

Ludwig-Maximilians-Universität
Institut für Germanistische Linguistik
Institut für Sonderpädagogik

Der Provokative Stil (ProSt)[®] in der Sprachtherapie

Abschlussarbeit zur Erlangung des
Bachelor of Arts
im Fach Sprachtherapie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Sandra Seidl
aus
München
im
Juli 2015

Erstgutachter: José Amrein

Zweitgutachterin: Angelika Baur

Kontaktadressen:

Verfasserin:

Sandra Seidl

Matrikelnummer: 10542210

Kreittmayrstraße 14

80335 München

sandra.seidl@campus.lmu.de

Erstbetreuung:

José Amrein

Winkelriedstrasse 30

6003 Luzern (CH)

info@praxis-amrein.ch

Zweitbetreuung:

Angelika Bauer

Leopoldstraße 13

80802 München

angelika.bauer@edu.lmu.de

Abstract

Die provokative Therapie, welche vor allem durch den daraus neu entwickelten Provokativen Stil im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren viel Beachtung erfahren hat, konnte sich als wirkungsvolle Methode in der Psychotherapie erweisen. Vor dem Hintergrund sich ändernder gesellschaftlicher und gesetzlicher Rahmenbedingungen und knapper werdender finanzieller Ressourcen sind kurzzeittherapeutische Interventionen derzeit in allen therapeutischen Fachrichtungen begehrt. Im Bereich der Sprachtherapie stellt die Anwendung des Provokativen Stils ein Forschungsdesiderat dar. Ziel dieser Bachelorarbeit soll es deshalb sein aufzuzeigen, inwiefern der Provokative Stil in der Sprachtherapie Anwendung finden und ob dieser konzessionslos übernommen werden kann. Dabei sollen die Fragen beantwortet werden, ob und inwiefern der Provokative Stil in der Sprachtherapie angewendet werden kann, welche Chancen dieser Therapieansatz bietet, welche Herausforderungen damit einhergehen und auf welche Grenzen er stößt. Um diese Fragestellung umfassend zu bearbeiten, geht der theoretische Teil der Arbeit zunächst auf die Entwicklung des Provokativen Stils aus der provokativen Therapie nach Frank Farrelly ein. Anschließend wird der theoretische Bezugsrahmen zur Sprachtherapie geschaffen, in dem der Provokative Stil zur Didaktik der Sprachtherapie in Beziehung gesetzt wird. Im weiteren Verlauf des theoretischen Teils soll über die Einschränkungen bei der Anwendung des Provokativen Stils hinsichtlich der Entwicklung von Humor und Provokation und die Restriktionen in puncto der einzelnen Störungsbilder unter Zuhilfenahme verschiedener Forschungsergebnissen aus Bezugswissenschaften diskutiert werden, um schließlich die Chancen des Einsatzes in der Sprachtherapie aufzuzeigen. Zudem wird auf den aktuellen Aspekt der Evidenzbasierung eingegangen. Die Erläuterung der Fragestellungen schließt an die Darstellung des theoretischen Teils an. Als Methode für diese Bachelorarbeit wurde das Experteninterview gewählt. Die Auswertung ergab, dass der Provokative Stil weitestgehend anpassungslos übernommen wird und weder das Alter, noch das Störungsbild des Klienten einen eindeutigen Rückschluss auf die Anwendbarkeit erlaubt, zumal sich als entscheidendstes Kriterium zur Anwendbarkeit die Persönlichkeit des Klienten herauskristallisiert hat. Im Rahmen der logopädischen Therapie wird der Provokative Stil sehr häufig zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung genutzt, findet grundsätzlich aber in allen Bereichen der Therapie Anwendung. Hinzu ist festzuhalten, dass es die vielen Vorteile für den Klienten und die guten Erfahrungen mit diesem Therapiestil sind, welche die Sprachtherapeuten dazu bewegen, diesen einzusetzen. Weiter konnte die Annahme, dass der Provokative Stil sich positiv auf die Psychohygiene des Sprachtherapeuten auswirkt, bestätigt werden. So wurde im Laufe der Bachelorarbeit deutlich, dass diese einzigartige Methode einen großen Gewinn darstellt. Im Sinne einer evidenzbasierten Sprachtherapie besteht allerdings die dringende Notwendigkeit weiterer spezifischer Forschung, um den Provokativen Stil in Zukunft noch zielgerichteter und effektiver in der Sprachtherapie einsetzen zu können.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die provokative Therapie nach Frank Farrelly und der Provokative Stil	2
2.1 Die provokative Therapie nach Frank Farrelly	2
2.1.1 Definition	2
2.1.2 Ursprung	2
2.1.3 Menschenbild und Grundannahmen.....	3
2.1.4 Humor in der provokativen Therapie	4
2.1.5 Techniken und Verhaltensweisen	5
2.1.6 Der Prozess und die Ziele der provokativen Therapie.....	7
2.2 Der Provokative Stil	8
3. Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie	13
3.1 Definition Sprachtherapie.....	13
3.2 Die Didaktik der Sprachtherapie und die Verankerung des Provokativen Stils	13
3.3 Integration des Provokativen Stils zu bereits bestehenden Methoden.....	15
3.4 Voraussetzungen und Einschränkungen	16
3.4.1 Die Entwicklung von Humor und Provokation.....	16
3.4.2 Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Störungsbilder	26
3.4.3 Weitere Einflussfaktoren.....	29
3.5 Chancen des Einsatzes.....	29
3.6 Evidenzbasierung	36
4. Erläuterung der Fragestellung	37
5. Befragung zur Anwendung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie	38
5.1 Methodik der Befragung.....	38
5.2 Entwicklung, Durchführung und Auswertung	39
5.2.1 Entwicklung des Fragebogens und Auswahl der Interviewpartner	39
5.2.2 Durchführung und Auswertung der Erhebung	45
5.3 Darstellung der Ergebnisse	46
5.4 Diskussion	55
6. Zusammenfassung und Ausblick	57
Literaturverzeichnis	59
Abbildungsverzeichnis	63
Eigenständigkeitserklärung	64
Anhang	65

1. Einleitung

„Als ich Frank Farrelly das erste Mal erlebt hatte, fühlte ich mich überfahren.“ (Höfner 2011, 46). Frank Farrelly (1986), der Psychotherapeut, der während der Therapien schmutzige Witze erzählt, sich für das Symptom des Patienten begeistert, keine Tabuthemen kennt, hat aus seinem erfolgreichen Vorgehen eine eigene Methode entwickelt – die provokative Therapie. Mittels humorvoller Provokation bringt Farrelly seine Patienten nicht nur zum Lachen über sich selbst und schafft dadurch Distanz zu den eigenen Einstellungen, sondern löst auf unkonventionelle Art und Weise Konflikte. Nicht nur wegen ihrer ersten Begegnung mit der provokativen Therapie verwendet Eleonore Höfner das Akronym LKW, um die provokative Therapie zu beschreiben (Höfner 2011, 46). Dadurch soll vor allem der Kraft der provokativen Interventionen Ausdruck verliehen werden, denn humorvolle und provokative Elemente entfalten in der Therapie ungeahnte Entwicklungsschritte (Amrein 2015). Die provokative Therapie wurde in den letzten Jahrzehnten zum Provokativen Stil (ProSt)[®] weiterentwickelt und wird seither auch außerhalb der Psychotherapie eingesetzt.

Ob und inwiefern eine Anwendung des Provokativen Stils auch in der Sprachtherapie möglich ist, soll in dieser Arbeit erläutert werden. Im Bereich der Sprachtherapie stellt die Anwendung des Provokativen Stils ein Forschungsdesiderat dar, weshalb es Ziel dieser Bachelorarbeit sein soll aufzuzeigen, inwiefern der Provokative Stil in der Sprachtherapie Anwendung finden kann. In diesem Bestreben soll im theoretischen Teil der Arbeit zunächst grundlegend auf das Konzept der provokativen Therapie und des Provokativen Stils eingegangen werden (Farrelly & Brandsma 1986; Höfner & Schachtner 2013). Anschließend wird der theoretische Bezugsrahmen zur Sprachtherapie geschaffen, in dem die Methodik des Provokativen Stils zur Didaktik der Sprachtherapie (Wildegger-Lack & Reber 2014) in Beziehung gesetzt und ein Vergleich zu den bisher in der Sprachtherapie bestehenden humorvollen und provokativen Methoden gezogen wird. Im weiteren Verlauf werden die Einschränkungen bei der Anwendung des Provokativen Stils hinsichtlich der Entwicklung von Humor und Provokation und die Restriktionen in puncto der einzelnen Störungsbilder unter Zuhilfenahme verschiedener Forschungsergebnissen aus Bezugswissenschaften (u. a. Docking et al. 1999; Shamay et al. 2002) diskutiert, um schließlich die Chancen des Einsatzes in der Sprachtherapie aufzuzeigen. Hierbei werden in argumentativem Stil die einzelnen Vorteile aufgezeigt und ausführlich diskutiert. An den theoretischen Teil schließt sich die Erläuterung der Fragestellung an. Für die empirische Datenerhebung wurden vierzehn LogopädInnen befragt, die eine Weiterbildung zum Provokativen Stil besuchten und das erlernte Wissen in der logopädischen Therapie anwenden. Ziel dieser Befragung war es, in Anknüpfung an bestehende Literatur aus den Bezugswissenschaften herauszufinden, inwiefern der ProSt in der Sprachtherapie bereits angewandt wird, welche Vorteile sich gleichermaßen für Klient und Therapeut ergeben, aber auch welche Einschränkungen bestehen. Abschließend werden die gewonnenen Ergebnisse im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die Anwendung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie diskutiert.

2. Die provokative Therapie nach Frank Farrelly und der Provokative Stil

2.1 Die provokative Therapie nach Frank Farrelly

In diesem Kapitel soll die provokative Therapie, eine spezifische Form der Psychotherapie, dargestellt und erläutert werden. Dabei soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, wie sie entstand, welches Menschenbild zugrunde liegt, welche therapeutischen Techniken eingesetzt werden und welche Ziele dadurch erreicht werden sollen. Zudem wird explizit die Rolle des Humors in der provokativen Therapie eruiert. Die Darstellung der provokativen Therapie und des Provokativen Stils sollen dabei als Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit gelten.

2.1.1 Definition

Eine Provokation, die darauf abzielt, andere zu demütigen oder zu beleidigen, ist im Alltag meist negativ besetzt. Mit der Provokation in der Therapie hat dies allerdings nichts gemein. Das der Therapieform seinen Namen gebende Wort - „Provokation“ - wird bei der Anwendung der provokativen Therapie sinngemäß nahe an seiner lateinischen Etymologie (lat.: provocare: „etwas heraufbeschwören, hervorrufen“) verstanden. Ziel ist es also, etwas „hervorzulocken“, zu „verdeutlichen“, oder auch, „ans Licht zu bringen“ (Höfner 2011, 12). Der provokativ Therapierende möchte dabei mittels Humor und Herausforderung sowohl Gelächter, als auch Widerstand bei seinen Klienten provozieren, wodurch diese lernen sollen, über das eigene dysfunktionale Verhalten zu lachen. Auch wenn Außenstehenden zunächst meist als allererstes die regelrecht unverschämte Konversation zwischen Therapeut und Klient¹ auffällt, so ist die Provokation aber nicht bloß eine reine Technik, die für sich steht, sondern die Anwendung bedarf einer komplexen Herangehensweise, die eine zugrundeliegende Werthaltung erfordert, die stets nonverbal vermittelt wird (Höfner 2011, 12).

Dabei vereint die provokative Therapie einerseits die ökonomischen Vorzüge einer Kurzzeittherapie (Shazer 2010, 16) und die qualitativen Vorzüge der tiefenpsychologischen Verfahren andererseits, indem sie direkt an den tiefsten, inneren Überzeugungen der Klienten arbeitet, die auch teilweise außerhalb des Bewusstseins liegen (Wartenweiler 2003, 13). Da gerade beim Einsatz des Provokativen Stils das Menschenbild, die Auffassung von Therapie und Beratung sowie die Grundhaltung und Werte des Therapeuten oder Beraters viel bedeutender sind als die bloße Technik, sollen diese gesonderte Beachtung erfahren.

2.1.2 Ursprung

„In Ordnung, ich stimme mit Ihnen überein, Sie sind ein hoffnungsloser Fall.“ (Farrelly & Brandsma 1986, 34).

Dieser Satz, den Frank Farrelly in der 91. Therapiesitzung im Juli 1963 gegenüber einem chronisch Schizophrenen äußerte, besiegelte das Ende eines klientenzentrierten Therapeuten und stellte zugleich den Anfang der

¹ Die weibliche Form ist der männlichen Form in dieser Arbeit gleichgestellt; lediglich aus Gründen der Vereinfachung wurde die männliche Form gewählt. Sämtliche geschlechtsspezifische Ausdrücke schließen deshalb die weibliche Form mit ein.

provokativen Therapie dar. Farrelly, der zu diesem Zeitpunkt im Mendota Mental Health Institut in Madison, Wisconsin, an einem Projekt unter der Leitung Carl Rogers arbeitete, war erstaunt, als der Klient, der fortlaufend betonte, dass er ein hoffnungsloser Fall sei, unmittelbar nach seiner Aussage protestierte, dass es um ihn doch gar nicht so schlecht bestellt sei (Farrelly & Brandsma 1986, 34). Von diesem Moment an konnte Farrelly markante Veränderungen bei seinem schizophrenen Klienten wahrnehmen, was ihn dazu anhielt, in den nächsten Sitzungen mit seiner neu entdeckten Methode fortzufahren. Auch wenn diese Therapiesitzung meist als der Ursprung genannt wird, so stellten viele einzelne Erfahrungen, die Farrelly im Verlauf der Jahre sammelte, bereits die Funken für diese Entwicklung dar (Farrelly & Brandsma 1986, 3–4).

So erkannte Farrelly bei Klient Clem Kadiddlehopper, dass es hilfreich sein konnte, in Therapiesitzungen zu lachen. Er konnte dabei feststellen, dass das Lachen über die Verhaltensweisen der Klienten ihre Würde nicht beeinträchtigte (Farrelly & Brandsma 1986, 18). Anstatt, wie es ihm gelehrt worden war, seine ärgerlichen Gefühle professionell aus der Therapie herauszuhalten, versuchte Farrelly zudem, diese immer mehr in die Gespräche einzubinden. Denn seine Gefühle stellten für Farrelly keine „Gegenübertragungsgefühle“ dar, sondern angemessene und notwendige Informationen für die Klienten, aus denen diese lernen konnten, Gefühle und Reaktionen, die man ihnen entgegenbringt, zu verstehen (Farrelly & Brandsma 1986, 25).

Aus all diesen Erfahrungen und Begegnungen entwickelte sich über die Jahre hinweg das, was heute als die provokative Therapie bekannt ist.

2.1.3 Menschenbild und Grundannahmen

In der provokativen Therapie wird der Klient als eine mündige Person wahrgenommen, die über genügend Ressourcen verfügt, um ihr Leben selbstbestimmt führen zu können (Höfner & Schachtner 2013, 41). In dieser Sichtweise stellen die Symptome und das Verhalten der Klienten eine verzerrte und deplatzierte Manifestation ihrer Ressourcen dar, welche mit Absicht betont und herausgestellt wird, sodass der Klient klar sagen kann, welches Verhalten er akzeptieren will und welches nicht. Die Verantwortung für die Symptome und Verhaltensweisen selbst zu übernehmen und nicht auf andere Personen, Systeme oder Sonstiges zu projizieren, ist dabei nicht immer leicht, aber elementar (Farrelly & Brandsma 1986, 53). Vor dem Bild, dass die psychische Zerbrechlichkeit der Klienten nach Farrelly im hohen Maß überschätzt wird und dabei die wirklichen Stärken und Fähigkeiten des Klienten zur Mitarbeit häufig unterschätzt werden, stellt diese Werthaltung sowohl eine Herausforderung für den Klienten, als auch für den Therapeuten dar (Farrelly & Brandsma 1986, 56). Ohne die jahrhundertealte Debatte über den Determinismus und den freien Willen letzten Endes klären zu wollen, ist der Standpunkt des provokativen Therapeuten eindeutig: Der Mensch kann zum Großteil verantwortlich gemacht werden für sein Verhalten, seine Hoffnungen und Wünsche (Farrelly & Brandsma 1986, 51). Um dieses Ziel zu erreichen, ist es aber notwendig, dass der Therapeut zunächst zu den Vorstellungen und Einstellungen des Klienten durchdringen kann und ihn in einem nächsten Schritt zu Herausforderungen provoziert, die den Klienten weder über- noch unterfordern, ihn aber wachsen lassen und Veränderungen bewirken.

Diese ressourcenorientierte Sichtweise, die zur Zeit die defizitorientierte aus den meisten Therapierichtungen verbannt, kann nicht als einzigartig für die provokative Therapie genannt werden, vielmehr stellt die Art und Weise, wie diese Ressourcen im Klienten mobilisiert werden, den großen Unterschied dar (Höfner 2011, 47). Aus dieser Grundannahme folgt auch, dass sich der Ansatz weniger mit der Vergangenheit befasst als vielmehr mit dem Hier und Jetzt (Höfner 2011, 13).

Elementar ist das Menschenbild des provokativen Therapeuten. Die Wertschätzende Grundhaltung in der provokativen Therapie bezeichnet Eleonore Höfner (2011, 46) auch als LKW-Grundhaltung, da diese Abkürzung zum einen die große Kraft dieser Methode ausdrückt und für das „Liebevoll Karikieren des Weltbildes eines Klienten“ steht. Diese liebevolle und wertschätzende Grundhaltung ist einer der wichtigsten Aspekte der provokativen Arbeit – auch wenn es auf den ersten Blick nicht so erscheint (Höfner 2011, 46). Ganz wichtig ist aber herauszustellen, dass liebevoll auf keinen Fall bedeutet, dass der Klient mit mütterlicher oder freundschaftlicher Wärme, Liebe und Zuneigung überschüttet wird, sondern liebevoll bedeutet in diesem Kontext, dass der Therapeut felsenfest von den im Klienten schlummernden Fähigkeiten überzeugt ist, ihm jede Veränderung zutraut und der Blick sich ausschließlich auf die Ressourcen richtet (Höfner 2011, 47). Das Zutrauen und Wohlwollen in die Kräfte und Stärken des Klienten werden dabei nicht verbal, sondern ausschließlich nonverbal übermittelt. Dieses Wohlwollen überzeugend nonverbal darzustellen und gleichzeitig die Symptome zu verbalisieren, provoziert beim Klienten eine wirksame Emotion, die einen produktiven Innendruck zur Veränderung erzeugt. Allerdings stellt es gleichzeitig an den Therapeuten eine sehr hohe Anforderung. Dabei ist es wichtig, dass der Therapeut immer authentisch bleibt, um glaubhaft zu sein (Hain 2001, 71). Um die gewünschten Emotionen entstehen zu lassen, versuchen Therapeuten, das Augenmerk genau auf diese Stelle zu legen, wo Überzeugungen einer erwünschten Veränderung im Weg stehen. Dabei spricht der Anwender solche hinderlichen und emotional geladenen Überzeugungen aus, indem er sie überspitzt und ins Absurde gesteigert darstellt (Höfner 2011, 48).

2.1.4 Humor in der provokativen Therapie

Auch wenn Farrelly so plakativ behauptet: „Wenn der Klient nicht wenigstens einmal während der Sitzung lacht, macht der Therapeut keine provokative Therapie“ (Farrelly & Brandsma 1986, 127), so ist die provokative Therapie dennoch keine lustige Unterhaltungsstunde, sondern der Humor wird in einem sehr hohen Maß zielorientiert eingesetzt. Dabei wird deutlich, dass die Euthymie keinesfalls ein netter Nebeneffekt ist, sondern die wesentliche Schlüsselrolle im Gesamtkonzept der provokativen Therapie darstellt (Farrelly & Brandsma 1986, 133). Entsprechend bekräftigt Farrelly in einem Interview gegenüber Hain (2001, 72), dass wohlwollender Humor als Interventionsstil in der Therapie heilsam sei und als starke Gegenkonditionierung für dysfunktionale Verhaltensweisen wirken könne und deshalb einen der Grundpfeiler des Erfolgs der provokativen Therapie darstelle. Humor und Lachen sind im Alltag so gegenwärtig, dass man sich eigentlich wundern muss, warum der Einsatz in den meisten Therapien als unangemessen gilt, obwohl er doch „[...]die bitteren Pillen, die die Klienten

manchmal in der Therapie schlucken müssen, zu versüßen vermag.“ (Farrelly & Brandsma 1986, 154). Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, war Sigmund Freud (1928) exzeptionell und zukunftsweisend, denn bereits er schrieb eine Abhandlung über den Humor, auch wenn er selbst in seinen Behandlungen keine humorvollen Techniken anwandte. Freud postulierte in seinem Buch „Der Witz und seine Beziehung zum Unterbewussten“ bereits, dass Humor einen befreienden und entlastenden Charakter habe und als ein Ventil für aufgestaute Energie gelten könne (Freud 1999, 177). Auch wenn in den letzten zwanzig Jahren in Untersuchungen festgestellt werden konnte, dass Humor ein eminent wichtiges Element ist, um negative Gefühle zu regulieren, wirksam mit Stress umzugehen und sich an Veränderungen anzupassen, so gibt es bis anhin keine spezifische empirische Studie über die positive Wirkung von Humor in der Psychotherapie (Martin 2007, 343–344). Auch ohne diese empirische Evidenz wird Humor in der provokativen Therapie eingesetzt, dabei illustriert der Ausspruch: „Die Leute lachen, um nicht zu weinen“ (Farrelly & Brandsma 1986, 128) genau den Punkt, an dem Humor eine wesentliche Rolle in der Therapie oder Beratung spielen kann - um eine optimale Distanz zum Problem herzustellen (Farrelly & Brandsma 1986, 128).

Die große Durchschlagskraft des Humors hat zur Folge, dass es viel klinischen Feingefühls des Therapeuten bedarf, wenn er Humor in der Therapie einsetzen will. Denn wenn auf humorvolle Art dem Klienten etwas für ihn Bedeutsames unterschwellig suggeriert wird, dann will die Art und die Dosis des Humors gut abgewogen sein, um beim Klienten Kreativität und die Suche nach alternativen Problemlösungen freizusetzen und ihn nicht etwa so stark zu verunsichern, dass er wie gelähmt ist von den Aussagen des Therapeuten (Farrelly & Brandsma 1986, 133). Um Humor im Rahmen der provokativen Therapie effektiv einzusetzen, ist es zudem von herausragender Bedeutung, dass die ironischen Bemerkungen des Therapeuten sich lediglich und ausschließlich auf die dysfunktionalen und veränderbaren Verhaltensweisen beziehen und niemals auf die Person selbst, wobei der Humor dabei hauptsächlich als „therapeutisches Vehikel“ (Farrelly & Brandsma 1986, 134) benutzt wird, um den Klienten nichtsprachliche Wärme und positive Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Dabei macht man sich ganz bewusst das Wissen zu Nutze, dass Gelächter mit Freude assoziiert wird, auch wenn man gleichzeitig, durch die verbalen Äußerungen dieser wahrgenommenen Fürsorge widerspricht (Farrelly & Brandsma 1986, 134).

2.1.5 Techniken und Verhaltensweisen

Die provokative Therapie umfasst ein breites Spektrum an Interventionstechniken, was auf der einen Seite dem Therapeuten viel Handlungsspielraum konzidiert, auf der anderen Seite aber eine allumfassende Darstellung beinahe unmöglich macht. Im Folgenden soll deshalb allgemein auf die angewandten Techniken, die Parallelen zu anderen Therapieformen und die Charakteristika des Therapiestils eingegangen werden, ohne einzelne Methoden im Detail zu erläutern. Dies erfolgt auch im Hinblick auf das Vermeiden von Redundanzen, da im Kapitel 2.2 *Der Provokative Stil* einige der Interventionstechniken genauere Beachtung erfahren werden.

Die meisten Techniken der provokativen Therapie sind nicht neu, sondern bereits in anderen Therapieformen etabliert. So findet man Verfahren z.B. in der Systemischen Familientherapie (Schlippe & Schweizer 2002, 124),

dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) (Bandler 2001, 167) und in der Gestalttherapie (Bongers 2005, 20-21 & 44-45) wieder. Blankertz & Doubrawa (2005) beschreiben in ihrem „Lexikon der Gestalttherapie“ sogar den umgekehrten Fall, also dass man Elemente aus der provokativen Therapie auch in der Gestalttherapie sehr gut einsetzen könne (Blankertz & Doubrawa 2005, 231). Weiterhin sind Parallelen zu natürlichen hypnotischen Phänomenen zu finden, beispielsweise durch den schnellen Wechsel zwischen Stress- und Nicht-Stress-Zuständen, der dabei helfen soll, festgefahrene Muster wieder flexibel zu machen (Schlüter-Bencharif 2008, 9). Auch ein Pendant zur Psychoanalyse kann nach Wartenweiler (2003) gefunden werden. Er sieht Elemente der Psychoanalyse vor allem im Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung zwischen Klient und Therapeut, mit denen Frank Farrelly auf eine ganz eigene und wirksame Weise arbeitet (Wartenweiler 2003, 10). Weiter gibt Wartenweiler (2003, 14) an, dass sich die provokative Therapie überdies Elemente des Psychodramas, der Verhaltenstherapie und paradoxer Interventionen, die von Viktor Frankl entwickelt wurde (Martin 2007, 341), zu Eigen macht. Auch wenn die meisten Techniken ihren Ursprung in anderen Therapiestilen haben, so sind die Neuheiten in der provokativen Therapie die Kombination, der Stil und die Intensität ihrer Anwendung in einem System (Farrelly & Brandsma 1986, 88).

Überdies sieht Farrelly selbst zwei zentrale Charakteristika des provokativen Therapeuten: der Humor und die Sprachauswahl. Da der Humor bereits in dem Kapitel *2.1.4 Humor in der provokativen Therapie* gesonderte Beachtung erfahren hat, wird im Folgenden nur noch auf die Sprachauswahl genauer eingegangen. Der provokative Therapeut hat die Möglichkeit zwischen vier Sprachstilen zu variieren, die es ihm ermöglichen, auf die Erfahrungswelt des Klienten unmittelbar Bezug zu nehmen (Farrelly & Brandsma 1986, 159). Da es grundlegend ist, dass der Psychotherapeut es schafft, seine Konzepte in eine Sprache zu übersetzen, die für den jeweiligen Klienten in seinem soziopsychologischen und sprachlichen Bezugsrahmen von Relevanz ist, ist es unabdingbar, dass er sich verschiedener Soziolekte und Kommunikationsstile bedient (Farrelly & Brandsma 1986, 169). Zusammengefasst werden in der provokativen Therapie vier Arten der Sprache unterschieden: die religiöse-moralische Sprache, die Gossensprache oder die Sprache der Umkleideräume, der berufliche Jargon und die Körpersprache oder die Sprache der Körperfühlsphäre (Farrelly & Brandsma 1986, 160–161). Dabei gilt die religiöse-moralische Sprache als eindrücklich und autoritär, die Gossensprache als jung und affektbeladen und der Berufsjargon als tiefsinnig und respekteinflößend. Viel wichtiger aber als diese drei Sprachstile ist allerdings die nonverbale und körpersprachliche Kommunikation. Je härter die Konfrontationen und Provokationen des Therapeuten sind, umso wichtiger ist die nonverbale Vermittlung von positiver Wertschätzung und Wohlwollen. Rogers Grundhaltungen von Empathie, Kongruenz und Akzeptanz finden sich in der provokativen Therapie in einer zentralen Position wieder, auch wenn diese nicht verbal, sondern durch Mimik, Gestik und Körperhaltung zu Tage treten (Rogers 1981, 67–68).

Zusammengefasst stellt sich die provokative Therapie als eine zielorientierte, vom humanistischen Menschenbild Rogers geprägte Therapiemethode dar, deren Interventionsmöglichkeiten einer Methodenkombination aus

verschiedenen Therapierichtungen gleichkommt. Die provokative Therapie ist dabei niemals ein „Spiel und Spaß“ auf Kosten des Klienten, sondern die Botschaften des Therapeuten sind stets einfühlsam und auf das jeweilige Wertesystem des Klienten ausgerichtet.

2.1.6 Der Prozess und die Ziele der provokativen Therapie

Im Folgenden sollen zunächst die Ziele der provokativen Therapie dargestellt werden und im Anschluss daran der Prozess, in dessen Verlauf diese Ziele erreicht werden sollen.

Ziel der provokativen Therapie ist es das dysfunktionale Verhalten des Klienten aufzuzeigen und zu beseitigen, damit der Klient seine eigene, perfekt für seine Bedürfnisse zugeschnittene Lösung finden kann. Die Intension ist es also nicht, dass der Therapeut für seinen Klienten eine Lösung parat hat, welche dieser dann umsetzen kann - auch wenn das das unangefochtene Selbstverständnis der therapierenden Berufsgruppe seit langer Zeit ist (Höfner 2011, 51). Treffend hat diese Grundhaltung bereits C.G. Jung formuliert: „Überlege dir ruhig ausführlich, was du zum Klienten sagen könntest. Aber wenn Du ihn dann triffst, vergiss das Textbuch.“ (Höfner 2011, 52). Unter anderem die Betonung der Eigenaktivität des Klienten erlaubt es, dass diese Methode der Psychohygiene des Therapeuten gerecht wird. Der Therapierende fühlt sich während des kompletten Therapiegeschehens wohl und kann großen Spaß an der Arbeit entwickeln (Wartenweiler 2003, 14).

Indem der Therapeut nicht die Führung übernimmt und den Klienten in seine Lösungen pressen will, sondern diesen bei seinem eigenen Prozess begleitet, gibt er einerseits dem Klienten die Möglichkeit, seine Eigenaktivität zu stärken, und schont auf der anderen Seite seine eigene Gesundheit – was gerade in der heutigen Zeit in der therapeutischen Arbeitswelt immer mehr an Bedeutung gewinnt.

In der provokativen Therapie soll allerdings das Augenmerk nicht ausschließlich auf das bloße derzeitige Problem des Klienten gelegt werden. Nebstdem soll versucht werden, positive und negative affektive Erfahrungen beim Klienten anzustoßen, damit er sich auf fünf unterschiedliche Arten des Verhaltens einlassen kann. Diese fünf Verhaltensarten, welche auch als übergeordnete Ziele der provokativen Therapie begriffen werden können, sollen dazu beitragen, die Resilienz des Klienten zu stärken. Um dies zu erreichen, soll der Klient den eigenen Selbstwert sowohl verbal als auch im Verhalten sichern, sich bei der Erfüllung von Pflichten und in Beziehungen angemessen behaupten, Personen und Situationen differenziert einschätzen und entsprechend differenziert reagieren, sich realistisch verteidigen und sich auf Wagnisse in persönlichen Beziehungen einlassen, zu eigenen Gefühlen stehen und diese auch äußern (Farrelly & Brandsma 1986, 75).

Im Verlauf einer provokativen Therapie können typischerweise vier Stadien beobachtet werden, bevor diese dargestellten Ziele erreicht werden können (Farrelly & Brandsma 1986, 173–193). Das erste Stadium zeichnet sich dadurch aus, dass die Klienten überrascht sind vom Verhalten und zum Teil auch erst einmal misstrauisch dem Verhalten des Therapeuten gegenüber. Dieses ist meist konträr zu den eigenen Erwartungen und zu bereits gemachten Therapieerfahrungen. Zudem wird dem Klienten schnell bewusst, wie leicht der Therapeut ihre Abwehrmechanismen umgehen und so unmittelbare gefühlsmäßige Erfahrungen provozieren kann. Überrascht

sind die Klienten aber nicht nur von den Äußerungen des Therapeuten, sondern auch von ihrer eigenen neu entdeckten Spontanität. Im zweiten Stadium baut der Klient eine Stimmung des Trotzes auf, was sich darin zeigt, dass Proteste gegen den Therapeuten stärker werden. Dies liegt darin begründet, dass die Klienten langsam zu merken beginnen, dass sich der Therapeut nicht ändern wird, sondern es an ihnen selbst liegt, ihr Verhalten zu verändern. Bereits in diesem Stadium sind Anzeichen für die fünf Verhaltensziele zu finden. Werden die Klienten sich zunehmend darüber bewusst, wer und was sie sind und auch wer und was sie nicht sind, ist das ein Kennzeichen für das dritte Stadium. Durch konkrete, leicht beobachtbare und zunehmend angemessenere Verhaltensweisen wollen sie sich selbst und auch dem Therapeuten beweisen, dass sie zu einer Veränderung in der Lage sind. Im vierten und letzten Stadium schließlich integrieren und festigen die Klienten ihre neuen Verhaltensmuster zunehmend. Die Klienten protestieren nun meist humorvoll oder ungeduldig, wenn sie die Bilder des Therapeuten als nicht mehr gültig oder als Teil ihres „alten Selbst“ betrachten. Sie vertrauen gegen Ende der Therapie in einem wachsenden Maße auf ihre neu erworbenen Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen.

2.2 Der Provokative Stil

Im Provokativen Stil (ProSt)² hat Eleonore Höfner (2013) die provokative Therapie zu einem allgemeineren Kommunikationsstil weiterentwickelt, nachdem sie selbst bei Farrelly – dem Begründer der provokativen Therapie - gelernt hatte. Dies geschah aus der Überzeugung, dass der provokative Ansatz nicht nur eine effiziente Therapieform darstellt, sondern eine Möglichkeit der Kommunikation, die in vielen zwischenmenschlichen Bereichen Anwendung finden kann. Anders als die provokative Therapie, eine Methode, die rein für die Psychotherapie entwickelt wurde, kann der Provokative Stil freier eingesetzt werden, z.B. auch in anderen Therapieformen, in Beratungen, im schulisch-pädagogischen Kontext oder in der Erziehung. Wie bereits betont, hat sich der Provokative Stil aus der eben beschriebenen provokativen Therapie entwickelt und versteht sich als Beeinflussungsmethode, die mit Humor und Herausforderung arbeitet, und versucht, Gelächter und Widerstand in die gewünschte Richtung zu provozieren (Höfner & Schachtner 2013, 27). Dabei werden dem Klienten, wie auch in der provokativen Therapie, in einer besonderen Art und Weise Gefühle und Denkmuster unterstellt, welche hemmungslos verzerrt werden, so dass dieser gar nicht anders kann, als zu diesen Behauptungen des Therapeuten Stellung zu nehmen und für sich selbst Partei zu ergreifen (Höfner & Schachtner 2013, 28). Das Lachen soll dabei wie ein Katalysator wirken, der den Klienten frei macht.

Um Redundanzen zu vermeiden, soll im Folgenden zunächst darauf eingegangen werden, wann der ProSt Anwendung finden kann, welche Kennzeichen es gibt, und schlussendlich wird nun das therapeutische Vorgehen genauer erläutert, wobei zuerst die Grundlagen und Bausteine und schließlich einige Werkzeuge des ProSt beschrieben werden sollen. Da die Darstellung des Provokativen Stils nur einen kleinen Teil dieser Arbeit

² Die Bezeichnungen „Provokativer Stil“ und „ProSt“ hat sich die Deutsche Gesellschaft für Provokative Therapie (D.I.P.) markenrechtlich schützen lassen.

darstellt und das Menschenbild, die meisten Grundannahmen und Verhaltensweisen der Provokativen Therapie direkt entnommen wurden, soll die Darstellung so ausführlich wie nötig, aber auch so knapp wie möglich geschehen. Wie in der provokativen Therapie sind gerade beim Einsatz des Provokativen Stils das Menschenbild, die Auffassung von Therapie und Beratung sowie die Grundhaltung und Werte des Therapeuten viel bedeutender als die bloße Technik. Der ProSt sollte daher immer substantiiert eingesetzt werden und keinesfalls fortwährend zum Einsatz kommen (Höfner & Schachtner 2013, 29). In manchen Situationen, in denen bestimmte festgelegte Reaktionen erwartet werden und die Kommunikation nur unter sehr vielen Einengungen stattfindet, ist der Einsatz aber besonders hilfreich. Das Hauptkennzeichen des ProSt ist, dass „der Mensch hinter dem Therapeuten wieder sichtbar wird“ (Höfner & Schachtner 2013, 35). Das bedeutet, dass sich der Klient und der Therapeut als gleichwertige Partner gegenüberstehen und gemeinsam während der Therapie voneinander lernen. Die Therapie gilt als menschliche Begegnung, in der der Therapeut seine eigenen Gefühle und Eindrücke nicht für sich behalten muss, sondern unbefangene Rückmeldung über die eigenen spontanen Wahrnehmungen geben darf – Wahrnehmungen, die auch außerhalb des Schonraums der Therapie viele Mitmenschen haben, aber dem Betroffenen meist nur indirekt mitgeteilt werden (Höfner & Schachtner 2013, 39). Diese unbefangene therapeutische Offenheit bietet dem Therapeuten selbst viele Vorteile, hilft beim Aufbau einer guten Therapeuten-Klienten-Beziehung und zeigt dem Klienten zudem, dass er hier ernst genommen wird (Höfner & Schachtner 2013, 39). Ein weiteres Kennzeichen ist, dass der Klient im ProSt als mündiger und damit als gleichwertiger Partner betrachtet wird, der zur Selbstverantwortung herangezogen wird (Höfner & Schachtner 2013, 41). Abhängigkeiten, wie sie in anderen Therapieformen häufig entstehen, können mit dieser Vorgehensweise nicht aufkommen (Höfner & Schachtner 2013, 41). Das wichtigste Kennzeichen des Provokativen Stils – wie auch in der provokativen Therapie – aber ist der Humor, auch oder gerade weil „der Humor in der Psychotherapie ebenso wenig verloren hat wie eine Ratte in der Hotelküche“ (Höfner & Schachtner 2013, 48). Durch das Lachen über sich selbst kann man sich von sich selbst distanzieren, aus einer ausgewogeneren Perspektive heraus seine Probleme relativieren und damit Lösungen erarbeiten (Höfner & Schachtner 2013, 50).

Die Basis des Provokativen Stils bilden „der gute Draht“ (Höfner & Schachtner 2013, 61) und „der längere Hebel“ (Höfner & Schachtner 2013, 61). Die Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Therapeuten-Klienten-Beziehung ist grundlegend für jede Therapie, aber besonders bei der Anwendung des Provokativen Stils rückt „der gute Draht“ in den Fokus, denn ohne diesen blieben auch die besten Interventionen ohne jegliche Wirkung. Durch Verständnis für die Situation des Klienten, das ständige nonverbale Vermitteln von Wohlwollen, die eigene vorurteilsfreie Grundhaltung dem Klienten gegenüber und den unbedingten Respekt für das Gegenüber kann dieser gute Draht aufgebaut und erhalten bleiben (Höfner & Schachtner 2013, 48–78). Nach Höfner & Schachtner (2013, 81) nützen die besten Beeinflussungstechniken nichts, wenn der Therapeut nicht die Rolle des Führenden einnimmt, denn nur dann sind seine Aussagen für den Klienten bedeutsam. Im ProSt führt der

Therapeut jedoch nur formal, in dem er durch spontane, schnelle, überraschende und humorvolle Interventionen die Kommunikation sehr stark prägt. Inhaltlich hingegen erweist sich dieser Therapiestil als non-direktiv. Auch wenn diese Einteilung ganz unkompliziert erscheinen mag, so erfordert diese komplexe Art der formalen gegenseitigen Führung viel Aufmerksamkeit und Flexibilität vom Therapeuten (Höfner & Schachtner 2013, 82).

Die einzelnen Bausteine des ProSt kommen meist nicht, wie im Folgenden der Übersichtlichkeit halber, voneinander getrennt vor, sondern ergänzen sich gegenseitig im Therapieprozess. Im Hinblick auf das Thema der Arbeit werden nicht alle Bausteine en détail dargestellt, sondern nur jene knapp erläutert, die auch eine gewisse Relevanz in der Sprachtherapie besitzen.

Eine Technik des ProSt ist, „treffende Unterstellungen“ (Höfner & Schachtner 2013, 97) zu machen, um den Klienten zum einen das Gefühl zu geben er werde verstanden, aber auch, um Glaubenssätze anzusprechen, die zwar im Gegenüber existieren und sein Denken und Handeln beeinflussen, aber von denen dieser nicht frei erzählt. Dabei integriert der Therapeut all seine Wahrnehmungen und Gedanken zu seinem Klienten, kombiniert sie mit Schlussfolgerungen und Assoziationen, bedient sich zusätzlich Stereotypen, erfindet spontan passende „Forschungsergebnisse“ oder erzählt von fiktiven weiteren Klienten, um schließlich „in den Busch zu schießen“ (Höfner & Schachtner 2013, 98). Dabei gilt der Grundsatz, je pauschalisierter und überzogener diese Unterstellungen sind, umso eher bezieht der Klient Stellung und erklärt seine eigene Position, wodurch der Therapeut wiederum viele nützliche Informationen über den Klienten erhält (Höfner & Schachtner 2013, 99). Dieses Ziel der „treffenden Unterstellungen“ kann auch mit Hilfe des „absichtlichen Missverstehens“ (Höfner & Schachtner 2013, 100) erreicht werden. Wie der Name schon verrät, behauptet der provokative Therapeut einfach das Gegenteil von dem, was der Klient eigentlich meint, womit dieser in die Bredouille gerät, sich selbst zu erklären. Eine Art, treffende Unterstellungen zu machen, wird von Höfner & Schachtner (2013, 126) „der Overkill“ genannt. Darunter wird verstanden, dass bei den Behauptungen, die der Therapierende dem Klienten unterbreitet, nicht nur inhaltlich, sondern auch verbal, mimisch und stimmlich sehr extrem überzogen wird.

Durch den Einsatz von „Überraschenden Sichtweisen“ (Höfner & Schachtner 2013, 101) wird der Klient mit unerwarteten Behauptungen und Unterstellungen konfrontiert, gleichzeitig wird ihm aber jederzeit die Möglichkeit zum Lachen geboten, so dass eine Neuorientierung und Umstrukturierung beim Klienten ohne Scham stattfinden kann. Die Wirksamkeit solcher Interventionen ist unter anderem von der emotionalen Beteiligung des Klienten abhängig, welche durch diese humorvollen Überraschungen in einem mittleren emotionalen Erregungszustand, der für tiefergehendes Lernen notwendig ist, gehalten werden kann (Höfner & Schachtner 2013, 102). Zu dem Einsatz von überraschenden Sichtweisen gehört auch das absurde Umdeuten. Ziel dabei ist es, dem Klienten einen neuen, für den Klienten nicht akzeptablen Denkraum darzubieten, um die Selbstverantwortung des Klienten anzuregen, sich selbst einen neuen Denkraum zu erstellen. Zudem können durch absurde Unterstellungen und überraschende Sichtweisen die so genannten „UnAs“ (Höfner & Schachtner

2013, 108), die unerwarteten Antworten, welche meist in einem erheblichen Gegensatz zu den angepassten Antworten des Klienten stehen, provoziert werden. Ein Klient von Frank Farrelly erfasste den Sinn dieser Technik sehr treffend: „Mich beunruhigt nicht so sehr, dass ich nie weiß, was Sie als nächstes sagen werden. Mich beunruhigt, dass ich nicht weiß, was ich als nächstes sagen werde.“ (Höfner & Schachtner 2013, 108). Ziel ist es also, den Klienten zu spontanen Äußerungen und Kommentaren hinzureißen, die weder angepasst noch überlegt sein sollen und dadurch meist am besten die Wahrheit wiedergeben. Ein weiterer Baustein des ProSt ist die „Provokation des Widerstands“, die dadurch erfolgt, dass sich der Therapeut auf die Seite des Klienten schlägt (Höfner & Schachtner 2013, 115). Die Selbstdemontage des Klienten, der sich negative Eigenschaften zuschreibt, wird in dem Moment ins Gegenteil verkehrt, in dem die abwertenden Unterstellungen von außen, also vom Therapeuten kommen (Höfner & Schachtner 2013, 116). Paradoxe, überzogene und verzerrte Aussagen, die leicht als nicht ernst gemeint identifiziert werden können, eignen sich besonders, den Widerstand des Klienten in die gewünschte Richtung zu erzeugen (Höfner & Schachtner 2013, 118). Eine besondere Art, den Widerstand zu provozieren ist, wenn sich der Therapeut auf die Seite des Verbotenen schlägt und dazu rät, sich auch zu dieser Seite zu bekennen – der Therapeut also zum „Advocatus Diaboli“ wird (Höfner & Schachtner 2013, 154). Dabei wird nicht nur Widerstand provoziert, sondern gleichzeitig die gute Verbindung zum Klienten gestärkt, die Schuldgefühle vermindert, und dem Klienten wird zudem aufgezeigt, dass moralisch verwerfliche Gedanken etwas allgemein Menschliches sind und man in der Therapie offen darüber reden kann (Höfner & Schachtner 2013, 154). Dazu kann es auch gehören, dass der Therapeut „Klartext“ mit seinem Klienten spricht. Da gerade der Wechsel zwischen humorvoll-provokativen und ernsthaften Gesprächssequenzen eine hohe Aufmerksamkeit schafft, sollte dieses Potpourri das Ziel eines Therapiegesprächs darstellen (Höfner & Schachtner 2013, 156).

Der „Zerrspiegel“ (Höfner & Schachtner 2013, 119) ist ein weiterer Baustein des Provokativen Stils. Hier soll dem Klienten aufgezeigt werden, wie er sich selbst sieht und wie er von außen gesehen wird. Dies kann sowohl in der Rückmeldung über das nonverbale oder verbale Verhalten erfolgen oder auch über die Imitation des Klienten durch den Therapeuten (Höfner & Schachtner 2013, 123–124). Dabei stellt die Imitation eine Sonderform dar, weil dadurch den Klienten nicht nur gezeigt werden kann, welche Wirkung sie auf andere haben, sondern die Therapierenden vermitteln dadurch auch, dass sie das Verhalten als bewusst wahrnehmen, also ebenfalls als veränderbar. Im Hinblick auf die Anwendung der Imitation ist es natürlich von äußerster Wichtigkeit, dass nur Verhalten nachgeahmt wird, auf welches der Klient auch einen direkten Einfluss hat.

Die bisher beschriebenen Bausteine sind generelle Interventionsmöglichkeiten, innerhalb derer viele einzelne Techniken zum Einsatz kommen. Einige dieser Techniken sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.

Das Aufzeigen des sekundären Krankheitsgewinns ist eines dieser Werkzeuge, bei dem es darum geht, dem Klienten sein Symptom als probates Mittel, bestimmte Ziele zu erreichen, welche er auch tatsächlich dadurch erreicht, zu präsentieren (Höfner & Schachtner 2013, 160). Die Grundlage für diese Therapietechnik bietet die Tatsache, dass es kein Verhalten gibt, welches ausschließlich nachteilig ist, sondern jedes Verhalten immer auch

etwas Positives beinhaltet. Eine weitere Technik besteht darin, dem Klienten von einer Veränderung abzuraten, bis dieser dagegen aufbegehrt und schlüssig zu beweisen beginnt, wie er sich ändern könnte. Dieses Werkzeug wird „Akzeptiere und bleib, wie du bist“ (Höfner & Schachtner 2013, 173) genannt und ist vor allem dann besonders hilfreich, wenn die Motivation für Veränderungen kaum vorhanden ist. Passend dazu ist auch das Ausmalen eines negativen Zukunftsszenariums für den Klienten, in dem die absurden und selbstschädigenden Seiten immer deutlicher hervortreten (Höfner & Schachtner 2013, 176). „Die Sündenbocktechnik“ (Höfner & Schachtner 2013, 178) kann auf zwei verschiedene Arten eingesetzt werden. Bei der ersten Variante wird der Klient selbst für alles verantwortlich gemacht, wobei beispielsweise sein Charakter, seine angebliche Ungeschicklichkeit oder seine mutmaßliche Faulheit als interne Sündenböcke herangezogen werden. Glaubt der Klient allerdings, bereits externe Sündenböcke für sein Verhalten gefunden zu haben, dann wird, von der therapeutischen Seite aus, in dieses Weltbild eingestiegen und nach weiteren Schuldigen gesucht (Höfner & Schachtner 2013, 179). Will der Klient neue Wege ausprobieren, dann kann es sinnvoll sein, dem Klienten „den Weg abzuschneiden“ (Höfner & Schachtner 2013, 180). Der Therapierende zählt dazu eine Reihe von Situationen auf, in denen es dazu kommen könnte, dass der Klient von seinem neuen Weg abkommt, um ihn darin zu bestärken, diese neuen Verhaltensmuster auszuprobieren, und um seine Selbstverantwortung zu festigen. Was zunächst paradox klingen mag, ist eine äußerst wirksame Methode, da durch das Ansprechen und Bewusstmachen von möglichen Stolpersteinen diesen der Schrecken und die Macht genommen werden (Höfner & Schachtner 2013, 181). All diese dargestellten Werkzeuge können verschieden miteinander kombiniert und durch weitere Methoden und Techniken ergänzt werden.

Zusammengefasst stellt der Provokative Stil Instrumente zur Verfügung, mit denen man die Erstarrung beim Klienten lösen kann, um sich zusammen mit ihm auf den Weg zu machen, Möglichkeiten zu finden, die seine persönliche Situation verbessern. Denn nur wenn der Klient lernt, Verantwortung für sein Leben zu übernehmen, sich aus schwierigen Situationen selbst zu helfen und sich dies auch selber zutraut, ist es möglich, ein selbstbestimmtes und aktives Leben zu führen. Da diese vorgestellten Techniken nicht nur in der Psychotherapie und der Beratung Anwendung finden können, sondern ihre Wirkung auch in anderen therapeutischen Arbeitsfeldern entfalten, soll im Folgenden dargestellt werden, in wie weit diese Art der Therapie auch in der Sprachtherapie Anwendung finden kann.

3. Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie

3.1 Definition Sprachtherapie

Sprachtherapie ist „eine auf der Grundlage differenzierter diagnostischer Verfahren und vorhandenem spezifischem Fachwissen inszenierte Sprach-, Sprech- und Vermittlungssituation zwischen einem Experten für Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken und Hören [...] sowie einem Klienten [...].“ (Maihack 2004, 208). Dabei bezieht sich die Therapie nicht nur auf den Betroffenen selbst, sondern auch auf dessen soziales Umfeld (Grohnfeldt 2007, 312). Ziel der individuumsbezogenen Therapie mit allen Altersgruppen ist die Habilitation, Rehabilitation, Integration sowie die Partizipation des vorübergehend oder dauerhaft sprachbeeinträchtigten Klienten (Maihack 2004, 209).

3.2 Die Didaktik der Sprachtherapie und die Verankerung des Provokativen Stils

In der Sprachtherapie steht das sprachliche Lernen, der Vermittlungsprozess zwischen dem Therapierenden und Therapierten, im Vordergrund, was eine Therapedidaktik substantiiert. Dabei wird unter der sprachtherapeutischen Didaktik die Wissenschaft vom Therapieren und sprachlichen Lernen in jeglichem Lebensalter verstanden, indem ein herausragender Aspekt das idiographische Vorgehen ist (Wildegger-Lack & Reber 2014, 331). Das Münchner Modell³ wurde für die Situation in der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie modifiziert und enthält als Planungsmodell sowohl Elemente lerntheoretischer, lernzielorientierter und konstruktivistischer Didaktik (Wildegger-Lack & Reber 2014, 333). Im Folgenden soll nun anhand dieses Modells dargestellt werden, wie der Provokative Stil in der sprachtherapeutischen Didaktik verankert ist, um darzulegen, auf welchen Ebenen dieser in der Therapie Anwendung finden kann.

Das Modell differenziert zwischen den sechs Planungsebenen **Intension, Inhalt, Methode, Medium, Interaktion** und **Organisation** (Wildegger-Lack & Reber 2014, 333), welche im Anschluss hinsichtlich des Einsatzes des Provokativen Stils beschrieben werden sollen. Die erste Planungsdimension, bei der auch sogleich der ProSt angewandt werden kann, ist die **Intension** und die damit einhergehende Formulierung von Therapiezielen. Auf dieser Planungsebene ist der Einbezug des Klienten von größter Bedeutung, denn nur wenn sich der Klient selbst über die Ziele der Intervention bewusst ist, wird die Therapie einen Effekt erzielen. Provokativ humorvolle Interventionen eignen sich hervorragend, um den Klienten zu motivieren und ihn bei der Zielformulierung zu unterstützen (Höfner 2011, 61). Bei der nächsten Dimension, **Inhalt**, sollen die Therapieinhalte an der Störungs- und Ressourcenlage des Klienten orientiert sein (Wildegger-Lack & Reber 2014, 333). Hierbei spielt die Methode

³ Das Münchner Modell ist ein von Reber und Schönauer-Schneider (2011) entwickeltes didaktisches Modell, das den Fokus auf die Planung sprachlicher Prozesse legt und ursprünglich für den sprachheilpädagogischen Unterricht konzipiert wurde (Wildegger-Lack & Reber 2014, 333)

der Provokation insofern eine Rolle, als dass sie es erlaubt, die Therapieinhalte in einem patientenorientierten Format zu präsentieren. Der Einsatz der bereits vorgestellten provokativen Methoden ist nicht an eine bestimmte Form gebunden und kann daher patientenorientiert sowohl während eines Regelspiels als auch innerhalb eines Rollenspiels Anwendung finden. Die nächste Planungsdimension **Methode** bezieht sich auf die konkrete Vorgehensweise des Sprachtherapeuten, welcher die Qualität und die Vielfalt des therapeutischen Handelns durch Methodenkompetenz steigern kann (Wildegger-Lack & Reber 2014, 334). Die Verankerung des Provokativen Stils in dieser Planungsdimension ist augenscheinlich, handelt es sich doch um eine spezielle Vorgehensweise, welche die Mannigfaltigkeit der sprachtherapeutischen Interventionen steigert. Dabei soll zu bedenken gegeben werden, dass der Provokative Stil nicht nur als einzelne Methode in der Sprachtherapie Anwendung finden, sondern auch in Form einer Methodenkombination in Erscheinung treten kann. Unter der Planungsdimension **Medium** werden sprachtherapeutische Mittel subsumiert, welche die Art und Weise der Vermittlung, sprich die Therapeutesprache und die Therapiematerialien, betreffen (Wildegger-Lack & Reber 2014, 334). Hierbei ist der Provokative Stil sowohl in der Sprache als auch in den Therapiematerialien konventionalisiert. Neben der direkten und unkonventionellen Sprache⁴ werden im Provokativen Stil unter Umständen auch humorvolle und herausfordernde Therapiematerialien eingesetzt. Bei der Arbeit mit Stotternden kann beispielsweise mit den „Benni“-Comics (Natke 2001) gearbeitet werden. In den pointierten Comics verhält sich der 12-jährige stotternde Benni stets frech und kontert geschickt, wodurch er auf humorvolle Art vielen Klienten ein Vorbild wird und dem Therapeuten die Möglichkeit gibt, an der Desensibilisierung der Klienten zu arbeiten. Die nächste Planungsebene, **Interaktion**, befasst sich mit der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient (Wildegger-Lack & Reber 2014, 334). Wie genau der Einsatz des Provokativen Stils dazu beiträgt, den Konnex zu verbessern, soll in Kapitel 3.5 *Chancen des Einsatzes* genauer aufgezeigt werden. Allerdings soll nun bereits betont werden, dass auch auf dieser Ebene der sprachtherapeutischen Didaktik der Einsatz des Provokativen Stils ebenfalls sinnhaft ist. Zu der Planungsdimension **Organisation** gehören die äußeren Bedingungen, wie der Ort der Therapie oder Ausgestaltung des Therapieraums (Wildegger-Lack & Reber 2014, 335), wobei die Anwendung des Provokativen Stils davon unabhängig ist.

Zusammenfassend soll die Verankerung des Provokativen Stils in der sprachtherapeutischen Didaktik übersichtlich am Modell dargestellt werden.

⁴ Die besonderen Sprachstile wurden bereits in Kapitel 2.1.5 *Techniken und Verhaltensweisen* dargestellt.

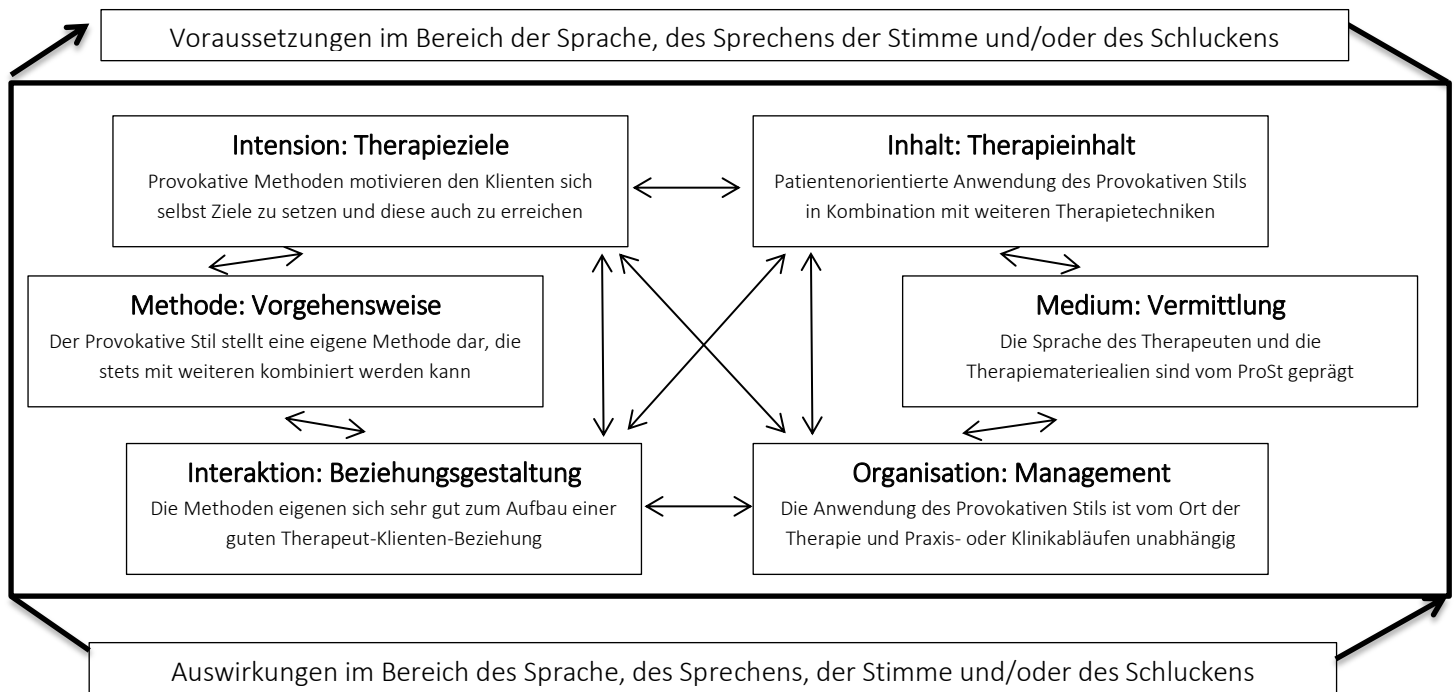


Abbildung 1- Die Verankerung des Provokativen Stils in der sprachtherapeutischen Didaktik in Anlehnung an das Münchner Modell von Reber und Schönauer-Schneider (2011).

3.3 Integration des Provokativen Stils zu bereits bestehenden Methoden

Die Anwendung des ProSts in der Sprachtherapie stellt ein Forschungsdesiderat dar. Um herauszufinden, ob die Methoden und Techniken dieses Therapiestils wirklich eine Erneuerung im sprachtherapeutischen Repertoire darstellen, soll im Folgenden versucht werden, bereits bestehende provokative und humorvolle Methoden aufzugreifen und zum Provokativen Stil in Beziehung zu setzen.

Eine Parallele kann dabei zu Zollinger (2015) hergestellt werden. Zollinger (2015, 116–117) beschreibt, welche große Bedeutung das Ansprechen von Offensichtlichem in der Sprachtherapie hat. Dabei betont sie, dass es wichtig sei, nicht zu kaschieren, wenn man ein Kind nicht verstanden habe, sondern diese Tatsache offen anzusprechen (Zollinger 2015, 117). Diese Art des Vorgehens erinnert dabei an den Grundsatz in der provokativen Therapie, dem Klienten offen Rückmeldung zu geben (Höfner & Schachtner 2013, 39).

Weiter gelang es Zollinger (1989) den Stellenwert von humorvollen und „störenden“ bzw. provokativen Interventionen in der Sprachtherapie aufzuzeigen (Katz-Bernstein 2004, 222). Wie Zollinger (2015), so beschreiben auch Kaiser-Mantel (2012, 108) und Kristen (2005, 45), wie diese Art der non-verbalen Provokation in der Therapie erfolgreich eingesetzt werden kann. Methoden, wie das absichtliche Vorenthalten eines Gegenstand oder auch die absichtliche Falschbenennung, werden meist unter dem Begriff „sabotage techniques“⁵ (Felson Duchan 2011) oder „Widerspruchsprovokation“ (Ritterfeld 2000, 419) zusammengefasst.

⁵ „Sabotage Techniques: The adult creates a problem or makes a mistake to block a goal of the child, thereby creating a context in which the child needs to communicate if he wants to overcome the difficulty and proceed with the activity.“ (Felson Duchan 2011)

Die Analogie zum ProSt kann hier direkt aufgezeigt werden, so verfolgen Sprachtherapeuten mit den Widerspruchsprovokationen dasselbe Ziel wie ein provokativer Therapeut – sie wollen Klienten aktivieren und mittels ungewöhnlicher Interventionen die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit steigern. Allerdings ist die Strategie der Widerspruchsprovokation dabei aber nicht in eine Theorie eingebettet.

Daneben hat Nitza Katz-Bernstein (2004) den Stellenwert von humorvollen Interventionen in der Sprachtherapie erarbeitet. Sie stellt dabei fest: „Je länger ich mich mit sprachgehemmten, redeflussgestörten und mutistischen Kindern befasse sowie mit neuen interaktiven Sprachentwicklungstheorien, komme ich mehr und mehr zu der Überzeugung, dass Humor in der Sprachtherapie ein ernst zu nehmendes Element darstellt!“ (Katz-Bernstein 2004, 207). Sie hat sich dabei vor allem mit der Doppeldeutigkeit beschäftigt und an Hand von kurzen Therapiesequenzen den Einsatz von humorvollen und doppeldeutigen Interventionen in der Sprachtherapie aufgezeigt (Katz-Bernstein 2004, 221–226). Auch hier sind wieder einige Parallelen zum ProSt erkennbar.

Da allerdings jeweils nur einzelne Teilaspekte des Provokativen Stils bereits in der Sprachtherapie Anwendung finden und die Intention meist nicht auf theoretischen Erkenntnissen, sondern auf persönlichen Erfahrungen beruht, soll im Folgenden versucht werden zu erarbeiten, wie es sich mit der Anwendbarkeit des Provokativen Stils in der Sprachtherapie verhält. Dabei soll aufgezeigt werden, welche Einschränkungen beim Einsatz bestehen können und welche Chancen der Provokative Stil der Sprachtherapie bietet.

3.4 Voraussetzungen und Einschränkungen

3.4.1 Die Entwicklung von Humor und Provokation

Die Anwendung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie hat dort ihre Grenzen, wo die Intervention den kognitiven Reifegrad der Kinder oder Jugendlichen übersteigt. Doppeldeutige Aussagen oder humorvolle Übertreibungen können nur dann gewinnbringend zum Einsatz gebracht werden, wenn die Empfänger diese auch begreifen können, andernfalls führt es zur Verunsicherung (Schreiner 2003, 225). Nach Fry (1994) besitzt jeder Mensch das Potenzial, humorvoll sein zu können von Geburt an, welches sich dann in der interaktionalen Wechselwirkung von Anlage und Umwelt entfaltet und dabei zu einer einzigartigen Kompetenz wird (Schreiner 2003, 115). Dabei ist die hier stark betonte genetische Komponente keinesfalls durch wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigt, allerdings scheint ein Zusammenhang von Genetik und Humor unter der Prämisse, dass für zahlreiche Persönlichkeitseigenschaften eine wesentliche genetische Disposition nachgewiesen werden konnte, evident. Unabhängig davon, wie stark die Entwicklung des Humors mit unserer Phylogenese verbunden ist, so ist die Entwicklung auf keinen Fall getrennt von der Ontogenese anderer zentraler Entwicklungslinien wie der Kognition, der Emotion oder sozialen Fähigkeiten zu betrachten (Schreiner 2003, 116). Denn Humor ist, wie Sprache, eine Kompetenz, welche erst mit dem Erwerb von bestimmten Sozialisationsfunktionen möglich ist (Katz-Bernstein 2004, 209). Äquivalent betont McGhee (1980, 60), dass viele der Pointen von Witzen und humorvollen Erzählungen auf den verschiedenen Ebenen der Sprache und der Grammatik (Phonologie, Lexikon

und Syntax) basieren, weshalb das Verstehen von Humor eng mit der Sprachentwicklung zusammenhängt. Bis heute liegt allerdings kein integrierendes Entwicklungsmodell des Humors vor, was hauptsächlich an der Uneinheitlichkeit der theoretischen Annahmen liegt (Schreiner 2003, 118).

Nichtsdestotrotz soll im Folgenden ein Überblick gegeben werden, der darstellen soll, wie der Sinn für Humor erworben und mit der Zeit ausdifferenziert wird. Dabei soll das Alter als zentraler Bezugspunkt gelten, gleichwohl sich Entwicklungsschritte selten an Geburtstage halten und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gerade durch ihre Mannigfaltigkeit entlang der Zeitachse imponiert (Schreiner 2003, 117). Im Folgenden soll deshalb eingehend erläutert werden, wie sich die humorale Entwicklung in Zusammenhang mit der Sprachentwicklung, als Grundlage für das Begreifen des Provokativen Stils darstellt. Um eine einheitliche und übersichtliche Darstellung zu gewährleisten, sollen fortlaufend zunächst der Stand der Sprachentwicklung knapp erläutert werden und darauf aufbauend die Spielentwicklung nach Zollinger (2015). Da die Entwicklung der Theory of Mind (ToM), also die Fähigkeit eigene und fremde Wünsche, Gefühle und Gedanken zu differenzieren und insbesondere benennen zu können, parallel zur Sprachentwicklung verläuft und zudem einen komplementären Aspekt der Verzahnung von kognitiver und humoraler Entwicklung darstellt, sollen auch diese Überlegungen in die folgende Darstellung miteinfließen. An diese eher lakonische Darstellung schließt sich jeweils die Darstellung der Humor- und Provokationsentwicklung an. Hierbei wird unter anderem das Stufenmodell nach McGhee (1979, 64)⁶ miteinbezogen. Ergänzend zu den grundlegenden Arbeiten McGhees und zu den Überlegungen zur ToM, welche beide den mentalen-kognitiven Aspekt betonen, bezieht Wolfstein (1954)⁷ einen weiteren Entwicklungsbereich mit ein. Vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Entwicklungstheorie und den Annahmen Freuds über den Witz und den Humor hat sie die Befragungen und Therapiestunden von 144 Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis siebzehn Jahren ausgewertet und ist dabei zu der Ansicht gekommen, dass es ein grundlegendes Motiv ist, Witze zu machen, um bedrohende und schmerzhaft Erfahrungen und Erlebnisse abzuschwächen oder in Freude umzuwandeln (Schreiner 2003, 135). Da genau in diesem Kontext der Therapie auch der Provokative Stil eingesetzt wird, um den Ängsten und Sorgen, die mit der sprachlichen Beeinträchtigung zusammenhängen, etwas den „Wind aus den Segeln zu nehmen“, sollen diese Erkenntnisse von Wolfstein (1954) ebenfalls Beachtung erfahren.

Ziel dieser Erläuterungen ist es eine übersichtliche Tabelle⁸ zu erarbeiten, mit Hilfe derer man sich anhand verschiedener Parameter einen Überblick über die humorale Entwicklung des Kindes verschaffen kann. Dies soll

⁶ Das Stufenmodell nach McGhee (1979) betont vor allem die Konnexion zwischen der kognitiven und humoralen Entwicklung und bezieht sich dabei explizit auf die Postulate der kognitiven Entwicklung nach Piaget. Auch wenn die Theorie der stufenweisen Entwicklung in den letzten Jahrzehnten vielfältige Kritik erfahren hat (z.B. Sodian 1998), so wird im Hinblick auf diese Arbeit doch den zahlreichen Befunden, die einen engen Zusammenhang zwischen dem Humorverständnis und der kognitiven Entwicklung nachweisen konnten (z.B. Gilbert 1991) mehr Gewicht beigemessen. Nach McGhee differieren die Altersangaben der Humorstufen zwar, jedoch durchlaufen alle Kinder diese Phasen sequenziell (McGhee 1979, 65).

⁷ Nachdem die Aussagen von Wolfstein (1954) einen generellen Charakter haben und sich nicht immer explizit auf einzelne Entwicklungsschritte beziehen, werden diese, zur Vermeidung von Redundanzen, nicht in jedem Altersabschnitt genannt.

⁸ Die Tabelle (Abbildung 2) befindet sich im Anhang.

dazu beitragen aufzuzeigen, ab wann man bestimmte Techniken des Provokativen Stils in der Sprachtherapie einsetzen kann. Dabei wird allerdings kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

1. Lebensjahr (0-12 Monate):

Innerhalb der Zwei-Einheit (Spitz 1967) oder der Symbiose (Mahler & Furer 1979), welche zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson entsteht, spielt die sprachliche Interaktion von Beginn an eine wichtige Rolle (Zollinger 2015, 20). Das Neugeborene äußert ab den ersten Lebenstagen einzelne Laute - ab dem sechsten Monat die ersten Lall-Laute - auf welche in auffordernder Weise reagiert werden sollte (Zollinger 2015, 229–230). Im Verlauf des ersten Lebensjahres, etwa zwischen dem neunten und zwölften Lebensmonat, kann das Kind erstmals Mensch und Ding in eine Verbindung bringen und stellt die Triangulierung zwischen sich selbst, der Bezugsperson und dem Gegenstand her. Dieser trianguläre Blickkontakt bildet für Zollinger (2015, 20–21) den Ursprung der Sprache, da von diesem Zeitpunkt an Kommentare des Erwachsenen zu Wörtern werden und sich auf etwas beziehen. Das erste Wort erlernt das Kind meist im Alter zwischen 9 – 18 Monaten (Szagun 2013, 71).

Sieht man im Lachen oder Lächeln eine ausreichende Evidenz für eine Humorreaktion, dann kann die Ontogenese des Humors bis in die ersten Lebenswochen zurückverfolgt werden (Schreiner 2003, 120). Nicht ganz einig sind sich Wissenschaftler, ab wann das „soziale Wiederlächeln“ beim Säugling auftritt⁹. Übereinstimmend wird das Lächeln aber als Reflex angesehen, der durch unspezifische Reize ausgelöst werden kann (Schreiner 2003, 121). Zwischen dem zweiten und fünften Monat entwickelt sich ein „richtiges“ lautes Lachen, das vor allem bei der Kombination von taktilen und auditiven Stimuli auftritt (Schreiner 2003, 121). Ab dem achten Monat lachen Säuglinge auch bei sozialen oder visuellen Reizen, wie zum Beispiel bei Versteckspielen. Dabei deutet das Lachen des Säuglings darauf hin, dass er allgemein Gefallen an dem Spiel findet, und kann nicht direkt als Indiz für die Lustigkeit einer Spielsituation gewertet werden (McGhee 1979, 48). Betrachtet man die Fähigkeit, Inkongruenzen wahrnehmen zu können, als kognitive Basis für die Entstehung für Humorreaktionen, so könnte man nach Wicki (2000) durchaus das Lachen des Säuglings als Humorreaktion interpretieren, wenn das Kleinkind ab dem vierten Lebensmonat über eine sensomotorische Repräsentation verfügt. Durch das Auftauchen und Verschwinden von bekannten Repräsentationen in einem spielerischen Kontext, wie z.B. beim „Guck-guck-Spiel“, kommt es zu einem solchen Inkongruenzerleben. Die Eltern und der Säugling lachen aber beide auf Grund dieses Widerspruchs und festigen so ihre zwischenmenschliche Beziehung (Schreiner 2003, 121). Bezieht man weiter die Entwicklung der ToM mit ein und bedenkt, dass ab dem neunten Lebensmonat durch den Aufbau innerer Repräsentationen auch eine Vorstellung entwickelt wird, was andere zum Lachen bringt, dann muss dies wohl als die Basis für die humorale Entwicklung gesehen werden. Aufbauend auf diese Überlegung meint Reddy (1991), dass der Vorläufer in der Entwicklung des Humors in dem Lachen des

⁹ Hierbei schwanken die Angaben zwischen direkt nach der Geburt (Challamel et al. 1985), zwei Wochen nach der Geburt (Shaibani et al. 1994) und circa sechs bis acht Wochen nach der Geburt (Bühler 1967) (Schreiner 2003, 120/121).

Säuglings über das Unerwartete in einer spielerischen Situation steckt (Schreiner 2003, 122).

Dass Lachen oder Lächeln eine notwendige hinreichende Bedingung für Humor darstellt, wird in einigen Studien, in denen kein Zusammenhang zwischen Lachen und der Lustigkeit einer Situation nachgewiesen werden konnte, bezweifelt (Schreiner 2003, 121).

Ungeachtet der Diskussion, ob das Lachen des Säuglings schon als Zeichen für dessen Humor gewertet werden kann, begegnet dem Säugling beinahe vom ersten Tag der Geburt an die humorvolle und liebevolle Provokation in der Kommunikation. Die Bezugspersonen führen dadurch eine Dimension in der Kommunikation ein, welche warnt und verbietet. Dies geschieht allerdings mit einer sehr großen Milde, einer liebevollen Stimme und auch einem verschmitzten Grinsen im Gesicht, so dass das Kind sehr früh die Doppeldeutigkeit in der Kommunikation zu verstehen lernt. Sagt eine Mutter zu ihrem Kind „Nein, Nein, man spuckt doch nicht die Mama an, das weißt du doch schon!“ und zeigt gleichzeitig durch Mimik, Gestik und einer beschwichtigenden Prosodie, dass es nicht ernst gemeint ist, dann können bereits Säuglinge in den ersten fünf Monaten zwischen dem eigentlich Gesagten und dem Gemeinten unterscheiden (Katz-Bernstein 2004, 212–213). Demnach sind es genau diese frühen Erfahrungen des Kindes, welche sich der Therapeut später zu Nutze macht. Im ersten Lebensjahr lernt der Säugling aber noch eine andere Art einer affektiv-überzeichneten und prosodisch-markanten Kommunikation kennen, nämlich die „Als-ob“-Kommunikation, welche der Einführung einer doppelten Kommunikationsebene gleichkommt (Katz-Bernstein 2004, 215). Katz-Bernstein (2004, 215) betont, dass bereits in sehr frühen Monologen, eine „Als-ob“-Ebene geschaffen wird, welche mit dem Alter des Kindes fortlaufend ausdifferenzierter wird und dem Kind von klein auf die Botschaft vermittelt: „Das ist nur ein Spiel.“ Je mehr das Kind auf solche Monologe mit Gurren, Lallen oder intendiertem Zappeln reagiert, umso mehr werden die Interaktionen als kommunikativ sinnvolle Handlungen miteinbezogen, und das Kind erlebt sich zunehmend als eigenwirksam und lernt, dass es in das Geschehen eines Gespräches eingreifen kann und es selbst mitgestalten kann (Katz-Bernstein 2004, 215). Humorvolle, provokative und auch paradoxe Handlungen werden durch das Einführen dieser doppelten Kommunikationsebene erst möglich. Zusammenfassend kann betont werden, dass sprachlich-kommunikativen Regeln in einer spielerischen „Als-ob-Ebene“ eingeführt werden und dort geübt und verstärkt werden (Katz-Bernstein 2004, 216). Was aber im Kontext dieser Arbeit noch viel wichtiger erscheint, ist, dass diese Art der Interaktion, diese doppelten Realitäten, dem Kleinkind als Motivation dienen, sich in diesen frühen und bedeutenden Interaktionen verständlich zu machen (Katz-Bernstein 2004, 217). Genau diese intrinsische Motivation macht sich ein Therapeut zu Nutze, wenn er dem Kind einen Gegenstand vorenthält und es durch diese Handlung dazu provoziert, Blickkontakt aufzunehmen oder den Gegenstand zu benennen.

2. Lebensjahr (12-24 Monate):

Der Beginn des Wortschatzerwerbs um den ersten Geburtstag herum spielt im zweiten Lebensjahr eine wichtige Rolle. Der Wortschatz nimmt im Alter zwischen 17 und 25 Monaten weiter zu, bis die ersten Zweiwortäußerungen zwischen dem 17. und 27. Monat produziert werden (Szagun 2013, 71). Im Alter zwischen

12 und 15 Monaten ist das Sprachverständnis noch weitestgehend an das Handeln gebunden, wohingegen zwischen dem 15. und 24. Monat das Kind die Bezeichnung von Gegenständen auch losgelöst von der Handlung zuordnen kann (Zollinger 2015, 228–229). Die Spiele sind in dieser Lebensspanne durch die erworbene Objektpermanenz geprägt (Zollinger 2015, 22). Der trianguläre Blickkontakt spielt in diesem Zusammenhang auch im zweiten Lebensjahr eine wichtige Rolle, indem er in Handlungs- und im sozial-kommunikativen Bereich die Basis für viele weitere Entwicklungsschritte bildet (Zollinger 2015, 23). In dieser frühen Phase ist bei Kindern auch das „Geben-und-Nehmen-Spiel“ hoch im Kurs, welches als Vorreiter für das spätere turn-taking in Dialogen gilt (Zollinger 2015, 24). Dabei enthalten die Bezugspersonen dem Kind auch hin und wieder einen Gegenstand vor und spielen so mit der Frustrationstoleranz und dem Aufmerksamkeitsbogen des Kindes. Dieses „störende“ Verhalten der Eltern wirkt auf den ersten Blick paradox und wenig förderlich für eine gelungene Kommunikation, dennoch ist es genau dieses Vorenthalten, welches das Kind dazu bringt, seine hinweisenden, symbolisch-deiktischen Gesten zu verstärken und es dadurch auf spielerische Art die Wirksamkeit seiner Kommunikation erleben lassen (Katz-Bernstein 2004, 216).

Nach dem Stufenmodell von McGhee startet die Humorentwicklung im zweiten Lebensjahr, wenn das Kind beginnt, Inkongruenzen zu beobachten und daran Gefallen findet (McGhee 1979, 66). Ebenfalls in diesem Lebensabschnitt, etwa ab dem 14. bis 18. Monat, bereitet es dem Kind eine unbändige Freude, bestimmte Objekte zweckentfremdet zu benutzen. Wenn aus einer Flasche ein Telefon wird und damit ein Widerspruch zu Realität bekundet wird, zappeln und lachen die Kleinkinder (McGhee 1979, 67). Bevor das Kind an Inkongruenzen gefallen findet, muss es daher ein entscheidendes Element erlernen: das Spiel (McGhee 1979, 61). Nur wenn sich das Kind auf einer selbst geschaffenen spielerischen Ebene befindet, kann es mit den Inkongruenzen experimentieren. Der Humor entwickelt sich dabei sowohl im Gedankenspiel mit den Inkongruenzen, als auch im Spiel mit Gegenständen (McGhee 1979, 63). Unter anderem McGhee postuliert, dass sich die Wurzeln des Humors in der Entwicklung des Symbolspiels befänden (Schreiner 2003, 121). Dabei liegt die Annahme zu Grunde, dass das Kind erst ab dem Alter von 12 – 13 Monaten über notwendige kognitive Fähigkeiten verfügt, selbst immer mehr lustige Szenen zu kreieren und dadurch nicht mehr weiter nur ein „passiver Humorrezipient“ bleiben (Schreiner 2003, 123). Gegen Ende des zweiten Lebensjahres erlauben es die ausdifferenzierten sprachlichen Fähigkeiten, Inkongruenzen nicht nur wahrzunehmen, sondern auch selbst sprachlich zu kommunizieren. Damit erreichen die Kinder die zweite Stufe des Modells nach McGhee, wodurch deutlich wird, wie eng die Sprachentwicklung mit der humoralen Entwicklung verknüpft zu sein scheint (McGhee 1979, 68). Welche Auswirkungen diese wechselseitige Beziehung auf das Verständnis von Humor und auf die gesamte humorale Entwicklung von Kindern mit einer verzögerten Sprachentwicklung hat, soll im nächsten Kapitel gesonderte Beachtung erfahren.

3. Lebensjahr (24- 36 Monate):

Der Wortschatz wird nun stark ausgebaut (Wortschatzspurt) und auch die Äußerungslänge nimmt langsam zu

(Szagun 2013, 71). Im dritten Lebensjahr beginnt sich das Symbolspiel zu entwickeln, dank der fortgeschrittenen kognitiven Entwicklung, die es dem Kind ermöglicht, dass Spielhandlungen nicht mehr direkt an vorhandene Gegenstände geknüpft sind (Zollinger 2015, 32).

Besonders wichtig für die Anwendung des Provokativen Stils ist aber die Frage, ab wann ein Kind erkennt, ob ein hervorgebrachter Satz das Signal für eine lustige und humorale Spielepisode ist oder ob er wörtlich genommen werden muss. Antwort darauf findet man bei Tarski (1969), der davon ausgeht, dass bereits ein zweieinhalbjähriges Kind über zwei Ebenen der Spracherkennung verfügt. Zum einen die „object language“; welche die Fähigkeit umfasst, durch den Vergleich mit den Aussagen im bisher erworbenen Referenzsystem Wahres von Unwahrem zu differenzieren, und zum anderen die „meta language“, welche die Erkenntnisse der ersten Analyse noch einmal überprüft und den Wahrheitsgehalt dieser Erkenntnis verändern kann (Schreiner 2003, 123). Bezieht man hierzu den „theory of mind mechanism“, welcher es dem Kind erlaubt, eine verborgene Absicht hinter einer Aussage zu erkennen, mit ein, dann kommt man zu dem Schluss, dass das Kind den Aussageinhalt und die -intention („proposition and propositional attitudes“) prüft (Schreiner 2003, 123). Gemäß den Überlegungen, dass ein zweijähriges Kind bereits in der Lage ist, empathisch zu handeln, würde es auch über die mentale Voraussetzung verfügen, sich gezielt humoral zu verhalten (Schreiner 2003, 133). Ausgehend von dieser Überlegung und unter Einbezug der Untersuchungen von Baron-Cohen (1997), welche belegen, dass bereits zweijährige Kinder eine Analyse von Aussageinhalt und -intention vollziehen können und das ohne dabei auf nonverbale Informationen zurückgreifen zu müssen, könnte man behaupten, dass es diesem Kind möglich wäre, den Provokativen Stil zu verstehen. Zumal sich diese Differenzierungskompetenz auch bei Kinder mit Lernschwierigkeiten zeigt, also relativ unabhängig von dem intellektuellen Reifegrad zu sein scheint (Schreiner 2003, 123). Eine Einschränkung zeigt sich aber bereits in diesem frühen Alter bei autistischen Kindern, welche die hinter einer Botschaft liegende Aussageintention nicht erkennen können (Schreiner 2003, 123).

4.-6. Lebensjahr (3 – 5 Jahre):

Im Alter zwischen drei und fünf Jahren nimmt der Wortschatz weiterhin zu, wobei komplexere Strukturen wie das Passiv erworben werden und Satzgefüge zu Tage treten (Szagun 2013, 72). Die ToM postuliert die Annahme, dass das dreijährige Kind gewisse Faustregeln über Begriffe wie Denken, Wissen und Wünschen hat. Dabei ist es dem Kleinkind nun möglich zu beurteilen, ob jemand von einer gewissen Sache Kenntnis hat oder nicht. Zudem lernen die Kinder in diesem Entwicklungsschritt, dass ihre Annahmen nicht immer mit den Annahmen anderer deckungsgleich sein müssen. Hierin liegt auch die Fähigkeit begründet, falsche von richtigen Behauptungen trennen zu können und den Spaß zu erkennen. In Untersuchungen konnte ein erheblicher Alterseffekt bei Drei- bis Fünfjährigen im Erkennen dieses „humorous false-belief“ festgestellt werden (Schreiner 2003, 134). Da das Repräsentationsspiel sehr eng mit dem jeweiligen Niveau der Sprachentwicklung verknüpft ist und die Spielentwicklung ihrerseits eine enge Verbindung zur Entwicklung von Humor aufweist, soll kurz auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Symbolspiels und des Humors in diesem Alter eingegangen werden.

Eine Gemeinsamkeit ist dabei ganz offensichtlich, wenn man bedenkt, dass im Humor, wie im Symbolspiel, ein lustvolles Loslösen von der Realität stattfindet (Schreiner 2003, 124). Dabei sind sich Kinder im „Als-ob“- Spiel der Inkongruenzen und dem Widerspruch zur Wirklichkeit stets bewusst und scheinen dies zu genießen, ohne dass durch diese Widersprüche Ängste in Bezug auf die Realitätserfahrung auftreten (Schreiner 2003, 124).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Entwicklungslinien des Humors und des Symbolspiels tritt im Laufe des dritten Lebensjahres auf. Mit drei Jahren erfährt das Symbolspiel nach Wolfstein (1954) eine Wende, in dem es einen ernsten Charakter annimmt. In dem Spiel des Dreijährigen, in dem er sich eine Art kompensatorische Welt aufbaut, um Ängste, Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und zu bewältigen, steht das Inkongruenzerleben nicht mehr im Vordergrund, da das Kind nun ganz in seiner Spielrolle aufzugehen scheint und den unmittelbaren Eindruck des Inkongruenzerlebnisses verliert (Schreiner 2003, 124). Diese Wandlung in der Spielentwicklung hat natürlich eine große Bedeutung für die Anwendung des Provokativen Stils. Verliert sich ein Kind im Rollenspiel und nimmt die Inkongruenzerlebnisse nicht mehr direkt wahr, weil ganz andere Facetten des Spiels interessant sind, dann verfehlt die provokative Intervention ihre Wirkung kolossal. Obwohl sich also Humor und Symbolspiel in der kindlichen Entwicklung voneinander weg bewegen, bleibt zwischen Humor und dem Spiel per se ein essentieller Verbindungsstrang bestehen. Dies beschreibt McGhee (1979, 103) treffend: „Humor ist the logical result of a playful form of behavior to the more abstract intellectual sphere of ideas.“ Die grundsätzliche Fähigkeit des Kindes, in Inkongruenz zu denken, ohne dass dabei die zugrunde liegenden kognitiven Schemata verändert werden („fantasy assimilation“ (McGhee 1979, 103)), stellt eine sehr komplexe kognitive Leistung dar (Schreiner 2003, 125). Das Kind muss also die Fähigkeit besitzen, Hinweise wahrzunehmen, ob es auf Grund einer Aussage oder einer Handlung seine kognitiven Schemata verändern muss, oder ob die Inkongruenz nur zur Erheiterung beitragen sollte. Bei Kleinkindern bis etwas drei Jahren ist es das Lächeln der Bezugsperson, welches dem Kind anzeigt, ob eine potenziell aggressive Handlung (z.B. Kitzeln) oder eine eventuell tadelnde Aussage (z.B. Schimpfen) liebevoll gemeint ist oder nicht. In diesem Zusammenhang bezeichnet Eibel-Eibesfeldt (1967) das Lächeln als einen „Aggressionspuffer“ und die Mimik als Spielgesicht. Genau dieses Spielgesicht begegnet dem Klienten bei einem provokativen Therapeuten, der seine harten und anklagenden Vorwürfe, Übertreibungen und scherzhaften Bemerkungen immer mit einem liebevollen und wohlwollenden Gesichtsausdruck darbietet. Diese frühen kindlichen Erfahrungen spielen also ebenfalls eine entscheidende Rolle in der Anwendung des Provokativen Stils. Ab dem vierten Lebensjahr verändert sich aber auch diese Wahrnehmung von Hinweisreizen. Im Alter zwischen drei und vier Jahren erlernen die Kinder die Fähigkeit, auch bei ernsthaften Behauptungen ohne das Spielgesicht verbale und nonverbale Hinweisreize zu analysieren und so zwischen einem Scherz und der Wahrheit zu unterscheiden (Schreiner 2003, 125).

Mit dem vierten Lebensjahr erreichen die Kinder die dritte Stufe des Modells nach McGhee, in der vor allem der fortgeschrittenen Sprachentwicklung eine große Rolle zu kommt (McGhee 1979, 72). In diesem Alter scheint es

dem Kindergartenkind die größte Freude zu bereiten, Gegenstände falsch zu benennen und mit den erworbenen semantischen Kategorien zu spielen (z.B. eine Katze und trinkt gerne Milch), und dabei besonders ist das Zuordnen von falschen Attributen und Eigenschaften (z.B. die Katze trinkt gerne Cola) (Katz-Bernstein 2004, 218). Bedeutend dabei ist, dass sich die Kinder, welche eine solche Falschbenennung produzieren, sich auf die verbale doppeldeutige Kommunikationsebene, also auch die „Als-ob-Ebene“ verlassen. Dabei kehrt die Falschbenennung von Objekten wieder, es werden ganze Sprachen erfunden, oder ein Tag wird zum „Gegenteiltag“ erklärt, an dem immer das Gegenteil von dem, was man sagt, gemeint ist. McGhee (1979, 72) betont in diesem Zusammenhang, dass das Falschbenennen von Objekten eher der Stufe zwei der humoralen Entwicklung entspreche, aber das falsche Attribuieren der dritten Stufe zuzuordnen ist, da das Spiel mit den semantischen Kategorien eine sehr komplexe Leistung darstellt. In dieses Bild fügen sich auch die Beobachtungen von Martha Wolfstein, die gut 25 Jahre vor den Untersuchungen McGhees veröffentlicht wurden. Diese zeigen, dass Kinder in diesem Alter das Konzept zwischen „einen Namen haben“ und „der Name sein“ verstanden haben und das Spiel mit diesem erworbenen Wissen den Kindern viel Freude bereitet (McGhee 1979, 73–74). Dass Sprache in dieser Entwicklungsstufe auch Autonomie und Freiheit für die Kindergartenkinder bedeutet, kann man besonders an der große Freude im Einsatz von Kraftwörtern oder sexualisierten Ausdrücken sehen, welche in vermeintlicher Abwesenheit von Erwachsenen in einer Gruppenunterhaltung entstehen, erkennen (Katz-Bernstein 2004, 218). Ab dem Alter von vier Jahren belustigen sich Kinder an sehr ähnlichen humoralen Aktionen, wie bereits bei den Dreijährigen beschrieben. Auffallend ist aber, dass insbesondere intellektuell und sprachlich weit entwickelte Kinder es nun bereits vermögen, einen aggressiven Humor gegen andere zu richten, und dafür Anerkennung von Gleichaltrigen bekommen (Schreiner 2003, 127).

6-12 Jahre:

Im Stufenmodell von McGhee erreicht das Kind mit circa sieben Jahren die vierte und letzte Stufe der humoralen Entwicklung (McGhee 1979, 76). Es kann nun logische Zusammenhänge ungeachtet der Wahrnehmungsmodalität begreifen. Gemäß Piaget (1969) ist die Fähigkeit zum konkret operationalem Denken erworben, und das Schulkind ist somit in der Lage, Doppel- oder Mehrdeutigkeiten von Worten gleichzeitig zu erfassen (Schreiner 2003, 138). Durch die ebenso in diesem Alter erworbene Fähigkeit zu antizipieren, ohne dass bestimmte Vorgänge bildlich oder wörtlich vorgegeben sind, gelingt es nun, abstrakte Inhalte und implizite Inkongruenzen zu verstehen (Schreiner 2003, 138). Das Schulkind besitzt nun durch diese erworbenen Fertigkeiten intellektuelle Handlungskompetenzen, die es gerne und häufig einsetzt, um aktional (Necken und Streiche spielen), verbal (Scherzen, Witze erzählen) und gedanklich (Ironisieren) humorvoll zu agieren (Schreiner 2003, 138). Eben diesen humoralen Werkzeugen bedient sich der Therapeut bei der Anwendung des Provokativen Stils. Er neckt das Kind, scherzt über Störungsmerkmale und agiert somit auf der Handlungsebene des Kindes.

Weiter ist für die Anwendung des Provokativen Stils besonders die Tatsache wichtig, dass das sechsjährige Kind

bereits einfache ironische Bemerkungen verstehen kann, da es nun die Fähigkeit erworben zu haben scheint, sich in andere hineinzusetzen und aus deren Perspektive sich selbst betrachten zu können. Zur Entschlüsselung der ironischen Aussage, welche aus zwei Sprachebenen, einer direkten und einer indirekten Sprachebene, besteht, bezieht das Kind die Prosodie, die Betonung einzelner Wörter und den logischen Zusammenhang des Gesagten mit ein (Schreiner 2003, 128). Auf der expressiven Seite erwerben Kinder zunächst die Möglichkeit, das Stilmittel der Ironie zur Äußerung von Kritik einzusetzen und erst circa zwei Jahre später erfassen sie den humoralen und lustigen Charakter der Ironie (Schreiner 2003, 128). Die absurde und paradoxe Seite einer Eigenschaft ironisch aufzuzeigen, eine Methode, die auch im Provokativen Stil einen gewissen Raum einnimmt, ist also bereits vom Sechsjährigen zu verstehen. Wolfstein (1954) entdeckte in ihren Untersuchungen einen Wandel in der Form der Humorpräsentation mit sechs Jahren. Während zuvor der Witz hauptsächlich in der Verbindung mit der Bewältigung innerpsychischer Konflikte als Motiv agierte, entdeckt das sechsjährige Kind nun den sozial kommunikativen Aspekt des Humors. Ab sieben Jahren werden die meisten Witze mit pointierter Paradoxie verstanden, und auch die emotionalen und kognitiven Entwicklungsvorgänge, die mit der Einschulung verbunden sind, haben direkte Auswirkung auf den Humor. Wiewohl Therapeuten in einer Gruppentherapie oder auch Lehrer häufig die Befürchtung haben, dass durch einen kollektiven Lachanfall die Ernsthaftigkeit der Lektion auf der Strecke bleibt, so muss betont werden, dass Lachen entwicklungssinnhaft ist. Kinder im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren gebrauchen Humor und Provokation vornehmlich in Situationen, in denen sie Grundbedürfnisse abdecken wollen oder Entwicklungsaufgaben zu bewältigen versuchen (Schreiner 2003, 141). So konnte von Kauke (1996) festgestellt werden, dass das Bedürfnis nach Aufmunterung, Erheiterung und Steigerung des Lebensgefühls, das Bedürfnis nach Kontakt und nach Ausleben von Wut in sozial akzeptabler Weise, Selbstbehauptung, Macht und Distanzierung und das Verlangen nach Selbstkonstituierung der Persönlichkeit über Identifikationsprozesse die hauptsächlichsten humoralen Triebfedern sind (Schreiner 2003, 141- 143). Zudem konnte in den Untersuchungen von Kauke (1996) festgestellt werden, dass dem Genannten ein weiterer Aspekt zugefügt werden muss, nämlich das Entlastungslachen (Schreiner 2003, 143). Dieses Entlastungslachen findet man besonders bei Kindern dieser Altersgruppe, wenn sie über angstauslösende Begebenheiten, belastende Erlebnisse oder Tatsachen oder über allgemeine Sorgen und Ängste sprechen. Ähnlich wie bei der auch bei vielen Erwachsenen gebräuchlichen, indirekten Kommunikation bei Themen wie Sexualität oder Aggressivität gelingt es Kindern, durch das Entlastungslachen in diesem Alter Tabubereiche anzusprechen. Das Bedürfnis der Kinder mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen, wird motiviert durch das Wissen, dass geteilte Ängste einen großen Teil ihres Schreckens verlieren (Schreiner 2003, 144). Diese Motivation macht sich der Therapeut bewusst, wenn er Ängste und Sorgen hinsichtlich der Sprach- oder Sprechstörung offen anspricht. Geschieht das auf eine humorvolle oder liebevoll provokative Art, dann wird dem Kind die Tür dafür geöffnet, selbst auf humorvolle oder provokante Weise zu reagieren, und es kann somit in der kindeseigenen Art agieren. Hier kann also im Sinne von Wolfstein (1954)

davon gesprochen werden, dass dem Humor ein Bewältigungsmechanismus innewohnt. Dieser aufgezeigte Zusammenhang zwischen Entwicklungsaufgaben, Psychopathologie und dem Bedürfnis nach humorvollen Interventionen bleibt bis ins Erwachsenenalter erhalten (Schreiner 2003, 153).

Ab 12 Jahren oder Humor in der Adoleszenz:

Es gibt wohl keinen Altersabschnitt im menschlichen Leben, der enger mit dem Begriff Provokation assoziiert wird, als die Pubertät. Provokative Kleidung und Accessoires und das Spiel mit den Grenzen sind in diesem Altersabschnitt mehr als beliebt. Dennoch enden die meisten kognitiv orientierten Forschungsbemühungen in der Humorforschung mit diesem Alter, da gemäß dem Entwicklungsmodell von Piaget (1969) die Stufe des formal-operationalen Denkens mit 11 Jahren erreicht wird, welche dem Jugendlichen ein abstraktes und hypothetisches Denken ermöglicht. Da der Heranwachsende nun also auf der Stufe der Erwachsenen angekommen zu sein scheint, wird seinem Humor keine gesonderte Bedeutung mehr beigemessen. Eine irrtümliche Entscheidung, wenn man beachtet, dass 25% der Bevölkerung die formal-operative Stufe nie erreichen (Fend 2000), und Erfahrungen mit Jugendlichen bedenkt, deren Humor bereits bei einer naiven Beobachtung Unterschiede zu dem eines Erwachsenen oder dem eines Kindes aufzeigt (Schreiner 2003, 157). Jugendliche sind im Vergleich zu Kindern selbstreflexiver, wenn auch noch nicht so selbstbeherrscht wie die meisten Erwachsenen. Weiter verfügen Adoleszente über Meta-Wissen über das eigene Denken und Handeln, welches ihr provokatives Handeln und ihren Humor im erheblichen Maß beeinflusst. Die Motive, humorvoll zu sein, ähneln den Motiven der Sechs- bis Elfjährigen und stehen auch in der Adoleszenz in Verbindung mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (Schreiner 2003, 158). Dabei nutzen die Heranwachsenden Humor als Copingstrategie, um der aufgrund der physischen und psychischen Umstrukturierungsprozesse erhöhten Vulnerabilität des seelischen Gleichgewichts entgegenzuwirken. Neben den adaptiven Wirkungsweisen von Humor in der Adoleszenz muss auch die maladaptive Ausformung erwähnt werden, welche negative Auswirkungen auf das psychische Befinden entfalten kann. Die verschiedenen Formen des sozial destruktiven Humors sind in Form von humoral-abfälligen Kommentaren durch andere oder Spott allgegenwärtig. Dabei betont Schreiner (2003, 162), dass die ausdifferenzierten Sprachfertigkeiten und kognitiven Möglichkeiten ein idealer Nährboden für eine solche unerwünschte Form des Humors darstellt. Im therapeutischen Kontext besonders bedeutend sind dabei nicht nur die humoralen Mobbingattacken, welche Jugendliche in ernsthafte psychische Krisen stürzen können, sondern auch die sarkastischen oder übermäßig ironisierenden Selbstkommentare, welche zur Selbstabwertung führen (Schreiner 2003, 162). Wolfsteins (1954) Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass sich im Verlauf der Kindheit zwar die Technik des Humors immer weiter ausdifferenziert und sich der Inhalt dem Alter anpasst, aber dass das Motiv im Grunde genommen gleich bleibt. Das plakative Zitat von Martin (1998, 56) „Sag mir, worüber Du lachst, und ich sage Dir, was Dich beschäftigt“ pointiert die Annahmen Wolfsteins, dass die jeweilige expressive Humorrepräsentation im Einzelfall

einen unmittelbaren Einblick in die zentralen Bereiche der emotionalen Entwicklung und Gestimmtheit des Kindes oder des Jugendlichen geben (Schreiner 2003, 136).

Abschließend kann betont werden, dass in allen Altersstufen Humor und Provokation entwicklungs-sinnhaft sind. Ist man sich dessen beim Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie bewusst, dann kann dieser seine volle Wirkung entfalten.

3.4.2 Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Störungsbilder

Nicht nur hinsichtlich des Alters der Klienten bestehen Einschränkungen in der Anwendung des Provokativen Stils. Durch die Analyse von Forschungsergebnissen aus Bezugswissenschaften soll herausgearbeitet werden, bei welchen Störungsbildern¹⁰ der Klienten ebenfalls Vorsicht geboten ist. Diese Erläuterungen sollen dabei keinesfalls kausale Rückschlüsse vom Störungsbild auf die Anwendbarkeit ermöglichen, sondern eine erste Hilfestellung und Orientierung in der Praxis geben.

So verhält es sich, dass depressive Klienten in der Regel eine verminderte Fähigkeit zeigen, humorvoll zu agieren (Thorson et al. 1997, 614). Auch wenn das Krankheitsbild der Depression keine direkte Indikation für eine sprachtherapeutische Behandlung darstellt, so weisen einige Störungsbilder, wie z.B. die psychogene Dysphonie, eine hohe Komorbidität auf (Böhme 2003, 301).

Im Allgemeinen können Defizite im Verständnis und der Produktion von Humor bei neuronalen Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns auftreten (Schreiner 2003, 189). So wurde durch Studien ein verändertes Humorverständnis bei Klienten mit Alzheimer bestätigt (Schreiner 2003, 189). Weiter zählen die Aphasien zu den am häufigsten behandelten neuronalen Sprachstörungen. Hier zeigt sich die bereits aufgezeigt enge Verknüpfung von Sprache und Humor besonders deutlich. Aphasien treten meist nach Schädigungen in der linken Hemisphäre auf (Goldenberg 2007, 95). Unter der Prämisse, dass die linke Hemisphäre für das Verständnis von verbalem Humor primär verantwortlich ist Tait (1985, 107) und die rechte Hemisphäre lediglich ein Primat der Humorverarbeitung darstellt (Schreiner 2003, 190), kann man behaupten, dass Klienten mit einer Aphasie, natürlich abhängig von Schweregrad und genauem Störungsort, Schwierigkeiten im Humorverstehen haben. Aber nicht nur Störungen in der linken Gehirnhälfte werden mit der Unfähigkeit, Humor zu verstehen, assoziiert. Untersuchungen aus den 80er Jahren deuten darauf hin, dass auch Schädigungen in der rechten Hemisphäre dazu führen können, dass davon Betroffene Doppeldeutigkeiten oder Ironie nur noch bedingt verstehen können (z.B. Bihle et al. 1986; Ross 1993) (Schreiner 2003, 191). Shammi & Stuss (1999) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass bei Erwachsenen mit Schädigung des rechten Frontallappens eine erhebliche Beeinträchtigung sowohl in der Wahrnehmung als auch in der angemessenen Reaktion auf humorale Stimuli besteht. Der schlüssigen Argumentationskette von Shammi & Stuss (1999) folgend, spielt der rechte

¹⁰ Um einen Überblick zu geben, wird im Folgenden stets auf die für das jeweilige Störungsbild charakteristischen Merkmale Bezug genommen, ohne dabei die große Variabilität innerhalb der einzelnen Störungsbilder auszuklammern.

Frontallappen, vor allem auf Grund seiner anatomischen Lage, eine zentrale Rolle bei der Verarbeitung von indirekter Kommunikation, wie Sarkasmus, Ironie und affektive Zwischentönen – bildet also so gesehen eine Voraussetzung für das Verstehen des Provokativen Stils. Trotz der stichhaltigen Argumentation von Shammi & Stuss (1999) konnte in weiteren Forschungsbemühungen (z.B. Heath & Blonder 2005, 267–276 und Paul 1998) keine solche Hemisphärenprävalenz des Humorverstehens nachgewiesen werden (Schreiner 2003, 192). Mit Hilfe von FMRI- Studien konnte von Gallagher et al. (2000) allerdings eine erhöhte Gehirnaktivität bei der Verarbeitung von Humor im Bereich des Präfrontalen Cortex festgestellt werden (Schreiner 2003, 191). In dieses Bild fügen sich die Forschungsergebnisse von Shamay et al. (2002, 558), welche eine Einschränkung beim Verstehen von Sarkasmus bei Klienten mit Schädigungen im Präfrontalen Kortex feststellen konnten. Dabei konnte weiter eruiert werden, dass diese Schwierigkeiten nach Schädigungen in beiden Hemisphären auftraten (Shamay et al. 2002, 558). Schädigungen im Präfrontalen Cortex kommen im sprachtherapeutischen Kontext zum einen nach Verletzungen, wie dem Schädel-Hirn-Trauma (SHT), vor. Zum anderen ist die frontotemporale Demenz, beziehungsweise die primär progressive Aphasie (PPA), ein sprachtherapeutisches Störungsbild in Folge einer progressiven Erkrankung mit Atrophie im Frontal- und Temporallappen (Gorno-Tempini et al. 2011, 1006). Der Zusammenhang zwischen dem Humorverstehen und Gehirndysfunktionen bei Kinder und Jugendlichen wurde von Docking et al. (2000) untersucht. Die Untersuchung bezog sich auf neun Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren nach einem SHT, denen Bilderwitze präsentiert wurden, welchen sie verbale Erklärungen für die Witzigkeit der Bilder in einem Multiple-Choice Verfahren zuordnen mussten. Die Ergebnisse zeigten, dass die Versuchspersonen sehr viel mehr Mühe hatten, diese Aufgabe zu bewerkstelligen, als die Kontrollgruppe. Interessant aus sprachtherapeutischer Sicht ist, dass die Schwierigkeiten den sprachlichen Humor zu verstehen und erklären zu können, dabei mit den traumabedingten Sprachbeeinträchtigungen positiv korrelierten (Docking et al. 1999, 971). Äquivalent legten Bosco & Angeleri (2012, 151–152) in ihrer Studie mit SHT- Klienten dar, dass diese Kohorte nicht mehr in der Lage ist, Doppeldeutigkeiten, Sarkasmus, indirekte Sprachakte, Ironie und Humor zu verstehen. Referierend wurde festgestellt, dass durch das unglückliche Zusammenspiel mehrerer Defizite und auf Grund der genannten Beeinträchtigungen dieser Klienten große Einschränkungen in der sozialen Interaktion bestehen (Bosco & Angeleri 2012, 154). Aber nicht nur in Folge einer pathophysiologischen Veränderung des zentralen Nervensystems kann es zu Einschränkungen in der Anwendung des Provokativen Stils kommen. Ebenso kann ein eingeschränktes Humorverständnis auch bei Entwicklungsstörungen oder Autismus¹¹ auftreten. In diesem Kontext zeigt die Untersuchung von Baron-Cohen (1997), dass autistische Kinder zwar altersgemäß in der Lage sind, richtige von falschen Aussagen zu unterscheiden, aber sie die falschen Aussagen nicht als Witz oder Spaß identifizieren können. Dieses Ergebnis reiht sich in den allgemeinen Forschungskonsens ein, dass Klienten im Autismusspektrum, auf Grund der Schwierigkeiten in der ToM-Entwicklung, kein

¹¹ Autismus zählt zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen mit klinisch heterogenem Erscheinungsbild. Mit dem Begriff Autisten sind deshalb stets Personen im Autismusspektrum gemeint, die bestimmte Gemeinsamkeiten innerhalb ihres Störungsbildes aufweisen. Das zentrale, alle Ausprägungsformen verbindende Merkmal liegt im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation.

Verständnis für Ironie und Sarkasmus entwickeln können (Schreiner 2003, 194). Jedoch besteht auch in der Gruppe der Autisten kein heterogenes Bild. So konnte von St. James & Tager-Flusberg (1994) nachgewiesen werden, dass es Autisten sehr wohl gelingen kann, z.B. Lügen von Späßen zu differenzieren, wobei diese Fähigkeit positiv mit dem sprachlichen Entwicklungsstand korreliert. Jedoch waren auch sprachlich weit entwickelte Kinder im Alltag nicht in der Lage, Ironie und Witz aktiv einzusetzen (Schreiner 2003, 194). Folglich wäre eine Anwendung des Provokativen Stils in verbaler Form in diesem Bereich der Entwicklungsbeeinträchtigung eher als kontrainduziert anzusehen. Ein metakommunikatives Erarbeiten provokativer Techniken könnte allerdings im Einzelfall möglich sein und den Kindern oder Jugendlichen die Chance bieten, Humor und Ironie begreifen zu lernen.

Ähnlich verhält es sich bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsverzögerung. Verschiedene Studien (z.B. Bruno et al. 1987, Spector 1990, Ezell & Jarzynka 1996), welche verbal präsentierten Humor untersuchten, zeigen eine enge Verzahnung von humoralen Verständnisschwierigkeiten sprachentwicklungsgestörter Kinder und ihren Verarbeitungsgeschwindigkeiten bei phonologischen, morphologischen, syntaktischen und semantischen Informationen (Schreiner 2003, 195). Spector (1990, 536) verglich 12 Jugendliche, welche sich im Alter zwischen 14 und 19 Jahren in sprachtherapeutischer Behandlung befanden, mit 12 sprachlich unauffälligen Schulkameraden. Die Untersuchung zeigt, dass die Probleme, Doppeldeutigkeiten, Witze, Sarkasmus und sprachliche Provokationen erkennen und erklären zu können, bis ins Jugendalter persistieren. Dabei ist die Leistung der Kohorte unabhängig davon, ob die sprachlichen Witze und Doppeldeutigkeiten mit oder ohne Kontext dargeboten werden (Spector 1990, 539). In der Diskussion legt Spector (1990, 540) eindrücklich dar, dass dieses sprachliche Handicap einer der Gründe dafür ist, weshalb sprachlich weniger weit entwickelte Jugendliche häufig zu Außenseitern werden - weil es ihnen nicht gelingt, die Doppeldeutigkeiten, Anspielungen und Provokationen ihrer Mitschüler zu verstehen. Bedeutend für die Arbeit mit den Jugendlichen ist aber, dass es durch gezielte Förderung gelingen kann, diese Defizite aufzuholen, und den jungen Erwachsenen so die Möglichkeit gegeben wird, an den Späßen der andern zu partizipieren. Wenn es aber mangels sozialer Unterstützung nicht zu diesem Lernprozess kommt, schließt sich meist ein Kreislauf von Sprachdefiziten und mangelnder Interventionen zu einem negativen Selbstbild und Misserfolgserleben (Spector 1990, 540). Hieraus kann man eine explizite Forderung nach dem Einsatz des ProSt in der Sprachtherapie ableiten.

Abschließend muss betont werden, dass meist nur sehr kleine Gruppen von Probanden an den genannten Untersuchungen teilnahmen und in den einzelnen Studien keine genauen Diagnosen der Probanden eingearbeitet wurden. Allerdings zeichnet sich trotzdem das Bild ab, dass es gerade für das soziale Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen sehr wichtig ist, Humor in Dyaden und Gruppen verstehen und angemessen einsetzen zu können. Setzt man folglich den Provokativen Stil in der Arbeit mit diesen idiographisch ein, dann könnte dies die nötige Hilfestellung sein, um ihnen eine Partizipation zu ermöglichen.

3.4.3 Weitere Einflussfaktoren

Neben dem Alter und dem Störungsbild des Klienten gibt es noch weitere Einflussfaktoren, von denen der Einsatz der provokativen Methoden abhängig gemacht werden sollte.

Ein besonders bedeutungsvoller Aspekt ist die Persönlichkeit des Klienten. Namentlich sind der Grad der Selbstreflexion und des Distanzierungsvermögens dafür verantwortlich, ob der Klient sich auf die provokativen Methoden in der Therapie einlassen kann (Katz-Bernstein 2004, 220). Hehl (2004, 99ff) hat zusammen mit verschiedenen Kollegen sehr umfangreiche Untersuchungen durchgeführt und eruiert, dass sowohl die Bindungserfahrung, das Geschlecht als auch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften Auswirkung darauf haben, welche Art von Humor und folglich welche provokativen Interventionen vom Klienten akzeptiert werden.

Aber nicht nur die Persönlichkeit des Klienten hat einen Einfluss darauf, ob die provokativen und humorvollen Interventionen eine Wirkung zeigen, sondern auch das Naturell des Therapeuten. Es ist von grundlegender Bedeutung, dass der provokative Therapeut selbst über einen „good sense of humor“ (Martin 2007, 341) verfügt. Wobei sich die Fähigkeit humorvoll und provokativ in der Therapie zu agieren, erst entwickeln muss und der stetigen Übung bedarf (Martin 2007, 349).

So können die Persönlichkeit des Sprachtherapeuten, die Fertigkeiten im Einsatz von provokativen Methoden und das Naturell des Klienten als weitere Voraussetzungen angesehen werden. Zumal die Untersuchungen von Megdell (1984) zeigen, dass humorvolle Interventionen ihre positive Wirkung nur dann entfalten, wenn Therapeut und Klient ihre Freude an dieser teilen (Martin 2007, 345).

3.5 Chancen des Einsatzes

Nachdem nun eingehend erörtert wurde, welche Einschränkungen in puncto der verschiedensten Einflussfaktoren bestehen, soll nun dargelegt werden, welche Vorteile sich aus dem Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie für den Klienten ergeben könnten. Im argumentativen Stil werden diese Chancen aufgezeigt und unter zur Zuhilfenahme von Forschungsergebnissen und Erkenntnissen aus den verschiedenen Bezugswissenschaften hinreichend belegt. Anschließend soll kurz darauf eingegangen werden, welche Vorteile diese Art der Therapie auch für den Therapeuten mit sich bringt. Allgemein gilt es zu bedenken, dass für die einzelnen Argumente jeweils sehr viele Forschungsergebnisse zum Beleg eingesetzt werden könnten. Anschließend sollen aber jeweils nur die stimmigsten genannt werden, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Der Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie bietet vielfältige Chancen. So kann er zu besseren Lernerfolgen in der Therapie führen. Will man die Funktion für Lernen in Verbindung mit der emotionalen Beteiligung graphisch darstellen, so ergibt sich die Form eines umgedrehten Us. Bei zu geringer oder zu hoher emotionaler Beteiligung ist der Lerneffekt gering, weil sich der Klient entweder in einer inneren Gleichgültigkeit befindet oder sich zu stark mit seiner Störung identifiziert, also einen zu hohen Erregungszustand hat. Ein

mittlerer emotionaler Erregungszustand ist demzufolge eine der wichtigsten Voraussetzungen für tiefergehendes Lernen (Höfner & Schachtner 2013, 102). In Anlehnung an Höfner & Schachtner (2013, 102) ist durch den Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie diese deshalb so viel wirksamer, weil der Patient weder in eine zu hohe emotionale Erregung verfallen noch unbeteiligt oder gleichgültig bleiben kann. Opportun kann in Anlehnung an die Studie von Smith et al. (1971, 246), in der dargestellt wurde, dass Studenten mit Prüfungsangst bessere Leistungen erzielen, wenn in der Prüfung einige humorvolle Aufgaben enthalten sind, behauptet werden, dass dies auch für die Anwendung des ProSts in der Sprachtherapie zutrifft. Durch die paradoxen und provokanten Interventionen wird den Klienten die Angst vor der Therapie, wie sie zum Beispiel bei Klienten mit Lese-Rechtschreibschwäche häufig vorkommt, genommen und ihr Erregungszustand in einen mittleren Bereich gebracht, wodurch folglich bessere Lernleistungen erzielt werden können. Zudem erleichtert es die Angstreduktion, schambesetzte oder verpönte Gedanken zu äußern (Schreiner 2003, 270).

Aber nicht nur durch das „Rücken“ des emotionalen Erregungszustands des Klienten können bessere Lernleistungen erzielt werden, sondern auch durch die humoralen und provokanten Interventionen an sich. Treffend beschreibt dies das Zitat von Roy (1990): „Humor often turns ‚HA, HA‘ into ‚AHA!‘“ (Schreiner 2003, 211). Warum den humoralen Interventionen eine leistungssteigernde Wirkung zukommt, erklärt Vance (1987) mit der aufmerksamkeitssteigernden Potenz, welche später noch gesondert erörtert werden soll. Teslow (1995) und Ziv (1988) hingegen argumentieren, dass Informationen besser memoriert und wieder abgerufen werden können, wenn eine humorale Merkverbindung aufgebaut werden konnte (Schreiner 2003, 217). Ein angstfreies Lernklima zu schaffen, Gedächtnishilfen aufzubauen und die Aufmerksamkeit auf einem lernförderlichen Level zu halten, nennt Schreiner (2003, 236) als wohl die wesentlichen Wirkungsweisen des Humor im Unterricht. Davon ausgehend und die Parallelen zu den genannten Studien bedenkend kann angenommen werden, dass dies auch auf die Wirkung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie zutrifft. Der Einsatz dieses Therapiestils kann also zu besseren Lernleistungen in der Therapie beitragen.

Weiter aktiviert der Einsatz des Provokativen Stils den Klienten zur Mitarbeit in der Therapie und stärkt seine Selbstverantwortung. Gerne geben Erziehungsberechtigte oder die Klienten selbst die Verantwortung für die Therapie an den Therapeuten ab und erwarten, dass sich dieser um eine Besserung bemüht (Höfner 2011, 60). In der Sprachtherapie, wie auch in anderen Therapien, ist es aber von größter Wichtigkeit, dass der Klient aktiv und konstruktiv an seinen sprachlichen Einschränkungen oder seiner Sprechstörung arbeitet. Mithilfe von provokativen Interventionen kann die aktive Mitarbeit des Klienten angeregt werden und dieser kann selbstverantwortliche Entscheidungen treffen. Der Sprachtherapeut fungiert so gesehen als „Katalysator für die Selbstorganisation“ (Höfner 2011, 61) des Klienten. Hehl (2004, 179) beschreibt, dass Inkongruenzen die Lösungsfindung beim Klienten ankurbeln. Übertragen auf die Sprachtherapie bedeutet dies, dass zum Beispiel das detaillierte Erarbeiten eines Tagesplans, welcher die wichtigsten Übungen für den Klienten enthält, den Therapeuten fordert, aber den Klienten selbst sich zurücklehnen lässt. Auch wenn dies eine hilfreiche

Intervention darstellt, so ist sie weder überraschend noch unerwartet. Gestaltet der Sprachtherapeut diese Therapiesequenz aber mittels paradoxer und provokanter Methoden und werden Inkongruenzen eingesetzt, dann muss sich der Klient selbst auf Lösungssuche begeben.

Überdies steigert der Einsatz von humorvollen und provokativen Interventionsmöglichkeiten die Aufmerksamkeit des Klienten in der Sprachtherapie. Angelehnt an das Argument von Highet (1963), dass Humor die Kinder und Jugendlichen im Unterricht stets im Unklaren lasse, was als nächstes Lustiges passieren wird und diese deshalb zwangsläufig dem Unterrichtsgeschehen aufmerksamer verfolgen würden (Schreiner 2003, 217), kann dies auch für die Sprachtherapie mit dem Einsatz des provokativen Stils behauptet werden. Schreiner (2003, 236) führt in diesem Zusammenhang die von Day (1982) postulierte „Zone der moderaten Überraschung“ auf, welche einen optimalen Lernzuwachs ermögliche. Die provokative Methode besitzt eine aufmerksamkeitssteigernde Potenz, aber nicht nur für Kinder. Denn bildet man die Parallele zu Boerman-Cornell (1999), der namhafte Schriftsteller wie Mark Twain oder Jonathan Swift zitiert, die es alle vermögen, mittels Humor die Aufmerksamkeit ihrer erwachsenen Leser zu fesseln (Schreiner 2003, 217), dann kann die Annahme getroffen werden, dass dies auch ein Sprachtherapeut mit provokanten Methoden erreichen kann.

Nebstdem können durch den Einsatz des Provokativen Stils Widerstände gegen die Therapie abgebaut werden. So beschreibt Höfner (2011, 49), dass der Widerstand des Klienten gegen die Therapie keine rationale Überlegung darstellt, sondern ein emotionales Geschehen, welches vor Unsicherheiten schützen soll. Damit allerdings eine Verbesserung in der Therapie erzielt werden kann, soll dieser Widerstand mittels provokativer Interventionen allmählich abgelöst werden. Insbesondere bei Kindern kann durch den Einsatz des Provokativen Stils hier viel bewirkt werden. Wohingegen Erwachsene im Regelfall selbst die Entscheidung für eine sprachtherapeutische Behandlung treffen, werden Kinder und Jugendliche meist von ihren Erziehungsberechtigten „in die Therapie gebracht“ (Schreiner 2003, 264). Obwohl gerade Jugendliche sehr wohl ein Wissen über die zu behandelnde Symptomatik haben, betreten sie das Therapiezimmer meist mit Unbehagen und dem Willen der Verweigerung. Zudem besteht in der Kindertherapie meist ein großes Machtgefälle allein dadurch, dass der Therapeut den Status als Erwachsener einnimmt (Schreiner 2003, 265). Ein großer Vorteil, den der Einsatz des ProSts bietet ist es, dass der Klient im ProSt als mündiger und damit als gleichwertiger Partner betrachtet wird (Höfner & Schachtner 2013, 41). Das Kind oder der Jugendliche wird also auf dieselbe Ebene gestellt wie der Therapeut selbst, wodurch Widerstände gegen die Autoritätsperson des Therapeuten - welche gerade in der Adoleszenz nicht selten zu finden sind – keinen Nährboden finden. Aber nicht nur die Angst vor dem Unbekannten in der Therapie lässt einen Widerstand gegen diese entstehen, sondern auch die Befürchtung davor, als sprach- oder sprechgestört abgestempelt zu werden, spielt eine große Rolle (Schreiner 2003, 264). Der Provokative Stil bietet hier eine Fülle an Interventionsmöglichkeiten, die eingesetzt werden können, um dem Klienten diese Befürchtung zu nehmen. In Anlehnung an Schreiner (2003, 271) besteht beispielsweise die Möglichkeit, dass der Therapeut seine eigene Person mittels humoraler

Interpretation zur Diskussion stellt und dadurch „gestörtes“ und „normales“ Sprechverhalten relativiert. So vereitelt der Sprachtherapeut von Anfang an das Gefühl des Klienten, nicht verstanden zu werden, und löst etwaige Widerstände gegen die Therapie.

Aber nicht nur die Widerstände gegen die Therapie können mittels provokativer Interventionen abgebaut werden, sondern durch den Einsatz des Provokativen Stils erhöht sich zudem die Problemlösungsfähigkeit des Klienten, weil festgefahrene Denk- und Verhaltensmuster durchbrochen werden können. Auch wenn man Verhaltensänderungen im ersten Augenblick nicht zu den Therapieinhalten einer Sprachtherapie zählt, so sind sie dennoch sehr häufig von Nöten, damit die sprachtherapeutische Intervention überhaupt ihre volle Wirkung entfalten kann. Exemplarisch kann ein Klient mit einer Dysphagie genannt werden, welcher trotz erhöhter Aspirationsgefahr nicht auf den Verzehr von kritischen Lebensmitteln verzichten will. Um Klienten, welche zwar von dem Nutzen bestimmter Übungen oder von der Gefahr beim Verzehr gewisser Lebensmitteln wissen, sich aber dennoch nicht von den Aussagen des Logopäden beeinflussen lassen, zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, müssen zunächst die emotionalen Modelle aktiviert werden (Hehl 2004, 49). Denn nur wenn man die Pattern der Klienten angeregt hat, kann man diese damit konfrontieren und so eine emotionale Erfahrung ermöglichen, welche nötig ist, damit der Klient sein Verhalten ändern kann. Paradoxe oder provokative Interventionen eignen sich hervorragend, um eine Verhaltensänderung zu bewirken (Hehl 2004, 49), denn wenn Klienten mit ihrer Situation provokant und humorvoll konfrontiert werden, ändern sie ihre Wahrnehmung (Martin 2007, 305). In Bezugnahme auf die zusammengefassten Forschungsergebnisse von Schreiner (2003, 259) kann man weiter aufführen, dass der Einsatz des ProSt die kognitiven Muster des Klienten aktiviert und dadurch festgefahrene Denk- und Handlungsmuster durchbrochen werden können. Weiter erhöhe die Provokation und der Humor die Problemlösungsfähigkeit, denn über sich selbst zu lachen, heißt sich selbst mit all seinen Fehlern zu akzeptieren und zu erkennen, dass sein eigenes Verhalten absurd und wenig zielführend ist. Abschließend kann also festgehalten werden, dass die in der Logopädie sehr häufig nötigen Verhaltensmodifikationen der Klienten durch den Einsatz paradoxer und provokanter Interventionen besser zu erreichen sind.

Obendrein kann mittels des Provokativen Stils eine bessere Klienten-Therapeuten-Beziehung aufgebaut werden. Eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist nach Höfner & Schachtner (2013, 62) obligat, denn nur eine vertrauensvolle Atmosphäre schafft ein Klima für Veränderungen. Entsprechend nennen Hubble, Duncan und Miller als einen von vier Faktoren, die das Ergebnis einer Therapie maßgeblich beeinflussen, die Beziehungsfaktoren zu 30 % (Hubble et al. 2001, 26). Warum aber gerade der Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie eine gute Atmosphäre für die Therapie zu schaffen vermag, kann mit Hilfe der Ergebnisse der Humorforschung belegt werden. Wenn Klient und Therapeut übereinander Lachen und sich gegenseitig provozieren, dann verändert das die Natur der Beziehung (Martin 2007, 305). Passend beschreibt Poland (1971, 635) dass das Miteinander-Lachen in der Therapie ein Gefühl der Verbundenheit erzeugt und die Allianz

zwischen Therapeut und Klient stärkt. Ebenfalls bezeichnen Titze & Eschenröder (2004) Lachen als „soziales Schmiermittel“ (Gruntz-Stoll 2001, 74). Das Lachen des Therapeuten ist bei Anwendung des Provokativen Stils unumgänglich, womit der Therapeut seinem Klienten weiterhin signalisiert, dass hinter dem Therapeuten auch ein Mensch mit Gefühlen steckt. Dies ist nach Höfner & Schachtner (2013, 35) das Hauptkennzeichen des ProSt. Laut den Forschungsergebnissen von Grotjahn (1971, 234) bietet dieses „den Mensch hinter dem Therapeuten erkennen“ dem Klienten an, den Therapeuten als Modell zu sehen und sich mit ihm zu identifizieren, was maßgeblich zu einer besseren Beziehung beiträgt. So kann der ProSt in der Sprachtherapie also eingesetzt werden, um eine bessere Klienten-Therapeuten-Beziehung aufzubauen.

Aber nicht nur die Rahmenbedingungen einer Sprachtherapie können durch den Einsatz des Provokativen Stils verbessert werden, sondern die provokativen Interventionsmethoden unterstützen die sprachtherapeutische Prozesse an sich. Nach Katz-Bernstein (2004, 221) besitzt Humor eine natürliche sprachtherapeutische Funktion, da er linguistische und sprachliche Prozesse zu unterstützen vermag. So sorgt der Einsatz von humorvollen Interventionen in der Sprachtherapie für die Festigung innerer Repräsentationen, die Bildung von symbolischen Kompetenzen und den repräsentativen Charakter der Sprache und sichert die semantischen Bezüge. Weiter hilft Humor bei der Festigung und Ausdifferenzierung von syntaktischen und morphologischen Bezügen sowie von phonologischen Prozessen, unterstützt das Einprägen von Dialogregeln und –strukturen und dient in besonderer Weise der Ausgestaltung des inneren Dialogs nach Wygtsky (1986) (Katz-Bernstein 2004, 221–222). Zudem betont Katz-Bernstein (2004, 222), dass der Humor einen besonderen Beitrag bei der Bildung und Festigung metalinguistischer Einheiten der Sprache bildet. Durch einen Verweis auf Zollinger (2015), welcher es gelang, den Stellenwert von humorvollen und provokanten Interventionen in der Sprachtherapie herauszustellen, erweitert sie ihre Aufzählung und betont, dass gerade paradoxe Aussagen der Therapeuten zur Ausbildung der semantischen Aufmerksamkeit eingesetzt werden können (Katz-Bernstein 2004, 222).

Mit Hilfe des Einsatzes des Provokativen Stils in der Sprachtherapie kann nicht nur die Primärsymptomatik eine Besserung erfahren, sondern auch der häufig auftretenden Sekundärsymptomatik von vornherein entgegengewirkt beziehungsweise eine bereits bestehende abgebaut werden. Die so genannte Sekundärsymptomatik tritt in Form von Sprechangst, Vermeidungsverhalten, kommunikativem Rückzug bis hin zur Schulangst oder dem kompletten sozialen Rückzug bei sehr vielen Sprach- und Sprechstörungen auf. So wird bei der Lese- und Rechtschreibstörung meist dazu geraten, die Versagensängste, Schulangst oder die Selbstwertproblematik psychotherapeutisch behandeln zu lassen (Suchodoletz 2006, 254). Setzt man in der Sprachtherapie den Provokativen Stil ein, kann man einer solchen Begleitsymptomatik direkt oder auch indirekt begegnen. Unter Bezug auf die provokative Therapie von Farrelly und dem deutschen Vertreter des therapeutischen Humors Titze schreibt Katz-Bernstein (2004, 221), dass Humor es vermag, die Ohnmacht infolge von Ausgrenzung und Stigmatisierung aufzufangen und zu mildern, denn Humor vermittele dem Klienten das Gefühl dazuzugehören. Der Humor dient in Situationen der Isolation als vorzügliches Medium zur Vermittlung

einer sozial angepassten konstruktiven Aggressivität (Schreiner 2003, 267). Folglich verfolgt der Therapeut mit dem Provokativen Stil das Ziel dem Klienten die Eigenwirksamkeit erleben zu lassen, Mut zu machen und so auch zur Identitätsbildung beizutragen (Katz-Bernstein 2004, 221). Direkt kann dies geschehen, indem der Therapeut den Symptomen mit emotionaler Ehrlichkeit begegnet. Durch das Ansprechen wird diesen meist der Schrecken und die Macht genommen (Höfner & Schachtner 2013, 181). Sind die auffällige Sprechweise oder die unübersehbaren Mitbewegungen beim Stottern, um nur zwei Beispiele zu nennen, erst einmal auf humorvolle Art und Weise angesprochen, dann kann der Patient eine bestimmte Distanz zu diesen aufbauen. Kiphard (1986) betont, wem es gelingt, durch das Lachen eine Distanz zur eigenen Hilflosigkeit herzustellen, der stärkt sein Selbstbewusstsein nachhaltig (Schreiner 2003, 267). Eine Episode aus einer Gruppentherapie für stotternde Erwachsene illustriert diese therapeutische Wirkung. Ein Teilnehmer der Stottertherapie entrüstet sich, weil der Therapeut einen „Stotterer-Witz“ erzählt und will daraufhin die Therapie verlassen. Der Therapeut bewegt ihn zum Bleiben, indem er sagt, dass er lernen müsse, sich nicht so schnell betroffen zu fühlen und über sich selbst zu lachen. Anschließend fangen andere Teilnehmer an „Stotterer-Witze“ zu erzählen und ändern diese so ab, dass die Stotternden durch Gegenwitz oder gute Sprüche als überlegen und schlagfertig dargestellt werden. Die gelöste und lockere Stimmung ermöglichte in Folge dessen eine Sinn-Umdeutung dem eigenen Stottern gegenüber und zugleich ein Gefühl der Eigenwirksamkeit (Katz-Bernstein 2004, 220). Ausgehend von den Erkenntnissen Wolfsteins (1954), dass Kinder selber Humor einsetzen um leidvolle und schmerzhaft Erfahrungen abzuschwächen (Schreiner 2003, 135), kann zu alledem behauptet werden, dass der Logopäde durch diese Methode den Kindern, aber auch Erwachsenen, etwas anbietet, das ihnen eigen ist. Indirekt kann den Sekundärsymptomen also mit einem gesteigerten Selbstwertgefühl entgegengewirkt werden. Weiter erlangen die Klienten durch das ständige Herausgefordert Werden eine erhöhte Schlagfertigkeit. Diese können die Klienten gut in Situationen der Stigmatisierung gebrauchen. Auf die vielfältigen Vorteile des Humor-Copings soll im Folgenden eingegangen werden.

Der Humor, als unverzichtbarer Bestandteil der provokativen Interventionen, wirkt wie ein Katalysator in der Sprachtherapie und stellt eine wirkungsvolle Ressource dar. Höfner und Schachtner (2013, 48) bezeichnen den Humor als Motor in der Therapie und adäquat nennt Gruntz-Stoll (2001, 88–89) den therapeutischen Humor als eine kraftvolle und wirkungsvolle Ressource. Dabei zählt auch das Lachen des Patienten als wirkungsvolles Element. Warum Humor gerade auch in der Sprachtherapie diese Wirkung entfaltet, soll mit Hilfe einzelner Forschungsergebnisse aufgezeigt werden. So hat das Lachen nachweislich einen entspannenden Effekt (Askenasy 1987, 330). Fry (1994) beschreibt, dass Humor einen sehr großen Einfluss auf die Physiologie hat und unter anderem Muskeln stimuliert und entspannt sowie positive Auswirkungen auf das respiratorische System zeigt (Galloway & Cropley, 302). Bezugnehmend scheint der Einsatz von Humor bei der Arbeit mit hypertonen Patienten in der Sprachtherapie dieser Idee zu entsprechen und auch der Einsatz bei Stotternden hat sich unter anderem aus diesem Grund bewährt (Amrein 2009, 78).

Weitere Vorteile zeigt die Studie von Danzer et al. (1990), in der dargelegt wurde, dass durch humorvolle Interventionen die Depression der Probanden abklang. Safranek & Schill (1982) postulierten hingegen, keine solchen Effekte von Humor bei ihren Probanden festgestellt zu haben, allerdings zeigt sowohl die Untersuchung von Martin & Lefcourt (1983) als auch die Forschung von Porterfield (1987), dass Humor einen signifikanten Effekt auf die Beziehung zwischen einem negativen Ereignis und der anschließenden Stimmung der Klienten hat (Galloway & Cropley, 305). Da die Behandlung einer Depression selbst keine Indikation für eine Sprachtherapie darstellt, soll an dieser Stelle auf die hohe Komorbidität zu einigen Störungsbildern der Sprachtherapie, wie beispielsweise der psychogenen Stimmstörung, hingewiesen werden (Böhme 2003, 201).

Dem Humor wohnt nebst alledem auch eine salutogenetische Potenz inne (Schreiner 2003, 199). Den Humor als Copingstrategie für die Klienten selbst zu erarbeiten, ist eine weitere Chance des Einsatzes des ProSts. Jeder Mensch erlebt in seinem Leben unterschiedliche Belastungsmomente, denen auf der andern Seite Merkmale gegenüberstehen, die in Anlehnung an das salutogenese Konzept (Antonowsky 1997), als Ressourcen bezeichnet werden (Schreiner 2003, 199). Die Persönlichkeitsdisposition, die gemeinhin als „Sinn für Humor“ bezeichnet wird, kann dabei als personale Ressource definiert werden (Eggli 1997, 39). Humor als Copingstrategie einzusetzen, umfasst eine kognitive und emotionale problemorientierte Bewältigung, wobei die Frage offen bleibt, warum es von Nutzen sein soll, den Humor in belastenden Momenten einzusetzen. Galloway & Cropley (1999) betonen den Kontrollaspekt des Humors, denn wer über eine Begebenheit einen Witz machen kann, erhöht das Gefühl der Kontrolle, was wiederum ein geringeres Stresserleben bedeutet (Schreiner 2003, 204). Ein Stotternder, der in einer belastenden Situation, beispielsweise vor einem Referat, einen Witz über sein Stottern macht, würde demzufolge ein höheres Kontrollgefühl haben und sein Stresserleben deutlich reduzieren. Frei nach dem Motto: „Wer sich selbst auf den Arm nimmt, erspart anderen die Arbeit“ (Heinz Erhardt), würde dieser offene und humorvolle Umgang mit dem Stottern den Mitschülern die Bühne für unangepasste und verunsichernde Bemerkungen nehmen. Dabei beeinflusst Humor die Regulierung der Emotionen nicht nur kurzzeitig, sondern auch langfristig konnte ein enger Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Humor-Coping festgestellt werden (Martin 2007, 305–306). Auch wenn die salutogenetische Potenz des Humors noch nicht letzten Endes bewiesen ist, so kann man den Humor doch, als „Waffe der Seele im Kampf um Selbsterhaltung“ (Viktor Frankl) auch ohne empirische Bestätigung einsetzen (Schreiner 2003, 207).

Nachdem bis jetzt nur die Rede von den Vorteilen, die den Klienten und die Therapie an sich betreffen, war, soll im Folgenden knapp darauf eingegangen werden, dass die Anwendung des Provokativen Stils für den Sprachtherapeuten ein Mittel gegen Überlastung darstellen kann. Die Aussage Farrellys: „Außerdem fühlte ich mich in den Gesprächen sehr befreit. Ich brauchte meine Energie nicht mehr zu bremsen [...] .“ (Farrelly & Brandsma 1986, 18) gibt Anlass zu dieser These. Die Anwendung des Provokativen Stils fordert den Therapeuten zwar, auf der andern Seite formt er den Sprachtherapeuten in Richtung von größerer Entspannung. Dies resultiert vor allem aus der Tatsache, dass man bei dieser Vorgehensweise nicht mehr alles kontrollieren kann,

sondern die Reaktionen für alle Beteiligten meist eine Überraschung birgt (Höfner 2011, 124). Zudem dürfen Gedanken und Gefühle direkt ins Therapiegesehen mit eingebunden werden (Farrelly & Brandsma 1986, 25). Der Sprachtherapeut kann sich in Folge dessen nach dem Arbeitstag besser von den Problemen und Sorgen seiner Klienten distanzieren. Titze et al. (1994) formulierten, ausgehend von ihren persönlichen Erfahrungen und verschiedenen empirischen Befunden, sechs Thesen zum Einsatz des Humors in der Psychotherapie. In einer davon weisen sie den Humor als vorbeugende Maßnahme gegen ein Burnout des Therapeuten aus (Schreiner 2003, 263). Bezugnehmend kann also behauptet werden, dass der Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie für die Psychohygiene des Therapeuten zuträglich ist.

An die erfolgte Erörterung der Chancen des Einsatzes des Provokativen Stils in der Sprachtherapie schließt sich die Darstellung der Forderung nach Evidenzbasierung in der Sprachtherapie an.

3.6 Evidenzbasierung

Evidenzbasiertes Arbeiten ist innerhalb der letzten Jahre, vor dem Hintergrund sich ändernder gesellschaftlicher und gesetzlicher Rahmenbedingungen und knapper werdender finanzieller Ressourcen, auch in der Sprachtherapie zu einem Begriff geworden (Beushausen 2014, 359). Unter evidenzbasiertem Vorgehen in der Sprachtherapie wird die individuelle Versorgung des Klienten auf Basis der zur Verfügung stehenden Forschungsergebnisse verstanden (Beushausen 2014, 361). Allerdings liegen derzeit ausschließlich im Bereich der Stimm-, der Kindersprach- und der Aphasietherapie erste Wirksamkeitsnachweise vor, wobei diese als nicht ausreichend solide angesehen werden (Beushausen 2014, 361–362). Auf Grund des Forschungsdesiderats zählt die Anwendung des ProSts in der Sprachtherapie ebenfalls zu den nicht evidenzbasierten Methoden. Wobei aus einem fehlenden Nachweis nicht geschlossen werden kann, dass ein bestimmtes Vorgehen nicht wirksam ist (Beushausen & Grötzbach 2011, 8). Die Generierung von Evidenzen aus Studien und die konkrete Rückführung in die Praxis wird deshalb nach Beushausen (2014, 362) die Aufgabe der Zukunft in der Sprachtherapie sein.

Zur Klärung der Wirksamkeit des Provokativen Stils in der Sprachtherapie stehen verschiedene Studientypen zur Verfügung, welche die Güte der Evidenz maßgeblich beeinflussen (Beushausen & Grötzbach 2011, 11). Um die höchste Güte zu erreichen, wäre eine Meta-Analyse mit randomisiert-kontrollierter Therapiestudie nötig (Beushausen & Grötzbach 2011, 12). Da die Anwendung des ProSts in der Sprachtherapie allerdings noch in den Kinderschuhen steckt, ist diese aufwändige und kostspielige Therapiestudie derzeit nicht verhältnismäßig. Nichtsdestotrotz soll diese Methode weiter angewandt werden. Zumal auch eine nur an Wirksamkeitsbelegen ausgerichtete Therapie schnell an ihre Grenzen stößt, da die wissenschaftlichen Belege sich nur selten unmittelbar in die Praxis übertragen lassen (Beushausen & Grötzbach 2011, 117). Deshalb ist es umso wichtiger, dass neue Methoden in der Praxis erprobt werden und idiographisch zum Einsatz kommen.

Ziel des sich nun anschließenden empirischen Teils soll es deshalb sein, aufzuzeigen, ob und inwiefern der Provokative Stil in der Sprachtherapie angewandt werden kann.

4. Erläuterung der Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wurde bisher theoretisch unter Bezug auf die aktuelle Forschungsliteratur dargelegt, wie der Provokative Stil zu begreifen ist, wie er sich in die Didaktik der Sprachtherapie eingliedern lässt und auch welche bisher bestehenden Methoden ein Äquivalent zu den provokativen Techniken darstellen. Weiter wurde, mittels Literatur aus den Bezugswissenschaften, aufgezeigt, welche Voraussetzungen und Einschränkungen beim Einsatz in der Sprachtherapie bestehen und welche Chancen der Einsatz des ProSt mit sich bringt. Ziel dieser erfolgten theoretischen Erarbeitung war es, eine Basis für die Forschungsfrage zu schaffen und zu dieser hinzuleiten. Da die Anwendung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie ein Forschungsdesiderat darstellt und aufgrund mangelnder Literatur die Fragestellung dieser Arbeit nicht umfassend beantwortet werden kann, wird zu diesem Zweck eine Befragung von Experten eingesetzt. Bevor allerdings dargelegt werden soll, wie bei dieser empirischen Methode vorgegangen wurde und zu welchen Ergebnissen dies führte, soll die Fragestellung ausführlich erläutert werden.

Die Voraussetzung für die einzelnen Fragen bildet die Forschungshypothese, die da lautet: „Einige Techniken des Provokative Stils können in der Sprachtherapie unter der Berücksichtigung gewisser Faktoren gewinnbringend eingesetzt werden.“

Diese Hypothese bildet zwar den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit, aber um diese umfassend beantworten zu können, werden weitere Fragestellungen bearbeitet. Diese werden im Folgenden enumerativ aufgezeigt.

1. Wird der Provokative Stil anpassungslos übernommen oder werden nur bestimmte Techniken auch in der Sprachtherapie angewandt?
2. Besteht hinsichtlich bestimmter Störungsbilder in der Sprachtherapie eine Einschränkung in der Anwendung der provokativen Techniken?
3. Besteht hinsichtlich des Alters der Klienten eine Einschränkung in der Anwendung der provokativen Techniken?
4. Nach welchen Kriterien wird entschieden, ob die Techniken des Provokativen Stils angewandt werden?
5. Wann werden diese Techniken im Therapiegesehen eingesetzt?
6. Mit welcher Absicht wird der Provokative Stil eingesetzt?
7. Was bedeutet der Einsatz des Provokativen Stils für die Psychohygiene des Therapeuten und welche Voraussetzungen sind auf Seiten des Therapeuten erforderlich?

Ausgangspunkt für diese Forschungsfragen bilden die literaturgestützten Annahmen aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit. Nun, im empirischen Teil, sollen via Befragung von Experten die Antworten gefunden werden, welche letzten Endes dann für die Diskussion der Forschungshypothese grundlegend sein werden.

5. Befragung zur Anwendung des Provokativen Stils in der Sprachtherapie

Nach der theoretischen Erläuterung der Möglichkeit des Einsatzes des Provokativen Stils in der Sprachtherapie, sollen nun die durchgeführten Experteninterviews erläutert werden. Neben der Erörterung der Frage, warum die Wahl auf diese Methode gefallen ist und welche Experten zur Befragung ausgewählt wurden, soll die Auswertung der Interviews dargestellt werden. Als Abschluss in diesem Kapitel sollen die Ergebnisse dargestellt und gleichzeitig zu den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil in Beziehung gesetzt werden.

5.1 Methodik der Befragung

Das Experteninterview galt lange Zeit, vor allem in den Sozialwissenschaften, als der Königsweg unter den Verfahren der Datenerhebung und ist immer noch das am häufigsten durchgeführte Prozedere. Trotz vielfältiger Kritik an der Methodik konnte sich das Experteninterview den dominierenden Platz in der Forschungspraxis sichern (Kromrey 2010, 336). Fragen an einen Experten zu stellen, scheint besonders leicht und daher verlockend in der Datengewinnung, allerdings steckt hinter dem simpel anmutenden Befragen eine komplexe Theorie und spezielle Methodik, die anschließend beschrieben werden soll.

Ein qualitatives Experteninterview kann definiert werden als ein systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form einer Befragung (Kaiser 2014, 6). Dabei werden – wie der Name dieser qualitativen Forschungsmethode bereits aussagt – Experten zu einem bestimmten Sachverhalt befragt. Die qualitative Forschung hat dabei das Ziel, keine selektive Informationsgewinnung von vorab genau bestimmten Merkmalen zu betreiben, sondern eine breit angelegte Informationssammlung aus verschiedenen Perspektiven zu erhalten, die dann in einem nächsten Schritt - der methodischen Datenaufbereitung - statistisch verarbeitet werden (Kromrey 2010, 193). Damit zählt man das Interview zu dem explorativen Forschungsdesign, wobei die Exploration eine Art der Informationssammlung zu einem vorher abgegrenzten Thema darstellt. Das Wort Exploration soll dabei verdeutlichen, dass man mit einem Experteninterview versuchen will, das Forschungsfeld oder das Thema umfassend zu erkunden und Zusammenhänge zu verstehen, um in einem weiteren Schritt Hypothesen aufstellen zu können. Nebstdem bietet das Verfahren die Möglichkeit, dass Hintergründe und genaue Beschreibungen erfragt werden können, was vor allem dann von Vorteil ist, wenn das zu untersuchende Gebiet noch relativ unerforscht ist und sich kaum oder gar keine Literatur darüber finden lässt (Kaiser 2014, 29). Da dies auf das vorliegende Thema dieser Bachelorarbeit zutrifft, wurde die Methode des Experteninterviews als eine passende Möglichkeit erachtet.

Auf einem Kontinuum von dem höchsten Grad der Standardisierung, dem voll-standardisierten Fragebogen, bis hin zum unstrukturierten Interview unterscheidet man zwischen verschiedenen Arten des Interviews, je nach dem Grad der Standardisierung. Nach der Wahl der Methode kann nun also – je nach dem Ziel der Datenerhebung - ausgewählt werden, ob ein nicht-standardisiertes (narratives – flexibles Interview), teil-standardisiertes (Leitfadenbefragung) oder ein voll-standardisiertes Interview (Online-Befragung) durchgeführt

werden soll (Kromrey 2010, 364). Für die Durchführung dieses Interviews wurde die voll-standardisierte schriftliche Befragung gewählt, da das Thema des Interviews eindeutig abgrenzbar ist, die Fragen klar formulierbar und somit im Zentrum des Interesses nicht die Gesprächsführung oder der persönliche Eindruck stand, sondern die Meinungen und Erfahrungen der Experten. Um die Expertenbefragung als Online-Fragebogen durchzuführen, war es nötig, den Fragekatalog zu standardisieren. Dabei können verschiedene Gründe für diese Art des Vorgehens genannt werden: Zum einen handelt es sich bei dem Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie um ein nahezu unerforschtes Gebiet, zu dem lediglich Literatur aus den Bezugswissenschaften existiert. Deshalb ist die Wahl eines explorativen Interviews naheliegend. Weiter ist das erklärte Ziel dieser Arbeit, zu erfahren ob und inwiefern der Provokative Stil bereits in der Praxis Anwendung findet und welche persönlichen Erfahrungen die Logopäden damit gemacht haben, um diese mit dem erarbeiteten theoretischen Grundgerüst dieser Arbeit zu vergleichen. Zudem gilt zu bedenken, dass für eine Studie mit Klienten die theoretische Basis zu gering ist und eine reine Inhaltsanalyse der aktuellen Literatur kaum weitere Erkenntnisse eingebracht hätte. Aus den genannten Gründen fiel deshalb die Wahl der Methode auf das Experteninterview. Im Forschungsprozess stellt die Wahl des Forschungsdesigns einen elementaren Faktor dar, der die Qualität der Ergebnisse und damit die Güte der kompletten Arbeit in einem erheblichen Maße beeinflusst. Daran anschließend kann nun die Entwicklung des Interviews in den Fokus gestellt werden.

5.2 Entwicklung, Durchführung und Auswertung

In der Struktur des empirischen Forschungsprozesses ist ersichtlich, dass vor der eigentlichen Datenerhebung mehrere Arbeitsschritte zu erfüllen sind (Gläser & Laudel 2010, 35). Der Ausgangspunkt bei der Anwendung der Methode Befragung sind dabei die zu untersuchenden Hypothesen oder Problemstellungen (Kromrey 2010, 347). Dabei werden die in den Hypothesen postulierten Beziehungen zu einzelnen Fragen operationalisiert, welche dann als Bindeglied zwischen den Annahmen und den Antworten der Experten fungieren. Dieses „Übersetzen“ des untersuchungsleitenden Modells in die Fragen für den Fragebogen bildet das Kernstück der Methode (Kromrey 2010, 348). Ebenso entscheidend ist aber auch die Auswahl derjenigen, die durch ihr exklusives Wissen oder ihre Erfahrungen diesen Fragenkatalog zu beantworten vermögen. Im Folgenden soll deshalb zunächst einmal aufgezeigt werden, wie der Fragebogen für die Online-Experten-Befragung zustande gekommen ist und im Anschluss daran, welche Personen diesen bearbeitet haben. Schließlich soll das Augenmerk besonders auf die Durchführung und die Auswertung der Befragung gelegt werden.

5.2.1 Entwicklung des Fragebogens und Auswahl der Interviewpartner

Die interessierenden Forschungsfragestellungen in konkret erfragbare Informationen zu transformieren, geschieht in mehreren Schritten. Als allererstes ist es zwingend erforderlich zu überlegen, welche Form die Befragung haben soll. Im vorliegenden Fall wurde eine Online-Umfrage gewählt, vor allem wegen der besseren und effektiveren Durchführbarkeit. Denn fast alle der ausgewählten Experten haben ihren Wohnort außerhalb

der Bundesrepublik, und eine Fahrt von über 300 km für das jeweilige Experteninterview im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde als nicht verhältnismäßig erachtet. Umso wichtiger ist es, die Fragen klar und eindeutig zu formulieren, einen einheitlichen Bezugsrahmen zu schaffen und den Genauigkeitsgrad der Antwort zu spezifizieren. Welche Auswahlkriterien hierbei für die einzelnen Fragen relevant waren, in welche weiteren Schritte sich das Vorgehen untergliedert und welche genaue Funktion jede einzelne Frage übernimmt, soll im Anschluss dargestellt werden¹². Dabei gilt es zu bedenken, dass die einzelnen Items in einem Fragebogen nicht willkürlich zusammengewürfelt, sondern untereinander in einer bestimmten Mikro- und Makrostruktur miteinander verwoben sind. Dabei erfüllt jede einzelne Frage bestimmte Funktionen innerhalb dieser Strukturen (Kromrey 2010, 361–362).

Um vor der eigentlichen Durchführung einen gemeinsamen Bezugsrahmen für die Bearbeitung zu schaffen, wurde dem Online-Interview eine kurze Einführung vorgeschaltet. Darin wurde das konkrete Thema der Bachelorarbeit genannt und Hinweise zur Bearbeitung der Fragen gegeben. Um eine qualitative Datenerhebung zu gewährleisten, wurde zudem darauf hingewiesen, dass Ziel der Erhebung nicht sei, das Wissen der Experten abzufragen, sondern vielmehr etwas über ihre individuellen Erlebnisse, persönlichen Erfahrungen und Arbeitsrealitäten zu erfahren. Die erste Frage nach dem Beruf und dem Beschäftigungsumfeld der Befragten fungierte als Einleitungsfrage und sollte dem Befragten gleichzeitig bewusst machen, in welcher Rolle er in dem folgenden Online-Interview – nämlich in der Expertenrolle als Logopäde – angesprochen wird. Zudem kann diese erste Frage auch als Filterfrage betrachtet werden, denn im Hinblick auf das Thema der Arbeit sollten nur Personen befragt werden, die in der Sprachtherapie tätig sind. Durch die Einstiegsfrage wurde also sichergestellt, dass der Befragte auch tatsächlich als Experte hinsichtlich des Themas der Bachelorarbeit in Frage kommt. Dieses Item wurde als offene Frage formuliert, um möglichst genaue Angaben zur Art der Beschäftigung zu erhalten. Die Frage nach der spezifischen fachlichen Ausrichtung der Experten (Frage 2) sollte aufzeigen, ob eine wechselseitige Beziehung zwischen dem Einsatz des Provokativen Stils in der Sprachtherapie und bestimmten Störungsbildern besteht, ob dieser besondere Therapiestil vielleicht nicht bei allen Klienten gleichermaßen Anwendung findet und ob hierbei anhand des individuellen Störungsbildes differenziert wird. Die zweite Frage wurde als geschlossene Frage im Fragekatalog aufgenommen, da die einzelnen Störungsbilder in der Sprachtherapie gut abgrenzbar sind und die umfassende Beantwortung dieser Frage in der Ad-hoc-Situation des Interviews leichter fällt. Um auf individuelle Antworten Rücksicht zu nehmen, wurde zudem ein freies Feld zur Beantwortung dieser Frage gegeben. Im weiteren Verlauf des Katalogs wurde die Frage nach dem Alter der Klienten, bei denen der Provokative Stil Anwendung findet, platziert. Auch hier wurden die Antworten in geschlossenen Intervallen vorgegeben, um die Motivation der Experten nicht bereits zu Beginn des Fragebogens zu schmälern. Diese Antworten sollen darüber Aufschluss geben, ob der Provokative Stil bei allen Altersgruppen gleichermaßen Anwendung findet oder ob der Faktor Alter entscheidend ist. Dabei geschah die Anordnung der

¹² Der vollständige Fragebogen ist im Anhang einzusehen.

letzten beiden Items ganz bewusst im Hinblick auf die vierte Frage im Interview. Jede Frage bildet für die nachfolgenden den Bezugsrahmen, sie stellt den Hintergrund für die weiteren Themenbereiche dar und „strahlt“ auf die weitere Gedankenführung aus. Diese Tatsache des Ausstrahlungseffekts („halo Effekt“) nutzte man im vorliegenden Fragebogen, um eine gezielte Trichterung zu erreichen (Kromrey 2010, 361–362). Dabei sollten die allgemeinen Fragen zu den Einzelaspekten der Störungsbilder und dem Alter der Klienten (Fragen 2 und 3) den Experten dabei helfen, die anschließende Frage nach den Entscheidungskriterien für die Anwendung des ProSt (Frage 4) detailliert beantworten zu können. Bei der genannten vierten Frage handelte es sich ebenfalls um ein geschlossenes Antwortformat mit freiem Textfeld für individuelle Antworten. Mit der Frage fünf im Katalog wurde ein neuer Themenbereich eingeführt, um Aussagen darüber zu erhalten, wie genau der Provokative Stil angewandt wird. Dabei diente die fünfte Frage nach den einzelnen Techniken, die vom jeweiligen Experten verwendet werden, dazu herauszufinden, was aus dem Repertoire der Provokativen Therapie auch in der Sprachtherapie Anwendung findet. Dieses Fragebogenitem wurde im gebundenen Antwortformat im Mehrfachwahl-Design gehalten, um den Befragten ein Raster für seine Antwort zu geben und auch, um die Auswertung ökonomisch zu gestalten. Anschließend fungierte die - in Form einer indirekt formulierten Beurteilungsfrage - sechste Frage mit einer diskret gestuften Ratingskala als Antwortformat, einer so genannten Likert-Skala, zur Erfassung des Grades der Zustimmung oder Ablehnung der Aussagen von Frank Farrelly (1986). Die mehrstufige, verbale Ratingskala brachte dabei den Vorteil der besseren intersubjektiven Vergleichbarkeit mit sich (Moosbrugger & Kelava 2007, 52). Zudem sollte dieses Item als motivierende Abwechslung fungieren und zu dem nächsten Frageaspekt überleiten. Auch hier profitierte man wieder vom Ausstrahlungseffekt, denn die Aussage von Farrelly („Durch die Konfrontation und die emotionale Ehrlichkeit mit diesem Patienten konnte ich also in einer Stunde mehr gegenseitiges Vertrauen herstellen als in monatelangen psychotherapeutischen Gesprächen mit anderen Patienten.“ (Farrelly & Brandsma 1986, 19)) bezog sich inhaltlich auf das folgende Item im Fragebogen. Zu bedenken ist auch, dass solche Zustimmungsfragen die emotionale Beteiligung der Experten stärken und die weiteren Antworten in der Regel reflektierter erfolgen. Deshalb ging es in der siebten Frage darum, zu welchem Zeitpunkt in der Therapie provokative Techniken angewandt werden. Als eine der geschlossenen Antwortalternativen wurde der Aufbau einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung gegeben. Weiter diente diese siebte Frage auch dazu herauszufinden, ob die Therapeuten den ProSt zu einem bestimmten Zweck in der Therapie einsetzen oder ob diese Techniken im gesamten Therapieschehen eine Rolle spielen. Die Frage acht nach der Anwendung des ProSt in Elterngesprächen kann als Weiterführung der siebten Frage angesehen werden. Dabei wurde hier ein offenes Antwortformat gewählt, um etwaige Gründe für den reflektierten Einsatz oder für die bewusste Entscheidung dagegen zu erhalten. Zudem würde ein Einsatz der provokativen Techniken sowohl in der Therapie als auch in Elterngesprächen zeigen, dass der jeweilige Experte dieses Vorgehen fest in sein therapeutisches Repertoire aufgenommen hat. Aufbauend auf die beiden letzten Items, die den Zeitpunkt des Einsatzes eruieren, sollte die achte Aufgabe Aufschluss über das „Warum“ bieten.

Im offenen Antwortformat wurde deshalb nach den Gründen gefragt, warum die Experten den ProSt anwenden. Da anzunehmen war, dass die Antworten hier sehr unterschiedlich ausfallen und keine Vorab-Inhaltsanalyse auf Grund einschlägiger Literatur erfolgen konnte, wurde hier bewusst das offene Antwortformat gewählt, um den Befragten selbst die Entscheidung über die Formulierung und der Kategorisierung zu überlassen. Natürlich muss vor allem in der anschließenden Analyse berücksichtigt werden, dass dem Experten in der Ad-hoc-Situation des Interviews vermutlich nicht alle seine Beweggründe en détail einfallen, zumal die Entscheidung bei den meisten Experten einige Jahre zurückliegen dürfte. Nicht nur das Antwortformat dieser Frage, sondern auch die Platzierung ist wohlüberlegt. So sollen die beiden vorangestellten Aufgaben (Frage 7 und 8) den Experten dafür sensibilisieren, wann er diese Techniken im Therapieschehen einsetzt, um im Anschluss daran herauszufinden, ob es genau diese Sequenzen waren, warum der Experte den Provokativen Stil erlernen wollte. Ebenfalls zu diesem Themengebiet passend und deshalb an dieser Stelle im Fragenkatalog platziert ist die Frage nach der Wirkung der provokativen Interventionen auf die Klienten. Da auch hier eine Vorab-Inhaltsanalyse auf Grund der fehlenden Literatur nicht möglich war und man möglichst genaue Angaben über die Wirkung erhalten wollte, wurde diese Frage ebenfalls im offenen Antwortformat gestellt. Nach den drei offenen Fragen, die bei den Experten viel Motivation voraussetzen, wurde eine indirekt formulierte Beurteilungsfrage mit einer diskret gestuften Ratingskala als Antwortformat (Likert-Skala) zur Erfassung des Grades der Zustimmung oder Ablehnung mit den Aussagen von Wolfstein (1954) und der von der Verfasserin weiterführenden Überlegung eingesetzt. Das Item bittet um die Meinung des Experten, ob man aufbauend auf der Annahme von Wolfstein (1954), dass Kinder selbst Humor anwenden, um leidvolle Erfahrungen abzuschwächen, behaupten kann, dass der Therapeut mit provokativen und humorvollen Interventionen den Kindern etwas anbietet, das diese auch selbst anwenden, um sich zu helfen. Die mehrstufige, verbale Ratingskala im geschlossenen Antwortformat hat dabei den Vorteil der besseren intersubjektiven Vergleichbarkeit, wobei zudem die emotionale Beteiligung der Experten bei der Beantwortung der weiteren Fragen gestärkt wird (Moosbrugger & Kelava 2007, 52). Dieses Item sollte, wie auch schon vorangegangene Beurteilungsfrage, als Überleitung zu einem neuen Themenschwerpunkt agieren. Weiterhin wurde wieder der Ausstrahlungseffekt genutzt, denn die Aussage von Wolfstein und der weiterführende Gedanke, bei dem die Experten entscheiden sollten, inwiefern sie diesem zustimmen, bezieht sich inhaltlich auf das Item zwölf im Fragebogen. Besagte Frage soll herausfinden, welche Vorteile die Arbeit mit dem ProSt mit sich bringt. Anders als im anschließenden Item wurde im geschlossenen Antwortformat gefragt, da die Antwortmöglichkeiten gut abgegrenzt dargestellt werden können und sich die Auswertung so ökonomischer gestalten lässt. Da dies bei der Frage dreizehn nach den etwaigen Nachteilen nicht der Fall ist, wurde diese im offenen Format gehalten. Die Reihenfolge dieser beiden Aufgaben wurde dabei mit Absicht so gewählt, dass der Experte zunächst bei der Frage nach den Vorteilen die Möglichkeit einer Auswahl hat. So sollte erreicht werden, dass dem Befragten zu denselben oder ähnlichen Kategorien Nachteile einfallen und die Antworten in der spontanen Interviewsituation reflektierter erfolgen. Durch dieses Vorgehen verspricht

man sich Antworten, die der Realität der Experten wirklich entsprechen. Zur Abrundung dieses Themenblocks wurde noch einmal eine Übereinstimmungsfrage gestellt. Dabei sollte Anhand einer sechsstufigen Likert-Skala angegeben werden, inwiefern man der folgenden Aussage zustimmt: „In einer Studie von Smith et al. (1971) konnte herausgefunden werden, dass Studenten mit Prüfungsangst bessere Leistungen erzielen, wenn im Test humorvolle Items untergebracht wurden. Glauben Sie, dass man diese Logik auch auf die Therapie übertragen kann? Inwiefern stimmen Sie also mit der Aussage überein, dass man den Leistungsdruck in der Therapie durch das Einsetzen des Provokativen Stils senkt und den Klienten damit eine bessere Lernatmosphäre ermöglicht und diese besseren Leistungen erzielen können.“ Dabei sollte diese Zustimmungfrage nicht nur der Überprüfung der aufgestellten Hypothese dienen, sondern auch Abwechslung in den Fragebogen bringen. Um die Motivation und Konzentration nach vierzehn Fragen weiter aufrecht zu erhalten, wurde auch die Frage fünfzehn als Zustimmungfrage gestaltet. Hierbei ist es allerdings besonders wichtig zu betonen, dass der Ausstrahlungseffekt wieder sehr bewusst eingesetzt wurde, um den Fokus der Experten auf den nächsten Themenkomplex zu lenken. Die Frage nach der Zustimmung zu der Aussage von Farrelly (1986) „Außerdem fühlte ich mich in den Gesprächen sehr befreit. Ich brauchte meine Energie nicht mehr zu bremsen [...]“ (Farrelly & Brandsma 1986, 18) sollte zu der nächsten Frage nach den persönlichen Vorteilen seitens der Experten überleiten und für deren fundierte Beantwortung eine Basis schaffen. So beziehen sich die anschließenden beiden Fragen (Item 16 und 17) auf die persönlichen Erfahrungen mit ihrer eigenen Psychohygiene. Die Aufgabe 16 fragt nach den persönlichen Veränderungen, seit die Befragten die Techniken des Provokativen Stils anwenden. Um den Experten bei dieser weit gefassten Frage eine Hilfestellung zu geben, wurden die Antwortalternativen im geschlossenen Format gehalten. Da allerdings keine genaue Inhaltsanalyse von einschlägiger Literatur erfolgen konnte, gab es ein zusätzliches Feld für freie Antworten. Aus denselben Beweggründen wurde die anschließende achtzehnte Frage ebenfalls als geschlossene Frage gestaltet. Die Aufgabenstellung bezieht sich auf die persönlichen und individuellen Fähigkeiten, die nach der Meinung der Experten nötig sind, um mit den provokativen Techniken zu arbeiten. Auch hier wurde wieder zusätzlich ein freies Antwortfeld für individuelle Antworten hinzugefügt. Nachdem die Konzentration und Motivation der Experten durch die vielen aufeinanderfolgenden geschlossenen Fragen etwas geschont wurde, sollten diese bei der abschließenden Frage noch einmal gefordert werden. Das Item achtzehn verlangt nach einem Anwendungsbeispiel aus der Praxis und ist daher für die Experten sehr aufwändig zu beantworten. Die Größe des freien Textfeldes sollte eine Orientierung für den Befragten darstellen, in welchem Umfang eine Antwort in etwa erwartet wurde. Das Item 19 hat eine rein organisatorische Funktion und enthält die Bitte, bei etwaigen Unstimmigkeiten die Experten direkt kontaktieren zu dürfen, was in drei Fällen passiert ist. Zum Gesamtverlauf ist noch zu sagen, dass im oberen Feld des Online-Fragebogens jeder Zeit ein Balken zu sehen war, der anzeigte, wie viel Prozent der Befragung schon geschafft bzw. wie viele Fragen noch vor den Befragten liegen. Dieses Hilfsmittel wurde eingesetzt, um die Dauer der Befragung für die Experten zu jedem Zeitpunkt ersichtlich zu machen. Wie das

Sehen des angestrebten Gipfels bei einer Wanderung, steigert der Balken die Motivation und damit die Genauigkeit bei der Beantwortung und so letzten Endes die Qualität der Daten. Nachdem nun dargelegt wurde, wie der Fragebogen zustande gekommen ist, soll im Folgenden die Akquise derjenigen beschrieben werden, die diesen bearbeitet haben.

Wenn wir das Wort „Experte“ hören, denken die meisten Menschen unweigerlich an Wissenschaftler, die in herausragenden Institutionen, in herausgehobenen Positionen arbeiten und ihr Wissen in sehr kompliziert anmutenden Schachtelsätzen in der Öffentlichkeit verbreiten. Dabei wird häufig vergessen, dass die meisten Menschen über ein bestimmtes „Expertenwissen“ verfügen, welches für Forschungszwecke sehr relevant ist (Gläser & Laudel 2010, 11). Bei der Auswahl geeigneter Personen zur Beantwortung der entwickelten Fragen stellte sich demnach primär die Frage „welche Person [...] über ausreichend erfahrungsgestütztes Wissen“ (Mieg & Näf 2005, 11) verfügt, um diese beantworten zu können und dadurch die aufgestellten Hypothesen zu verifizieren oder zu falsifizieren vermag. Um hinsichtlich des Zieles dieser Arbeit als Experte zu gelten, sollte die Person zum einen durch ihre spezifische Ausbildung einen anerkannten Zugang zum relevanten Tätigkeitsfeld haben, sprich als Logopäde oder Sprachtherapeut tätig sein, und zudem eine zusätzliche Ausbildung im Provokativen Stil aufweisen können. Wichtig ist hierbei, dass dieser Logopäde über hinreichende Erfahrungen mit dem Einsatz des Provokativen Stils in der sprachtherapeutischen Therapie, also eine gewisse Expertise auf diesem speziellen Gebiet, besitzt. Um im Rahmen der vorliegenden Forschungsfrage als Experten zu gelten, sollte der Experte also diese spezielle Sachkompetenz aufweisen können und zudem einen Wissensvorsprung bezogen auf die aufgestellten Hypothesen aufweisen können. Bezugnehmend auf die Definition von Mieg & Näf (2005) soll als Experte derjenige gelten, der „[...] aufgrund langjähriger Erfahrung über bereichsspezifisches Wissen/Können verfügt“ (Mieg & Näf 2005, 7). Die Suche nach geeigneten Personen, die dieses Merkmal aufweisen, erfolgte im Anschluss an die grundlegende Literaturrecherche und nach der Erarbeitung des Fragebogens. Da die sonst so übliche Befragung von Autoren der spezifischen Forschungsliteratur aufgrund des Forschungsdesiderats nicht möglich war, wurde bei der Suche folgendermaßen vorgegangen. Zunächst wurde versucht, via Internetrecherche Logopäden ausfindig zu machen, die, zum Beispiel auf ihrer Homepage, angeben, den Provokativen Stil anzuwenden. Dies blieb leider ohne neue Erkenntnisse, weshalb ein anderer Weg beschritten wurde. Da die ursprüngliche Idee zu dieser Arbeit während eines Praktikums bei einem provokativen Therapeuten, welcher auch Fortbildungen zu diesem Thema anbietet, entstand, wurde zunächst dieser um die Teilnahme bei einem Experteninterview gebeten. Er stellte sich bereitwillig zur Verfügung und bot zusätzlich an, ehemalige Kursteilnehmer um deren Teilnahme zu bitten. Dieser Aufforderung folgten dreizehn Sprachtherapeuten. Die Beschränkung bei der Suche nach Interviewpartnern auf den deutschsprachigen Raum ergab sich aus Gründen der Vergleichbarkeit von Terminologien, der Auffassung von Therapie und den Vorgehensweisen in der Therapie und nicht zuletzt aus den praktischen Gründen der Durchführbarkeit. So

standen am Ende der Akquise vierzehn Personen zur Verfügung, welche bei der Darstellung der Ergebnisse genauer vorgestellt werden.

5.2.2 Durchführung und Auswertung der Erhebung

Nachdem nun geklärt war, wer den erarbeiteten Fragenkatalog zur Erörterung der Forschungshypothesen bearbeiten wird, wurde aus Gründen der besseren Durchführbarkeit, wie bereits erwähnt, ein Online-Fragebogen gestaltet. Diesen konnten die ausgewählten Experten bequem per Link in einer zugesandten Mail öffnen und bearbeiten. Dabei war es den Experten auch möglich, die Bearbeitung zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder fortzufahren, oder aber auch die Befragung noch einmal von Neuem zu beginnen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolge der Versand des Links per Einzelmail, so dass nicht ersichtlich war, welche Personen noch an der Umfrage teilnahmen. So gestaltete sich die Durchführung ökonomisch und praktisch, denn die Experten konnten den Zeitpunkt und den Ort sowie die Dauer bei der Durchführung flexibel nach ihren Bedürfnissen gestalten. Nachdem die Durchführung problemlos verlief, konnte in die spannende Phase der Auswertung übergegangen werden. Der folgende Abschnitt widmet sich der Darstellung der kontrollierten Gewinnung empirischer Informationen nach der Durchführung der Befragung, sprich der Auswertung der einzelnen Fragebögen. Die qualitative Informationsgewinnung hat dabei das Ziel die Texte der offenen Fragen pro Fall semantisch zu interpretieren und in einem nächsten Schritt die erhobenen Daten in der Auswertungsphase statistisch zu analysieren (Kromrey 2010, 193). Neben der semantischen Inhaltsanalyse sollen die einzelnen Fragen auch statistisch gemessen werden. „Messen“ bedeutet in diesem speziellen Kontext die strukturtreue Abbildung – also die Zuordnung von Symbolen zu Sachverhalten –, wobei die Beziehungen zwischen dem Sachverhalt den Beziehungen zwischen den Symbolen entsprechen müssen (Kromrey 2010, 206). Knapp soll nun beschrieben werden, wie die einzelnen Items ausgewertet werden.

Bei der Einstiegsfrage soll lediglich überprüft werden, ob die Person als Logopäde/Sprachtherapeut tätig ist oder nicht. Hierfür ist keine statistische Analyse erforderlich. Weiter sollen die nominalskalierten Antworten der Frage zwei einer Häufigkeitsanalyse unterzogen werden. In gleicher Weise solle auch mit den ordinalskalierten Werten der dritten Frage verfahren werden und ebenso mit den Antworten der Fragen vier und fünf. Bei den Übereinstimmungsfragen (Frage 6, 11, 14 und 15), deren Ergebnisse auf der ordinalskalierten Likert-Skala abzulesen sind, soll jeweils der Grad der Übereinstimmung analysiert werden. Die Häufigkeit der jeweiligen Antwortalternativen wird ebenso bei den Items sieben, zwölf, sechzehn und siebzehn analysiert. Anders als bei den eben genannten geschlossenen Fragen, soll bei den Items mit offenem Antwortformat zunächst eine Inhaltsanalyse der gegebenen Antworten erfolgen, bevor diese dann schließlich zueinander in Beziehung gesetzt werden. An die Auswertung der einzelnen Fragen anschließend soll diskutiert werden, in wie weit diese gewonnenen Ergebnisse mit der aufgestellten Hypothesen übereinstimmen. Nachdem die Auswertung nun theoretisch erläutert wurde, soll nun in die Praxis übergegangen werden und die Darstellung der Ergebnisse erfolgen.

5.3 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nicht nur rein deskriptiv, sondern diese werden hinsichtlich der einzelnen Forschungsfragen interpretiert. Zudem werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil eingehend erörtert.

Bei der ersten Frage¹³ gaben alle vierzehn Teilnehmer an, als Logopäde tätig zu sein. Interessant dabei ist, dass innerhalb der Kohorte eine heterogene Beschäftigungsart vorzufinden ist. Sechs Expertinnen und ein Experte arbeiten an regulären Grund- bzw. Sekundarschulen, eine an einer Sprachheilschule, eine weitere ist an einer Integrationsschule angestellt, einer in der eigenen Praxis, eine Befragte ist an einer Beratungsstelle für Stottern und Mutismus tätig, eine ist Logopädin in einer neuropädiatrischen Rehabilitationseinrichtung, und eine Expertin arbeitet beim logopädischen Dienst. Ein weiterer Experte arbeitet im Zentrum für Schulpsychologie und therapeutische Dienste. Eine Teilnehmerin befindet sich derzeit noch in der Ausbildung zur Logopädin, aufgrund der vielen persönlichen Erfahrung durch Praktika und Workshops im Bereich der provokativen Therapie wird diese aber auch zu den Experten gezählt¹⁴. Das Zusammenspiel aus homogener Beschäftigungsart, aber unterschiedlichem Beschäftigungsfeld ermöglicht es, dass die Befragung ein breites Spektrum des sprachtherapeutischen Berufsfeldes abdeckt. Mit welchen Störungsbildern die Experten arbeiten und bei welchen folglich der Provokative Stil bereits Anwendung findet, soll die zweite Frage klären. Sehr deutlich zeichnet sich hier das Bild ab, dass von den befragten Experten die meisten mit Sprachentwicklungsstörung (11), Stottern/Poltern (12) und mit Aussprachestörungen (11) arbeiten und folglich der Provokative Stil auch in diesem Bereich eingesetzt wird. Weniger, aber immer noch einige der Befragten therapieren Klienten mit Dysphonie (6), Sprechapraxie (5) und Leserechtschreibstörung bzw. Schriftspracherwerbsstörungen (4). Zwei Experten sind im Bereich der Mutismustherapie tätig. Ein Experte arbeitet im Bereich der neurologischen Störungen, Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie. Somit sind Therapeuten aller Störungsbilder in der Umfrage vertreten. Die Forschungsfrage, ob in puncto der einzelnen Störungsbilder eine Einschränkung bei der Anwendung besteht, kann allein mit diesem Ergebnis nicht beantwortet werden. Die Auswertung der eben dargestellten Frage lässt aber den Rückschluss zu, dass der Provokative Stil bereits bei sehr vielen Störungsbildern der Sprachtherapie eingesetzt wird. Die Altersverteilung¹⁵ der Klienten ist weiter wenig überraschend, wenn man bedenkt, dass die meisten der befragten Logopäden im schulischen Bereich tätig sind. So ergibt sich das Bild, dass die meisten Befragten mit Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren (10) arbeiten, ein Befragter auch mit jüngeren Kindern im Alter zwischen 3 und 14 Jahren, ein Experte mit jungen Erwachsenen zwischen 18 und 35 und drei mit Klienten aller Altersgruppen. Bei der weiteren Auswertung wird es nun von Interesse sein herauszuarbeiten, ob hinsichtlich des Alters der Klienten Einschränkungen bei der

¹³ Die einzelnen Antworten der Experten sind im Anhang einzusehen. Mit der Ausnahme der Antworten zu Frage 19, da diese persönliche Daten der Teilnehmer enthält, welche für den Untersuchungsgegenstand per se irrelevant sind.

¹⁴ Da die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppe der Experten nicht ausgewogen ist, soll, um die Anonymität und Einheitlichkeit zu wahren, im Folgenden immer die männliche Form verwendet werden.

¹⁵ Die veranschaulichende Graphik (Abbildung 3) befindet sich im Anhang.

Anwendung gemacht werden – sprich, ob die Experten, die mit Erwachsenen arbeiten andere, Methoden einsetzen als diejenigen, welche mit Kindern arbeiten. Dieses Vorgehen soll dazu führen herauszufinden, ob in puncto des Alters Differenzierungen beim Provokativen Stil erfolgen.

Nachdem die ersten drei Fragen eher der genaueren Ausdifferenzierung der Person des Experten selbst dienen, soll im weiteren Verlauf damit begonnen werden, die einzelnen Forschungsfragen mit Hilfe der Antworten der Experten zu beantworten. Dabei geben sieben Befragte bei der Frage, nach welchen Kriterien die Experten entscheiden, bei wem sie die provokativen Techniken anwenden, unter anderem an, dass das Alter des Klienten für sie entscheidend sei. Interessant dabei ist, dass drei derjenigen Experten, die mit verschiedenen Altersgruppen arbeiten und vier weitere Experten, welche mit Klienten zwischen 4 und 18 Jahren – ebenfalls einer relativ großen Altersspanne – arbeiten, nach dem Alter differenzieren. Diejenigen, die eher eine enger definierte Altersgruppe therapieren, nutzen das Alter der Klienten nicht zur Entscheidung, ob der ProSt zum Einsatz kommen kann. Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Provokative Stil von den befragten Experten in allen Altersbereichen eingesetzt wird, aber diejenigen, die in ihrem Arbeitsalltag mit Personen sehr unterschiedlichen Alters zu tun haben, diesen Faktor zur Entscheidung heranziehen. Lediglich ein Experte, welcher mit verschiedenen Altersgruppen arbeitet, entscheidet unabhängig vom Jahrgang des Klienten. Die Frage, ob der ProSt altersunabhängig in der Sprachtherapie eingesetzt werden kann, könnte man dahingehend mit „Ja“ beantworten, als dass die Klienten der Experten sich in allen Altersgruppen befinden. Nach welchen Kriterien weiter differenziert wird, sollte in einer gesonderten Frage in Erfahrung gebracht werden. Alle Experten sind sich darin einig, dass nach der Persönlichkeit des Klienten differenziert werden muss. So geben 100% der Befragten an, dies zu tun und maßgeblich für ihre Entscheidung zu machen. Wie auch in Kapitel 3.4.3 *weitere Einflussfaktoren* bereits theoretisch erläutert, spielt die Persönlichkeit des Klienten also auch in der Praxis die entscheidende Rolle. Ebenfalls einen hohen Stellenwert bei der Entscheidung, ob ProSt oder nicht, nimmt die persönliche Beziehung zum Klienten ein. Dreizehn der Befragten machen ihr Votum von der Therapeuten-Patienten-Beziehung abhängig, welche bereits in Kapitel 2 *Die provokative Therapie nach Frank Farrelly und der Provokative Stil* als entscheidend genannt wurde. Höfner & Schachtner (2013, 61) postulieren, dass die Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten Therapeuten-Klienten Beziehung zwar grundlegend für jede Therapie ist, aber besonders bei der Anwendung des Provokativen Stils rückt „der gute Draht“ in den Fokus. So kann behauptet werden, dass in diesen beiden Punkten Theorie und Praxis nah beieinander liegen. Auffallend bei der Auswertung dieser Frage ist es, dass lediglich vier Logopäden angeben, nach dem Störungsbild des Klienten zu differenzieren. Auf spezielle Nachfrage nach den Gründen gab ein Experte an, dass er die provokativen Techniken grundsätzlich anwende, um die Motivation eines Kindes zu verändern, die Sichtweisen zu wechseln oder das Störungsbewusstsein zu behandeln. Da diese Elemente für den Befragten hauptsächlich in den Bereichen Stottern, Mutismus und pragmatischer Therapie fallen, wendet er die provokativen Techniken vor allem dort an. Allerdings betont der Logopäde weiter, dass die provokativen Interventionsmöglichkeiten auch

außerhalb dieser Störungsbereiche in seiner Therapie zum Einsatz kommen, nämlich immer dann, wenn einem Klienten der nötige Antrieb fehle. Hinzu geben die Experten weiter an, dass die provokativen Techniken als „Brücke in den Alltag“ dienen und hauptsächlich bei der Arbeit am Transfer eingesetzt würden. Im Zusatzantwortfeld gibt ein Experte an, die Methoden und Techniken spontan und situationsbezogen zu verwenden und ein anderer, den Einsatz von der jeweiligen Therapiephase abhängig zu machen. Die in Kapitel 4 *Erläuterung der Fragestellung* genannte vierte Forschungsfrage – „Nach welchen Kriterien wird entschieden, ob die Techniken des Provokativen Stils angewandt werden?“ – kann hiermit im Rahmen der Befragung beantwortet werden. Alle befragten Experten legen als Kriterium die Persönlichkeit des Klienten fest, die meisten zudem die persönliche Beziehung zum Klienten, einige orientieren sich am Alter und wenige am Störungsbild der Klienten.¹⁶ Neben den Entscheidungskriterien für den Einsatz ist es auch interessant zu erfahren, welche Methoden aus dem Repertoire der provokativen Techniken in der Sprachtherapie von den interviewten Experten eingesetzt werden¹⁷. Dabei gilt es festzustellen, dass dreizehn der Befragten das Sprechverhalten spiegeln und genauso viele humorvoll die Vorteile des Problems aufzeigen. Die Methoden Konfrontation und Nachahmung, direktes Feedback, Begeisterung für das Symptom zeigen, Konsequenzen vor Augen führen, von Veränderungen abraten und mit der Handpuppe herausfordern, werden von elf der Befragten angewandt. Weiter werden von zehn Logopäden folgende Techniken eingesetzt: übertriebene Bilder verwenden, absurde und humorvolle Umdeutungen, Tabus humorvoll ansprechen, von Veränderung abraten und unsinnige Lösungsvorschläge und Erklärungen aufzeigen. Weiter sagen neun Experten in der Therapie spielerisch das Gegenteil vom Gedachten, und jeweils acht stellen Behauptungen auf und kosten den Krankheitsgewinn aus. Daraus, dass diese Werkzeuge von vielen der befragten Personen angewandt werden, kann im Rahmen dieser Untersuchung die Schlussfolgerung gezogen werden, dass diese unabhängig von Alter, Störungsbild oder sonstigen Einflussfaktoren angewandt werden können. Hingegen werden einige Therapietechniken von weniger Therapeuten eingesetzt. So verhält es sich, dass acht Experten Bilder, Geschichten und Stereotype zur liebevollen Provokation verwenden. Bei der Analyse wird ersichtlich, dass die fünf Experten, welche diese Methode nicht anwenden, alle mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Dies bringt die Vermutung nahe, dass der Einsatz von Bildern, Geschichten und vor allem Stereotypen eine gewisse kognitive Reife und Wissen voraussetzt. So kann angenommen werden, dass zum Beispiel Stereotypen erst bei Klienten eingesetzt werden können, welche auch wissen, was sich hinter einer klischeehaften Aussage verbirgt und diese auch zu verstehen wissen. Anders verhält es sich bei der Technik „verrückter handeln als der Klient“, welche von sieben Experten im Therapiegeschehen eingesetzt wird. Hier wird vermutet, dass die Anwendung stark von der Persönlichkeit des Logopäden abhängig ist, welche es entweder erlaubt, sich in Gegenwart eines Klienten grotesk zu benehmen oder nicht. Über die etwaigen Gründe kann allerdings nur spekuliert werden. Einzig bei dem Werkzeug „Einsteigen in das Weltbild des Klienten“ kann noch ein Muster bei den Antworten der Experten erkannt

¹⁶ Die veranschaulichende Graphik (Abbildung 4) befindet sich im Anhang.

¹⁷ Die veranschaulichende Graphik (Abbildung 5) befindet sich im Anhang.

werden. Auffällig ist hier, dass alle Experten, die mit stotternden/ polternden Klienten arbeiten, und der Experte aus dem Bereich der neurologischen Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen diese Technik im Verlauf ihrer Therapie nutzen. Spekulativ kann in Bezug auf diese Auswertung angenommen werden, dass bei diesen Störungsbildern das Selbstbild des Klienten eine große Rolle, vor allem in der Phase der Desensibilisierung, spielt und deshalb diese Technik geradezu prädestiniert für den Einsatz bei dieser Thematik ist. Warum einige Werkzeuge des ProSt von weniger Experten in der Therapie eingesetzt werden, kann daran liegen, dass einige größere kognitive Anforderungen an den Klienten stellen und deshalb nicht bei allen Störungsbildern und in jedem Alter gleichermaßen geeignet sind. In der Auswertung konnte allerdings kein solches Muster erkannt werden, und so könnte es auch auf die persönlichen Vorlieben und Erfahrungen der Experten zurückgeführt werden. Die absolute Verteilung kann der Graphik im Anhang entnommen werden. Die Forschungsfrage, ob der ProSt anpassungslos übernommen, wird kann an dieser Stelle nicht zur Gänze beantwortet werden. Zwar zeigt die Auswertung, dass alle Techniken angewandt werden, aber die Verteilung der Häufigkeit beweist, dass durchaus Unterschiede bestehen. Bei der Frage nach der Zustimmung zu der Aussage von Farrelly (1986) (siehe Frage sechs im Fragebogen) haben zwei Experten angegeben, voll und ganz mit der Aussage übereinzustimmen, und zehn Logopäden, dass sie überwiegend zustimmen. Lediglich zwei von den vierzehn Experten geben an, dass diese Aussage ihre Erfahrungen „gerade noch“ widerspiegelt. Diese beiden Experten gaben bei der darauffolgenden Frage passenderweise an, die provokativen Elemente nicht zum Aufbau einer guten Therapeut-Klienten-Beziehung zu benutzen. Somit kann im Umfang der vorliegenden Untersuchung die Annahme getroffen werden, dass die Intention hinter dem Einsatz des ProSt bei den Experten divergieren. Auf die Frage: „Wann wenden Sie die Elemente des Provokativen Stils an?“ antworten sechs Experten damit, dies zum Aufbau einer guten Therapeut-Klienten-Beziehung zu tun. Sieben Logopäden geben an, die Techniken zur Auflockerung zwischen den einzelnen Therapiesequenzen zu verwenden, und sechs, diese in festgefahrenen Situationen, in denen der Therapiefortschritt sehr gering ausfällt, zu nutzen. Weiter geben acht der Befragten an, provokative Interventionsmöglichkeiten während des gesamten Therapiegeschehens einzusetzen, und drei, dies sehr von der jeweiligen Situation abhängig zu machen. Als aufschlussreich erweisen sich die Antworten aus dem Zusatzfeld, in dem zwei Experten bereits die nächste Frage vorwegnehmen und angeben, die Elemente auch in Gesprächen mit Angehörigen bzw. in der Beratung mit großem Erfolg einzusetzen.¹⁸

Nachdem bereits zwei Experten die Antwort der nächsten Frage im Katalog antizipieren, erstaunt es nicht, dass neun Logopäden zustimmen, in Elterngesprächen ebenfalls den ProSt einzusetzen. Sie geben an, dass sich so in den Elterngesprächen die Aufmerksamkeit erhöht, die Angehörige auf sanfte Weise mit dem Problem konfrontiert werden, sich eine angespannte Stimmung durch die Direktheit auflockert, und so die Teilnehmer des Gesprächs in einer entspannten Atmosphäre über Tabus, Probleme und Lösungsvorschläge sprechen können. Zudem eignet sich der Einsatz dieses Kommunikationsstils besonders dann, wenn die Eltern in ein

¹⁸ Die veranschaulichende Graphik (Abbildung 6) befindet sich im Anhang.

Gespräch „geschickt“ wurden und gezwungenermaßen an diesem teilnehmen. Einen einschränkenden Aspekt zeigen die Antworten von drei der Logopäden auf, die provokative Elemente in Elterngesprächen einsetzen, aber dies erst dann tun, wenn eine gewisse Vertrauensbasis besteht. Weiter macht eine Logopädin darauf aufmerksam, dass der Einsatz in Angehörigengesprächen höhere Ansprüche an sie stelle, da mehrere Beteiligte „im Auge behalten“ werden müssen. Drei der Befragten lehnen es ab, den Provokativen Stil in Elterngesprächen zu verwenden, da sie den Mut dafür nicht aufbringen oder weil Elterngespräche zu kurz seien, um genügend Zeit für den Einsatz solcher Techniken zu haben. Ein Experte schreibt, der Einsatz wäre vorstellbar für ihn, er selbst habe es aber noch nicht probiert. Einen eleganten Mittelweg beschreitet ein Experte, in dem er den Stil zwar nicht direkt im Angehörigengespräch einsetzt, aber den Beteiligten von den Reaktionen ihrer Kinder auf die provokativen Episoden in der Therapie erzählt und somit indirekt die Provokation einfließen lässt. Unter Bezugnahme auf die Aussage der vierzehn Experten kann also festgestellt werden, dass sich der ProSt in Elterngesprächen einsetzen lässt, dies aber für einige eine höhere Hemmschwelle darstellt. Diejenigen, die provokative Elemente aber einsetzen, berichten ausschließlich über positive Erfahrungen, was zeigt, dass der Therapiestil, über die reine Sprachtherapie hinaus, seine Wirkung zu entfalten vermag.

Als vielfältig erweisen sich die Antworten der Experten auf die Frage, warum sie den ProSt in der Therapie einsetzen. Einige beschreiben die große Durchschlagskraft der Methode, sie haben das Gefühl, mit den Provokationen mehr bewirken und Blockaden lösen zu können und dadurch dem Patienten Entwicklungen zu ermöglichen. Die Aussagen der Experten zusammengefasst, bewirkt der ProSt eine große Entspannung beim Klienten, so dass ein besseres Arbeiten – insbesondere mit Jugendlichen - möglich sei und Tabus einfacher angesprochen werden können. Plakativ gab ein Experte die „ehrliche Beziehung“ an, denn nach Zollinger sei das gemeinsame Lachen mit dem entsprechenden Blickkontakt ein Zeichen des echten Kontakts, der Veränderungen beim Klienten ermögliche. Hinzu gibt eine Logopädin an, davon überzeugt zu sein, dass dieser Therapiestil ein „Empowerment des Klienten“ sei, und passend dazu beschrieb ein weiterer Experte, dass seine schüchternen Klienten, denen er zu mehr Selbstbewusstsein verhelfen wollte, ihn dazu bewogen haben, sich im Provokativen Stil fortzubilden. Zudem beschreibt ein Experte, dass die Therapie „näher an das wahre Leben rückt“ und dies einen Transfer in den Alltag wahrscheinlicher macht. Weiter geben einige Experten an, dass es für sie eine „kreative Psychohygiene“ oder eine „Burn-out-Prophylaxe“ darstelle und sie sich selbst belebter und energiegeladener fühlen, seit sie den Provokativen Stil in der Therapie anwenden. Adäquat berichteten hinzu einige Experten, dass dieser Therapiestil sehr zu ihrer Persönlichkeit passe und ihnen viel Spaß an der Arbeit bringe. Durch die Mannigfaltigkeit der Antworten kann die Forschungsfrage nach der Intention des Einsatzes im Rahmen dieser Arbeit als beantwortet betrachtet werden. Nebstdem wurde auch die Frage nach der Wirkung des Provokativen Stils auf die Klienten gestellt, und auch hier überrascht das breite Spektrum der Antworten, welche durchweg positiv sind. So beschreiben vier Experten, dass die Klienten meistens zunächst perplex oder überrascht reagieren, sich dann aber schnell auf die provokativen Techniken einließen. Besonders deutlich, da es

zehn der Befragten bei dieser Frage schilderten, ist, dass durch den ProSt die Therapie eine große Auflockerung erfährt und sich die Klienten entspannen, wodurch Denkprozesse angekurbelt werden, welche letzten Endes zu einer Verhaltensänderung führen. Ein Experte präzisiert diese Verhaltensänderungen, indem er beschreibt, dass die Klienten schlagfertiger und spontaner werden und beweisen wollen, dass sie ihre Probleme bewältigen können. Zudem sähen sie vermehrt das Positive an sich und nähmen das Leben und ihre etwaige Einschränkung mit mehr Humor. Weiter schreiben zwei Experten, dass die Therapie sehr viel belebter sei. Für einen Experten bedeutet der Einsatz des Provokativen Stils einen Zuwachs an Interesse, Vertrauen und Veränderungsmotivation. Erwähnenswert ist, wie ein Experte beschreibt, dass sich durch den Einsatz des Provokativen Stils eine „Art Gleichberechtigung zwischen Therapeut und Klient“ ergibt. Dies schaffe große Entspannung in der Therapiesituation und trage dazu bei, bessere Therapiefortschritte zu erzielen. Adäquat berichtet ein weiterer Logopäde, dass der Einsatz des ProSts eine gute Atmosphäre in der Therapie schafft. Hier vereinen sich Theorie und Praxis, da auch Höfner & Schachtner (2013, 35) beschreiben, dass sich der Klient und der Therapeut bei der provokativen Therapie als gleichwertige Partner gegenüberstehen. Bedenkt man diese Aussagen, so verwundert es nicht, dass die Aussage der Verfasserin – der Leistungsdruck der Therapie könne durch den Einsatz des Provokativen Stils gesenkt werden und dem Klienten somit eine bessere Lernatmosphäre ermöglicht werden -, welche auf Grundlage der Studie von Smith et al (1971) gemacht wurde, große Zustimmung unter den Experten erfahren hat. Neun Experten geben an, dieser Aussage voll und ganz zuzustimmen, und die restlichen stimmen überwiegend zu. Die Antworten bei der Frage nach der Wirkung der provokativen Techniken stimmen zu großen Teil mit den Angaben bei der Frage nach den Vorteilen für die Klienten überein. Aus diesem Grund soll deshalb die Darstellung rein in Form einer Graphik erfolgen, welche im Anhang eingesehen werden kann. Um Bezug auf die Forschungsfrage nach der Absicht hinter dem Einsatz des Provokativen Stils zu nehmen, kann, in Relation zu den Angaben der vierzehn Experten, behauptet werden, dass die vielen aufgezeigten Vorteile die Logopäden dazu bewegen, den besagten Therapiestil einzusetzen. Interessant ist, dass die meisten Logopäden angegeben haben, erst im Rahmen einer Weiterbildung bei einem versierten Logopäden auf diese Methode gestoßen zu sein und sie seither begeistert einsetzen.

Auf die Komplementärfrage nach den Nachteilen berichteten nur drei Experten, diese schon einmal erfahren zu haben. So beschreiben zwei Logopäden, Unsicherheit und Angst bei ihren Klienten ausgelöst zu haben, weil sie die Provokation zu ernst übermittelten und sich nicht genügend in den Patienten eingefühlt hätten. Ein weiterer Befragter schildert ebenfalls, kurzfristig Befangenheit ausgelöst zu haben, dass sich der Klient dann aber schnell an den besonderen Therapiestil gewöhnt habe. Alle anderen Experten berichten, dass sie selbst noch keine Nachteile erfahren hätten, sich aber zum Teil durchaus welche vorstellen könnten. Bei den hypothetischen Nachteilen wird angegeben, dass bei Klienten mit kognitiver Einschränkung oder Sprachverständnisproblemen große Schwierigkeiten im Verstehen des Humors und des gesamten Therapiestils auftreten können. In Bezug auf die Forschungsfrage nach den Einschränkungen in puncto einzelner Störungsbilder sind diese – wenn auch rein

fiktiven - Aussagen der Experten sehr interessant. Denn wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit erarbeitet (Kapitel 3.4.2 *Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Störungsbilder*), bestehen, nach den dargestellten Forschungsergebnissen Einschränkungen im Verständnis von Humor bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsverzögerung. Verschiedene Studien (z.B. Bruno et al. 1987, Spector 1990, Ezell & Jarzynka 1996) zeigen eine enge Verzahnung von humoralen Verständnisschwierigkeiten sprachentwicklungsgestörter Kinder und ihren Verarbeitungsgeschwindigkeiten bei phonologischen, morphologischen, syntaktischen und semantischen Informationen (Schreiner 2003, 195). Die Untersuchung von Spector (1990, 536) zeigt darüber hinaus, dass solche Schwierigkeiten bis ins Jugendalter persistieren. Zudem gibt ein Logopäde an, dass es bestimmte Momente, kulturelle Gepflogenheiten und Persönlichkeitsstrukturen gebe, welche gegen den Einsatz dieser Methode sprächen. Hier kann der Bogen zu der Frage nach den Ausschlusskriterien für die Anwendung des ProSt geschlagen werden, denn auch hier wird von allen Experten angegeben, dass die Persönlichkeit des Klienten ausschlaggebend sei. Ein Experte gibt an, dass sich immer dann Nachteile ergäben, wenn es zum Beispiel an einer vertrauensvollen und liebevollen Beziehungsbasis fehle und trotzdem mit provokativen Methoden gearbeitet werde. Diese Auffassung ist deckungsgleich zu der Aussage von Höfner & Schachtner (2013, 61), welche eine gute Beziehung als Grundlage für die Anwendung des ProSt postulieren. Die Aussage eines Experten befindet sich in einem Graubereich zwischen den Vor- und Nachteilen, denn dieser beschreibt, dass der ProSt den Klienten sehr fordere und dieser viel arbeiten müsse. Das Zurücklehnen und die Therapie „auf sich einprasseln lassen“ funktioniere bei dieser Methode nicht. Dies ist zwar für den Klienten in dem Moment der Therapie anstrengend, allerdings ist es ein sehr großer Vorteil für die Therapie an sich. An dieser Stelle soll auf die Erkenntnisse des theoretischen Teils dieser Arbeit in Kapitel 3.5 *Chancen des Provokativen Stils* verwiesen werden, in dem dargelegt wurde, dass durch den Einsatz des Provokativen Stils die Aufmerksamkeit des Klienten gesteigert werden kann und sich dieser – wie auch von diesem Experten beschrieben - nicht einfach zurücklehnen kann. Schreiner (2003, 236) führt in diesem Zusammenhang die von Day (1982) postulierte „Zone der moderaten Überraschung“ auf, welche einen optimalen Lernzuwachs ermögliche.

Bei der Übereinstimmungsfrage zu der Aussage von Wolfstein (1954), dass Kinder selber Humor anwenden, um leidvolle und schmerzhaft Erfahrungen abzuschwächen, und man durch den ProSt den Klienten dies anbiete, stimmten dreizehn der Experten zu. Lediglich ein Befragter gibt an, bei dieser Aussage „eher nicht“ zuzustimmen. Auf spezielle Nachfrage hin gibt der Logopäde an, dass Kinder seiner Meinung nach sehr wohl selber Humor anwenden, um die eigenen leidvollen Erfahrungen abzuschwächen, und wenn ein Kind über sich selbst und sein Problem lachen kann, dann leide es in diesem Augenblick auch weniger. Weiter war der Befragte allerdings der Meinung, dass dieser eigene Humor des Kindes weniger nachhaltige Wirkung zeige als eine provokativ-humorvolle Intervention eines Therapeuten. Denn nur ein Gegenüber vermag es, durch aufrüttelnde, unerwartete und verblüffende Interventionen die altbewährten Denkmuster und Glaubenssätze zu durchbrechen. Aus diesem Grund sei die persönliche Strategie des Kindes eher nicht mit den provokativ-

humorvollen Interventionen zu vergleichen.

Nachdem der Blickwinkel der bisherigen Auswertung auf den Klienten gerichtet war, wird das Augenmerk nun auf die Person des Therapeuten gerichtet. Hierzu wurden die Experten danach gefragt, welche Vorteile sie persönlich durch die Anwendung des ProSt erfahren. Die Experten geben hier viele Vorteile für sich selbst als Logopäde an, und so verwundert es nicht, dass die Aussage Farrellys (1986): „Außerdem fühlte ich mich in den Gesprächen sehr befreit.“ (Farrelly & Brandsma 1986, 18) von zehn Experten eine starke Zustimmung erfahren hat und vier angeben, dass diese Aussage gerade noch mit ihrer persönlichen Situation übereinstimme. Im Einzelnen geben dreizehn Logopäden an, dass die Therapiestunden viel lebendiger seien und sie selbst wieder mehr Freude an ihrem Beruf hätten. Weiter sind zehn Experten viel entspannter und haben den Kopf nach der Arbeit freier, und sieben berichten über eine größere Neutralität gegenüber den Problemen der Klienten. Sechs der Logopäden geben zudem an, seit der Anwendung der provokativen Techniken bessere Therapeuten-Klienten Beziehungen zu haben. Im Rahmen der Auswertung fällt hierbei auf, dass diese sechs Experten alle mit Jugendlichen und zum Teil auch mit Erwachsenen arbeiten, und so kann, auch in Bezug auf vorangegangene Antworten, auf Grundlage der Aussagen der vierzehn befragten Experten angenommen werden, dass der ProSt besonders bei dieser Altersgruppe zu einer besseren therapeutischen Beziehung beiträgt. Wie bereits Höfner (2011, 48) erwähnt, bedient sich der provokative Therapeut denselben Techniken wie die Pubertierenden, allerdings voller Wohlwollen. So kann in diesem Kontext angenommen werden, dass den Jugendlichen durch den Einsatz des Provokativen Stils der Spiegel vorgehalten wird und sie deshalb besonders gut auf die Provokationen reagieren. Im Zusatzantwortfeld geben zwei Experten noch einmal explizit an, dass sie selber mehr Spaß an der Therapie hätten, einer beschrieb sich freier zu fühlen und die Therapie viel spielerischer, stressfreier und genüsslicher erfolge. Hinzu hat ein Logopäde weniger Angst vor Fehlern und sehe selbst mehr Handlungsspielraum für sich. Ein Experte beschreibt, dass es ihm Freude bereite zu sehen, wie der Klient an Mut gewinnt. Sehr einig sind sich die Experten darin, welche Fähigkeiten es benötigt, um die provokativen Elemente in der Therapie anwenden zu können. So geben alle Experten an, dass man selbst kreativ und einfühlsam sein müsse, dreizehn, selbst humorvoll sein, und neun, eine ressourcenorientierte Sichtweise verfolgen zu müssen. Acht Logopäden nutzen das Zusatzantwortfeld und geben verschiedenen Aspekte zu bedenken. Ehrliches Interesse am Gegenüber, vorurteilsfreies Denken sowie Respekt vor dem Klienten seien erforderlich, zudem soll man den Mut haben, Wagnisse einzugehen, und intuitiv zu sein, eine gute Distanz zur Situation wahren, damit man selbst den Überblick behält, und man soll über sich selbst lachen können. Ein Experte betont das, was auch Martin (2007, 349) herausstellt - humorvoll und provokativ in der Therapie zu agieren, ist eine Fähigkeit, die der stetigen Übung bedarf. Im Rahmen dieser Auswertung kann damit die Forschungsfrage nach den Vorteilen des Einsatzes des Provokativen Stils für die Psychohygiene des Therapeuten und den erforderlichen Voraussetzungen auf Seiten des Therapeuten als beantwortet angesehen werden.

Abschließend wurden die Experten aufgefordert, ein Beispiel wiederzugeben, in dem sich die Anwendung des

Provokativen Stils besonders bewährt hat. Hier wählt ein Befragter die Situation eines Elterngesprächs, alle anderen eine Therapiesituation mit ihrem Klienten. Dabei sticht ins Auge, dass neun von vierzehn Experten einen Klienten beschreiben, der schüchtern und passiv ist und kaum Selbstbewusstsein aufweist. Stimmig, wenn man bedenkt, dass auch zuvor einige Logopäden betonten, dass diese Methode besonders bei zurückhaltenden Klienten ihre Wirkung zu entfalten vermag. Zwei Beispiele beschreiben, wie mit Hilfe der provokativen Interventionsmöglichkeiten an der Therapeut-Klienten-Beziehung gearbeitet wird. Ein Beispiel beschreibt einen besonders eindrücklichen Prozess, in dessen Verlauf der Verweigerung einer schwer betroffenen Klientin mittels provokativer Interventionen begegnet werden konnte. Weiterhin wurden die Angaben auf die angewandten Techniken hin untersucht, wobei in fünf der beschriebenen Situationen das Verhalten der Klienten gespiegelt wird. Im Rahmen der Beispiele werden zudem Tierbilder benutzt, der Krankheitsgewinn ausgekostet, verbal provoziert, gegen das Positive gewettet und in das Weltbild des Klienten eingestiegen. Wie auch schon die Frage nach den einzelnen eingesetzten Techniken zeigt auch diese Auswertung, dass nicht nur in der Psychotherapie die Interventionsmöglichkeiten des Provokativen Stils mannigfaltig angewandt werden können, sondern auch in der Logopädie eine Vielfalt an provokativen Methoden eingesetzt werden kann, um die Therapie lebendiger, effektiver und alltagsnäher zu gestalten.

5.4 Diskussion

Auch wenn die Experteninterviews lange Zeit als der Königsweg innerhalb der sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden galten, so wird die Fundierung dieser Methode auch immer wieder angezweifelt (Bogner & Menz 2009, 17). Um jeglicher Kritik entgegenzutreten, ist eine größtmögliche Transparenz in der Entwicklung, Planung, Durchführung und Auswertung sehr wichtig. Um qualitative Daten zu generieren, wurde auch in der vorliegenden Arbeit das Vorgehen so transparent wie möglich gestaltet. Dazu gehört es auch, augenscheinliche Schwachstellen zu dokumentieren, offen darzulegen und zu erörtern – was im Folgenden geschehen soll.

Bei der Qualität der Rahmenbedingungen ist anzuführen, dass die Interviews aufgrund der bereits angeführten Gründe nicht persönlich stattgefunden haben. Die Nachteile eines Interviews, welches nicht face-to-face durchgeführt wurde, liegen auf der Hand. So kann die Gesprächssituation weder aktiv gestaltet, noch direkt beeinflusst werden. Spontane Nachfragen können nicht gestellt werden, zudem fallen die Antworten möglicherweise kürzer aus, da der Betroffene gezwungen ist, sein Wissen und seine Erfahrungen zu verschriftlichen. Aufgrund des Forschungsdesiderats wurden zusätzlich einige Antworten im geschlossenen Antwortformat dargeboten, wodurch der Denkraum für die Beantwortung vorgegeben war. Diese Unzulänglichkeit sollte durch das zusätzliche Antwortfeld ausgeglichen werden, und die rege Annahme dieser Antwortalternative unter den Experten hat gezeigt, dass dies eine gute Ausgleichsmöglichkeit darstellte. Eine zusätzliche Kompensation sollte zudem durch die Beschreibung eines Beispiels aus der Praxis geschehen und ebenfalls durch die teilweise erfolgten Nachfragen per Mail. Allgemein erfolgte die Beantwortung aller Fragen so ausführlich und detailliert, dass angenommen werden kann, dass die Experten sich nicht durch die Form der Erhebung davon abhalten ließen, ihre Erfahrungen kundzutun. Im Gegenteil: Die Experten konnten den Zeitpunkt und zeitlichen Rahmen ihrer Befragung völlig frei wählen und das Beantworten mehrfach unterbrechen, um sich eine passende Antwort zu überlegen. Sie mussten nicht in einer Ad-hoc-Situation einer fremden Studentin Rede und Antwort stehen, sondern konnten ihre ganz persönlichen Antworten in Ruhe finden, formulieren und bei Bedarf auch jederzeit wieder abändern. Darin liegt ein sehr großer Vorteil des Interviews in Form einer Online-Befragung, welcher die Nachteile größtenteils relativiert.

Die inhaltliche Qualität der Ergebnisse wurde durch verschiedenen Faktoren gesichert. Damit eine vergleichbare Basis an Wissen und Erfahrung sichergestellt werden konnte, wurden die Experten zunächst nach ihrer eigenen Person befragt, zudem diente das wiederzugebende Beispiel am Ende des Fragebogens unter anderem auch dazu, Personen herauszufiltern, deren Antworten einen zu geringen Informationsgehalt zur Erörterung der Forschungsfrage enthalten. Zur inhaltlichen Qualität ist weiter anzuführen, dass die Gruppe der Experten nicht ganz ausgewogen ist. So wurde nur eine Therapeutin im neurologischen Störungsbereich befragt. Da allerdings auch auf konkrete Nachfrage und Suche hin kein zusätzlicher Experte gefunden werden konnte, ist anzunehmen, dass die Verteilung innerhalb der Kohorte den Status Quo widerspiegelt. Lediglich die Gesamtzahl von vierzehn Experten könnte kritisch betrachtet werden. Da die Anwendung dieses Therapiestils in der Sprachtherapie noch

in den Kinderschuhen steckt, stehen nicht unendlich viele Fachpersonen mit spezifischer Ausbildung im Provokativen Stil zur Verfügung. Bei der Auswertung wurde allerdings deutlich, dass sich die vierzehn Logopäden meist sehr einig waren, weshalb angenommen werden kann, dass auch in einer größeren Kohorte die Ergebnisse nicht groß differieren würden. So ist die Anzahl der Experten zwar als ein Manko anzusehen, welches aber durch die Einigkeit der Logopäden und den eindeutigen, in der Auswertung aufgezeigten Tendenzen der Ergebnisse zu relativieren ist. Die gewonnenen Daten liefern eine solide Basis für weitere Betrachtungen des Forschungsgegenstands. So könnte eine Folgeumfrage um einige Aspekte erweitert werden: Interessant wäre es zu wissen, ob auch die Eltern bzw. Klienten die genannten Vorteile und die Wirkung der provokativen Methoden aus der Sicht der Experten bestätigen würden¹⁹. Zudem wäre das Erarbeiten konkreter Anwendungsbeispiele für die einzelnen Methoden mit Experten unterschiedlicher Spezialisierung innerhalb der Logopädie sicherlich hilfreich, um die Vorzüge dieser noch besser aufzuzeigen.

Ein erster Schritt wurde mit der vorliegenden Umfrage bereits gemacht, und so wäre es wünschenswert, wenn darauf aufbauend weitere folgen würden. Zusammenfassend sollen nun im Fazit die wichtigsten Aspekte noch einmal erläutert werden.

¹⁹ Einen Anfang hat Hildebrand (2009, 63–64) im Rahmen ihrer Bachelorarbeit gemacht: Sie hat vier Klienten von José Amrein interviewt und zusätzlich eine Befragung von 26 weiteren Klienten des Therapeuten dargestellt. Hier sollten die Klienten die Wirksamkeit der provokativen Elemente auf einer Skala von 1-10 beurteilen und gaben den provokativen Methoden durchschnittlich 8 Punkte.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die zentrale Forschungsfrage, ob und inwiefern sich der Provokative Stil in der Sprachtherapie anwenden lässt, konnte im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden. So konnte die Hypothese: „Einige Techniken des Provokativen Stils können in der Sprachtherapie unter der Berücksichtigung gewisser Faktoren gewinnbringend eingesetzt werden.“ durch die gewonnenen Erkenntnisse verifiziert werden. Diese Hypothese bildete zwar den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit, aber um diese umfassend beantworten zu können, wurden weitere Fragestellungen bearbeitet. Zusammenfassend und bezugnehmend auf die Ergebnisse kann behauptet werden, dass der Provokative Stil weitestgehend anpassungslos übernommen wird und hinsichtlich bestimmter Störungsbilder zwar eine gewisse Einschränkung in der Anwendung der provokativen Techniken besteht, allerdings hierzu keine pauschalen Aussagen gemacht werden können und die Anwendbarkeit stark vom Einzelfall abhängt. Der Einsatz des Provokativen Stils bei Kindern oder Jugendlichen mit sprachlicher Beeinträchtigung, um das defizitäre Humorverständnis abzubauen, kann im Zuge der Partizipation sogar gefordert werden. Bezüglich des Alters verhält es sich so, dass einige Methoden höhere kognitive Anforderungen an den Patienten stellen als andere, aber grundsätzlich sind jedem Lebensalter entsprechende provokative Techniken in der Sprachtherapie einsetzbar. Zumal sich als entscheidendstes Kriterium zur Anwendbarkeit weder das Alter noch das Störungsbild, sondern die Persönlichkeit des Klienten herauskristallisiert hat. Im Rahmen der logopädischen Therapie wird der Provokative Stil sehr häufig zum Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung genutzt, findet grundsätzlich aber in allen Bereichen der Therapie Anwendung. Hinzu ist festzuhalten, dass es die vielen Vorteile für den Klienten und die guten Erfahrungen mit diesem Therapiestil sind, welche die Sprachtherapeuten dazu bewegen, diese einzusetzen. Weiter konnte die Annahme, dass der Provokative Stil sich positiv auf die Psychohygiene des Therapeuten auswirkt, bestätigt werden. So wurde sowohl im theoretischen, als auch im praktischen Teil der Bachelorarbeit deutlich, dass diese einzigartige Methode einen großen Gewinn für die Sprachtherapie im Allgemeinen darstellt. Dazu gehört unter anderem, dass sie sich sehr gut in die sprachtherapeutische Didaktik integrieren lässt, die einzelnen Methoden optimal in der Sprachtherapie Anwendung finden können, die Techniken zudem entwicklungs-sinnhaft sind und der ProSt über alledem viele Chancen in der Therapie für Klient und Therapeut gleichermaßen bietet. Weitere Forschungsvorhaben und auch die bereits in Kapitel 3.6 *Evidenzbasierung* aufgezeigte allgemeine Forderung in der Sprachtherapie nach mehr Wirksamkeitsstudien im Bereich Humor und Provokation in der Therapie sind dringend erforderlich. Gerade im Bereich der Einschränkungen im Verstehen des Provokativen Stils hinsichtlich bestimmter sprachtherapeutischer Störungsbilder und auch der spezifischen Wirkung der Methoden sucht man aktuelle Forschungsstudien vergebens. Es ist anzunehmen, dass mit einer Erneuerung und Erweiterung des empirischen Kenntnisstandes auch die Methode an sich weiter verbessert werden würde. Zudem wäre es nur von Vorteil, wenn diese Methode in die Curricula der Ausbildungsstätten mit

aufgenommen werden würde. So könnte nicht nur die Therapie effektiver gestaltet werden, sondern auch einem Burn-out des Therapeuten vorgebeugt werden.

So kann abschließend nur der Wunsch geäußert werden, dass der Provokative Stil in Zukunft zum festen Bestandteil des Repertoires eines jeden Sprachtherapeuten wird, viele Therapiestunden dadurch lebendiger, alltagsnäher und effektiver gestaltet werden und der sprachtherapeutischen Intervention etwas von ihrer Ernsthaftigkeit genommen wird. Denn „zwischen Lachen und Spielen werden die Seelen gesund“ (arabisches Sprichwort (Amrein 2015)).

Literaturverzeichnis

- Amrein, J. (2009): Neue Ideen für die Stottertherapie. Luzern: Eigenverlag José Amrein.
- Amrein, J. (2015): Humorvoll-provokative Beratungsgespräche. URL: <http://www.praxis-amrein.ch/therapieberatung/humorvoll-provokative-beratungsgespraech/> (Aufruf am 06.05.2015).
- Antonowsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DgVT-Verlag.
- Askenasy, J. (1987): The Functions and Dysfunctions of Laughter. *Journal of general psychology*, 114(4), 317–334.
- Bandler, R. (2001): Neue Wege in der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. Paderborn: Junfermann.
- Baron-Cohen, S. (1997): Hey! It was just a joke! Understanding propositions and propositional attitudes by normally developing children and children with autism. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34(3), 174–178.
- Beushausen, U. (2014): Qualitätsmanagement, Evaluation und Evidenzbasierung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie* (359–365). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011): *Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis*. München: Urban & Fischer.
- Bihrlé, A.M., Brownell, H.H. & Gardner, H. (1986): Comprehension of humorous and non-humorous materials by left and right brain-damaged patients. *Brain and Cognition*, 5, 399–411.
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005): *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Boerman-Cornell, W. (1999): The Five humors. *English Journal*, 88, 66–69.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview* (7–35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Böhme, G. (2003): *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1: Klinik*. Jena: Urban-Fischer.
- Bongers, D. (2005): *Gestalttherapie und Integrative Therapie. Einführung in Therapiekonzepte, Anwendung und Forschungsstand*. Bergisch Gladbach: EHP Edition Humanistische Psychologie.
- Bosco, F. & Angeleri, R. (2012): Communicative Impairment after Traumatic Brain Injury. Evidence and pathways to recovery. URL: <http://www.intechopen.com/books/brain-injury-functional-aspects-rehabilitation-and-prevention/communicativeimpairment-after-traumatic-brain-injury-evidence-and-pathways-to-recovery> (Aufruf am 03.02.2015).
- Bruno, R.M., Johnson, J.M. & Simon, J. (1987): Preception of humor by regular class students and students with learning disabilities or mild mental retardation. *Journal of Learning Disabilities*, 20, 568–570.
- Bühler, C. (1967): *Kindheit und Jugend*. Göttingen: Hogrefe.
- Challamel, M.J., Lahlous, S., Revol, M. & Jouvét, M. (1985): Sleep and smiling in neonate. A new approach. In: Koella, W.P., Ruther, E. & Schultz, H. (Hrsg.): *Sleep* (290–292). New York: Gustav Fischer Verlag.
- Danzer, A., Dale, A.J. & Klions, H. (1990): Effect of exposure to humor stimuli on induced depression. *Psychological Reports*, 66, 1027–1036.
- Day, H.I. (1982): Curiosity and the interested explorer. *NSPI Journal*, 19–21.
- Docking, K., Jordan, F.M. & Murdoch, B. (1999): Interpretation and comprehension of linguistic humor by adolescents with head injury. a case by case analysis. *Brain Injury* 1999, 13, 953–972.
- Eggl, P. (1997): *Humor und Gesundheit. Eine Längsschnittuntersuchung an StudienanfängerInnen über „Sinn für Humor“ als personale Ressource*. Zürich.
- Eibel-Eibesfeldt, I. (1967): *Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung*. München: Piper.

- Ezell, H.K. & Jarzynka, M.A. (1996): An intervention for enhancing children's understanding of jokes and riddles. *Child Language Teaching and Therapy*, 12, 148–163.
- Farrelly, F. & Brandsma, J.M. (1986): *Provokative Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Felson Duchan, J. (2011): *Indirect Language Stimulation, Incidental Teaching Methods and Sabotage Techniques*. URL: http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/history_subpages/indirectlanguagestimulation.html (Aufruf am 05.05.2015).
- Freud, S. (1999): *Wit and its relation to the unconscious*. London: Routledge.
- Fry, W.F. (1994): The biology of humor. *International Journal of Humor Research* 1994, 7, 111–126.
- Gallagher, H.L., Happa, F., Brunswick, N., Fletcher, P.C., Frith, U. & Frith, C.D. (2000): Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of "theory of mind" in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38, 11–21.
- Galloway, G. & Cropley, A.: Benefits of humor for mental health. Empirical findings and directions for further research. *Humor* 1999, 12-3, 301–314.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Goldenberg (2007): *Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Gorno-Tempini, M., Hillis, A., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S., Ogar, J., Rohrer, J. & Black, S. (2011): Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76, 1006–1014.
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.) (2007): *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grotjahn, M. (1971): Laughter in Group Psychotherapy. *Journal of Group Psychotherapy*, 1, 234–238.
- Gruntz-Stoll, J. (2001): *Ernsthaft humorvoll. Lachen(d) Lernen in Erziehung und Unterricht, Beratung und Therapie*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Hain, P. (2001): *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Heath, R.L. & Blonder, L.X. (2005): Spontaneous humor among right hemisphere stroke survivors. *Brain and Language*, 93, 267–276.
- Hehl, F.-J. (2004): *Humor in Therapie und Beratung*. Heidelberg, Kröning: Asanger.
- Hight, G. (1963): *The art of teaching*. New York: Knopf.
- Hildebrand, F. (2009): *Humor und Provokation in der Therapie*. Bachelorarbeit. Rorschach.
- Höfner, E. (2011): *Glauben Sie ja nicht, wer Sie sind! Grundlagen und Fallbeispiele des Provokativen Stils*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Höfner, E. & Schachtner, H.U. (2013): *Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie*. 5. Auflage. Reineck bei Hamburg: Rohwohlt.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (2001): *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Kaiser, R. (2014): *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlage und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kaiser-Mantel, H. (2012): *Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie. Bausteine für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Katz-Bernstein, N. (2004): Was hat Humor mit Sprachentwicklung zu tun? Entwicklungspsychologische Betrachtung der Doppeldeutigkeit im Hinblick auf die sprachtherapeutische Praxis. In: Kuntz, S. & Vogelsinger, J. (Hrsg.): *Humor, Phantasie und Raum in Pädagogik und Therapie. Zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Ernst J. Kiphard* (207–228). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Kauke, M. (1996): Macht Kindheit heute noch Spass? Beobachtungsstudien zum Humor unter Kindern im Schulalltag. *Gruppendynamik*, 27, 399–414.
- Kiphard, E.J. (1986): Der Clown und das geistig behinderte Kind. *Geistige Behinderung*, 25, 18–29.

- Kristen, U. (2005): Praxis Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung. 5. Auflage. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben.
- Kromrey, H. (2010): Empirische Sozialforschung. Kursunterlagen. Hagen.
- Mahler, M. & Furer, M. (1979): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Maihack, V. (2004): "Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie". Eine kritische Bestandsaufnahme sowie Anregungen zur Konzeptualisierung des Fachs. In: Baumgartner, S., Dannenbauer, F.M., Homburg, G. & Maihack, V. (Hrsg.): Standort: Sprachheilpädagogik (199–250). Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Martin, R. & Lefcourt, H. (1983): Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313–1324.
- Martin, R.A. (1998): Approaches to the sense of humor. a historical review. In: Ruch, W. (Hrsg.): *The sense of humor* (15–63). Berlin, New York: Mouton des Gruyter.
- Martin, R.A. (2007): *The psychology of humor. an integrative approach*. London: AP.
- McGhee, P.E. (1979): *Humor. Origin and Development*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Megdell, J. (1984): Relationship between counselor-initiated humor and clients self-perceived attraction in the counseling interview. *Psychotherapie: therapy, research, practice, training*, 21, 517–523.
- Mieg, H. & Näf, M. (2005): *Experteninterviews in der Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung*. Skript. Zürich.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Natke, B. (2001): *Benni. U-und? Wwwo ist das P-problem?* 2. Auflage. Köln: Demosthenes Verlag.
- Paul, L.K. (1998): Psychosozial deficits in individuals with agenesis of the corpus callosum and normal intelligence. *Dissertation-Abstracts-International-Section-A: Humanities and Social Sciences*, 59.
- Piaget, J. (1969): *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Poland, W.S. (1971): The place of humor in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 128, 635–637.
- Porterfield, A. (1987): Does sense of humor moderate the impact of life stress on psychological and physical well-being? *Journal of Research in Personality* 1987, 21, 306–317.
- Reddy, B. (1991): Playing with others' expectation: Teasing and mucking about in the first year. In: Whiten, A. (Hrsg.): *Natural theories of mind* (143–158). Oxford: Black-well.
- Ritterfeld, U. (2000): Welchen und wieviel Input braucht das Kind? In: Grimm, H. (Hrsg.): *Enzyklopädie Psychologie. Sprachentwicklung* (403–432). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C.R. (1981): *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Ross, J. (1993): Nonverbal aspects of language. *Neurological Client*, 11, 9–23.
- Roy, W. (1990): Introductions. In: Callaway, R. (Hrsg.): *Satire and Humor in Education: Selected Reading* (1–4). Lanham, New York, London: University Press of America.
- Safranek, R. & Schill, T. (1982): Coping with Stress: Does humor help? *Psychological Reports*, 51, 222.
- Schlippe, A. von & Schweizer, J. (2002): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Schlüter-Bencharif, M. (2008): *Provokative Therapie nach Frank Farrelly. Eine qualitative Wirksamkeitsstudie*. Zürich.
- Schreiner, J. (2003): *Humor bei Kinder und Jugendlichen. Eine Reise durch die Welt des kindlichen Humors*. Berlin: VWB.
- Shaibani, A.T., Sabbagh, M.N. & Doody, R. (1994): Laughter and crying in neurologic disorder. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, 7, 243–250.
- Shamay, S.G., Tomer, R. & Aharon-Peretz, J. (2002): Deficits in understanding sarcasm in clients with prefrontal lesion is relatet to impairments empathic ability. *Brain and Cognition*, 48, 558–563.

- Shammi, P. & Stuss, D.T. (1999): Humour appreciation: a role of the right frontal lobe. *Brain*, 122, 657–666.
- Shazer, S. de (2010): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. 9. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.
- Smith, R., Ascough, R., Ettiner, R. & Nelson, D. (1971): Humor, anxiety and task performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19(2), 243–246.
- Sodian, B. (1998): Theorien der kognitiven Entwicklung. In: Keller, H. (Hrsg.): *Lehrbuch Entwicklungspsychologie*. Bern: Hans Huber.
- Spector, C. (1990): Linguistic humor comprehension of normal and language-impaired adolescents. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 533–541.
- Spitz, R.A. (1967): *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- St. James, P.J. & Tager-Flusberg, H. (1994): An observational study of humor in autism and Down syndrom. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 603–617.
- Suchodoletz, W.v. (2006): *Therapie der Lese- und Rechtschreibstörung. Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Szagan, G. (2013): *Sprachentwicklung beim Kind*. Basel, Weinheim: Belz Verlag.
- Tait, P. (1985): Visual Impairment, Verbal Humor, and Conservation. *The Journal of Genetic Psychology*, 147(1), 107–111.
- Tarski, A. (1969): Truth and proof. *Scientific American*, 220, 63–77.
- Teslow, I.L. (1995): Humor me: A call of Research. *Educational Technology Research and Development*, 43, 6–28.
- Thorson, J., Powell, F.C., Sarmany-Schuller, I. & Hampes, W. (1997): Psychological health and sens of humor. *Journal of clinical psychology*, 53, 605–619.
- Titze, M. & Eschenröder, C. (2004): *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Titze, M., Eschenröder, C. & Salameh, W.A. (1994): Therapeutischer Humor- Ein Überblick. *Integrative Therapie*, 20, 200–234.
- Vance, C.M. (1987): A comparative study on the use of humor in design of instructions. *Instructional-Science*, 16, 79–100.
- Wartenweiler, F. (2003): Provozieren erwünscht. Aber bitte mit Feingefühl. *Instrumente der "Provokative Therapy" in der Arbeit mit Eltern und Kindern*. Paderborn: Jufermann.
- Wicki, W. (2000): Humor und Entwicklung: Eine kritische Übersicht. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 4.
- Wildegger-Lack, E. & Reber, K. (2014): Sprachtherapeutische Didaktik. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): *Grundwissen der Sprachheilpädagogik* (331–336). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfstein, M. (1954): *Children's Humor*. Glencoe: Free Press.
- Wygotsky, L. (1986): *Denken und Sprechen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ziv, A. (1988): Humor in teaching: Educational experiments in high school. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 2, 127–133.
- Zollinger, B. (1989): *Spracherwerbsstörung*. Bern: Haupt.
- Zollinger, B. (2015): *Die Entdeckung der Sprache*. 9. Auflage. Bern: Haupt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Die Verankerung des Provokativen Stils in der sprachtherapeutischen Didaktik	15
Abbildung 2 - Entwicklung von Humor und Provokation	66
Abbildung 3 - Altersverteilung der Klienten.....	66
Abbildung 4 - Entscheidungskriterien für den Einsatz des Provokativen Stils	66
Abbildung 5 - Repertoire der provokativen Techniken in der Sprachtherapie	67

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit mit dem Titel: Der Provokative Stil (ProSt)[®] in der Sprachtherapie selbständig verfasst worden ist. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinne nach entnommen sind, wurden in jedem Fall unter Angabe der Quellen (einschließlich dem World Wide Web) kenntlich gemacht.

München, den 20.07.2013

Sandra Seidl

Anhang

Anhang 1 – Abbildungen²⁰

Alter	Sprachproduktion und Sprachverständnis	Symbolisch	Sozial-Kommunikativ	Humor Provokation
1 – 12 Monate	Zielgerichtete Vokalisation Lall-Laute	Einfache Manipulationen	Triangulärer Blickkontakt	Soziales Wiederlächeln Lachen aufgrund von einfachen Inkongruenzen Einführen einer doppelten Kommunikationsebene Humorvolle und liebevolle Provokation durch die Bezugspersonen
12- 24 Monate	Erste Worte Erste Wortkombinationen Nicht-situationale Äußerungen verstehen Gefühle und Absichten ausdrücken	Funktionale und einfache symbolische Handlungen	Geben und Zeigen, Nein-Sagen, Absichten ausdrücken	Zu Beginn: 1. Stufe McGhee (1979, 66): Kind erkennt Inkongruenzerlebnisse und findet daran Gefallen Gegen Ende: 2. Stufe McGhee (1979, 68): Kind kann Inkongruenzen sprachlich kommunizieren
24- 36 Monate	Mehrwortsätze Fragen stellen	Beginn des Symbolspiels	Sich beim Namen nennen und ICH-sagen	Kind kann zwischen Aussageinhalt und –intension unterscheiden
3- 5 Jahre	Wortschatz und Syntaktische Strukturen entwickeln sich weiter	Weiterentwicklung des Symbolspiels Wolfstein postuliert Wende im Symbolspiel (Schreiner 2003, 124)	Unterhaltung führen	3. Stufe McGhee (1979, 68): Kind spielt mit den erworbenen sprachliche Kategorien

²⁰ Auch wenn es unüblich ist im Anhang Seitenzahlen einzufügen, so wurde im Falle des Anhangs 1 eine Ausnahme gemacht, damit die Abbildungen problemlos mit dem Lauftext verknüpft werden können. 65

6-12 Jahre	Sprachliche Fähigkeiten gleichen sich denen des Erwachsenen an		Entdecken des sozial-kommunikativen Charakter von Humor	4. Stufe McGhee (1979, 76): Doppel- und Mehrdeutigkeit erkennen, Ironie verstehen
Ab 12 Jahre			Provokation wird vor allem während der Pubertät eingesetzt	Eigenständiges Nutzen von Humor als Copingstrategie Maladaptive Form des Humors

Abbildung 2 - Entwicklung von Humor und Provokation

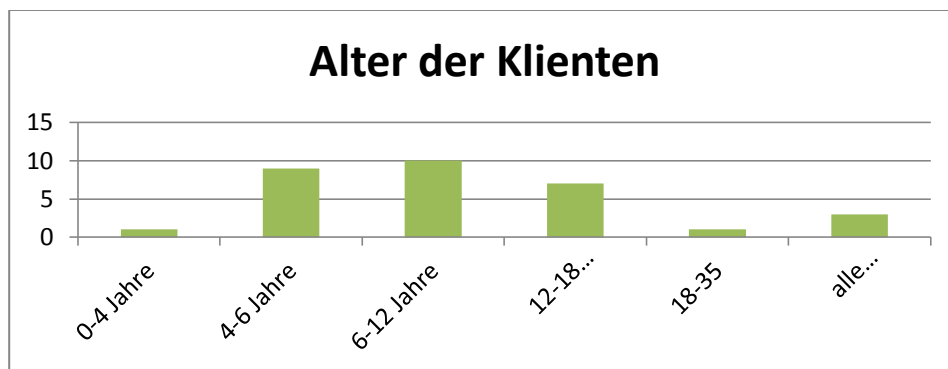


Abbildung 3 – Altersverteilung der Klienten

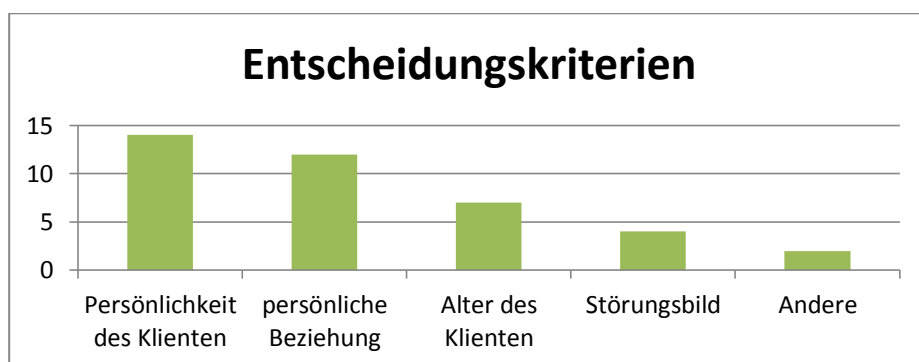


Abbildung 4 – Entscheidungskriterien für den Einsatz des Provokativen Stils

Repertoire der provokativen Techniken in der Sprachtherapie

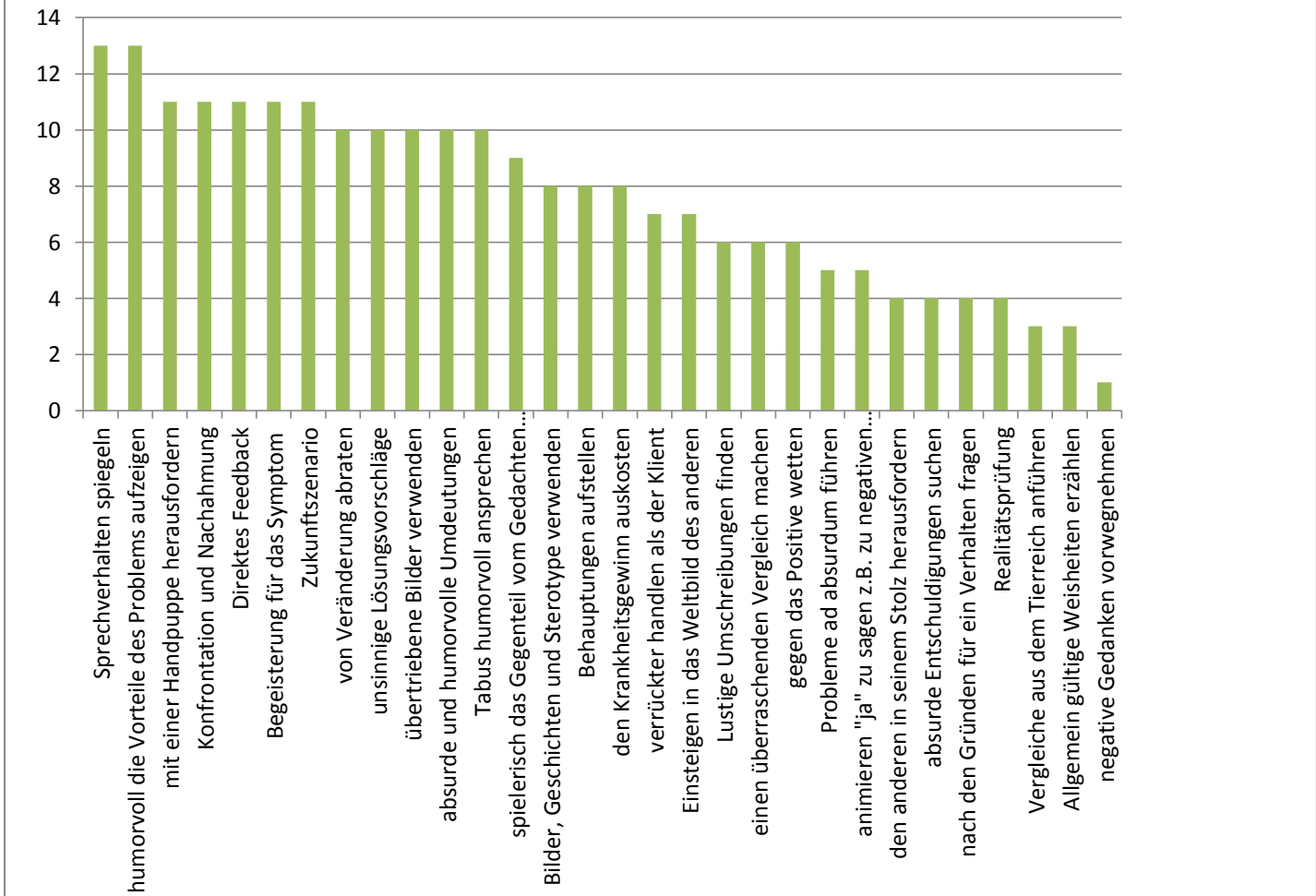


Abbildung 5 – Repertoire der provokativen Techniken in der Sprachtherapie

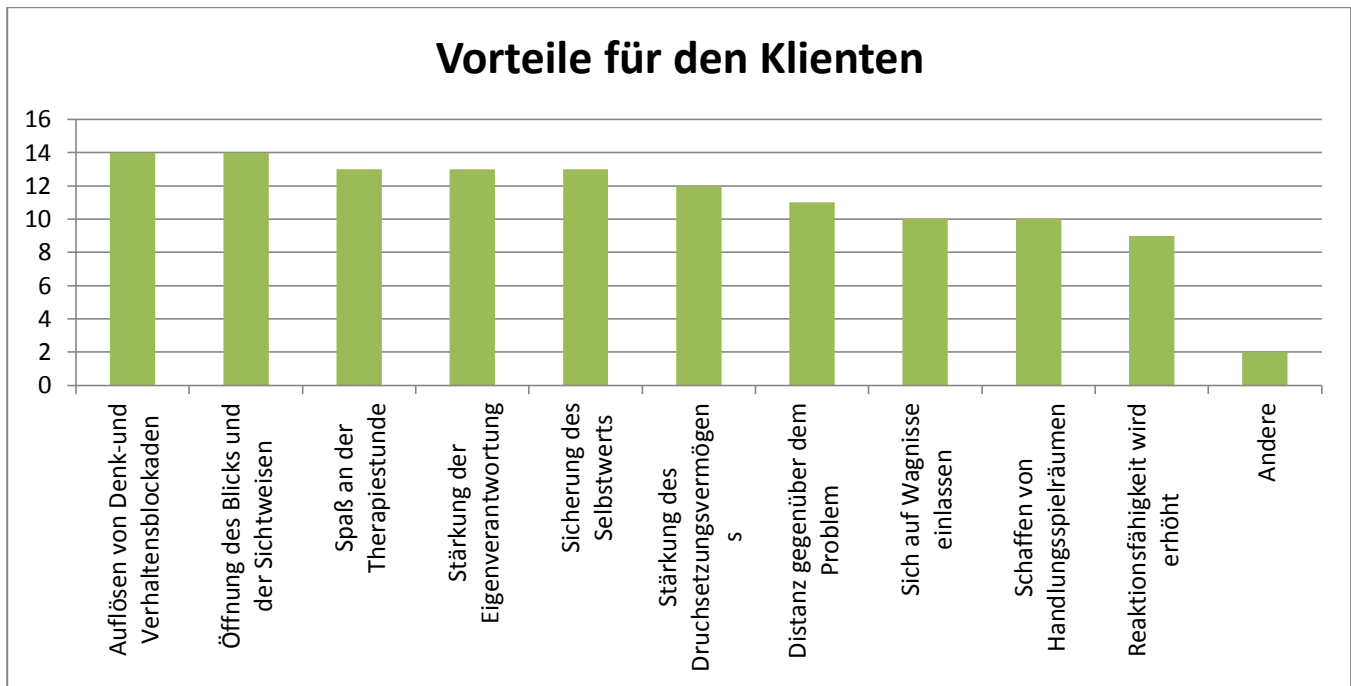


Abbildung 6 – Die Vorteile der humorvollen und provokativen Elemente für die Klienten

Die beiden Antworten aus dem Zusatzfeld – im Balkendiagramm unter Andere - waren „Entspannung“ und „Förderung der Kreativität“

Der Provokative Stil in der Sprachtherapie

Seite 1

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe AnwenderInnen von humorvollen, provokativen und paradoxen Interventionen,

ich freu mich sehr, dass Sie sich entschieden haben mich bei meiner Bachelor-Arbeit zum Thema „Der Provokative Stil in der Sprachtherapie“ zu unterstützen. Sie dürfen/sollen den vorliegenden Fragebogen Ihren persönlichen Erfahrungen, Erlebnissen und Arbeitsrealitäten entsprechend ausfüllen. Es soll kein Wissen abgefragt werden und es gibt deshalb keine falschen Antworten. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt selbstverständlich anonym. Beim Ausfüllen sind lediglich wenige Hinweise zu beachten:

1. Mehrfachnennungen sind durchgängig möglich. Das bedeutet, Sie können bei allen Fragen so viele Kreuze machen, wie nötig. Widersprüchliche Antworten existieren nicht.
2. Falls die Antwortmöglichkeiten Ihren Bedürfnissen nicht entsprechen sollten, dürfen Sie sehr gerne Ihre eigenen Kategorien hinzufügen.

Viel Spaß bei der Beantwortung der Fragen und vielen Dank für Ihre Unterstützung

Sandra Seidl

Seite 2

Welchen Beruf üben Sie aus und in welcher Institution sind Sie beschäftigt? *

Seite 3

Mit welchen Klienten arbeiten Sie? Bzw. welche Störungsbilder weisen Ihre Klienten auf? *

Sprachentwicklungsstörung

Stottern/Poltern

Dysphonie

Aphasie

Dysarthrie

Sprechapraxie

Dysphagie

Aussprachestörungen

Seite 4

Welches Alter haben Ihre Klienten? *

4 oder jünger

4-6

6-12

12-18

18-35

35 oder älter

Ich arbeite mit verschiedenen Altersgruppen

Seite 5

Bei welchen Klienten wenden Sie Elemente des Provokativen Stils* an? Nach welchen Kriterien entscheiden Sie, bei welchen Klienten Sie diese Techniken anwenden?
Ich entschiede nach... *

*Unter dem Provokativen Stil sind alle humorvollen, paradoxen und provokativen Interventionen zu verstehen, die stets mit der nonverbalen Vermittlung von Wohlwollen in der Therapie eingesetzt werden.

dem Alter

dem Störungsbild

der Persönlichkeit des Klienten

der persönlichen Beziehung zum Klienten

Seite 17

Welche Vorteile ergeben sich für Sie persönlich bzw. welche Veränderungen an Ihnen selbst sind Ihnen aufgefallen, seit Sie diese Methode anwenden? *

- Ich bin viel entspannter und habe den Kopf freier nach der Arbeit.
- Ich habe eine größere Neutralität gegenüber den Problemen/Störungsbildern meiner Klienten entwickelt.
- Die Therapie- bzw. Beratungsstunden sind viel lebendiger geworden und bringen mir viel Freude an meinem Beruf.
- Ich habe nun viel bessere Therapeuten-Klienten Beziehungen.
-

Seite 18

Welche Fähigkeiten Ihrerseits braucht es, um humorvolle und provokative Elemente anzuwenden? *

- kreativ sein.
- einfühlsam sein.
- selbst ein humorvoller Mensch sein.
- eine ressourcenorientierte Sichtweise verfolgen.
-

Seite 19

Geben Sie bitte ein Beispiel wieder, in dem sich die Anwendung des Provokativen Stils besonders bewährt hat. *

Seite 20

Sind Sie einverstanden, wenn ich Sie bei eventuellen Rückfragen kontaktiere? Wenn Ja, geben Sie bitte Ihre Telefonnummer oder Ihre E-Mail-Adresse an. Vielen Dank!

Leere Seite

» [Umleitung auf Schlussseite von Umfrage Online \(ändern\)](#)

Der Provokative Stil in der Sprachtherapie

1. Welchen Beruf üben Sie aus und in welcher Institution sind Sie beschäftigt? *

Anzahl Teilnehmer: 14

- Ich arbeite als Logopädin in einer Primarschule (Grundschule).
- Logopäde in einer Praxis
- Logopädin
Primarschule Zürich (Kindergarten - 6. Kl.)
- Ich bin im letzten Semester des Bachelor Studiengangs Logopädie an der HfH und habe den humoristisch-provokanten Stil im Rahmen meines Praktikums in der Praxis von J. Amrein kennen gelernt.
- Logopädin an einer Sprachheilschule
- Logopädin
Logopädischer Dienst (Vorschulkinder, Schulkinder und Jugendliche)
- Logopädin regel-Schule ab 4j bis 16.j
- Logopädin in einer Regelschule in der Schweiz. Das heisst, ich bin von der Schule angestellt.
- Logopädin - Arbeit in der Regelschule mit integrierten Sonderschülerinnen (ISS=integrierte Sonderschulung bei Sprachgebrechen)
- Logopädin an der Primarschule Hinwil im Kanton Zürich in der Schweiz
- Logopädin, Zentralstelle Stottern/Mutismus in Schaffhausen
- Logopädin
Reha-Klinik
- Logopäde in einer Schule
- Als Logopäde war ich beim Kanton Appenzell AR im Zentrum für Schulpsychologie und Therapeutische Dienste angestellt (2001-2008).

2. Mit welchen Klienten arbeiten Sie? Bzw. welche Störungsbilder weisen Ihre Klienten auf? *

Anzahl Teilnehmer: 14

11 (78.6%):

Sprachentwicklungsstörung

12 (85.7%): Stottern/Poltern

5 (35.7%): Dysphonie

1 (7.1%): Aphasie

1 (7.1%): Dysarthrie

5 (35.7%): Sprechapraxie

1 (7.1%): Dysphagie

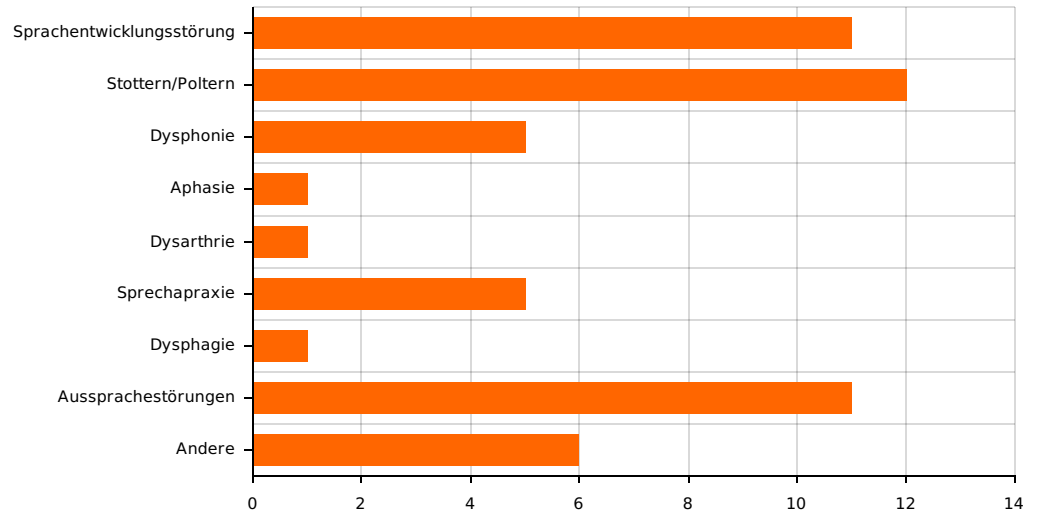
11 (78.6%):

Aussprachestörungen

6 (42.9%): Andere

Antwort(en) aus dem
Zusatzfeld:

- LRS
- Stimme
- Schriftspracherwerb,
Zweitspracherwerbsstörungen,
Sprachverständnisstörungen
- Schriftspracherwerbsstörung
- Stimme, Legasthenie usw
- (s)elektiver Mutismus



3. Welches Alter haben Ihre Klienten? *

Anzahl Teilnehmer: 14

- (0.0%): 4 oder jünger

8 (57.1%): 4-6

9 (64.3%): 6-12

6 (42.9%): 12-18

1 (7.1%): 18-35

- (0.0%): 35 oder älter

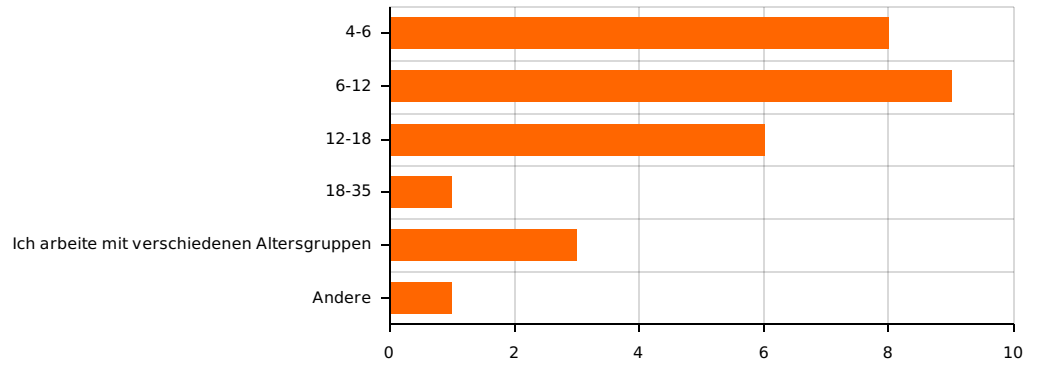
3 (21.4%): Ich arbeite mit
verschiedenen Altersgruppen

1 (7.1%): Andere

Antwort(en) aus dem

Zusatzfeld:

- ich arbeite mit Kindern zw.
3 und 14 Jahren



4. Bei welchen Klienten wenden Sie Elemente des Provokativen Stils* an? Nach welchen Kriterien entscheiden Sie, bei welchen Klienten Sie diese Techniken anwenden?

Ich entschiede nach... *

Anzahl Teilnehmer: 14

7 (50.0%): dem Alter

4 (28.6%): dem Störungsbild

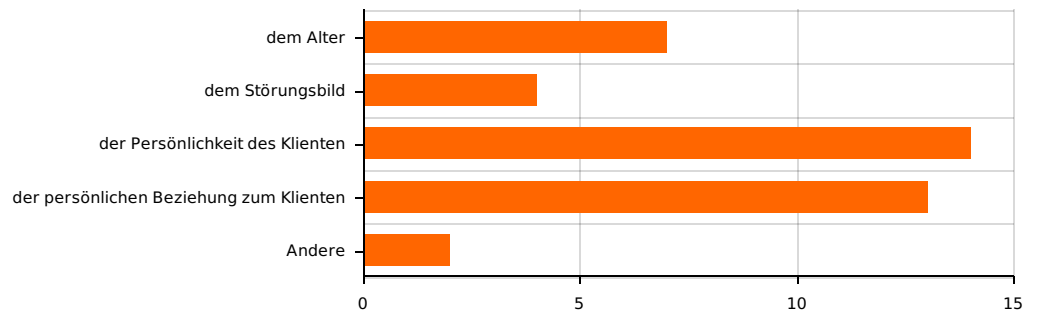
14 (100.0%): der Persönlichkeit des Klienten

13 (92.9%): der persönlichen Beziehung zum Klienten

2 (14.3%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- der Therapiephase / anstehende Themen
- spontan, situationbezogen



5. Welche Elemente des Provokativen Stils wenden Sie an? *

Anzahl Teilnehmer: 14

11 (78.6%): Konfrontation und Nachahmung

11 (78.6%): Direktes Feedback

4 (28.6%): Realitätsprüfung

11 (78.6%): Begeisterung für das Symptom/Problem zeigen

13 (92.9%): humorvoll die Vorteile des Problems aufzeigen (sekundärer Krankheitsgewinn)

10 (71.4%): übertriebene Bilder verwenden

7 (50.0%): Einsteigen in das Weltbild des Klienten

10 (71.4%): absurde und humorvolle Umdeutungen und Erklärungen

11 (78.6%): den Klienten die Konsequenzen ihrer Verhaltensweisen vor Augen führen (Zukunftsszenario)

8 (57.1%): Bilder, Geschichten und Stereotype verwenden

10 (71.4%): Tabus humorvoll ansprechen

10 (71.4%): von Veränderung abraten

5 (35.7%): nach den guten Gründen fragen, "Sie haben sicherlich gute Gründe dafür..."

5 (35.7%): Animieren "Ja" zu sagen, z.B. zu negativen Selbstbildern des Klienten

3 (21.4%): Allgemein gültige Aussagen und Weisheiten erzählen, jedoch neckend davon abraten danach zu leben

10 (71.4%): unsinnige Lösungsvorschläge und Erklärungen aufzählen

3 (21.4%): Vergleiche aus



dem Tierreich verwenden

7 (50.0%): verrückter handeln
als der Klient

4 (28.6%): absurde
Entschuldigungen suchen

6 (42.9%): Lustige
Umschreibungen suchen

13 (92.9%): Rollen tauschen
bzw. (Sprech-)Verhalten
spiegeln

11 (78.6%): Mit Handpuppe
herausfordern

6 (42.9%): Gegen das Positive
wetten

6 (42.9%): einen
überraschenden Vergleich
machen

8 (57.1%): den
Krankheitsgewinn auskosten

5 (35.7%): Probleme ad
absurdum führen

8 (57.1%): Behauptungen
aufstellen

9 (64.3%): spielerisch das
Gegenteil vom Gedachten
sagen

4 (28.6%): den anderen in
seinem Stolz herausfordern

1 (7.1%): Andere

Antwort(en) aus dem
Zusatzfeld:

- Negative Gedanken
vorwegnehmen

6. "Durch die Konfrontation und die emotionale Ehrlichkeit mit diesem Patienten konnte ich also in einer Stunde mehr gegenseitiges Vertrauen herstellen als in monatelangen psychotherapeutischen Gesprächen mit anderen Patienten." (Farrelly 1986, 19)

Inwiefern stimmen Ihre Erfahrungen bei der Anwendung des Provokativen Stils mit dieser Aussage von Frank Farrelly überein?

Farrelly, F. & Brandsma, J.M.(1986):Provokative Therapie. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York. *

Anzahl Teilnehmer: 14

	trifft voll und ganz zu (1)		trifft überwiegend zu (2)		trifft gerade noch zu (3)		trifft eher nicht zu (4)		trifft überwiegend nicht zu (5)		trifft überhaupt nicht zu (6)		Arithmetisches Mittel (\bar{x})		Standardabweichung (\pm)					
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	\bar{x}	\pm	1	2	3	4	5	6
diese Aussage	2x	14,29	10x	71,43	2x	14,29	-	-	-	-	-	-	2,00	0,55						

7. Wann wenden Sie die Elemente des Provokativen Stils an? *

Anzahl Teilnehmer: 14

6 (42.9%): Ich verwende diese Elemente zum Aufbau einer guten Therapeut/Berater-Klienten Beziehung.

7 (50.0%): Ich verwende diese Elemente zur Auflockerung zwischen den einzelnen Therapie- oder Beratungssequenzen.

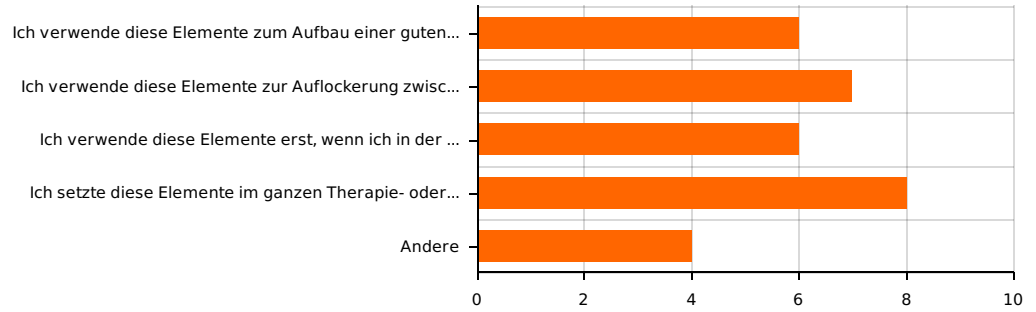
6 (42.9%): Ich verwende diese Elemente erst, wenn ich in der Therapie oder Beratung zu langsam Fortschritte mache oder eine Situation festgefahren ist.

8 (57.1%): Ich setze diese Elemente im ganzen Therapie- oder Beratungsgeschehen ein.

4 (28.6%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Ich verwende diese Elemente in den Gesprächen mit den Angehörigen (Eltern) und/oder Lehrpersonen.
- Ich verwende diese Elemente spontan, wenn sie mir zur Situation passend erscheinen, sei es in der Therapie, in der Beratung oder zur Auflockerung oder zur BeziehungsVertrauensPflege
- spontan und situationsabhängig oder bei Auftauchen eines speziellen Problems/Fragestellung
- Wenn ich fühle, dass es passt , siehe www.intuitive.de



8. Setzen Sie die Elemente des Provokativen Stils auch in Elterngesprächen ein? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? *

Anzahl Teilnehmer: 14

- Ich setze diese Elemente regelmässig in den Elterngesprächen ein und habe damit durchwegs gute bis sehr gute Erfahrungen gemacht!
 - In Elterngesprächen setze ich den Provokativen Stil etwas weniger oft ein, da man verschiedene Personen im Auge behalten muss. Wenn es gerade passt oder die Situation festgefahren ist, wende ich den Provokativen Stil jedoch auch in Elterngesprächen an. Oft ist eine von drei Ideen in Elterngesprächen paradoxer Natur.
 - Nein, das habe ich mich bis jetzt noch nicht getraut.
 - Ja, habe ich auch schon. Nicht gerade beim ersten Gespräch und nicht gerade im ersten Satz. Aber humorvolle Interpretationen oder Rückfragen lockern das Gespräch sehr auf. Die Stimmung wird sofort gelassener. Auch die Direktheit, die ja mit diesem Ansatz meiner Meinung nach verbunden ist, entschärft angespannte Situationen, weil die Dinge auf den Tisch gebracht werden. So können auch die Eltern "auspacken". Gerade in der Stottertherapie ist es wichtig Tabus abzubauen. Und da hilft ein Augenzwinkern immer.
 - Eine humorvolle, leicht provokative Bemerkung kann z.B. eine bedrückte Stimmung während eines Gespräches im Nu aufheitern und Spannungen lösen.
 - Ja, aber nicht bei Erstgesprächen. Ich setzte diese Elemente nur bei Eltern ein, die ich schon gut kenne und eine Vertrauensbasis besteht.
 - Nein bisher nicht, da Elterngespräche immer nur kurz sein können durch die hohe Pensenbelastung .
 - eher weniger, nur wenn ich mir ganz sicher bin, es mir leisten zu können. Im Angestelltenverhältnis wo Eltern sich gerne und oft über einem beschweren ist es etwas risikobehaftet..
 - Damit habe ich noch eher weniger Erfahrung. Ich erzähle den Eltern eher davon, wie Kinder allenfalls auf den provokativen Stil reagiert haben.
 - Ja, mache ich und merke, dass die Aufmerksamkeit damit erhöht das Denken angeregt und der Humor aktiviert wird.
 - Ja, die Gespräche werden lockerer, die Eltern werden zum Mitdenken angeregt und werden auf sanfte Weise mit dem Problem konfrontiert.
 - bisher eher in kurzen Elternkontakten.
Führt zu einer guten Eltern-Therapeut-Beziehung. Führt zu Schmunzeln, Lachen und damit zu Entspannung bei den Eltern, auch im Umgang mit schwierigen Situationen. Hilft, den Blickwinkel zu ändern.
 - Eher schwierig
Da es dazu mehrerer Treffen bedarf
Je nach Typ gut möglich
- Da ist intuition gefragt siehe www.intuitive.de
- Besonders wertvoll bei zum Beispiel von Lehrkräften "geschickten" Kindern und Eltern.

9. Warum setzen sie den Provokativen Stil ein? Was hat Sie dazu bewogen dies auszuprobieren? *

Anzahl Teilnehmer: 14

- Im Rahmen des Moduls (CAS Stottern, Poltern und Mutismus) von José Amrein lernte ich vertieft diese Möglichkeit kennen und war sofort davon begeistert!
- Weil ich dadurch oft mehr bewirken kann, als mit üblichen Mitteln.
 - Weil es mich belebt und ich dadurch energiegeladener bin.
 - Weil es allen Beteiligten viel Spass macht.
- Weil ich von José Armin dazu angeleitet/ermutigt wurde und erste positive Erfahrungen damit machen könnte. Anlass zur Anmeldung an José's Weiterbildung war, dass ich einige sehr schüchterne Kinder hatte, denen ich mehr Selbstvertrauen ermöglichen wollte.
- Weil er mich in der direkten Beobachtung und Erfahrung überzeugt hat. Klient und Therapeut lernen sich sehr schnell kennen. Es bewirkt eine grosse Entspannung für die Therapiesituation und schafft eine Art Gleichberechtigung zwischen K. und Th. Dieser Stil macht Spass und ich kann authentisch sein, was wiederum ein wichtiger Faktor für eine gute Beziehung zum Klienten ist. Ausserdem ist es auch eine Form von kreativer psychohygiene auch für mich. Ich trage klientenbezogene Themen weniger lange mit mir herum, wenn ich sie so unverfälscht und offen behandeln konnte, wie es bei diesem Stil möglich ist. Ich bin überzeugt, dass dieser Stil eine Form von Empowerment des Klienten bewirkt. Diese Grundsätze, dass der Klient sich selber am besten kennt und selber die Lösung zu seinem Problem findet, wird mit diesem Ansatz perfekt bedient.
- Mich haben die Selbsterfahrungen im Kurs bei J. Amrein und die Lektüre über den Provokativen Stil überzeugt.
- Ich habe den Eindruck, dass ich mit dieser Methode mehr erreichen kann, vor allem wenn es um eine festgefahrene Einstellung des Klienten zu einem Problem geht.
- Ehrliche Beziehung!
nach Zollinger ist das gemeinsame Lachen mit dem entsprechenden Blickkontakt ein Zeichen des echten Kontakts und dann wird Veränderung möglich. Der Klient wird so auch ernster in seinen Selbstheilungsabsichten ernst genommen.
Ich lache gern und liebevolle Ironie insbesondere Selbstironie gehören zu mir.
- Ein Stück weit passt es zu meiner Persönlichkeit, aber vor der WEiterbildung bei Jose Amrein machte ich das unbewusst. Danach setzte ich es gezielt ein.
- Vor allem in festgefahrenen Situation, wenn ein Kind mit "negativem" Verhalten auffiel/blockierte, konnte ich mit dem provokativen Stil die Blockade lösen und eine neue Entwicklung ermöglichen.
- Es lockert auf, macht einfach Spass, weckt das Gegenüber
- Es macht Spass, besonders die Jugendlichen sprechen toll auf die Provokationen an. Es hilft Dinge anzusprechen, die einem sonst evt. unangenehm sind.
- Hilft mir selbst beim Umgang mit schwierigen Schicksalen. Macht das Arbeiten angenehmer und weniger kräftezehrend (Burn-out-Prophylaxe ?). Ist für mich ein hilfreicher Kommunikationsstil, um auch in festgefahrenen Situationen durch unkonventionelle Wege (Übertreiben, Advocatus Diaboli...) weiterzukommen. Es wird seitdem in meinen Therapien mehr gelacht und das tut mir gut.
Die Beschäftigung mit Humor und Lachen hat mich zum Provokativen Stil geführt.
- Weil ich den Jose kenne
- Die Therapien rücken näher an das wahre Leben heran und ein Transfer wird somit wahrscheinlicher.

10. Welche Wirkung hat der Einsatz des Provokativen Stils auf Ihre Klienten?

Anzahl Teilnehmer: 14

- Die Kinder reagieren ganz unterschiedlich, teilweise perplex, teilweise überrascht. Generell wirken diese Elemente aber auflockernd und regen zum Lachen an.
- Sie werden schlagfertiger und spontaner.
- Sie sehen vermehrt das Positive bei sich.
- Sie wollen mir beweisen, dass sie ihre Probleme bewältigen können.
- Sie reagieren im Alltag auf sinnvollere Weise ohne viel dazu überlegt zu haben.
- Sie haben mehr Humor und nehmen das Leben und seine Probleme nicht mehr so schwer.
- einen herausfordernden. Viele Kinder sind zuerst etwas über die ungewohnten Äusserungen etwas erschrocken, haben sich aber darauf eingelassen und bis jetzt sind nur positive Situationen daraus entstanden.
- Klient und Therapeut lernen sich sehr schnell kennen. Es bewirkt eine grosse Entspannung für die Therapiesituation und schafft eine Art Gleichberechtigung zwischen K. und Th. Dieser Stil macht Spass und ich kann authentisch sein, was wiederum ein wichtiger Faktor für eine gute Beziehung zum Klienten ist. Ausserdem ist es auch eine Form von kreativer psychohygiene auch für mich. Ich trage klientenbezogene Themen weniger lange mit mir herum, wenn ich sie so unverfälscht und offen behandeln konnte, wie es bei diesem Stil möglich ist. Ich bin überzeugt, dass dieser Stil eine Form von Empowerment des Klienten bewirkt. Diese Grundsätze, dass der Klient sich selber am besten kennt und selber die Lösung zu seinem Problem findet, wird mit diesem Ansatz perfekt bedient.

Einmal über sein grösstes Problem lachen können, löst sehr viel Verbissenheit oder Angst vor Gesichtsverlust / Scham auf. Es ist nicht schlimm. Das bringt den Klienten in eine andere Position.

- Sie werden lockerer, zugänglicher, offener, motivierter.
- Sie lernen umdenken und das Problem lockerer und humorvolle anzugehen.
- Sie werden sofort wacher, präsenter und ich denke der Denkprozess der durch diese Intervention angeregt wird, bewirkt das Mobilisieren der "Selbsteilungskräfte". Das Problem wird ins richtige Licht gerückt und kann so als Teil der Persönlichkeit angenommen werden.
- Unterschiedlich. Kleinere Kinder sind manchmal zuerst etwas verunsichert, gerade so weniger gut zugängliche Jungs reagieren sehr gut darauf ebenso Jugendliche.
- Verwunderung auslösen, Denken anregen, Entspannung, Lachen, Amüsieren...
- Lockert, macht Mut zum Eigenen zu stehen, intuitiv etwas auszuprobieren, wirkt anregend
- Es regt zum Denken an, es bewirkt Veränderungen, Denkanstösse, Verhaltensänderungen
- Er schafft eine gute Atmosphäre, belebt die Kommunikation, bringt die Klienten zum Lachen oder Schmunzeln, eröffnet ihnen manchmal Sichtweisen, die sie bisher nicht hatten, unkonventionell, aber bedenkenwert.
- belebend
- Zuwachs an Interesse, Vertrauen und Veränderungsmotivation.

11. Die Annahmen von Wolfstein (1954) sagen aus, dass Kinder selber Humor anwenden, um leidvolle und schmerzhaft Erfahrungen abzuschwächen. Inwiefern stimmen Sie mit der Aussage überein, dass man mit dem Einsatz des Provokativen Stils den Kindern und Jugendlichen etwas anbietet, was sie auch selber tun würden, um sich zu helfen.

Wolfstein, M. (1954): Children's Humor. Free Press: Glencoe. *

Anzahl Teilnehmer: 14

	stimme voll und ganz zu (1)		stimme überwiegend zu (2)		stimme gerade noch zu (3)		stimme eher nicht zu (4)		stimme überwiegend nicht zu (5)		stimme überhaupt nicht zu (6)		Arithmetisches Mittel (\bar{x})		Standardabweichung (s)					
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	\bar{x}	\pm	1	2	3	4	5	6
Ich	2x	14,29	7x	50,00	4x	28,57	1x	7,14	-	-	-	-	2,29	0,83						

12. Welche Vorteile hat die Arbeit mit den humorvollen und provokativen Elementen Ihrer Meinung nach für den Klienten? *

Anzahl Teilnehmer: 14

13 (92.9%): Spaß an der
Therapiestunde

10 (71.4%): Schaffen von
Handlungsspielräumen

14 (100.0%): Öffnung des
Blicks und der Sichtweisen

13 (92.9%): Sicherung des
Selbstwertes

11 (78.6%): Distanz
gegenüber
Problemen/Störungsbild

13 (92.9%): Stärkung der
Eigenverantwortung

12 (85.7%): Stärkung der
Selbstverteidigung und des
Durchsetzungsvermögens

10 (71.4%): Sich auf Wagnisse
einlassen z.B. Jemanden
ansprechen, obwohl man
stottert

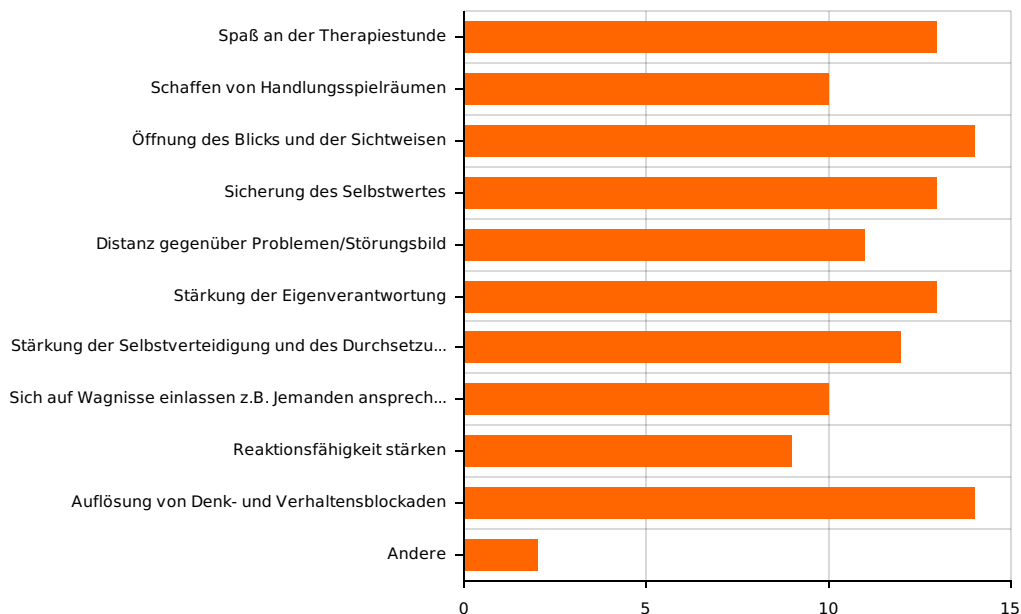
9 (64.3%): Reaktionsfähigkeit
stärken

14 (100.0%): Auflösung von
Denk- und
Verhaltensblockaden

2 (14.3%): Andere

Antwort(en) aus dem
Zusatzfeld:

- Entspannung
- fördert die Kreativität



13. Ergeben sich auf Ihrer Sicht aus Nachteile für den Patienten? Wenn Ja, welche sind das?

Anzahl Teilnehmer: 13

- Ich habe bisher noch keine Nachteile ausmachen können.
- - Es gibt kaum Nachteile. Man sollte es aber nicht übertreiben.
 - Ein allfälliger Nachteil kann Folgender sein: Wenn man die Patienten nicht beobachtet, kann eine allfällige Verletzung negativ nachwirken.
- bis jetzt nicht :)
- Sie müssen arbeiten und "sich wehren". Das ist anstrengend und man ist nicht immer gleich gut drauf, das kann einmal zu viel werden (was der Th. hoffentlich bemerkt...).

Es ist meiner Meinung nach eine gewisse kognitive Leistungsfähigkeit vorausgesetzt für diesen Ansatz. Für Menschen mit GB / ASS oder ähnlich könnte der Ansatz sehr verwirrend sein. Bei ASS ist er meiner Meinung nach nicht einsetzbar.

- Nein, sehe keine Nachteile.
- Ich habe auch schon erfahren, dass Patienten irritiert und verunsichert sind, wenn ich die Provokation zu ernst übermittle.
- Es gibt Momente im Leben, kulturelle Gepflogenheiten und auch Persönlichkeitsstrukturen, die diese Art der Denk- und Herangehensweise an ein Problem nicht/ oder noch nicht möglich machen.
- Es gibt sicher auch Persönlichkeiten, die den Humor dahinter nicht erkennen können. Dann wäre dies kontraproduktiv. Der Selbstwert könnte durch mich sinken, das wär kontraproduktiv.
- ...wenn das Kind die gut gemeinte Provokation nicht versteht und sich wirklich angegriffen fühlt (Sprachverständnisproblematik).
- Wenn die Elemente vom Klienten nicht genau verstanden werden, können sie diesen verunsichern; darum ist ein gewisses gegenseitiges Vertrauen bestimmt vorteilhaft.
- Nur kurzzeitig, weil sie sich an die Konfrontationen gewöhnen müssen. Die meisten schätzen danach diese Art von Arbeit.
- Auslösung von Ängsten, wenn man sich in den Patienten nicht eingefühlt hatte
- Nachteile ergeben sich nur bei Fehlern des Therapeuten. Z.B. bei mangelnder Sicherung der vertrauensvollen und liebevollen Beziehungsbasis innerhalb einer Therapie.

15. In seinem Buch „Provokative Therapie“ (1986) schreibt Farrelly: „Außerdem fühlte ich mich in den Gesprächen sehr befreit. Ich brauchte meine Energie nicht mehr zu bremsen...“ (Farrelly 1986,18). Inwiefern stimmen Ihre Erfahrungen diesbezüglich überein?

Farrelly, F. & Brandsma, J.M.(1986):Provokative Therapie. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York. *

Anzahl Teilnehmer: 14

	trifft voll und ganz zu (1)		trifft überwiegend zu (2)		trifft gerade noch zu (3)		trifft eher nicht zu (4)		trifft überwiegend nicht zu (5)		trifft überhaupt nicht zu (6)		Arithmetisches Mittel (\bar{x})		Standardabweichung (\pm)					
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	\bar{x}	\pm	1	2	3	4	5	6
Diese Aussage	5x	35,71	5x	35,71	4x	28,57	-	-	-	-	-	-	1,93	0,83						

16. Welche Vorteile ergeben sich für Sie persönlich bzw. welche Veränderungen an Ihnen selbst sind Ihnen aufgefallen, seit Sie diese Methode anwenden? *

Anzahl Teilnehmer: 14

10 (71.4%): Ich bin viel entspannter und habe den Kopf freier nach der Arbeit.

7 (50.0%): Ich habe eine größere Neutralität gegenüber den Problemen/Störungsbildern meiner Klienten entwickelt.

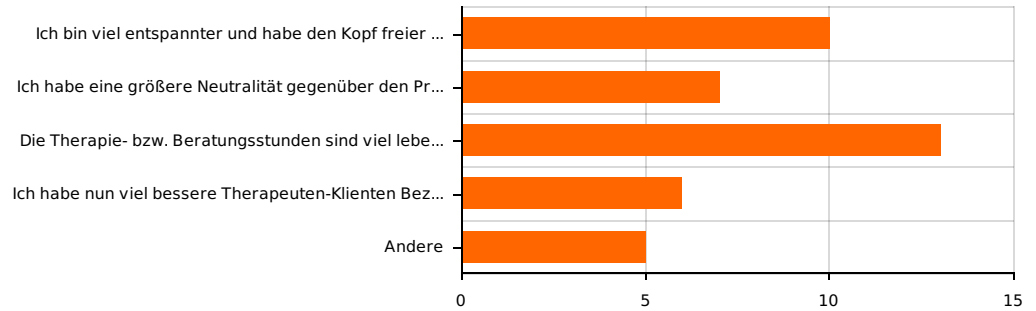
13 (92.9%): Die Therapie- bzw. Beratungsstunden sind viel lebendiger geworden und bringen mir viel Freude an meinem Beruf.

6 (42.9%): Ich habe nun viel bessere Therapeuten-Klienten Beziehungen.

5 (35.7%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Freude und Spass
- Ich habe selber weniger Angst vor Fehlern und ich sehe selber mehr Handlungsspielräume: es gibt nicht nur A oder B sondern auch C, D....
- Es macht mir selber Spass
- Mit dieser Methode fühle ich mich freier, weil ich mit meinen Vorbereitungen viel spielerischer, stressfreier und genüsslicher umgehen kann. Weil die Erfolge gegenseitig sind.
- Es macht Spass zu sehen, wie der Klient Mut gewinnt



17. Welche Fähigkeiten Ihrerseits braucht es, um humorvolle und provokative Elemente anzuwenden? *

Anzahl Teilnehmer: 14

14 (100.0%): kreativ sein.

14 (100.0%): einfühlsam sein.

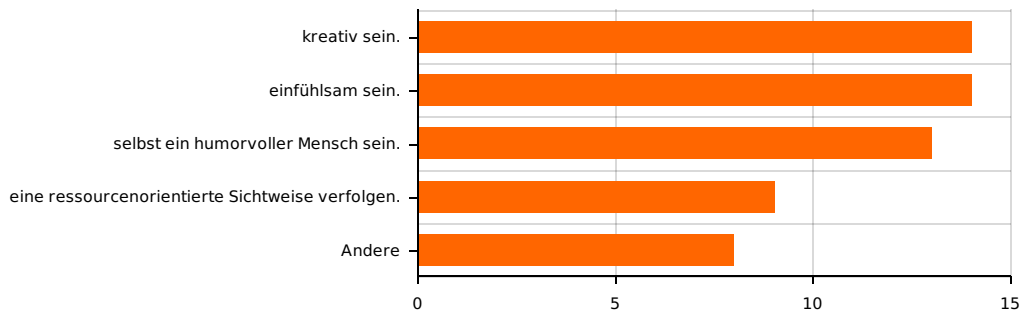
13 (92.9%): selbst ein humorvoller Mensch sein.

9 (64.3%): eine ressourcenorientierte Sichtweise verfolgen.

8 (57.1%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- gewisse Wagnisse eingehen können, da es nicht immer klar ist, wie eine humorvolle oder provokative Intervention beim Gegenüber ankommt.
- ehrlich interessiert am Gegenüber
- es braucht aber auch Übung, so einfach ist es nicht immer!
- Kognitive Fähigkeit einer guten Distanz um den Überblick und eine ganzheitlichere Sichtweise der ganzen Situation zu
- über sich selber lachen können, auch über die eigenen Fehler
- Respekt vor dem Klienten
- intuitiv sein
- vorurteilsfrei denken



18. Geben Sie bitte ein Beispiel wieder, in dem sich die Anwendung des Provokativen Stils besonders bewährt hat. *

Anzahl Teilnehmer: 14

- In Elterngesprächen, bei denen sich immer wieder die gleichen oder ähnliche festgefahrene Situationen abzeichnen. Häufig verbunden sind die Situationen mit einem Machtkampf zwischen den Eltern oder den Eltern/einem Elternteil und dem Kind.
- Mit Frau S.* führte ich viele Gespräche über ihr Vögelchen-Dasein. Natürlich sprachen wir auch über allfällige Entfaltungsmöglichkeiten. Frau S. unternahm an ihrer Arbeitsstelle erste mutige Schritte. Dies war eine ideale Gelegenheit, um ihr viele Komplimente zu machen. Frau S. schätzte es sehr, wenn ich ihr einfach nur zuhörte. Sie war sehr interessiert an meinen Gedanken und Gefühlen. Manchmal forderte ich sie heraus, indem ich frech, aber doch mit warmer Stimme, sprach: «Ach, wie langweilig für mich. Ich muss wieder mit dem kleinen, langweiligen Vögelchen sprechen.» Dann imitierte ich ihre überangepasste Art und setzte meine Rede mit zerbrechlicher und säuselnder Stimme fort: «Sind Sie noch immer dieses niedliche, brave Vögelchen? Passen Sie auf, wenn die Adler oder Tiger kommen, dann werden Sie aufgefressen!» Interessanterweise entgegnete Frau S.: «So schwach und brav, wie Sie meinen, bin ich gar nicht.» Ein paar Monate später kam eine Mail-Nachricht von ihrer Seite: «Ich bin nun schon zu 85% ein Adler und kein Vögelchen mehr. Liebe Grüsse Frau S.» Da wusste ich: Sie hat es geschafft.
- Ein total überangepasstes, schüchternes Kind hatte eine /g/- Sprache, konnte den /t,d/ unterdessen aber auf allen Ebenen (ausser Sportansprache) bestens bilden. Nur die Übertragung in die Sportansprache setzte nicht ein. Da behauptete ich ca. 4 Woche vor den Weihnachtsferien, dass sie das eh nie schaffen werde (auf humorvolle und etwas herausfordernde Weise) und ganz sicher nicht bis Weihnachten. Sie schaute mich entsetzt an, da ich so etwas sonst nie sage und sagte kein Wort. In der nächsten Stunde kam sie zur Tür herein und ihre ersten Worte waren: "Ich schaff das imfall schon". Ich war zuerst verwirrt von was sie sprach, merkte dann, dass es sich auf meine Provokation bezog. Und schau - an Weihnachten hat sie mit ca. 80% korrektem /d,t/ in der Sportansprache gesprochen.
- Ein Klient beschreibt ein Problem, das ihm unüberwindbar scheint. Er sagt, er könne das nicht, er wisse nicht, wie er das verändern soll. Anstatt ihn dann zu hätscheln und gut zuzureden, kann man ihn etwas necken, die Vorteile seiner Situation besprechen, irrsinnige Begründungen anbringen, warum es tatsächlich unmöglich ist, dass sich das jemals verändert oder fragen, welche guten Gründe es dafür oder dagegen gäbe. Dann lacht er vielleicht irgendwann, das entspannt. Ich nehme ihm den Druck, dass er das jetzt gleich ändern muss. Und ich vermittele die klare Botschaft, dass er stark genug ist, damit umzugehen. Er braucht kein Mitleid von mir. Und trotzdem nehme ich ihn ernst, ich bleibe mit ihm im Gespräch über sein Problem.
- Ein Logopädiekind mit grossem Störungsbewusstsein hat ein Übungsspiel verweigert, ist vom Stuhl gerutscht, hat den Würfel absichtlich vom Tisch geworfen etc. Als ich an der Reihe war, fegte ich plötzlich den ganzen Spielplan vom Tisch, habe also gespiegelt und übertrieben. Nach kurzer Verwirrtheit und grossen Augen auf Seiten des Kindes, konnten wir darüber lachen. Es begann sofort das Spiel wieder auf dem Tisch aufzubauen und machte motiviert mit.
- Ich habe ein jugendlicher Schüler, der kaum Blickkontakt beim Sprechen hat und sehr undeutlich spricht. Wenn ich ihn humorvoll spiegle oder verbal provoziere, erkennt er sein Verhalten und probiert es zu verbessern. Als ich ihn fragte, ob er mein Nachahmen als negativ empfinde, meinte er: Nein, erst jetzt merke er, was er verbessern könne. Vorher habe ich in einigen Therapiestunden deutlich sprechen geübt und ihn auch immer wieder darauf aufmerksam gemacht. Dies hat für das Umsetzen in den Alltag wenig gebraucht. Das Spiegeln und Provozieren hilft ihm mehr, sein Auftreten zu erkennen und zu verbessern.
- Wenn ein Kind über längere Zeit immer wieder sagt und denkt, das kann ich sowieso nicht und sich so blockiert. Wenn ein Kind sich keine Fehler erlauben kann.
- Ein Junge, zu dem ich keine gute Beziehung aufbauen konnte, der immer negativ und unmotiviert eingestellt war und sich immer selber stark runtermachte. Als ich aufhörte im zu sagen, dass er doch gar nicht so schlecht sei sonder miteinstieg auf humorvolle Art hat sich unsere Beziehung und auch seine Fähigkeiten stark verbessert.
- Wenn sich ein Kind "unmöglich" verhalten hat, habe ich mich noch "unmöglichlicher"... das hat meistens gewirkt (Verwunderung - Reflexion über das eigene Verhalten...).
- Ein Schüler kommt nach den Ferien aufgeregt mit einem völlig nassen und stinkenden Heft in die Logopädie und erklärt, er wisse nicht, wie das passieren konnte, meint er mit stockender Stimme, er könne ja alles in ein neues Heft abschreiben. Er habe aber seine Aufgaben mit Papi gemacht
Ich antworte: "Na, dann ist ja alles klar. Was da in diesem Heft steht, hast du jetzt ja in deinem Kopf. Also werfen wir das Heft weg. Aber bitte nicht hier, denn sonst verstinkt es das ganze Zimmer." Er schaut mich ungläubig an, testet was weiter passiert, schmunzelt leicht. Ich frage, wo ein günstiger Wegwerfplatz wäre. Im Container draussen meint er. Also gehen wir.
Mit einem Ritual entsorgen wir das Heft. Der Schüler ist sehr froh, dass er keine Strafaufgaben gefasst hat. Freudig arbeitet er ohne stottern weiter und kommt ebenso aufgestellt in die nächste Stunde.
- Ein Jugendlicher der ständig kritisch gegenüber sich selbst ist, sich nie lobt und ständig jammert. Er hat nach und nach eingesehen, dass er sich mit dem Stottern sein eigenes Problem schafft, damit er zu jammern hat. Durch die Provokation konnten wir diese Situation auflösen und ihm ein positiveres Selbstbild aufbauen.
- Ein Prozess über ca 3 Wochen: eine Klientin (Hemiparese, Im Rollstuhl, schwere Aphasie und Sprechapraxie, kaum sprachliche Äußerungen möglich) verweigert das eigentliche logopädische Üben. Stattdessen bringt sie DVDs mit: "Saw 1" -x und bedeutet

mir, mit ihr bestimmte Ausschnitte anzuschauen. Ich lasse mich drauf ein. Mit Hilfe der (für meine Begriffe wirklich grausigen) DVDs und Zeichnungen wünscht sie ihrem Unfallverursacher alles Böse. Ich mache mit, setze immer noch eins drauf, sie setzt noch eins drauf usw., wie ein Spielchen. Ich beschreibe ihr die Zukunft im Gefängnis, verglichen mit ihrer momentanen Situation auch nicht viel schlimmer. Sie schmunzelt und signalisiert irgendwann ihre Grenze: soweit würde sie nicht gehen. Immer wieder signalisiert sie mir, sich verstanden zu fühlen und schmunzelt oder lacht. Nach ca 2 Wochen bringt sie keine DVDs mehr mit. Sie nimmt zum ersten Mal seit ca 9 Monaten wieder einen Stift in die (nicht-dominante) Hand und lernt ab jetzt die Schriftsprache neu. Sie scheint versöhnter, die Wut auf den Unfallverursacher blockiert sie nicht mehr und sie kann sich auf meine logopädischen Übungen einlassen.

- Sackgassen im Denken

- Ein 10jähriger Junge hatte sich in Passivität zurückgezogen. Irgendwann wartete ich einfach ab und wir saßen beide mehrere Minuten stumm im Raum. Nach einer Weile fühlte er sich unbehaglich und so erkläre ich ihm, dies alles sei kein Problem für mich. Und frech setzte ich hinzu, dass ich die Zeit ja so und so behält bekomme. Damit war das Eis gebrochen. Er lachte und ab dem Tag kam er stets vor Ideen sprudelnd in die Therapie...