

Aus Fallbeispielen lernen

Ableitungen für die Theorie und Praxis

Manfred Grohnfeldt

ZUSAMMENFASSUNG. Fallbeispiele können zu Schlüsselementen der Sprachtherapie werden. Anlässlich seines 70. Geburtstags gibt der Verfasser einen Einblick in seine praktische Tätigkeit aus vier Jahrzehnten. Neben der Einzigartigkeit zeigt sich dabei das Generelle sprachtherapeutischer Interventionen. Auf der Grundlage eines „Handwerks“ didaktisch-methodischer Fähigkeiten ist vor allem die therapeutische Beziehung von wesentlicher Bedeutung. Die Ausführungen münden in einer Sammlung von acht therapeutischen Merkmalen, die als Ausgangspunkt dienen, sein jeweils eigenes therapeutisches Selbstverständnis zu finden. Dabei wird der Blick nach vorne auf persönliche Perspektiven und Ziele gerichtet.

Schlüsselwörter: Falldarstellungen – therapeutisches Selbstverständnis – therapeutische Beziehung – Wesensmerkmale der Sprachtherapie



Prof. Dr. phil. Manfred Grohnfeldt studierte 1967-1970 Pädagogik in Bremen sowie 1972-1974 Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheilpädagogik in Hamburg. Nach der Promotion 1974 in Hamburg in Sonderpädagogik, Phonetik/Sprachwissenschaft und Psychopathologie war er in Schulen, Ambulanzen und Beratungsstellen tätig und hatte Lehraufträge an den Universitäten in Hamburg, Bremen und Tübingen. 1977 wurde er Professor für Sprachbehindertenpädagogik in Reutlingen/Tübingen, 1987 Universitätsprofessor und Direktor des Seminars für Sprachbehindertenpädagogik in Köln, wo er 1991 die „Forschungsstelle für Sprachtherapie und Rehabilitation“ gründete. 2000 wurde Grohnfeldt Universitätsprofessor (Ordinarius) an der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2010-2013 war er Forschungsdekan und Vorsitzender der Ethikkommission der Fakultät 11 der LMU München und 2014 folgte seine Emeritierung.

Einleitung

Falldarstellungen sind ein Königsweg zum Verständnis von Sprachstörungen. Durch sie kann es geradezu schlagartig zum Erkennen von Hintergründen und Zusammenhängen bei komplexen Störungsphänomenen kommen, die bei einer deduktiven Herangehensweise verschlossen geblieben wären. Aus Falldarstellungen lassen sich anschaulich theoretische Bezugnahmen, aber auch praktische Therapieformen ableiten.

Fallbeispiele sind einerseits einzigartig, andererseits aber auch häufig idealtypisch für bestimmte Konstellationen und Arten des Vorgehens. Die Beispiele zu unterschiedlichen Störungsbildern wie Sprachentwicklungsstörungen und Aphasien verdeutlichen das. Sie sind Anlass für grundsätzliche Überlegungen zum therapeutischen Selbstverständnis, aber auch ein Fundus für vielfältige praktische Ansätze.

Dies gilt ebenso für die familiäre Einbettung von Sprachstörungen. Die genannten Fallbeispiele zeigen unterschiedliche Möglichkeiten und ermöglichen ganz bestimmte Ableitungen für die Theorie und Praxis. Übergreifend werden Fragen behandelt

- zum didaktisch-methodischen Zugriff: Was wirkt wie, wann und warum?
- zur Person der Sprachtherapeutin bzw. des Sprachtherapeuten: Was will ich?
- zur Rolle der Eltern und Angehörigen:

Welche Bedeutung hat der soziale Kontext?

- zur therapeutischen Beziehung: Welchen Stellenwert hat der Beziehungsaspekt in der Therapie?

Abschließend werden die bisherigen Gedankengänge in acht Schlüsselementen für das therapeutische Selbstverständnis zusammengeführt. Daran kann man sich orientieren, um seinen eigenen Standort zu bestimmen und ein ganz individuelles Profil zu erstellen. Es werden neben anschaulichen Beispielen, die zur Reflexion über das eigene Handeln anregen, auch Impulse zur Veränderung und Selbsthilfe für ein ganz persönliches sprachtherapeutisches Vorgehen gegeben.

Fallbeispiele

Die meisten Leserinnen und Leser werden mich eher aus Veröffentlichungen als Professor der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie kennen. Doch ich war die überwiegende Zeit meines Berufslebens auch als Sprachtherapeut praktisch tätig. Es entsprach meiner Motivation bei der Berufswahl – und zum anderen: Man sollte wissen, wovon man spricht. Jetzt, nach meiner Emeritierung, blicke ich zurück und erkenne, wie sehr mich diese praktische Tätigkeit geprägt hat. Sie war ent-

scheidend für mein therapeutisches Selbstverständnis. Die folgenden Beispiele sind aus über vier Jahrzehnten entnommen, in denen ich 22 Jahre lang als Sprachtherapeut mit den Krankenkassen abrechnete, in dieser Zeit nebenberuflich in einer Beratungsstelle für Hör- und Sprachgeschädigte arbeitete und dann – sehr viel seltener – im Rahmen des von mir gegründeten Forschungsinstituts für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) an den Universitäten in Köln und München tätig war. Ich beginne bewusst mit Fallbeispielen aus meiner frühen Zeit.

BEISPIEL Henriette (1975)

Sinn am Ende des Lebens

Henriette war eine ältere alleinstehende Dame, die trotz eines Schlaganfalls mit einer nachfolgenden Broca-Aphasie und Sprechapraxie weiterhin in ihrer kleinen Wohnung lebte. Sie war damals 85 Jahre und ich war 26 Jahre alt. Ich kam zweimal in der Woche zur Therapie.

Aufgrund einer leichten Hemiplegie ging sie am Stock, war aber noch erstaunlich agil. Sie war total vereinsamt. Ihre Kinder wohnten weit entfernt und hatten keinen Kontakt zu ihr. Alle 14 Tage kam ein Fahrer mit Tiefkühlkost und sie bestellte, indem sie mit dem Finger die betreffenden Gerichte im Katalog zeigte.

Und jetzt kam ich – der Höhepunkt der Woche, wie sie mir nach einigen Monaten erklärte. Das Eis war gebrochen, als sie mir ihre Situation erklärte und ich den Ausdruck „tüdelig“ heraushörte oder besser erriet. Von da an nannte sie mich meistens „Jungchen“. Es war mir schnell klar, dass in diesem Fall eine systematische nach einem vorgefertigten Programm durchgeführte Therapie wenig Sinn machen würde. Ich überlegte mir eine Art des Vorgehens, die letztlich einer Kombination aus einem simplen Vorläufer der Deblockierungsmethode und der späteren PACE-Therapie von Davis und Wilcox entsprach.

Wir bauten einen Sichtschutz auf und versuchten dann jeweils dem anderen zu erklären, was wir versteckt hatten. Erlaubt waren Anlauthilfen aus einer Buchstabentafel. Am Ende kam jeweils ein Rollenspiel, bei dem ich den Part des Verkäufers von Tiefkühlkost übernahm. Es war ihr (uns) wichtig, dass sie möglichst viel sprach. Für die damalige Zeit, in der Aphasitherapie noch häufig mit Bildern aus der Kindersprachtherapie durchgeführt und den älteren Menschen allein dadurch ihre Situation drastisch vor Augen geführt wurde, war das ein neuer Ansatz. Mit der Zeit erweiterte sich ihre Kommunikationsfähigkeit erheblich. Es kam ihr 86. Geburtstag, zu dem ich eingeladen wurde. Ich sagte nach kurzem Zögern zu. Als ich kam, war ich der einzige Gast. Ich brachte selbstgemachten Kuchen mit, sie hatte ihr geblühtes Sonntagskleid an und machte trotz Hemiplegie Tee. Nach dem eigentlichen Geburtstag demonstrierte sie mir im Rollenspiel, wie gut sie jetzt Tiefkühlkost einkaufen konnte.

Schließlich musste ich noch eine Tätigkeit erraten. Es war nicht ohne Komik, als sie sich in der Pantomime das Gesicht einseifte und eine Gebärde des Rasierens mit dem Messer machte. Glücklicherweise erkannte

ich es bereits im zweiten Versuch. Auch die Verbalisierung gelang recht gut. Es war eine geradezu heitere Atmosphäre.

Sie erklärte mir, dass sich ihr vor 20 Jahren verstorbener Mann so rasiert hätte und fragte dann, ob sie ihn im Himmel wiedersehen würde, wenn sie einmal sterben würde. Es entwickelte sich ein unerwartetes, geradezu tiefgründiges Gespräch. Ich war überrascht, wie gut man über Fragen zum Sinn und zum Tod auch mit vergleichsweise wenig Ausdrücken und nonverbaler Unterstützung kommunizieren kann, wenn man sich auch sonst gut versteht.

Als ich in der nächsten Woche wiederkam und klingelte, machte sie nicht auf. Die Nachbarin kam und sagte, dass Henriette einen erneuten Schlaganfall bekommen hätte und gestorben sei. Ich war erschüttert. Eigentlich kommt der Tod in dem Alter nicht unerwartet, aber zuweilen doch ohne jegliche Vorbereitung. Ich habe sie in ihren letzten Monaten dabei begleitet, wie sie ihre Kommunikationsfähigkeit allmählich erweiterte und Kontakt zu – wenn auch wenigen – Menschen aufbaute. Sie hat mir in meinen vergleichsweise jungen Jahren etwas über das Leben vermittelt. Eigentlich war es ein Geschenk für uns beide.

BEISPIEL Tobias (1975)

Begeisterung hilft bei schnellem Erfolg

In meiner Tätigkeit als Sonderschullehrer arbeitete ich nebenberuflich in einem Kindergarten in einem sozialen Brennpunkt in Bremen-Walle. Ich hielt einen kurzen einleitenden Vortrag vor den Erzieherinnen und beobachtete die Kinder in den Gruppen. Eines der ersten Kinder, das ich untersuchte, war Tobias. Er war ziemlich lebhaft – heute würde man wahrscheinlich von ADHS sprechen. Seine hervorstechendsten Aussprachestörungen waren ein Kappazismus und ein Sigmatismus lateralis dexter.

Spontan sagte ich: „Leg doch einmal den Kopf in den Nacken und sag ‚ak‘“.

Es klappte auf Anhieb! Er wiederholte es mehrfach und war – genauso wie ich – mehr als begeistert. Wir vertieften es, indem ich den Finger an seinen Hals legte und er mit der Zunge quasi „dagegensprach“. Er hätte wahrscheinlich noch bis zur totalen Stimmstörung weiter geübt, wenn ich ihn nicht für die Klopfprobe von Fröschels für die Unterbrechung des Luftstroms beim Sigmatismus lateralis interessiert hätte.

In den folgenden Stunden begrüßte er mich zunächst mit „ak“ und später mit neuesten Erfolgserlebnissen. Wir übten das „k“ in der Anlaut- und später Mittelposition eines Wortes. „Stell dir vor, du sagst ganz leise ‚k‘.

Wie fühlt sich das in deinem Hals an? Und dann versuch zunächst ‚k‘ und dann ‚ka‘ zu sagen.“ Als er „Kaba“ sagen konnte, bestellte er sich Kaba bei der Erzieherin und wollte in der Pause keine Milch mehr trinken.

Die ganze Therapie über war er ein hochmotivierter Junge. Wir verwendeten die lautsprachunterstützenden Zeichen aus dem phonembestimmten Manualsystem (PMS) von Schulte. Die Zeichen für „k“ und „s“ brachte er selbst der ganzen Kindergarten-Gruppe bei. Wir waren schneller fertig als die bei der Krankenkasse beantragten 20 Sitzungen.

Ableitungen zum therapeutischen Selbstverständnis

Die Fallbeispiele sollen zunächst für sich wirken. Natürlich lösen sie Gedankengänge aus, die sich auf die Art der sprachtherapeutischen Intervention, die Motivation, aber auch auf Überlegungen zum Sinn und den Grenzen sprachtherapeutischer Interventionen eingehen. Dabei lassen sich zwei Ebenen unterscheiden:

- Fragen zum didaktisch-methodischen Vorgehen,
- Reflexionen zur Person der Sprachtherapeutin bzw. des Sprachtherapeuten.

Zweifelsohne benötigt man als Sprachtherapeut eine Vielzahl an Fachkenntnissen, die für das Vorgehen bei bestimmten Sprach-, Sprech-, Rede-, Stimm- und Schluckstörungen didaktisch-methodisch differenziert je nach Einzelfall eingesetzt werden müssen. Sie sind quasi das „Handwerk“. Ohne diese Kenntnisse geht es nicht und alle Äußerungen zu diesen Störungen wären überwiegend von akademischem Interesse. Über alle Jahre bleibt dabei jedoch die Überlegung:

Was wirkt wie, wann und warum?

In diesem Zusammenhang ist in letzter Zeit die Frage der Evidenzbasierung geradezu populär geworden. Gibt es einige Therapieformen, die besonders gut wirken? ... und warum eigentlich? Natürlich gibt es dazu eine Vielzahl an Untersuchungen, besonders aus dem angloamerikanischen Raum. Sie können uns durchaus einen Ansatzpunkt geben. So hilft eine intensive Intervalltherapie bei Aphasien besser als eine Verteilung der Sitzungen auf ein- bis zweimal pro Woche. Bei der Therapie von Kindern ist dies aber schon anders, da der Entwicklungsaspekt hinzukommt. Man sollte jedoch bei Vergleichen vorsichtig sein. Es könnte sein, dass ein Verfahren, das nicht so gut abschneidet, bei bestimmten

Menschen doch recht gut wirkt. Und zudem kommt es immer auf die Interaktion mit dem Therapeuten an. So können unterschiedliche Wege zum Erfolg führen und verschiedene therapeutische Verfahren ähnlich effektiv sein.

Kriebel (2003, 254) bringt diese Erkenntnis auf eine einprägsame Formel:

- „Es ist nicht ganz klar, was wirkt.“
- „Doch keines der Verfahren wirkt bei allen Betroffenen.“

Diese ursprünglich auf die Therapie von Sprechangst bezogenen Aussagen gelten eigentlich für alle Sprachstörungen. Es handelt sich um eine realistische Einschätzung, die jedoch nicht als Alibi für Willkür und Beliebigkeit missbraucht werden darf.

Was bleibt, ist die Erkenntnis der Methodenkombination. Als TherapeutIn sollte man eine Vielzahl an Methoden kennen und in der Praxis „spontan“ beherrschen, um eine Anpassung an die individuellen Voraussetzungen bei den betreffenden sprachgestörten Menschen im Sinne eines ideografischen Vorgehens vornehmen zu können. Eigentlich ist dies aus pädagogischer Sicht lange bekannt. Es gerät jedoch gerade in letzter Zeit aus Gründen einer angestrebten Messung von Therapieerfolgen und dem Vergleich mit Kontrollgruppen zuweilen etwas in Vergessenheit. Letztlich geht es um den Erfolg für jeden einzelnen Menschen.

Zu fragen ist, was man unter „Erfolg“ versteht. Dazu gibt es ein breites Spektrum an Antworten. Auf der einen Seite steht natürlich die Beseitigung des Symptoms an sich. Dieses von einem medizinischen Modell abgeleitete Ergebnis entspricht der Hoffnung der meisten sprachgestörten Menschen. Doch es wird schnell klar, dass damit ein Defizitmodell verbunden ist, das auch Ausdruck unseres Krankenkassensystems ist, letztlich aber den Bedingungen menschlichen (Sprach-)Lernens nicht immer entspricht. In den allermeisten Fällen geht es darum, die Eigenaktivität der Betroffenen durch gezielte übungstherapeutische Interventionen zu stärken und dann Möglichkeiten zum Transfer anzuregen.

Auf der anderen Seite des Spektrums steht eine Erleichterung und das Ausnutzen kommunikativer Möglichkeiten bei einem Leben mit der (Sprach-)Behinderung. Das kann bei schweren Formen der Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie eine realistische Einschätzung der Zielsetzung sein. In jedem Fall gilt es dieses Spektrum immer wieder auszuloten. Es bleibt die lapidare Erkenntnis, dass Sprachtherapie zuweilen nicht nur auf die Sprache eingehen sollte. Man wirkt weniger durch die Methode, sondern vor allem als Mensch. Methoden sind ein notwendiges Werkzeug,

entscheidend ist der Mensch hinter der Therapie. Es stellt sich die Frage, vor der man nicht nur als TherapeutIn steht: „Wer bin ich?“ Diese Frage stellen sich die Menschen seit Jahrtausenden.

„Erkenne dich selbst“

Inscription auf dem Apollotempel in Delphi

Bereits in der Antike beschäftigten sich die Menschen mit derartigen Überlegungen, wobei der Satz „Erkenne dich selbst“ auch in die Frage „Was hat mich zu dem gemacht, der ich bin?“ umformuliert werden kann. Im Laufe des Lebens werden sich die Antworten darauf möglicherweise ändern oder abwandeln, zuweilen sind sie im Hintergrund, in herausgehobenen Augenblicken gewinnen sie an Bedeutung.

Dabei bildet sich typischerweise eine bestimmte Grundeinstellung, ein sogenanntes Menschenbild heraus, das sich im Weiteren vertieft und spezifiziert, aber ansonsten erstaunlich stabil ist. Was ist ein Menschenbild und welche Bedeutung hat es für die Art der Therapie?

Menschenbilder sind Teil unseres Weltbildes. Sie sind grundlegende Vorstellungen vom Wesen des Menschen, die sich bis weit in die Geschichte des Menschen zurückverfolgen lassen. Bereits in der Antike gab es den Dualismus eines mechanistischen Menschenbildes (z.B. Demokrit, ca. 460/459-371 v. Chr.) und eines ganzheitlichen Ansatzes (vor allem Aristoteles, 384-322 v. Chr.). Damit verbunden sind nicht nur grundsätzliche Werthaltungen, sondern auch bestimmte Einstellungen, die auf das Handeln des Einzelnen einen wesentlichen, zuweilen unbewussten Einfluss nehmen und von hoher subjektiver Gültigkeit sind. Andererseits verbietet sich eine Bewertung im Sinne eines scheinbar objektiven Beweises im Sinne von „richtig“ oder „falsch“.

Menschenbilder nehmen ihren Ausgang in der Phase des frühen Erwachsenenalters. Jeder blicke in sich hinein. Für mich persönlich war es die Zeit meiner Promotion (Grohnfeldt 1975), in der ich mich mit Fragen der Interaktion und mit ihren möglichen Störungen beschäftigte. Die Axiome von Watzlawick et al. (1969) waren für mich faszinierend. Die Idee der „Pathologie der Beziehung“ statt einer „Pathologie des Individuums“ war damals neu und revolutionär, ein Paradigmenwechsel von nachhaltiger Wirkung.

Mitte der 1980er Jahre war es das Buch „Wendezeit“ von Capra (1984), das mich nachhaltig beeinflusste. Hier wurde auf die Dichotomie eines mechanistischen und ganzheitlichen Menschenbildes eingegangen. Ich bezog es auf Fragen der Sprachheilpädagogik

(Grohnfeldt 1987). Gleichzeitig verfestigte sich mein Selbstverständnis des Therapeuten als Begleiter im Sinne der ursprünglichen Wortbedeutung des griechischen Ausdrucks *therápon* (Begleiter, Gefährte). Es war für mich beeindruckend, welches Selbstverständnis in der Medizin zu Zeiten von Hippokrates (460-370 v. Chr.) herrschte.

In den 1990er Jahren nahm ich die Ideen von Watzlawick erneut auf und begründete mein Vorgehen mit einer Verbindung von „Person- und Systemorientierung“ (Grohnfeldt 1992). Letztlich geht es dabei um die Fokussierung unterschiedlicher Schwerpunkte in der Therapie wie in einem „Kippbild“, bei dem durch einen Wechsel der Perspektive beides gesehen wird und „richtig“ ist.

Im Hinblick auf die Sprachtherapie bedeutet dies, dass es darauf ankommt, was man wissen will und was jeweils Schwerpunkt in einem ideografischen Verfahren ist. Dieser Ansatz wurde in den folgenden Jahren erweitert und durch Fragen der Wertorientierung vertieft (Grohnfeldt 2012).

Gerade im Rückblick wird mir vor Augen geführt, wie das Eine aus dem Anderen entstand und einen Zusammenhang ergibt. Man wird dadurch immer mehr zu dem, der man ursprünglich ist. Das dürfte die wesentliche Aufgabe jeder Therapeutin und jedes Therapeuten sein: den ganz persönlichen Weg zu finden.

Die Rolle der Eltern und Angehörigen

Neben der eigentlichen sprachtherapeutischen Intervention hat die Eltern- und Angehörigenarbeit in der Sprachtherapie seit jeher einen hohen Stellenwert, wobei eigentlich schon immer eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit beklagt wird. Ich selbst habe beim Beginn meiner Berufstätigkeit in einer Schule mit einer angeschlossenen Beratungsstelle für Hör- und Sprachgeschädigte gearbeitet, sodass der Kontakt zu Eltern und Angehörigen im Konzept vorgegeben und damit selbstverständlich war.

Diese Zeit hat mich geprägt und mein Selbstverständnis sehr beeinflusst, mehr noch als die Beschäftigung mit theoretischen Abhandlungen. Sie war eine Motivation, neben meinem Aufbaustudium der Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheilpädagogik und der Promotion zusätzlich auf dem Gebiet der Gesprächstherapie an der Universität Hamburg Veranstaltungen in Theorie und Praxis zu belegen. Dies wiederum ging ein in das Selbstverständnis bei der Gründung des „Forschungsinstituts für Sprachtherapie

und Rehabilitation“ (FSR) an der Universität zu Köln und später an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Die Elternarbeit kann dabei weit über eine schlichte Information hinausgehen. Im Laufe der Jahre habe ich immer wieder Eltern kennengelernt, die ihren Kindern ganz offensichtlich kein gutes Sprachvorbild waren. Zuweilen war dies sogar Ausdruck tieferliegender sozio-emotionaler Störungen, die zu einer Unter- oder Überforderung des Kindes führten. Häufiger ist dabei die Überforderung, indem die Eltern schon in frühester Kindheit mit dem Kind wie mit einem Erwachsenen reden. Eine sprachliche Unterforderung des Kindes ist seltener, wobei es durchaus gutgemeint und „harmlos“ sein kann, zuweilen aber auch Merkmal tiefergehender Konflikte ist.

BEISPIEL Susi (1995)

Rollenfixierung als Letztgeborenes

Susi war erst bei der Einschulungsuntersuchung durch eine massive Sprachentwicklungsverzögerung aufgefallen. Vorher hatte sie keinen Kindergarten besucht. Die Vorsorgeuntersuchung U7 im Alter von 1¾ bis 2 Jahren war offensichtlich unauffällig (?!). Zur Vorsorgeuntersuchung U8 im Alter

von 3½ bis 4 Jahren waren die Eltern mit ihr nicht mehr gegangen.

Als ich Susi kennenlernte, hatte sie den Sprachentwicklungsstand eines Kindes von ca. 2½ Jahren. Als erstes machte ich einen Hausbesuch. Schon gleich nach der Begrüßung zeigte mir die Mutter das rosa Schleifchen im Haar ihrer Tochter. „Ist sie nicht süß?“ fragte sie Beifall heischend. Im Weiteren wurde schnell klar, dass die Eltern mit ihr wie mit einem Kleinkind sprachen, und dies zudem in einer fehlerhaften Art und Weise. „Was haddu denn da, Hasi?“, meinte die Mutter, wobei sie das „s“ in „Hasi“ interdental aussprach. „Lade haben“, bettelte Susi geradezu und deutete auf ein Schokoladenstück. Der Vater meinte nur kurz: „Jetzt nicht.“ Die Mutter gab bereitwillig die Schokolade und sagte: „Hier haddu Lade.“ Ich war mehr als überrascht. Das Kind war nahezu sechs Jahre alt! In der anschließenden Anamnese kam heraus, dass Susi nach zwei älteren Brüdern (übrigens mit total unauffälliger Sprachentwicklung) das besonders von der Mutter lang ersehnte Mädchen war. Die Geburt war schwierig und sechs Wochen zu früh. Die Mutter nannte sie fortan und bis jetzt „meine Kleine“, der Vater sprach von ihr als „unser Püppchen“.

Susi nutzte diese Situation geschickt zu ihren Gunsten aus, indem sie jammerte und quengelte, teilweise die Eltern auch gegeneinander ausspielte, um ihren Willen zu erreichen. Ihre offensichtliche „Babysprache“ wurde von den Eltern, insbesondere von der Mutter, durch ein regressives Sprachvorbild unterstützt und von Susi zuweilen gezielt eingesetzt. Eines bedingte das Andere und verstärkte sich gegenseitig. Eltern und Kind waren wie in einer Beziehungsfalle gefangen.

Ich hatte in meiner sprachtherapeutischen Praxis schon erlebt, wie ein vierjähriger stotternder Junge dem Erziehungsdruck des Vaters ausgesetzt war („Er soll später einmal die Firma übernehmen und wird jetzt schon darauf vorbereitet“), hatte des Öfteren beobachtet, wie die Sprachstörung eines Kindes nachhaltig auf das familiäre Beziehungssystem einwirkt oder wie sich dieses regelkreisartig auf die Sprachentwicklung des Kindes auswirkt. Ein derartig krasser Fall war aber auch für mich neu.

Im Folgenden ging es zunächst einmal weniger um das Kind, sondern mehr um die Eltern, die rational vieles durchschauten, aber emotional geradezu gefangen waren und sich erst allmählich von der Situation

befreien mussten. Es war nicht leicht, hier die richtigen Worte zu finden. Ich versuchte es, indem ich die Eltern anregte, sich einmal vorzustellen, sie wären in der Situation ihres Kindes. Schlagartig wurde einiges klar. Weiterhin wurde ein Elterntraining durchgeführt, bei dem ein auf die kindlichen Bedürfnisse abgestimmtes Sprachverhalten eingeübt wurde. Erst beides zusammen – Elternberatung und Sprachtherapie – brachte den gewünschten Erfolg.

In dieser Zeit sprach ich mit den Studierenden am „Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation“ (FSR) an der Universität zu Köln über die sogenannte „Zone der nächsten Entwicklung“ von *Wygotski* (1977). Die Aufgabe der Eltern besteht darin, ihr Sprachvorbild im Sinne einer sogenannten „positiven Regression“ durch eine deutliche Aussprache und einen einfachen Satzbau mit wenig Nebensätzen dem Sprachniveau des Kindes anzupassen und ihm den weiteren Spracherwerb zu erleichtern.

Man bewegt sich quasi knapp oberhalb der aktuellen sprachlichen Möglichkeiten des Kindes und erleichtert es ihm dadurch, seine Wahrnehmung zu zentrieren und Sprache zu erweitern. Vorwiegend die Mutter sprach mit Susi im Sinne einer „negativen Regression“, wobei sie Susi nicht nur unterforderte, sondern geradezu eine verhängnisvolle Fixierung der niedlichen Letztgeborenen mit einer festen Rolle im Beziehungsmuster der Familie auslöste.

Nicht nur dieses Fallbeispiel zeigt, dass Sprachstörungen häufig in einen komplexen psychosozialen Hintergrund eingebettet sind, die eine Beratung notwendig machen, die über eine reine Information und gegebenenfalls Anleitung der Eltern hinausgeht. Es sind pädagogisch einfühlsame Gespräche notwendig, die einerseits ein Verständnis der Situation signalisieren, andererseits Möglichkeiten der Änderung im gemeinsamen Interaktionsprozess anregen. Bereits hier sind die Grenzen zur Gesprächstherapie fließend. Noch deutlicher werden diese die Sprachtherapie begleitenden Gespräche bei der Angehörigenarbeit, wenn Fragen der unmittelbaren psychologischen Begleitung an Bedeutung gewinnen und die eigentliche sprachtherapeutische Intervention erheblich überlagern können.

BEISPIEL Heinrich und Elisabeth (1995) Phasen der Verarbeitung

Der 58-jährige Heinrich hatte völlig unerwartet einen Schlaganfall. Er war Geschäftsführer eines großen Betriebes und hatte eine stressige 60- bis 70-Stunden-Woche. Jetzt

wurde er völlig aus dem Leben geworfen. Seine 56-jährige Ehefrau Elisabeth kannte das Krankheitsbild aus eigener Erfahrung nicht. Eigentlich war sie völlig hilflos. Beide lebten in einem großen Einfamilienhaus am Stadtrand.

Als ich die beiden ungefähr vier Monate nach dem Apoplex kennenlernte, hatte sich die Situation im medizinischen Sinne stabilisiert. Heinrich hatte eine globale Aphasie und saß im Rollstuhl. Seine Stimmung schwankte zwischen einer außerordentlichen Lernbereitschaft und Phasen der Verzweiflung. Die Ehefrau war nur sehr rudimentär über seine wirkliche Situation informiert. Die Ärzte hatten das anscheinend versäumt. Es bestand Aufklärungsbedarf.

Wir beschlossen, die Therapie zunächst zu dritt durchzuführen. Mir war aufgefallen, dass häufig, wenn ich eigentlich Heinrich ansprach, spontan seine Frau Elisabeth stellvertretend für ihn antwortete. Als ich mit ihr darüber sprach, war sie zunächst überrascht. Dann meinte sie, dass sie wüsste, was er sagen möchte und zudem würde es bei ihm immer so lange dauern. Mir war aber klar, dass dies für ihn mit einem weiteren Rollenverlust verbunden war. Er hatte seinen beruflichen Status und sein Einkommen verloren und erkannte sehr deutlich, was er alles nicht mehr konnte. Erst als seine Frau diese Situation erkannte, veränderte sie ihr sicherlich gut gemeintes Verhalten. Daneben wurden Einzeltherapien mit Heinrich durchgeführt. Doch mit welchem Ziel? Sein anfänglicher Wunsch nach einer Rückgewinnung der Sprache annähernd auf das prämoribide Niveau war illusorisch. Die Einübung von einfachen kommunikativen Fähigkeiten auch unter Einbeziehung non-verbaler Elemente stand im Vordergrund. Doch dazu musste er auch innerlich bereit sein.

Fragen der Verarbeitung seiner Situation wurden immer drängender. Zur Veranschaulichung verwendete ich das Spiralphasenmodell der Krisenbewältigung als Lernprozess von *Schuchardt* (1980): Von der Ungewissheit zur Gewissheit, zur Aggression, Verhandlung, Depression, Annahme, Aktivität und schließlich zur Solidarität. Das klingt gut, nur war es klar, dass für jeden Einzelnen die Abfolge letztlich anders sein würde und das Ziel der Solidarität letztlich selten erreicht wird. Das Modell hatte aber den Vorteil, dass man optisch Entwicklungen gut verdeutlichen bzw. erkennen konnte. Heinrich bezeichnete seine Situation pendelnd zwischen nachlassender Aggression und zeitweiliger Depression, was gut nachvollziehbar war.

Eine besondere Krisensituation entstand, als das gemeinsame Haus verkauft wurde bzw. verkauft werden musste. Es war noch nicht abbezahlt und jetzt einfach zu teuer. Und gleichzeitig war es ein Symbol für den jetzt angenommenen Eintritt in eine neue Lebensphase. Beide zogen in eine kleinere behindertengerechte Wohnung. Und beide sind nahezu symbiotisch zusammengeblieben. Das ist nicht selbstverständlich. Ich habe häufiger erlebt, wie „Aphasikerehepaare“ der Situation nicht standhalten konnten und sich scheiden ließen.

Beim Abschiedessen zeigte Heinrich auf eine Tafel mit der rheinischen Weisheit „Et kütt wie et kütt“ (für Nichtrheinländer: „Es kommt wie es kommt“).

Wenn man eine Sprachstörung im Erwachsenenalter erleidet, dann ist das fast immer ein kritisches Lebensereignis. Sei es durch das unerwartete Auftreten einer Aphasie durch einen cerebralen Insult oder den schleichenden Zerfall von Sprechfunktionen wie z.B. durch dysarthrische Beeinträchtigungen der Bewegungskoordination bei Formen der Multiplen Sklerose oder von Morbus Parkinson. In vielen Fällen sind damit existenzielle Einschnitte in den Lebensablauf verbunden, die bis zur Verzweiflung führen können. Die damit verbundenen Aufgabenstellungen reichen weit über eine Sprachtherapie im engeren Sinne hinaus. Sie umfassen bei einer sehr subtilen und einfühlsamen Beratung die Begleitung des betroffenen Menschen in dieser schwierigen Lebenssituation bei der Suche nach einer neuen Sinnfindung. Dies betrifft erst einmal die gemeinsame Absprache bei der Zielsetzung für die Therapie. Programmartige Wort- und Satzlisten können da nur *ein* Hilfsmittel bei der Zusammenstellung eines ganz individuell angepassten Vorgehens sein. Was ist wichtig für diesen einen Menschen? Die Frage nach dem Sinn kann aber auch weiter gefasst werden. Sie geht über den kommunikativen Bereich hinaus und umfasst eigentlich das Leben an sich bzw. das, was davon noch übrig ist. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die sehr vom Selbstverständnis der Betroffenen abhängt und letztlich auf Fragen der therapeutischen Beziehung eingeht.

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Hält man sich die bisherigen Fallbeispiele zur Sprachtherapie sowie der Eltern- und Angehörigenarbeit vor Augen, so wird deutlich, dass didaktisch-methodisches Können zwar zwingend notwendig, aber eigentlich nicht

ausreichend für den Erfolg ist. Entscheidend und notwendige Voraussetzung ist die therapeutische Beziehung. Sie ist das „Kernstück der Therapie“ (Petzold 1980, 7). Diese Erkenntnis aus der Psychotherapie gilt genauso für die Sprachtherapie.

Eine derartige Einschätzung entspricht einer Synopse jahrzehntelanger Forschung im angloamerikanischen Raum, wonach sich vier Wirkungsfaktoren für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen aufzeigen lassen (Hubble et al. 2001, 9), die unabhängig von den einzelnen Therapieformen gelten:

- 40%: Extratherapeutische Faktoren (Patientenmerkmale)
- 30%: Beziehungsfaktoren (personorientiert, unabhängig von der Methode, teilweise interaktional)
- 15%: Placebo-Effekte (positive Erwartungshaltung, Hoffnung)
- 15%: Technik (methodisches Vorgehen)

Es ist zu vermuten, dass diese für die Psychotherapie ermittelten Ergebnisse in hohem Maße auch für die Sprachtherapie von Bedeutung sind. Nach den individuellen Patientenmerkmalen kommen bereits an zweiter Stelle mit 30% Beziehungsfaktoren, die doppelt so viel an Varianz aufklären wie die Art des therapeutischen Vorgehens. Natürlich ist es überraschend, geradezu beunruhigend, dass die Technik nicht mehr an Erfolg bewirkt als die positive Erwartungshaltung der Betroffenen. Andererseits entspricht dies der hohen Subjektivität der Interaktion bei therapeutischen Prozessen. Die Methode alleine macht es nicht. Der Mensch hinter der Methode ist entscheidend.

Dies darf nicht dazu führen, dass man sich alleine und ausschließlich auf die Beziehungsgestaltung verlässt. Das wäre suggestiv und grenzt an Scharlatanerie. Andererseits ist es wichtig, die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in ihrer Nachhaltigkeit und als Voraussetzung für den Erfolg zu erkennen. Das folgende Beispiel verdeutlicht, welchen Stellenwert Beziehungsaspekte im Rahmen der Therapie haben können und wie eine „therapeutische Gemeinschaft“ zu einem wesentlichen Teil eines umfassenden Gesamtkonzepts wird.

BEISPIEL: Michael (2010)

Therapeutische Beziehung als Heilmittel

Michael war ein 23-jähriger Student der Betriebswirtschaft, als er einen schweren Motorradunfall hatte. Neben mehreren Knochenbrüchen der Arme und inneren Blutungen kam es zu einer Läsion des linken Schläfenlappens und Frontalhirns. Mehrere Wochen lag er im Koma. Als er wieder auf-

wachte, war für ihn und seine Eltern nichts mehr wie zuvor.

Lange Zeit kämpften die Ärzte um sein Leben. Nach der Akutphase kam er in das Neuropsychologische Kompetenzzentrum NeuroKom in Bad Tölz. Mit dieser Einrichtung hatte ich einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Studierende machten dort ihre Praktika, ich selbst fuhr regelmäßig nach Bad Tölz und war sehr angetan von dem Konzept der Einrichtung.

Als Michael in diese Einrichtung kam, hatte er massive kognitive Beeinträchtigungen, insbesondere Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Es traten erhebliche Sprachstörungen auf, wobei ein Syndromwandel von einer globalen Aphasie zu einer Broca-Aphasie mit einer begleitenden Sprechapraxie zu verzeichnen war. Das Stimmungsbild war überwiegend depressiv, wobei aus medizinischer Sicht nicht nur die Erkenntnis der schwierigen Situation, sondern auch biochemische Änderungen des Stoffwechsels im Zusammenhang mit dem Schädelhirntrauma genannt wurden.

War er noch der Mensch, der er einmal war? Er selbst wusste es nicht. Die Zeit davor war verschwommen und fragmentarisch, zuweilen mehr ein Konstrukt dessen, was ihm seine Eltern erzählten. Seine Freundin hatte zunächst zu ihm gestanden, sich dann jedoch von ihm getrennt. Die Eltern lebten aufgrund der persönlichen Belastung in Scheidung. Der Unfall war wie eine Bombe eingeschlagen und zog immer weitere Kreise, die nicht nur ihn, sondern auch seine Eltern und Freunde betrafen.

Die Therapie in der Einrichtung erfolgte im besten Sinne interdisziplinär, indem die Maßnahmen zur Physio-, Ergo- und Sprachtherapie nicht wie so häufig additiv, sondern bei einer hohen Alltagsorientierung integrativ aufeinander bezogen wurden. Grundlage war eine therapeutische Gemeinschaft. Die ca. 40 Bewohner der Einrichtung lebten in kleinen Gruppen zusammen. Jeder hatte ein Einzelzimmer, ca. 5 bis 6 waren in einer Gruppe mit einem Gemeinschaftsraum mit einer kleinen Küche zusammengefasst. Sie bildeten ein geradezu eingeschworenes Team, das sich emotional stützte und zusammenhielt. Wann immer ich in die Einrichtung kam, war diese Atmosphäre der Gemeinschaft unmittelbar erlebbar.

Die Maßnahmen selbst erstreckten sich auf mehrere Entwicklungsdimensionen der Kognition, Sprache und des Verhaltens, wobei über ein isoliertes Einzeltraining von Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Sprachfunktionen hinaus ein komplexes Vorgehen bei einer hohen Lebensbedeut-

samkeit für die Betroffenen erfolgte. Einem systemischen Grundverständnis entsprechend hatte die Einbeziehung der Eltern und Angehörigen (hier: der Mutter) einen hohen Stellenwert.

Zusätzlich gab es Gesprächsgruppen zur Verarbeitung der Behinderung. Was macht es einem aus, nicht mehr BWL-Student mit einer karriereorientierten Zukunft zu sein? Was bedeutet es für die Eltern, plötzlich einen Sohn zu haben, der Hilfe in einer Lebensphase, in der er sich eigentlich schon weitgehend aus dem Elternhaus abgelöst hatte, wieder unmittelbar braucht? Alle Hoffnungen und Erwartungen an die Zukunft waren zerbrochen und mussten wieder neu aufgebaut werden.

Ich habe miterlebt, wie Fragen persönlicher Zielsetzung und Sinngebung lange Zeit im Zentrum der Verarbeitung standen. Michaels anfängliches Bestreben, das Studium wieder aufzunehmen, erwies sich als illusionär, da allen Beteiligten immer mehr klar wurde, dass er sein prämorbid kognitives und sprachliches Niveau in keinem Fall wieder erreichen konnte. Doch was dann? Er hatte die Idee, einen handwerklichen Beruf zu ergreifen. Die Entscheidung wurde durch ihn selbst in Absprache mit seiner Mutter getroffen, wobei ihm die therapeutische Gemeinschaft den emotionalen Rückhalt gab.

Der nächste Schritt war das selbständige Leben in einer eigenen kleinen Wohnung in der Nähe der Einrichtung, wobei der Kontakt zu der therapeutischen Gemeinschaft der Gruppe noch erhalten blieb. Langsam, Schritt für Schritt, löste er sich. Der Weg in ein neues Leben hatte begonnen.

Die therapeutische Beziehung ist einerseits ein generelles Prinzip, andererseits kann sie auch Merkmal eines übergreifenden Gesamtkonzepts sein. Vertrauliche Interaktion hat eigentlich immer eine heilende Wirkung.

Im Gegensatz zu persönlichen Beziehungen ist eine therapeutische Beziehung grundsätzlich auf Zeit angelegt und frei von intimen Kontakten. Sie steht in hohem Einklang mit dem Grundverständnis von Therapeuten als Begleiter. Natürlich lässt sich in dem Zusammenhang nicht alles planen. Zu manchen Menschen erreicht man trotz besten Bemühens keinen Kontakt. Was bleibt, ist jedoch die Bedeutung der Kommunikations- und Bindungsfähigkeit als wesentliche Voraussetzung für das Ergreifen eines sprachtherapeutischen Berufes. Und letztlich dient es dem beruflichen und damit indirekt auch dem persönlichen Glück.

Schlüsselemente und Bausteine zur Selbsthilfe

Die Idee zu diesem Kapitel ist mir nach der Lektüre des Buchs „Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht“ von Irvin D. Yalom (2010) gekommen, der wiederum durch Rainer Maria Rilkes „Briefe an einen jungen Dichter“ (Rilke 2007) inspiriert wurde. Yalom möchte aus seiner biografischen Erfahrung von mehr als 40 Berufsjahren der nächsten Generation von Psychotherapeuten

zu einem erfüllten, reflektierten Berufsleben verhelfen. Er hat das Buch kurz vor seinem 70. Lebensjahr geschrieben. Sein bewusst als Ratgeber verfasstes Werk hat mich angeregt, aus einer ähnlichen Lebenssituation heraus dieses Kapitel zu schreiben.

Natürlich liegt keine Anleitung im eigentlichen Sinne vor, eher eine Anregung, über sein eigenes sprachtherapeutisches Vorgehen und damit über sich selbst nachzudenken. Es ist dabei klar, dass die genannten Merkmale durch meinen eigenen Weg beeinflusst sind. Die Erfahrungen anderer können und sollen nicht wiederholt werden. Aber sie können ein Anlass für ein reflektiertes Handeln sein und damit helfen, seinen Weg zu sich selbst zu finden.

Die Planung und Durchführung von sprachtherapeutischen Sitzungen verlangt dabei viel mehr als didaktisch-methodisches Wissen und Geschick, das natürlich unabdingbare Voraussetzung ist und in der Praxis immer wieder erprobt werden muss. Doch welche Schlüsselmomente sind von entscheidender Bedeutung – für den Erfolg wie auch die persönliche Erfüllung?

Die nebenstehende Sammlung von therapeutischen Merkmalen liefert Bausteine für Überlegungen, was man als TherapeutIn erreichen möchte und wie man dorthin gelangt. Sie sind Anlass für die Beschäftigung mit folgenden Fragen:

- Wie bedeutsam sind diese Merkmale für mich?
- Wo stehe ich jeweils (evtl. bei einer Skala von 0 bis 10)?
- Was möchte ich besser machen?
- Wie erreiche ich es?

Eigentlich ist das eine Aufgabe, die sich immer wieder neu stellt und das Leben begleitet.

Epilog: Werde, der du bist

„Denn wie ich dem Ende
näher und näher komme,
wandere ich im Kreis,
immer weiter dem Anfang zu.“
(Charles Dickens)

Der Satz „Werde, der du bist“ stammt von dem römischen Dichter Pindar (522-446 v. Chr.) aus seiner 2. Pythischen Ode. Wie die Inschrift „Erkenne dich selbst“ an dem griechischen Apollotempel in Delphi der Antike handelt es sich um Gedankengänge, mit denen sich die Menschheit seit Jahrtausenden beschäftigt. Bei Pindar wird dabei das Dynamische herausgestellt. Leben ist ein Prozess. Man ist immer auf dem Weg und nähert sich seinem selbstgesteckten Ziel im besten Fall immer mehr an.

Dabei zeigt es sich, dass Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zusammengehören. Eines entwickelt sich aus dem anderen zu einer einzigartigen Struktur. Dadurch wird man immer mehr zu dem Menschen, der man eigentlich ist. Der Blick zurück kann dabei unser Leben erhellen. Er zeigt uns, wie verwoben das persönliche und berufliche Leben sein können, wie nachhaltige Entscheidungen zuweilen sind und zu Weichenstellungen des Lebens werden. Der Blick nach vorne weist uns auf Perspektiven und Ziele, die wir mit unserem Ich aus der Vergangenheit vergleichen. Diese Überlegungen gelten für das Leben selbst, aber auch für die Vervollkommnung der eigenen sprachtherapeutischen Fähigkeiten – und das eigentlich in jeder Altersstufe. So ist der in den „Ratschlägen“ genannte Weg nicht vorgezeichnet, sondern letztlich sehr individuell und einzigartig im Ziel und Verlauf. Man baut auf den Erfahrungen der Vergangenheit auf, entwickelt sich aber im besten Fall kontinuierlich weiter. Wer eine gute Sprachtherapie durchführen möchte, der sollte dabei ab und wann innehalten und in sich blicken – nicht permanent, denn das blockiert spontanes Handeln, aber zu herausgehobenen Zeiten doch.

LITERATUR

- Capra, F. (1984) (Erstauflage 1982). *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. Bern: Scherz
- Grohnefeldt, M. (1975). *Hörgeschädigte im sozialen Umfeld. Empirische Untersuchungen zum Persönlichkeitsbild hörgeschädigter Schüler aus der Sicht der Eltern und Lehrer*. Rheinstetten: Schindele
- Grohnefeldt, M. (1987). *Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit* 32 (1), 1-9
- Grohnefeldt, M. (1992). *Die Sprachheilpädagogik im sonderpädagogischen Bezugssystem. Die Sprachheilarbeit* 37 (2), 56-66
- Grohnefeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Ernst Reinhardt
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Hrsg.) (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: modernes lernen
- Kriebel, R. (2003). *Behandlungsstrategien zur Sprechangst*. In: Grohnefeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation* (250-256). Stuttgart: Kohlhammer
- Petzold, H. (Hrsg.) (1980). *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann

Schlüsselemente für das therapeutische Selbstverständnis

1 Interaktion – Die Voraussetzung für Begegnung

Sprachtherapeutische Interventionen finden immer zwischen zwei oder mehreren Menschen statt. Im Vordergrund für den Erfolg steht die persönliche Begegnung. Vertrauliche Interaktion hat eine heilsame Wirkung.

2 Empathie – Die Fähigkeit des Einfühlens

Versuchen Sie, mit den Augen der anderen zu sehen. Zuhören können als wesentliche therapeutische Fähigkeit vermittelt, sich verstanden zu fühlen, kann einen positiven Regelkreis auslösen, der zu einer Aufwärtsspirale führt.

3 Beziehung – Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg

Die therapeutische Beziehung ist das Kernstück von Sprachtherapie. Durch die interaktionale und in weiten Teilen emotionale Verbindung kann es zu einer Begegnung mit hoher therapeutischer Wirksamkeit kommen.

4 Begleitung – Eine Frage des Selbstverständnisses

Vor dem Hintergrund der genannten Merkmale Interaktion, Empathie und Beziehung werden Sie als Sprachtherapeut(in) zu einer/m Begleiter(in) auf Zeit. Dies bezieht sich auch auf schwierige psychosoziale Situationen.

5 Hoffnung – Die Kraft für die Zukunft

Zuversicht ist mehr als ein Placebo-Effekt. Sie kann Kräfte auslösen, die den therapeutischen Prozess entscheidend voranbringen.

6 Balance – Der Ausgleich zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Der Umgang mit den äußeren Rahmenbedingungen (Stress, zu viel Bürokratie, Krankenkassen) kann den Erfolg wesentlich beeinflussen. Optimieren Sie Ihr Umfeld.

7 Grenzen – Nicht alles ist machbar

Nicht alles wirkt bei jedem. Und eigentlich wissen wir nur bedingt, warum es wirkt. Es gilt, diese Grenzen immer wieder neu auszuloten und zu verschieben.

8 Eigenständigkeit – Finde den eigenen Weg

Jeder Mensch ist anders und doch gibt es Gemeinsamkeiten. Sprachtherapie ist eine individuelle Aufgabe für die Betroffenen selbst wie für die TherapeutInnen.

- Rilke, R.M. (2007) (Erstauflage 1929). *Briefe an einen jungen Dichter*. Berlin: Suhrkamp
- Schuchardt, E. (1980). *Soziale Integration Behinderter. Band 2: Weiterbildung als Krisenverarbeitung*. Braunschweig: Klinkhardt
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D (1969): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber
- Wygotski, L.S. (1977) (Erstauflage: 1934). *Denken und Sprechen*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Yalom, I.D. (2010) (Erstauflage 2002). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: bt

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2019-53020190305

Autor

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt
Emeritierter Lehrstuhlinhaber für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Leopoldstraße 13
80802 München
grohnfeldt@lmu.de

SUMMARY. Learning from case studies – derivations for theory and practice

Case studies can become key elements of speech therapy. On the occasion of his 70th birthday, the author gives an insight into his practical work over four decades. In addition to its uniqueness, the general nature of speech therapy interventions is also revealed. On the basis of a "handicraft" didactically-methodical abilities above all the therapeutic relationship is of substantial importance. The explanations lead to a collection of eight therapeutic features, which serve as a starting point to find one's own therapeutic self-image. The focus is on personal perspectives and goals.

Keywords: case studies – therapeutic self-understanding – therapeutic relationship – characteristics of speech therapy