

Was verbindet, was trennt Logopädie und Psychotherapie ? Beschreibung einer Beziehung aus systemischer Perspektive.

(Vortrag gehalten auf dem Kongreß des Bundesverbandes f. Logopädie September 2000 in Düsseldorf
Erschienen in „forum logopädie“ 3/2001)

Einleitung

Als ich beginnen wollte, dieses Thema aus dem Zustand einer nebligen Ideenwolke in ein lesbares und vortragbares Manuskript zu verwandeln, erwies es sich als eigenartig sperrig: Zunächst dachte ich, daß dies nur an meiner Befangenheit als Mitbetroffener liegt : Die systemische Darstellung einer Arbeits-Beziehung, deren einer Teil ich selbst bin, ist ja eigentlich ebenso unmöglich, wie der Versuch, als Familienmitglied die eigene Familie systemisch zu analysieren.

Im schlimmsten Fall sähe das vielleicht so aus:

Meine persönliche Art der Verstricktheit in diese Familie können Sie der anschließenden Kurzbiografie entnehmen. Zunächst aber noch ein zweiter, etwas ketzerischer Gedanke: Könnte es nicht sein, daß die Fragestellung dieses Kongresses das eigentliche Familien-Thema mehr verschleiert als klärt: Während wir uns hier wie die Kinder aus erster und zweiter Ehe um die Erbrechte am psychotherapeutischen Acker streiten, haben die Mediziner-Eltern längst beschlossen, auf eben diesem Acker einen weitere stattlichen Erbhof zu bauen, in dem unsere Frage gar keine Rolle spielt, weil dort alle Entscheidungen – auch die psychotherapeutischen - wieder fest in der Hand der Eltern bleiben. Anders ausgedrückt: Um die Thematik, was denn Psychotherapie sei und was nicht und wer denn dazu befähigt sei, tobt seit längerem ein ungleicher Kampf zwischen Psychologen und Medizinern, dessen vorläufigen Ausgang Sie an der Gestalt des Psychotherapeuten-Gesetzes ablesen können. Ich halte diesen Gedanken deshalb für wichtig, weil ja gerade auch die Logopädinnen noch in ungleich schärferer Weise vom heilkundlichen Monopolanspruch des Medizinbetriebs abhängig sind .Wir sollten diesen Hintergrund nicht vergessen, auch wenn hier und heute nicht nicht der Ort ist ihn zu diskutieren.

Zur Person

Ich war als Psychologe zunächst in der Erziehungsberatung, dann 7 Jahre lang im Bereich der Fortbildung für Sozialarbeiter und 11 Jahre in der sozialen Arbeit mit jugendlichen Migrantinnen, sowie als Dozent für transkulturelle Psychologie an verschiedenen Fachhochschulen tätig. Nach verschiedenen psychotherapeutischen Zusatzausbildungen (Familientherapie , Hypno-Therapie) übernahm ich eine halbe Psychologen-Stelle an der Phoniatrien Abteilung der Heidelberger Uni-Klinik, wo ich jetzt seit über 12 Jahren sowohl als psychologischer Diagnostiker und Therapeut wie auch als Psychologie-Dozent und Supervisor an der dortigen Schule für Logopädie arbeite. Neben dieser Klinik-Tätigkeit arbeite ich noch als Psychotherapeut mit Kassenzulassung in einer freien Praxis außerhalb der Klinik. Daß ich anstatt 2 Jahre, wie ich vorhatte, nun schon 12 Jahre geblieben bin, hat sicher eine Menge mit der guten Kollegialität zwischen den „Logos“ und den „Psychos“ zu tun. Aus dieser kooperativen Grundstimmung heraus möchte ich mich dem heutigen Thema auch nähern.

1. **Mein Anliegen** ist ein dreifaches:

- Ich möchte zeigen, wo unser therapeutisches Handeln Schnittstellen und Gemeinsamkeiten aufweist, bzw. wo wir als Mitglieder einer Therapeuten-Familie gemeinsame Vorfahren, eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Ziele haben, die uns eine fachliche Verständigung ermöglicht.
- Ich möchte andererseits sichtbar machen, wo wir uns in Herkunft, Menschenbild, Sprache und professionellem Handeln deutlich unterscheiden und weshalb diese Unterschiede nicht verwischt werden sollten, gerade, wenn wir in diesem medizinischen Kontext wirklich interdisziplinär arbeiten wollen.
- Ich möchte anhand von Beispielen verschiedene Möglichkeiten einer sinnvollen Zusammenarbeit zwischen Logopädinnen und Psychologen deutlich machen, bei der einerseits fachliche Eigenständigkeit gewahrt wird und andererseits eine gemeinsame therapeutische Basiskultur entstehen kann, der sich alle – auch die Ärzte – verpflichtet fühlen.

Als lösungsorientierter Familientherapeut beginne ich mit dem erwünschten Zielzustand, d.h. einem

2. **Ersten Beispiel für Gemeinsamkeit, das zugleich auch ein Beispiel für Kooperation ist:**

Eine 32-jährige Frau hat nach einem Infekt mit Halsschmerzen eine Heiserkeit entwickelt, die nach Abklingen der Erkältung sich so weit intensiviert, daß die Stimme immer leiser, heiserer und manchmal völlig aphon wird.

- ◆ In der **phoniatischen Diagnose** werden der anatomisch unauffällige Kehlkopf, die reizlosen , glatten und seitengleich beweglichen Stimmlippen, sowie der weitgehend komplette Glottisschluß festgestellt. Die Diagnose lautet auf „funktionelle Aphonie“ (ICD 10: F44.4).

Als Auslöser werden bereits von der Phoniaterin *Streßfaktoren* angenommen. Die Persönlichkeit der Patientin und ihre Familiengeschichte werden kurz skizziert und es wird schon hier deutlich, daß es sich um eine extrem leistungsorientierte, leicht anorektisch wirkende Person handelt, die zu permanenter physischer und psychischer Selbstüberforderung neigt. Sie ist von Beruf Head-Hunterin und lebt in einer großen europäischen Metropole. Außerdem werden bulimierartige Eßstörungen berichtet, sowie ein auslösender Konflikt: Sie ist von ihrem Chef, für den sie unter großen Opfern den Laden mit aufgebaut hat, um einen Teil der Einnahmen betrogen worden. Es wird eine **kombinierte psychologisch-logopädische Intensivtherapie** empfohlen.

- ◆ In der zusätzlichen **logopädischen Diagnostik** wird noch festgestellt, daß die Stimme stark gepreßt, gedrückt und knarrend wirke. Bei Vertäubung keine Veränderung, Hochatmung, häufige Stimmabbrüche bei der Diagnostik der Tonhaltedauer. Weiterhin stellt die Logopädin fest, daß die Patientin sehr kontrolliert wirke.
- ◆ Im **psychologischen Erstgespräch** werden drei lebensgeschichtliche Episoden und Muster eruiert, die strukturell ähnlich sind und in denen jeweils eine Erwartung an eine wichtige Beziehung enttäuscht wurde:
 - a) Der zunächst bewunderte Chef, der sie um ihr Gehalt betrügt,
 - b) Ihr italienischer Freund, der ständig ambivalent bleibt und sich nicht entscheidet, ob er Freundin, Beruf oder seine Mama in Rom wichtiger finden soll
 - c) Ihr Vater, der ihr sehr wichtig war, der aber als Manager selten zu Hause war und dann die Familie ganz verließ. Bei Erwähnung des Vaters bricht sie in heftiges Schluchzen aus, das ihr selbst unverständlich erscheint.

AlsvorläufigediagnostischeHypothesewird vom **Psychologen**angenommen, daß diebeiden zuletzt passierten Enttäuschungen emotionale Parallelen mit derVater-Geschichte aufweisen und daß das bisher gut funktionierende Krisen-Copingder Patientin durch die Massierung der Fälle und durch ihre psychophysischeÜberforderung zusammengebrochen ist. Das, was bisher nicht ausgesprochen, nichtgezeigt werden durfte, sondern durch berufliche Höchstleistung und hektischesAgieren überspielt werden mußte, nämlich die Trauer um das Verlorene, dieEnttäuschung und die Sehnsucht nach Akzeptiert-und Gesehen-Werden um ihrer selbst willen, somatisiert sich und bekommt im Symptom eineAusdrucksmöglichkeit.

Als vorläufige diagnostische Hypothese wird vom Psychologen angenommen, daß die beiden zuletzt passierten Enttäuschungen emotionale Parallelen mit der Vater-Geschichte aufweisen und daß das bisher gut funktionierende Krisen-Coping der Patientin durch die Massierung der Fälle und durch ihre psychophysische Überforderung zusammengebrochen ist. Das, was bisher nicht ausgesprochen, nicht gezeigt werden durfte, sondern durch berufliche Höchstleistung und hektisches Agieren überspielt werden mußte, nämlich die Trauer um das Verlorene, die Enttäuschung und die Sehnsucht nach Akzeptiert-und Gesehen-Werden um ihrer selbst willen, somatisiert sich und bekommt im Symptom eine Ausdrucksmöglichkeit.

◆ **Die Therapie**

hat im Grund hier schon mit der Diagnostik auf allen drei Ebenen begonnen und entfaltet einen Synergieeffekt, bei dem man schwer sagen kann, was denn nun letztlich wie gewirkt hat. Bei einer in dieser Weise funktionierenden Kooperation erscheint ja diese Frage auch zunächst überflüssig.

Dennoch wollen wir gerade dieses **Zusammenwirken** hier etwas genauer betrachten, da es ja bei diesem Beispiel auch schon um die Möglichkeiten der Kooperation geht.

- Zunächst fällt auf, daß schon in der **phoniatischen Diagnostik** lebensgeschichtliche Elemente, psychosomatische Zusammenhänge und eine nach dem ICD 10 psychologische Kategorie verwendet werden. Man könnte sagen: Hier ist ein erster Hinweis auf eine gemeinsame „Firmenphilosophie“, die die Grundlage weiterer praktischer Entscheidungen darstellt.
- Die **Logopädin** baut ihren Kontakt zur Patientin auf dem Hintergrund dieser Einschätzung auf. So weiß sie auch, daß sie eine sehr zielstrebige und an Effizienz orientierte Persönlichkeit vor sich hat und sie kann diesen Aspekt im Sinne ihrer eigenen instrumentell orientierten Vorgehensweise aufgreifen. Sie erklärt also den Zusammenhang zwischen Atmung, Stimmgebung und Haltung und baut durch praktische Übung eine physiologische Sitz- und Stehhaltung auf. Tonbandaufnahmen der eigenen Stimme in verschiedenen Haltungen, Abspannen im Liegen und Sitzen, Kieferlockerung, Zwerchfelltraining usw. eröffnen der Patientin eine genauere und veränderte Wahrnehmung ihres eigenen Körpers ihres Zeit- und Rhythmusgefühls und ihrer eigenen Streßmechanismen, die sie anhand

körperlicher Zeichen erkennen und benennen lernt und zu denen sie alternative Haltungsmöglichkeiten einnehmen lernt.

- In der **psychotherapeutischen Arbeit** wird expliziter nach der Einbettung des Symptoms in die Lebens- und Konfliktgeschichte der Patientin gefragt. Für die Persönlichkeit der Patientin typische Erlebnisstrukturen und Muster der Konfliktbewältigung werden für sie selbst klarer erkennbar.
So z.B.: „Wenn ich meine Trauer und Sehnsucht nicht spüren will, neige ich dazu, mich mit Arbeit zu betäuben und zu überfordern. Der dabei erlebte Streß führt auch zu körperlichen Anspannungen, die wiederum mit dem Symptom zusammenhängen. Ich bin in einer emotionalen Krise für die es schon Vorläufer und Modelle gibt.“

3. Es wird deutlich, daß beide Ansätze von verschiedenen Seiten an das selbe Ziel herangehen und sich dabei ergänzen und unterstützen:

Logopäden und Psychotherapeuten geht es um Änderung einer „**Haltung**“, dies sowohl eine „**Lebenshaltung**“ im psychischen Sinne, wie eben auch eine Körperhaltung ist.

Hier wie dort wird das **Nicht-mehr-Wahrgenommene**, das im Schema der falschen Gewohnheit versteckt, wieder wahrnehmbar, fühlbar, **erlebbar** und damit veränderbar gemacht.

Hier wie dort geht es aber auch ganz wesentlich um den Aufbau eines **Vertrauensverhältnisses zu einem Dialogpartner**, der eben nicht Teil des überfordernden Systemzusammenhangs der Patientin ist, sondern wichtige Beobachtungen aus einer anderen Perspektive mitteilt.

Der **psychisch-kognitive Erkenntnisprozeß** (ich habe mich überfordert, um meine Trauer und Sehnsucht nicht zu spüren) wird unterstützt und begleitet von der **leiblichen Erfahrung**, wie es sich anfühlt, wenn man nicht mehr so verspannt, nicht mehr in Kontroll- und Hab-acht-Stellung ist. Umgekehrt tauchen z.B. bei Atemübungen plötzlich starke Emotionen auf, die -unmittelbarer als das Gespräch- Inhalte des Unbewußten widerspiegeln. Sie werden, wenn es ideal läuft, wiederum in der verbalen Nacharbeit verständlich gemacht und in den lebensgeschichtlichen Kontext integriert.

4. Einige allgemeine Ähnlichkeiten logopädischer und psychologischer Praxeologie:

Unabhängig von unserem Beispiel scheint es zwischen logopädischem und psychotherapeutischem Handeln eine leicht erkennbare und große Menge an Ähnlichkeiten und eine viel schwieriger zu bestimmende Menge an Unterschieden zu geben.

Betrachten wir zunächst das **zweckgerichtete methodische Handeln**:

- Bei den Stimmtherapien kommt heute schon kein logopädisches Handbuch mehr ohne ausführliche Hinweise auf die psychische und lebensgeschichtliche Implikation von Stimmstörungen aus. Mehr oder weniger deutlich werden in vielen praktisch durchgeführten Stimmtherapien Anleihen gestalttherapeutischer, verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Art gemacht. Dies wird auch bei dem Video-Band von Frau Vera Schwarz deutlich. (vgl. auch z.B. SPIEKER-HENKE, M. 1997)
- Bei Stottertherapien nach van Riper wendet die geschulte Stottertherapeutin eindeutig verhaltenstherapeutische Methoden vom Flooding- und vom non-avoidance-Typ an.
Am Beispiel der SCHOENACKER'schen Stotter-Therapie sehen wir die Prinzipien der ADLER'schen, bzw. DREIKURS'schen Individualpsychologie verwirklicht.
- Ich könnte diese Liste noch lange fortsetzen. Noch deutlicher würden die Überschneidungen, wenn wir aus dem rein therapeutischen in den diagnostischen Bereich übergehen würden.
Aber es ist ja ohnehin kein Geheimnis, daß sich logopädisches Praxiswissen aus einer Vielzahl angrenzender Sozial- und Humanwissenschaften zusammensetzt und daß dies auch gar nicht anders sein kann, da es ja bis jetzt keine eigenständige logopädische Forschung und Wissenschaft gibt.

Interessanter und scheinbar schwieriger wird es, wenn wir uns dem Bereich zuwenden, der die Voraussetzung jedes zweckgerichteten therapeutischen Handelns ist: die **Gestaltung der Beziehung, oder das was kommunikative Kompetenz des Therapeuten** bezeichnen kann.

- Logopädinnen werden zu Tumorpatienten auf Station gerufen, behandeln laryngektomierte Patienten, Aphasiker mit schlechter Prognose usw.
Sind sie hier nicht zuallererst darauf angewiesen, dem Patienten das Gefühl zu geben, als Mensch ernst genommen zu werden, ein heilendes und akzeptierendes Klima zu schaffen und zu trösten?
Müssen sie nicht – wenn andere professionelle Hilfe nicht greifbar ist – den ihnen anvertrauten Menschen auch durch emotionale Krisen und Entwicklungsprozesse führen?
Können sie nicht – gerade weil sie von ihrer fachlichen Perspektive her über entsprechendes Wissen verfügen – dem Patienten bei der Bewältigung seiner Krankheit unterstützen, beraten und Kräfte zur Genesung mobilisieren?

Sind hier nicht ganz deutlich die therapeutischen Basisvariablen: Empathie, Wertschätzung des Anderen und Selbstkongruenz, bzw. Echtheit gefragt ?

- Logopädinnen führen Beratungsgespräche und –Gruppen mit Eltern stotternder oder hörgestörter Kinder durch. Sind nicht auch hier ihre kommunikativen Kompetenzen, ihre Empathie, ihr akzeptierendes und menschlich echtes Auftreten erforderlich ?
- Ich möchte diese Fragen vorbehaltlos bejahen und sogar noch eins drauflegen:
Selbstverständlich sollten diese Qualitäten in der logopädischen Ausbildung gepflegt und vermittelt werden. Und selbstverständlich ist es auch für jede Logopädin gerade im Sinne einer verbesserten Professionalität äußerst nützlich, wenn sie z.B. die Grundprinzipien der Gesprächsführung beherrscht, wenn sie den systemischen Blick trainiert hat und hinter der Mutter, die das Kind zur Behandlung bringt, sogar noch einen Vater, bzw. Partner denken kann, der vielleicht auch eine Rolle bei Entstehung und Bewältigung der Symptomatik spielt.
- Letztlich wäre das angestrebte Ziel hier die Umwandlung der stark somatisch-medizinisch geprägten körpertherapeutischen Ansätze in **leib-therapeutische**, da im Konzept des Leibes immer schon die bio-psycho-soziale Einheit mitgedacht ist. (vgl. PETZOLD, H. 1999)

5. Wo ist also der Unterschied ? Oder gibt es am Ende gar keinen richtigen ?

Natürlich- Sie ahnen es schon – muß jetzt die andere Seite zum Zug kommen- nämlich das, was uns trotz aller Seelenverwandtschaft trennt.

Denn das wissen wir ja sowohl aus der allgemeinen Lebenserfahrung, wie aus der systemischen Forschung: Wenn man sich allzu ähnlich wird, weichen die produktive Spannung und das Interesse und es entstehen eher Konkurrenz und Neid.

Wie definieren wir also neben den Ähnlichkeiten unsere Verschiedenheiten, unseren spezifischen Platz, der ein gedeihliches Familienleben erst möglich macht ?

- Es beginnt schon bei der Diagnose: Der medizinische Kontext zwingt sowohl den Phoniater, als auch die Logopädin zu einer **Etikettierung und Festlegung**:

Wenn das Kind, bzw. das Symptom, keinen Namen hat, können wir es nicht behandeln. Erst nach der Diagnose beginnt die Behandlung.

Der Psychotherapeut muß sich zwar im klinischen Kontext diesem Ritual bis zu einem gewissen Grad unterwerfen. Muß er aber nicht gerade einen Antrag für die Krankenkasse schreiben, so wird er die diagnostische Kategorisierung im Therapieprozeß eher für unproduktiv halten.

Im ursprünglichen Wortsinne ist aber der **ganze therapeutische Prozeß ein dia-gnostischer**, d.h. ein Versuch diesen Menschen durch und hinter seiner Oberfläche zu erkennen. Umgekehrt ist jeder Versuch eines diagnostischen Verstehens ein therapeutischer Schritt, da ihn ja die Patientin mitvollziehen kann und soll.

- Es geht also auch nicht um eine **Be-Handlung**, bei der es einen (Be-)Handelnden und einen (Be-)Handelten im Sinne einer Einbahnstraße gibt, sondern es geht um eine Interaktion, bei der beide Beteiligten sowohl Subjekt, als auch Objekt des Handelns sind.

Der Unterschied besteht also sowohl in der Diagnostik, wie in der Therapie vor allem darin, daß hier nicht ein Wissender über ein unwissendes Objekt urteilt, sondern daß es sich um einen **dialogischen Prozeß**, ein Aushandeln der richtigen Einschätzung zwischen zwei Subjekten handelt (vgl. STEINER, J. 1998). Wichtig ist nicht so sehr, daß der Diagnostiker weiß, was der Patientin fehlt, sondern daß die Patientin sich selbst und das ihr Fehlende versteht. Wird dieser Umstand übersehen, dann ergeben sich gerade aus der diagnostischen Zuschreibung „*psychogene Dysphonie*“ die klassischen Widerstände der Patienten, die sich gegen ihr eigenes Selbstverständnis in eine ihnen unangenehme Rubrik verschoben sehen. Über dieses Phänomen habe ich an anderer Stelle ausführlicher berichtet. (WOLFART, M.: 1997)

- Die Festlegung auf ein **Symptom im Sinne einer Störung** führt konsequenterweise zu einer Behandlung, die sich auf die **Beseitigung des störenden Symptoms** konzentriert. In unserem Beispiel wäre es durchaus möglich gewesen, daß eine rein logopädische Behandlung in ebenso kurzer Zeit zum Verschwinden der Dysphonie geführt hätte. Die Patientin wäre geheilt und voller Tatendrang in ihr Head-Hunter-Büro geflogen und hätte schon unterwegs per Handy ihren nächsten Streß-Looping vorbereitet. Sie hätte nicht verstanden, daß das **Symptom in diesem Falle ihr Freund und Verbündeter und nicht ihr Feind** war, daß es sie auf ein wichtiges und vernachlässigtes Lebensthema hingewiesen hat. Sie hätte nichts an ihrem krank-machenden Lebensstil geändert und wäre ziemlich bald in die nächste Dysphonie gestolpert.
In unserem Fall hat sie tatsächlich ihrem Chef ein Ultimatum gestellt, hat für den Fall der Nichterfüllung die Kündigung vorbereitet, hat sich entschlossen, ihren Freund ziehen zu lassen und hat sich unter Tränen von den Erwartungen an ihren Vater verabschiedet.

Es geht also darum, die aufgetretene **Symptomatik** nicht einfach weg zu therapieren, sondern sie **als Chance** für eine gründlichere Umstellung von Mustern **zu nutzen** und diese in der Persönlichkeit und ihrem Beziehungsnetz zu integrieren.

Hier ist die eigentliche Kunstfertigkeit des professionell arbeitenden Psychotherapeuten gefragt: Er muß nicht nur in der Lage sein, die Gesprächssituation in einem akzeptierenden und empathischen Sinne zu gestalten, sondern er muß eine psychologisch begründbare **hypothetische Fallkonzeption** haben, auf deren Hintergrund er seine hermeneutische Phantasie und seine persönlichen Ressourcen gezielt einsetzt. Hier spielen also spezialisierte Ausbildung, theoretisches Wissen und Methodenkenntnis, vor allem aber auch Selbsterfahrung durchaus eine Rolle.

(vgl. CASPAR, F. ; GRAWE, K.: 1992)

- Ich komme nun auf einen für Sie vielleicht eigenartig wirkenden Punkt zu sprechen, den ich aber für sehr wichtig halte:

Jedes diagnostische oder therapeutische **Setting ist eine Bühne, eine Inszenierung**. Sowohl für den Patienten, wie für den Therapeuten. Gehe ich zu einer Logopädin, dann kann ich mit Recht eine mehr oder weniger symptombezogene Übungsbehandlung erwarten. Habe ich mich aber entschlossen, –und dieser Schritt erfordert oft sehr lange innere Kämpfe - zum Psychologen zu gehen, dann weiß ich, daß er mich nach Lebensumständen, Gefühlen, Familie usw. fragen wird.

Erwartungen dieser Art sind sowohl **als Grundvoraussetzungen des therapeutischen Kontrakts zu respektieren**, als auch in einem oft unterschätzten Maße **bereits legitimer methodischer Baustein des therapeutischen Prozesses**. (vgl. GILLIGAN, S. 1991)

Patientinnen erzählen häufig erst in der psychotherapeutischen Sitzung gravierende lebensgeschichtliche Umstände, die für sie eindeutig in diesen, aber nicht in den anderen Kontext gehören, auch wenn die bisherige logopädische Behandlung bei einer sehr empathischen und psychologisch geschulten Logopädin stattgefunden hat. Es handelt sich also um ein an der spezifischen Rolle des Heilers orientiertes Erwartungs-Verhalten des Patienten, das zunächst wenig mit den persönlichen oder fachlichen Fähigkeiten der betreffenden Therapeutin zu tun hat.

- Natürlich kennen Sie auch den umgekehrten Fall: Die Mutter eines Dyslalie-Kindes erzählt ihnen bereitwillig familiäre Probleme, sie entwickelt heftige Emotionen, erbittet Rat in Ehe- und Erziehungsfragen und nutzt die Chance einer guten Zuhörerinnen. Plötzlich finden Sie sich als Erziehungsberaterin oder Paartherapeutin wieder und wissen nicht so ganz, ob sie stolz oder ratlos oder beides zugleich sein sollen.

Ich möchte Sie ausdrücklich dazu **ermutigen, ihre bereits vorhandene**

kommunikative Kompetenz zu nutzen und wenn möglich durch Fortbildung zu verbessern. Wenn Sie merken, daß die „Chemie stimmt“, daß sie wichtige und hilfreiche Ideen haben, trauen Sie sich und steigen Sie ein Stück weit in diese Sphäre ein. Dies verbessert nicht nur die Qualität der therapeutischen Beziehung, sondern es kann auch ein legitimer Bestandteil ihrer Professionalität gerade als Logopädin sein, ohne dadurch eine angemessene psychotherapeutische Rolle einzunehmen.

Wenn Sie aber merken, daß die Patientin oder die Eltern ihre Klagsamkeit steigern, wenn Wiederholung und Stagnation spürbar werden, oder wenn Sie Informationen bekommen, die gravierende Traumata, Ängste oder neurotische Muster vermuten lassen, leiten Sie vorsichtig eine Übergabe an den Psychotherapeuten ein. Häufig ereignen sich solche stagnierenden Prozesse, wenn die Therapeutin selbst mit ihrer eigenen Geschichte ins Patienten-System eingebaut wird, oder wenn wichtige familiäre Funktionen des Symptoms übergegangen worden sind.

Wir kommen später noch darauf zu sprechen, daß Logopädinnen in vielen Fällen, eine Art Vermittlungs- oder Einleitungsfunktion für Psychotherapie haben, die in ihrer Wichtigkeit nicht zu unterschätzen ist.

Wichtig ist, daß Sie gegenüber der Patientin offen aussprechen, wo Sie sich kompetent fühlen und wo Ihre Grenzen sind. So schützen Sie sich selbst und geben der mitteilbaren Patientin ihre Eigenverantwortlichkeit zurück. Sonst könnte es so aussehen wie in Abb. 5

6. Ein etwas schwierigeres Kapitel tut sich allerdings dann auf, wenn **unter logopädischer Flagge ein bewußt psychotherapeutischer Anspruch verwirklicht werden soll, ohne daß dies für den Patienten transparent ist**. Dies scheint mir bei einem Artikel von Frau **CLAUSEN-SÖHNGEN (1997)** der Fall und deshalb möchte ich hier kurz darauf eingehen.

Die Autorin berichtet explizit als Logopädin von einer eindeutig psychotherapeutischen Stimmtherapie unter dem Titel: „*Logopädische Stimmtherapie zwischen symptomzentrierter Behandlung und psychologischer Beratung*“. Keineswegs möchte hier ihre Fallkonzeption als fachlich unzureichend kritisieren – sie erscheint durchaus schlüssig.

Nein, problematisch erscheint mir nur, daß die Autorin von Anfang an so tut, als wäre es lediglich eine Frage der freien Entscheidung, ob sie nun im Bereich des klassischen logopädischen Instrumentariums bleibe, oder ob sie sich entschließe, dieses Konzept in Richtung psychologischer Therapie und Beratung zu erweitern. Dies klingt so locker flockig, als ob es darum ginge sich heute morgen zwischen Rock oder Hose zu entscheiden.

Die Verfasserin erklärt zum Problem dieser Entscheidung wörtlich:

„Ich sehe die Möglichkeit, in der logopädischen Stimmtherapie aus einem Kontinuum zwischen den beiden Polen symptomzentrierte“ und „beratungszentrierte“ Vorgehensweise zu wählen. Wo wir uns im einzelnen in unserer Arbeit auf dieser Achse befinden, hängt

- zum einen von unserem individuellen Wissens - und Ausbildungsstand ab und ganz sicher auch von unseren persönlichen Begabungen und Neigungen;
- zum anderen hängt es vom Patienten mit seiner Stimmstörung ab: je nach Genese ist mehr das Vorgehen in der einen oder in der anderen Richtung angebracht.
- zum dritten kann der Pol abhängig vom Stand der Therapie verändert werden.“

Ich halte diese Kontinuum-Hypothese zumindest für fragwürdig und zwar aus vier Gründen:

- a) Wegen des zuvor dargestellten Zusammenhangs der spezifischen Rollenerwartung und der notwendigen Transparenz für den Patienten. Er muß wissen, mit wem er es gerade zu tun hat.
- b) Wegen der möglichen Widersprüchlichkeit im Verhalten und Denken der Therapeutin selbst, je nachdem ob sie sich dem Auftrag des psychosomatischen Patienten nach möglichst isolierter Symptombeseitigung, dem Auftrag des Medizinsystems, dies auch noch möglichst schnell und billig zu tun, oder dem Wissen und Ethos als Psychotherapeutin verpflichtet fühlt und folglich weiß, daß auf diesem Wege die Heilung wahrscheinlich nicht zu erreichen ist.
- c) Eine psychotherapeutische Ausbildung verlangt heute mindestens 5 Jahre methodisches Training und Selbsterfahrung auf der Basis einer psychologischen oder medizinischen Grundausbildung, die per se schon berufsqualifizierend ist. Dies entspricht insofern formal den Ausbildungsschritten von Assistenzarzt zum Facharzt. Inhaltlich jedoch ist diese Ausbildung häufig mit einer radikalen Änderung der Denkgewohnheiten gerade im Hinblick auf menschliches Leiden und menschliche Defizite verbunden. Man kann und sollte diese Profession deshalb auch nicht beliebig, (wie Kunst am Bau) an andere Vorgehensweisen ankleben. Eine vergleichbare Unvereinbarkeit, nämlich die zwischen medizinisch-somatischer und psychotherapeutischer Haltung wurde schon von den Altmeistern **Freud** und **Jung** postuliert, die ja selbst Mediziner waren. (MANNHEIM-ROUZEAUD, 1993 und JUNG, C.G.: 1945)
- d) Die Autorin erwähnt zwar eingangs die Fragestellung, daß es unter bestimmten Bedingungen angezeigt sein könnte, eine Weiter- und Mitbehandlung durch einen Psychologen zu veranlassen geht aber in dem ganzen Artikel nicht mehr auf diese Frage ein. Das halte ich in diesem Zusammenhang für ein irreführendes Signal.

Allerdings erfahren wir auf der letzten Seite, daß Frau Clausen-Söhngen wohl eine **Weiterbildung zur Transaktionsanalytikerin, sowie eine Supervisorenausbildung** absolviert hat.

Warum sollte sie also nicht transaktionsanalytisch und damit psychotherapeutisch arbeiten ? Dennoch möchte ich die oben genannten Bedenken gegen eine Vermischung oder beliebigen Wechsel hier zur Diskussion stellen. Ich bin nicht der Meinung, die J. KRIZ (1994) vertrat, daß nämlich jede nicht-manuelle und nicht-apparative Heilkunst Psychotherapie sei. Und die „Alles-Köner“ sind auch auf den Jahrmärkten nicht gerade die besten Musiker.

7. Die Mittlerrolle der Logopädie vom körperzentrierten zum ganzheitlichen Behandlungskonzept.

In sehr vielen Fällen wird Psychotherapie erst möglich, wenn einige Zeit symptomzentriert logopädisch gearbeitet worden ist.

Hierzu ein **weiteres Beispiel**:

Eine 29-jährige Pädagogik-Studentin und Referendarin hat unter bestimmten Streßbedingungen in der Schule (vor allem bei Lehrproben) eine leise, resonanzarme heisere und schließlich versagende Stimme. Die Mimik und Gestik sind eng und fast starr.

Während der etwa halbjährigen logopädischen Behandlung durch eine Kollegin der selben Abteilung, wird zwar der Kollegin immer klarer, daß hier eine starke psychische Komponente im Spiel ist. Die Patientin scheint aber gegenüber allen Versuchen, sie an den psychologischen Nachbarn weiter zu reichen ausgesprochen ablehnend. Erst als sie selbst nach einer Phase der Besserung, wo auch die gelernten Abspannübungen wirken, wieder einen Einbruch erlebt, der eindeutig im Zusammenhang mit einer Vorführsituation steht, kann sie den Schritt gehen. Sie ist in der ersten Stunde sehr ängstlich, beschämt, daß sie diese Art Hilfe in Anspruch nehme. Im Verlauf der Exploration berichtet sie, daß sich ihr jüngster Bruder vor 4 Jahren umgebracht habe. Für diesen Bruder hatte sie sich immer besonders verantwortlich gefühlt. Er hatte sich mit „positive thinking“ über seinen psychisch bankrotten Zustand hinweg gelogen. Sie hat nun das Gefühl, wenn sie nicht andauernd Höchstleistung erbringe, wenn sie mal locker lassen würde, dann begänne bei ihr die selbe Lebenslüge. Gleichzeitig hat sie sich mit diesem Aktionismus an einer angemessenen Trauer gehindert. Unerledigte Trauer und ein durch Familiengeschichte festgezurrtes Leistungsgebot bringen diese Frau offenbar in bestimmten Situationen in Spannung.

Auch hier wieder die Frage: was will mir dieses Symptom sagen ? Was würde ich tun, und was würde geschehen, wenn ich der Botschaft folgen würde ?

Wichtig an der Geschichte ist jedoch in diesem Zusammenhang der Ablauf und die Schnittstelle der Übergabe: **Gerade die logopädische Konzentration auf das Symptom** bei gleichzeitiger Wachheit gegenüber den psychischen Anteilen, hat es der Patientin ermöglicht, eine psychotherapeutische Compliance zu entwickeln. Eine sofortige Überweisung an den Psychologen hätte sie als eine weitere Kränkung ihrer Leistungsfähigkeit schroff abgelehnt.

Was du zusammendrücken willst, das muß du erst richtigsich ausdehnen lassen.

Was du schwächen willst, das muß du erst richtig starkwerden lassen.

Was du vernichten willst, das muß du erst richtigaufblühen lassen.

Wem du nehmen willst, dem muß du erst richtiggeben.

Das heißt Klarheit über dasUnsichtbare.

LaoDse

Die Kooperation zwischen Logopäden und Psychologen läuft gerade dann gut, wenn beide ihr eigenes Gebiet ernst nehmen, jedoch sich nicht vor dem Blick über den Gartenzaun verschließen. (vgl. dazu: WOLFART, M.: 1998)

8. Kehren wir einen Moment zu den eingangs angekündigten Anliegen zurück:

- Schnittstellen und Gemeinsamkeiten;
- Unterschiede und Abgrenzungen
- Kooperationsmöglichkeiten bei Wahrung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten.

Was im Text zu diesen Themen ausgeführt wurde möchte ich jetzt in kurzen Thesen zusammenfassen:

(1) Schnittstellen und Gemeinsamkeiten;

- ◆ Logopädie und Psychotherapie verfolgen in einer weit gefaßten Definition von Heilung ähnliche Ziele, nämlich die Veränderung von Haltungen, Mustern und Wahrnehmungsblockaden, die sich in leiblichen Fehlfunktionen niedergeschlagen haben.
- ◆ Dies kann in beiden Disziplinen in einer mehr isolierten symptomorientierten Weise geschehen oder mehr in einer ganzheitlichen, die Lebenswelt des Klienten einbeziehenden Weise.
- ◆ Beiden Disziplinen hilft es für die Verbesserung ihrer je eigenen Professionalität, wenn sie die spezifischen Sichtweisen und Methoden der Nachbardisziplin kennen und Teile davon in ihr Repertoire übernehmen.
- ◆ Im umfassenden Konzept einer mehr *leiborientierten Psychotherapie* und einer mehr *psychosozial bewußten Logopädie* kann jede Disziplin ihren spezifischen Zugangsweg zum Menschen ausbauen, ohne dabei Gefahr zu laufen, in fremden Gewässern zu fischen.

(2) Unterschiede und Abgrenzungen

- ◆ Unterschiede bestehen vor allem dort, wo einerseits viele Logopäden aufgrund ihrer Einbindung in den medizinischen Kontext sich an medizinische Diagnosen und Behandlungsziele gebunden sehen und rein symptomorientiert arbeiten – während andererseits viele Psychotherapeuten an der psychosozialen Funktion des Symptoms im System des Patienten interessiert sind und das Symptom möglicherweise als Lösung oder wichtigen Hinweis begreifen.
- ◆ Beide Disziplinen sollten sich der unterschiedlichen Rollenerwartung der Klienten und des unterschiedlichen Settings bewußt sein und hier keine Verwischungen und Unschärfen zulassen.

(3) Kooperationsmöglichkeiten bei Wahrung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten.

- ◆ Wenn beide Disziplinen produktiv miteinander kooperieren wollen, dann setzt das Respekt und Anerkennung gegenüber der besonderen Professionalität der anderen Berufsgruppe voraus.
- ◆ Ist den Vertretern beider therapeutischer Disziplinen ihr je spezifischer Beitrag zum Ziel auf dem Hintergrund einer gemeinsam besprochenen Fallkonzeption bewußt, so kann dies in der Kooperation zu einem deutlichen Synergieeffekt beitragen und Therapien wirksamer, nachhaltiger und ganzheitlicher machen.
- ◆ Die Erstellung einer gemeinsamen Fallkonzeption setzt eine von allen verstandene Sprache, gemeinsame philosophisch-moralische Grundwerte, gemeinsame Zielvorstellungen von Therapie und ein in Grundzügen ähnliches Menschenbild voraus. Dies trifft in besonderem Maße auch für die Ärzte zu, die man hier erwähnen muß, da sie ja noch immer Auftraggeber und Kontrollinstanz auch für die niedergelassene Logopädin sind. Ist ein solcher Grundkonsens nicht vorhanden, oder bestehen gar grundlegende Unterschiede z.B. hinsichtlich der Brauchbarkeit psychosomatischer Konzepte, hinsichtlich Ziel und Effizienzkontrolle der Therapie, oder auch im Hinblick auf die dialogische Gleichrangigkeit von Therapeut und Patient, so ist es äußerst schwierig bis unmöglich, zu sinnvollen Absprachen bzw. Therapiekonzeptionen zu kommen.
- ◆ Gerade Logopädinnen sind durch ihre besondere Mittlerrolle zwischen Medizin und Psychologie in hervorragender Weise geeignet, Psychosomatikern den Weg in die Psychotherapie gangbar zu machen. Dies gilt natürlich nicht nur für die privilegierte Situation einer Klinik, wo alle drei Disziplinen vertreten sind, sondern auch

für die niedergelassene Logopädin, die zugunsten dieser Patientengruppe versuchen sollte, mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten Kooperation aufzunehmen.

Lassen Sie mich meine Vision von der interdisziplinären Kooperation abschließend in einem Bild ausdrücken.

Mediziner/Innen, Logopädinnen und Psycholog/Innen sollten, wie Musiker eines guten Orchesters alle so viel musikalisches Grundwissen haben, daß sie das jeweils gespielte Stück auf einem gemeinsamen Hintergrund verstehen. Sie sollten darüber hinaus mindestens so viel vom anderen Instrument verstehen, daß sie es zwar nicht selbst spielen können, aber sowohl die musikalische Gestalt in der anderen Stimme wiedererkennen können, als auch den je spezifisch notwendigen Beitrag. Man kann den integrierenden Akkord eines Klaviers nicht durch eine Blockflöte ersetzen. Und umgekehrt kann eben das Klavier manches nicht, was die Flöte kann.

Weder sollte es so aussehen, daß einer glaubt, alles zu können, wie in Abb. 6 noch sollten sich all die gut ausgebildeten Spezialisten auf das jeweils gerade „angesagteste Instrument“ stürzen, wie in Abb. 7

Wenn wir im Bild bleiben, dann können wir uns allerdings fragen, warum immer nur eine Instrumentalistengruppe den Dirigenten stellt und allen anderen vorschreibt, wie die Musik zu spielen ist. Aber, wie schon eingangs erwähnt, ist dies eine Frage, die an anderem Ort, zu anderer Zeit und mit anderen Kontrahenten geklärt werden muß.

Literaturangaben:

- Caspar,F./Grawe, K.: Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozeß ? Report Psychologie, Juli 1992, S.10-22
- Clausen-Söhngen, M.: Logopädische Stimmtherapie zwischen symptomzentrierter Behandlung und psychologischer Beratung, logos-interdisziplinär, Jg 5, Ausg 4 (1997) 252-260
- Gilligan, St.: Therapeutische Trance; Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. Heidelberg: Carl Auer, 1991
- Jung, C.G. Medizin und Psychotherapie, Bulletin der Schweizerischen Akademie der med. Wissenschaften, (1945) Bd I,H.5, S. 315-325
- Kriz,J.: Können Logopädinnen psychotherapeutisch arbeiten ? logos-interdisziplinär, Jg 2,Ausg 24 (1994) 132-138
- Petzold,H.: Psychotherapie der Zukunft, Integrative Therapie 4 (1999), 338-393
- Spieker-Henke,M.: Leitlinien der Stimmtherapie, Stuttgart/NewYork: Thieme, 1997
- Steiner, J.: Monologisches versus dialogisches Weltbild als Projektionsleinwände für das Therapieschehen, Sprache, Stimme, Gehör 22 (1998), 212-216
- Wolfart,M.: Psychogene Dysphonie: Verdacht oder Verdächtigung, Sprache, Stimme, Gehör 21 (1997), 122-126
- Wolfart,M.: Mut zum Risiko- oder Respekt vor der Wirklichkeit des Anderen ? Schlußwort des Autors, Sprache, Stimme, Gehör 22 (1998), 112-113.

Abstract:

Der Artikel versucht anhand von Beispielen aus dem klinischen Alltag einer phoniatischen Abteilung die Überschneidungen, interdisziplinären Kooperationsmöglichkeiten und Trennlinien psychotherapeutischer und logopädischer Arbeit zu präzisieren. Der Autor grenzt sich kritisch ab gegenüber einer Verwischung professioneller Grenzen und einem fließenden Rollenwechsel von Logopädie zu Psychotherapie. Hauptsächliche Trennlinien werden zwischen der Einschätzung der Symptomatik als Störung versus Lösungsversuch gesehen, sowie zwischen einer etikettierenden versus prozessual-dialogischen Diagnostik.

Key-words:

Psychotherapie – logopädische Therapie – interdisziplinäre Kooperation – professionelle Grenzen- Setting als Inszenierung - Symptom als Lösungsversuch – Prozessual-dialogische Diagnostik.

Kurzbiographie des Autors:

59 Jahre (2000), Studium der Psychologie in München und Berlin, Diplom 1968, 2 Jahre Tätigkeit in Erziehungsberatung, 7 Jahre Fortbildung von Sozialarbeitern, 10 Jahre Leitung eines gemeinwesenorientierten Zentrums für Migranten (Kinder-und Jugendarbeit, Familienberatung), sowie Lehraufträge an 4 Fachhochschulen zum Problem der transkulturellen Sozial-und Beratungsarbeit. Ausbildungen in Verhaltenstherapie, Familientherapie und Hypnotherapie.

Seit 1987 an der Phoniatischen Abteilung der Heidelberger Uni-Klinik als psychologischer Diagnostiker, Therapeut, Psychologie-Dozent und Supervisor an der dortigen Schule für Logopädie. Neben der Klinik-Tätigkeit seit 12 Jahren Psychotherapeut mit Kassenzulassung in einer freien Praxis außerhalb der Klinik.