

Studienarbeit

# **Der Unterschied zwischen Psychotherapie und Logopädie am Beispiel des Kontaktes – Analyse einer Therapiesequenz zwischen einem stotternden Patienten und einer angehenden Logopädin**

Betreuerin: Vera Wanetschka

Verfasserin: Lina Rebecca Grotheer  
Meyerstraße 21, 28201 Bremen  
0421 – 17 54 15 52  
[l.grotheer@gmx.de](mailto:l.grotheer@gmx.de)

Semester: N° 5  
Bremen, 03.02.2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>2 Methode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Untersuchungsablauf .....	4
2.2 Auswertung der Therapiesequenz .....	4
<b>3 Gegenüberstellung von Psychotherapie und Logopädie</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1. Bereich der Psychotherapie</b> .....	<b>5</b>
3.1.1 Auftrag der Psychotherapie .....	5
3.1.2 Kontakt in der Psychotherapie.....	6
<b>3.2 Bereich der Logopädie</b> .....	<b>7</b>
3.2.1 Auftrag der Logopädie .....	7
3.2.2 Kontakt in der Logopädie.....	8
<b>3.3 Vergleich von Kontakt in der Psychotherapie und Logopädie</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Analyse und Interpretation der Therapiesequenz</b> .....	<b>16</b>
<b>3.5 Vergleich: Ergebnisse der Literaturrecherche und</b> <b>Transkriptionsanalyse</b> .....	<b>19</b>
<b>3.6 Fazit/ Schlussfolgerung</b> .....	<b>20</b>
<b>4 Zusammenfassung</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>23</b>
<b>6 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>24</b>
<b>7 Anhang</b> .....	<b>I</b>
7.1 Abkürzungsverzeichnis für die Transkription.....	I
7.2 Transkript.....	II
7.3 Tabelle.....	XV
<b>8 Versicherung der eigenen Arbeit</b> .....	<b>26</b>

# 1 Einleitung

Im Alltag begegnet er uns ständig und doch fällt es uns schwer genauer zu formulieren, was er ist und wie er sich zeigt: der Kontakt. Ebenfalls beschäftigt die Frage nach Kontakt im therapeutischen Arbeitsprozess die Störungsgebiete übergreifend und ist daher für jede Logopädin (der Einfachheit halber wird im weiteren Verlauf nur die weibliche Form genutzt) aktuell. Hinzu kommt, dass Logopädinnen immer häufiger auch an die Grenze zur Psychotherapie geraten, da der Übergang zwischen diesen Fachgebieten zunehmend fließend ist. So ergab sich die Fragestellung, welches der Unterschied zwischen Psychotherapie und Logopädie mit Blick auf Kontakt, Kontaktaufnahme und -modifikationen ist. Die Forschungsfrage dazu lautet: Was ist Kontakt und wie gehen Patient/Therapeutin in den Kontakt bzw. wie modifizieren sie diesen?

Diese Studienarbeit beschäftigt sich deshalb mit dem Kontakt, der Kontaktaufnahme und -modifikationen bezüglich des Unterschiedes zwischen Psychotherapie und Logopädie. Unter Hinzuziehung von Literatur und dem empirischen Teil, der Transkription und der Analyse sowie Interpretation einer gefilmten Therapiesequenz, wurden die verschiedenen Kontaktphasen und -modifikationen in einer Tabelle (s. Tabelle im Anhang 7. 3) übersichtlich dargestellt und im Folgenden exemplarisch sowie qualitativ differenzierter betrachtet.

Unter 2 werden die Methoden des Untersuchungsablaufes sowie die Auswertung der Therapiesequenz und der Transkription erläutert. Aufbauend auf den zuvor erklärten Methoden, werden unter 3 zuerst die Ergebnisse der Literaturrecherche zu den Bereichen der Psychotherapie und Logopädie dargestellt. Es schließen sich die Ergebnisse der Transkriptionsanalyse und -interpretation sowie das daraus resultierende Fazit und die Schlussfolgerung an. Unter 4 wird diese Studienarbeit zusammengefasst und die zentralen Ergebnisse gebündelt dargestellt. Die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit sind 1. die grundlegend unterschiedlichen Ansätze in der Psychotherapie und

Logopädie bezüglich der Arbeitsweise und 2. die sich aus der Arbeit entwickelte Hypothese (s. S. 22).

Es folgen unter 5 die Diskussion und der Ausblick, in dem weitere mögliche Forschungsfragen ebenso wie eine, sich aus der Arbeit entwickelten, Hypothese (s. 4 Zusammenfassung), dargelegt werden. Unter 6 ist das Literaturverzeichnis und daran anschließend unter 7 der Anhang zu finden.

## **2 Methode**

Im Folgenden werden die Methoden des Untersuchungsablaufes sowie die Auswertung der Therapiesequenz und der Transkription erläutert.

### **2.1 Untersuchungsablauf**

Diese Arbeit wurde zum einen hermeneutisch als auch empirisch angegangen. Ausgehend von der Fragestellung wurde die Literaturrecherche für die beiden Fachbereiche Psychotherapie und Logopädie betrieben. Die Literatur wurde aus der Fachschule für Logopädie, sowie aus der Bibliothek der Hochschule Bremen entliehen. Es erwies sich jedoch als schwierig, passende Literatur zu finden. Deshalb wurde außerdem versucht über Suchmaschinen im Internet u.a. [www.evilog.de](http://www.evilog.de), PubMed [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov), [www.speechbite.com](http://www.speechbite.com), an Literaturhinweise zu gelangen. Auch dies erwies sich als nicht erfolgreich. Daher wurde die Literatur der Fachschule für Logopädie verwendet.

Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden zuerst auf den jeweiligen Fachbereich bezogen beschrieben, um sie im Anschluss miteinander vergleichen zu können. Parallel dazu wurde im empirischen Teil der Arbeit eine Therapieeinheit gefilmt und im Hinblick auf die Fragestellung gesichtet, um dann daraus eine passende Therapiesequenz auszuwählen. Diese wurde anschließend transkribiert, analysiert und interpretiert. Die Ergebnisse der Auswertung wurden dann mit den Ergebnissen aus der Literaturrecherche verglichen und in Verbindung gesetzt.

### **2.2 Auswertung der Therapiesequenz**

Im Vorfeld wurde festgelegt, dass ein Redeflusspatient ausgewählt wurde, der sich durch eine Hospitantin nicht gestört fühlte. Die Wahl, einen Redeflusspatienten und seine Therapeutin zu filmen, erschien sinnvoll, da sich diese Patienten erfahrungsgemäß häufig durch ihre Redeflussstörung in der Kommunikation gehemmt fühlen. Zu erwähnen ist noch, warum Therapeutin und Patient sich duzen. Der Patient ist Mitglied einer Selbsthilfegruppe für redeflussgestörte Patienten, die von einer Lehrlogopädin und einer

Studierenden der Fachschule für Logopädie begleitet wird. In diesem Rahmen wird die Anrede des „Du“ benutzt. Diese Form wurde in der Therapie an der Fachschule übernommen. Gefilmt wurde die siebte Therapieeinheit.

Die Transkription wurde in Anlehnung an das *Kommentierte Transkript* von Werner Kallmeyer und Fritz Schütze (1976, in Mayring, 2002), erstellt. Um genauer auf die Redeflussstörung – und dementsprechend auf die Symptomatik – des Patienten eingehen zu können, wurden dem System weitere Zeichen/Kürzel hinzugefügt.

Das Transkript wurde unter den Gesichtspunkten der Kontaktphasen nach Blankertz/Doubrawa (2005, S. 123) betrachtet. Ergänzend wurden die Beschreibungen der Kontaktmodifikationen bzw. des Widerstands nach Gührs/Nowak (2002) berücksichtigt.

Zur anschaulichen Darstellung der Ergebnisse wurde eine Tabelle (s. Anhang 7.3) angefertigt, welche die parallelen Kontaktphasen und –modifikationen im Zusammenhang mit dem Zeilenverweis zeigt. Exemplarisch wurden Beispiele im Anschluss qualitativ ausführlicher erläutert. Die Ergebnisse wurden dann im Fazit gebündelt dargelegt.

Die Ergebnisse dieses Vorgehens werden im folgenden Kapitel dargestellt.

## **3 Gegenüberstellung von Psychotherapie und Logopädie**

Die Berührungspunkte psychotherapeutischer und logopädischer Arbeit sind am Übergang zwischen diesen Fachgebieten zunehmend fließend, denn sie liegen eng beieinander. Um dies näher zu beleuchten, werden diese im Folgenden differenziert.

### **3.1. Bereich der Psychotherapie**

#### **3.1.1 Auftrag der Psychotherapie**

Die Psychotherapie greift da, wo der Hilfesuchende (also der Patient/Klient) zu der Erkenntnis gelangt, dass seine bisher angewandten Strategien und Kompetenzen nicht mehr ausreichen, um Probleme zu bewältigen, sondern

diese evtl. sogar verstärken (vgl. Wanetschka, 2015, S. 20). Er erkennt, dass er sich in einer Krise befindet, die dazu führt, dass er seine Identität in Frage stellt. Wanetschka spricht von einer „Identitätserschütterung“ (ebd.). An dieser Stelle bedarf er professioneller Hilfestellung, um Selbstheilungskräfte und –prozesse aktivieren zu können. Dafür ist es notwendig, bisherige Strategien zu überprüfen, um neue entwickeln und ausprobieren zu können. Das Ziel ist hier „der Prozeß (sic!) der Selbsterkenntnis im [Patienten]“ (Kade, in Tippelt, 2005, S. 325) und diesbezüglich veränderte und passendere Strategien zu finden bzw. zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund kann die Therapeutin mit entsprechenden Techniken agieren.

Die Psychotherapeutin beschäftigt sich dabei mit der vergangenen, emotional belasteten Lebensgeschichte, deren Auswirkungen in die Gegenwart reichen (Wanetschka, 2015, S. 20).

### **3.1.2 Kontakt in der Psychotherapie**

Nach Perls ist Kontakt das, was Menschen in verschiedenster Art und Weise in Berührung bringt (vgl. Perls, F. S., 1985/87 u. Perls, L., 1999, in Wanetschka, 2015, S. 26). D.h. Nähe, Distanz, Grenzüberschreitung sowie weitere Kontaktmodifikationen<sup>1</sup>. Ebenso beschreiben Polster und Polster Kontakt „(...) [als] das Mittel, sich selbst und seine Erfahrung mit der Welt zu verändern. Veränderung ist ein unvermeidliches Resultat des Kontaktes.“ (Polster u. Polster, 2003, S. 103, in Wanetschka, 2015, S. 28).

Betrachtet man die *Gestaltwelle* nach Blankertz und Doubrawa (2005, S. 123) dann findet Kontakt in vier Phasen statt.

#### **1. Vorkontakt**

Feststellung der momentanen Befindlichkeit des Patienten und seiner Intension/Motivation bzgl. seines aktuellen Themas/Therapiewunsches. Es geht

---

<sup>1</sup>Kontaktmodifikationen werden als Verhaltensweisen ersichtlich, wenn der Mensch sich in Grenzsituationen befindet, in denen Lernen stattfindet (vgl. Wanetschka, 2015, S. 142) (siehe auch 3.2.2, S. 13).

um die Festlegung, wer (Patient/evtl. Angehörige oder Therapeutin) will was (Inhalt der Therapie(-einheit) und Zielformulierung).

## 2. Kontaktabahnung

Festlegung der Umsetzung, d.h. Therapeutin und Patient einigen sich auf die Vorgehensweise in der bevorstehenden Therapie(-einheit).

## 3. Kontaktvollzug

Hier bilden Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Gefühlsfunktionen eine Einheit intensiver Konzentration für den laufenden Arbeitsprozess, welcher sich den ersten beiden Schritten anschließt und durch seinen selbsttragenden Charakter keiner weiteren Motivation bedarf.

## 4. Nachkontakt

Gegenstand ist hier die Gegenüberstellung bekannter und nun möglicher neuer Strategien zum Umgang mit Problemen sowie die dazu gehörige Transferleistung.

Diese Phasen des Kontaktes finden sich auch in der Pädagogik und Logopädie wieder und können sich innerhalb der Therapieeinheit wiederholen.

## **3.2 Bereich der Logopädie**

### **3.2.1 Auftrag der Logopädie**

Die Logopädin erhält häufig vom Patienten den Auftrag, Symptome/Probleme zu beseitigen. Sie arbeitet im Verlauf der Therapie auf verschiedenen Ebenen. Der Patient soll befähigt werden, eigene Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Dafür setzt die Therapeutin die Rahmenbedingungen innerhalb eines Schutzraumes fest (vgl. „Safe Place Ansatz“, Katz-Bernstein, 2003, S. 66 ff, in Grohnfeldt (Hrsg.)). Sie nimmt die unterschiedlichen Persönlichkeitsebenen des Patienten wahr, erkennt ihn an und richtet ihre Therapieangebote danach aus (ebd.). Dazu benötigt sie eine von Empathie getragene Kommunikation und Gestaltung der Therapie, wie auch fachkompetentes Wissen für die besonderen

Bedürfnisse des Patienten und erklärt sowie berät verständlich und laufend (Dehn-Hindenberg, 2008, S. 193). Bereits Rogers stellte fest, dass Empathie, Kongruenz, Akzeptanz bzw. Wertschätzung für erfolgreiche therapeutische Arbeit Voraussetzung sind (Rogers, 2010, S. 23).

### **3.2.2 Kontakt in der Logopädie**

Hilke Hansen unterscheidet in ihrer Veröffentlichung „Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse“ (Hansen, 2009, S. 113) für die therapeutische logopädische Arbeit vier Arbeitstypen, welche als grundlegende Ebenen wirken. Diese sind:

- Kontaktarbeit
- Ausrichtungsarbeit
- Kooperationsarbeit
- Veränderungsarbeit.

Gegenstand dieser Studienarbeit ist der Arbeitstyp der Kontaktarbeit.

Der Kontakt in diesem Kontext bezieht sich auf die Bearbeitung einer spezifischen Arbeitsaufgabe (in der Logopädie die Bearbeitung einer „wie auch immer geartete[n] Einschränkung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen“ (ebd. S. 120)). Er soll den gemeinsamen Arbeitsprozess aller Beteiligten (Patient, Angehörige und Logopädin) unterstützen und fördern (vgl. ebd. S. 116). Arbeitsprozess meint hier, die zentralen Aufgaben, welche im Therapieverlauf immer wieder thematisiert werden. Dazu zählt Hansen die „Arbeitsmuster“ (ebd., S. 122): Höflichkeitsarbeit, eine Vereinbarung und Sicherung von Umgangsformen dem Gegenüber, welche jedoch von implizierter Natur sind; die Einstellungsarbeit, in der die Beteiligten sich einzuschätzen lernen und versuchen dem anderen dementsprechend gegenüberzutreten; die Wertschätzungsarbeit, welche das Wertschätzen der „alltäglichen und therapiebezogenen Leistungen“ (ebd., S. 146) berücksichtigt und die Grenzarbeit, durch die der Veränderungs- bzw. Lernprozess initiiert wird (s. a. S. 12).

Der Kontakt ist zeitlich sowie thematisch beschränkt und endet im Idealfall mit Erreichen des Arbeitszieles.

Hansen geht davon aus, dass die Beteiligten sowohl erkennbare als auch verdeckte Aktivitäten entwickeln, um diesen Kontakt zu ermöglichen. Dies setzt nicht voraus, dass die Aktivitäten positiv wirken müssen, um in den interaktiven Situationen eine prozesshafte Arbeitsbeziehung zu zeigen.

Zum Arbeitstyp der Kontaktarbeit gehören folgende Arbeitsprozesse:

- Kontakt beobachten und bewerten
- Kontakt entwickeln und regulieren
- Kontakt aufrechterhalten und sichern

(ebd., S. 118).

### 1. Kontakt beobachten und bewerten

Die Beteiligten (Patient, Angehörige, Logopädin) sind mit dem Beobachten und Bewerten des Kontaktes sehr beschäftigt (z.B. Eltern beobachten und bewerten Kontaktaufbau zwischen Kind und Logopädin, die Logopädin beobachtet die Relation zwischen Kind und Eltern), um eine Entscheidung über Inanspruchnahme der Therapie zu treffen. Diese sowie ein hoher Grad an Offenheit und Bereitschaft zum Austausch sind grundlegende Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit (ebd., s.a. S. 121).

### 2. Kontakt entwickeln und regulieren

Die Beteiligten stellen in diesem Arbeitsprozess eine funktionale Arbeitsbeziehung her, um das Arbeitsziel möglichst effektiv zu fördern und zu erreichen. Nicht nur der Aufbau von Vertrauen und Offenheit steht im Vordergrund, sondern auch eine nutzbringende und nachhaltig wirkende Distanz für alle Beteiligten. Diese ermöglicht die Übernahme von Verantwortung durch den Patienten und seine Angehörigen (ebd., S. 119).

### 3. Kontakt aufrechterhalten und sichern

„Die wahrgenommene Stabilität der Arbeitsbeziehung wird von allen Beteiligten fortgesetzt hergestellt und aufrechterhalten“ (ebd.). Dies ist die Bedingung für die erfolgreiche Weiterführung und das Erreichen des Arbeitszieles.

Zentrale Aufgabe ist es also, eine Beziehung zu entwickeln, die eine Zusammenarbeit an der „Selbstveränderung“ (ebd.) des Patienten fördert (ebd.).

Betrachtet man den Kontakt der Beteiligten im Rahmen der ambulanten Therapie, gibt es weitere Merkmale, die zu beachten sind:

- Alle Beteiligten (Therapeutin, Patient und ggf. Angehörige) begegnen sich einmal oder mehrfach in der Woche für eine gemeinsame Therapieeinheit. Eine solche Therapieeinheit dauert in der Regel 45 Minuten. In der Logopädie besteht also eine Interaktion zwischen zwei oder drei Beteiligten und wird (außer in der Gruppentherapie) nicht von Dritten unterbrochen. Dementsprechend trägt dies zu einem möglicherweise intensiven und exklusiven Kontakt bei. Außerhalb der Therapieeinheiten besteht i.d.R. kein Kontakt.
- Die Begegnungen zwischen Therapeutin, Patient und ggf. Angehörigen ist regelmäßig und über einen bestimmten Zeitraum hinweg (je nach Notwendigkeit und Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes). Dabei kann die Regelmäßigkeit eine Art Ritual werden und dem Patienten ggf. Struktur und Sicherheit geben.  
Die Gesamtdauer der Arbeitsbeziehung kann einen Zeitrahmen von einigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren bedeuten (ebd., S. 120).

Die eingeschränkten sprachlich-kommunikativen Kompetenzen können vom Betroffenen als gering, aber auch als „massive(..) nachhaltige(..) Beeinträchtigungen“ (ebd.) wahrgenommen werden. Vor allem Patienten, welche ihre Einschränkung als letzteres empfinden, sind in der Begegnung mit anderen Menschen häufig starken Emotionen ausgesetzt. Es ist daher von besonderer Wichtigkeit, dass im Kontext der Kontaktarbeit „[...] die Aufnahme des Kontaktes zur behandelnden Logopädin für den Patienten mit intensiven Gefühlen einhergehen kann“ (ebd.). Die tiefgreifende Auseinandersetzung mit den eigenen kommunikativen Defiziten ist für den Patienten emotional intensiv, vor allem für Aphasiker, Stimm- und Redeflusspatienten. Für die Logopädin bedeutet dies deshalb, ein besonderes Augenmerk auf die Begleitung dieses

Prozesses zu legen, insbesondere wenn sie diese Auseinandersetzung in Gang gesetzt hat (ebd., S. 121 f).

Dafür verfügt die Logopädin über verschiedene fachliche Kompetenzen mit deren Hilfe sie bemüht ist, ihr eigenes Verhalten dem Patienten so anzubieten, dass für ihn die „Anforderungen der Kontaktsituation [...] erfolgreich zu bewältigen sind“ (ebd., S. 120). Dies beeinflusst die Relevanz der Kontaktarbeit während des Therapieverlaufes (ebd., S. 120 f). Um das Interesse an der Therapie erfolgreich aufrecht zu erhalten, benötigt es positiv erlebten Kontakt. Dies ist von entscheidender Bedeutung, vor allem, wenn die Anforderungen in den Gesprächs- und Übungssituationen hoch sind. Im Hinblick auf die logopädische Arbeit mit Kindern gilt dies in besonderem Maße (ebd., S. 121). Somit ist die Qualität des Kontaktes die Basis von Veränderungsprozessen.

Im Fokus der logopädischen Therapiearbeit steht neben der Wiederherstellung kommunikativer Kompetenzen, auch die Erweiterung und Sicherung dieser Kompetenzen. Diese beinhalten sowohl für den Patienten als auch seine Angehörigen tiefgreifende und oftmals auch langwierige und langfristige Lern- und Veränderungsprozesse.

Hier kann es durchaus zu Widerstand bzw. Kontaktmodifikationen auf Seiten des Patienten und oder seiner Angehörigen kommen. Diese dienen als eine Art Schutzmechanismus, der in einigen Fällen weder vom Betroffenen noch von der Begleitperson leicht nachzuvollziehen ist (Wanetschka, 2015, S. 149).

Während im konstruktivistisch-systemischen Kontext Widerstand als Angst vor der Systemaktualisierung verstanden wird, wird in der humanistischen Bewegung – Beispiel Gestaltarbeit – Kontaktmodifikation als „notwendige kreative Leistung“ (ebd., S. 148) betrachtet. Jene kreative Leistung muss nicht immer ein passendes Verhalten darstellen. Dies rührt daher, dass wir diese Leistung vor allem „[...] in unserer Kindheit entwickelt haben, um in unserem Umfeld zu bestehen“ (ebd.). Zu diesem Zeitpunkt war sie also angemessen. Es gilt nun zu überprüfen, ob diese Strategien aktuell durch andere ergänzt oder ersetzt werden können. Die Schwierigkeit besteht für den Patienten darin, dies zu erkennen. Gührs und Nowak (2002, S. 203) unterteilen die „problematischen Modifikationen“ wie folgt:

- Einwände erheben, rationalisieren, überdetaillieren  
Der Patient/Angehörige diskutiert über das Für und Wider der Vorgehensweise zur Aufgabenbewältigung. Er redet darüber, anstatt sich darauf einzulassen und es auszuprobieren. Somit vermeidet er das Risiko mit der Grenze in Berührung zu kommen;
- Generalisieren, bagatellisieren, lächerlich machen  
Der Patient/Angehörige entzieht sich bei Erörterungen von gefürchteten emotionalen Themen, indem er diese ins Lächerliche zieht oder bagatellisiert. Folglich verhindert er so den Kontakt zur Grenze;
- Mauern, blockieren, verweigern  
Der Patient/Angehörige schweigt, nörgelt, zeigt offene Verweigerung, ebenso wie das signalisieren von Widerstand durch nonverbale Kommunikation;
- Vergessen, verwechseln, verschlafen, sich entziehen, fehlen  
Der Patient/Angehörige wiederholt die genannten Verhaltensweisen. Er wird z.B. in bestimmten Konfliktsituationen regelmäßig müde und nicht mehr aufnahmefähig;
- Abschweifen, das Thema wechseln  
Der Patient/Angehörige umgeht das eigentliche Thema (das eigentliche Problem) und stellt Nebensächlichkeiten in den Fokus;
- Sich verwirren oder dumm stellen  
Der Patient/Angehörige zeigt sich, bei Erörterung eines Problems, unwissend und begriffsstutzig oder äußert sich häufig verwirrend, obwohl er das Thema der Erörterung zuvor wiedergeben konnte;
- Sich selbst, andere und/oder Sachen beschädigen  
Der Patient/Angehörige zeigt genanntes Verhalten (sich selbst, andere und/oder Sachen beschädigen). Hierzu gehören auch körperliche Symptome  
(vgl. ebd.).

An dieser Stelle sei auf die zuvor bereits erwähnte Grenzarbeit hingewiesen (s. a. S. 8). Diese beginnt, wenn der Patient ausreichend Vertrauen entwickelt hat, um Unsicherheit zulassen und ein Risiko eingehen zu können. In diesem Moment kann er bisherige Deutungs- und Verhaltensmuster überprüfen und sich neuen öffnen. Er lernt. **Genau dann, in diesem Augenblick, findet der intensivste Kontakt zwischen Patient und Therapeutin statt.**

Die therapeutischen Settings sind gekennzeichnet durch systemisch unterschiedliche Wissensstände hinsichtlich kommunikativer, interaktiver Kompetenzen. Sie bieten dem Patienten ein Übungsfeld für alltägliche Situationen (Hansen, 2009, S. 122).

Im Kontext der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut sei auf Mader verwiesen, der feststellt:

„Das Denken, Suchen und Argumentieren orientiert sich zwar noch in gewissen Anlehnungen an bevorzugte Psychologien und Therapien (immer wieder werden Analogien zu therapeutischen Prozessen genutzt), bewegt sich aber letztlich doch auf einer der phänomenologischen beschreibenden Ebene typischer und alltäglicher Beratungsprobleme, ohne sich der Logik [...] einer Psychologie und Therapieform zu eng verpflichtet zu fühlen. Dies wird besonders deutlich, wo es um die Herausarbeitung von Beratungsprozessen geht“ (Mader, in Tippelt, 2005, S. 322).

Der Berater (für seine Abhandlung verwendet Mader den Begriff des Beraters) arbeitet an der Oberflächenstruktur. Ihm zufolge gibt es drei Schritte für die Abfolge in der Beratung.

#### 1. Schritt

Im ersten Schritt öffnet sich der Patient und verbalisiert den Therapiewunsch. Dies impliziert sogleich einen Arbeitsauftrag und die Setzung von Grenzen für den Umgang mit diesen an die Therapeutin. Es ist Aufgabe der Therapeutin dafür Raum und eine Atmosphäre zu schaffen, damit der Patient sich wirklich öffnen und Unsicherheit riskieren kann. Ferner ist es ihre Aufgabe, den

eigentlichen Auftrag und die Grenzen für sich heraus zu spüren. Hier entscheidet sich die Qualität des (Therapie-)“Prozesses“ und ob es eine gelingende oder weniger gelingende Therapie wird. Die Therapeutin hat also die Aufgabe inne, herauszufinden, welches das eigentliche Thema des Patienten ist und damit, welchen Auftrag er erteilt. Darüber hinaus muss sie herausfinden, „[...] welches innere Verhältnis der [Patient] zu diesem Problem hat“ (ebd., S. 323). Es ist von folgenreicher Bedeutung, ob der Patient sich öffnet und sein Problem verbalisieren kann, ob er es realisiert (hat), oder ob nicht. Es ist also essentiell für den Therapieprozess, dass die Therapeutin das vom Patienten angebotene Problem annimmt und es erst nimmt. Diese innere „Grenzziehung (bzw. „Vorschrift““ (ebd.) muss sie immer einhalten, selbst wenn sie eine andere Sicht auf das Problem hat.

„[Die Logopädin] hat sich – und dies setzt eine hohe Kompetenz voraus – auf der angebotenen Oberfläche zu bewegen und auf ihr und in ihr zu arbeiten“ (Mader, in Tippelt, 2005, S. 324).

## 2. Schritt

Hier besteht das logopädisch-therapeutische Verhältnis darin, dass sich die Logopädin darauf reduziert, bei der Problem- und Entscheidungsfindung beratend und unterstützend beizustehen (sie gibt Hilfe zur Selbsthilfe). Die Entscheidungsfindung obliegt ihrem Patienten. Würde die Logopädin dem Patienten die Entscheidung abnehmen, so würde sie die Qualität des Therapieprozesses verletzen und den Patienten nicht ernst nehmen. Um dies zu erreichen ist die Logopädin fähig, verschiedene und für den Patienten passende Methoden auszuwählen. „Die Grenze, die ein[e] qualifiziert[e] [Logopädin] nicht überschreiten darf, ist durch Entscheidungsabstinentz markiert“ (ebd., S. 325). Diese Grenze scheint oftmals schwer einzuhalten. Es mag vorkommen, dass der Patient versucht, „subtilen Druck auszuüben“ (ebd.), in dem er ihr „Macht und Kompetenz“ (ebda.) zuweist, sie somit umschmeichelt. Die Logopädin muss hier die Grenzen im Fokus behalten und darf nicht in Versuchung geraten, diese Grenzen zu überschreiten. Der Therapieprozess würde gefährdet werden.

### 3. Schritt

An dieser Stelle spricht Bauer von der „Veränderung der Problemlage durch Aktivitäten“ (Bauer, in Mader, in Tippelt, ebd. S. 325). Es wird sich, wie bereits im ersten Schritt, auf den Patienten fokussiert. Er ist derjenige, der ausführen und Erfahrungen sammeln soll. Die Logopädin unterstützt weiterhin beratend. Bei Bauer wird deutlich, wo der Unterschied zur Psychotherapie liegt, in dem er feststellt, dass die drei Grundeinstellungen nach Rogers: 1. Echtheit/Kongruenz, 2. bedingungsloses Akzeptieren, 3. einfühlerndes Verstehen und Empathie (vgl. Rogers, in Mader, in Tippelt, 2005, S. 325) für einen Therapeuten (hier die Logopädin) nicht ausreichen. Vielmehr muss die Therapeutin ihre Kompetenzen anreichern mit psychodynamischen Methoden und Kenntnissen aus der Selbsterfahrung etc.,. Eben diese tiefere Auseinandersetzung ist nicht Teil der logopädisch-therapeutischen Ausbildung und gehört daher nicht unmittelbar zu den fachlichen Kompetenzen einer Logopädin.

### **3.3 Vergleich von Kontakt in der Psychotherapie und Logopädie**

Die Kontaktarbeit ist eine Ebene menschlicher Arbeit und daher unvermeidbar, wenn mehrere Beteiligte in den direkten Kontakt gehen, um eine Aufgabenstellung zu bearbeiten. Sie ist daher nicht spezifisch für logopädische Behandlungsverläufe (Hansen, 2009, S. 119). Dennoch scheint die Kontaktarbeit von besonderer Bedeutung, wenn einer der Beteiligten den „Arbeitsgegenstand [...], das zentrale Arbeitssubjekt“ (ebd.) der gemeinsamen Aufgabe darstellt. Bei dieser Form der Kontaktarbeit mit „nicht-professionellen Akteuren“ (ebd.) wird der Fokus auf die Initiierung einer Beziehung ausgerichtet, welche die therapeutische Arbeit im besonderen Maße zum Zweck der Selbstveränderung unterstützen soll.

Im Unterschied zur Psychotherapie wird die Logopädin die vom Patienten vorgegebenen Grenzen akzeptieren, sie also nicht überschreiten, nicht tiefer eindringen, sondern sich innerhalb dieser Grenzen bewegen und intervenieren,

ohne gegen diese zu verstoßen. Trotz dessen ermöglicht sie die Arbeit an der Grenze (s. a. S. 10 f).

Ferner sind die Unterschiede zwischen Psychotherapie und Logopädie teilweise, evtl. gar zunehmend, fließend. Wie bereits Michael Wolfart in seinem Vortrag „Was verbindet, was trennt Logopädie von Psychotherapie? Beschreibung einer Beziehung aus systemischer Sicht“ anlässlich des Kongresses des Bundesverbandes für Logopädie 2000 in Düsseldorf (erschieden in „forum logopädie“ 3/2001) feststellte, gibt es vielfältige fachliche Berührungspunkte und auch klare fachliche Grenzen zwischen Psychotherapeuten und Logopäden, die auf den spezifischen professionellen Hintergründen beruhen und welche weitere Fragestellungen dazu enthalten. Wolfart beschreibt, dass sowohl Logopäden als auch Psychotherapeuten letztendlich für die Gesundung des Patienten ähnliche Ziele setzen. Beide Professionen wollen dem Patienten dazu verhelfen, neue Strategien für den Umgang mit Problemen, die sich körperlich manifestiert haben, zu entwickeln. Er verweist darauf, dass sowohl symptomorientiert als auch interdisziplinär gearbeitet werden kann. Ersteres würde die Lebenswelt des Patienten außen vorlassen. Wolfart plädiert vielmehr dafür, sich interdisziplinär zu orientieren und somit 'über den eigenen Tellerrand zu schauen'. Er favorisiert eine „mehr leiborientierte Psychotherapie“ (ebd.) und eine „mehr psychosozial bewußte (sic!) Logopädie“ (ebd.). Damit würden die jeweiligen besonderen Qualitäten und das Fachwissen zum Wohle des Patienten gebündelt. Weder die Logopädie noch die Psychotherapie würden in Konkurrenz treten.

### **3.4 Analyse und Interpretation der Therapiesequenz**

Ausgehend von den Ergebnissen der Literaturrecherche bezieht sich die Analyse und Interpretation auf die Gestaltwelle nach Blankertz und Doubrawa (2005, S. 123). Siehe dazu auch das Kapitel 3.1.2. Dies erscheint zweckmäßig und sinnvoll, da sich diese Kontaktphasen sowohl in der Psychotherapie als auch in der Logopädie wiederfinden. Ergänzend zu den Kontaktphasen wurden die Kontaktmodifikationen nach Gührs und Novak (2002, S. 203) mit einbezogen.

Die Tabelle im Anhang (s. 7.3) dient dem Überblick, in welcher Kontaktphase sich Patient und Therapeutin parallel befinden sowie wann und welche Kontaktmodifikationen stattfinden. Die im Zusammenhang stehenden jeweiligen Zeilen des Transkriptes (s. Anhang 7.2) werden in der linken Spalte aufgeführt.

In der folgenden Analyse liegt der Fokus exemplarisch auf Teilauszügen der transkribierten Sequenz. Eine umfänglichere Analyse würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Bereits auf den ersten Blick ist in der Tabelle (s. Anhang 7.3) ersichtlich, dass die Kontaktphasen und Kontaktmodifikationen nicht immer identisch sind, sondern sich Patient und Therapeutin auch in unterschiedlichen Phasen des Kontaktes befinden können.

Von *Zeile 1-31* befinden sich sowohl Patient als auch Therapeutin im Vorkontakt. Sie nähern sich einander an und sprechen über therapieirrelevante Themen.

Die erste Kontakthanbahnung von beiden findet sich in den *Zeilen 31-49*. Es geht um die zuvor besprochene Aufgabe für den Patienten. Darauf reagiert dieser von *Zeile 48-49* mit „Mm (.) (Geht kurz aus, dann wieder in den BK) Das stimmt (.) (Grinst) Das sollt' ich tun (,) ne (?)“. Er scheint einen inneren Dialog zu führen. Einerseits erweckt es den Eindruck, der Sinn der Aufgabe sei klar, andererseits hält ihn etwas davon ab, den ersten Schritt dafür zu tun. Er befindet sich im Zwiespalt. Daraufhin befinden sich von *Zeile 50-57* beide im Kontaktvollzug. Sie werden ernster, wovon ihre Mimik zeugt. Es wird deutlich, dass dies dem Patienten unangenehm ist. Demzufolge reagiert er in *Zeile 58* auch mit der Kontaktmodifikation des *Vergessens*. Die Therapeutin bleibt weiterhin im Kontaktvollzug. In diesem Moment zeigt sich dieser daher nicht wechselwirksam. Ab *Zeile 59-129* befinden sich Patient und Therapeutin sowohl in der Kontakthanbahnung als auch im Kontaktvollzug. Während sich beide intensive Konzentration schenken, findet gleichzeitig die Besprechung über die weitere Vorgehensweise statt (ähnliches ist von Z. 276-294 zu beobachten). Wobei zwischen *Zeile 119-129* der Patient aus dem Blickkontakt geht, um den Kontakt zu reduzieren; in den inneren Dialog zu gehen und sofort im Anschluss in den Blickkontakt zurück zu kehren. Es dauert nur Sekunden und zeigt seine Aktivität.

In *Zeile 130-133* klingt der Kontaktvollzug für den Patienten nach, während die Therapeutin sich bereits im Nachkontakt befindet. Dementsprechend erscheint für sie das Thema beendet, weshalb sie zu einem neuen Thema ansetzen möchte (s. Z. 134). Als er darauf nicht eingeht, sondern seine vorherigen Gedanken weiter verfolgt, reagiert sie sofort und geht auf seine Ebene zurück (s. Z. 135-136). Ab diesem Zeitpunkt ist der Kontaktvollzug bis *Zeile 204* selbsttragend. Der Patient wird durch die Bestätigungen und das aktive Zuhören der Therapeutin unterstützt. Es wird erkenntlich, dass er sein Thema für diese Therapieeinheit gefunden hat. Er setzt sich mit seiner Identität und seinen bisherigen Erfahrungen als Stotternder aktiv auseinander. So hat er die Möglichkeit der Verarbeitung und dadurch kann für ihn persönlich bedeutsames Lernen<sup>2</sup> stattfinden.

Ab *Zeile 205* beginnt ein neues Thema und damit eine erneute Kontaktanbahnung, die ab *Zeile 234-237* von einem Kontaktvollzug abgelöst wird. Von *Zeile 234-235* gibt die Therapeutin auf leicht provokante Art einen Anstoß: „Aber ich geh’ doch eigentlich davon aus (,) dass dich das selber auch ziemlich reizt (lächelt abschätzend) (.)“. Zu der Zeit befindet sich der Patient nicht im Blickkontakt. Er ist gedanklich in sich gekehrt und kommt durch neue Perspektiven zu einem Moment der Überprüfung seiner bisherigen Deutungs- und Verhaltensmuster (Selbstregulation).

Von *Zeile 244-262* kommt es mehrfach zur Kontaktmodifikation des *Einwände-erhebens* von Seiten des Patienten. Die Therapeutin bleibt währenddessen im Kontaktvollzug.

In *Zeile 263* appelliert die Therapeutin an das Selbstvertrauen des Patienten: „Aber das würd’st du schon gerne machen oder (?)“. Dabei lockt sie ihn auf humorvolle Weise. Es ist zu erkennen, dass der Patient den Anstoß bemerkt, sich aber bezüglich seiner Reaktion unsicher ist. Er fragt sogar, ob er durch Nicken antworten soll (s. Z. 266). Daraufhin spiegelt ihn die Therapeutin und gibt die Entscheidung an ihn zurück. Er reagiert mit einer Kontaktmodifikation und *entzieht sich* kurz, in dem er aus dem Blickkontakt geht. Anschließend geht

---

<sup>2</sup> Der Begriff des „*persönlich bedeutsamen Lernens*“ kommt aus der Gestaltpädagogik. Hierbei fokussiert sich der Lernende auf seine persönlichen Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster und setzt sich mit diesen auseinander. Für den Lernenden stellt nun der Ausgangspunkt zum Lernen ein individuell interessantes Angebot dar und motiviert ihn folglich sich dem Lernthema zu öffnen (vgl. Burow, 1997, o. S.).

er zurück in den Kontaktvollzug. Einen erneuten Impuls setzt die Therapeutin in *Zeile 271-272*, indem sie sagt „[...] Wer nicht wagt der nicht gewinnt (‘) (lächelt herausfordernd)“. Bis *Zeile 322* folgen beiderseits Wechsel von Kontakthanbahnung und Kontaktvollzug. Dennoch verpasst die Therapeutin zwischen *Zeile 302* und *303* sowie in *Zeile 307* die Chance auf intensiveren Kontakt, da sie auf sein Kopfschütteln nicht eingeht.

Die Kontaktmodifikation *Generalisieren* seitens des Patienten findet sich in den *Zeilen 323-330* sowie den *Zeilen 359-364* wieder. Er nutzt hier die Umschreibungen „[...] man [...]“, „[...] jemanden[...]“ und „[...] ein jeder [...] der[...]“, d.h. der Patient setzt keine Ich-Botschaften. Die Therapeutin bleibt weiterhin am Patienten orientiert, im Kontaktvollzug. Beachtenswert ist, dass beide Beteiligte das Gespräch durch aktives Zuhören, Bestätigung und Humor 'am Laufen halten'. Als günstig erweist sich hier besonders, die bei Rogers (2010) beschriebenen notwendigen Eigenschaften und Grundhaltungen für Therapeuten: Empathie, Kongruenz und Wertschätzung, über welche die Therapeutin verfügt. Dies ermöglicht ihr auch einen Kontakt auf Augenhöhe. Geschickt begleitet sie ihn an seine Grenzen und gibt ihm Sicherheit, damit er seine bisherigen Deutungs- und Verhaltensmuster überprüfen kann.

### 3.5 Vergleich: Ergebnisse der Literaturrecherche und Transkriptionsanalyse

Zur Verdeutlichung der gefundenen Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede eine vergleichende Tabelle:

Analyse/ Interpretation Transkript	Mader	Blankertz/ Doubrawa	Gührs/ Nowak	Hansen
Vorkontakt (VK)	≙ 1. Schritt	VK	–	≙ Kontakt beobachten u. bewerten
Kontakthanbahnung (KA)	≙ 2. Schritt	KA	–	≙ Kontakt entwickeln u. regulieren
Kontaktvollzug (KV)	≙ 3. Schritt	KV	–	≙ Kontakt aufrechterhalten u.

				sichern
Nachkontakt (NK)	-//-	NK	–	-//-
Kontaktmodifi- kation (KM)	–	–	≙ Wider- stand	–

Tabelle 1

In der Transkriptionsanalyse der Therapiesequenz wird bestätigt, dass die verschiedenen Kontaktphasen nach Blankertz und Doubrawa (2005, S. 123), ebenso wie Maders drei Schritte (Mader, in Tippelt, 2005, S. 323 ff) als auch der Arbeitstyp der Kontaktarbeit (s. Arbeitsprozesse, S. 8) nach Hansen (Hansen, 2009, S. 113 ff) in der Therapiesequenz vorkommen. Beispiele zu den Kontaktphasen bzw. -modifikationen befinden sich für Tabelle 1 in einer weiteren Tabelle (s. Anhang 7.3) und darüberhinaus im nachfolgenden Text. Ferner hat sich herausgestellt, dass es Überschneidungen in den Kontaktphasen Kontakthanbahnung und -vollzug gibt. Außerdem lässt sich feststellen, dass Kontaktmodifikationen bei Gührs/Nowak erklärt werden, jedoch weder bei Mader (1999), noch bei Blankertz/Doubrawa (2005) (bezgl. der Auseinandersetzung in dieser Arbeit) oder Hansen (2009) Erwähnung finden. Gemeinsam ist diesen Autoren (sowie der angehenden Logopädin), dass sie sich auf die Oberflächenstruktur beziehen, welche die vom Patienten vorgegebenen Grenzen wahrt. Damit dringen sie nicht, wie die Therapeuten in der Psychotherapie, in die Tiefenstruktur ein.

### 3.6 Fazit/ Schlussfolgerung

Durch die Beschäftigung mit dem Thema der vorliegenden Arbeit, insbesondere durch die Analyse der Transkription, hat sich eine Definition für Kontakt entwickelt:

**Kontakt(-vollzug) ist eine Wechselwirkung intensiver Aufmerksamkeit für sich und sein Gegenüber. Äußere Einflüsse rücken in diesem Moment in den Hintergrund. Es besteht eine direkte Verbindung bzw. die Kontaktgrenzen zwischen der Therapeutin und dem Patienten (s. Kapitel 3.4) öffnen sich füreinander, und ein Lernprozess wird angestoßen.**

Als weitere Erkenntnis wurde festgestellt, dass sich der Kontakt in der Psychotherapie und in der Logopädie folgendermaßen unterscheidet:

**Die Logopädin bewegt sich innerhalb der vom Patienten vorgegebenen Grenzen an und auf der Oberflächenstruktur in der Gegenwart. Der Psychotherapeut beschäftigt sich in der Tiefenstruktur mit Themen, die in der Gegenwart stattfinden und in die Vergangenheit zurückreichen.**

Hier sei auf die Ausführungen in 3.3 verwiesen.

Kontakt vollzieht sich, wie bereits durch die Recherche herausgestellt und durch die Transkriptionsanalyse belegt, in Phasen. In der vorliegenden Therapiesequenz findet viel Kontakt als *Kontaktvollzug* statt. Dies begünstigt den Lernprozess des Patienten und seine Identifikationsarbeit<sup>3</sup>.

Als Ergänzung zu bereits Bekanntem wurde in dieser Arbeit belegt, dass in einer Therapieeinheit **unterschiedliche Kontaktphasen auftauchen, wechseln, sich zum Teil unterscheiden und somit zeitgleich stattfinden können.**

## **4 Zusammenfassung**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Zusammenfassung der Studienarbeit sowie mit den prägnanten Darstellungen der zentralen Ergebnisse dieser Arbeit.

---

<sup>3</sup> Identifikationsarbeit ist eine der vier Therapieschwerpunkte bzw. -phasen in der Stottertherapie nach Van Riper (Starke, 1996).

Der Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist das Thema Kontakt, Kontaktaufnahme und –modifikation. Dazu wurde zum einen Literaturrecherche betrieben und zum anderen mit Praxisbezug eine Therapiesequenz transkribiert, analysiert und interpretiert. Mit der Analyse der Transkription wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche verglichen. Die zitierten Autoren verwenden unterschiedliche Begrifflichkeiten, welche aber (s. Tabelle 1) vergleichbare Aussagen enthalten, die in der transkribierten Sequenz zu erkennen sind.

Mit der Transkription wurde deutlich, wer sich wann in welcher Kontaktphase bzw. –modifikation befindet. Dabei stellte sich heraus, dass sich Patient und Therapeutin durchaus zeitgleich in unterschiedlichen Kontaktphasen befinden können.

Des Weiteren können sich die Kontaktphasen *Kontaktanbahnung* und *Kontaktvollzug* bei beiden auf gleiche Weise überschneiden, ohne dass die Wechselwirksamkeit dabei verloren gehen muss (s. S. 17 sowie Anhang 7.2, Z. 59-129).

Als zentrale Erkenntnisse haben sich ergeben:

1. In der Transkriptionsanalyse finden sich Beschreibungen der Literaturrecherche wieder. Obgleich sich Psychotherapeuten und Logopäden in ihrer Arbeitsweise unterscheiden, verwenden sie teilweise ähnliche Verfahren (u.a. die Personenzentrierte Gesprächsführung und die therapeutische Grundhaltung nach Rogers (Rogers, 2010)),
2. die entstandene Definition von Kontakt sowie
3. Logopäden arbeiten an der Oberflächenstruktur, Psychotherapeuten arbeiten an der Tiefenstruktur.

Aus der orientierenden Bearbeitung resultierend könnte eine Hypothese für weitere Untersuchungen lauten:

**Wenn die Logopädin dem Patienten einen offenen Kontakt auf der Oberflächenstruktur anbietet und aufmerksam auf die jeweiligen Verhaltensweisen des Patienten in seiner jeweiligen Arbeitsphase reagiert, dann kann sich der Patient zu einem persönlich bedeutsamen Lernprozess entscheiden.**

## 5 Diskussion und Ausblick

Am Ende dieser Arbeit ergeben sich weitere mögliche Forschungsansätze und Forschungsfragen, die nicht Gegenstand dieser Arbeit waren; ebenso wie eine, sich aus der Arbeit entwickelten, Hypothese. Diese werden im Folgenden dargelegt.

Die Analyse der Transkription zeigt die qualitative Bewertung der Kontaktphasen auf. Sie erforscht aber nicht, was genau Therapeutin und Patient an Leistung erbringen, um in diese Kontaktphasen zu gelangen. Dies stellt eine spannende Herausforderung für eine wissenschaftliche Erforschung und Begleitung zu genau diesem Detail dar. Ebenso wird die non-verbale Kommunikation lediglich tangiert, obwohl auch dies äußerst aufschlussreich wäre. Ferner stellt die im Kapitel 4 aufgestellte Hypothese einen weiteren Ansatz für mögliche qualitative Forschungen dar.

Es hat sich als interessant herausgestellt, wie vielschichtig und informativ die unterschiedlichen Betrachtungsweisen in ihrer Häufigkeit für den Blick auf die verschiedenen Kontaktphasen sind und zu welchen Eindrücken und Interpretationen diese führen. An dieser Stelle wäre eine quantitative Betrachtung ebenfalls interessant.

Ein weiterer aufschlussreicher Ansatz wäre, wie diese Therapieeinheit bzw. das Transkript aus psychotherapeutischer Sicht bewertet werden würde und wie sich die Therapiesequenz aus psychotherapeutischer Haltung hätte entwickeln können.

## 6 Literaturverzeichnis

- Bauer, G. (1991) Weiterbildungsberatung – Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. In: Tippelt, R. Hrsg. (2005) Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blankertz, S., Doubrawa, E. (2005) Lexikon der Gestalttherapie. Köln: Hammer.
- Burow, O. A., (1997) Gestaltpädagogik und Erwachsenenbildung. <http://www.gestaltpaed.de/arbeit/theorie/burrowlex97.pdf>, 25.01.17.
- Dehn-Hindenberg, A. (2008) Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Gührs, M., Nowak, C. (2002) Das konstruktive Gespräch. Meezen: Limmer.
- Hansen, H. (2009) Therapiearbeit. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Kade, S. (1990) Handlungshermeneutik: Qualifizierung durch Fallarbeit. Klinkhardt. Bad Heilbrunn. In: Tippelt, R. Hrsg. (2005) Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kallmeyer, W., Schütze, F. (1976) Mayring, P. (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Katz-Bernstein, N. (2003) Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: Grohnfeldt, M. Hrsg. Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Beratung, Therapie und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mader, W. (1999) Weiterbildung und Beratung. In: Tippelt, R. Hrsg. (2005) Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Mader, W.: Kompetenz im Umgang mit gebrochener Identität. In: Report 26 (1990). In: Tippelt, R. Hrsg. (2005) Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Perls, F. S., Hefferline, R. E., Goodman, P. (1985, 1987) Gestalt –Therapie. Wiederbelebung des Selbst. Stuttgart: Klett Cotta.
- Perls, L. (1999) Leben an der Grenze. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Polster, E., Polster, M. (2003) Gestalttherapie. Köln: Hammer.
- Rogers, C. (2010) Therapeut und Klient. Frankfurt: Fischer TB.
- Rogers, C. (o. Literaturangabe). In: Tippelt, R. Hrsg. (2005) Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Starke, A. (1996). In: Schindler, Angelika (Hrsg): Stottern und Selbsthilfe - Ein Ratgeber für Stotternde, Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. [http://www.andreasstarke.de/dateien/stottertherapie\\_nach\\_charles\\_van\\_riper.pdf](http://www.andreasstarke.de/dateien/stottertherapie_nach_charles_van_riper.pdf), 29.01.17.
- Wanetschka, V. (2015) Der therapeutische Dialog – wie Gesundheitstherapeuten den Umgang mit Kontakt und Widerstand lernen. Bremen: Edition Harve.
- Wolfart, M. (2002) Was verbindet, was trennt Logopädie und Psychotherapie? Beschreibung einer Beziehung aus systemischer Perspektive. Vortrag auf dem Kongress des dbI 09/2000 in Düsseldorf. Erschienen in "forum logopädie" 3/2001 <http://www.psychotherapie-wolfart.de/06logopaedie-psychitrie.html>, 15.01.17.

# 7 Anhang

## 7.1 Abkürzungsverzeichnis für die Transkription

M. M.	=	Therapeutin
U. R.	=	Patient
(,)	=	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
..	=	kurze Pause
...	=	mittlere Pause
(Pause)	=	lange Pause
mhm	=	Pausenfüller, Rezeptionssignal, zweigipflig
(.)	=	Senken der Stimme
(-)	=	Stimme in der Schwebel
(')	=	Heben der Stimme
(?)	=	Frageintonation
(!)	=	Ausrufintonation
(h)	=	Formulierungshemmung, Drucksens
(k)	=	markierte Korrektur (Hervorheben der endgültigen Version, insbesondere bei Mehrfachkorrektur)
<i>kursiv</i>	=	auffällige Betonung
—	=	gedehnt
Leerzeichen	=	Blockade
zwischen einzelnen Lauten, Silben oder Worten		
B-i-n-d-e-s-t- r-i-c-h-e	=	Wiederholung
zwischen einzelnen Lauten und Silben		

(Lachen)	=	Charakterisierung von nonverbalen Vorgängen bzw.
(kratzt sich)		Sprechweise, Tonfall; die Charakterisierung steht an den
(spricht leise)		entsprechenden Stellen
&	=	auffällig schneller Anschluss
(. .), (...)	=	unverständlich
(Kommt es?)	=	nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut
(M. M. nickt)	=	Äußerung verbal/ nonverbal, während die andere Person gerade spricht
BK	=	Blickkontakt

## 7.2 Transkript

Beginn der ausgewählten Videosequenz: 00.17 Minuten.

- 1 M. M.: Äh (guckt auf die Karaffe, welche auf dem Tisch steht) (,) darf ich  
2 dir 'was zu trinken einschenken (geht wieder in den BK) & ein  
3 Glas haben wir ja noch (')
- 4 U. R.: (Guckt suchend auf den Tisch) Nur eins (geht wieder in den BK)  
5 (,) oder was (?) (grinst) Und du (?)
- 6 M. M.: (Geht aus dem BK und holt ihre Trinkflasche hervor) Ich hab'  
7 meine Flasche (geht wieder in den BK und lächelt) (.)
- 8 U. R.: (Guckt auf Karaffe und Glas) Ja ne (,) dann . . . nehm' ich selbst  
9 Wasser (geht wieder in den BK, nimmt sich Glas und Karaffe und  
10 beginnt sich einzuschenken, geht dabei wieder aus dem BK) (.)
- 11 M. M.: Ok (,) gut (kratzt sich die Stirn) (.) Na ja . . . und (?) Wie schaut's  
12 aus (?)
- 13 U. R.: (Guckt beim Einschenken auf sein Glas) Ja ganz gut (.) ...
- 14 M. M.: (Hält den BK und lächelt gespannt)
- 15 U. R.: (In den letzten Zügen des Einschenkens) Ja bin eigentlich diesmal  
16 ziemlich entspannt gekomm' (.) (stellt Karaffe und Glas ab, kein  
17 BK)
- 18 M. M.: (Hält den BK und lächelt freundlich) Schön (!)
- 19 U. R.: (kein BK) Und war schon relativ früh dran' (.) . . . (kratzt sich am  
20 Kopf, kein BK)

21 M. M.: Ja stimmt (') (geht aus dem BK und schaut auf ihre Armbanduhr)  
 22 wir war'n (U. R. folgt M. M.'s Blick auf die Armbanduhr) (schaut  
 23 erneut auf ihre Armbandbanduhr) bisschen eher dran' als sonst (.)  
 24 (geht in den BK)  
 25 U. R.: (Geht in den BK) Ja (nickt) (.)  
 26 M. M.: Joa (,) wie war die Woche (?) . .  
 27 U. R.: (Geht nickend aus dem BK und guckt kurz auf den Tisch) Die  
 28 Woche war gut (,) joa (geht wieder in den BK) (M. M.: Und (-))  
 29 gibt's nichts irgendwie zu bemängeln (,) ja (.) (Geht wieder in den  
 30 BK)  
 31 M. M.: Sehr schön (lächelt freundlich) (.)  
 32 U. R.: Hausaufgaben hatt' ich ja glaub' ich nicht . . auf (grinst) (')  
 33 M. M.: Nicht so richtig (lächelt abschätzend) (,) nicht so richtig (.)  
 34 U. R.: (Zieht hörbar Luft ein)  
 35 M. M.: Also ich hatte ja gesagt (,) dass du vielleicht mal (geht kurz aus,  
 36 dann wieder in den BK) . . so (gestikuliert mit Armen und Händen)  
 37 ja (,) wenn du dich irgendwo unterhältst (U. R. guckt ernster und  
 38 geht kurz aus, dann wieder in den BK) oder so (kratzt sich mit  
 39 dem Finger an der Lippe) vielleicht mal drauf achten könntest (,)  
 40 öhm . . (U. R. geht kurz aus, dann wieder in den BK und kratzt  
 41 sich am Arm) wenn du (,) (spricht nun etwas leiser und schneller)  
 42 meintest ja (,) dass du (gestikuliert mit Armen und Händen) immer  
 43 so Wiederholungen . . hast . . (U.R. hält BK) (gestikuliert mit den  
 44 Armen) bei denen du dir nicht sicher bist (,) wie du dann darauf  
 45 reagieren sollst (.) Und dass du vielleicht mal (U. R. nickt) darauf  
 46 achten könntest (,) (U. R.: Mhm (,)) wie sich das so anfühlt (,) was  
 47 da eigentlich passiert (.)  
 48 U. R.: Mm (,) (Geht kurz aus, dann wieder in den BK) Das stimmt (.)  
 49 (Grinst) Das sollt' ich tun (,) ne (?)  
 50 M. M.: (Grinst) Hast' wohl nicht (U. R.: Hab' ich nicht (geht aus dem BK)  
 51 ganz so ge . . bewusst drauf geachtet (') Ne (geht wieder in den  
 52 BK) gemacht (') (beide werden in ihrer Mimik ernster) . .  
 53 Nicht wirklich ...  
 54 U. R.: (Nickt) (beide halten den BK)

55 M. M.: Also gar nicht drauf geachtet (?) (lächelt)

56 U. R.: (Geht aus dem BK und kratzt sich am Kopf) Mm . . also nicht  
57 besonders (,) also nicht mehr als sonst auch (geht wieder in den  
58 BK) (.) Auch weil ich das gar nicht mehr wusste (.)

59 M. M.: Ok (kratzt sich am Oberschenkel und hält weiterhin BK) . .

60 U. R.: Ja (,) stimmt (.) (Hält den BK)

61 M. M.: Gab's denn irgendeine Situation (,) bei der du jetzt sagst . . die ist  
62 dir irgendwie im (gestikuliert mit der Hand) Kopf geblieben oder so  
63 (?)

64 U. R.: (Geht aus dem BK) Äh. . diese Se-Situation' blend' ich immer  
65 schnell wieder aus (geht grinsend zurück in den BK) (.)

66 M. M.: Na ja (zuckt grinsend mit den Schultern) ok (.)

67 U. R.: (Geht aus dem BK) Das ist schon so bei mir & is' schon so drin' w-  
68 w wenn . . (M. M. nickt) wenn ich diese ganzen Situationen (,) bei  
69 den' ich Hänger habe (') (M. M. hält den BK und streicht sich eine  
70 Haarsträhne aus dem Gesicht) (rutscht auf dem Stuhl hin-und her)  
71 die sind für mich immer ganz schön unangenehm . . und  
72 deswegen bin ich immer froh (,) wenn (geht wieder in den BK) ich  
73 die schnell wieder au-ausm' ausm' Kopf kriege (lächelt) (.)

74 M. M.: (Lächelt) Ja (.) ... das (gestikuliert mit Armen und Händen) kann  
75 ich natürlich versteh'n (.)

76 U. R.: (Geht kurz aus, dann wieder in den BK)

77 M. M.: Aber für (geht kurz aus, dann wieder in den BK) die Übung' hier (-)

78 U. R.: (Geht aus dem BK und reibt sich das Ohrläppchen) Wenn ich jetzt  
79 versuchen muss für die Therapie mir das bewusst zu merken . .  
80 dann . . muss ich mich selber 'n bisschen (geht wieder in den BK)  
81 analysieren (.) Ja (.) (Nickt nachdenklich)

82 M. M.: Es sind ja Situationen (U. R.: Richtig(.)) (Gestikuliert mit den  
83 Händen) in denen du selber gesagt hast du weißt dann gar nicht  
84 genau (,) wie du darauf reagieren sollst (,)

85 U. R.: Mhm (geht kurz aus, dann wieder in den BK) (.)

86 M. M.: Deswegen wär' mein Vorschlag halt (')

87 U. R.: (Ernst) Das stimmt (.)

88 M. M.: Dass du 'n bisschen drauf' guckst (gestikuliert weiterhin mit den

89 Händen) damit du's dir dann halt einfach merken kannst (.)

90 U. R.: (Nickt)

91 M. M.: Also (h) (geht kurz aus dem BK) das hat ja jeder (.) Wenn ich

92 (geht kurz aus, dann wieder in den BK) ... (h) so durch den Alltag

93 laufe (') (U. R. geht kurz aus, dann wieder in den BK) und dann

94 nicht bewusst über irgendwas (gestikuliert mit der Hand eine

95 gleichgültige Bewegung) nachdenke was vorgefallen ist (U. R.

96 nickt) (,) dann vergess' ich das ja auch (zuckt mit den Schultern)

97 das ist ja auch ganz normal (.) Aber (-)

98 U. R.: Mhm (.)

99 M. M.: Wenn du jetzt sagst ich weiß nicht genau (geht kurz aus dem BK

100 und gestikuliert mit den Händen) was ich da machen soll (') (geht

101 wieder in den BK) und ich aber jetzt aus dem Gespräch nich' so

102 ganz . . nachvollzieh'n kann (,) was eigentlich . . vorfällt . . wär's

103 halt ganz gut (gestikuliert weiterhin mit den Händen) (,) wenn du

104 vielleicht 'n bisschen (geht kurz aus, dann wieder in den BK) da

105 drauf achtest und auch mal guckst (') was macht vielleicht meine

106 Atmung (gestikuliert mit den Händen eine aufzählende Bewegung)

107 . . oder (bewegt ihre Schultern) bin ich irgendwo total verkrampft

108 oder merk' ich's vielleicht im Kiefer (gestikuliert mit ihrer Hand

109 an ihre Wange) oder so (-) Dass ich das dann halt vielleicht auch

110 'n bisschen . . nachvollzieh'n kann (.) Also dann könn' wir eher

111 drauf' gucken was . . du da vielleicht machen kannst . . an Technik

112 (,) die wir vielleicht üben (.)

113 U. R.: Mhm (.) (Geht kurz aus, dann wieder in den BK) Stimmt (,) ja (.)

114 (nickt)

115 M. M.: (Nickt) Weißte (?)

116 U. R.: Mhm (nickt) (.)

117 M. M.: (Nickt) 'ke (.)

118 U. R.: Ok (.)

119 M. M.: Also wenn dir (gestikuliert mit den Händen) (k) wenn du (geht aus

120 dem BK) (U. R. hält den BK) jetzt durch den Alltag läufst und dann

121 merkst . . äh (,) das war jetzt irgendwie ganz komisch und ich weiß

122 nicht (,) was ich da jetzt hätte anders machen könn' (') dass du

123 vielleicht einfach (gestikuliert mit der Hand) mal 'n M-moment  
 124 bewusst drüber nachdenkst (.)  
 125 U. R.: Mhm (nickt) (.)  
 126 M. M.: Und (,) dir durch den Kopf geh'n lässt (,) was hab' ich da eigentlich  
 127 gerade gemerkt (?) Also (U. R. geht aus dem BK und kratzt sich  
 128 am Arm) was ist mir . . aufgefall'n (?)  
 129 U. R.: Könnt' ich tun (,) ja (.) (Geht wieder in den BK)  
 130 M. M.: Ok (.)  
 131 U. R.: Mhm (nickt) (.)  
 132 M. M.: (Nickt) Alles klar (.)  
 133 U. R.: (Nickt)  
 134 M. M.: Und sonst (?) (Geht aus dem BK und guckt auf ihre  
 135 Stundenplanung, geht dann wieder in den BK)  
 136 U. R.: Das (geht aus dem BK) hab' ich mir früher (M. M.: (..)) schon mal  
 137 vorgenomm' & oder was heißt früher (?) (Gestikuliert mit der Hand  
 138 und nickt) Aber das hab' ich mir sowieso schon öfter mal  
 139 vorgenomm' (,) dass ich mich mal selber film' wollte (') (geht  
 140 wieder in den BK) während ich (gestikuliert mit der Hand und  
 141 schüttelt den Kopf) . . t-telefon niere oder so (,) und dann mal zu  
 142 gucken (,) was ich (geht kurz aus, dann wieder in den BK) für . .  
 143 Hänger habe (,) (geht aus dem BK) weil ich hab' auch den  
 144 Verdacht (,) dass ich das manchmal gar nicht merke (') (geht  
 145 wieder in den BK) . .  
 146 M. M.: Mhm (nickt) (.)  
 147 U. R.: Was ja gut ist auch (')  
 148 M. M.: Ja klar (hält den BK und zuckt mit den Schultern) (.)  
 149 U. R.: (Geht aus dem BK) Aber was ich mir eigentlich auch ganz  
 150 bewusst (M. M. rückt ihre Brille zurecht) mal klar machen möchte  
 151 äh ... ja (.) (Geht wieder in den BK und nickt) Ne (.) Also ich  
 152 denke mal auch (geht aus dem BK) (,) dass ich mit (geht wieder in  
 153 den BK) Leuten rede (') (k) lange rede und ich (geht aus dem BK)  
 154 ich sch stottere nicht und ähm (,) (geht wieder in den BK) die  
 155 merken vielleicht gar nicht (,) dass ich so'n Pro-Problem habe (.)  
 156 M. M.: Mhm (nickt) (.)

157 U. R.: Aber (geht aus dem BK) ich bin mir n-nicht sicher (,) ob das . .  
158 wirklich so stimmt (')

159 M. M.: Mhm (.)

160 U. R.: (kein BK) Weiß jetzt nicht was ich mir davon . . (geht wieder in den  
161 BK) wünschen soll (') (,) aber . . äh . . (geht aus dem BK) es  
162 macht es (reibt sich die Hände) für mich natürlich einfacher (,)  
163 wenn . . (geht wieder in den BK und nickt) das's ja ähnlich wie mit  
164 dem ... Pseudostottern (,) ne (?)

165 M. M.: Ja (.)

166 U. R.: Es (geht aus dem BK und reibt sich die Hände) macht eigentlich  
167 macht's . . f-f-f fällt mir 'ne Last von mir (geht wieder in den BK) (,)  
168 Wenn die Leute sofort merken (,) ja . . der hat . . das und das  
169 Problem . . (schüttelt den Kopf und zuckt gleichgültig mit den  
170 Schultern) aber . . das ist nicht so schlimm ne . . und äh kann man  
171 mit leben (,) ne (.)

172 M. M.: Mhm (nickt) (.) Okay (.) (Hält den BK)

173 U. R.: (Hält den BK) Wobei (geht aus dem BK) es bei mir so ist (,) dass  
174 ich versuche (geht wieder in den BK) mich da immer durch zu . .  
175 mogeln (,) ne (lächelt) ...

176 M. M.: (Lächelt)

177 U. R.: (Geht aus dem BK) Und je länger ich erfolgreich (gestikuliert mit  
178 den Händen) d-d damit bin (geht wieder in den BK) (') also je  
179 länger ich (geht aus dem BK) mit jemandem . . ähm (kratzt sich  
180 am Kopf) . . ich sach mal (geht wieder in den BK) beschwerdefrei  
181 sprechen kann (') (geht kurz aus, dann wieder in den BK) um so  
182 heftiger kommt dann der Schock (gestikuliert mit den Händen) für  
183 mich (,) wenn-wenn ich dann irgendwann 'n Hänger habe (.)

184 M. M.: (Nickt)

185 U. R.: Oder v-v-vielleicht so-sogar mehrere (.) Ne (?)

186 M. M.: Mhm (nickt) (.)

187 U. R.: Dann . . nervt (zieht die Augenbrauen hoch und schüttelt den  
188 Kopf) mich das *to tal* (,) ne (.)

189 M. M.: Ja (,) na klar (nickt) (.)

190 U. R.: (Geht aus dem BK und gestikuliert mit den Händen) Wenn ich

191           aber von vornherein mit jemandem spreche und joa (,) dann merkt  
 192           na ja der . . joa . . der (geht wieder in den BK) stottert 'n bisschen  
 193           und wenn ich dann in diesem gleichen (gestikuliert mit der Hand)  
 194           Stotter-Level bleiben würde (') (,) dann wär's für-für mich noch  
 195           vollkomm' o-ok- k ke (,) ne (.)  
 196 M. M.:   (Hält weiterhin den BK) Mhm (.)  
 197 U. R.:   Dann . . (gestikuliert mit der Hand) kann ich da m-mit leben (.)  
 198 M. M.:   Ja (,) klar (.) (Lächelt verständnisvoll)  
 199 U. R.:   (Nickt) Aber . . (geht aus dem BK) ja (,) ich hab' mich da selber  
 200           noch nicht genug . . analysiert (,) um das (geht wieder in den BK)  
 201           selber sagen zu könn' (,) wie oft ich diese Pro-Probleme immer ei  
 202           eigentlich habe (.)  
 203 M. M.:   (Hält weiterhin BK) Mhm (.)  
 204 U. R.:   (Nickt)  
 205 M. M.:   Ja das mit der Videoaufnahme (geht kurz aus, dann wieder in den  
 206           BK) hattest du ja letzte Woche schon mal erzählt (kratzt sich am  
 207           Kopf und spricht dann etwas leiser) weiß' nicht (,) ob du dich da  
 208           jetzt noch dran' erinnerst (')  
 209 U. R.:   Mhm (nickt) (.)  
 210 M. M.:   (Spricht wieder in normaler Lautstärke) Wir hatten ja über (streicht  
 211           sich eine Haarsträhne hinter ihr Ohr) (U. R. geht nickend aus dem  
 212           BK) die Hochzeit deiner Tochter gesprochen (.)  
 213 U. R.:   Mhm (nickt geht kurz aus, dann wieder in den BK) (.)  
 214 M. M.:   Hattest du dir da jetzt schon 'was überlegt (?) (Lächelt  
 215           hoffnungsvoll)  
 216 U. R.:   (Geht aus dem BK) Ne (schüttelt den Kopf) hab' ich erst mal nicht  
 217           überlegt (M. M. grinst) . . erst mal nicht weitergekomm' (.)  
 218 M. M.:   (Grinst und schaukelt mit Kopf und Oberkörper hin-und her) Erst  
 219           mal noch nicht (-)  
 220 U. R.:   (Geht in den BK und grinst) Ich hatte . . schon befürchtet (,) dass  
 221           die Frage kommt (-) (M. M. grinst, zieht die Augenbrauen hoch  
 222           und klatscht ihre beiden Hände auf die Oberschenkel) und du  
 223           darauf 'rum hacken wirst (')  
 224 M. M.:   Das ist natürlich (geht kurz aus, dann wieder in den BK) 'n

225 spannendes Thema . . das is' doch (-)  
 226 U. R.: (Grinst) Joa das ist (spricht nun im sarkastischem Tonfall) *total*  
 227 spannend (,) das stimmt (.)  
 228 M. M.: Ja (,) das ist (geht kurz aus, dann wieder in dem BK) . .  
 229 (gestikuliert mit den Händen) na ja (,) mich juckt das natürlich als  
 230 Therapeutin (')  
 231 U. R.: (Grinst) Mhm (.)  
 232 M. M.: (Grinst) Ich fänd' das (macht eine unterstreichende Gestik mit der  
 233 Hand) . . ziemlich gut (.) (U. R. geht aus dem BK und nickt)  
 234 Aber ich geh' doch eigentlich davon aus (,) dass dich das selber  
 235 auch ziemlich reizt (lächelt abschätzend) (.)  
 236 U. R.: Mm ja (,) (nickt) tut es (.) Ja (nickt und geht wieder in den BK) (.)  
 237 M. M.: (Schaukelt den Kopf leicht hin-und her und lächelt freundlich)  
 238 Und wie kommt's jetzt (,) (zuckt lächelnd mit den Schultern) dass  
 239 du dich damit noch nicht beschäftigt hast (?) & Ich hatte  
 240 (gestikuliert mit den Händen) so (,) (U. R. geht aus dem BK, zuckt  
 241 leicht mit den Schultern und setzt zum Sprechen an, geht in den  
 242 BK und bricht das Sprechen wieder ab) also ich hatte so'n  
 243 bisschen das Gefühl (,) dass du da schon Bock drauf hast (.)  
 244 U. R.: Ja (geht aus dem BK und kratzt sich am Kopf) (,) dass ich mich  
 245 damit noch nicht beschäftigt hab' hängt (geht wieder in den BK)  
 246 damit zusammen (,) dass ich allgemein viel um die Ohr'n hab'  
 247 (grinst) (,) ne (')  
 248 M. M.: (Grinst) Mhm ... (zuckt mit den Schultern)  
 249 U. R.: Eigentlich ist meine . . (geht aus dem BK) ganze Woche immer  
 250 komplett ausgebucht (.) (Geht wieder in den BK) jeden Tag  
 251 (schüttelt den Kopf) hab' ich immer irgendwas und auch viele  
 252 neue Sachen drum herum (geht aus dem BK und guckt zu Boden)  
 253 (,) um die ich mich . . kümmern muss (geht wieder in den BK) (.)  
 254 M. M.: (Nickt)  
 255 U. R.: Viel Arbeit (geht aus dem BK) (,) viel . . Tanzen . . (geht wieder in  
 256 den BK) Spanisch lernen noch nebenbei (geht wieder in den BK)  
 257 . . fang' ich auch an jeden Tag zu üben (.)  
 258 M. M.: Mhm (.).

259 U. R.: (Hält den BK) Und . . joa (klatscht die Hände zusammen, zuckt mit  
260 den Schultern und schüttelt den Kopf) . .

261 M. M.: (Hält den BK) Bleibt auf der Strecke (-)

262 U. R.: (. .) Vorbereitung (geht kurz aus, dann wieder in den BK) . .

263 M. M.: Aber das würd'st du schon gerne machen oder (?)

264 U. R.: (Grinst und lachend und hält den BK)

265 M. M.: (Nickt grinsend und hält den BK)

266 U. R.: Soll ich jetzt nicken (?)

267 M.M.: (Zuckt lächelnd mit den Schultern)

268 U. R.: (Geht aus dem BK) Ja (,) ich würd's schon gerne machen (,) aber  
269 ich hab natürlich auch Angst (,) dass ich damit auch auf die Nase  
270 falle (,) ne (,) aber ...

271 M.M: Ja (,) (U. R. Geht wieder in den BK) . . Wer nicht wagt der nicht  
272 gewinnt (') (lächelt herausfordernd)

273 U. R.: (Nickt) . . mhm (.)

274 M. M.: Also ich würd's tatsächlich gerne . . jetzt mal so'n bisschen mit dir  
275 vorbereiten (.)

276 U. R.: Jetzt (?)

277 M. M.: Ja (!) (Zuckt mit den Schultern und lächelt)

278 U. R.: Bist du verrückt (') (?) (Geht kurz aus dem BK und grinst und geht  
279 wieder in BK)

280 M. M.: Dafür bist du doch hier (') (macht einladende Bewegung mit den  
281 Armen)

282 U. R.: Mhm (.)

283 M. M.: Und da sind wir ja (macht einladende Bewegung mit den Armen)  
284 `türlich die perfekten Ansprechpartner (.)

285 (U. R. Kratzt sich am Rücken und hält den BK) wenn da jetzt einer  
286 mit dir dran arbeiten kann dann . . dann ja wohl wir (.)

287 U. R.: Ist logisch (,) ja . . ok (')

288 M. M.: Ich würd' sagen (,) wir fang' einfach mal an (,) & Ich hab mir . . ein  
289 paar Notizen gemacht (reißt ein Papier aus einem Collegeblock)

290 (') . . die reiß' ich hier mal ab ... Mm . . jetzt hast du ja gerade  
291 schon erwähnt (,) dass . . du da auch so deine Befürchtungen hast  
292 (,) Ich mein (,) davon geh' ich natürlich auch aus (.)

293 Was wär' denn so ... der Worst Case . . der eintreten könnte (?) &  
 294 Also was wär' ...  
 295 U. R.: (Rutscht auf seinem Stuhl hin –und her und atmet geräuschvoll  
 296 aus) Der Worst Case der eintreten könnte (,) (M. M.: Worst Case  
 297 (k)) wäre wahrscheinlich (') (spricht nun etwas leiser) ja ich kenn'  
 298 das Problem mit dem Be ge gr griff . . (spricht wieder in normaler  
 299 Lautstärke) öhm wäre wahrscheinlich (,) dass ich so komplett  
 300 damit häng' bleiben (h) würde (,) dass ich das abbrechen müsste  
 301 (.) & Aber das ist . . das wär' natürlich richtig Scheiße (.)  
 302 & Aber ich weiß nicht (,) ob das vorkomm' kann (.) (Schüttelt den  
 303 Kopf)  
 304 M. M.: (Beide Gesprächspartner wirken ernster) Hast du schon mal (U.  
 305 R.: Keine Ahnung) irgendwo so'ne . . so'ne Rede gehalten (?)  
 306 oder musstest du schon mal vor vielen Leuten was sagen (?)  
 307 U. R.: Mm . . ne (geht aus BK und schüttelt den Kopf) ... ich hab' mich da  
 308 immer . . vor gedrückt (,) vor solchen Sachen (grinst) (.)  
 309 M. M.: (Freundlich aufforderndes Lächeln, spricht leise) Aber (spricht  
 310 wieder in normaler Lautstärke) das wär' jetzt natürlich . .  
 311 U. R.: In der Schule früher (.)  
 311 M. M.: So Referate und so (?)  
 313 U. R.: Hm (?)  
 314 M. M.: So Referate (?)  
 315 U. R.: Ja (,) in der Schule früher (M. M. nickt) . . Ne t-t ürlich (,) da hat  
 316 ich auch riesengroße Probleme (,) ne (Pause) (geht aus dem BK  
 317 und atmet laut aus) puhh.. ja (,) ansonsten hab ich mal (,) wenn  
 318 ich mal irgendwas sagen musste (M. M. fasst sich kurz an die  
 319 Nase) vor 'ner Gruppe oder so dann war'n das meistens so (,)  
 320 Vorstellungsrunden wenn ich irgendwo auf'm auf'm S-S-Se  
 321 Seminar ge w-w wesen bin (,) (geht wieder in den BK) ne (?)  
 322 M. M.: Mhm (.)  
 323 U. R.: Und ähm (geht aus dem BK) . . wenn man sich dann vorstellen  
 324 sollte (kratzt sich am Bein, dann am Kopf) (') ... das ist natürlich  
 325 für jemanden der stottert (geht wieder in den BK) auch immer  
 326 sehr . . schwierig (,) ne (?) Das is' kennt ein jeder (,) (geht aus

327 dem BK) der ... mit diesen Problemen zu kämpfen hat (,) wie ich  
 328 der kennt solche S-S-S-Situationen und der weiß auch (M. M.  
 329 kratzt sich am Hals) wie er dann da einigermaßen sich durch . .  
 330 (geht wieder in den BK) mogeln kann (') (,) nech (?) (geht nickend  
 331 aus dem BK) ... joa das ist schon (geht kurz in den BK)... heftig (,)

332 ne (.)

333 M. M.: Mhm (.)

334 U. R.: (Geht wieder aus dem BK) Aber (,) ähm in der Schule früher bin  
 335 ich ja (,) hatt' ich immer ganz große Pro-Probleme (geht wieder in  
 336 den BK) beim Vorlesen (.) Und ich konnte meine eigenen-n  
 337 Aufsätze nie vorlesen (') (,) das-das hat dann immer meine . .  
 338 Lehrerin für-für mich ü-übernommen (geht aus dem BK) (.)  
 339 Und nachher in'ner höheren Schule so (,) Fachoberschule . . mmh  
 340 ja (,) da musste man auch schon mal Referate halten (,) aber da  
 341 hab ich mir dann immer geholfen & indem ich zum Beispiel (,) ähm  
 342 ... (geht wieder in den BK) Tageslichtprojektor ge n nomm' habe  
 343 (M. M. lacht leise) und irgendwelche Sachen dann an 'ne Wand  
 344 geschmissen habe (,) ne (lächelt) (.)

345 M. M.: Mhm (.)

346 U. R.: Früher war'n das noch so (,) (geht aus dem BK) . . ja (kratzt sich  
 347 am Kopf) wie hieß das so (,) das mit diesem . . (geht wieder in den  
 348 BK und gestikuliert mit der rechten Hand) das mit diesem ... Folien  
 349 ne (?) Folien (') . . wo man dann darauf (macht Schreib-Geste) . .

350 M. M.: Wo man auch drauf schreiben kann (') (macht Schreib-Geste)

351 U. R.: Schreiben konnte (.)

352 M. M.: Ja genau (.)

353 U. R.: Und dann ja irgendwelche Bilder dann d-d-drauf-draufgelegt oder  
 354 so

355 M. M.: Ja (.)

356 U. R.: So dass dann a-a-alle Leute dann (gestikuliert mit dem Arm) zur . .  
 357 Leinwand geguckt haben (.)

358 M. M.: Ja (lächelt) (.)

359 U. R.: (lächelt) Das war natürlich für äh für so'n (,) für den Vortragenden  
 360 ist das dann natürlich leichter wenn er dann nicht vor der ganzen

361 Gruppe steht und die angucken muss oder wenn die gucken alle  
 362 (gestikuliert mit dem Arm) zur . . zur Wand und sowieso so'n  
 363 bisschen unruhig (gestikuliert mit der Hand) dann werden noch'n  
 364 paar Witze ge-gemacht und dann mogelt man sich durch so'n R-  
 365 Referat i-i-i-irgendwie durch (,) ne (.)  
 366 M. M.: (Hält weiterhin den BK) Mhm (.)  
 367 U. R.: (Geht aus dem BK) Also ich f konnt' (greift sich kurz an die Nase)  
 368 (k) hab' das dann immer schon gemacht (,) dass ich aus so 'ner (,) aus so 'ner festgelegten Vortrags . . rede w-wo Wort für Wort steht  
 369 (gestikuliert mit der Hand geht wieder in den BK) (,) dass ich das  
 370 nicht Wort für Wort abgelesen hab ... (spricht schneller) macht  
 371 man nun sowieso nicht (geht aus dem BK) (,) dass man abliest  
 372 (geht wieder in den BK) (,) aber dass ich das v-v-vare v-v-variiert  
 373 habe (.) Ne (.)  
 374  
 375 M. M.: Mhm (.)  
 376 U. R.: Je nach dem (,) wie gerade meine Stimmung war . . welche . .  
 377 welche Redewendungen ich gerade . . locker rausbring' kann (,) nech (?) (M. M. nickt) (.)  
 378 (h) Wie gesagt (,) (geht kurz aus, dann wieder in den BK) ich merk  
 379 das ja meistens . . vorher schon (,) ne (.)  
 380  
 381 M. M.: Mhm (.) ... ich mein  
 382 U. R.: Ja (,) (geht wieder in den BK)  
 383 M. M.: (Hält weiterhin den BK und macht eine einladende Gestik mit den  
 384 Armen und Händen) (,) so könnte man das bei so 'ner  
 385 Hochzeitsrede auch machen (.)  
 386 U. R.: Ja (,) bei so 'ner Hochzeitsrede kann man das a-auch  
 387 machen (M. M. nickt) (,) ja (.)  
 388 M. M.: (Klatscht lächelnd die Hände zusammen und geht kurz aus dem  
 389 BK) Wenn man noch so'n knackigen Witz (gestikuliert mit der  
 390 Hand) reinhaut (lächelt)  
 391 U. R.: (Hält den BK) Ja (nickt) (.)  
 392 M. M.: Das würd'st doch auch hinkriegen (macht eine einladende Gestik  
 393 mit den Händen) oder (?)  
 394 U. R.: Ja (nickt) (.)

- 395 M. M.: Also (,) ich mein (dreht sich kurz zur Seite und geht dabei kurz aus  
396 dem BK und holt einen Stift aus dem Etui) (U. R. folgt mit dem  
397 Blick M. M.'s Hand) (,) wir könn' ja mal so'n so 'ne Art hier . .  
398 Brainstorming machen (geht wieder in den BK und nimmt die  
399 Kappe vom Stift) (.)
- 400 U. R.: (Hält lächelnd den BK) Mhm (.)
- 401 M. M.: (Macht mit den Händen eine einladende Geste) Was würd'st du  
402 deiner Tochter denn gern sagen (,) zur Hochzeit (?)
- 403 U. R.: (Geht lächelnd aus dem BK und kratzt sich am Arm)
- 404 M. M.: (Geht kurz aus dem BK und nimmt sich ihren Collegeblock) Ich  
405 mach' mal Notizen hier nebenbei (,) (spricht leise) warte (,) ich  
406 geb' dir noch 'nen Stift (legt U. R. einen Stift hin) (.)
- 407 U. R.: (Guckt auf den Stift)

Ende der ausgewählten Videosequenz bei 12.03 Minuten.

### 7.3 Tabelle

Abkürzungen für folgende Tabelle:

Vorkontakt	=	VK
Kontaktanbahnung	=	KA
Kontaktvollzug	=	KV
Nachkontakt	=	NK
Kontaktmodifikation	=	KM

<b>Zeile/n von – bis</b>	<b>Patient (U.R.)</b>	<b>Therapeutin (M. M.)</b>
1-30	VK	VK
32-49	KA	KA
50-57	KV	KV
58	KM: Vergessen	KV
59-129	KA, KV	KA, KV
130-133	KV (klingt nach)	NK
134-135	KV	VK
136-204	KV	KV
205-233	KA	KA
234-237	KV	KV
238-239	KA	KA
240-243	KV	KV
244-262	KM: Einwände erheben	KV
263-267	KV	KV

---

268	KM: Sich entziehen	KV
269-273	KV	KV
274-275	KV	KV, KA
276-294	KA, KV	KA, KV
295-303	KV	KV
304-306	KV	KA
307-308	KV	KV
309-314	KA	KA
315-322	KV	KV
323-330	KM: Generalisieren	KV
331-358	KV	KV
359-364	KM: Generalisieren	KV
365-394	KV	KV
395-400	KA	KA
401-403	KV	KV
404-407	KV	KA

---

## **8 Versicherung der eigenen Arbeit**

Diese Arbeit wurde von der Unterzeichnenden eigenständig und ohne fremde Hilfe erstellt. Sie ist Eigentum der Unterzeichnerin und der Fachschule für Logopädie Bremen. Veröffentlichungen können nur im gegenseitigen Einvernehmen erfolgen.

Bremen, den 03.02.2017     Lina Rebecca Grotheer