



Universitätsverlag Potsdam

## Artikel erschienen in:

*Sarah Tan, Sarah Düring, Alina Wilde,  
Lara Hamburger, Tom Fritzsche (Hrsg.)*

### **Spektrum Patholinguistik Band 16. Schwerpunktthema: Schnittstelle Alltag: Transfer und Teilhabe in der Sprachtherapie**

2023 – viii, 234 S.

ISBN 978-3-86956-559-0

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-59043>



Empfohlene Zitation:

Frank Ostermann: Last und Lust der Partizipation: Verschiedene Therapieformate bei globaler und Restaphasie, Spektrum Patholinguistik 16, S. 39–52.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-61341>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>



# Last und Lust der Partizipation: Verschiedene Therapieformate bei globaler und Restaphasie

*Frank Ostermann*

Dresden

**ABSTRACT:** Partizipation meint in diesem Kontext die erfolgreiche mündliche Verständigung im sozialen Miteinander. Unter der Bedingung einer Aphasie verändert sich die Partizipation im Alltag bis hin zur sozialen Isolation. Die Sprachtherapie bietet verschiedene Therapieformate, um dagegen verbale Freiräume zu eröffnen. Bei einer globalen Aphasie werden Interaktionshilfen zur Kompensation von sprachlichen Defiziten systematisch und gezielt eingesetzt. Mein Vorgehen beschreibe ich ausführlich. Bei Restaphasie, bei Patient\*innen im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeitschancen handelt es sich eher um individuelle Projekte zur Selbständigkeit oder Beschäftigung. Hilfreich ist ein Netzwerk an kollegialen Kontakten. Meine Überlegungen und Daten stammen alle aus meinen Erfahrungen in der eigenen Praxis für Sprachtherapie in Dresden.

**KEYWORDS:** Partizipation, Therapieformate, globale Aphasie, Restaphasie, therapeutisches Milieu

## 1 Einleitung

Das Thema entstammt meiner Tätigkeit als Sprachtherapeut in einer eigenen Praxis in Dresden. Die Therapien werden durch eine sorgfältige Dokumentation begleitet und können anschließend unter verschiedenen Gesichtspunkten analysiert werden. Solche Daten aus dem Praxisgeschehen werden nur selten öffentlich zugänglich gemacht. Ich möchte auch diejenigen animieren, sich an ähnliche Dokumentationen und Analysen heranzutrauen.

Außerdem stammt mein Thema aus dem Wunsch, den ICF-Gedanken der Partizipation in den sprachtherapeutischen Alltag zu übertragen. Betrachte ich die Sprachtherapie als Sonderform der Interaktion, bildet die verbale Interaktion die Grundlage für unser therapeutisches Miteinander. Das Gespräch wäre die Mikroorganisation unserer Gesellschaft. Weitere Formen der Interaktion können dann als Kontinuum einer immer mehr reglementierenden und formalisierten sozialen Struktur von Familie über Schule, Ausbildung, Beruf, Börde oder Gericht aufgefasst werden.

Gespräche sind i. d. R. weder vorhersagbar noch planbar. Sie gestalten sich aus dem aktiven Zusammenspiel der Beteiligten. Sie sind mündlich und multimodal, also auf Körperhaltung, Gestik, Situation u. a. ausgelegt (Auer & Bauer 2009). Außerdem sind sie auf das Gelingen der gemeinsamen Verständigung ausgerichtet.

Bei einer Aphasie ist die Partizipation verringert bis maximal gestört (Dalemans et al. 2010). Menschen mit Aphasie scheitern in der verbalen Interaktion in der Familie, im Freundeskreis und in ihrer Umgebung ebenso wie in der Sprachtherapie. Was für therapeutische Formate werden benötigt, um die gemeinsame Interaktion zu einem Erfolg werden zu lassen? Ich möchte meine Überlegungen an zwei Gruppen von Menschen mit Aphasie aus meiner Praxis erläutern: bei der ersten Gruppe handelt es sich um Patienten mit globaler Aphasie und bei der zweiten um Patienten mit Restaphasie.

## 2 Partizipation bei globaler Aphasie

### 2.1 Gespräche führen

Meine Praxis betreute zwischenzeitlich wöchentlich vier bis acht Patient\*innen mit globaler Aphasie. Insgesamt kam ich auf 30 Patient\*innen von 2004 bis 2021. Mehrheitlich (87%) waren die Patienten über 60 Jahre alt, 40% weiblich und 60% männlich. Verheiratete lebten vorwiegend in eigener Wohnung/Haus, Geschiedene

bzw. getrennt Lebende wohnten eher im Heim. 75 % saßen im Rollstuhl und unsere Kontakte fanden bevorzugt im Hausbesuch statt. Das Sprachbild bzw. die sprachlichen Fähigkeiten bestanden in zwölf Fällen aus „Floskeln“, in zehn Fällen waren die Patienten verstummt (= mutistisch) und bei acht Patienten bestanden „Automatismen“ im chronischen Krankheitsverlauf (Ostermann 2016; 2017).

Tabelle 1

*Ärztliche Verschreibung und Therapie*

<b>Frequenz nach Rezept</b>	<b>Patient*innen (n = 30)</b>	<b>Durchschnitt</b>	<b>Streuung</b>	<b>Therapiedauer</b>
1–2× wöchentl.	14 (46%)	59×	10–150×	1–4 Jahre
2× wöchentl.	11 (36%)	221×	70–490×	1–11 Jahre
2–3× wöchentl.	5 (16%)	650×	320–1000×	4–17 Jahre

Tabelle 1 zeigt die Frequenz pro Rezept sowie die Anzahl der Therapiesitzungen und die gesamte Dauer der Therapie. I. d. R. sind es 45 Therapieminuten, bei hoher Frequenz oft 60 Minuten. Die therapeutischen Kontakte gestalteten sich sehr unterschiedlich. Die Hälfte der Patient\*innen hatte wenige Therapien in kürzerer Zeit; manche verstarben, zogen um, bekamen kein Rezept mehr oder brachen die Therapie ab. Die andere Hälfte wurde wesentlich umfangreicher versorgt, langfristiger und konsequent. Es gab nur bescheidene Versuche, Schriftsprache anzubahnen. Alle mündlichen Bemühungen blieben erfolglos; ein Wiedererwerb sprachlicher Fähigkeiten ist bei diesem Störungsbild nahezu nicht möglich. Der Schwerpunkt lag auf der Partizipation, dem Gespräch und den Kommunikationsversuchen mit allen Mitteln.

Wie organisiere ich solche Gespräche praktisch? Ich benötige dazu immer Papier und Stift sowie einen Kalender, eine (Therapie-) Uhr und ein Kommunikationsbuch (KB). Ohne Hilfsmittel komme ich kaum weiter und setze sie gleich zu Beginn einer Therapie ein, ab der ersten Stunde.

Nach längerem Therapiekontakt addieren sich die Informationen über die Familienverhältnisse zu einem Stammbaum, und eine Skizze des Hauses, der Wohnung oder des Gartens wird erstellt. Diese Hilfen lassen sich gut mit den Patient\*innen in der Therapie erarbeiten (s. Ostermann 2014b). Gelegentlich muss ich Stadtpläne oder Landkarten zurate ziehen. Viele, selbst Schwerbetroffene können sich geographisch sicher orientieren und z. B. über Reisen informieren.

Die verschiedensten Beobachtungen, Notizen und Dokumentationen über Patient\*innen haben sich in der Rückschau segensreich ausgezahlt. Einmal hatte ich zu jeder Therapiestunde eine Gesprächsnotiz angefertigt. Die Patientin äußerte sich ausschließlich über *recurring utterances* (wiederholt geäußerte formstarre Sprachautomatismen) („dididi“). Es kam zu jeder Stunde zu mehr oder weniger umfangreichen Gesprächen. Es wurde über das Wetter, den Tagesablauf der Patienten, ihre neue rollstuhlgerechte Wohnung, die Familie, die Wochenenden u. v. a. m. gesprochen (Ostermann 2014b). Manchmal gab es nur kurze Episoden und dann wieder längere, z. T. zusammen mit dem Ehemann, der seine Frau immer zur Therapie brachte und wieder abholte. Selbstverständlich konnten wir über ihre Stimmung reden, über Schmerzen oder Missstimmungen zu Hause.

Auch bei anderen Patient\*innen wurden Meinungsverschiedenheiten und Krisen zwischen Ehepartnern thematisiert und teilweise ausgeräumt. Eine Ehefrau machte ihrem Mann heftige „Vorwürfe“, die er überhaupt nicht verstehen konnte. Schließlich stellt sich heraus, dass ihr Mann zu Hause die welken Balkonblumen beseitigen sollte. Der Ehemann hatte allerdings gerade völlig andere Sorgen.

## 2.2 Interaktionshilfen

Im Alltag kann ich intuitiv mit Missverständnissen, sprachlichen Fehlleistungen oder fremdsprachlichen Sprechern umgehen. In der Therapie nutze ich zusätzlich Entscheidungsfragen als verbale Technik oder Zeichnen/Gesten/Kommunikationsbuch (KB) als nonverbale

Technik. Ich frage mich geschickt durch situative Kontexte: geht es um die Familie (dann nutzen wir den Stammbaum) oder die Wohnung (dann mit Grundriss der Wohnung) oder bspw. das Heim, die Pflege, Medikamente oder einen Arzt?

Zu viele Nachfragen zu einem bestimmten Thema können zu Überforderung bei den Patient\*innen führen. Bei Defiziten im Sprachverstehen oder in der Aufmerksamkeit bräuchte ich mich und die Patient\*innen um den Gesprächserfolg. Der Therapeut sollte seine Fragen auf eine Entscheidungsmöglichkeit reduzieren, dass sie mit Hilfe der visuellen Unterstützung durch die Aufzeichnungen beantwortet werden kann. Zum Beispiel kann ein Restaurantbesuch anlässlich einer Feier in mehrere elementare Aussagen zerlegt und diese mit Zeichnungen, Bildern oder Gesten abgesichert werden. Der Patient braucht dazu nur zuzustimmen oder abzulehnen. Die elementaren Aussagen verstehen sich semantisch als Proposition, als kleinster Inhalt einer Nachricht. Das Gespräch lässt sich auch über die Fragepronomen realisieren, wie es in der Tabelle 2 nachzulesen ist (s. Ostermann 2006).

Tabelle 2

*Semantische Zerlegung von Aussagen (Bsp. Restaurant)*

<b>Fragewort</b>	<b>Proposition</b>	<b>Aktion</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>Bild</b>
Wann?	Uhrzeit	zeigen	Uhr	
	Tag/Datum	zeigen	Kalender/KB	
Wo?	Ort	zeigen	Plan/Skizze	Bild
	Tisch/Stühle	malen		
Wer?	Person(en)	zeigen	Stammbaum	
Was?	Essen	zeigen	Karte/KB/Geste	Bild
Wie?	Geschmeckt	zeigen	Geste/Smiley	ggf. Bild

Ich muss nicht alle Aspekte ansprechen und kann mich auf wesentliche beschränken: „Wer kam?“ und „Was gab es?“. Ich kann den Stammbaum zu Rate ziehen und zusätzlich Strichmännchen zu den

Gästen malen. Die Auswahl an Gerichten ist schier unendlich und es gibt kein Kommunikations- oder Kochbuch, in dem alles enthalten ist. Da hilft eine Länderauswahl aus Europa, ggf. in einem Atlas, um die Geschmacksrichtung zu erkennen. Diese Information kann ich als Tagebucheintrag mit dem entsprechenden Datum versehen und als gemeinsame Erinnerung aufheben. Falls Therapeut\*innen ihre Patient\*innen mehrere Jahre betreuen, können sie z.B. zu jedem Geburtstag so eine Notiz zusammenstellen und Erinnerungen sammeln.

Entscheidend für die Verständigung ist die erfolgreiche Übermittlung der Information „(Geburtstags-)Feier“. Wenn ich zur Verständnissicherung die entscheidenden Informationen wiederhole, habe ich ein erfolgreiches Gespräch und eine geglückte Partizipation realisiert. Dieses Vorgehen mache ich nicht nur einmal, sondern wiederhole es für alle wichtigen, vorgelegten Themen. Es ist ein indirektes Mittel, um Kompensation bei einer schweren Sprachstörung durchzusetzen. Gedanken werden festgehalten, Notizen gemacht und kleine Strichzeichnungen oder Bilder zur Klärung vorgelegt.

### 2.3 Kompensation

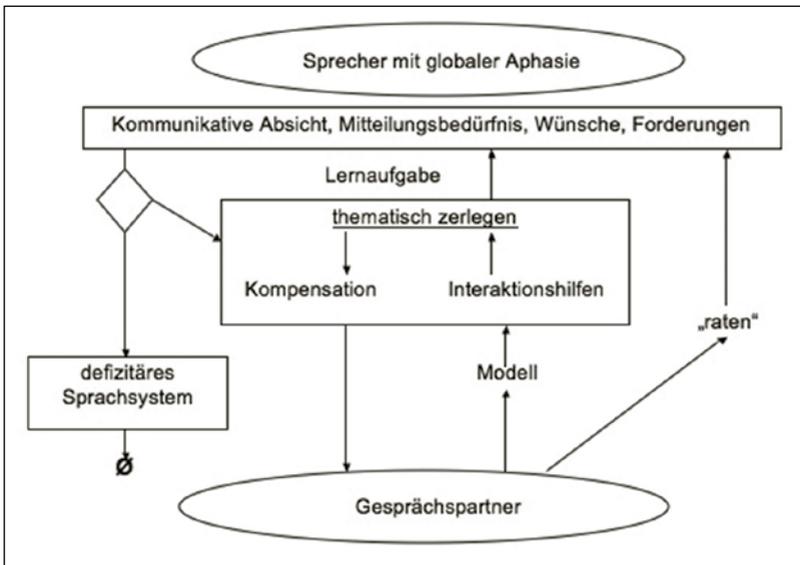
In der Vergangenheit ist bereits viel über verschiedenste Techniken zur Kompensation bei schweren Aphasien publiziert worden (Überblick in Ostermann 2014a). Kompensation meint hier den Ausgleich sprachlicher Schwächen von Patient\*innen durch andere Gesprächsteilnehmer. An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die jeweilige Kompensation von den Therapeut\*innen ausgehen muss. Sie setzen verschiedene Techniken ein, um die Hindernisse im Gespräch zu überwinden. Erst später gebe ich es einem Patienten.

Die Sprecher\*innen mit einer Aphasie können ihre kommunikativen Absichten und Bedürfnisse nicht ausdrücken, so dass die gesunden Sprecher\*innen intuitiv anfangen zu raten. Oft scheitert die Verständigung.

Zerlegt der/die Therapeut\*in jedoch das Gesprächsthema in elementare Propositionen, lässt sich das Redebedürfnis der aphasischen Sprecher\*innen aufschlüsseln. Der/die Therapeut\*in gibt ein Modell für eine zielgerichtete und erfolgreiche Verständigung. Dieses Modell ist dargestellt in Abbildung 1. Viele Patient\*innen müssen erst an diese Art der Verständigung und Kompensation herangeführt werden. Das bedeutet einen Lernprozess für Patient\*in wie Angehörige.

Abbildung 1

*Verständigungsmodell bei globaler Aphasie (vgl. Ostermann 2014b)*



Nach meinen Erfahrungen braucht es 1–2 Jahre Training, bis Patient\*innen den Nutzen solcher Kompensationen erkennen und beginnen sie selbständig anzuwenden. Dennoch muss man Patient\*innen wie die Angehörigen immer mal wieder an die Kompensationen erinnern.

Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie waren gutes Sprachverständnis und intakte konzeptuelle Semantik, weiterhin gute Aufmerksamkeit (vgl. Überblick in Ostermann 2017).

## 2.4 Aktivitäten bei globaler Aphasie

In Wieweit ein\*e Patient\*in die Hilfen der Therapeuten überhaupt annehmen kann, hängt von verschiedenen persönlichen und sozialen Faktoren ab (Dalemans et al. 2010). Patient\*innen sollten motiviert bleiben, kommunikativ angepasst und körperlich nicht überfordert sein. Als soziale Faktoren betonen Dalemans et al. die Aufgeschlossenheit der Familie wie der Dienstleister (Pflege, Fahrer, Ärzte u. a.). Die Schulung von Angehörigen ist eigentlich ein eigenständiges Kapitel (deLangen-Müller 2015). Tabelle 3 zeigt die Aktivitäten von 19 Patient\*innen mit globaler Aphasie.

Tabelle 3

*Aktivitäten bei globaler Aphasie (Auswahl aus Daten der Praxis, vgl. Ostermann 2018)*

<b>Aktivitäten</b>	<b>N = 19</b>	<b>Mehrere Nennungen</b>
Familie/Feierlichkeiten	alle	Besuche, Geburtstage u. a. m.
Einkaufen/Geld	9 (47%)	Nicht immer eigenes Geld
Soziale Gruppen	8 (42%)	Treffen, Selbsthilfe, Musik
Veranstaltungen	8 (42%)	Fußball, Konzert, Theater
(Tages-)Ausflüge	6 (31%)	In die Umgebung
Reisen	6 (31%)	

Betrachte ich die Aktivitäten unter den Aspekt der Selbständigkeit fällt sofort der begrenzte Aktionsradius auf. Kaum ein\*e Patient\*in kann allein etwas unternehmen. Fünf Patient\*innen weisen einen „bescheidenen Aktionsradius“ aus, der sich wesentlich in den eigenen vier Wänden abspielt. Selten unterbrochen durch kleine Ausflüge. Manche wünschen sich mehr als die Angehörigen realisieren können. Neun Patient\*innen pflegen einen „engen Aktionsradius“ mit gelegentlichen Treffen und/oder Veranstaltungen. Nur fünf Patient\*innen erreichen einen „weiten Aktionsradius“ mit Veranstaltungen, Ausflügen und Reisen.

### 3 Partizipation bei Restaphasie

#### 3.1 Erwerbsfähige Patienten in der Sprachtherapie

In den ersten Jahren hatte ich keine Patienten im erwerbsfähigen Alter in meiner Praxis. Über das Kommunikations- und Informationszentrum für Aphasiker und Angehörige bei der Klinik Bavaria in Kreischau haben Prof. Dr. Teichmann und ich Selbständige mit Aphasie gesucht und interviewt (s. Teichmann 2013). Das Thema *mit Aphasie zurück in den Beruf* war zu diesem Zeitpunkt noch wenig erforscht (Claros-Salinas 2001; Fries et al. 2007). Später kamen immer mehr Erwerbstätige mit Aphasie in die Praxis, so dass sich die Zahl zum Ende meiner Praxistätigkeit auf mindestens 47 Personen summierte.

Für die Analyse der Altersstruktur aus den Akten habe ich folgende praktische Unterscheidungen einführen: Alter bis 29 Jahre in Ausbildung oder Berufsbeginn, zwischen 30 bis 49 Jahre alt im Karriereschub und älter als 50 Jahre. Tatsächlich habe ich in der Praxis keine Jugendlichen oder junge Erwachsene betreut. Von den 13 berufstätigen Patient\*innen ab 50 Jahren kam tatsächlich niemand mehr in den Beruf zurück, selbst bei leichteren Schwächen. Eine Ausnahme bildeten die beiden Selbständigen, die z. T. mit Assistenz ohne Altersbegrenzung beschäftigt sein konnten.

Die therapeutisch herausragende Gruppe zwischen 30 bis 49 Jahren, auf dem Höhepunkt von Karriere, Familie und Freizeit, bestand aus 32 Erwerbsfähigen. Elf meiner Patient\*innen kehrten zurück in den Beruf (Ostermann 2021). Interessanterweise vollzog sich diese Rückkehr innerhalb von 18 Monaten Krankengeldbezug. Wer länger brauchte, wurde erwerbslos, so beispielsweise bei weiteren zehn Patient\*innen mit einer schweren chronischen Aphasie geschehen. Die letzte Gruppe, über die ich ausführlicher referieren möchte, bestand aus elf Patient\*innen mit Restaphasie und gehörte zu einer bisher vernachlässigten Klientel.

### 3.2 Individuelle Projekte und informelle Gespräche

Zunächst muss berücksichtigt werden, dass es medizinische, sprachliche oder/und kognitive Gründe gibt, die die Patient\*innen an der Ausübung einer Tätigkeit behindern. Die Sprachtherapie gliedert sich in drei Aufgaben. Soweit nötig, können die sprachlichen Restsymptome mit einem bekannten neurolinguistischen Ansatz behandelt werden. Darüberhinaus habe ich mir *individuelle Projekte* für jede\*n Patient\*in überlegt. Die dritte Aufgabe orientiert sich als *informelles Gespräch* an den privaten Bedürfnissen der Patient\*innen.

Für die *individuellen Projekte* bestand keine direkte berufliche Anforderung, sondern eine die für die Geschäftsfähigkeit oder Selbstständigkeit oder Freizeitgestaltung ausschlaggebend sein musste. Das fiel aus dem gewöhnlichen Rahmen der Sprachtherapie heraus und entwickelte sich aus einem Wunsch nach Beschäftigung. Ein\*e Patient\*in sollte im Internet recherchieren oder Verkaufsanzeigen für Ebay aufgeben. Andere Patient\*innen mussten Anforderungen im Rahmen der Reha-Bearbeitung lösen und bedurften einer begleitenden sozialen Beratung. Für ein mögliches und gewünschtes Arbeitstraining mussten pädagogische Einrichtungen gefunden werden. Oft schloss sich ein neuropsychologischer Kontakt an. Für solche Verbindungen brauchte ich ein Netzwerk von Kolleg\*innen in vielen verschiedenen Bereichen. Manchmal wurde thematisiert, inwieweit die Selbsthilfegruppe für Aphasie eine sinnvolle Beschäftigung sein konnte. Im Sinne einer der Freizeitgestaltung entdeckte jemand die Dorfkerne seiner Großstadt, erkundete Wanderwege oder erstellte Reiserouten der Umgebung. Gelegentlich wurden Sachtexte bearbeitet. Zwei Patient\*innen sollten ihre Promotion mittels strukturierter Begleitung noch zu Ende bringen.

Unter *informelle Gespräche* fallen alle Themen des privaten Umfeldes der Patient\*innen. Es kann um die Verarbeitung der Hirnerkrankung gehen, um den Verlust der bisherigen Arbeitsumgebung und der Kolleg\*innen. Wechselnd aktuell tauchen Beziehungsproble-

me auf, die z. T. sehr belastend für die Patient\*innen sein können. Auch der Wunsch nach Freizeit, Reisen oder Medienkonsum kann zu Gesprächsstoff führen. Ebenso sollen Termine abgestimmt werden, eine sinnvolle Wochenstruktur diskutiert oder häusliche Verpflichtungen abgewogen werden.

#### 4 Resümee

Die Gestaltung des sozialen Miteinanders ist mein Leitgedanke für die Chancen auf Partizipation unter der Bedingung einer Aphasie. Mit einer globalen Aphasie liegt die Last der Partizipation auf allen Beteiligten. Idealerweise sollten sich alle mit den kompensatorischen Mitteln in der Kommunikation anfreunden. Allerdings setzt das einen Lernprozess voraus, dessen zeitlicher und therapeutischer Aufwand nicht zu unterschätzen ist. Ohne eine\*n Angehörige\*n ist dies schwer zu erreichen.

Bei erfolgreichen Kontakten entwickeln sich nach meiner Erfahrung eine Lust auf Partizipation und ein gelungener Austausch über die Sorgen und Nöte der Patient\*innen, der als selbstverständlich wahrgenommen wird. Das Gesprächsformat als alltägliche soziale Erfahrung bildet die gebräuchlichste Grundlage.

Die Lasten der Partizipation liegen auch bei den Dienstleistern (Therapeut\*innen, Pfleger\*innen, Ärzt\*innen), die sich im Wortsinn um die Patient\*innen kümmern müssen. Aus meiner ambulanten Perspektive vermisste ich gemeinsame Kontakte und organisatorische Absprachen, z. B. Patient\*innenkonferenzen.

Die ambulante Therapie ist prädestiniert für longitudinale Studien, weil ein dauerhafter und kontinuierlicher Kontakt viele Einblicke in den Alltag bei Aphasie bietet. Eine sorgfältige Dokumentation eröffnet die Möglichkeit für anschließende Analysen, die es sonst nicht gäbe. Ich kann den Fokus auf eine Gruppe von erwerbstätigen Patient\*innen mit Aphasie lenken, die eine zeitlich und therapeutisch befristete Perspektive besitzen. Die Berufsfähigkeit stellt andere par-

tizipatorische Anforderungen an die Sprachtherapie. Leider kehren sehr wenige Patient\*innen mit Aphasie zurück in den Beruf.

Den Personenkreis ohne Rückkehr in den Beruf möchte ich für die ambulante Sprachtherapie hervorheben. Diese Patient\*innen müssen eine neue Lebensperspektive entwickeln. Während z. B. die Gesprächsfähigkeit kaum eingeschränkt ist, rücken dann persönliche Bedürfnisse und individuelle Projekte in den Vordergrund der Therapie. Es braucht andere Formate bezüglich Freizeit und Beschäftigung. Ich betrachte das als therapeutisches Neuland mit Entwicklungsbedarf.

Die meiste Last mit der Partizipation trägt die Familie; sie lebt mit einem/r erkrankten, unter Umständen nicht mehr erwerbsfähigen Familienmitglied zusammen. Patient\*innen haben die Last weniger im privaten als öffentlichen Raum; sie müssen mit Kassen, Reha-Trägern, Ämtern oder ggf. mit dem Arbeitgeber um ihre Rechte kämpfen. Dafür benötigen sie ihre Angehörigen und ein kollegiales Netzwerk zur Unterstützung.

## 5 Ausblick

Die Partizipation beschreibe ich als Kontinuum in der verbalen Interaktion, vom einfachen Gespräch über immer formālere Gesprächsformen im Alltag, Schule/Ausbildung, Beruf, Ämter, Gericht u. v. a. Die Therapie greift je nach Patient\*in aus dem Kontinuum verschiedene Formate auf; angefangen vom Basisformat *Gespräch* bis zu offenen *individuellen Formaten* für Freizeit und Beschäftigung.

Die Sprachtherapie ist für die Mikroorganisation der verbalen Interaktion zuständig; dies ist ihre vordringliche Aufgabe. Sie kann nicht allein die gesellschaftliche Makroorganisation der verbalen Interaktion beeinflussen. Dennoch fehlt im ambulanten Bereich ein kommunales therapeutisches Milieu mit gemeinsamen Beratungen und/oder einem ausgebauten Netzwerk.

## 6 Literatur

- Auer, P. & Bauer, A. (2009). *Aphasie im Alltag*. Thieme.
- Claros-Salinas, D. (2001). Therapiekonzepte zur beruflichen Wiedereingliederung aphasischer Patienten. *Forum Logopädie*, 15(1), 7–15.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D. & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of peoples with apasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45(5), 537–550. <https://doi.org/10.3109/13682820903223633>
- de Langen-Müller, U. (2015). Angehörigenarbeit bei Aphasie: Brauchen oder können Laien Therapie? *Sprache – Stimme – Gehör*, 39(3), 123–129. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559671>
- Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (2007). *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation – für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Thieme.
- Ostermann, F. (2006). Interaktionshilfen: Arbeitselemente einer unterstützten Kommunikation bei global aphasischen Sprechern. *Sprache – Stimme – Gehör*, 30(3), 125–130. <https://doi.org/10.1055/s-2006-947249>
- Ostermann, F. (2014a) (Hrsg.). *Ohne Worte. Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie*. Prolog.
- Ostermann, F. (2014b). Gespräche mit Menschen mit globaler Aphasie: Ein Arbeitsbericht aus der ambulanten Sprachtherapie. In Frank Ostermann (Hrsg.), *Ohne Worte. Sprachverarbeitung und Therapie bei globaler Aphasie* (255–276). Prolog.
- Ostermann, F. (2016). Bericht aus der Praxis. Therapie bei globaler Aphasie: langfristige Entwicklungen? *Aphasie und verwandte Gebiete*, 1, 41–48.
- Ostermann, F. (2017). Globale Aphasie: Erfahrungsbericht aus langjährigen Sprachtherapien. *Neurologie & Rehabilitation*, 23(4), 328–336.

- Ostermann, F. (2018). Teilhabe und Aktivitäten bei globaler Aphasie. Einblicke in den Alltag. In Helmut Teichmann (Hrsg.), *Sprache und Denken* (26–54). Selbstverlag.
- Ostermann, F. (2021). Arbeit und Aphasie. *Forum Logopädie*, 35(5), 32–36.
- Teichmann, H. (2013). *Arbeit trotz Aphasie. Eine Interview- und Berichtssammlung*. Selbstverlag

## **Kontakt**

Frank Ostermann  
[ostermann@dbs-ev.de](mailto:ostermann@dbs-ev.de)