

Veränderungswissen, d.h. man kann aus ihnen lernen, was und wie et- was zu tun ist, wenn bestimmte Ziele erreicht werden sollen. Dagegen hat die herkömmliche Legasthenieforschung mit ihren aufwendigen empirischen Untersuchungen nur aufgeblähtes Entlastungs- und Rechtfertigungswissen produziert, durch das sich die pädagogische und therapeutische Handlungskompetenz nicht verbessern läßt. Mit diesem Scheinwissen lassen sich auch keine Veränderungen herbeiführen.

Ich habe in dem Buch vergeblich nach Beiträgen gesucht, in denen an sogenannten Versuchs- und Kontrollgruppen willkürlich erhobene Daten mit Hilfe von Faktoren-, Diskriminanz- oder anderen Analysen verrechnet wurden, um damit »Teilleistungsschwächen« unter dem Anschein der wissenschaftlichen Objektivität »polykausal« zu beschreiben. Die Mitarbeiter des Legasthenie-Zentrums haben vielmehr tätige Parteinahme praktiziert. In ihrer Arbeit mit den Kindern, im Gespräch mit den Eltern, im Umgang mit Lehrern, in der Auseinandersetzung mit Behörden, in ihrem Bemühen um die anspruchsvollen Ziele und einen demokratischen Arbeitsstil, in ihren gegenseitigen Korrekturen und Übereinkünften haben sie vielfältige Hilfe bringen können. Sie haben darüber hinaus viel pädagogisch-therapeutisches Wissen überprüfen, aussortieren, neu bestimmen und entwickeln können. »Theorien« haben sie dabei den Zielen und Erfahrungen untergeordnet. Sie ließen sich nicht durch Positionen starr festlegen und haben dabei auch manchmal — ohne daran Schaden zu nehmen — den Rahmen der materialistischen Psychologie überschritten.

Auch wenn die Entwicklungsgeschichte des Berliner Legasthenie-Zentrums Scheitern, Mißerfolge und Enttäuschungen einschloß, ergibt sich insgesamt eine beachtliche positive Bilanz der engagierten Hilfe und des fruchtbaren Erkenntnisgewinns. Erleichtert stelle ich fest, daß allerdings eins daran nicht stimmt: Sie hat nichts mehr mit der unseligen Erfindung der Legasthenie zu tun.

Franz Hochstrasser

### Einblicke in eine ganz andere Art von »Legasthenietherapie«

#### Bericht aus einer Schweizer Region (Kanton Aargau)

Mit diesem Bericht sollen drei Ansprüche verbunden werden. Zum ersten möchte ich Informationen vermitteln über einen Ausschnitt pädagogisch-therapeutischer Versorgung einer konkreten Region. Zum zweiten scheint es mir notwendig, ausdrücklich auf die Frage nach der Legitimierbarkeit der hier üblichen »Legasthenietherapie« aufmerksam

zu machen; meine diesbzügliche — durch meine berufliche Funktion wesentlich mitbestimmte — Unsicherheit drückt sich dort aus, wo ich die »Therapie« in Gänsefüßchen setze. Und als Drittes will ich versuchen, mich mit der Arbeit des Legastheniezentrum Berlin (LZ) auseinanderzusetzen. Dies soll vermittelt, aber in durchgehend positiver Zustimmung geschehen, indem ich unsere Situation aus der Perspektive des LZ einzuschätzen versuche; die Hoffnung dabei besteht darin, daß sich damit die Praxis und Konzeption des LZ in der Auseinandersetzung mit den aargauischen Gegebenheiten als tragfähig und produktiv erweist.

### 1. Die konkrete Situation

Im Kanton Aargau gingen 1978 ca. 35 000 Kinder in die Volksschule. Im Legastheniebereich sind vom Erziehungsdepartement (Kultusministerium) 178 Fachleute anerkannt. 40 davon haben ihre spezifischen Kenntnisse im Rahmen einer i.d.R. 4-semesterigen Logopädie-Ausbildung erworben; sie arbeiten aber nur mit geringer Kapazität im Legastheniebereich. Die anderen 138 Fachleute wurden in eigens eingerichteten Legasthenietherapiekursen ausgebildet. Diese dauerten i.d.R. nicht länger als zwei Wochen; Eingangsvoraussetzungen waren das Kindergärtnerinnen- oder Volksschullehrerpatent (= Diplom). — Die allermeisten Fachleute sind Frauen, und zwar solche, die nicht mehr im Beruf stehen, sondern als Hausfrau ein zusätzliches Teilpensum an Legasthenietherapiestunden übernehmen. Die Therapien finden i.d.R. als wöchentliche Einzeltherapien (1 Therapeut und 1 Kind) von entweder 25 oder 50 Minuten Dauer statt. — Die Finanzierung ist relativ kompliziert. Vereinfacht verhält es sich so, daß die »schweren Fälle« Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) haben; Legasthenie muß dazu als »schweres Sprachgebrechen« (im Sinne von Invalidität) festgestellt sein (vgl. Bundesamt ..., 1978); die Zahlungen der IV verlaufen ausschließlich nach dem Prinzip der Einzelfall-Finanzierung. Da die Ansätze der Therapeutinnenhonorare höher als diejenigen der IV liegen, entsteht eine Differenz, welche teils von den Gemeinden, teils aber auch von den Eltern beglichen wird (die Gemeinden halten sich zum Teil ebenfalls ans Prinzip der Einzelfinanzierung; zum andern Teil haben sie — oder Gemeindezweckverbände — Legasthenietherapeutinnen mit entsprechender monatlicher Lohnauszahlung in Anstellung; sie erhalten vom Kanton für ihre Leistungen geringe Subventionen zurück). — Über den gesamten Finanzaufwand läßt sich wenig Genaues sagen. Für den ganzen Sprachheilverbereich — also unter Einbezug von 130 Logopäden und (ebenfalls in Schnellkursen ausgebildeten) 50 Lega-Diagnostikern wurde für 1978 ein Betrag von ca. 4,7 Mio. Franken hochgerechnet. — Obwohl die

Therapeutinnen teils privat tätig, teils von den Gemeinden angestellt sind, sie teils von Gemeinden, IV und/oder Eltern finanziert werden, sind sie der kantonalen Aufsicht unterstellt. Diese Aufsichtsfunktion habe ich inne; allerdings verstehe ich sie nicht als Inspektionsfunktion, vielmehr versuche ich mit der eingeschränkten Arbeitskraft meiner Kollegin im Sekretariat und meiner selbst sowie den geringen finanziellen Möglichkeiten vor allem im Fortbildungsbereich Einfluß zu nehmen (die Therapeutinnen müssen sich obligatorisch fortbilden). Mittel sind zunächst die von meiner Stelle angebotenen Fortbildungskurse. (In diesem Rahmen verlief auch die Legasthenie-Tagung von 1977 in Windisch, an welcher H. Grissemann, E.E. Kobi, J. Schlee, S. Schubenz und H. Siemens als Referenten teilnahmen; Referate und Diskussionen wurden auf Tonband aufgezeichnet.) Weiter befindet sich auf meiner Stelle eine Fachbibliothek für Sprachheilfachleute im Aufbau, etc. — Die juristisch-gesetzliche Abstützung des Sprachheilbereichs ist im Kanton Aargau völlig unzulänglich. Eine 13-köpfige Sprachheilkommision, die vor allem aus Interessenvertretern und Vertretern der Verwaltung zusammengesetzt ist (Fachärzten, Logopäden, Legasthenietherapeuten, Jugendpsychologen, Heilpädagogen usw.), soll aus diesem Grund den Ist-Zustand systematisch erheben, eine Neukonzeption des Sprachheilbereichs vorlegen sowie entsprechende finanzielle Berechnungen beifügen.

Im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen im LZ ließen sich für den aargauischen Legastheniebereich institutionelle, ökonomische, bildungspolitische Besonderheiten herausarbeiten. Ich möchte aber das Augenmerk schon hier auf die tiefen inhaltlichen Probleme der hiesigen »Versorgung« hinlenken. Was sich die Kollegen des LZ in zehnjähriger Praxis erarbeitet haben, ist hierzulande noch kaum zum Thema geworden, nämlich die (praktische wie theoretische) Überwindung der herkömmlichen Legastheniekonzepte. Diese sind hier nach wie vor wegweisend in Ausbildung und Praxis; nur so — dies nebenbei — sind »Ausbildungs«-Kurse im Rahmen von weniger als zwei Wochen denkbar. Legasthenie wird nicht als besondere Äußerungsform kindlicher Entwicklungsbehinderungen gesehen, vielmehr selbst als »das Ganze« verstanden, das vor allem mit didaktischen Sonderanstrengungen anzugehen sei. Die inhaltliche Stoßrichtung wird deutlich, wenn eines der Ausbildungsinstitute (Institut für spezielle Pädagogik und Psychologie in Basel) Legasthenietherapie ausdrücklich als »Orthodidaktik des Lesens und der Rechtschreibung« kennzeichnet. In der Therapie bleibt zwar Sprache der Lerngegenstand. Es handelt sich dabei aber um die »äußere Sprache« im eigentlichen Sinne; sie ist im »Therapie«-Vollzug verdinglicht und kann nicht als angewendete, Kommunikation und Kooperation ermöglichende Sprache gelernt werden. Die institutionalisierte

Legasthenietherapie ist demnach — ohne hier weitere Begründungen angeben zu können — letztlich als eine weitere Hilfsstruppe des Schulsystems bestimmbar. In welcher Weise sie die Hilfsdienste leistet, wird in Punkt 2 deutlicher. — Auf diesem konkreten Hintergrund stellt sich mir eindringlich die Legitimationsfrage: Wie kann politisch solche »therapeutische Versorgung« begründet und verantwortet werden? Welche (realisierbaren) Veränderungen sind anzustreben? Diese Legitimationsproblematik kann im folgenden nicht aufgelöst werden; sie soll aber in ihrer Tragweite zumindest deutlicher hervortreten.

## 2. Versuch einer qualitativen Einschätzung

Angestrebtes Ziel der Therapie im LZ ist zunächst eine durchschnittliche Schulkompetenz; durch Aufhebung von Ausgrenzung sollen die Kinder eine den schulischen Anforderungen angemessene Handlungsfähigkeit (wieder-)erreichen; insoweit nun damit die Behebung psychischer Entwicklungsbehinderung mitverfolgt wird, kann dies nur gelingen, »wenn die Möglichkeit der Integration in alltägliche, durchschnittliche Entwicklungsprozesse von Gleichaltrigen besteht« (Dannenberger/Egloff, S.191).

In unserer Region gilt vordergründig Ähnliches als Therapieziel: Ein Legastheniker soll nach der Therapie lesen und schreiben können. Der Unterschied zur Arbeit im LZ stellt sich aber durch das erwähnte enge Legasthenieverständnis der Therapeuten her. Dies wird unten deutlicher. Ein Umstand von allgemeiner Tragweite ist aber schon hier zu erwähnen, nämlich daß diese Legastheniekonzepte für die Therapeuten höchstens handlungslegitimierend sind (die Legitimation selbst ist zirkelschlüssig etwa in dem Sinne, daß man Legasthenie-»Therapie« betreibt, weil die Kinder »legasthenisch« sind). Soweit die Kinder aber in ihrer individuell-gesellschaftlichen Ganzheit ins Blickfeld geraten, können die hier üblichen Legastheniekonzepte keinesfalls handlungssteuernd sein. Trotz alledem bezeichnet man den gezielten Umgang mit Legasthenikern hierzulande als »Therapie«. So muß ich denn, um zu deren qualitativen Einschätzung zu gelangen, in Anlehnung an Zimmermann (S.76) nach solchen Entwicklungen innerhalb der Therapie fragen, die »trotz allem stattgefunden« haben. Diese Frage möchte ich anhand von zwei Merkmalen von Therapie — nämlich ihrer Alltagsnähe und des in sie eingebrachten emotionalen Engagements — eher weiter vorantreiben als schon beantworten. Dabei werde ich im folgenden — der Kürze halber — von »Parallelprozessen« schreiben. Gemeint sind damit solche Prozesse, die neben den expliziten Therapiemerkmalen und -zielen einherlaufen.

*Alltagsnähe* wird zu Recht als ein wesentliches Merkmal für Beratungsprozesse gefordert (vgl. Nestmann/Tappe 1979). Ein ähnliches

Postulat ergibt sich für Kindertherapie, wenn Renfordt/Schubenz — das LZ als institutionalisierten Therapie-Raum kritisierend — den neuen Anspruch formulieren: »Kindergruppenpsychotherapie muß in der wirklichen Welt der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden« (S.184). Im folgenden ist zu überlegen, inwieweit sich die Alltagsnähe nicht als expliziter Anspruch an die therapeutische Arbeit, sondern lediglich im Rahmen von (nicht gewußten) Parallelprozessen realisiert.

Einen breiten Ausschnitt aus dem Kinderalltag stellt die Schule dar. Abgesehen davon, daß bei uns Legasthenietherapie teilweise in Schulräumen stattfindet, zeigt sie auch qualitativ von ihrer Anlage her eine gewisse Nähe zum schulischen Alltag der Kinder. Erwähnt seien die pädagogisch-didaktische Gewichtung der »Therapie« und ihr streng an schulischen Normen orientiertes Ziel. Aus dieser Sicht setzt die Therapie faktisch an der schulischen Lebenswirklichkeit der Kinder an und versucht sie, sie in diese zurückzuführen. Dies geschieht etwa über die gezielte Vermittlung rationellerer Aneignungs- bzw. Lese- und Schreibtechniken, so daß der Legasthener tendenziell wegen der angewendeten Didaktik — und nicht, wie der »Normal«-Schüler, trotz der Didaktik — lesen lernt. Damit sind m.E. Momente angedeutet, welche zu den nachweislichen Therapie-»Erfolgen«, nämlich der Integration der Kinder in den Normalunterricht beitragen.

In (analytischer) Abhebung zur Didaktik sind auch die pädagogischen Anteile innerhalb der Therapie dem Gesichtspunkt der Alltagsnähe zu unterstellen. Unter dem hier herrschenden Verständnis von Therapie ist davon auszugehen, daß diese Anteile im »Therapie«-Geschehen übervertreten sind; damit nähert sich die Therapie auch auf dieser Ebene der schulischen Alltagswirklichkeit der Kinder an: pädagogische und therapeutische Momente fallen tendenziell in eins. Auf mögliche Effektivierung von Pädagogik im Rahmen solcher »Therapie« ist hier nicht einzugehen. Wie im LZ ist aber auch hier einzuschätzen, daß »dieses eher pädagogisch orientierte Vorgehen ... nicht an den subjektiven Bedürfnissen der Kinder orientiert« ist. Was mir wichtig scheint, ist dabei der Umstand, daß es »trotzdem ein Anknüpfungspunkt (ist), um etwas zu machen« (Dotzenroth/Uhe, S.70). Und insofern sind zumindest auf dieser Ebene Möglichkeiten zu einem — wie auch immer eingeschränkten — kooperativen Umgang von Therapeutin und Kind eröffnet, also zu Parallelprozessen, die über den eigentlichen Zweck der therapeutischen Veranstaltung hinausreichen.

Unsere Schulen arbeiten systematisch auf die Vereinzelung der Kinder, also auf Unterbindung und Verhinderung von Kooperation hin. In diesem Zusammenhang zeigt die angesprochene Alltagsnähe der hier üblichen Therapie ein zweites Gesicht: als Einzeltherapie — wie sie in aller Regel stattfindet — trägt sie selbst gerade wieder zur Ausschalt-

tung der oben erwähnten kooperativen Ansatzpunkte bei; sie ist insofern die konsequente Verlängerung der in der Schule vollzogenen bzw. vollstreckten Ausgrenzung in die Therapiesituation hinein.

Man weiß, daß durch Leistungs- und Konkurrenzdruck in der Schule die Kinder nicht zu eigenständiger Lernerarbeit gebracht werden können. In der Einzeltherapie ist der Konkurrenzdruck zwar nicht mehr unmittelbar gegeben — er schlägt aber über den Umstand, daß durch die Therapie die schulischen Leistungen im Vergleich zu den anderen Schülern angehoben werden sollen, in die Therapiesituation durch; der Leistungsdruck ist hier allenfalls gemindert, aber dennoch durch das engumgrenzte Therapieziel gegeben. Insgesamt also wirken — dem schulischen Alltag entsprechend — Faktoren innerhalb der Therapie, welche die Kinder eher zur Passivität statt zu erkundender Aneignungstätigkeit drängen (vgl. ähnlich bei Schlee, S.166). Ein Schulpsychologe formulierte diesen Sachverhalt auf der Windischer Tagung folgendermaßen: »Das Kind hat auch viele Möglichkeiten der Therapie in sich. Diese sieht man oft zu wenig, man läßt es gar nicht zum Zug kommen. So kommt das Kind in eine Konsumhaltung hinein und bleibt in dieser im Grunde blockiert.« So erstaunt denn nicht der enorme Aufwand, mit welchem solche »Blockierung« mittels verschiedenster didaktischer Materialien aufgehoben werden soll (eine Arbeitsgruppe von Legasthethérapeutinnen trug diesen Sommer nicht weniger als 110 Titel solcher »Unterrichtshilfen« zusammen). Ausbruchversuche der Kinder aus solcher Einzeltherapie können zwangsläufig kaum stattfinden; wo sie stattfinden, werden sie i.d.R. nicht toleriert bzw. die »Therapien« aus »disziplinarischen« Gründen abgebrochen. Als Parallelprozeß verbleibt unter diesen Gesichtspunkten nichts anderes als die Weiterführung (mit anderen Mitteln) von schulischer Selektion und Anpassung der Kinder.

Analytisch ist nun ein zweiter Aspekt des Therapiegeschehens herauszuheben. Ich denke an die *emotionalen Komponenten*, die dorthin ein eingebracht werden. Siegfried Schubenz sagte diesbezüglich auf der Windischer Tagung: »Nichts ist so wichtig, wie eine kontinuierliche Vertrauensbasis.« Das Zentrale an diesem Satz ist dessen innere Gewichtung; diese orientiert sich am Ziel der (therapeutisch zu unterstützenden) Persönlichkeitsentwicklung der Kinder. Demgegenüber ist hierzulande Therapie lediglich auf den Erwerb einzelner Fertigkeiten ausgerichtet bzw. eingeschränkt. Doch gerade die affektiv-emotionalen Momente lassen sich im Therapiegeschehen nicht gleichermaßen einschränken. Wiewohl sie zu einem wesentlichen Teil zunächst über das »Gemeinsame« — nämlich Aneignung von Lesen und Schreiben — vermittelt sind, weiten sie sich in der Regel bald darüber hinaus. Von der Ausbildung her sind unsere Therapeutinnen auf solche Prozesse

überhaupt nicht vorbereitet; diese laufen tatsächlich nebenher. Was aber aus dem Blickwinkel des Interesses der Kinder zuversichtlich stimmt, ist die Möglichkeit, daß die Therapeutinnen ihre Erfahrungen in irgendeiner Weise auswerten, dabei zu gewissen Alltagstheorien gelangen, um diese durch neue Erfahrungen zu modifizieren bzw. zu bekräftigen. Kurz — ich weiß dies aus vielen Gesprächen —, die Therapeutinnen beginnen, sich aktiv mit den auf emotionaler Ebene verlaufenden Parallelprozessen auseinanderzusetzen. Und dies ist der Punkt, an dem sie sich faktisch dem Ziel der Persönlichkeitsentwicklung der Kinder zuzuwenden beginnen, oder — anders gesagt — wo die Praxis die engen Schlingen der herkömmlichen Legastheniekonzepte zerreißt. Der Beitrag einer Therapeutin an der Windischer Tagung mag dies ansatzweise verdeutlichen: »Ich glaube, daß die Beziehung zwischen dem Therapeut und dem Schüler das Primäre ist, daß man eine Beziehung herstellt, daß das Kind auch affektive Beziehungen hat, daß man von dorthin mit der eigentlichen Therapie einsetzen kann. Das ist vielleicht der Unterschied zum normalen Schulalltag, wo man gar keine Möglichkeit hat, zu jedem Kind eine solche Beziehung aufzubauen, ich kann ja nicht eine ganze Schulklasse zu mir nach Hause nehmen, Kuchen backen usw.«

Allerdings stehen auch dieser Möglichkeit der Entfaltung therapeutischer Bemühungen reale Hindernisse gegenüber. Zum einen schlägt die »heilende« Besonderung und damit die soziale Ausgrenzung der »Legastheniker« mit großer Sicherheit auf die affektiv-emotionalen Bewegungen im Therapieverlauf durch. Man könnte diesbezüglich gewissermaßen von einer »Vertrauensbasis auf reduziertem Niveau« sprechen, welche die Therapeutin für das Kind bereitstellt. Ein Indiz zur Stützung dieser These mag darin bestehen, daß die Therapeutinnen ein ausgeprägtes Selbstverständnis als »Therapeutinnen« zeigen: sie treten in einem eigenen Berufsverband auf, geben als Berufsbezeichnung »Legasthenietherapeutin« an, u.a.m. Und Therapie legitimiert sich nach wie vor in sehr vielen Köpfen durch das — mit Begriffen wie »multifaktorielle Verursachung« lediglich verschleierte — medizinische Krankheitsmodell; dadurch legitimiert sich dann im einzelnen die »besondere« bzw. besondernde Zuwendung der Therapeutin zum Kind (zur ähnlichen Problematik des Selbstverständnisses von Sonderschullehrern vgl. Eberwein, S.83).

Eine zweite Einschränkung ergibt sich aus dem Umstand, daß die Therapeutinnen je für sich allein arbeiten. So kann von vornherein das Kind sich nicht an einer »Modellbeziehung« kooperativ verbundener Erwachsener orientieren, wie es mit dem »Ko-Therapeutenprinzip« im LZ angestrebt ist; damit sind u.a. wesentliche emotionale Entfaltungsmöglichkeiten in der Therapiesituation verbaut (es sei lediglich daran erin-

nerf, daß auch die meisten Kinder einzeln in die »Therapie« gehen). Hinzu kommt der Umstand, daß die Therapeutinnen selbst in großer Zahl in ihrer Vereinzelung verharren, also sich nicht, auch in Ansätzen, auf eine »überindividuelle therapeutische Arbeitsstruktur« einlassen (vgl. Dannenberger/Egioff, S.206); sie begeben sich damit der Möglichkeit, gegenseitig ihre therapeutische Kompetenz zu tragen und auszubauen. Diesbezügliche Versuche, regionale Arbeitsgruppen von Therapeutinnen zu begründen, waren bisher von geringem Erfolg gekrönt.

### 3. Folgerungen?

Aus obiger Darstellung sind Folgerungen auf verschiedensten Ebenen möglich. Ich möchte nur diejenige herausgreifen, die mit der eingangs gestellten Legitimationsfrage verbunden ist. Diese Frage stellt sich hier noch eindringlicher als zu Beginn: wenn man die expliziten Ziele unserer »Therapien« mit den sie begleitenden Parallelprozessen gewissermaßen verrechnet, bleibt unter dem Strich recht wenig, was für die Beibehaltung der »Therapien« sprechen würde. Soll man sie also abschaffen?

Die Folgerung auf solche Weise zu ziehen, wäre u.a. aus folgenden drei Gründen fatal; ich möchte diese nur thesenartig bezeichnen. Erstens ist davon auszugehen, daß »erfolgreiche« Therapien für die Kinder — wie gebrochen auch immer — faktisch gewisse Entlastungen und tendenzielle Aufhebung von Ausgrenzung bringen. Ersatzlose Streichung der »Therapien« würde diese Möglichkeiten zuschütten, denn der Gesamtzusammenhang des kindlichen Alltags bliebe weiterhin unverändert (für den Aargau wird das etwa dort anschaulich, wenn man das »neue« vor der parlamentarischen Debatte stehende Schulgesetz mit dem alten von 1940 vergleicht). — Zum zweiten hängt damit zusammen, daß man durch Abschaffung der heutigen Legasthenikerbetreuung eventuell ungewollt einer in verschiedenster Hinsicht bornierten Verelendungstheorie aufsitzen würde. — Und als dritter Grund ist noch die Tatsache anzuführen, daß man mit der Liquidierung der noch so problematischen »Versorgung« unserer Legastheniker objektiv am selben Strick wie die Protagonisten der sozialen Demontage ziehen würde.

Eine letzte Frage ist mir wichtig anzufügen, auch wenn dazu die Legasthenie-Therapie nur einen von vielen möglichen Anlässen darstellt. Es ist die Frage an uns Praktiker, wie wir unsere politisch meist umfassenden Ansprüche mit der Realität vermitteln, wie wir mit der fast zwangsläufig sich einstellenden Reduzierung von Ansprüchen umgehen, und wie wir lernen, diese Reduzierungen anhand der richtigen, das heißt letztlich politisch legitimierbaren Kriterien bewußt im Griff zu behalten. Man möge das auf den vorderen Seiten Stehende unter die-

ser offen gelassenen Frage nochmals an sich vorbeiziehen lassen — die aufgeworfenen Probleme dürften dadurch an Kontur noch hinzugewinnen.

### Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Sozialversicherung 1978, Kreisschreiben über die Behandlung von Sprachgebrechen in der Invalidenversicherung, Bern.
- Dannenberger, J., Egloff, S. 1979, Die institutionellen Rahmenbedingungen der pädagogisch-therapeutischen Tätigkeit im Legasthenie-Zentrum e.V. Berlin, in: *Pilz/Schubenz*, 188-222.
- Dotzenroth, B., Uhe, M. 1979, Jonas, der aus dem Walfischbauch ausgespuckt wurde in unsere böse Welt, und seine Schwierigkeiten, sich in dieser zurecht zu finden, in: *Pilz/Schubenz*, 69-77.
- Eberwein, H. 1975, Integration lern- und verhaltensgestörter Kinder in die allgemeine Schule oder Das neue Aufgaben- und Selbstverständnis des Sonderschullehrers, in: *Iben, G. (Hrsg.), Heil- und Sonderpädagogik*, Kronberg, 72-96.
- Nestmann, F., Tappe, U. 1979, Thesen zu einem besseren Verständnis von Beratung, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, H 1/2, 153-170.
- Pilz, D., Schubenz, S. (Hrsg.) 1979, Schulversagen und Kindertherapie. Die Überwindung sozialer Ausgrenzung, Köln.
- Schlee, J. 1976, Legasthenieforschung am Ende? München
- Zimmermann, U. 1979, Nina oder: Wie man Sonderschüler herstellt, in: *Pilz/Schubenz*, 76-91.

## Therapeutisches Konzept und psychosoziale Versorgung

Monika Mollschönert, Hartmut Böhm, Michael Pogrzeba

### Kindertherapie in der »Provinz«

Wenn im Theoriekontext der Kritischen Psychologie eine Konzeption für die psychotherapeutische Versorgung entwickelt wird, kann dies der Tendenz nach nur bedeuten, daß ihre Anwendung generell möglich werden muß. Daraus entstehen eine Reihe inhaltlicher Fragen wie auch die Notwendigkeit, die allgemeinen Bestimmungsmomente der Existenz des Legastheniezentrums gegen die besonderen, für die Situation in Berlin-West spezifischen abzuheben. Das LZ ist zumindest in zweifacher Hinsicht in einer Sondersituation:

- Der Stand der psychosozialen Versorgung und damit auch die Bereitschaft der Behörden, psychotherapeutische Tätigkeit zu finanzieren, sind in West-Berlin ungleich höher als in den meisten Regionen der BRD.
- Die Einknüpfung in die Wissenschaftsproduktion des PI der FU Berlin sichert die theoretische und praktische Arbeit des LZ in absolut einmaliger Weise ab.