz aller Anstrengung unbedingt den Blickkontakt zu seinem Gesprächspartner halten, um sich in der Rolle als Hörer zu vergewissern, dass sein Gesprächspartner alles verstanden hat, etwa zustimmend nickt, oder skeptische Mimik zeigt. Dysarthrische Sprecher machen auch die Erfahrung, dass ihre Gesprächspartner nicht nachfragen und eher so tun, als hätten sie die Äußerung verstanden (Schmich et al. 2010).

Bei längeren Redebeiträgen wäre sogar eine Stückelung nach Sinneinheiten angezeigt. In der Gruppensituation lässt sich diese Strategie gut an Aufgabenstellungen trainieren, in denen Gruppenteilnehmer untereinander komplexe Anweisungen geben, z.B. wie ein bestimmtes Spiel aufgebaut werden soll, oder wie Objekte räumlich angeordnet werden sollen.

Teilnehmer beobachten und erleben in der Gruppe unmittelbar, wie sich der Perspektivenwechsel und die Anwendung von Strategien auf den Kommunikationserfolg positiv auswirken können. Wichtig ist, dass der Gruppenteilnehmer lernt, wie er Missverständnissen begegnen kann. Er muss seine

Gesprächspartner in diesen Fällen gut führen, damit sich Missverständnisse nicht noch weiter aufbauen, sondern auflösen lassen. Der dysarthrische Sprecher ist hier auch in der Verantwortung, seinen Teil zum Kommunikationserfolg beizutragen. Auf diese Weise kann die oftmals bestehende Unsicherheit aufseiten der Gesprächspartner reduziert werden (Ziegler & Vogel 2010).

### Redebeitrag sichern

Dysarthrische Sprecher haben häufig das Problem, dass sie ihre Redebeiträge nur sehr langsam artikulieren können. Auch das Initiieren von Äußerungen an sich ist oft mühsam. Es fällt ihnen darum schwer, an einer lebhaften Gruppendiskussion teilzunehmen, in der sowohl Thema als auch Sprecher schnell wechseln. Sie verpassen schlichtweg den geeigneten Moment für ihren Beitrag (Laing 2007, Ziegler & Vogel 2010).

Dazu kommt, dass Gesprächspartner manchmal ungeduldig sind und mit eigentlich wohlgemeinten, aber vorweggenommenen (Satz-)Ergänzungen die Kommunikation beschleunigen wollen. In der geschützten und therapeutisch gelenkten Situation der Gruppentherapie kann der Teilnehmer gestische Strategien oder andere Verhaltensweisen, die ihm Rederecht sichern, angstfrei testen und effektiv anwenden lernen. Kann die Aufmerksamkeit der Gesprächspartner durch eine bestimmte Geste oder Floskel erreicht werden, ist auch eine erfolgreiche Verständigung wahrscheinlicher.

### Krankheitsverarbeitung

Ansatzweise kann auch dieser Aspekt in einer Gruppe durch den Kontakt zu Gleichbetroffenen gut bearbeitet werden. Teilnehmer treffen hier auf Menschen, die ähnliche Probleme der Sprechweise haben. Das kann dazu beitragen, eigene Probleme anders zu gewichten (Ziegler & Vogel 2010). Auch kann dem sozialen Rückzug vorgebeugt werden, wenn Teilnehmer bemerken, dass sie unter Anwendung bestimmter Maßnahmen und (Sprech-)Verhaltensänderungen erfolgreich kommunizieren können.

Griffiths & Burtenshaw (2011, 20) zitieren einen Teilnehmer, der durch die Teilnahme an der Dysarthriegruppe so viel Selbstvertrauen fasste, dass er sich dann sogar in andere Arten von Gruppen traute: „I was re-connecting within a group – which gave me confidence when going to other types of groups“.

### Sprechweise und Persönlichkeit

Dysarthrische Sprechweise wirkt auf neue Gesprächspartner oftmals befremdlich. Da Persönlichkeit aber zu einem erheblichen Teil

über Stimme, Sprechweise, Prosodie oder Mimik transportiert wird, haben gerade Patienten, die unter einer veränderten oder gar entstellten Sprechweise leiden, große Probleme ihre Identität über diese Faktoren darzustellen (*Helmborg* et al. 2008).

*Rösler* et al. (2012, 42) berichten hierzu z.B., dass Patienten, die an fazioskapulo-humeraler Muskeldystrophie bzw. myotoner Dystrophie Typ1 erkrankt sind und damit einhergehend eine Schwäche der mimischen Muskulatur zeigen, sozial ausgegrenzt und als „mürrisch, emotionslos oder antriebsgemindert“ angesehen werden.

Ähnlich sieht *Laing* (2007) die Situation für an Multiple Sklerose und infolgedessen unter veränderter Sprechweise leidende Patienten. Sie würden oftmals als weniger intelligent oder interessiert eingeschätzt. Gesprächspartner empfinden die Kommunikation mit Personen mit Dysarthrie oftmals als mühsam. Ihre Gefühle reichen von Betroffensein, Ungeduld, bis hin zu Verärgerung. Es ist durchaus nachvollziehbar, dass darunter die Kommunikationslust und letztendlich auch die Qualität von sozialen Beziehungen leiden kann.

Die Gruppensituation bietet den geschützten Rahmen, in dem psychosoziale Anpassungen entwickelt werden können. Das Erleben der Wirkung der eigenen Sprechweise auf die Gruppenmitglieder und die Rückmeldungen der anderen nicht nur zur reinen Verständlichkeit, sondern auch zu sozialen Aspekten, können dazu dienen, einen angemessenen Umgang mit der Sprechstörung zu entwickeln, Sprechangst zu reduzieren und für eine verbesserte und selbstbewusstere kommunikative Teilhabe am Leben zu sorgen.

## Ziel der Gruppentherapie

Die Gruppentherapie ist als Therapiebaustein auf der funktionell-kommunikativen Ebene zu verstehen. Ihr übergeordnetes Ziel ist die Vorbereitung des Transfers der erprobten und idealerweise automatisierten Strategien zur Optimierung der Verständlichkeit auch in außertherapeutischen Kommunikationssituationen. Grundsätzlich gilt das Ziel erreicht, wenn der Teilnehmer einen für ihn und seine Umwelt dauerhaft akzeptablen Grad der Verständlichkeit erreicht hat, der mit den verfügbaren kognitiven und körperlichen Ressourcen erreichbar ist.

Wirkungsnachweise für eine Gruppentherapie bei Dysarthrie sind noch spärlich und eher unsystematisch. Auch das soziale Event spielt unter Umständen eine wichtige Rolle. Einzelne wenige Studien deuten auf positive Effekte, dabei ist die Gruppe der an M. Parkinson Erkrankten am besten untersucht.

Eine Kritik an der Therapie im Gruppensetting ist, dass die einzelnen Teilnehmer nicht ausreichend gefordert werden und unter ihrem Leistungsniveau bleiben könnten. In Gruppentherapien, die einen Übungscharakter haben wie z.B. Gruppen, die nach dem LSVT-Konzept arbeiten, besteht in der Tat diese Gefahr.

*Manor* et al. (2005) und auch *De Angelis* et al. (1996) stellten für Patienten, die an M. Parkinson erkrankt waren und eine am LSVT-Konzept orientierte Gruppentherapie erhielten, fest, dass es zu Verbesserungen in Phonation, Verständlichkeit und in den kommunikativen Fähigkeiten kam. Einzeltherapie war jedoch kein Ausschlusskriterium, insofern können die Zugewinne hier nicht eindeutig der Gruppentherapie zugeordnet werden.

*Searl* et al. (2011) schlossen Teilnehmer mit Einzeltherapie-Erfahrung mit LSVT aus. Hier zeigten sich signifikante Verbesserungen in Parametern der Stimmgebung, allerdings geringer als üblicherweise nach LSVT in der Einzeltherapie. Ein Grund dafür mag die geringe Intensität von nur einer Therapieeinheit pro Woche über zwei Monate gewesen sein.

*Edwards* (2014) zeigte in den zwei Studien ihrer Master-Arbeit, dass sich Parameter der Stimmgebung nach LSVT in der Gruppentherapie zwar signifikant verbessern ließen, deren funktioneller Zugewinn im Gespräch jedoch gering blieb. Die mittels Konversations-Analyse untersuchten kurzen Gespräche der Teilnehmer vor und nach der Gruppentherapie ergaben hingegen einen deutlichen Zugewinn an funktioneller Kommunikationsfähigkeit im Sinne von Reparaturmaßnahmen, Verständnissicherung, Themenführung usw.

*Sullivan* et al. (1996) sowie *Griffiths & Burtenshaw* (2011) führten ebenfalls für an M. Parkinson Erkrankte eine am Einsatz kommunikativer Strategien ausgerichtete Gruppentherapie durch. In beiden Arbeiten wird von Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten berichtet. In der Arbeit von *Sullivan* et al. (1996) bewerteten sich die Teilnehmer selbst, in der Arbeit von *Griffiths & Burtenshaw* (2011) nahmen Bezugspersonen eine Einschätzung vor. Aufgrund der geringen Datenlage (je sechs Patienten), sind diese Ergebnisse allerdings eher als Einzelfallbeschreibungen zu bewerten.

Bei *Boyle* et al. (1999), *Laing* (2007), *Rösch & Kromer* (1996) sowie *Vickers* et al. (2015), deren Gruppenteilnehmer unterschiedliche Ätiologien der Dysarthrie aufwiesen, werden die Zugewinne u.a. in Phonation, Verständlichkeit und Kommunikationsfähigkeit als Einzelfallbeschreibungen oder anekdotisch dargestellt. Wendet ein Teilnehmer die Strategien optimal, ausreichend häufig und ohne

externe Aufforderung an, hat er nach Boyle et al. (1999) das Therapieziel erreicht. Die Autoren geben als Richtwert 80 % an, wobei dies sicherlich schwer messbar ist.

Ein mögliches Instrument zur Messung des funktionalen kommunikativen Outcomes ist der auf Sprechstörungen angepasste Communication „Effectiveness Index – Modified (CETI-M)“ (Yorkston et al. 1999). Hier beurteilt die Bezugsperson die Verständlichkeit des dysarthrischen Sprechers in zehn verschiedenen Kommunikationssituationen, u.a. in geräuschvoller oder -armer Umgebung, mit vertrauten oder fremden Gesprächspartnern, in Gruppen, am Telefon oder im Auto. Ein weiteres Instrument ist das „Dysarthria Impact Profile“ (Walshe et al. 2009), das eher auf die psychosozialen Einschränkungen der Teilhabe durch Dysarthrie abhebt.

Ein deutschsprachiges Assessment ist der relativ kurze „Selbsteinschätzungsbogen“ von Nolte & Grötzbach (2015), der sowohl als Eingangsassessment zur Abklärung des individuellen Leidensdrucks als auch zur Messung des Outcomes nach der Therapie verwendet werden kann. Allerdings sollten Selbsteinschätzungen von neurokognitiv beeinträchtigten Patienten vorsichtig interpretiert werden (Schmich et al. 2010), da hier die Selbstwahrnehmung u.U. erheblich von der Fremdwahrnehmung abweichen kann.

### Vorschläge für die konkrete Durchführung einer Gruppentherapie

- „Bingo ähnlich klingender Wörter“ (Schubi-Verlag), wobei die Überartikulation auf Wortebene die Verständlichkeit sichert (Ablenker sind Minimalpaare)
- „Her damit“ (Prolog-Verlag), um mit Neologismen bzw. Minimalpaaren (Straßennamen und Hausnummern) im spielerischen Wettbewerb die Überartikulation auf Wortebene zu fördern
- „Russischer Regisseur“ (Prolog-Verlag), um die bewusste Artikulation auf Phrasenebene mit Zungenbrechern zu trainieren
- Bilden von Satzketten, um Verständlichkeit auf Phrasen- oder Satzebene zu trainieren
- Aufgaben im PACE-Setting, wobei alle Strategien der Verständnissicherung (Mimik, Gestik und Deixis) gefördert werden können
- Ratespiele, wobei Lösungssitems gezielt schwierige Konsonantenverbindungen enthalten können
- Rollenspiele zu konfliktreichen Situationen, um sowohl sprechökonomische als auch inhaltvolle Äußerungen zu trainieren
- Diskussionen zu tagesaktuellen Themen mit der Aufgabe, das Rederecht einzufordern
- Freie, therapeutisch moderierte, Gespräche, um die Lust an Kommunikation trotz Sprechstörung zu erhalten

## Ablauf und Inhalt eines Praxisbeispiels

Als Grundkonzept ist eine rollende Gruppe zu empfehlen. Dies trifft in den meisten Fällen ohnehin auf die klinische Situation zu. Darüber hinaus wird das Risiko reduziert, dass sich die Gruppenmitglieder in die Sprechweisen der einzelnen Teilnehmer einhören. Zielgruppe sind Patienten mit Dysarthrien aller Formen, Schweregrade, Ätiologien und Verläufe. Eine heterogene Zusammensetzung der Gruppe ist durchaus möglich. Es muss natürlich vorweg im Einzelfall mittels eines individuellen Assessments überprüft werden, ob eine Indikation zur Gruppenteilnahme zu stellen ist. Dies gilt in besonderem Maße für Patienten mit einer Aphasie, Sprechapraxie oder anderen kognitiven Defiziten.

Auch Patienten, die unter einer progredienten Form der Dysarthrie leiden und deren Therapieziel daher auch Zustandserhaltung fokussiert, können an einer gemischten Gruppe teilnehmen. Allerdings sollte zuvor oder begleitend in der Einzeltherapie bedacht werden, dass hier individuell andere Mechanismen der Krankheitsverarbeitung gelten können.

Patienten mit einer ausgeprägten Hypakusis sind in einer Gruppentherapie eher schwierig zu integrieren. Dies ist nicht nur aufgrund der eigenen Hörschwierigkeit problematisch, also z.B. Feedback nicht verstehen zu können, sondern auch, weil der dysarthrische Gesprächspartner sehr leicht die Kommunikationsdefizite aufseiten seines hypakustischen Gesprächspartners sehen würde, was eben nur teilweise berechtigt wäre.

Ein fester Gruppenleiter, ein fester Termin und ein fester Gruppenraum sind zu empfehlen, wenn mit neurokognitiv beeinträchtigten Patienten gearbeitet werden soll. Es gilt dann, soweit wie möglich, externe Störvariablen (z.B. ein oft wechselnder Gruppenleiter) stabil zu halten, um genügend freie kognitive Ressourcen für die konzentrierte Gruppenarbeit zu gewährleisten.

Eine Gruppentherapie mit maximal vier bis fünf Teilnehmern sollte mindestens 45 Minuten dauern, um jedem Teilnehmer ausreichend Redezeit gewähren zu können. Da bei Dysarthrie oftmals die Reduzierung des Sprechtempo eine optimale Strategie darstellt und auch mit vielen Nachfragen seitens der Gesprächspartner zu rechnen ist bzw. diese sogar vom Therapeuten gefördert werden sollten, wird deutlich mehr Zeit gebraucht, um Informationen zu vermitteln.

Jedem neuen Teilnehmer sollte zu Beginn dargestellt werden, dass er als Gruppenmitglied drei Rollen hat (Boyle et al. 1999):

- als Sprecher, der eine möglichst hohe Verständlichkeit seiner Äußerungen erreichen sollte,
- als Hörer, der die Reaktionen seiner Gesprächspartner genau beobachtet und entsprechend Missverständnisse aufdeckt oder seine Äußerungen daraufhin noch einmal variiert,
- als Feedbackgeber für andere Gruppenteilnehmer.

Jedem neuen Teilnehmer sollte ebenfalls dargestellt werden, was das Ziel der Gruppentherapie ist und welchen Sinn die Teilnahme für ihn persönlich haben könnte. Nur wenn der Teilnehmer die Therapieinhalte für sich selbst als persönlich relevant betrachtet, kann der Lernprozess Erfolg haben.

Als didaktisches Grundkonzept, das je nach Zusammensetzung der Gruppe in den einzelnen Sitzungen unterschiedlich gewichtet sein kann, bietet sich folgender Ablauf an:

- Gegenseitiges Kennenlernen, Vorstellen der alten und neuen Mitglieder, je nach Neuzugang
- Vorstellen des Gruppenkonzeptes und der Gruppenregeln
- Vermittlung störungsrelevanten Wissens zur (Sprech-)Atmung, Phonation, Artikulation, Kommunikation etc. und ihrem Zusammenspiel
- Verbalisieren und Memorieren der individuellen Strategien
- Feedback der Gruppenmitglieder untereinander, auch inwieweit die individuellen Strategien bereits umgesetzt werden
- Verschriftlichen der einzelnen Strategien oder Auswahl aus einer vorbereiteten Liste, z.B. auch als individuelles Merkblatt zum Mitnehmen
- Praktische Anwendung in einem Sprechspiel oder Ähnlichem
- Gemeinsame Reflexion und Ausblick auf Folgestunde am Ende der Sitzung

Alle Themen/Spiele sind geeignet, die sowohl das freie Gespräch anregen, aber auch ziel führend in Hinblick auf das zugrundeliegende Störungsbild der Dysarthrie sind (Beispiele siehe Kasten). Lautes Lesen kann, sollte aber nicht übermäßig eingesetzt werden, da Verständlichkeit nicht nur modalitätsabhängig ist, sondern der Fokus der Gruppentherapie auf funktionaler Konversation und Interaktion liegt.

In der Waldklinik Jesteburg wird dieses Konzept seit mehreren Jahren angewendet und es konnten zahlreiche positive Ergebnisse im Sinne einer verbesserten Verständlichkeit der Teilnehmer erreicht werden. Weitere Forschung ist notwendig, um diese klinischen Erfahrungen zu erhärten und wissenschaftlich zu belegen.

## LITERATUR

- Boyle, M., Marchese, A.M. & Green, C.V. (1999). Group therapy for dysarthria. In: Elman, R. (Hrsg.), Group treatment of neurogenic communication disorders (167-175). San Diego: Plural Publishing
- Corbin, M.L. (1951). Group speech therapy for motor aphasia and dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 16, 21-34
- DeAngelis, E.C., Mourao, L.F., Ferraz, H.B., Behlau, M.S., Pontes, P.A. & Andrade, L.A. (1996). Effect of voice rehabilitation on oral communication of Parkinson's disease patients. *Acta Neurologica Scandinavica* 96 (4), 199-205
- Edwards, A.M. (2014). *Maintenance of speech in parkinson's disease. The impact of group therapy.* Master Thesis, University of Queensland. [www.espace.library.uq.edu.au](http://www.espace.library.uq.edu.au) (07.12.2015)
- Griffiths, S. & Burtenshaw, E. (2011). *Dysarthria and group intervention.* *RCSLT-Bulletin* 1, 20-21
- Grötzbach H. & Bühler, S. (2008). Einen Halt geben: Gruppentherapie für Patienten mit einer Demenz. *Forum Logopädie* 22 (6), 22-27
- Hartelius, L., Elmsberg, M., Holm, R., Lovberg, R.S. & Nikolaidis, S. (2008). Living with dysarthria: evaluation of self-report questionnaire. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* 60 (1), 11-19
- Laing, C. (2007). Group therapy to improve communicative participation in people with multiple sclerosis and dysarthria. *Way ahead* 11 (2), 8-10
- Liss, J.M., Spitzer, S.M., Caviness, J.N. & Adler, C. (2002). The effects of familiarization on intelligibility and lexical segmentation in hypokinetic and ataxic dysarthria. *Journal Acoustical Society of America* 112 (6), 3022-3030
- Mackenzie, C., Kelly, S., Paton, G., Brady, M. & Muir, M. (2013). The living with dysarthria group for post-stroke dysarthria: the participant voice. *International Journal of Language and Communication Disorders* 48 (4), 402-420
- Manor, Y., Posen, J., Amir, O., Dori, N. & Giladi, N. (2005). A group intervention model for speech and communication skills in patients with Parkinson's disease: initial observations. *Communication Disorders Quarterly* 26 (2), 94-101
- Masoud, V. (2009). *Gruppentherapie bei neurologischen Sprachstörungen.* Stuttgart: Thieme
- Masoud, V., Ojeda, E., Rinsche, I., Theman, K. & Walter, S. (2004). Ein Plädoyer für die Gruppe. *Logos interdisziplinär* 12 (4), 259-269
- Nolte, K. & Grötzbach, H. (2015). Dysarthrie aus der Patientenperspektive. *Neurologie & Rehabilitation* 21 (2), 72-76
- Nowack, N., Zwartyes, D., Zierdt, A. & Ziegler, W. (2009). Verständlichkeitsmessung mit MVP-Online: Einflussfaktoren und Validitätsaspekte. *Sprache Stimme Gehör* 33 (1), 16-23
- Rösch, B. & Kromer, S. (1996). Gruppentherapie mit Dysarthrikern. *Logos interdisziplinär* 4 (2), 113-117
- Rösler, W., Schwarz, E., Tast, H. & Wellinger, I. (2012). Logopädische Therapie bei fazioskapulo-humeraler Muskeldystrophie und myotoner Dystrophie Typ 1 (Curschmann, Steinert) im Erwachsenenalter. *Neurologie & Rehabilitation* 18 (1), 42-54
- Searl, J., Wilson, J., Haring, K., Dietsch, A., Lyon, K. & Pahwa, R. (2011). Feasibility of group voice therapy for individuals with Parkinson's disease. *Journal of Communication Disorders* 44 (6), 719-732
- Schmich, J., Porsche, J., Vogel, M., Kuny, R., Mannsberger, U., Lorenz, S., Levin, J. & Ziegler, W. (2010). Alltags- und kommunikationsbezogene Dysarthriediagnostik: Ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung. *Sprache Stimme Gehör* 34 (2), 73-79
- Sullivan, M.D., Brune, P. & Beukelman, D.R. (1996). Maintenance of speech changes following group treatment for hypokinetic dysarthria of Parkinson's disease. In: Robin, D.A., Yorkston, K.M. & Beukelman, D.R. (Hrsg.), Disorders of motor speech: assessment, treatment, and clinical characterization (287-307). Baltimore: Brookes

## Vorschau

Für die Mai-Ausgabe sind folgende Themen geplant:

- Diagnostik von Dysphagien anhand der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie
- Hygienemanagement in der Logopädie
- Hygienescreening in logopädischen Praxen
- Hygienemanagement im Umgang mit Dysphagiepatienten

- Utianski, R.L., Lansford, K.L., Liss, J.M. & Azuma, T. (2011). The effects of topic knowledge on intelligibility and lexical segmentation in hypokinetic and ataxic dysarthria. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 19 (4), 25-36
- Vickers, C., Even, J. & Joo, E. (2015). *Speaking loud and clear: a communication recovery group for adults with dysarthria.* Seminarhandout auf der Jahrestagung der California Speech-Language-Hearing Association. [www.csha.org/convention/convention-Handouts/CandaceVickersMS53.pdf](http://www.csha.org/convention/convention-Handouts/CandaceVickersMS53.pdf) (15.01.2016)
- Walshe, M., Peach, R. & Miller, N. (2009). Dysarthria Impact Profile: development of a scale to measure psychosocial effect. *International Journal of Language & Communication Disorders* 44 (5), 693-715
- Waltersbacher, A. (2015). *Heilmittelabrechnungen der AOK.* Persönliche Mitteilung
- Yorkston, K.M., Beukelman, D.R., Strand, E.A. & Bell, K.R. (1999). *Management of speech disorders in children and adults.* Austin: Texas: Pro-Ed.
- Ziegler, W. & Vogel, M. (2010). *Dysarthrie verstehen – untersuchen – behandeln.* Stuttgart: Thieme

DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2016-53020160205

## Autorin

Vibeke Masoud  
Abt. Ltg. Sprachtherapie  
Waldklinik Jesteburg  
Zentrum für Rehabilitation  
Kleckerwaldweg 145  
21266 Jesteburg  
masoud@waldklinik-jesteburg.de  
[www.waldklinik-jesteburg.de](http://www.waldklinik-jesteburg.de)

## SUMMARY. Group therapy for dysarthria

There are publications about group therapy for aphasia or for other speech therapy fields. But there is still a lack of research into group therapy for dysarthria. There are only a few studies on group therapy for dysarthria and only some practical concepts have been published. Nevertheless some studies show positive effects, so it may be worthwhile taking a closer look at this subject, in particular with regard to some aspects like strategies of functional communication, feedback, change of speaker's perspective and coping mechanisms. Following theoretical considerations a practical example with a possible structure and agenda will be presented.

KEY WORDS: Dysarthria – group therapy – communicative strategies – intelligibility