

Manfred GROHNFELDT (Hrsg.)

Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie

- Band 1: Selbstverständnis und
theoretische Grundlagen
- Band 2: Erscheinungsformen und
Störungsbilder
- Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation
- Band 4: Beratung, Therapie und
Rehabilitation
- Band 5: Bildung, Erziehung und
Unterricht

Manfred GROHNFELDT (Hrsg.)

Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie

- Band 4
Beratung, Therapie und Rehabilitation

Verlag W. Kohlhammer

Zur Komplexität sprachtherapeutischen Handelns

Sprachheilpädagogische Therapietheorie: Die Kunst der Balance in einem dreidimensionalen theoretischen Raum

Gerhard Homburg & Ulrike Lüdtke

1 Sprachtherapie: eine Balance zwischen Subjektzentrierung, Gegenstandsorientierung und Beziehungsgestaltung

Sprachtherapie, gleich ob in Klinik, Schule oder Praxis vollzogen, ist ein Geschehen von höchster Komplexität, denn es ist auf die gestörte Sprache und das sprechende Subjekt in seiner *Gesamtheit* gerichtet. Als intentional gesteuertes Wechselgeschehen zwischen mindestens zwei Personen wird ihre Dynamik von vielen Momenten der Mitwirkenden, des Gegenstandes Sprache und des gemeinsamen Lehr-/Lernprozesses bestimmt. Wer als Sprachheilpädagoge einem Menschen zu einer Sprachlichkeit verhelfen will, die von diesem selbst und möglichst auch von seiner Umwelt wertgeschätzt wird, muss die von dessen Persönlichkeit und ihrer Sprachstörung bestimmte Realität in Gänze erfassen. Anders als in einem Lehrbuch, das über *das* Stottern oder *die* Aphasie informiert, oder in einer klinischen Untersuchung, die einen Dezibelwert als Maß für den erlittenen Hörverlust ausweist oder nach einer Kehlkopfoperation ‚Status nach Laryngektomie‘ festhält, muss Sprachtherapie auf die *Person* des sprachbeeinträchtigten Menschen ausgerichtet werden: Sein Lernvermögen muss erweckt, seine Ressourcen zur Selbstorganisation müssen gestärkt werden (vgl. BAHR & LÜDTKE 2000).

In diesem Beitrag gehen wir von einer modernen Konzeption des Faches aus, indem wir aus dem Komplex *Person*, aus dem Komplex *Sprache* und aus dem Komplex *Vermittlung* eine *fachspezifische* Therapedidaktik und Therapiemethodik entfalten. Diese erhebt den Anspruch, eine *Balance* zu leisten zwischen:

1. der gebotenen *Subjektzentrierung* (vgl. 2) in Form von Impulsen zur bestmöglichen Selbstorganisation;
2. der gebotenen *Gegenstandsorientierung* (vgl. 3) durch Bestimmung sprachlicher Struktur- und Prozessziele; sowie
3. der gebotenen *Beziehungsgestaltung* (vgl. 4), d.h. der Vermittlung dieser Ziele über kommunikative und kooperative Prozesse zwischen der Person des sprachbeeinträchtigten Menschen und der Person des Sprachtherapeuten.

Personorientierung und Selbstorganisation

Diese Balance erfolgt über mehrere Achsen:

Auf der *Zielebene*

- zwischen dem Bedarf bzw. den *Bedürfnissen* der Person und sprachlich-sozialen *Standards*.

Auf der *Vermittlungsebene* erfolgt sie über zwei weitere Achsen:

- als Feinabstimmung zwischen der *gegenwärtigen Verfassung* des sprachbeeinträchtigten Menschen und kurz-, mittel- und langfristigen *Therapiezielen*; und
- als sensible Justierung seines *kognitiv-emotionalen Gleichgewichts*, d.h. seiner inneren Ökologie (oikos = Haushaltung) aus rationaler Steuerung und momentanen Gefühlen, Empfindungen, Stimmungslagen.

2 Komplex *Person*: Subjektzentrierung

Aus sprachheilpädagogischer Perspektive ist die *linguistische* Kategorie Sprache eingebettet in die *anthropologische* Kategorie Sprachlichkeit (vgl. LÜDTKE 1998). Daraus folgt: die Person des sprachbeeinträchtigten Menschen, sein Selbst ist stets in die sprachlichen Lehr-/Lernprozesse involviert. Dabei sind im sprachtherapeutischen Handeln drei mögliche Konstellationen zu berücksichtigen:

Anthropologie

1. *Ursache*: Die besondere psychische Verfassung eines Menschen kann der Ausgangspunkt seines sprachlichen Problems sein, denn psychodynamische Störungen können sich z.B. als Mutismus, als Stottern oder als psychogene Stimmstörung manifestieren.
2. *Kovariablen*: Mit organischen Beeinträchtigungen des Zentralnervensystems und sensorischen oder motorischen Komponenten, welche sich in Sprache und Sprechen auswirken können, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch psychische Fehlentwicklungen kovariierend verbunden: Bei Kindern kann z.B. die Entwicklung des Lernens und der Persönlichkeit betroffen sein; bei Erwachsenen kann dies – z.B. bei Schlaganfall oder Kehlkopfkrebs – ein kritisches Lebensereignis mit Folgen für Beruf, Partnerschaft, Freizeitgestaltung und/oder Zukunftsperspektiven darstellen.
3. *Folge*: Sprachstörungen ohne erkennbaren organischen Hintergrund, wie z.B. die spezifische Sprachentwicklungsstörung oder Probleme bei Mehrsprachigkeit, können über einen gestörten sozialen Austausch und negative soziale Zuschreibungen zu einer beeinträchtigten Entwicklung der (kindlichen) Persönlichkeit führen.

Gleich, ob beteiligt als Ursache, Kovariablen oder Folge – in jedem Fall ist die Person *Akteur* und damit *Konstrukteur* des sprachtherapeutischen Fortschritts, ohne deren aktive, selbstorganisierte Tätigkeit sich nichts ereignet, nichts bewegt (vgl. REICH 2000):

Der Mensch als Akteur und Konstrukteur

- Die von einer Sprachstörung betroffene Person ist zu allererst der *Brennpunkt*, von dem sämtliche sprachdiagnostischen Aktivitäten

ihren Ausgang nehmen, auf den alle sprachtherapeutischen Impulse gerichtet sind. Sie ist Quelle der Vielfalt der Daten, die von der Verstehensdiagnostik (Subjektorientierung), der systematischen Diagnostik (Lebensweltorientierung), der Kompetenzdiagnostik (Ressourcenorientierung), der Prozessdiagnostik (Entwicklungs- und Lernorientierung) und/oder der Therapie- und Förderdiagnostik (Therapie- und Förderorientierung) eingeholt werden (vgl. BRAUN 2002, 61).

- Die von einer Sprachstörung betroffene Person ist darüber hinaus aber auch der *Fluchtpunkt*, von dem aus jedwede sprachtherapeutische Maßnahme perspektivisch bestimmt wird: hinsichtlich ihres theoretischen Gewichts, ihrer pragmatischen Plausibilität, ihrer therapiepraktischen Brauchbarkeit.

Allein nach der feinfühligsten Deutung *ihrer* Aktionen und Reaktionen bemisst sich das ökologische Abwägen des Sprachheilpädagogen in kritischen Therapiephasen, d.h. wenn Planung, Erwartung und Geschehen auseinander laufen: Nachgeben, Nachgehen in der negativen emotionalen Befindlichkeit? Oder: Fordern als Agent des gesellschaftlichen Anspruchs? Auch bei positivem Ausschlag dieses Beziehungs-Seismographen, nämlich dann, wenn das sprachliche Lernen positive Gefühle auslöst, bestimmt der sprachbeeinträchtigte Mensch das Geschehen im Sinne von: „Weiter so, mehr davon!“

Therapie-theoretische, erfahrungswissenschaftliche und humanistische Überlegungen haben uns zu diesem *Fokus Person* und damit zur Subjektzentrierung geführt – ein keineswegs trivialer Gedanke, denn gegenwärtig bekommt, wie auch der vorliegende Band über weite Strecken belegt, ein von der abstrakten *Sprachsystematik* geleitetes, modellorientiertes Therapieverständnis Konjunktur (zum Gegensatz von *linguistic system* und *speaking subject* vgl. insbesondere KRISTEVA 1986a).

Für diesen Ansatz der *Person- und Subjektzentrierung* gibt es neuerdings einen überzeugenden empirischen Beleg. In dem von der American Psychological Association (APA) herausgegebenen Sammelband *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. (HUBBLE et al. 2001) werden die gemeinsamen Wirkfaktoren der unterschiedlichen Psychotherapien herausgearbeitet und hinsichtlich ihres Gewichts bestimmt. „Kurz gesagt, wenn Therapie eine Maschine wäre, die Menschen hilft, sie zu den Plätzen zu befördern, zu denen sie wollen, was macht diese Kraft aus? Die Suche nach den einzelnen Bestandteilen dieser Kraft und ihrer Wirkung ist das zentrale Anliegen Forschungsergebnisse belegen, dass die Ressourcen der KlientInnen mit 40% noch vor der therapeutischen Beziehung (30%), vor Hoffnung (15%) und vor allem vor den Methoden (15%) entscheidend wirken“ (Buchprospekt). Natürlich darf nicht übersehen werden, dass Sprachtherapie durch den Lerngegenstand *Sprache* strukturelle Besonderheiten aufweist. Dennoch greift hier der Appell zur Subjektzentrierung uneingeschränkt, da nur über das Lernen des Sprache verarbeitenden und *sprechenden Menschen* sich Fortschritt realisiert.

Primat persönlicher Ressourcen

Gemäß der hier entwickelten sprachheilpädagogischen Therapietheorie ist Sprachtherapie zu verstehen als die Kunst der Balance qualitativ unterschiedlicher Güter. Bei aller (Be-)Achtung linguistischer Modelle wird mit dem Komplex Person, mit der Subjektzentrierung ein starkes Kontergewicht gesetzt, welches verhindern soll, dass Sprachtherapie zu einer ich- und personenfern betriebenen linguistischen Gymnastik verkommt.

2.1 Therapedidaktische Bilanz zum Komplex Person

Auslösende, begleitende und/oder resultierende Veränderungen der Persönlichkeit des sprachbeeinträchtigten Menschen nimmt der Sprachtherapeut in seine diagnostischen Strategien und in seine sprachtherapeutischen Zielentscheidungen mit auf. Er nutzt alle Möglichkeiten und Ressourcen, um sprachliches Lernen und dessen Selbstorganisation zu entfalten und zu steigern, denn: Alle diesbezüglichen Mühen werden um ein Mehrfaches belohnt. Er sorgt für eine biografische Passung, wenn er z.B.:

biografische Passung

- beim Eintreten einer Aphasie oder einer Dysarthrie die sprachliche bzw. stimmliche Problemlage des betroffenen Menschen mit ihm und seinen Angehörigen gemeinsam bespricht;
- bei Aussprachestörungen oder Sprachentwicklungsstörungen seine Lernanregungen auf die Erlebniswelt der betroffenen Kinder abstellt;
- bei denjenigen Menschen, die ihn aufgrund einer Schluckstörung nach Schlaganfall oder wegen Stimmlosigkeit nach Laryngektomie aufsuchen, zunächst ihre alles umfassende Lebens- und Sinnkrise in den Vordergrund der Sprachtherapie rückt;
- bei mutistischen Kindern symbolgebundene Verfahren einsetzt, die ihre noch nicht vorhandene Sprechmotivation durch aktivierende Spiele und rollentherapeutische Verfahren anregen.

Therapedidaktische Balance heißt: Subjektzentrierte Ziele werden aus dem Wechselbezug von momentanem Entwicklungsstand und aktueller Lebenslage sowie personübergreifenden sprachlich-sozialen Standards des relevanten Umfeldes abgeleitet. Die sprachtherapeutische „Zieltreppe“ besteht aus gestuften Hypothesen über individuell erreichbare Entwicklungsniveaus des sprachbeeinträchtigten Menschen hinsichtlich sprachsystematischer Kompetenz auf den verschiedenen linguistischen Ebenen und hinsichtlich Sprachgebrauch, Kommunikationsfähigkeit, Sprachästhetik.

3 Komplex Sprache: Gegenstandsorientierung

Sprache ist eine komplexe Leistung des Menschen. Sie ist Erkenntnisgegenstand so unterschiedlicher Wissenschaften wie der Philosophie, der Anthropologie, der Medizin, der Biologie, der Physik, der Akustik, der Psychologie, der Pädagogik, der Nachrichtentechnik oder der Neurowissenschaften. Sprachwissenschaft bzw. Linguistik befassen sich ausschließlich mit ihr.

Sprachtherapeuten müssen ihr sprachtherapeutisches Handeln *immer* an ihrem spezifischen Gegenstand Sprache orientieren – allerdings vor dem Hintergrund der skizzierten Subjektzentrierung. Als Vertreter einer Integrationswissenschaft sind sie deshalb gehalten, sich unter Einbeziehung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse der verschiedenen Bezugsdisziplinen ein umfassendes, berufsspezifisches Gesamtbild der gestörten Sprache zu machen. Grundlagenwissen verschafft Einsicht in die verschiedenen Teilphänomene von Sprache: ihre Bedingtheit sowie ihre Störbarkeit. Nur wer die Entstehungsbedingungen einer Sprachstörung durchschaut und z.B. den systematischen Ort einer Schädigung bestimmen kann, ist in der Lage, Strategien zu ihrer *Prävention*, *Überwindung* oder *Kompensation* zu entwickeln.

In diesem Kapitel wird das Phänomen Sprache aus berufsspezifischer Sicht soweit dargelegt, dass erste therapedididaktische Ableitungen möglich sind. Obwohl wegen des begrenzten Umfangs eine Vereinfachung geboten ist und auf Details leider verzichtet werden muss, bietet dieser Ansatz ein *übergreifendes Modell* für die in diesem Band vorzufindenden Ausführungen der einzelnen Spezialisten zu den verschiedenen Störungsbildern.

Zwar *isoliert* die Fachterminologie z.B. durch Benennungen wie „Hörschädigung“, „Dysgrammatismus“, „Dysphonie“ das zunächst ins Auge springende sprachpathologische Phänomen, doch aufgrund der *systemischen Vernetzung* der sprachschaffenden und spezifisch sprachlichen Teilsysteme zeigen sich Auswirkungen an unterschiedlichen Stellen – im Falle z.B. einer Hörschädigung an Besonderheiten der Aussprache, des Lexikons, der Grammatik, der Kommunikationsstrategien, der sprachlichen Identität und des sprachlichen Weltbildes, des sprachvermittelten Lernens sowie des davon abhängigen Schulerfolgs.

Der Aufbau dieses Metamodells erfolgt von unten, von den sprachschaffenden funktionellen vorsprachlichen Grundlagen her, denn dies sind quasi die „Wurzeln“, aus denen das System Sprache erwächst und über die sich Sprachtherapeuten früh Informationen beschaffen sollten (vgl. 3.1). Daran anschließend werden die spezifisch sprachlichen Prozesse erläutert, insbesondere die Phasen des Gestaltwandels (vgl. 3.2). Auf der letzten Ebene wird schließlich aufgezeigt, wie Sprache sich qualitätsverbessernd auf unterschiedliche integrative Leistungen auswirkt, wie die Person von Sprache quasi durchdrungen wird (vgl. 3.3). Die eingestreuten Hinweise zusammenfassend und ergänzend erfolgt zum Abschluss

Integrationswissenschaft

systemische Vernetzung

eine Bilanzierung hinsichtlich hieraus ableitbarer therapeutischer Konsequenzen.

3.1 Anthropologische Konstituierung: dreidimensionaler Sprachraum

Die Konstituenten von Sprache, Sprechen und Sprachentwicklung, die sprachschaffenden Wirkkräfte, erwachsen aus qualitativ sehr unterschiedlichen Seinsbereichen, welche deshalb hier als Dimensionen bezeichnet werden. Diese Dimensionen verkörpern zugleich qualitativ unterschiedliche Regulationsebenen, die zusammen den dreidimensionalen Sprachraum bilden (vgl. Abb. 1).

Jede sprachliche Aktion ist durch diese drei Dimensionen bestimmt und von diesen Regulationsebenen gesteuert.

Die Regulationsebenen lauten:

- Input-Output-Regulation (mit Rückkopplung)
- kognitiv-emotionale Regulation
- soziale Regulation.

Auf jeder Regulationsebene wirken spezifische, sprachkonstituierende funktionelle Systeme (vgl. ANOCHIN 1978). Diese Regulationsebenen sind deshalb so bedeutsam, weil der Mensch, abgesehen von den sprachsteuernden Hirnarealen und ihren spezifischen Programmleistungen, kein spezielles Organ für Sprache und Sprechen hat. Erst durch das sensible Zusammenspiel von Mund, Zunge, Zahn, Kiefer, Nase, Kehlkopf, Ohr und Lunge dient seine organische Ausstattung über die primäre biologische Bestimmung hinaus einem übergeordneten Zweck: der Lautsprache.

funktionelle Systeme

Input-Output-Regulation: Sensorik und Motorik

Über das sensorische System werden Informationen visuell, auditiv, taktil, propriozeptiv, kinästhetisch und vestibulär aufgenommen. Insbesondere das Hören ist das Fenster, durch das die Sprache den Menschen erreicht. Diese *impressive Modalität* der Sprache umfasst auch das Absehen der Sprechbewegung, die visuelle Aufnahme von Buchstabenschrift und Gebärden von Gehörlosen, das Körperempfinden bei Resonanz oder die taktile Aufnahme und Verarbeitung der Blindenschrift. Dementsprechend haben z.B. Schädigungen des Gehörs tief greifende Folgen für die Entwicklung und Regulation der Sprache und verlangen spezielle therapeutische Verfahren (vgl. LEONHARDT in diesem Band). Der sensorische Anteil von Sprachrezeption, Sprachproduktion und Sprachkontrolle wird in jedem einzelnen Beitrag dieses Bandes angesprochen.

Der Kontakt zur äußeren Welt wird dem Menschen durch seine Grob- und Feinmotorik vermittelt. Die Ausdrucksmotorik ist das Medium, ist gleichsam die Bühne, auf der seine Botschaft nach außen tritt. Diese *expressive Modalität* der Sprache manifestiert sich vorwiegend durch Lautsprache. Daneben bestehen aber auch andere Ausgabesysteme wie Schrift und Gebärde.

Sprechmotorik

Sensorik und Motorik müssen beim Kind einen gewissen Entwicklungsstand erreicht haben, damit Sprache möglich wird. Eine intakte Sensorik bleibt auch für den Erwachsenen weiterhin Voraussetzung dafür, dass Sprache realisiert und kontrolliert werden kann. Die Sprechmotorik kann auf unterschiedliche Weise gestört sein: Dies wird bei unterschiedlichen Autor(inn)en dieses Bandes belegt. Sind die peripheren Sprechorgane betroffen, kann die Aussprache (vgl. HACKER, WILGERMEIN, GIEL) bzw. die Stimme (vgl. SPIECKER-HENKE, NEUSCHAEFER-RUBE) gestört sein oder Näseln (vgl. NEUMANN) auftreten. Ist die zentrale Bewegungssteuerung betroffen, kann eine Dysarthrie die Folge sein (vgl. GIEL) oder eine Sprechapraxie (vgl. ZIEGLER) bzw. verbale Entwicklungsdyspraxie (vgl. SCHULTE-MÄTER) (alle in diesem Band) daraus erwachsen.

Kognitiv-emotionale Regulation

Gedanke und Gefühl sind Botschaft und zugleich Bedingung von Sprache und Sprechen. Gedanken und Gefühle werden in direkter Weise durch Benennen ausgedrückt, aber auch mittelbar, angeheftet an die (Haupt-)Botschaft als Kontextinformation. Der Ton macht bekanntlich die Musik. Hier sollen nun Kognition und auch Emotion in ihrer sprachschaffenden Rolle skizziert werden.

Kognition

Informations-
verarbeitungskapazität

Wer nicht symbolfähig ist, findet keinen Zugang zur Sprache. Sprachliches Lernen baut auf dem bereits etablierten Vorverständnis über Personen, Sachen und Zusammenhänge auf. Bei entwicklungsbedingt oder pathologisch begrenzter *Informationsverarbeitungskapazität* können die komplizierten Vorwegnahmen, die Reihungs- und Verkettungsregeln der Sprache nicht erkannt und umgesetzt werden. Bei einigen Kindern zeigt sich z.B. eine Begrenzung in dem Vermögen, neben der inhaltlichen Analyse einer Aussage die einzelnen Wörter zugleich als Vertreter einer syntaktischen Kategorie zu sehen. Deshalb bleibt ihnen verschlossen, was die Sprache mit den einzelnen Wörtern eines Satzes anstellt. Sie können die Gestaltveränderungen am Wort (Markierung von Person, Numerus und Tempus durch grammatische Morpheme, Vorsilben, Umlaute) nicht oder nur roh in ihr Produktionssystem einbinden. Ein entwicklungsbedingter Dysgrammatismus ist die Folge.

Mit einer Schädigung der Sprachzentren, z.B. bei Aphasie, ist häufig auch eine eingeschränkte Informationsverarbeitung verbunden. Die Auswirkungen: Eine auf wesentliche Informationen abgefilterte Sprache, die zugunsten der Hauptbotschaft auf Verkettungen, Mehrfachmarkierungen oder kittende Funktionswörter verzichtet – der so genannte „Telegrammstil“.

Die jeweiligen Fachartikel gehen darauf ein, welche Hilfen sich für Menschen mit solchen Problem anbieten, welche Strukturziele und welche Prozessziele dort verfolgt werden (vgl. DANNENBAUER, STEINER in diesem Band).

Emotion

Mit Emotion ist die Bedürfnisspannung des Menschen angesprochen, die seine Sprechfähigkeit motiviert, vorantreibt, modelliert und beendet (vgl. KRISTEVA 1998, LÜDTKE 2002b). Durch das emotionale System wird die *gefühlsmäßige Bewertung* der Kommunikationssituation, speziell des Gesprächspartners, prozessiert: Löst sie Angst oder Trauer aus (negative Emotion) oder ist sie von Neuigkeit, Freude, Humor oder Erfolg (positive Emotion) gekennzeichnet? Über die Emotion wird die Antriebsenergie und die generelle Richtung der Bearbeitung bestimmt. Sie stellt gleichsam den „Motor“, die Kognition dagegen den „Steuermann“ des Sprechaktes dar.

gefühlsmäßige Bewertung

Nur aus dieser Wechselwirkung von Kognition und Emotion kann Sprache erwachsen. So beeinträchtigen z.B. negative Emotionen die Sprache des Menschen (vgl. LÜDTKE 2002a). Depression bei von Aphasie betroffenen Menschen oder Angst bei einem mutistischen Kind sind deshalb zum einen Teil des Symptoms, zum anderen erschweren sie zusätzlich den therapeutisch initiierten sprachlichen Lernprozess.

Ich-Du-Regulation: Handlung, Interaktion und Kommunikation

Die dritte sprachkonstituierende Regulationsebene unterscheidet sich von den beiden vorangehenden durch die soziale Dimension. Sprache ist stets auch ein Fall von Handlung, Interaktion und Kommunikation. Sprache manifestiert sich hier in ihrer sozialen Funktion als zwischenmenschlicher *Dialog* (Dialog im sprachspezifischen Sinne BAKHTINS, vgl. KRISTEVA 1986b, FRIEDRICH 1993).

Dialog

Sprache als soziales Werkzeug erfährt damit ihre inhaltliche wie pragmatische Ausrichtung und wird zugleich durch ein höherrangiges *Werte- und Sinnsystem* überlagert.

Beeinträchtigungen auf dieser sozialen Ebene der Sprache zeigen sich in den unterschiedlichsten Erscheinungsformen – und zwar sowohl ursächlich als auch konsekutiv zur primären Sprachproblematik: Ein zurückgewiesener, sich einsam und isoliert fühlender Erwachsener reagiert in seiner Partnerschaft mit vermehrtem sprachlichem Rückzug, ein Bindungsunsicheres Kind lässt seinen sprachlich-stimmlichen Äußerungsdrang nur noch abgehackt, unterdrückt, gepresst aus sich heraus.

Es gilt deshalb, alle Varianten von person- und dialoggerichteten Zeichenaktivitäten (vgl. das Konzept der Semiosphäre bei LOTMAN 1989) als wesentliche sinnstiftende Komponenten in Sprachtherapie einzubeziehen, denn nur wenn in zeichenvermittelter Handlung, Interaktion und Kommunikation Ich- bzw. Wir-Botschaften zum Ausdruck kommen, wird jene von uns geforderte gute Balance von *Subjektzentrierung und Gegenstandsorientierung* eingelöst.

Handlung, Interaktion und Kommunikation sind zugleich aber auch Kategorien, die einer übersprachlichen Logik folgen. In bestimmten Kommunikationskontexten sind mir nämlich sprachsystematische Richtigkeit und sprachliche Wohlgeformtheit weniger wichtig, als dass ich meine *Handlungs- und Beziehungsziele* erreiche – mit welchem kommunikativ-interaktiven Mitteln auch immer. Dieses kann z.B. für Menschen mit einer massiven Stottersymptomatik oder bei Sprachverlust

nach globaler Aphasie gelten und ist in einer sprachtherapeutischen Zielabstimmung bzw. -hierarchisierung zwingend zu berücksichtigen.

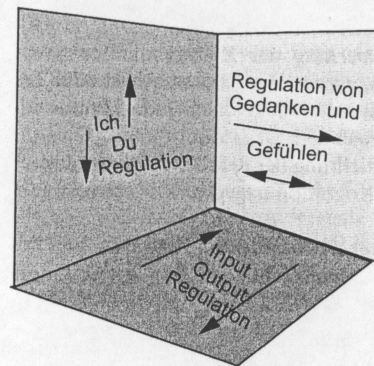


Abbildung 1: Regulationsebenen des dreidimensionalen Sprachraums

Im spezifischen Sprachsystem korrespondieren mit diesen Regulationsebenen die linguistischen Dimensionen: Form, Inhalt und Gebrauch (vgl. Abb. 2), die hier nicht weiter entfaltet werden.

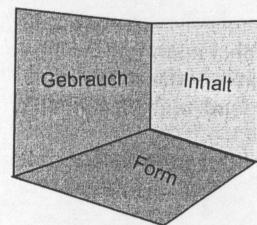


Abbildung 2: Dimensionen der Sprache

Auch hier gilt Gleiches. Der Sprachtherapeut muss stets alle linguistischen Dimensionen kontrollieren und gestalten, je nach Störungsart, Therapieziel, Therapiephase, aktuellem Befinden der sprachgestörten Person mit Akzent auf die Form, den Inhalt oder den Gebrauch.

Bilanz

In der Sprachtherapie, gleich auf welches Störungsbild gerichtet, sind die sprachschaffenden und die sprachspezifischen Regulationsebenen stets unter Kontrolle zu halten. Je nach Ausprägung erwächst die jeweilige Sprachstörung akzentuiert aus einer dieser Dimensionen, welche dann im theoretischen sprachtherapeutischen Raum einen größeren Anteil, im sprachtherapeutischen Mobile ein größeres Gewicht erhält. Im aktuellen sprachlichen Austausch sind sie stets wirksam, es geht nicht ohne sie! Der Sprachtherapeut ist gehalten, bei Zielbestimmung und Vermittlung für eine Balance *innerhalb* dieser Ebenen zu sorgen und für eine Balance *zwischen* diesen Regulationsebenen (vgl. Abb. 3).

Aufgabe des Sprachtherapeuten

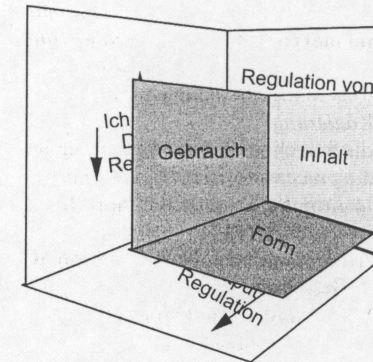


Abbildung 3: Sprachschaffende und linguistische Dimensionen der Sprachtherapie

3.2 Der Prozess der Sprachwerdung: vom immateriellen Gedanken zum sinnlich wahrnehmbaren Sprechen

Die Sprache des Menschen wird wegen der Integration nichtsprachlicher Grundlagen, wegen ihrer Mehrdimensionalität, Multimodalität, Offenheit, Zielgerichtetheit und ihres kognitiv-emotionalen Monitoring zu recht als *funktionelles System* bezeichnet. Auch Sprechen gilt als ein systematisches Geschehen. Grundsätzlich (gewähr)leistet dieses System Sprache den *Übergang vom Ideellen zum Materiellen* und zurück. Insbesondere regelt es die Umformung des immateriellen stummen Gedankens der inneren Sprache in den wahrnehmbaren Sprechklang (oder später in das Schriftbild) der veräußerten Sprache sowie – durch die auditive Wahrnehmung – ihre impressive Verarbeitung bzw. Rückkopplung. Dieser Prozess hat aus der Perspektive einer *organismischen* Sprachauf-

Sprache als Organismus

fassung (vgl. MANDELKER 1994) Parallelen zum Gestaltwandel im Pflanzen- und Tierreich: Ähnlich wie ein Insekt über Ei, Raupe, Puppe, Schmetterling als gleiches Individuum eine jeweils unterschiedliche Gestalt annimmt, durchläuft der *Prozess der Sprachwerdung* von der gedanklich gefassten Botschaft bis hin zur Artikulationsmotorik oder zum Schriftbild mehrere Gestaltungsphasen bzw. Gestaltebenen (Kodierungsstufen), wobei mit dem Übergang auf eine neue Systemebene jeweils ein *Gestaltwandel* verbunden ist. Nach dem gegenwärtigen Wissen sind für jede dieser Stufen des Gestaltwerdens auch jeweils eigene funktionelle Hirnsysteme zuständig.

Phasen der Gestaltwerdung

- Die Phasen der Gestaltwerdung – mit kognitiv-emotionalem Monitoring zu jedem Zeitpunkt der Sprachprozessierung – lauten (vgl. Abb. 4):
- Bewusstwerdung des Sprechbedürfnisses
 - Kreieren und Modellieren der Botschaft
 - Aufrufen der Wortkerne (*semantische Kodierung*)
 - Aktivieren des logisch-grammatischen (Satz)Rahmens zur Verknüpfung der Wortkerne (*syntaktische Kodierung*)

- Festlegung von Betonung und Satzmelodie (*Intonation*)
- Linearisierung und morphologische Verkettung (*morpho-syntaktische Verkettung*)
- Überführung in die Klangvorstellung und damit in das Lautsystem (*phonologische Kodierung*)
- Überführung in die Sprechbewegungsvorstellung und das bewegungssteuernde System (*sprechmotorische Kodierung*)
- Koordination von Atmung, Stimme und Sprechbewegungen (*Sprechmotorik*)
- Kontrolle, falls erforderlich auch Korrektur von Wortwahl und morpho-syntaktischer Gestaltung
- Kontrolle von Sprech- und Stimmklang, falls erforderlich auch Korrektur der Sprechbewegungen (*sensomotorische Rückkopplung*)
- Kontrolle des Kommunikationseffektes (*pragmatische Rückkopplung*)

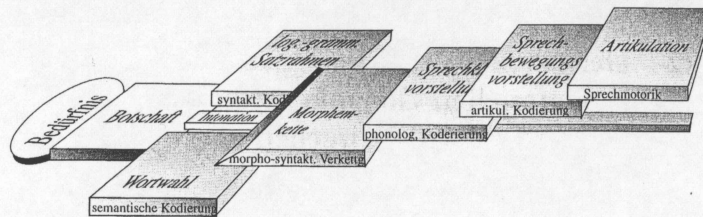


Abbildung 4: Der Prozess der Sprachwerdung

3.3 Sprache und Persönlichkeit

Über das Symbol wird die Sprache frei von Raum und Zeit. Diese spezifische Qualität menschlicher Sprache – und damit des Mensch-Seins – gründet sich auf die symbolische Fassung von Realität (vgl. DEACON 1998). Sie ermöglicht die Vergegenwärtigung nicht gegenwärtiger Ereignisse, sie ist die Leiter, über die unser Denken aus dem Hier und Jetzt aufsteigt, über die die Qualität menschlicher Aktionen ein höheres Niveau erreicht.

Sprache vermittelt den gegliederten Zugang zur Wirklichkeit über den kollektiven und den individuellen Sprachbesitz (sprachliches Wissen). Sprache ist entscheidend beim Lösen von Problemen beteiligt (sprachliches Denken). Sie ist ein effektives Medium zur Übermittlung von Informationen (sprachvermittelte Kommunikation). Sprache, selbst Gegenstand von Lernen, ermöglicht ihrerseits Lernprozesse und eröffnet den Zugang zu Lerngegenständen unabhängig von Raum und Zeit (sprachvermitteltes Lernen). Durch Sprache können Befindlichkeit, Einstellungen und Gedanken für andere wahrnehmbar gemacht werden (sprachlicher Ausdruck). Im aktuellen Sprachgebrauch bildet sich dabei jeweils auch die Persönlichkeit des Sprechers ab ((Selbst)Darstellung). Sprache steuert das Wechselspiel zwischen Partnern (sprachliche Interaktion), insbesondere die Abstimmung der Teilaktivitäten beim gemeinsamen Tun (Kooperation). Sprache dient dem Entwurf und der Steuerung des

Sprache als
Selbstdarstellung

Handelns (sprachvermitteltes Handeln). Die Sprache selbst (Metasprache) und der Mensch (Selbstbewusstsein) können Gegenstand der Reflexion sein. Schließlich stellen Lesen und Schreiben (fast) unverzichtbare Kulturtechniken dar.

Therapedidaktische Bilanz zum Komplex Sprache

Der Sprachtherapeut berücksichtigt bei seiner Therapieplanung die ungestörten (Ausgangslage) und gestörten (Ziel) Bedingungen von Sprachproduktion und Sprachverstehen, die gestörten und ungestörten sprachlichen Gestaltungsleistungen und unterscheidet dabei nach Stukturzielen und Prozesszielen. Er bedenkt, zu welchen Folgen die Sprachstörung in den sprachgestützten Funktionen geführt hat: Kommunikation, Lernen, Denken, Wissen, Ausdruck, Darstellung, Interaktion, Handeln, Kooperation, Sprach- und Selbstbewusstsein.

4 Komplex Vermittlung: Therapedidaktik

Jeder Sprachtherapie in der realen Praxis liegt eine ganz individuelle, störungsspezifische Aufgabenstellung zugrunde, wie beispielsweise die Förderung eines sprachentwicklungsverzögerten Kindes, die Beratung eines Erwachsenen mit einer Stotter- oder Stimmproblematik oder die Rehabilitation eines älteren Menschen mit einer Schlucksymptomatik. Unter dieser jeweiligen Einzigartigkeit liegt jedoch ein gleiches syntaktisches Muster, innerhalb dessen – trotz *oberflächlich* verschieden erscheinender Probleme – gleichartige Entscheidungen über die Strukturierung des sprachtherapeutischen Handelns zu treffen sind. Dieses Muster – eine Art *sprachtherapeutische Tiefenstruktur* – werden wir nun aus *therapedidaktischer Sicht* darlegen, wobei unser Schwerpunkt auf der fortwährenden Balancierung der einzelnen Therapiemomente – d.h. dem Wer, Was, Wie und Womit der *sprachspezifischen Vermittlung* – liegt.

sprachtherapeutische
Tiefenstruktur

4.1 Das didaktische Dreieck der Sprachtherapie

Eine erste Musterbildung erfolgt, wenn wir die beiden zuvor behandelten Komplexe von Person (vgl. 2) und Sprache (vgl. 3) mit dem nun neu einzuführenden dritten Komplex der *Vermittlung* durch den *Therapeuten* im Sinne eines Dreiecks – dem klassischen *Didaktischen Dreieck* – verbinden. Unsere Prämisse lautet hier: In der Therapedidaktik erfolgt die Balancierung von einerseits Subjektzentrierung und andererseits Sachorientierung durch den Therapeuten und der von ihm inszenierten und modellierten *Beziehungsgestaltung*, welcher somit die tragende und deshalb im Anschluss näher auszuführende Rolle zukommt:

Für jede Planung einer Sprachtherapie bei Kindern, Erwachsenen oder älteren Menschen sowie für jede sie begleitende didaktische Reflexion ist

Leitfragen es deshalb unabdingbar, sich immer wieder mit Leitfragen zu diesen Komplexen auseinanderzusetzen – in folgenden drei Katalogen exemplarisch gestellt in Form von Ich-, Du- und Wir-Fragen:

SUBJEKTZENTRIERUNG

- ⇒ Worin bestehen im Einzelnen Deine Schwierigkeiten mit Deiner Sprache, Dir selbst, Deiner Umgebung?
- ⇒ Wie erklärt sich Deine Sprachstörung und Deine gesamte Lebensbeeinträchtigung vor dem Hintergrund Deiner Entwicklung, vor Deiner beruflichen und privaten Lebenssituation?
- ⇒ Welche Impulse benötigst Du in der Therapie, damit Du aktiv und selbstbestimmt lernen kannst?
- ⇒ Wie wirksam ist die Therapie bislang für Dich? Zeigst Du mir auch genug, was Du brauchst und was weiter geschehen soll?
- ⇐ *Integriere ich meine sprachsystematischen Therapieansätze gut in die Förderung der Gesamtpersönlichkeit des Patienten?*
- ⇐ *Sind meine Methoden optimal auf den Lerntyp des Patienten eingestellt?*
- ⇐ *Achte ich genug auf die Aktionen und Reaktionen des Patienten und beziehe sie dementsprechend in das weitere Therapiegesehen ein?*
- ⇐ *Mache ich auch wirklich den Patienten und nicht mich oder vermeintliche Sachzwänge zum Brenn- und Fluchtpunkt des sprachtherapeutischen Vorgehens?*

GEGENSTANDSORIENTIERUNG

- ⇒ Wie ist – bezogen auf den Sprachaufbau des Patienten – der Zustand seiner Organsysteme, seiner psychischen Verfassung und seiner sozialen Interaktionen?
- ⇒ Wo und auf welche Weise sind bei ihm die Synergieeffekte zwischen diesen drei sprachkonstituierenden, funktionellen Systemen gestört?
- ⇒ Ist beim Patienten speziell der Prozess der Sprachwerdung betroffen, und wenn ja, auf welcher Kodierungsstufe bzw. innerhalb welches Rückkopplungsprozesses?
- ⇒ Sind bei ihm auch integrative, sprachgetragene Leistungen beeinträchtigt und welche Auswirkungen hat das auf seine Persönlichkeit und sein Umfeld?
- ⇐ *Bin ich hinreichend in der Lage zwischen meinen abstrakten Fachkenntnissen und dem konkreten „Fall“ Querverbindungen herzustellen?*
- ⇐ *Habe ich genug Sachwissen, um dieses spezifische Phänomen gestörter Sprache sowie seine Entstehungsbedingungen zu verstehen?*
- ⇐ *Kann ich mich – statt in Stereotypisierungen zu verfallen – für die Individualität dieser Sprachstörung offen halten, indem ich mich permanent zu einer prozessdiagnostischen Perspektive anhalte?*
- ⇐ *Gelingt es mir, unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und der Bedürfnisse des Patienten gegenstandsimmante Ziele abzuleiten, zu hierarchisieren und zu überprüfen?*

BEZIEHUNGSGESTALTUNG

- ⇒ Was bedeutet Sprache generell für Dich? Was bedeutet Dir Deine Sprache? Was hat sie früher in Deinem privaten und beruflichen Leben für eine Rolle gespielt? Wie sehr fühlst Du Dich jetzt beeinträchtigt?
- ⇒ Wie, wann und in welchem Umfang beteiligst Du Dich an der gemeinsamen Entwicklung, Vereinbarung, Rückkopplung und fortlaufenden Anpassung Deiner sprachtherapeutischen Struktur- und Prozessziele?
- ⇒ Wo brauchst Du in der Sprachtherapie Unterstützung? Stimmt für Dich im Rahmen Deiner Ressourcen unsere therapeutische Gratwanderung zwischen Überforderung und Unterforderung, der Wechsel von Anspannung und Entspannung? Wie zeigst Du mir Deine Ablehnung, Deine Abgrenzung?
- ⇐ Kennen wir uns gut genug? Passen wir für die Dauer der Sprachtherapie zusammen?
- ⇐ Sind wir uns darüber einig, was in jeder einzelnen Therapiesitzung Deine Aufgaben und was meine Aufgaben sind?
- ⇐ Wie gehen wir damit um, wenn wir ein Problem miteinander haben? Achten wir darauf, uns gegenseitig auch Zustimmung, Respekt und Anerkennung zu zeigen? Nehmen wir uns ausreichend Zeit für die Lernprozessreflexion?
- ⇐ *Reflektiere ich hinreichend meine Beziehung zum therapeutischen Medium „Sprache“? Passe ich auf, dass meine eigene Sprachlichkeit lebendig bleibt und sich nicht auf mechanistische Therapiefloskeln reduziert?*
- ⇐ *Entscheide ich immer wieder neu, was und wie viel ich dem Patienten von mir zeigen will? Achte ich dabei gut auf meine Grenzen?*
- ⇐ *Wie bringe ich meine Ressourcen in die Therapiesitzungen ein? Finde ich das richtige Maß? Kümmere ich mich professionell – z.B. im Rahmen von Psychohygiene und Supervision – um die Aufrechterhaltung meiner Kompetenzen und meiner Arbeitsenergie?*

Abbildung 5: a–c: Didaktische Leitfragen zu den drei zentralen Komplexen der Sprachtherapie

4.2 Beziehungsgestaltung: Standards therapedidaktischer Kompetenzen

Welche Kompetenzen ein Sprachtherapeut für eine gelingende Therapie braucht, erschließt sich, wenn wir das Ausgangsmuster des didaktischen Dreiecks erweitern, indem wir nicht nur seine drei Eckpunkte Sprache, Person und Therapeut, sondern auch die sie reziprok miteinander verbindenden Achsen betrachten:

- Um seine didaktischen Entscheidungen an den Gegenstand Sprache anzubinden, benötigt der Therapeut *Sachkompetenz*.

didaktisches Dreieck

- Um die sprachspezifischen Lerninhalte angemessen an die Person heranzubringen, braucht er *Methodenkompetenz*.
- Und um eine tragfähige didaktische Verbindung zwischen sich und der lernenden Person herzustellen, benötigt er *Dialogkompetenz*.

Die oben skizzierte, äußerst „wacklige“ Aufgabe der Balancierung von Subjektzentrierung und Sachorientierung durch die Beziehungsgestaltung des Therapeuten erhält mit seiner Dialogkompetenz die entscheidende *tragfähige Basis*, welche der Komplexität des sprachtherapeutischen Handelns den benötigten *zwischenmenschlichen Halt* gibt.

Da die sprachspezifische Fachlichkeit immer auf die Sprachlichkeit der sprachbeeinträchtigten Person zielt, da die Methodik immer in der Therapeutenpersönlichkeit gegründet sein muss und da der Dialog sich immer am Gegenstand Sprache entfaltet, spannt sich durch diese *dreifache Triangulation* der *dreidimensionale didaktische Raum* auf, in dem sich Sprachtherapie vollzieht.

dreifache Triangulation

Sachkompetenz

Im Einzelnen gehören zur *Sachkompetenz* fundierte Kenntnisse des Therapeuten über den Gegenstand Sprache, so z.B. Wissen über die Konstituierung des Sprachraumes durch ineinandergreifende funktionelle Systeme oder über die Kodierungsstufen im Prozess der Sprachwerdung (vgl. 2).

Die *Methodenkompetenz* umfasst z.B. die Fähigkeiten des Sprachtherapeuten:

Methodenrepertoire

- ein reichhaltiges *Methodenrepertoire* von klassischen Ansätzen bis hin zu innovativen Modifikationen zu besitzen;
- *Methodenwechsel* und *Methodenkombination* je nach individuellem und situativem Bedarf durchführen zu können;
- methodische Zwänge durch *mediale Vielfalt* zu vermeiden;
- *Zeitstrukturierung* in Form einer sinnvollen Einteilung in Therapiephasen bzw. -zyklen (z.B. Erarbeitung, Erprobung, Übung/Festigung) zu beherrschen;
- *Raumstrukturierungen* mittels vorbereiteter Umgebungen sowie Differenzierungs- und Integrationsangeboten vorzunehmen;
- *Alters- und Entwicklungsadäquatheit* z.B. durch ein zweckrationales oder spielerisches methodisches Vorgehen umzusetzen;
- das Wechselspiel von *Impulsgebung* des „Lehrenden“ und *Selbsttätigkeit* des „Lernenden“ personengemessen zu organisieren.

Dialogkompetenz

Die Gabe des Therapeuten, in der Sprachtherapie *Dialog* herzustellen und fortwährend *dialogbasiert* zu arbeiten, integriert zwei miteinander verwobene Bereiche von *Beziehungsgestaltung*, nämlich die *sprachspezifisch-emotionale* und die *rekursiv-kommunikative Kompetenz*. Dass diese Fähigkeit jedoch keine geschenkte „Gabe“, sondern eine professionelle Aufgabe ist, an der jeder Sprachtherapeut durch Aus-, Fort- oder Weiterbildung selbstbestimmt arbeiten kann, soll dadurch deutlich gemacht werden, dass die beiden Kompetenzbereiche von uns in Form erwerb- und evaluierbarer Standards dargestellt werden (vgl. Abb. 6 a + b):

KRITERIEN	STANDARDS
	SPRACHSPEZIFISCH – EMOTIONALE KOMPETENZ Sprachtherapeuten können ...
<i>Emotionale Bewusstheit</i>	... ihren eigenen emotionalen Zustand durch Interozeption bewusst spüren sowie die Widerspiegelung der erlebten Emotionen auf der physiologischen, psychischen und mentalen Ebene differenziert wahrnehmen.
<i>Emotionale Responsivität</i>	... in der Therapiesituation gefühlsmäßig mit Anderen mitschwingen und ihnen emotional antworten, z.B. durch gefühlvolle Blicke, Gesten oder sprachliche Feinfühligkeit („zwischen den Zeilen lesen“ oder „einfühl-same Worte“ finden).
<i>Signifikation von Emotionen</i>	... ihre Gefühle intentional „versprachlichen“, d.h. sie auf verschiedenen Zeichenebenen (indexikalisch, ikonisch, symbolisch) und in verschiedenen Zeichencodes (Körper-, Bild-, Lautsprache) adäquat enkodieren.
<i>Emotionale Dissimulationen</i>	... mit professionellen Selbstpräsentationsstrategien ihre privaten Gefühle maskieren, um sich z.B. gegenüber Patienten/Klienten vor unangemessener Nähe zu schützen (z.B. Lächeln verbirgt die eigene Besorgtheit).
<i>Emotionale Dialogizität</i>	... die interpersonellen Wirkungen des eigenen emotionalen Kommunikationsbeitrags für die sprachtherapeutische Beziehung absehen und berücksichtigen (z.B. Zuversicht ausstrahlen steigert Lernmotivation).
<i>Emotionale Autonomie</i>	... ihre emotionale Selbst-Wirksamkeit und Selbst-Verantwortung erkennen und stärken, indem sie sich bewusst sind, dass man sich in jeder Therapiesituation immer so fühlen kann, wie man sich fühlen möchte.
<i>Emotionale Fazilitation der Sprachlernprozesse</i>	... durch emotionales Monitoring genau erkennen und verfolgen, wie in den Phasen der Sprachprozessierung (z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Abruf) durch positive Emotionen eine Fazilitation sprachlichen Lernens erfolgt und wie sie dies unterstützen bzw. inszenieren können.
<i>Vermittlung emotionaler Selbstregulation</i>	... sprachbeeinträchtigten Menschen Techniken der emotionalen Selbstregulation vermitteln, damit diese in Sprachlernsituationen eigenständig in der Lage sind, hinderliche in förderliche Gefühle umzuwandeln.

Abbildung 6a: Therapedidaktische Standards im Bereich *Sprachspezifisch-Emotionale Kompetenz (S-EK)* (nach LÜDTKE 2002b)

Hilft die sprachspezifisch-emotionale Kompetenz dem Therapeuten bei der *Gefühlsbalance* (vgl. u.a. BRENNER & SALOVEY 1997, GREENBERG & SNELL 1997, SAARNI 1997, SCHORE 1999), so dient seine rekursiv-kommunikative Kompetenz dem permanenten Austarieren der *Machtbalance*, denn wie jede Lernsituation, so ist auch die sprachtherapeutische Situation per se von hierarchischen Macht-/Ohnmachtstrukturen durchdrungen, die es im Sinne einer Transparenz und damit stückweisen Aufhebung der Machtverhältnisse personell wie institutionell zu reflektieren und zu kommunizieren gilt (vgl. FOUCAULT 1991, BOURDIEU et al. 1997). Dies ist unseres Erachtens notwendig, damit erstens sich konstruktivistisch-selbstorganisierte gegenüber fremdbestimmten Lernmethoden durchsetzen können (vgl. REICH 2000), zweitens die Spannung

Gefühlsbalance

zwischen individueller Bedürfnislage des sprachbeeinträchtigten Menschen und die therapeutische Anpassung an gesellschaftlich gegebene Sprachstandards im Sinne der Mündigkeit des Patienten/Klienten thematisiert und ausgehandelt werden kann (vgl. hierzu den aktuellen Diskurs im Bereich Public Health und der Gesundheitspolitik), und drittens damit kollektive Phantasmen von Übertragungs- und Gegenübertragungsstrategien im Therapieprozess – z.B. unbewusste Ängste und Ausgrenzungstendenzen des Sprachtherapeuten in der Begegnung mit bestimmten „Störungsbildern“, u.a. bei schweren Krankheiten (Kehlkopfkrebs) oder bei Leiden, Schwäche, Alter, Wahnsinn (Dysphagien, Aphasien, SAD-Syndrom) – aufgedeckt und damit wirkungslos(er) werden können (vgl. NIEDECKEN ³1998).

KRITERIEN	STANDARDS
	REKURSIV – KOMMUNIKATIVE KOMPETENZ Sprachtherapeuten können ...
Rekursivität	... in sprachtherapeutischen Situationen gemachte Erfahrungen (z.B. psychische oder körperliche Abwehr von best. Klienten/Patienten) auf das eigene Erleben und die eigene Biographie rückbeziehen und diese Selbsterforschung als Grundlage weiteren kommunikativen Handelns konstruktiv verwenden.
Zirkularität	... die sprachtherapeutische Kommunikation aus einer systemischen Sichtweise betrachten, indem sie sich der Wechselwirkungen und Vernetzungen zwischen den verschiedenen Beobachterperspektiven und speziell der Unschärfe der eigenen Beobachterwirklichkeit bewusst sind.
Kritische Selbstreferenzialität	... erkennen, dass die eigenen personell-institutionellen Voraussetzungen die Sprachtherapie vorstrukturieren und dadurch ein Machtpotential beinhalten. Da somit Selbstreferenz für Andere machtvolle Fremdreferenz sein kann, vermeiden sie kommunikatives Machtgefälle und Machtmissbrauch.
Metakommunikation	... bei Differenzerfahrungen der an Sprachtherapie beteiligten Personen Metakommunikation durchführen, z.B. über Interpunktionskonflikte auf der Inhalts- und Beziehungsebene, über eigene Wiederholungszwänge (Druck ausüben, Entwertung) oder über unterschwellige Ängste und Vorurteile.
Rollen-auseinandersetzung	... sich mit ihrer berufsspezifischen Rolle identifizieren und diese reflektieren. Im einzelnen können sie flexibel zwischen verschiedenen Rollen wechseln, nach Bedarf aus einer Rolle heraustreten, und sich sowohl mit inneren Rollenkonflikten als auch mit Rollenerwartungen von außen auseinandersetzen.
Kommunikatives Repertoire	... vielfältige Gesprächstechniken (z.B. Paraphrasieren), Kommunikationsregeln, Beratungsansätze und gruppendynamische Steuerung angemessen in der Sprachtherapie einsetzen und dabei das Primat der Therapeutenvariablen (z.B. Kongruenz) über die kommunikativen Techniken berücksichtigen.
Mehrsprachigkeit	... ihr kommunikatives Handeln in derjenigen „Sprache“ (Körper-, Bild- und Lautsprache) ausdrücken, die ihr Dialogpartner versteht, wobei sie u.a. kulturelle, religiöse und soziale sowie Geschlechts- und Altersunterschiede berücksichtigen.
Störungsmanagement	... nicht über kommunikative Störungen in der Sprachtherapie hinwegsehen oder hinwegsprechen, sondern versuchen, sie durch Aufspüren der äußeren (z.B. Unterbrechungen), inneren (z.B. Unzufriedenheit) oder zwischenmenschlichen Ursachen (z.B. Antipathie, Missverständnisse) kreativ aufzulösen.

Abbildung 6b: Therapedidaktische Standards im Bereich *Rekursiv-Kommunikative Kompetenz*

Gibt es in diesen beiden Bereichen größere Kompetenzeinbußen, entfällt der tragende Dialog. Der Therapie wird damit der didaktische Beziehungsboden entzogen und *sprachtherapeutische Dysbalancen* treten in Erscheinung: z.B. eine rein auf den Sachaspekt reduzierte Didaktik mit mechanistischen Vermittlungsformen (die althergebrachten sinnentleerten Nachsprechübungen) oder überproportionale Subjektzentrierung, wo das Sprachspezifische der Therapie nicht mehr auszumachen ist.

4.3 Didaktisches Prozessmodell der Sprachtherapie

Unser Muster der sprachtherapeutischen Tiefenstruktur hat mit den Elementen des didaktischen Dreiecks und der Erweiterung durch die Kompetenzen des Therapeuten bereits Form angenommen. Es wird nun vollendet, indem wir in den so aufgespannten Raum mehrere *Ebenen therapedidaktischer Entscheidungen* einführen, welche auf keinen Fall statisch, als einmalige Aktion, sondern als *permanente Entscheidungsfindungen* zu jedem Zeitpunkt x des Therapieprozesses zu sehen sind. Es sind dies:

Ebenen therapedidaktischer Entscheidungen

- die Ebene der *Hypothesenbildung* über das Wechselverhältnis von Person/Biografie/Umfeld und sprachpathologischem Phänomen auf der Grundlage eines ätiologietheoretischen Erklärungsmodells (z.B. BRAUN 2002) mittels Prozessdiagnostik;
- die Ebene der *Ziel-Inhalt-Methoden-Interdependenz*:
 - Es erfolgt eine individuelle *Zielbestimmung* nach Struktur- und Prozesszielen sowie eine Hierarchisierung in kurz-, mittel-, langfristige Ziele.
 - Es findet die *Festlegung der Inhalte* statt, an denen sich die Zielerreichung durch die sprachbeeinträchtigte Person am besten realisieren lässt.
 - Und es wird die *Wahl der Methoden und Medien* vorgenommen, durch welche sich die subjektzentrierte und sachorientierte Vermittlung der sprachtherapeutischen Ziele und Inhalte am anschaulichsten umsetzen lässt.
- die Ebene der *Prozessevaluation* bezüglich der Kontrolle von Effizienz und Effektivität der Ergebnisse (Zielüberprüfung) und des Vorgehens (Inhaltsangemessenheit, Methodenadäquatheit).

Die *Legitimation* der im Interdependenz-Feld der Ziele, Inhalte und Methoden getroffenen Entscheidungen erschließt sich ganz individuell aus den drei, den therapedidaktischen Raum konstituierenden Bestimmungsgrößen Person, Sprache und Beziehungsgestaltung, so z.B.:

- aus der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur des sprachbeeinträchtigten Menschen;
- aus der Verfügbarkeit und dem Zusammenwirken seiner Motorik-Sensorik, Kognition-Emotion sowie seinem Kommunikations-Interaktions-Handlungsvermögen;

- aus der Verfügbarkeit seiner sprachlichen Modalitäten Expression, Impression und zentrale Verarbeitung;
- aus der Verfügbarkeit und dem Zusammenwirken seiner pragmatischen, semantischen, morpho-syntaktischen, phonologischen, artikulatorischen, prosodischen und mimisch-gestischen Gestaltungsebenen;
- aus seinen Kommunikationsstrategien hinsichtlich Wortfindung, Sprechflüssigkeit, Erzählstruktur etc. im Ernst und im Spiel;
- aus seinem erreichten Entwicklungsstand im Schreiben und Lesen;
- aus seinem Sprachbewusstsein und seinem Verhältnis zu den Kommunikationspartnern.

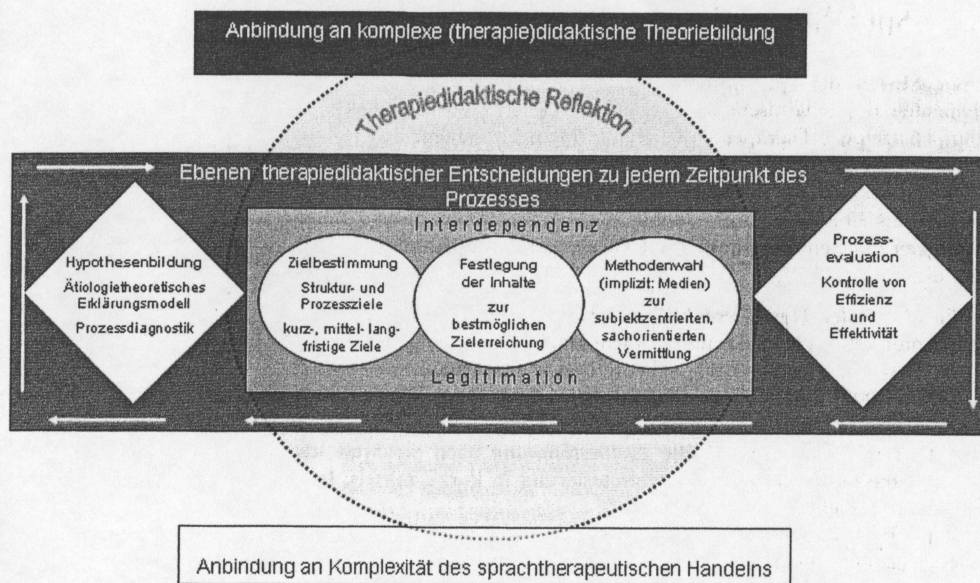


Abbildung 7: Das Didaktische Prozessmodell der Sprachtherapie

Zwar laufen im Alltag die fortwährend überprüften und revidierten therapedidaktischen Entscheidungen meist unbewusst oder – auf Grund von Erfahrungsbildung – automatisiert/intuitiv ab, doch ist es sowohl im Rahmen der sprachtherapeutischen Ausbildung als auch im Sinne von Qualitätsentwicklung, -sicherung und -verbesserung in der täglichen Praxis als auch hinsichtlich der Sprachtherapieforschung unabdingbar, die komplexen, interdependenten Entscheidungen immer wieder durch *therapedidaktische Reflexion* (vgl. Abb. 7) zu hinterfragen. Nur so ist eine Optimierung der sprachlichen Lehr-/Lernprozesse für alle Beteiligten („Klienten“, „Eltern“, „Therapeutenzufriedenheit“) gewährleistet. Und *nur* so kann die dringend notwendige, aber kaum vorhandene *Anbindung der Komplexität des sprachtherapeutischen Handelns an eine komplexe (therapie)didaktische Theoriebildung* – und umgekehrt – erfolgen.

5 Schluss

Die vom Herausgeber gestellte Aufgabe lautete: Mehrdimensionalität/Komplexität und Konzeptbildungen in der Sprachtherapie. Dabei bestand unsere Herausforderung darin, die Datenfülle beherrschbar zu machen. Unser Ziel war: Es sollten sowohl die handlungsleitenden Momente prägnant hervortreten als auch die dem Geschehen eigene Dynamik gefasst werden.

Nach unserer sprachheilpädagogischen Therapietheorie sind als Ziel und Ausgang von Sprachtherapie die sprachkonstituierenden Leistungen und die sprachspezifischen Funktionen in einem dreidimensionalen theoretischen Sprachraum qualitativ und quantitativ zu bestimmen. In der therapedidaktischen Planung ist das Wechselverhältnis von Gegenstandsorientierung und Subjektzentrierung zu gestalten. Die Vermittlung ist dann bestimmt von der Interaktion und der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient. Die therapeutische Kunst besteht in der person-, störungs- und situationsgerechten Gewichtung der mitwirkenden Momente im gekonnten Wechsel von Anforderung, Bekräftigung, Spannung, Entspannung, Reflexion usw. Dazu konstruiert sich jeder Sprachtherapeut *sein* dynamisches Modell der Therapie-, Unterrichts- oder Förderkonstellation. Einem Mobile gleich muss er die verschiedenen Entscheidungsfelder, ihre hierarchische Anordnung und die sich stets wandelnden Gewichte in eine Balance bringen.

Dem Leser möchten wir raten, seine Augen zu schließen, *seinem* therapedidaktischen Mobile in Gedanken nachzuspüren, dessen Ausschläge zu erleben und sich zu vergegenwärtigen, warum und wie er die wechselnden Gewichte balanciert. Wenn er dann die Augen wieder öffnet, hat er – so hoffen wir – ein besseres Verständnis seines eigenen sprachtherapeutischen Handelns.

therapeutische Kunst