

„Ich sehe was, was Du nicht siehst. Was siehst Du, was ich nicht seh'?"

Systemische Gesprächsführung in der Logopädie

Stefan Lange

ZUSAMMENFASSUNG. Gespräche mit Patienten und Angehörigen gehören zum Therapiealltag: Smalltalk, Reflexionssequenzen, der Austausch über Möglichkeiten des Alltagstransfers sowie die gezielte Bearbeitung von Themen und Anliegen, die in Zusammenhang mit der logopädischen Diagnose stehen. Die Anlässe für Gespräche sind vielfältig. Das Maßschneidern des Therapieprozesses auf die Bedürfnisse und Ziele des Patienten erfordert einen konsequenten Perspektivenwechsel in dessen Sichtweise und Lebenswelt. Auf dieser Grundlage können vorhandene Ressourcen genutzt sowie hemmende Faktoren herauskristallisiert und in der Therapieplanung berücksichtigt werden. Der gezielt gestaltete therapeutische Dialog wirkt sich hierbei maßgeblich auf die Art des Miteinanders aus: Die Therapeutin verlässt bewusst die Position der „Wissenden“ und begibt sich in die Rolle der „professionell Fragenden“. Es wird erläutert, welche Grundhaltungen und therapeutischen Konsequenzen hiermit verbunden sind.

Schlüsselwörter: Therapie – Kommunikation – Gespräch – Dialog – System – Beratung

Einleitung

Das Ziel einer logopädischen Therapie besteht stets darin, den Patienten oder dessen Angehörigen in einem Veränderungsprozess zu unterstützen. Bestehende Symptome und Defizite sollen bestmöglich behoben oder kompensiert, der aktuelle Zustand optimiert oder neue und bessere Wege gefunden werden. Hierbei gehört es zu unserer Aufgabe, gemeinsam mit dem Patienten (und gegebenenfalls mit dessen Angehörigen) Therapieziele zu konkretisieren und (ebenfalls gemeinsam) mögliche Lösungswege zu erarbeiten.

Auch in der ICF, dem Shared Decision Making und dem Clinical Reasoning spiegelt sich die Forderung nach einer auf die individuelle Situation des Patienten angepassten Therapiegestaltung wider. Ausgangslage und zugleich Ziel ist somit die Ausrichtung der eigenen therapeutischen Entscheidungen an der Lebenswelt, den Wünschen, Bedürfnissen, Anliegen, Zielen und Handlungsmöglichkeiten des Patienten.

Um diese zu erfragen bedarf es gezielter therapeutischer Gesprächssituationen. Diese dienen somit nicht nur dem Kontaktaufbau oder der Informationsvermittlung seitens der Therapeutin, vielmehr stellen Patienten- und Angehörigengespräche ein zentrales Element der Therapieplanung sowie der Therapiege-

staltung dar. Kombiniert mit gezielten therapeutischen Gesprächsinterventionen tragen sie maßgeblich zum Erfolg der Therapie bei.

Die Sichtweise des Patienten und der Angehörigen

In unseren Therapien machen wir häufig die Erfahrung, dass sich Patienten oder Angehörige passiv, reaktiv (auf unsere Anweisungen reagierend statt sich aktiv einbringend), zögerlich oder sogar ablehnend verhalten. Spätestens hier sollten wir hinterfragen, ob die von uns durchgeführten Übungen oder geäußerten Ratschläge auch aus Sicht des Gegenübers nachvollziehbar, passend und sinnvoll erscheinen. „Widerstände“ sind stets ein Zeichen dafür, etwas Entscheidendes in diesem Prozess übersehen zu haben.

Das aus unserer Sicht erstrebenswerte Ziel und der von uns empfohlene Lösungsweg decken sich unter Umständen nicht mit dem, was der Patient oder Angehörige in der Zusammenarbeit erreichen möchte. Auch kann dessen Einschätzung der zur Verfügung stehenden und zudem sinnvollen Handlungsschritte von unserer Beurteilung der Situation abweichen. Doch welcher Weg ist aus der Perspektive des Gegenübers gangbar? Welches Ziel erstrebenswert? Es gibt nur ein

Stefan Lange M.A. absolvierte seine Ausbildung zum Logopäden von 1998 bis 2001 an der staatl. BFS für Logopädie in Augsburg. Von 2006 bis 2009 studierte er Sprechwissenschaft und Sprecherziehung an der Universität Regensburg. Seit 2005 ist er als Lehrlogopäde im Fachbereich Redeflussstörungen an der staatl. BFS Regensburg tätig. Zudem ist er Lehrbeauftragter für systemische Kommunikation und Gesprächsführung an der Universität Regensburg. Stefan Lange bietet Seminare zum Thema Gesprächsführungskompetenzen für LogopädInnen und SprachtherapeutInnen an. Im Schulz-Kirchner Verlag veröffentlichte er 2012 das Buch „Kommunikationskompetenz in den Therapieberufen: Gemeinsam ans Ziel“.



Mittel, um dieses herauszufinden: Fragen! Dies gilt auch für den Transfer der Therapieinhalte in den Alltag des Patienten. Wir sind darauf angewiesen, uns ein genaues Bild von der Lebenswelt und Sichtweise unseres Gegenübers zu verschaffen. Unsere Sicht auf die Dinge ist wenig hilfreich, wenn sie vom Patienten nicht geteilt wird. Auch hier sind Fragen das Mittel der Wahl. Sind unsere Empfehlungen realistisch und im Alltag umsetzbar? Was hilft und was weniger? Was könnten aus der Perspektive des Patienten (oder der Angehörigen) die nächsten Schritte in die von ihm (bzw. ihnen) anvisierte Richtung sein?

Die Therapeutin nimmt somit bei der Erkundung der Lebenswelt(en) und der „mentalen Landkarte(n)“ des Patienten und dessen Angehörigen eine erfragende Haltung ein. Treffen mehrere Sichtweisen und somit verschiedene „mentale Landkarten“ mit möglicherweise unterschiedlichen Zielen und Lösungsideen aufeinander, entwickelt sich die Erkundung dieser Perspektiven mitunter zu einem besonders spannenden und lohnenswerten Prozess. Welche Bedürfnisse hat das Kind, mit dem gearbeitet wird? Welche Ziele verfolgt die Mutter? Welche Lösungs-

wege sieht sie? Woher kommt die Skepsis des Vaters? Inwiefern sind die Großeltern an dem Prozess beteiligt? Welche Erwartungen werden von der Ärztin und der Erzieherin an uns herangetragen? Und nicht zuletzt: Wie schätzt die LogopädIn selbst die Situation aus therapeutischer Sicht ein?

Der Therapieprozess wird nur wenige Früchte tragen, wenn ausschließlich die eigene therapeutische Sichtweise verfolgt, die Realität der am Prozess Beteiligten aber außer Acht gelassen wird. Weiß ich schon genug über den Alltag des Patienten? Woher kommt möglicherweise der von mir beobachtete Widerstand? Warum wird das Selbsttraining so unregelmäßig durchgeführt? Habe ich etwas übersehen?

„Jedes Verhalten macht Sinn, wenn man den Kontext kennt“, sagen systemische Therapeuten zu Recht (Schlippe & Schweitzer 2007, 179). Dialoge ermöglichen es uns, diesen Kontext zu erkunden. Basierend auf dieser Wertschätzung der unterschiedlichen Sichtweisen können (wie in Abb. 1 am Beispiel einer Kindertherapie dargestellt) die Mutter, der Vater, das Kind selbst sowie die LogopädIn gemeinsam überlegen, wie der weitere Prozess gestaltet werden könnte.

Die Art der Zusammenarbeit

Trotz aller Patientenorientierung liegt es selbstverständlich in unserer Verantwortung, dem Gegenüber unsere eigene, therapeutische Einschätzung transparent zu machen und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hierbei sollten Patienten und Angehörige

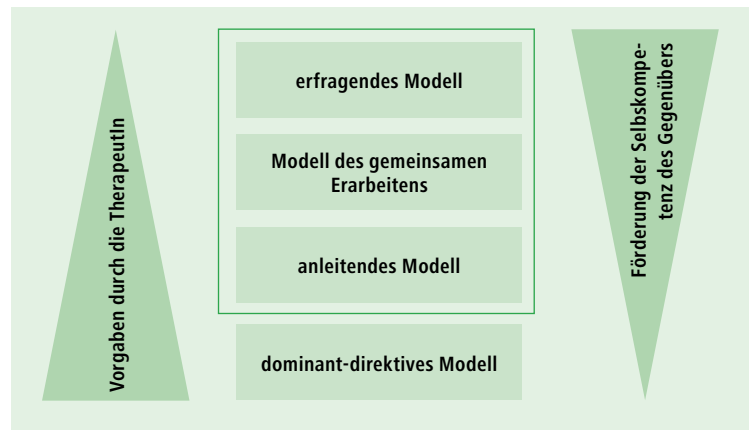
stets als autonom, eigenverantwortlich und aktiv am gemeinsamen Therapieprozess beteiligt betrachtet werden. Sie selbst entscheiden, ob unsere Impulse und Anregungen in ihrem Alltag realistisch und umsetzbar erscheinen und auch, ob sie unsere Empfehlungen annehmen möchten oder lieber nicht. Durch die Kombination aus fachlich-therapeutischem Know-how und der Einbeziehung des Gegenübers wird es gelingen, das Veränderungspotenzial des Patienten und seines Umfeldes optimal auszuschöpfen.

Die Art des gemeinsamen Miteinanders zwischen TherapeutIn und Patient/Angehörigem kann daher sehr unterschiedlich gestaltet werden (Abb. 2):

► Ein *dominant-direktives* Vorgehen (bei dem die Therapeutin ausschließlich Vorgaben, Anweisungen oder gar Befehle äußert und zudem die Bedürfnisse, Ziele und möglicherweise Widerstände des Gegenübers außer Acht lässt) verbietet sich aus ethischen Gesichtspunkten von selbst.

► Sollten Anweisungen ausgesprochen werden, so geschieht dies stets in Form wertschätzender Hilfestellungen und Empfehlungen. Das daraus resultierende *anleitende Therapeutenverhalten* bietet sich insbesondere bei Übungsdurchführungen

■ **Abb. 2: Vier Therapiemodelle und ihre Auswirkung auf die Förderung der Selbstkompetenz des Gegenübers (in Anlehnung an Lange 2012)**



sowie in der Zusammenarbeit mit neurologisch (sprachlich sowie neuropsychologisch betroffenen) Patienten an. Durch wachsame Beobachtung der Reaktionen des Gegenübers sowie – sofern erforderlich – durch Gespräche mit Angehörigen wird hierbei gewährleistet, dass das gewählte Vorgehen stets im Sinne des Patienten und seines Umfeldes gestaltet wird.

► Während die TherapeutIn beim *anleitenden* Verhalten nahezu alle Inhalte vorgibt, bietet sich das *gemeinsame Erarbeiten* insbesondere dann an, wenn sich die TherapeutIn (als fachlich-methodische ExpertIn) zusammen mit dem Patienten (als Experte für seine Lebenswelt, seinen Körper, seine Gedanken und Gefühle) auf die gemeinsame Suche nach nächsten möglichen Handlungsschritten im Therapieprozess begibt. Wie alle anderen Varianten auch ist das gemeinsame Erarbeiten hierbei selbstverständlich auch mit Angehörigen möglich.

► Sollte der Alltagstransfer oder auch die Erarbeitung von Alltagsstrategien im Vordergrund stehen, wird die TherapeutIn auf das *erfragende Verhalten* zurückgreifen. Hierbei hält sie sich mit ihren eigenen Impulsen und Ratschlägen gänzlich zurück und unterstützt das Gegenüber darin, *eigene* Ideen zu entfalten und *eigene* Handlungswege für sich zu erkunden: „Wie ist die Situation bei Ihnen zuhause im Alltag?“, „Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Inhalte unserer Zusammenarbeit in den Alltag zu übertragen?“, „Wann und in welcher Situation genau könnten Sie versuchen, es gezielt umzusetzen?“, „Was könnte Ihnen dabei helfen?“, „Was könnte schwierig werden und wie könnten Sie damit umgehen?“ – Themen wie diese erfordern eine erfragende Haltung der TherapeutIn und betonen den Expertenstatus des Patienten oder Angehörigen für seinen Alltag und seine konkreten Handlungsoptionen.

■ **Abb. 1: Die unterschiedlichen Sichtweisen auf den Therapieprozess (in Anlehnung an Lange 2012)**



Oftmals wird es erforderlich sein, innerhalb einer Situation zwischen diesen Formen zu wechseln: Beginnend mit einer Übungsanleitung (anleitendes Modell) ergibt sich beispielsweise die gemeinsame Reflexion der Durchführung und die daraus resultierende Ableitung von Optimierungsmöglichkeiten (Modell des gemeinsamen Erarbeitens), um auf dieser Basis zu erfragen, wie das Selbsttraining der kommenden Woche in den Alltag des Patienten integriert werden könnte (erfragendes Modell).

Entscheidend ist hierbei, die Selbstkompetenz des Gegenübers (dessen eigene Ideen, Impulse und Rückmeldungen) nicht zu unterschätzen. Patienten und Angehörige sollten so oft wie möglich in die aktive Prozessgestaltung einbezogen werden. Dies erhöht nicht nur die Wahrscheinlichkeit des gelingenden Alltagstransfers. Es verhindert zudem, dass die Therapeutin nach immer neuen Lösungsideen sucht, die letzten Endes vom Gegenüber als nicht passend abgelehnt werden („Ja schon ...“, aber ...“). Die vielfach von Patienten oder Angehörigen an den Tag gelegte innere Grundhaltung „Sagen Sie mir mal, was nun das Richtige für mich wäre ...“ sollte daher nicht gefördert werden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass die therapeutischen Empfehlungen nicht ausreichend auf die Lebenswelt des Gegenübers maßgeschneidert sind, ist sehr hoch. Handlungsmöglichkeiten und Lösungswege sollten

daher gemeinsam mit dem Patienten oder dessen Angehörigen entwickelt werden. Oder um es in den Worten von *Steve de Shazer*, dem Begründer der lösungs- und ressourcenorientierten Therapie, zu formulieren: Immer dann, wenn die Therapeutin mehr arbeitet als der Patient, läuft etwas falsch (zitiert nach *Abt* 2011).

Systemisches Denken: wieso, weshalb, warum?

Der Begriff des systemischen Denkens und Handelns (nicht zu verwechseln mit „systematisch“) findet auch in der Logopädie zunehmend Verbreitung. „Systemisch“ bedeutet hierbei, dass der Einzelne niemals losgelöst von seinem Umfeld betrachtet werden kann. Dieses „System“ beinhaltet die Familie, Bekannte, Freunde, Arbeitskollegen sowie die sonstigen Personen und Strukturen, in die das Individuum eingebettet ist. Hierbei bestehen Wechselwirkungen zwischen dem Einzelnen und den Personen seines Alltags. In unserem Arbeitskontext können diese Wechselwirkungen sowohl die Symptomatik betreffen (auslösend, aufrechterhaltend, verstärkend, mildernd) als auch begünstigende oder hinderliche Faktoren in Hinsicht auf den angestrebten Veränderungsprozess in der Therapie sein. Die ICF wird dieser Tatsache gerecht, indem sie den Bereich *Umweltfaktoren* in förderliche Aspekte (Förderfaktoren)

und hemmende Aspekte (Barrieren) unterteilt. Eine systemische Grundhaltung ist die logische Folge der Patienten- und Alltagsorientierung im Therapieprozess. Mögliche systemisch orientierte Fragestellungen können daher sein (*Lange* 2012, 39):

- Welche Auswirkungen hat die Symptomatik des Patienten eventuell auf seinen Alltag?
- Welche Personen wissen um seine Problematik und wie reagieren sie darauf?
- Gibt es Dinge im Alltag des Patienten, die sich ungünstig auf die Linderung seiner Symptome auswirken oder die Symptomatik gar begünstigen oder verstärken könnten? Und wenn ja, wie könnte damit umgegangen werden?
- Welche Aspekte könnten sich positiv auf den Therapieprozess auswirken? Könnten diese gezielt gefördert oder in den Prozess einbezogen werden?
- Welche Personen oder Personengruppen könnten den Patienten auf dem Weg des Therapieprozesses unterstützen?
- Wie könnte der Patient seinen Lebensalltag so gestalten, dass eine bestmögliche Linderung seiner Beschwerden erfolgen kann?
- Wie erlebt das Umfeld des Patienten Veränderungsprozesse, die durch die Therapie ausgelöst werden (beispielsweise die Veränderung der Symptomatik oder die Persönlichkeitsentwicklung, die

Die richtigen Fragen stellen

Gezielte Fragen spielen im lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz eine zentrale Rolle. Die folgenden Beispiele aus der Stimmtherapie können als Orientierungshilfe dienen.

Fokussieren Sie konkrete, konstruktive Handlungsmöglichkeiten.

„In welcher Situation könnten Sie morgen während der Arbeit – wenn auch nur für ein paar Minuten – versuchen, auf Ihre Atmung zu achten?“

Beziehen Sie bereits Gelingendes sowie Ressourcen mit ein.

„Wann war Ihre Stimme trotz einer stressigen Situation recht entspannt und vom Gefühl her angenehm? Was haben Sie damals anders gemacht? Wie haben Sie das geschafft?“

Erfragen Sie ein positives, erstrebenswertes Ziel.

„Wie würden Sie sich innerlich in Stresssituationen fühlen, wenn Sie – wie Sie es schildern –

nicht mehr so angespannt wären? Wie würden Sie sich stattdessen fühlen?“

Suchen Sie nach Möglichkeiten des Patienten, selbst aktiv auf seine Situation Einfluss zu nehmen.

„Sie sagen, dass es Ihnen besser ginge, wenn Ihr Chef endlich damit aufhören würde, Sie unter Druck zu setzen. Nun können wir Ihren Chef vielleicht nur schwer verändern. Wie könnten Sie denn selbst dafür sorgen, dass die Situation für Sie nicht mehr so belastend ist?“

Reflektieren Sie die Konsequenzen der angestrebten Veränderung.

„Mal angenommen, Sie könnten sich selbst besser abgrenzen. Was würde dann wohl geschehen? Wie würden wohl Ihre KollegInnen darauf reagieren? Und Ihr Chef? Wer würde Ihr verändertes Verhalten noch bemerken?“

Helfen Sie Ihrem Gegenüber, sich die angestrebte Situation möglichst konkret vor Augen zu führen.

„Angenommen, Sie wären in der Lage, sich selbst besser gegen den an Sie herangetrage-

nen Stress abzusichern. Wie würde das konkret aussehen? Was würden Sie sich vermutlich denken? Was würden Sie fühlen? Wie würden Sie sich ganz konkret verhalten?“

Beschreiten Sie den Weg in kleinen, gangbaren Schritten

„Was könnte denn ein erster, kleiner Schritt in diese Richtung sein? Womit könnten Sie morgen in der Arbeit experimentieren (ohne, dass es sofort klappen muss)?“

Durch solche Fragen verhindern Sie, dass sich Ihr Gegenüber in eine „Problem-Trance“ begibt, in der das Hauptaugenmerk auf das gerichtet wird, was nicht gelingt, was schon oft vergeblich versucht wurde und was nicht mehr sein soll. Das Verharren in einer solch defizit- und problemorientierten Sichtweise ist wenig förderlich für die Suche nach hilfreichen und realistischen Handlungsoptionen. Fragen dienen somit dazu, Ihr Gegenüber zum Nachdenken über konkrete Einflussmöglichkeiten, erste Schritte und Zusammenhänge anzuregen.

der Patient unter Umständen durchläuft)? Welche Wechselwirkungen entstehen hierbei zwischen dem Patienten und dessen Umfeld?

Das systemische Arbeiten kann hierbei *direkt* (durch Einbeziehung von Personen in Gespräche) erfolgen oder aber *indirekt* (durch Fragen an den Gesprächspartner nach möglichen Gedanken, Gefühlen, Verhaltensweisen, Reaktionen anderer Personen seines Lebensumfeldes, ohne dass diese im Gespräch anwesend sind).

Lösungs- und Ressourcenorientierung

Patienten und Angehörige zeigen in Gesprächen häufig eine defizitorientierte Haltung: Verständlicherweise schildern sie insbesondere die Dinge, die nicht mehr so gut gelingen wie früher, die im Alltag Probleme bereiten, oder sie benennen Aspekte, die einer Verbesserung der Situation im Wege stehen. So nachvollziehbar diese defizitorientierte Sicht in der aktuellen Situation auch ist, sollte die Therapeutin diese Sichtweise nicht unnötig fördern. „Problem talk creates problems. Solution talk creates solutions.“ Mit diesen Worten brachte *Steve de Shazer* die Grundhaltung des von ihm und seiner Frau *Insoo Kim Berg* begründeten lösungs- und ressourcenorientierten Ansatzes sehr gut auf den Punkt (zitiert nach *Abt* 2011).

Die Therapeutin verhilft dem Gegenüber durch gezielte Gesprächsinterventionen (u.a. durch lösungs- und ressourcenorientierte Fragetechniken, siehe Kasten) dazu, den Fokus auf die eigenen Ressourcen, Stärken, Fähigkeiten, Handlungsmöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten sowie auf bereits Gelingendes zu richten. „Lösungsorientiert“ bedeutet, den Blick auf konkrete Lösungsideen hin auszurichten, anstatt sich lediglich mit dem zu beschäftigen, was nicht eintreten soll oder vermutlich nicht gelingen wird. „Ressourcenorientiert“ bedeutet, dass sich der Patient oder seine Angehörigen des eigenen Einflusspotenzials auf die Situation bewusst werden.

Zugleich darf diese Grundhaltung nicht damit verwechselt werden, die Symptome, Sorgen und Probleme des Patienten zu bagatellisieren, „schönzureden“ oder ausschließlich „positiv zu denken“ (im Sinne eines oberflächlichen „think positive!“). Vielmehr ist es trotz der Lösungs- und Ressourcenorientierung von zentraler Bedeutung, die Not des Gegenübers ernst zu nehmen und entsprechend zu würdigen.

Selbstverständlich wäre es unangemessen, die Problemschilderungen des Patienten/der Angehörigen einfach zu übergehen. Diese

Schilderungen liefern wichtige Informationen für unsere weitere Therapieplanung. Dennoch sollte die Therapeutin wachsam dafür sein, nur so weit auf Defizite und Problemschilderungen einzugehen, wie es für das weitere Vorgehen dienlich ist. Auf dieser Basis sollte ein Wechsel der Perspektive hin zu konkreten Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten vollzogen werden.

Gestaltung von Gesprächssituationen im Therapieprozess

Welche Möglichkeiten sich aus den o.g. Überlegungen für die Gestaltung von Gesprächssituationen im Therapieprozess ergeben, sollen die folgenden Empfehlungen aufzeigen.

Der Beginn der Zusammenarbeit

Vermeiden Sie es von Beginn an, lediglich anzuleiten oder vorschnell Empfehlungen und Lösungsideen auszusprechen. Beziehen Sie Ihr Gegenüber stattdessen aktiv in den Prozess mit ein. Stellen Sie Fragen. Seien Sie neugierig. Signalisieren Sie, dass Sie die Antworten auf die Fragen und Anliegen des Gegenübers nur gemeinsam finden können.

Veränderungsmotivation

Achten Sie darauf, welche Personen im System des Patienten welche Ziele verfolgen. Will sich der Patient wirklich verändern? Lohnt sich die Mühe, die hierzu im Therapieprozess nötig sein wird? Oder ist er lediglich anwesend, da er vom Arzt, einem Angehörigen oder sonstigen Personen „geschickt“ wurde? Hat er das Gefühl, den Prozess durch seine aktive Mitarbeit selbst beeinflussen zu können? Ist der von Ihnen eingeschlagene Weg auch aus seiner Sicht der richtige?

Beratungssituationen

„Beraten“ darf nicht missverstanden werden als „Ich gebe Ihnen jetzt mal einen fachlich-professionellen Rat“. Es bietet sich vielmehr an, das Modell des gemeinsamen Erarbeitens oder sogar das erfragende Modell zu wählen, wenn Patienten oder Angehörige mit Anliegen oder Fragen an uns herantreten. Sollten Sie Empfehlungen aussprechen, versichern Sie sich, ob diese auch aus Sicht des Gegenübers sinnvoll und alltagstauglich sind. Und: Nehmen Sie es nicht persönlich, wenn Ihr Gegenüber sich dennoch gegen die

erarbeiteten Handlungsschritte entscheidet. Respektieren Sie die Autonomie und Entscheidungsfreiheit Ihrer Patienten und deren Familien.

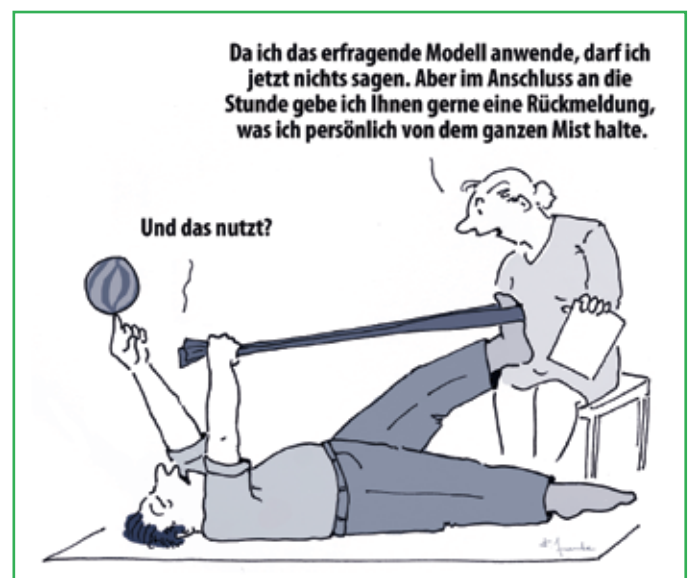
Übungssituationen

Der Patient ist selbstverständlich vielfach nicht in der Lage, Übungen ohne unsere Unterstützung durchzuführen. Nicht umsonst haben Sie eine langjährige fachlich fundierte Ausbildung. Versuchen Sie dennoch, den Patienten immer wieder in den Aufbau der Übung einzubeziehen, indem Sie beispielsweise Fragen stellen wie „Haben Sie jetzt eher den Eindruck, dass Sie etwas Entspannendes brauchen oder eher etwas Aktivierendes? Was von dem, das Sie schon kennen, würde Ihnen jetzt guttun?“ Hierdurch fördern Sie nicht nur die Selbstkompetenz des Patienten, sondern erhöhen zudem die Therapiemotivation sowie die Erfahrung der Selbstwirksamkeit im Veränderungsprozess.

Reflexionen

Auch Reflexionen können anleitend, gemeinsam erarbeitend oder erfragend gestaltet werden, indem Sie entweder ausschließlich Feedback geben, Ihr Feedback um die Einschätzung des Patienten ergänzen oder aber lediglich die Einschätzung des Gegenübers erfragen ohne Ihren eigenen Eindruck zu schildern. Reflektieren Sie hierbei nicht, nur um reflektiert zu haben. Leiten Sie aus der gemeinsamen Reflexionen konkrete Konsequenzen für das weitere Vorgehen ab. Dies gilt sowohl für die Reflexion von Übungen als auch für alle sonstigen Prozesse im Therapieverlauf (wie beispielsweise Transfermöglichkeiten, die gemeinsam erarbeitet wurden und die nun auf ihre Wirksamkeit hin reflektiert werden). Zudem können Sie auf drei un-

Katrina Franke
(Lange 2012)



terschiedliche Aspekte Bezug nehmen: das bereits Gelingende, das noch nicht Gelingen-
de sowie eine Mischung aus beidem.

Selbsttraining

Hüten Sie sich davor, das Selbsttraining lediglich vorzugeben. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass der Patient es nicht im Alltag umsetzen wird (vielleicht aus zeitlichen oder sonstigen Gründen auch nicht umsetzen kann). Erfragen Sie daher zunächst, ob der Patient überhaupt üben möchte und wenn ja, wie viel Zeit er hierfür investieren kann und will. Auf dieser Grundlage können Sie gemeinsam besprechen, welche Übungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und wie diese konkret in den Alltag eingebettet werden können. Der Begriff „Hausaufgaben“ sollte gänzlich vermieden werden (sofern es sich nicht um Kindergartenkinder handelt, die mit diesem Begriff noch positive Assoziationen verknüpfen). „Hausaufgaben“ haben den Beigeschmack, dass jemand anders will, dass ich etwas tue. „Selbsttraining“ sollte aus der eigenen Motivation und dem Wunsch nach einer Beschleunigung des Therapieprozesses heraus erfolgen.

Transfer

Zeigen sich Probleme bezüglich des Transfers, die sich nicht durch die fehlende Kompetenz des Patienten erklären lassen? Dann ist es lohnenswert, die möglichen Gründe hierfür zu hinterfragen und gemeinsam mit dem Patienten zu erörtern. Welche Aspekte möchte der Patient gerne in seinen Alltag transferieren? Wie könnte dies (in seinem Alltag, den nur er selbst kennt) konkret und schrittweise umgesetzt werden? In welchen Bereichen möchte sich der Patient nicht (oder vielleicht auch noch nicht) verändern? Machen Sie sich immer wieder bewusst, dass Sie dem Patienten lediglich Wege aufzeigen können. Beschreiten muss er sie in seinem individuellen Alltag allein.

Der Abschluss

Betonen Sie erreichte (Zwischen)ziele und (Teil)erfolge. Wie kann es nun für den Patienten konkret weitergehen? Welche Stolpersteine und Hürden könnten auftreten und wie könnte mit ihnen umgegangen werden? Erstellen Sie eine „take away box“: Welche Impulse aus der heutigen Sitzung (oder aus dem gesamten Therapieprozess) soll der Patient konkret mit nach Hause nehmen? Beenden Sie die Sitzung mit einem Erfolgserlebnis und schaffen Sie einen positiven und „runden“ Abschluss. Geben Sie dem Patienten sowie dessen Angehörigen eine letzte Brise Rückenwind mit auf den Weg.

Ausblick

Es wurde deutlich, dass eine Reduzierung des Patienten auf die im Therapieraum beobachtete Symptomatik das Risiko birgt, zwar die richtigen Übungen auszuwählen, den Alltagstransfer jedoch zu erschweren oder gar zu verhindern. Die Einbeziehung systemischer Aspekte (Umweltfaktoren) sowie der Persönlichkeit des Patienten (personenbezogene Faktoren) erscheint daher als zwingend erforderlich, um den Erfolg der Therapie zu gewährleisten.

Die ICF bietet hierbei eine gute Argumentationsgrundlage, um das gezielte systemische Arbeiten auch nach außen fachlich begründen zu können. Patienten- und Angehörigengespräche erhalten damit eine erneute fachlich untermauerte Legitimation. Es bleibt zu hoffen, dass der Stellenwert therapeutischer Gesprächsinterventionen von möglichst vielen LogopädInnen als hoch eingestuft wird und systemisches Denken und Handeln in logopädischen Praxen, Einrichtungen und Kliniken zunehmend Verbreitung findet.

LITERATUR

- Abt, V. (2011). *Seminarunterlagen der Weiterbildung Lösungsorientierte Beratung und Gesprächsführung*. Diedorf/Augsburg: Systemisches Institut Volkmar Abt
- Abt, V. (2012). *Seminarunterlagen der Weiterbildung Systemische Beratung*. Diedorf/Augsburg, Systemisches Institut Volkmar Abt in Kooperation mit ISB München
- Berg, I.K. & De Jong, P. (2008). *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Modernes Lernen
- De Shazer, S. (2009). *Worte waren ursprünglich Zauber. Von der Problemsprache zur Lösungssprache*. Heidelberg: Carl-Auer
- Iven, C. (2000). Gemeinsam an Lösungen arbeiten. *Logos interdisziplinär* 2, 85-97
- Lange, S. (2012). *Kommunikationskompetenz in den Therapieberufen. Gemeinsam ans Ziel*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Schlippe, A.v. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

SUMMARY. Systemic communication in speech and language therapy

Different types of discourse patterns with patients and relatives are part of daily routine in SLT: small talk, reflective sequences, communicating about the means for transfer in daily life as well as focussing on themes and concerns related to the logopedic diagnosis. There are various reasons for talks. Fitting the therapy process to the needs and demands of the patient requires a consequent change of perspective onto his point of view and his environment. It is on that base that existing resources and inhibiting factors can be identified and taken into account for the planning of the therapy. The way the therapeutic dialogue is specifically designed has an effect on the relationship. The therapist, by giving up the position of being an „expert“ willingly and purposely, takes on the role of a professional questioner. The basic attitudes and the consequences for therapy linked to it are illustrated.

KEYWORDS: Therapy – communication – conversation – dialogue – system – counseling

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2013-53020130605

Autor

Stefan Lange M.A.
Staatl. BFS für Logopädie Regensburg
Universitätsstraße 84
93053 Regensburg
kontakt@kommunikationsinstitut-lange.de
www.kommunikationsinstitut-lange.de