

# Der dosierte Kontrollverlust als Instrument zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie

Jürgen Kohler (Kreuzlingen, Schweiz)

› **Zusammenfassung** Im vorliegenden Beitrag werden einleitend einige theoretische Ausführungen zum Begriff Kontrolle und Kontrollverlust skizziert und in Beziehung zu Sprachstörungen gebracht. Anschließend wird anhand von zwei Beispielen aus der Bezugspersonenarbeit bei Stottern und bei Aphasie das Konstrukt des dosierten Kontrollverlusts beschrieben und dessen Potential in der Beratung dargestellt. Dabei geht es im Kern um das Erlebarmachen der Sprachstörung mit deren Auswirkungen auf sozial-emotionaler Ebene für die Bezugspersonen. Im dritten Teil werden ebenfalls durch Praxisbeispiele die Möglichkeiten des dosierten

Kontrollverlusts bei der Motivationsförderung in der Sprachtherapie und der Beziehungsgestaltung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in illustriert.

Sowohl für die Arbeit mit Bezugspersonen als auch für die Motivationsförderung und Beziehungsgestaltung werden kompakte Ablaufpläne zum Einsatz des dosierten Kontrollverlusts vorgestellt und diskutiert.

Der Beitrag schließt mit einem kurzen Ausblick auf die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung der Technik des dosierten Kontrollverlusts.

## 1. Theoretische Grundlagen

Der Begriff „Kontrolle“ ist sowohl aus der Lernpsychologie (Bandura 1997), Sozialpsychologie (Frey/Jonas 2000) als auch aus der Motivationspsychologie (Heckhausen/Heckhausen 2018) bekannt. Gemeinsame Annahme aller kontrolltheoretischen Ansätze ist, dass Menschen durch direkte oder indirekte Einflussnahme Kontrolle ausüben, um einen Ist-Zustand zu verändern oder sich diesem Zustand anzupassen. In der Lerntheorie wird dies als Voraussetzung für viele Lernvorgänge betrachtet. Die Motivationstheorie fokussiert das Bedürfnis nach Kontrolle und spricht daher von einem Kontrollbedürfnis des Menschen. Die Sozialpsychologie sieht die gegenseitige Kontrolle als ein wesentliches Element zwischenmenschlicher Beziehungen.

Seligman (2016) hat mit seiner *Theorie der erlernten Hilflosigkeit* den *Kontrollverlust* beschrieben. Er ist definiert als der fehlende direkte oder indirekte Einfluss des Menschen auf einen Ist-Zustand. Die Folge von andauernden, nicht kontrollierbaren Zuständen wird als „erlernte Hilflosigkeit“ bezeichnet und geht im Wesentlichen mit drei Defiziten einher:

- Das *emotionale Defizit* meint die Auswirkungen des Kontrollverlusts auf einer affektiven Ebene. Im Extremfall kann andauernder Kontrollverlust zu Depressionen führen.
- Das *motivationale Defizit* meint die negativen Auswirkungen auf die Handlungsbereitschaft. Der Antrieb etwas zu tun (insbesondere auch gegen den Kontrollverlust anzugehen) vermindert sich oder verschwindet völlig.
- Das *kognitive Defizit* meint, dass kognitive Leistungen, die zuvor wie selbstverständlich erbracht werden konnten im Zustand der Hilflosigkeit nicht mehr zur Verfügung stehen.

Auf den Kontext der Sprache bzw. der Sprachbeeinträchtigung übertragen, kann das bedeuten, dass die Sprachstörung als ein

Kontrollverlust betrachtet und erlebbar wird. Die Sprachstörung kann zu emotionalen Schwierigkeiten wie z. B. Frustration, Ärger, Scham, Wut etc. führen. Sie kann auf motivationaler Ebene z. B. ein Vermeidungsverhalten auslösen und auf kognitiver Ebene die sprachliche Leistungsfähigkeit selbst noch zusätzlich reduzieren, indem z. B. Wortfindung oder Wortabruf, aber auch Artikulation oder Satzgestaltung wegen des empfundenen Kontrollverlusts noch weniger gut gelingen.

Solche Zusammenhänge zwischen Emotionalität, Motivation und sprachlich-kognitiver Leistung sind Sprachtherapeut\*innen wahrscheinlich bestens bekannt. Warum soll der Kontrollverlust, der wie oben skizziert, zu so vielen negativen Auswirkungen auf sozialer und emotionaler Ebene führen kann, nun in dosierter Form als ein Instrument in der Sprachtherapie eingesetzt werden, um ausgerechnet die sozial-emotionalen Schwierigkeiten positiv zu beeinflussen? Die folgenden Ausführungen versuchen durch anschauliche Beispiele aus der Arbeit mit Bezugspersonen und für die Gestaltung der Beziehung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in eine Antwort auf diese Frage geben.

## 2. Der dosierte Kontrollverlust in der Bezugspersonenarbeit

In der Arbeit mit Bezugspersonen in der Sprachtherapie gilt die Vermittlung von Informationen über die Sprachstörung als eine wichtige Aufgabe der Sprachtherapeut\*in (Steiner 2021). Angehörige, wie z. B. die Eltern und Lehrpersonen aber auch peers (z. B. die Klassengemeinschaft in der Schule) sollen die Sprachstörung als Phänomen in seiner konkreten Gestalt (was ist eigentlich eine Wortfindungsstörung, eine Lese-Rechtschreibstörung oder Stottern?) und in seiner psychosozialen Dimension kennenlernen und begreifen. Um dies erlebensorientiert nachvollziehbar zu machen, eignen sich Übungen, die den Sprachverlust bzw. die Sprachbeeinträchtigung als Kontrollverlust für eine eng umschriebene und

zeitlich klar begrenzten Situation simulieren können. Damit wird auch deutlich was „dosiert“ meint: Der Kontrollverlust wird geplant und bewusst initiiert, aber nur für eine gewisse Zeit und in einer zur Sprachstörung angemessenen Qualität und Intensität. Von besonderer Bedeutung ist es in diesem Zusammenhang, vorab klarzustellen, dass jede Person, die dem Kontrollverlust ausgesetzt wird, jederzeit die Möglichkeit hat, den Kontrollverlust abzubrechen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme muss vor der Übung deutlich gemacht werden.

### 2.1 Die Verzögerte Auditiven Rückmeldung (VAR) bei Stottern

Für das Stottern haben Kohler/Braun (2018) den Einsatz der Verzögerten Auditiven Rückmeldung (VAR) als ein Instrument beschrieben, mit dem es in der Regel gelingt, das Stottern als Redestörung mit seinen negativen Folgen auf emotionaler, motivationaler und kognitiver Ebene für nicht-stotternde Menschen zu simulieren. Die VAR stört den Sprechablauf, in dem die eigene Verbalsprache mit Hilfe einer App auf dem Smartphone verzögert über einen Kopfhörer rückgemeldet wird (Abb. 1).



Abbildung 1: Beratungssituation einer Familie bei Stottern unter Einsatz des VAR (Vater hat den Kopfhörer auf)

Meist passiert dann Folgendes: Die Sprecher kommen ins Stocken. Sie zeigen stotterähnliche Symptome. Sie berichten über den Verlust an sprachlich-kognitiven Fähigkeiten: Wortfindung, Satzbau und Textgrammatik (roter Faden) geraten durcheinander. Sie berichten über Frustration und Ärger ob des Verlustes der Kontrolle über die Rede und Sprachfähigkeit. Sie empfinden das Sprechen unter VAR meist als anstrengend. Sie verlieren schnell die Motivation zu sprechen und möchten den Kopfhörer absetzen. Sie zeigen also Flucht- und Vermeidungsverhalten, genau so wie es bei stotternd sprechenden Menschen oft zu beobachten ist. Diese Erfahrung der Bezugspersonen nutzt die beratende Sprachtherapeutin, um im Gespräch mit den Bezugspersonen in Anwesenheit des stotternd sprechenden Klienten, die oben genannten Ziele zu verfolgen: Bei den Bezugspersonen soll ein Verständnis für die Redeflussstörung „Stottern“ in einer möglichst ganzheitlichen Form, mit all ihren Auswirkungen auf die psychosoziale Ebene erreicht werden.

Die Übung kann bei einzelnen Bezugspersonen (z. B. einem Elternteil) oder Kleingruppen (z. B. einer Familie) und auch bei größeren Gruppen (z. B. einer ganzen Schulklasse) eingesetzt werden. Das genaue Vorgehen kann hier aus Platzgründen nicht ausdifferenziert werden, kann aber bei Kohler & Braun (2018) nachgelesen werden.

### 2.2 Vertäubung, Sprechen einer Fremdsprache und Sprechverbot bei Aphasie

Aphasie trägt als Phänomen den Kontrollverlust im Namen, denn die Übersetzung des fachsprachlichen Begriffs heißt „Sprachverlust“. Dieser ist rezeptiv gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung des Sprachverständnisses und des Leseverständnisses. Auf Seiten der Sprachproduktion ist z. B. die Wortfindung bzw. der -abruf erschwert oder es lassen sich syntaktisch-morphologische Schwierigkeiten oder phonetisch-phonologische Entstellungen beobachten.

Die eingeschränkte rezeptive Seite der Sprachverwendung kann durch Vertäubung simuliert werden. Wenn man einem normal hörenden Menschen einen Kopfhörer mit lauter Musik aufsetzt, versteht er die an ihn gerichtete Verbalsprache (je nach Lautstärke) kaum noch oder überhaupt nicht. Eine zweite Möglichkeit, ein eingeschränktes Sprachverständnis zu simulieren, ist der Gebrauch einer Fremdsprache. Eine Fremdsprache, die dem Hörer sehr gut bekannt ist, eignet sich weniger für die Übung. Eine Fremdsprache, die dem Hörer entfernt oder überhaupt nicht bekannt ist, eignet sich für die Simulation eines eingeschränkten bzw. stark eingeschränkten Sprachverständnisses besser. Auf Seiten der Sprachproduktion können durch eine rudimentär bekannte Fremdsprache die eingeschränkte Wortfindung oder die eingeschränkte Fähigkeit zum Satzbau ebenso wie phonologische Defizite simuliert werden. Die völlige Unfähigkeit der verbalen Sprachproduktion kann man durch ein Sprechverbot simulieren. Ein Pflaster zum Abkleben des Mundes hilft, die Regel einzuhalten. Wenn man den Kontrollverlust in starker Anlehnung an die Symptomatik des von einer Aphasie Betroffenen simulieren will, kann man die unterschiedlichen Simulationstechniken so auswählen, dass sie zur individuellen Symptomatik des Betroffenen passen.

Zur Konkretisierung der Übung wird an dieser Stelle ein Setting beschrieben, das der Autor in der Arbeit mit Angehörigen, in der Logopädieausbildung und der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt hat. Dabei spielen vier Teilnehmer\*innen unter den oben beschriebenen Bedingungen das allgemein bekannte Gesellschaftsspiel *Mensch-ärger-Dich-nicht*. Die allgemein bekannten Regeln des Spiels rahmen die kommunikativen Handlungen. Eine Person wird vertäubt, eine andere spricht eine wenig bekannte Fremdsprache, eine dritte wird mit Sprechverbot belegt. Nur eine Person darf ohne Einschränkungen kommunizieren.

Um die in der Alltagskommunikation natürliche Unvorhersehbarkeit und Unplanbarkeit von Inhalten und pragmatischen Besonderheiten zu simulieren, werden – sobald die vertäubte Person die Kopfhörer aufgesetzt hat – noch Sonderregelungen eingeführt. Diese erschweren die Spielhandlung und die Interaktion und stellen zusätzliche Herausforderungen dar. So ist es möglich, eine Sonderregel einzuführen, wenn eine sechs gewürfelt wird. Das kann die Verpflichtung sein, den anderen Mitspieler\*innen ein Bild zu erklären oder die gegenüberstehende Mitspielerin um etwas zu bitten usw.

Das Setting mit den Regeln des Gesellschaftsspiels, den vorgegeben Rollen der Vertäubung, des Schweigens und der Benutzung einer Fremdsprache samt den Regeln und Sonderregeln birgt die Möglichkeit, den Kontrollverlust in der Kommunikation für Bezugspersonen erlebbar zu machen und in Beziehung zur Aphasie zu setzen. Es kommen die problematischen Folgen eines eingeschränk-

ten Sprachverständnisses und einer eingeschränkten Sprachproduktion auf emotionaler, motivationaler und kognitiver Ebene für die Bezugspersonen zum Vorschein. In den Reflexionen nach der Spieldurchführung berichten die Teilnehmer\*innen z. B. von ihrer Hilflosigkeit beim Nicht-Verstehen oder von der Frustration, sich nicht wie gewohnt ausdrücken zu können. Das Potenzial der Übung liegt darin, durch das Erleben des aphasielähnlichen Kontrollverlustes, das Empathievermögen auf Seiten der Bezugspersonen zu steigern. Die Reflexion kann darüber hinaus so gestaltet werden, dass sich auch die Bezugspersonen selbst ihrer eigenen Hilflosigkeit und damit einhergehenden Emotionalität bewusster werden. Insofern hat diese Übung eine vergleichbare Zielsetzung wie die unter 2.1 beschriebene Übung mit der VAR bei Stottern und man kann allgemeine Konstruktions- und Gestaltungsprinzipien für den dosierten Kontrollverlust bei der Bezugspersonenarbeit in der Sprachtherapie ableiten.

### 2.3 Prinzipien zur Gestaltung des dosierten Kontrollverlusts in der Bezugspersonenarbeit

Die folgende Auflistung der Prinzipien ist zugleich ein kompakter Vorschlag zum Ablauf:

1. Finde eine Metapher, welche den Kontrollverlust der Sprachstörung erlebbar macht. (Beispiele hier waren u. a. VAR bei Stottern, Vertäubung bei Aphasie).
2. Initiere den dosierten Kontrollverlust bei der/den Bezugsperson(en) im Beisein der Klient\*in in einem eng begrenzten und flexibel zu steuernden zeitlichen Rahmen.
3. Lass die Bezugsperson(en) den Kontrollverlust beschreiben und im Beisein der Klient\*in reflektieren.
4. Moderiere ein Gespräch zwischen Klient\*in und Bezugsperson(en) über den Kontrollverlust und versuche dabei die Parallele zur Sprachbeeinträchtigung der Klient\*in zu ziehen.
5. Greife das Erlebte, die dazugehörigen Reflexionen und Gesprächsinhalte (auch zu späteren Zeitpunkten) auf, um das Verständnis für die Sprachbeeinträchtigung zu intensivieren, therapeutische Interventionen gemeinsam zu planen, zu begründen oder abzuleiten.

Punkt 5 deutet an, dass das Potential der Übungen weit über die reine Informationsvermittlung einer Beratungssituation hinausgehen kann. Es können z. B. auf Basis der Erlebnisse und Reflexionen Therapieziele abgeleitet werden oder der aktive Einbezug der Bezugspersonen bei therapeutischen Interventionen begründet und angebahnt werden. Mit dem durch den dosierten Kontrollverlust erarbeiteten Verständnis der Bezugspersonen für die Sprachstörung des direkt Betroffenen kann das leichter gelingen.

So kann die unter 2.3 beschriebene Übung zur aphasischen Kommunikation so modifiziert werden, dass bestimmte Kommunikationsstrategien gegeben oder entzogen werden. Wenn ein Blatt Papier und ein Bleistift zum Zeichnen oder zum Gebrauch der Schriftsprache gegeben wird, besteht z. B. die Chance, die Schriftsprache oder die zeichnerische Visualisierung als Ersatzstrategien für die eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeit einzuführen, wobei gleichzeitig die Gestik als Strategie explizit verboten wird, damit der Fokus auf dem Einsatz der Schriftsprache bzw. dem Zeichnen liegt. Man kann es auch genau umgekehrt machen und

die Schriftsprache und das Zeichnen explizit entziehen und ausdrücklich die Gestik als Ersatzstrategie fokussieren. Es wird für die Bezugspersonen erfahrbar, wie sie in einer derartigen Kommunikation mit den Ersatzstrategien umgehen können. Diese Variation lehnt sich eng an das Prinzip des kommunikativen Therapieansatzes Promoting Aphasic Communication Effectiveness (PACE) (Glinde/Spiegel 1989) an, wo natürliche Ersatzstrategien für die aphasische Kommunikation geübt werden. So gestaltete Übungen spielen mit dem Nehmen und Geben von Kontrolle in der Kommunikation. Durch den dosierten Kontrollverlust (= hier eine Kommunikationsstrategie ganz oder teilweise unmöglich machen) gelingt die zeitweise Fokussierung auf eine andere Kontrollmöglichkeit, welche bisher vielleicht eine untergeordnete Rolle gespielt hatte und in ihrer Nützlichkeit unterbewertet wurde.

Besondere Beachtung verdienen die Prinzipien 2 bis 4 im oben vorgeschlagenen Ablauf.

Die Gesprächsführung zur initiierenden Einführung und zur Reflexion der Übungen ist entscheidend. Der dosierte Kontrollverlust muss vorbereitet werden. Die Bezugspersonen und die Klienten müssen in einer Art und Weise informiert werden, dass der Mehrwert der Übung erahnt werden kann. Die Übung selbst sollte den Bezugspersonen aber vorab nicht so erschöpfend beschrieben werden, dass die Qualität des Erlebens bei der Durchführung durch die vorangegangenen Beschreibungen und Erklärungen reduziert wird. Bei der Übung mit der VAR sollte z. B. im Vorfeld nicht kommuniziert werden, dass man eine Übung anbietet, welche die Chance bietet, das Stottern „mal selbst in den Mund zu nehmen“. Natürlich muss man die Funktionsweise der VAR erklären, aber man sollte auf keinen Fall die emotionalen und motivationalen Folgen vorwegnehmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten.

Der Erfolg der Übung hängt zudem im Wesentlichen von der Art und Weise ihrer Nachbereitung ab. Auf die rein informationsübermittelnde Komponente kann man sich dabei noch relativ leicht vorbereiten. Wenn man z. B. den für Stottern angenommenen herabgesetzten neurophysiologischen Schwellenwert zur Unflüssigkeit den Bezugspersonen erklären will, kann man das leicht durch die Funktionsweise des VAR tun, denn die verzögerte auditive Rückmeldung bewirkt nämlich genau das: Sie setzt in der Regel die Schwelle zur Unflüssigkeit bei nicht-stotternden Menschen herab (Lee 1950).

Wenn die Reflexion aber auf der psychosozialen Ebene geführt wird, ist die Kunst der Gesprächsführung anspruchsvoller, weil hierbei sehr individuelle Gefühle, Gedanken und Interpretationen von den Bezugspersonen vorgenommen werden, die zunächst einmal unbedingt als authentisch akzeptiert werden sollten. An dieser Stelle kann nicht auf Gesprächstechniken eingegangen werden, die hierbei nützlich sein können. Es wird empfohlen, sich hier durch die einschlägige Literatur (Büttner/Quindel 2024) oder durch ebenso einschlägige Fortbildungen kundig zu machen. Es sei an dieser Stelle aber auf die Grenzen, bzw. Risiken des Einsatzes des dosierten Kontrollverlusts hingewiesen. Auch wenn der Kontrollverlust in seiner wohlüberlegten Dosierung nur eine eng begrenzte Zeit existiert, kann es sein, dass die eine oder andere Bezugsperson damit überfordert ist und mit Abwehr und Widerstand reagiert. Falls so etwas während der Übung durch körperliche Zeichen erkennbar ist (z. B. werden Wut und Aggression in der Mimik

ersichtlich), sollte die Übung abgebrochen und mit Verständnis auf die Überforderung reagiert werden. Aus diesem Grund ist die im Ablauf oben unter Punkt 2. erwähnte zeitliche Steuerungsmöglichkeit wichtig.

Es gibt noch viele weitere Möglichkeiten, den dosierten Kontrollverlust in der Arbeit mit Bezugspersonen einzusetzen. Letztendlich ist die Konstruktion einer davon getragenen Übung vom Gegenstand der Sprachstörung abhängig. Der dosierte Kontrollverlust sollte möglichst nahe den Phänomenen sein, welche zu den Merkmalen der jeweiligen Sprachstörung gehören.

Geradezu entgegengesetzt ist es, wenn man den dosierten Kontrollverlust als Instrument zur Beziehungsgestaltung zwischen Klientin und Therapeutin einsetzt. Dann werden nicht die Bezugspersonen mit dem Kontrollverlust konfrontiert, sondern die Therapeut\*in setzt sich zeitweise einem Kontrollverlust aus.

Zur Veranschaulichung und Erklärung der Wirkungsweise werden im Folgenden anekdotische Beispiele aus der logopädischen Praxis berichtet:

### 3. Der dosierte Kontrollverlust als Mittel zur Beziehungsgestaltung und Beeinflussung der Motivation in der Sprachtherapie

#### 3.1 Ein stotternder Jugendlicher scheitert bei der Anwendung von Sprechtechniken

Das Stottern wird in der einschlägigen Literatur oft als Kontrollverlust bezeichnet (Richter 2023). Sprechtechniken unterschiedlicher Art haben das Ziel, die Kontrolle über das Sprechen zu erreichen. Es wird allerdings berichtet, dass die Motivation zur Anwendung dieser Sprechtechniken aus verschiedenen Gründen gering oder nicht gegeben sein kann (Richter 2023). So war es auch im Falle des 17-jährigen M. Nachdem dem Jugendlichen verschiedene Sprechtechniken angeboten worden waren, hatte er für sich eine Auswahl getroffen, aber die Zeit und Intensität zur Übung und In-Vivo-Übung reichten nicht aus, um einen Transfer in den Alltag zu ermöglichen. Die Therapie steckte in einer Sackgasse. Die Therapie brauchte einen neuen Impuls. Den fand ich bei einer gehbehinderten Kollegin, die mit dem Rollstuhl zur Arbeit kam. Ich lieb

mir von der Kollegin den Rollstuhl aus, denn M. benutzte ebenfalls einen Rollstuhl. Er hatte eine Bewegungseinschränkung im Zuge einer Spina bifida Erkrankung. Sein Hobby war Rollstuhllakrobatik. Er hatte mir schon mehrmals Kunststücke gezeigt. Ich war beeindruckt und wollte auch ein paar Rollstuhl-Kunststücke lernen. Mit dem ausgeliehenen Rollstuhl stand ich M. im Logopädiezimmer gegenüber und bat ihn, mir dabei zu helfen, auf den zwei großen Rädern balancieren zu lernen. M. erklärte mir, wie das geht und machte es mir vor. Er war sehr geduldig und bei mir war der Ehrgeiz geweckt. Es sah so leicht und locker bei M. aus. Er tänzelte auf den zwei Rädern vor mir herum. Er konnte das so lange machen, wie er wollte. Er hatte die volle Kontrolle über den Balanceakt auf zwei Rädern, er war ein Experte in Rollstuhllakrobatik. Ich bemühte mich redlich, schaffte es aber zunächst nur Bruchteile einer Sekunde auf den zwei Rädern zu bleiben. Nach weiteren Erklärungen von M. schaffte ich es einmal für eine gefühlte Ewigkeit – real hatte ich lediglich eine Sekunde knapp überschritten. Das reichte, um übermütig zu werden. Ich lehnte mich weiter zurück und balanciert tatsächlich fast zwei Sekunden, aber dann passierte was passieren musste: der Rollstuhl und ich kippten nach hinten (Abb. 2).

Ein Moment des Scheiterns und des völligen Kontrollverlusts. Diese Situation wiederholte sich noch einige Male in den folgenden Therapiesitzungen und es war klar, dass ich mit den mir zur Verfügung stehenden Ressourcen an Zeit, der begrenzten Verfügbarkeit eines Rollstuhls zum Üben bei gleichzeitig geringem Talent für Gleichgewichtsaufgaben keine Chance hatte, das Balancieren auf zwei Rädern eines Rollstuhls zu erlernen. Warum hatte ich diese Aktion mit dem absehbaren Scheitern und Kontrollverlust initiiert? Die Beschäftigung in der Therapie mit einem Inhalt (hier die Rollstuhllakrobatik), für welche die Klient\*in die Expert\*in ist, ermöglicht die Chance eines Rollenwechsels. Für die sprachtherapeutischen Inhalte und Interventionen ist die Therapeut\*in die Expert\*in, für den anderen Inhalt ist die Klient\*in die Expert\*in. In dieser Expertenrolle hat er/sie das Wissen und die Kontrolle über die Handlungen. Wenn die Situation wie im obigen Beispiel initiiert wird, werden auch die pädagogischen Aufgaben mitsamt den einhergehenden Verantwortlichkeiten getauscht: Die Klient\*in bringt der Therapeut\*in etwas bei, leitet an, bewertet den Erfolg oder Misserfolg aus Expert\*innenperspektive, macht Verbesserungsvorschläge, ermutigt usw. Die Therapeut\*in wird angeleitet, be-



Abbildung 2: Der Moment des völligen Kontrollverlusts

wertet sich selbst im Erfolg oder Misserfolg, nimmt Verbesserungsvorschläge an oder auch nicht, lässt sich ermutigen, muss Disziplin aufbringen usw. Das Setting birgt für die Therapeut\*in die Chance, ein authentisches Modell im (Nicht-)Lernen eines Inhalts und insbesondere im (Nicht-)Lernen einer Handlung zu sein.

- Wie geht die Therapeut\*in mit Misserfolg oder Erfolg um?
- Welche Emotionen zeigen sich bei der Therapeut\*in und wie geht sie damit um?

Im oben erzählten Beispiel führte die gemeinsame Reflexion meines Scheiterns bei der Rollstuhlakrobatik dazu, die Parallele zum Scheitern von M. in der Anwendung der Sprechtechniken zu ziehen. Diese Reflexion führte zu mehr Verständnis bei allen Beteiligten. Wir sprachen über die einhergehenden Emotionen wie Frust, Scham, Wut oder Ärger und über die gleichzeitig oder folgenden Verhaltensweisen wie Vermeidung oder Flucht. M. und ich konnten sein Scheitern bei der Anwendung der Sprechtechniken besser verstehen und wir entwickelten gegenüber den Erwartungen der Familie an die Therapie eine gemeinsame Perspektive. Die Familie kritisierte M. nämlich wegen des Nicht-Gelingens des Transfers der Sprechtechniken in den Alltag. Nach der gemeinsamen Erfahrung und Aufarbeitung von Scheitern und Kontrollverlust gelang allen die Akzeptanz desselben besser. In der motivationsrelevanten Abwägung zwischen Zielengagement und Zieldistanzierung (Haase/Heckhausen 2012) konnte eine andere Richtung eingeschlagen werden und wir veränderten gemeinsam die Zielvorstellung für die Therapie: Das Erlernen der Sprechtechniken rückte in den Hintergrund und der Umgang mit dem Stottern in der engeren Lebenswelt (insbesondere in der Schule) des Patienten rückten in den Vordergrund.

Der Rollenwechsel kann zu einem Ausgleich der Macht- bzw. Kontrollverhältnisse in der Beziehung zwischen Therapeut\*in und Klient\*in führen. Die im Verhältnis Therapeut\*in – Klient\*in inhärente Asymmetrie wird umgekehrt und dadurch partiell aufgelöst. Im weiteren Verlauf der Therapie waren M. und ich vielmehr auf „gleicher Augenhöhe“ als zuvor. Der Prozess der gemeinsamen Therapiezieländerung förderte eine vermehrte Verantwortungsübernahme von M. für die Inhalte und Ergebnisse der Therapie.

Im Folgenden werden zwei weitere Beispiele für den dosierten Kontrollverlust der Sprachtherapeut\*in erzählt, um danach die Konstruktionsprinzipien für die Gestaltung solcher therapeutischen Settings zu formulieren.

### 3.2 Eine Jugendliche mit Scham wegen des Sprachdefizits

Stöckli (2024) berichtet in seiner logopädischen Therapie von einer Situation mit einer 16-jährigen Schülerin, bei der der Erfolg und das Vorankommen der logopädischen Arbeit durch die Scham der Klientin gefährdet war. Die logopädische Therapie fand in einem Schulhaus statt. Das Therapiezimmer lag in der Nähe des Klassenzimmers der Schülerin. Diese kam jedes Mal zu spät und wollte früher gehen. Sie grüßte den Therapeuten auch nie, wenn die beiden sich auf dem Schulhof zufällig begegneten, sondern vermied in solchen öffentlichen Situationen offensichtlich sehr bewusst den Blickkontakt mit ihm. Auf einführendes Nachfragen des Therapeuten offenbarte die Schülerin ihr Schamgefühl. Sie wollte nicht, dass ihre Schulfreundinnen mitbekamen, dass sie in die Logopädie ging. Sie schämte sich wegen ihres sprachlichen Förderbedarfs

und befürchtete, von ihren peers ausgelacht zu werden. Der Therapeut erarbeitete mit dem Mädchen zusammen Strategien, wie sie offener und selbstbewusster mit ihren sprachlichen Defiziten umgehen könne. Dazu gehörten geplante Erklärungen gegenüber den Mitschülerinnen, falls diese ihr Sprachproblem ansprachen. Leider brachten diese Maßnahmen nicht den erwünschten Erfolg. Das Schamgefühl des Mädchens und ihr Vermeidungsverhalten blieben bestehen. Der Durchbruch gelang mit Hilfe eines Zufalls. Das Therapiezimmer stand wegen Renovierungsarbeiten zeitweise nicht zur Verfügung. Die logopädische Therapie fand in dieser Zeit im Handarbeitswerkraum statt. Dort stand eine Nähmaschine. Der Therapeut fragte das Mädchen, ob sie mit dem Gerät umgehen könne und ob sie ihm vielleicht zeigen könne, wie man die Nähmaschine bedient. Das Mädchen war begeistert, denn sie hatte mit Erfolg den „Nähmaschinenführerschein“ erworben. Die Unfähigkeit des Therapeuten im Umgang mit der Nähmaschine stellt den dosierten Kontrollverlust dar und die Kompetenz der Schülerin war für sie die Möglichkeit, in der Therapie Selbstwirksamkeit zeigen, bzw. Kontrolle haben zu können. Der Rollenwechsel war gegeben und die Schülerin schlug sogar ein Nähprojekt für den Therapeuten vor. Sie war sehr interessiert an seiner Hündin und half ihm, ein Kleidchen für das Tier zu nähen. Der Therapeut griff die von der Schülerin benutzten Tutorials aus dem Internet auf und schlug vor, dass sie eine Art Lehrvideo für den Gebrauch einer Nähmaschine anfertigen, welches sie gerne in ihrer Klasse zeigen dürfe. Ab diesem Zeitpunkt war die sozial-emotionale Schwierigkeit „Scham“ der Schülerin in die sozial-emotionale Ressource „Stolz“ verwandelt. Sie grüßte den Logopäden in Pausensituationen herzlich und zeigte ihren Mitschülerinnen, wer ihr Logopäde ist, weil diese wissen wollten, wem sie das Nähen beibringt. Sie kam in die Logopädiestunde pünktlich und wollte eher länger bleiben als früher gehen.

### 3.3 Ein junges Mädchen verweigert eine Therapieeinheit

Angst (2024) berichtet von einem sechsjährigen Mädchen, das sich in der Artikulationstherapie der Anbahnung des /r/ völlig verweigerte, obwohl andere Therapieinhalte wie z. B. die Wortschatzarbeit problemlos in der Logopädiestunde bearbeitet werden konnten. Die Therapeutin hatte einige Hypothesen zum Grund der Verweigerung, die den sozial-emotionalen Bereich betrafen und alle eine ähnliche Qualität hatten: Vielleicht hatte das Mädchen Angst, sich bloßzustellen oder wollte unbedingt eine peinliche Situation vermeiden oder es befürchtete, sich wegen der eigenen Inkompetenz schämen zu müssen. Die Therapeutin überlegte sich, was das Mädchen richtig gut und vor allem besser kann als die Therapeutin. Ihr fiel das Seilspringen ein. Sie verließ ihr gewohntes Setting am Tisch und nutzte einen größeren Raum, um dort mit dem jungen Mädchen in einen Seilspringwettbewerb zu treten. Es lagen Stopp- und Sanduhr sowie Papier und Stift bereit, um die erreichten Erfolge zu messen und zu dokumentieren. Neben dem Zeitmessgerät stand das Gurgelglas, welches zu Anbahnung des /r/ benutzt werden konnte. Die Vereinbarung war klar: erst das Seilspringen im Wettbewerb und dann das Gurgeln probieren. Das Mädchen ließ sich darauf ein und genoss lachend und gelöst das Gewinnen und die Überlegenheit beim Seilspringen. Die Therapeutin nutzte ihr schauspielerisches Talent, um den eigenen Kontrollverlust, der im Unvermögen des Seilspringens bestand, mög-

lichst hoch zu dosieren. Das Mädchen tröstete ihre Therapeutin beim immer wiederkehrenden Verlieren: „Das macht doch nichts!“. Die Therapeutin nahm diese Aufforderung an, lachte über das eigene Scheitern und merkte sich diesen Satz, um ihn beim Übergang zur ungeliebten Gurgelübung der /r/-Anbahnung einzusetzen. So wurde die gelöste Haltung und das angenehme Selbstwirksamkeitsempfinden des Mädchens beim Seilspringen zur logopädischen Übung sozusagen mitgenommen. Ganz ohne Widerstand gelang es allerdings nicht. Das Mädchen überlegte sich eine Bedingung für die Gurgelübung. Die Therapeutin durfte sie dabei nicht sehen. Die Therapeutin ließ sich darauf ein und gewährte so dem Mädchen auch bei der logopädischen Übung ein Stück weit Kontrolle. Zwischen der leicht geöffneten Tür wird das Wasserglas hin und hergereicht und bei immer größer werdendem Türspalt wurde die angst- und schambesetzte Situation im abwechselnden Gurgeln Schritt für Schritt abgebaut. Die folgenden Therapiesequenzen liefen nach demselben Muster ab: Erst das Seilspringen, dann die logopädische Sequenz zur Lautanbahnung. Die Therapeutin beschreibt im Fallbericht (Angst 2024) noch einige Variationen im Ablauf, doch die Grundstruktur blieb immer dieselbe. Fasst man diese Grundstruktur in Anlehnung an die beiden zuvor berichteten Fallberichte zusammen, kann man folgenden Ablaufvorschlag zum Einsatz des dosierten Kontrollverlusts der Therapeutin formulieren.

### 3.4 Prinzipien zur Gestaltung des dosierten Kontrollverlusts zur Beziehungsgestaltung und zur Motivationsförderung

1. Finde eine Stärke (= hohes Kontrollpotential) deiner Klient\*in, welche sie/er durch Handlungen in der therapeutischen Situation zeigen kann (in den Fallberichten waren das die Rollstuhlakrobatik, das Nähen und das Seilspringen).
2. Initiere den dosierten Kontrollverlust bei dir (=Therapeut\*in) in diesem Bereich und im Beisein der Klient\*in.
3. Beschreibe und reflektiere deinen Kontrollverlust. Sei dabei authentisches Modell im Umgang mit dem Kontrollverlust.
4. Gebe der Klient\*in Gelegenheit, dir beim Umgang mit dem Kontrollverlust zu helfen.
5. Suche die Parallele zwischen deinem Kontrollverlust und dem Kontrollverlust der Klient\*in, der durch deren Sprachstörung hervorgerufen wird.
6. Ziehe gemeinsam mit der Klient\*in Schlussfolgerungen aus dem Erlebten und Reflektierten für die Zusammenarbeit in der Therapie.

Bei diesem Ablauf müssen nicht immer alle Punkte beachtet werden. Bei der Fallskizze von der Jugendlichen war ein Bezug zur Sprachproblematik (= 5.) nicht notwendig und bei der Fallskizze mit dem Mädchen war die Reflexion für die weitere Zusammenarbeit (= 6.) nicht explizit nötig, denn die Gurgelübung war von Anfang an Teil des Therapiestundenvertrags.

Es kann auch durchaus möglich sein, ein Kontrollpotential der Klienten zu nutzen, welches im engen Zusammenhang mit dem vermeintlichen Defizit in der Sprache liegt.

Hierzu ein Beispiel aus der Gruppentherapie für stotternde Jugendliche aus der Praxis des Autors:

### 3.5 Das Spiel mit der Sprache bei einer Gruppentherapie mit stotternden Jugendlichen

Bei der Therapieintensivwoche *Stotterchamp* für Jugendliche (Braun et al. 2016) werden den Teilnehmer\*innen im Rahmen eines methodenkombinierten Ansatzes sowohl globale Sprechtechniken zur Veränderung der gesamten Sprechweise als auch lokale Sprechtechniken zur gezielten Veränderung ihrer Stotter-symptomatik angeboten. Die Jugendlichen kommen aus dem gesamten deutschsprachigen Gebiet und sprechen verschiedene Dialekte und auch Schweizerdeutsch.

Da ich das Schweizerdeutsche nicht beherrsche aber in der Schweiz lebe und gerne ein paar Wörter aus dem Schweizerdeutsch lernen würde, habe ich den Schweizer Jugendlichen einen Deal vorgeschlagen: Mein Job ist es, ihnen bei der Anbahnung und Festigung der Sprechtechniken zu helfen, dann könnte ihr Job sein, mir ein paar deftige Schimpfwörter aus der Schweizer Gossensprache beizubringen. Die Jugendlichen willigten immer ein und hatten offensichtlich großen Spaß beim Vorsprechen der Schimpfwörter. Wenn ich versuchte nachzusprechen, klang es immer etwas „daneben“, um nicht zu sagen peinlich. Trotz aller Anstrengung hörte man meinen Akzent auf den Audioaufnahmen, meine fehlende Kontrollfähigkeit beim Sprechen des Schweizerdeutschen war deutlich hörbar. Ich war also Modell für Anstrengung und fürs teilweise Scheitern aber auch für die Anwendung der Schweizer Gossensprache trotz des nicht perfekten Klangs. Mir machte es nämlich ebenfalls großen Spaß, den Jugendlichen die Kraftwörter in der Übungssituation aber auch im weiteren Tagesablauf der Therapiewoche sozusagen „um die Ohren zu hauen“. Gleichzeitig und mehr oder weniger beiläufig forderte ich von Ihnen die Sprechtechniken ein. Auf ein Kraftwort von mir wollte ich die Anwendung einer Sprechtechnik von ihnen hören. Zum Spiel gehörte, dass die Jugendlichen mich bei der Aussprache des Kraftwortes korrigierten und ich ihnen eine Rückmeldung zur Anwendung der Sprechtechniken gab. Der spielerische Umgang mit dem Kontrollverlust meiner schweizerdeutschen Aussprache übertrug sich so auf das Erlernen und Üben einer logopädischen Sprechtechnik.

Vielleicht lässt sich auf diese Weise in so manchem Fall von Sprachentwicklungsstörungen bei Migration die Erstsprache der Klient\*in als dosierter Kontrollverlust der Therapeut\*in einsetzen.

## 4. Ausblick

Bisher liegen zum Einsatz des dosierten Kontrollverlustes zur Beziehungsgestaltung und Motivationsförderung in der Sprachtherapie und zur Bezugspersonenarbeit nach den genannten Prinzipien nur die oben dargestellten anekdotischen Berichte vor. Die systematische empirische Überprüfung dieser Technik steht aus. Ich nehme an, dass nicht alle Sprachtherapeut\*innen mit dieser Technik arbeiten können und wollen. Man muss bewusst und gezielt den eigenen oder den Kontrollverlust der Bezugspersonen initiieren. Das ist sicherlich nicht jedermanns Sache. Die oben unter 2.3 angedeuteten Risiken, insbesondere die Gefahr der Überforderung von Bezugspersonen, müssen systematisch untersucht und reflektiert werden. Mich würde freuen, wenn sich Leser\*innen bei mir melden würden, die entweder schon ähnliche Erfahrungen

gesammelt haben oder die oben beschriebenen Ablaufvorschläge als Konstruktionsprinzipien bei eigenen Fällen ausprobiert haben.

## Literatur

- Angst, V. (2024). Fallbericht Mädchen. In J. Kohler (Hrsg.), Emotionsregulation in der Logopädie (S. 86–91). Weinheim: Beltz.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Braun, W., Schneider, K., & Kohler, J. (2016). Sprechen als Hochseilakt. 15 Jahre „Stotterchamp“ am Bodensee. Forum Logopädie 30, 2–9.
- Büttner, C., & Quindel, R. (2024). Gesprächsführung und Beratung in der Therapie. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Frey, D., & Jonas, E. (2002). Theorie der kognizierten Kontrolle. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie. Band 3. 2. überarbeitete & erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Glindemann, G. & Springer, L. (1989). PACE-Therapie und sprachsystematische Übungen. Ein integrativer Vorschlag zur Aphasietherapie. Sprache Stimme Gehör 13, 188–192.
- Haase, C. M., & Heckhausen, J. (2012). Motivation. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.
- Heckhausen, H., & Heckhausen, J. (2018). Motivation und Handeln. Heidelberg: Springer.
- Kohler, J., & Braun, W. (2018). VAR – Verzögerte Auditive Rückmeldung. Ein Instrument der Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit bei Bezugspersonen von Stottern. Forum Logopädie 32 (4), 12–17.
- Lee, B. S. (1950). Effects of delayed speech feedback. Journal of the Acoustical Society of America 22, 824–826.
- Richter, R. (2023). Stottertherapie bei Erwachsenen. Forum Logopädie 37 (4), 28–33.
- Seligman, M. (2016). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Beltz.
- Steiner, J. (2021). Innovative Beratung in der Therapie. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Stöckli, A. (2024). Fallbericht Anita. In J. Kohler (Hrsg.), Emotionsregulation in der Logopädie 82–85. Weinheim: Beltz.

## Der Autor



### Jürgen Kohler, Prof. Dr.

Senior Lecturer  
Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklung (IVE)  
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik  
Schaffhauserstrasse 239  
Postfach 5850  
CH-8050 Zürich  
juergen.kohler@hfh.ch