

Sherlock Holmes und Columbo in der Logopädie

Struktureller Aufbau therapeutischer Denk- und Entscheidungsprozesse in der Ausbildung

Vera Wanetschka

ZUSAMMENFASSUNG. Im Beitrag werden vor dem Hintergrund der Modelle des Klinischen Begründungsprozesses (Beushausen 2009, Higgs et al. 2008) und der Arbeitstypen nach Hansen (2009) mithilfe eines Forschungskreislaufs der strukturelle Aufbau therapeutischer Denk- und Entscheidungsprozesse in der Ausbildung dargestellt. Zentrale Arbeitsprozesse bilden dabei die induktive und deduktive Datensammlung und die reflexive Arbeit. Der Vorschlag unterstreicht den Dialog zwischen wissenschaftlicher und praktischer Arbeitsweise.

Schlüsselwörter: Struktureller Therapieaufbau – Reflexion – Klinischer Begründungsprozess – Arbeitstypen – deduktive und induktive Prozesse

Einleitung

Der Anspruch der Wissenschaft und der Anspruch der Praxis

Die therapeutische Ausbildung zur Logopädin befindet sich sowohl auf Berufsfachschul- als auch auf Hochschul-Ebene in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Für Lehrende und Lernende bedeutet dies, Aufmerksamkeit dafür herzustellen, wie Experten auf diesem Fachgebiet Theorien und Modelle anbieten, von denen überprüfbare, wiederholbare, nachvollziehbare und in der Fachwelt gemeinsam im sprachlichen Diskurs weiter zu bearbeitende Konzepte abgeleitet werden können.

Wissenschaftliches Arbeiten und praktische Therapieausbildung stellen keine Gegensätze dar, sondern wirken als Partner in einer sich konstituierenden eigenen Disziplin Logopädie. Der Anspruch für wissenschaftliches Arbeiten ist nach Kruse (2007, 63):

- Wissen nicht nur zu postulieren, sondern zu begründen,
 - Prozesse nachvollziehbar und nachzeichnenbar zu machen,
 - Quellen zu dokumentieren,
 - Wissen und Belege kritisch zu bewerten,
 - alternatives Denken und rivalisierende Wissensbestände einzubeziehen,
 - Wissen in einen systematischen Kontext einzubetten und
 - klar und unmissverständlich zu formulieren.
- Dieser Anspruch korreliert mit logopädischen Grundsätzen für den Therapieaufbau und stellt der Komplexität logopädischen Han-

delns eine hilfreiche Struktur zur Seite. Vor diesem Hintergrund lernen Logopädinnen:

- aus der Datensammlung Fragestellungen, Hypothesen und logische Handlungsfähigkeit herzustellen und Muster zu erkennen,
- in der Therapie einen logischen, nachvollziehbaren und korrigierbaren Aufbau zu verfolgen, Muster zu berücksichtigen und Muster unter anderer Perspektive wieder zu verlassen,
- nachvollziehbare und anerkannte Vorgehensweisen zu verwenden,
- Alternativen zu diskutieren,
- systematisches Vorgehen zu bevorzugen, das auch von Dritten erkannt werden kann,
- reflexiv während und nach dem Therapieprozess in Bezug auf Diagnose, Verlauf und Ergebnisbeurteilung zu arbeiten und
- dieses unmissverständlich zum Ausdruck zu bringen.

Die Einflussmodelle für den strukturellen Therapieaufbau

Aktuell bieten sich im deutschsprachigen Raum als Modelle für die strukturelle Therapiekonzeption einerseits das Gebilde des Klinischen Begründungsprozesses (Clinical Reasoning, Abb. 1) (Feiler 2003, Klemme & Siegmann 2006, Higgs et al. 2008, Beushausen 2009) und andererseits das Konstrukt der Arbeitstypen und Arbeitsmuster nach Hansen (2009) an. Das erste Modell ermöglicht es auch im Ausbildungsprozess, in der Bewertung der komplexen logopädischen Arbeit „Draufsichtstürme“ aufzubauen und

Vera Wanetschka, BSc., M.A.

ist Schulleiterin und Fachlehrlogopädin für die Bereiche Stimme sowie Verhalten und Lernen an der Fachschule für Logopädie Bremen. Nach Logopädieausbildung in Oldenburg absolvierte sie das Studium „Lehre im Gesundheitswesen“, Ausbildungen in Gestaltarbeit, klientenzentrierter Gesprächsführung und systemischer Therapie, ein Bachelorstudium an der Fachhochschule OOW in Emden und das Masterstudium Erwachsenenbildung an der TU Kaiserslautern.



dafür eine gemeinsame Sprache zu verwenden (Rathy-Pötzke 2010, 2011; Walther 2011). In der Struktur der vorliegenden Arbeit werden die Perspektiven der klinischen Begründungsprozesse für den Therapieprozess im Rahmen der Erstellung und Überprüfung der Hypothesenbildung und als Hilfe für Reflexionen aufgegriffen.

Als zweites Modell legte Hansen 2009 ihre soziologisch geprägte Grundlagenarbeit „Arbeitstypen in der Therapiearbeit“ in der Logopädie vor und skizzierte damit für den deutschsprachigen Raum ein erstes theoretisches Gerüst für das Tätigkeitsfeld der Logopädie. Darin beschreibt sie auf der Grundlage eines interaktionistischen Modells nach Blumer (1981), dass „die Ziele und Mittel in einer Interaktionssituation ein Ergebnis der Reflexion der Handelnden auf das darstellen, was in der Situation passiert“ (Hansen 2010b, 267). Das bedeutet, im Kontakt und nach dem Kontakt mit ihrer Patientin passt die Logopädin über gemeinsame aktuelle Erfahrungen ihre Zielsetzungen an, indem sie sie weiterführt, korrigiert oder aufgibt und neu konzipiert. In der Datenanalyse aus der Beobachtung der direkten logopädischen Therapie identifizierte Hansen (2009, 2010a, 17) vier zentrale Arbeitstypen (Abb. 2):

- **Kontaktarbeit:** orientiert daran, wie der Arbeitskontakt zwischen den Akteuren gestaltet wird;

- **Ausrichtungsarbeit:** orientiert sowohl an der Ausrichtung des einzelnen Akteurs auf ein Ziel hin als auch „auf die Ausrichtung einer Therapeutin an einer spezifischen Problemdefinition“;
- **Kooperationsarbeit:** orientiert an der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in der Therapie, z.B. auch langwierige und anstrengende Arbeit umzusetzen;
- **Veränderungsarbeit:** orientiert an den Aktivitäten, „die eingesetzt werden, um kognitive, motorische, emotionale oder interaktive Veränderungen zu erreichen“.

Hansen untergliedert die Arbeitstypen in ihrem Modell nach den erforderlichen *Arbeitsprozessen* (beobachten und bewerten, entwickeln und regulieren, aufrechterhalten und sichern). Die Arbeitstypen filterte sie aus der Beobachtung konkreter Anforderungen des Arbeitsverlaufs an die Logopädin heraus. Sie stellen gebündelte Beobachtungen z.B. zum Thema Interaktionsarbeit dar. Die Arbeitsprozesse entstehen i.d.R. ineinander verwoben durch die konkreten Aktivitäten, Strategien und Vorgehensweisen der beteiligten Akteure.

Hansen arbeitete heraus, welche logopädischen Arbeitsmuster in den von ihr identifizierten Arbeitstypen und -prozessen zum Tragen kommen (Hansen 2009, 113ff). Das Modell der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ist gut geeignet, um am Beginn der Ausbildung unerfahrenen Lernenden anhand von Fallbeispielen logopädische Arbeit prototypisch näherzubringen und sie für ihre selbstständige therapeutische Tätigkeit zu sensibilisieren (Hansen 2010a). Dafür bedarf es jedoch noch praktischer Differenzierung des Modells.

Die Kompetenzen von Sherlock Holmes und Columbo – Vorbilder für die Rolle der Logopädin bei der Datenerhebung und Verwertung

Die Therapeutin erhält eine ärztliche Diagnose, die ihr erste Daten für ihren Diagnoseprozess liefert. Sie erhebt im ersten Kontakt und im weiteren Verlauf nun eigene Daten

■ **Abb. 1: Einflussnahmen für klinische Begründungsprozesse (Wanetschka 2010, 34)**



und ist somit mit einer erheblichen Menge von Informationen konfrontiert, die sie zu Beginn und während der Therapie sammelt und die sie im Therapieverlauf dazu anregen, verschiedene Muster zu entwickeln und zu verändern. Im flexiblen Prozess der Verlaufsdiaagnose kommt es demzufolge immer wieder zur fortlaufenden Anpassung der anfangs aufgestellten Hypothesen. Die Detektive Sherlock Holmes als Vertreter des *deduktiven* Vorgehens und Columbo als Vertre-

ter des *induktiven* Vorgehens sollen helfen, diese Kompetenzen zu beleuchten (Nevis 2005). Holmes steht für das präzise Erfragen und Sammeln von Informationen, bringt sie als Beobachter scharfsinnig in Beziehung, ergänzt kognitiv fehlende Daten und kommt zu schlussfolgernden Entscheidungen. Diese Kompetenzen sind besonders am Beginn der Datensammlung gefragt. Columbo als Vertreter des induktiven Ansatzes bietet seine offene ungerichtete

■ **Abb. 2: Modell der Arbeitstypen (Hansen 2010a, 17)**

Arbeitstyp	Kontaktarbeit	Ausrichtungsarbeit	Kooperationsarbeit	Veränderungsarbeit
Arbeitsprozess	Kontakt beobachten und bewerten entwickeln und regulieren aufrechterhalten und sichern	Ausrichtung beobachten und bewerten entwickeln und regulieren aufrechterhalten und sichern	Kooperation beobachten und bewerten entwickeln und regulieren aufrechterhalten und sichern	Veränderung beobachten und bewerten entwickeln und regulieren aufrechterhalten und sichern
Arbeitsmuster	z.B. Höflichkeitsarbeit	z.B. Vermittlungsarbeit	z.B. Balancearbeit	z.B. Trainingsarbeit

Wahrnehmung an und könnte zunächst als Sammler von teilweise auch nebensächlichen Daten beschrieben werden. Das Erscheinen wichtiger Daten kann nach diesem Ansatz nicht erzwungen werden, sondern sie zeigen sich beiläufig im Gespräch oder Experiment. Columbo verhält sich wie ein Schwamm, der in seine Umgebung eintaucht, alles aufsaugt und auf wichtige Hinweise wartet, die erfahrungsgemäß noch auftauchen werden (ebd., *Wanetschka* 2010). Dafür stellt er Klienten auch gelegentlich zweimal die gleiche Frage: „Ach, was ich Sie noch fragen wollte...?“ Diese Datensammlung wird auf der Grundlage des biopsychosozialen Denkmodells mit Hilfe des Komponentenmodells der ICF (*DIM-DI*, 2005) geordnet. Die Rubriken beziehen sich auf personbezogene Daten, Daten zur Körperstruktur und -funktion, Umweltfaktoren und im Zentrum das Thema der Partizipation und Teilhabe des Patienten am gesellschaftlichen Leben (*Rapp* 2009, *Wanetschka* 2010). Von der Therapeutin wird jetzt die erste Arbeitsdiagnose erstellt.

Der „Forschungskreislauf“ für das praktische Lernfeld „Therapieaufbau“

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze und um wissenschaftliches Denken für die Praxis zu entfalten, wird die Entwicklung der Therapie, deren Verlauf, Evaluation und Ergebnisdarstellung im Weiteren wie ein Forschungskreislauf beschrieben. Die Darstellung in Abbildung 3 kann wie ein roter Faden für den folgenden systematischen Aufbau verstanden werden. Das damit erworbene Wissen entsteht auf einem kontrollierten Weg, ist nachvollziehbar und – da es sich um persönliche Prozesse handelt – nicht gleich vollständig reproduzierbar, aber anschlussfähig. Es sind zwei Aspekte enthalten: das vorhandene und das neu hinzugefügte Wissen, das insbesondere aus der Reflexion entwickelt wurde. Mit den Erfahrungen im Therapieverlauf und den Diskussionsergebnissen kann kritisch in den fachlichen Diskurs gegangen werden. Konkurrierende Darlegungen werden abgegrenzt oder auf ihre

Brauchbarkeit überprüft (*Kruse* 2007, 67 ff). Die Abbildung 3 präzisiert diesen Prozess für die Logopädie im Außenkreis mit Fragen für den Therapieaufbau, im Innenkreis mit Fragen an die Studierende und deren Lernprozess.

Entwickeln der Fragestellung

Die Fragestellung bei der Betrachtung einer neuen Patientin ist zunächst: Welche Symptomatik und welche Ressourcen zeigt die Patientin und welcher Behandlungsweg ist der für sie geeignete?

Aus der durch Anamnese und Diagnostik gewonnenen anfänglichen Datensammlung (Stand der Forschung im Kreislauf) wird mit Hilfe des Komponentenmodells der ICF eine erste Ordnung hergestellt. Jetzt werden auch die Fragestellungen für die Therapie deutlicher:

- In welchen Bereichen fühlt sich die Patientin in ihrer Aktivität und Partizipation im Alltag eingeschränkt?
- Was möchte sie verändern?
- Welche Vorstellungen hat sie von der Therapie?
- Welche hilfreichen oder hinderlichen Muster sind ihr bekannt?
- Welche Ziele werden mit ihr vereinbart?
- Woran erkennt die Patientin, dass sie ihrem Ziel ein Stück näherkommt?
- Was möchte sie erhalten und nicht verändern?
- Über welche Ressourcen verfügt die Patientin?

Stand der Forschung – Entwickeln der Hypothesen

Nach der Erstellung des Komponentenmodells (ICF) werden die ersten Hypothesen für die Therapie gebildet. Hypothesen sind Annahmen, die im weiteren Bearbeitungsprozess überprüft werden. Die Hypothesenbildung ist keine Zusammenfassung der Aussagen aus der Diagnose, sondern ein Vorgehen, um Beobachtungsdaten mit Fachwissen zu koppeln und Zusammenhänge sowie Muster zu erkennen. Sie sind eine Hilfestellung, um Wissenslücken aufzufüllen. Studierende lernen, Symptome, Symptomkomplexe und erhobene Daten bestimmten Krankheitsbildern zuzuordnen.

Es ist hilfreich, Hypothesen in einem „Wenn-Dann-Satz“ zu formulieren. Hypothesen werden gebildet

- bezüglich der Ursache einer Störung oder eines Verhaltens,
- als Arbeitshypothesen,
- bezüglich weiterer Daten im Ist-Zustand, die dann diagnostisch überprüft werden müssen.

■ **Abb. 3: Forschungskreislauf für die Therapie (Wanetschka 2010, 34)**



Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

■ Abb. 4: Beispiele zur Hypothesenbildung aus dem Bereich Stimmstörungen

Hypothesen bezüglich der Ursache einer Störung oder eines Verhaltens

- Wenn „Schnappatmung“ zu beobachten ist, steht der Patientin nicht genügend reflektorische Atemergänzung zur Verfügung.
- Wenn bei der Phonation zu viel Luft verloren geht und die Stimme Geräuschbeimengung erhält, dann fehlt der Stimmbandschluss.

Arbeits-hypothesen

- Wenn die reflektorische Atemergänzung aufgebaut wird, dann kann der erhöhte subglottische Atemdruck reduziert werden.
- Wenn die Patientin Blickkontakt, Mimik und Gestik stärker in den Kommunikationsprozess einfügt, ist der Kraftaufwand für den stimmlichen Ausdruck reduziert.

Hypothesen bezüglich weiterer Daten im Ist-Zustand, die ggf. noch eingeholt werden müssen:

- Wenn die Patientin rau und leise spricht, stellt ihr Umfeld häufiger Verständnisfragen (oder wendet sich von ihr ab).
- Wenn die Patientin unter Leistungsdruck steht, dann unterstützt dies ihr Pressen bei der Stimmgebung.
- Wenn die Patientin vor Gruppen vor einem hohen Lärmpegel spricht, muss sie kontinuierlich einen hohen Energieaufwand einsetzen.

Beispiele aus dem Bereich Stimmstörungen zeigt die Abbildung 4. Wichtig ist dabei, dass diese Hypothesen kurzfristig überprüfbar sind, und dass sie die Entscheidungsgrundlagen für das praktische Tun liefern.

Hypothesen werden nach dem Ausfüllen des Komponentenmodells entworfen und im Laufe der Therapie überprüft. Hypothesen sind keine Feststellungen, es sind „Arbeitsvermutungen“. Verändert sich die Sachlage durch neue Informationen, werden sie angepasst und die therapeutischen Handlungen darauf abgestimmt. Die Hypothesen werden auf die Therapieplanung übertragen, im Therapieprozess bestätigt, korrigiert oder neu aufgestellt. Diese prozessorientierte Therapiearbeit entwickelt sich vom Allgemeinen zum Speziellen.

Im Arbeitsprozess der Hypothesenbildung werden die Perspektiven des Klinischen Begründungsprozesses (Abb. 1) aufgegriffen, um das Arbeitskonstrukt für den Patienten möglichst differenziert zusammenzustellen. An der Bremer Schule findet dieser Schritt im Einstieg in begleiteten Arbeitsgruppen mithilfe der Metaplantechnik statt (Abb. 5). In der Arbeitsgruppe werden die Hypothesen nach den Aspekten für die Stimmthera-

pie (Strauch & Wanetschka 2006) erhoben und im zweiten Schritt die Überschriften aus dem klinischen Begründungsprozess (Abb. 1) zu Hilfe genommen, um die Hypothesen zu ergänzen und zu differenzieren.

Erstellen des Grobtherapieplans

Aus den Hypothesen wird der Grobtherapieplan abgeleitet (Abb. 6). Dieser greift eine auf die Symptomatik der Patientin ausgerichtete Auswahl der jeweils relevanten 4 Aspekte eines Störungsbildes auf. Im Bereich Stimme sind dies Spannung, Atmung, Tongebung, Artikulation, Kontakt/Absicht (ebd.). In der ersten Spalte (Ist-Zustand) des Grobtherapieplans werden die auffälligen Bereiche aufgeführt, die beobachtet wurden z.B. „Patientin hat eine hörbare Schnappatmung“ oder „Patient möchte schnellstmöglich seinen Beruf als Lehrer wieder ausüben können“. In die zweite Spalte notiert die Studierende, was bei der Patientin erarbeitet werden soll, z.B. der Aufbau der reflektorischen Atemergänzung oder das Verhalten/Sprechen vor einem Lärmpegel und in akustisch ungünstigen Räumen. In die dritte Spalte trägt sie eine auf die Problematik ausgerichtete Auswahl von Methoden

■ Abb. 6: Grobtherapieplan

Grobtherapieplan		
Patientin:	Therapeutin:	
Diagnose:	Datum:	
Ist-Zustand	Therapieschwerpunkte Absichten	Methoden (stichwortartig)
Was wurde bei der Patientin beobachtet?	Was soll bei der Patientin erarbeitet werden?	Welche Methoden werden ausgewählt (passende Beispiele für diese Patientin zur Auswahl)?

ein, die eine Veränderung einleiten könnten, z.B. Rückenvibration während der Phonationsphase und deutliches „Loslassen“ des Tons und der Vibration am Phonationsende oder rhetorische Kompetenzen und Moderationstechniken. Die Auswahl der Methoden richtet sich nach Vorgehensweisen, die in der Fachliteratur als erfolgreiche Erfahrungswerte dargestellt oder als empirisch überprüfte Vorgehensweisen notiert sind (Beushausen 2005) und die die Studierenden im Lehr-/Lernprozess unter Anleitung selbst ausprobiert haben.

Aufmerksamkeit gebührt, neben der Auflistung der zentralen Symptomatik, auch einer Einbeziehung der Ressourcen, die der Patientin nützlich sind. Im Sinne der ICF (DIMDI, 2005) werden weiterhin Überlegungen einbezogen, wie die Aktivität und Partizipation der Patienten in ihrem sozialen Umfeld in das Blickfeld der therapeutischen Bemühungen gestellt werden können. Folgende Fragen treten dazu auf:

- Mit welchen Menschen und Gruppen pflegt die Patientin Kontakt, wie kann dieser Kontakt differenziert werden? Müssen evtl. ganz neue Kontakte aufgebaut werden?
 - Wo möchte die Patientin ihre kommunikativen Fertigkeiten einsetzen?
 - Können diese Akteure in die Therapie einbezogen werden, oder ist es notwendig, mit der Patientin in ein Außen zu gehen?
- Der Grobtherapieplan ermöglicht den Einstieg in die Stundenplanung und die Differenzierung der Frage, welche therapeutischen Stützen oder Rahmen speziell zu der Patientin passen.

■ Abb. 5: Hypothesenbildung und Abgleich mit den Perspektiven des klinischen Begründungsprozesses



■ Abb. 7: Stundenplanung

Stundenplanung				
Patientin:		Datum:		
Schwerpunkt der Therapiestunde:		Studierende:		
Themen/therapeutischer Schwerpunkt	Methode	Setting/Material/Zeit	Beobachtung	Konsequenzen für die nächste Therapiestunde
Was soll bei der Patientin erarbeitet werden?	Welche Methode wähle ich aus? Wie gehe ich vor?	Wie gestalte ich das Umfeld?	Was beobachtete ich bei der Patientin und bei mir?	Was folgere ich für die nächste Therapiestunde?
Schwerpunkt für die nächste Stunde				

Erstellen der Stundenplanung und Reflexion

Die Stundenplanung (Abb. 7) strukturiert die Vorbereitung, Gliederung und Nachbereitung einer Therapie. Spalte 2 der Grobtherapieplanung und Spalte 1 der Stundenplanung können am Therapiebeginn sehr ähnlich sein. Die Therapieschwerpunkte werden mit der Erweiterung der Daten verfeinert. In die Spalte „Methode“ wird eingetragen, wie die Studierende vorgehen möchte. Die Spalte „Setting/Material/Zeit“ ist ein wichtiges Strukturelement zur Vorbereitung und ordnet den Therapieverlauf.

Die Spalten „Beobachtung“ und „Konsequenzen für die nächste Therapiestunde“ werden *nach* der durchgeführten Therapie ausgefüllt. Sie bilden die Grundlagen für den reflexiven Prozess und für die Fortführung der Therapie. Beobachtungen und Veränderungen im Verhalten der Patientin und der Therapeutin werden in die vorletzte Spalte eingetragen. Konsequenzen für das weitere therapeutische Verhalten und die Methodenauswahl für die weitere Therapieplanung werden in der letzten Spalte notiert. Eine Zusammenfassung der Arbeitsschwerpunkte der nächsten Therapie notiert die Studierende am Fuß des Plans. Damit liegt der Schwerpunkt der prozessorientierten Therapie im Reflexionsteil (Abb. 8).

Komponentenmodell, Grobtherapieplan, Hypothesen und Stundenplanungen werden vorgelegt, wenn die Studierende ihre Therapiestunde in der Einzel- oder Gruppensupervision vorstellt. Wichtig ist, dass sich die Therapieschwerpunkte aus dem Abwägen zwischen Hypothesen, Grobtherapieplan und Reflexionen ableiten lassen.

Die Stundenplanung wird unter Beachtung der notwendigen Lern- oder Therapieschritte der jeweiligen Behandlungsphase erstellt. Aus dem Grobtherapieplan werden die Prioritäten für die Therapiestunde herausgearbeitet. Hilfreich ist die Orientierung am Ablauf von der Wahrnehmung/Erarbeitung zur Identifikation, Integration und zur Neuorientierung (Abb. 9).

Die Stundenplanung fungiert als Leitfaden. Der Ablauf der Therapie gestaltet sich jedoch nach den situativen Gegebenheiten. Studierende lernen schrittweise, diese situativen Veränderungen im Verhalten der Patientin zu erfassen und darauf zu reagieren (Reflexionsarbeit in der ausbildungsintegrierten Einzel- und Gruppensupervision unter Beachtung der induktiven und deduktiven Datensammlung). Eicher (2009, 18) fasst zusammen, dass die Therapeutin im Therapieprozess drei Aspekte miteinander verweben müsse:

- ihre individuelle klinische Erfahrung,
- die Werte und Wünsche des Klienten,
- den aktuellen Stand der klinischen Forschung.

Hinzuzufügen wäre die Einbeziehung und Reflexion der Beobachtungen im aktuellen Kontakt von Therapeutin und Patientin. Reflexionen bilden ein wichtiges Element der Therapiestaltung. Der Inhalt der nächsten Therapiestunde muss sich aus der vorherigen Reflexion entwickeln (Abb. 8). In dieser Reflexionsarbeit bietet das interaktionistisch ausgerichtete Arbeitstypenmodell nach Hansen (2009) wieder wertvolle Hilfe, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und auf ein prototypisches Modell zurückzugreifen (Abb. 2).

■ Abb. 8: Reflexion

Der Prozess der Reflexion gehört zum zentralen Mittel der Erarbeitung und Differenzierung therapeutischer Kompetenzen in der Logopädie. Reflexion ermöglicht es der Lernenden, die aktuelle Situation einzuschätzen, zu bewerten und Handlungsweisen an die Erfordernisse anzupassen. Rückbezüglich zu handeln bedeutet nach Dreyfus (1992, 60) einen Organismus zu beobachten, der sich „wahrnehmend-handelnd in einer immer wieder anderen Umwelt bewegt [...]“. Dreyfus beschreibt nicht alleine das planvolle Reflektieren nach einer Therapie, wenn Beobachtung und Wissen bewusst bearbeitet werden. Auch im Therapieprozess soll die Therapeutin „auf

Folgende Fragen für den Selbstreflexionsprozess können bearbeitet werden:

Aus dem Kontext der Kontaktarbeit

- Wie gestaltete sich die Wechselwirkung des Arbeitskontaktes zwischen der Therapeutin und der Patientin?

Aus dem Kontext der Ausrichtungsarbeit

- Auf welche Ausrichtung der gemeinsamen Arbeit einigten sich Therapeutin und Patientin?
- Auf welche Weise wurden Vereinbarungen abgesichert?

Aus dem Kontext der Kooperationsarbeit

- Inwiefern konnte die Motivation der Patientin genutzt werden, auch schwierige, langwierige Zusammenarbeit aufrechtzuerhalten?

Aus dem Kontext der Veränderungsarbeit

- Was wurde durch welches Übungsangebot beeinflusst und womit wurde die Veränderung aufrechterhalten und gesichert?

Therapieverlauf

Die Gestaltung des Therapieverlaufes wird einerseits nach bestimmten Regeln geplant und aufgebaut und andererseits im Arbeitsprozess an die situativen Erfordernisse angepasst.

sich schauend“ (ebd.) sowohl die direkte Arbeitsebene mit der Patientin als auch – „auf sich und die Patientin schauend“ – die Metaebene im Blickfeld behalten. Dabei ist sie in höchstem Maße gefordert, eine große Menge kognitiver und emotionaler Bearbeitungsprozesse in der Interaktion intuitiv in Gang zu setzen. Dies eröffnet sich der Lernenden um so differenzierter, je mehr Erfahrung sie im Ausbildungsprozess sammelt. Dreyfus und Dreyfus (1980) beschreiben fünf Stufen der Kompetenzentwicklung vom Neuling zum Experten und stellen den Kompetenzerwerb als Aufgabenhierarchie dar, in dessen Zentrum die Reflexion steht).

Der Prozess von der Wahrnehmung zur Neugestaltung

In jeder Therapiesequenz, in Therapiestunden und im Therapieprozess erleben Lehrende und Lernende im günstigen Fall logisch aufgebaute Abläufe. Das Bewusstsein über einen roten Faden dieser Abläufe differenziert den Arbeitsprozess und Therapeutinnen können ihr Angebot auf die Erfordernisse der jeweiligen Phasen im Therapieprozess abstimmen. Es existieren verschiedene Strukturmodelle – in der Regel abgeleitet von einer bestimmten Vorstellung davon, wie Menschen lernen (Wanetschka 2010). Das Beispiel in Abbildung 9 von der Wahrnehmung einer Situation bis zur Möglichkeit einer Neugestaltung entstammt der gestaltpädagogischen Denkweise und beleuchtet besonders die Interaktion zwischen Therapeutin und Patientin und den dadurch entstehenden Lernraum (Bürmann

1992, Dreitzel 1992, Quitmann 1991, Doubrawa & Staemmler 2003).

Eine andere gängige Lernzieltaxonomie legten Krahtwohl et al. (1978) vor mit der Beschreibung von 6 aufeinander aufbauenden Stufen einer Pyramide. Ganz unten steht der Bereich Wissen (Daten erinnern), es folgt Verstehen (Inhalte interpretieren), Anwenden (Gelerntes in einer neuen Situation anwenden), Analysieren (Konzepte in Einzelteilen erfassen), Synthetisieren (Teile zu einem Ganzen zusammensetzen) und die oberste Stufe Evaluieren (Prüfen und Urteile fällen). Die Stufen werden nacheinander durchlaufen und nach Prinzipien geordnet vom Einfachen zum Komplexen und vom Konkreten zum Abstrakten.

Die Verläufe bieten Lernenden Anhaltspunkte für einen logischen Aufbau ihrer Therapieplanungen.

■ Abb. 9: Therapieprozess von der Wahrnehmung zur Neugestaltung

Wahrnehmung

Die Beteiligten prüfen, ob sie zusammenarbeiten können. Sie beobachten und registrieren Verhaltensweisen (Diagnose) und erfassen den Ist-Zustand. Sie klären die aktuelle Arbeitsatmosphäre zwischen Therapeutin und Patientin und die momentane Befindlichkeit, Bedürfnislage und Aufnahmebereitschaft der Patienten.

Kontaktanbahnung

Welche Ziele visieren die Patienten an und woran erkennen sie, wenn sie ihrem Ziel einen Schritt näher kommen?

Logopädin und Patientin prüfen, probieren, wählen und einigen sich auf ein bestimmtes Vorgehen. Dabei werden die jeweiligen Erfahrungshaushalte der Beteiligten als wichtig erachtet.

Identifikation (Kontaktvollzug)

Mit therapeutischer Unterstützung werden in diesem Vorgang patientenzentriert und kleinschrittig neue Verhaltensweisen ausprobiert. Das Arbeiten an der Grenze neuer Möglichkeiten wird gegen die Erfordernis abgewogen, dass die Patienten den überwiegenden Anteil in der Therapie als Erfolg verbuchen. Patienten entscheiden, ob sie eine bestimmte Verhaltensweise annehmen. Fragen dazu lauten: Mag die Patientin diese Verhaltensweise, passt sie zur Person, möchte sich die Person mit der ungewohnten Verhaltensweise im geschützten Therapieraum vertraut machen?

Integration

Wenn Patienten im Therapieraum das Verhalten als zu sich gehörig erleben, entscheiden

sie als nächstes, ob und in welchem Rahmen sie bereit sind, dieses vor anderen zu präsentieren und mit der neuen Verhaltensweise von anderen anerkannt zu werden. Die dahinter stehenden Fragen lauten:

- Wollen/können sich die Patienten mit dem veränderten Ausdruck vor anderen kenntlich machen?
- Welche Personen reagieren auf das neue Verhalten?
- Wirken diese Personen unterstützend oder hemmend?

Der jeweils passend eingesetzte Reflexionsauftrag hilft, die neuen möglichen Verhaltensweisen für die Aufnahme ins Verhaltensrepertoire zu prüfen und damit Aktivität und Partizipation der Patienten gemäß ICF (DIMDI, 2005) zu differenzieren.

Neuorientierung

Sind evtl. vorhandene Barrieren überbrückt, unterstützt die Logopädin die Patienten darin, innerhalb und außerhalb der Therapiesituation ihre neuen Verhaltensweisen einzusetzen. Reflexionen über die neuen Erfahrungen helfen, die neu erworbenen Fähigkeiten im Verhaltensrepertoire zu festigen. Im Zentrum stehen der Aufbau und die Unterstützung der eigenständigen Übernahme der Verantwortung für den weiteren Lernprozess. Damit wird die Fähigkeit bei Patienten gestützt, dass sie ihre Ist-Situation als aktuelle Verhaltensmöglichkeit anerkennen und kleine Schritte in Richtung eines anderen von ihnen gewünschten Verhaltens unternehmen.

Zwischenbilanzen

Während der Therapiephase bietet das Bilanzgespräch Patientin und Logopädin nützliche Hinweise für die Anpassung der Hypothesen und die Differenzierung des Therapieverlaufes.

Das gelenkte Bilanzgespräch wird mit dem Patienten während und/oder am Ende eines Therapieverlaufes durchgeführt. Es ermöglicht, Einschätzungen zu differenzieren und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Die Fragen eines Leitfadens dienen als Gesprächsgrundlage und nicht als zwingend umzusetzende Vorgabe (Rapp 2009, Wanetschka 2010).

Schriftliche Reflexion der therapeutischen Entscheidungen von Studierenden im Arbeitsprozess

In der zusammenfassenden schriftlichen Therapiebeschreibung stellt die Studierende dar, wie die Patientin auf das Therapieangebot reagiert und was die Therapeutin aufgrund der Reaktion der Patientin entscheidet. Beachtet werden soll dabei, ob die Planung vom Anfang noch passend ist. Fragen, die dabei bearbeitet werden, lauten:

- Aus welchen Gründen wird gemäß Planung die Therapie fortgeführt, warum geändert?
- Was macht die Therapeutin aufgrund der Beobachtung kürzer, was lässt sie weg?
- Was bewegt sie, an bestimmten Stellen in der Therapie zu vertiefen, zu vereinfachen oder die Anforderung zu erhöhen?

Die Fragen sollen helfen, die Hintergründe für die Entscheidungsfindungen in der Therapie und die Entscheidungen im Verlauf der Therapie transparent zu machen. Hier werden insbesondere die interaktiven, narrativen und ethischen Fragestellungen des klinischen Entscheidungsprozesses abgerufen, um den Prozess zu differenzieren (Abb. 1). Diese schriftliche Fixierung fließt in den Fallbericht ein und bietet die Grundlage für die therapiebegleitenden Ausbildungssupervisionen.

Abschlussstunde und Abschlussgespräch mit der Patientin

Am Ende der Therapie werden erneut die erforderlichen Tests und Bilanzgespräche durchgeführt, die die Grundlage dafür bieten, die Patientin auf dem Hintergrund des therapeutischen Verlaufes und gemäß der Fragestellung zu beraten. Anfangshypothesen und Therapieverlaufserfahrungen werden miteinander verglichen. Die neue Datenlage bietet die Grundlage für ein abschließendes Beratungsgespräch am Ende der Therapie.

In der Schule für Logopädie Bremen schreibt am Ende einer Behandlungsphase die Stu-

dierende einen Fallbericht, in dem folgende Überschriften eingearbeitet werden:

- Komponentenmodell,
- Hypothesenbildung,
- Grobtherapieplanung,
- Stundenplanung,
- Zusammenfassung des Therapieverlaufes,
- Reflexion aus Sicht der Patientin,
- Abschlussdiagnostik/Ausblick/Beratung,
- Reflexion des eigenen Lernprozesses.

Fazit

Der komplexe Arbeitsprozess der lernenden Logopädin lässt sich strukturieren in einen hierarchischen Aufbau, der wissenschaftlichen Kriterien standhält und der mit der zunehmenden Entwicklung und Anerkennung einer gemeinsamen Sprache zur weiteren Prüfung und Anpassung in den wissenschaftlichen Diskurs geleitet werden kann.

Siegmüller und Pahn (2009, 38) fordern die Ausformung einer wissenschaftspraktischen Forschungsidentität und beklagen gleichermaßen zu dem vorliegenden Thema das Fehlen der „theoretischen Diskussion um Therapie und Therapiewirksamkeit“. Sie schlagen vor, angewandte empirische Forschung für die Evidenz bestimmter Therapieschritte einzuleiten, um praktikable prototypische Vorgehensweisen zu entwickeln. Ein Merkmal für die zu entwickelnden Designs könnte die weitestgehende Einigung auf strukturelle Vorgehensweisen im Therapieaufbau sein.

Der Vorteil wäre die notwendige Weiterentwicklung im Dialog von Theorie und Praxis, denn praktische Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Aneignung therapeutischer Kompetenz stehen ganz am Beginn und weitere – aufeinander bezogene – Publikationen sind wünschenswert.

LITERATUR

- Beushausen, U. (2005). Evidenzbasierte Praxis in der Logopädie – Mythos und Realität. *Forum Logopädie* 2 (19), 6-11
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung*. München: Elsevier
- Blumer, H. (1981). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (80-146). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Bürmann, J. (1992). *Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung*. Heilbrunn: Klinkhardt
- Doubrawa, E. & Staemmler, F.M. (2003). *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie*. Wuppertal: Hammer

- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkley, CA: University of California, Operations Research Center.
- DIMDI – Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln: DIMDI. http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf (04.09.2011)
- Dreitzel, H.P. (1992). *Reflexive Sinnlichkeit*. Köln: EHP
- Eicher, I. (2009). *Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren*. München: Reinhardt
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Berlin: Springer
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Hansen H. (2010a). Therapiearbeit – ein konzeptueller Rahmen für die logopädische Praxisausbildung. *BDSL aktuell* 2, 16-20
- Hansen, H. (2010b). Kooperation in der Sprachtherapie. *Logos Interdisziplinär* 4, 266-276
- Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S. & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Heidelberg: Elsevier
- Klemme, B. & Siegmann G. (2006). *Clinical Reasoning – Therapeutische Denkprozesse lernen*. Stuttgart: Thieme
- Krathwohl, D.R., Bloom, B.S. & Masia, B.B. (1978). *Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich*. Weinheim: Beltz
- Kruse, O. (2007). *Keine Angst vor dem leeren Blatt*. Frankfurt – Campus
- Nevis, E.C. (2005). *Organisationsberatung*. Bergisch-Gladbach: EHP
- Quitmann, H. (1991). *Humanistische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe
- Rapp, M. (2009). *Stottern im Spiegel der ICF – Neue Maßstäbe für Assessment und Therapie*. Bremen: Edition Harve
- Rathey-Pötzke, B. (2010). Entscheidungen im Therapieprozess – wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf „clinical reasoning“. *BDSL aktuell* 2, 6-15
- Rathey-Pötzke, B. (2011). Entscheidungen im Therapieprozess – wie machen wir das eigentlich? Ein Blick auf Clinical Reasoning. *Forum Logopädie* 5 (25), 20-26
- Siegmüller, J. & Pahn, C. (2009). Akademisierung ist mehr als Lehre. *Forum Logopädie* 2 (23), 34-41
- Strauch, T. & Wanetschka (2006). Behandlung von Dysphonien aus stimmtherapeutischer Sicht. In: Böhme, G. (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen* (133-151). München: Elsevier
- Walther, W. (2011). Clinical Reasoning – Eine Einführung in die Begrifflichkeit und Bedeutung für die Logopädieausbildung. *BDSL aktuell* 3 (2), 33-37

Wanetschka, V. (2010). *Sherlock Holmes und Columbo in der logopädischen Therapie – ein wissenschaftspraktischer Weg von der Diagnose zum Therapieabschluss*. Bremen: Editon Harve

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110605

Autorin

Vera Wanetschka, B.Sc., M.A.
 Fachschule für Logopädie Bremen
 Dölvestr. 8
 28207 Bremen
www.schule-fuer-logopaedie.de
v.wanetschka@wisoak.de

SUMMARY. Sherlock Holmes and Columbo in the field of logopedics – structural development of therapy processes as part of education

This contribution deals with the structural development of therapy processes based on the models of clinical reasoning (Beushausen 2009, Higgs & Jones 2008) and „Arbeitstypen“ according to Hansen (2009) by means of a circular structure. The workflow centers around data acquisition and reflexivity. It proposes a particular stress on the dialogue between theory and praxis.

KEYWORDS: Structural development of therapy processes – reflexivity – clinical reasoning – Arbeitstypen – deductive and inductive processes