

Psychosoziale Beratung in der logopädischen Behandlung funktioneller Dysphonien

Psychosocial counselling in voice therapy with functional dysphonia

Schlüsselwörter: Psychosoziale Beratung, Funktionelle Dysphonie, Stimmtherapie, Typologie, Qualitative Forschung

Keywords: Psychosocial counselling, functional dysphonia, voice therapy, typology, qualitative research

Zusammenfassung: Gemäß aktueller deutschsprachiger Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von funktionellen Dysphonien psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle spielen können. LogopädInnen sind daher angehalten, in der Behandlung neben einer funktionsbezogenen Übungstherapie psychosozial beratend tätig zu werden. In der Logopädie-Ausbildung werden Grundlagen einer psychosozialen Beratungstätigkeit nur in Ansätzen vermittelt. Konkrete Empfehlungen zu entsprechenden Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen bestehen bislang nicht.

Diese Arbeit untersucht, auf welche Weise StimmtherapeutInnen in der Praxis den Umgang mit psychosozialen Aspekten der Erkrankung bewältigen und wie sie sich diesbezügliche Kompetenzen erworben haben.

Zur Datenerhebung wurden teilstrukturierte Interviews mit neun stimmtherapeutisch tätigen Logopädinnen geführt. Die Auswertung orientierte sich an dem von Kelle und Kluge (1999) entwickelten Stufenmodell einer empirisch begründeten Typenbildung.

Vier Prototypen von Beraterrollen in der stimmtherapeutischen Behandlung funktioneller Dysphonien konnten identifiziert werden:

- „Die Interessierte“ fördert Gespräche über psychosoziale Themen explizit, um die zugrunde liegende Problematik zu identifizieren.
- „Die Vertraute“ fördert Gespräche über psychosoziale Themen implizit mit dem Ziel der Vertrauensbildung.
- „Die Begleiterin“ fördert Gespräche über psychosoziale Themen implizit, um die Stimme und assoziierte Funktionen zu optimieren.
- „Die Trainerin“ hemmt Gespräche über psychosoziale Themen explizit, um die Grenzen der eigenen Kompetenz nicht zu überschreiten.

Die Auswertung der Kategorie Kompetenzerwerb zeigte, dass die Therapeutinnen im Umgang mit psychosozialen Faktoren überwiegend auf berufs- und lebensbiografisch erworbene Fä-

higkeiten zurückgreifen. Mehrheitlich wurden nicht erlernbare, persönlichkeitsbedingte Eigenschaften als Voraussetzung für eine angemessene therapeutische Tätigkeit genannt.

Summary: The current opinion in Germany presumes that psychosocial factors play an important role in the development and maintenance of functional dysphonia. Therefore, voice therapists are recommended to undertake psychosocial counselling besides functional voice training. During the vocational training of speech and language students basic skills for psychosocial counselling can only be rudimentarily conveyed. Official guidelines or commendations for a specific advanced training are lacking so far.

The intention of our study was to examine how voice therapists cope with psychosocial aspects of functional dysphonia and how they achieved these competences.

Semi-structured interviews were conducted with nine speech and language therapists experienced in working with patients with functional dysphonia.

The analysis of data was orientated on the empirically based construction of types and typologies according the concept of Kelle and Kluge (1999).

Four prototypes of adviser roles in voice therapy were identified:

- “The Interested” supports communication on psychosocial factors explicitly to identify the underlying problem.
- “The Intimate” supports communication on psychosocial factors implicitly to provide confidence.
- “The Attendant” supports communication on psychosocial factors implicitly to optimise voice and associated functions.
- “The Trainer” inhibits communication on psychosocial factors explicitly to avoid exceeding limits of own competence.

The analysis of the category “competence acquisition” showed that the therapists mainly revert to biographically and occupationally acquired skills. The majority of the interviewees assumed that a therapist should have non-trainable, inborn personal skills to be qualified for an adequate therapeutic practice.

Einleitung

Der Begriff „funktionelle Stimmstörung“ (funktionelle Dysphonie) beschreibt Erkrankungen der stimmgebenden Organe, welche ohne erkennbaren primär strukturellen Befund zu bedeutsamen Einschränkungen des Stimmklangs/der stimmlichen Leistungsfähigkeit führen. Die Behandlung solcher Störungen findet im Rahmen stimmtherapeutischer Interventionen durch StimmtherapeutInnen statt. In der deutschsprachigen Literatur wird mehrheitlich die Annahme vertreten, dass psychosoziale Faktoren einen großen Anteil an der Entstehung der Erkrankung einnehmen (Nawka, Wirth, & Anders, 2008; Strauch & Wanetschka, 2006; Wendler, Seidner, & Eysholdt, 2005). Demnach gilt eine reine Übungstherapie, d. h. Atem-, Stimm- und Bewegungsübungen zur Unterstützung einer physiologischen Stimmgebung, in Kombination mit Beratung zu stimmhygienischen Maßnahmen als häufig nicht ausreichend für eine nachhaltige Therapie funktioneller Stimmstörungen (Nawka et al., 2008; Strauch & Wanetschka, 2006; Wendler et al., 2005). Folglich sollen mögliche psychosoziale Faktoren, die zur Verursachung oder Aufrechterhaltung einer funktionellen Stimmstörung beitragen, in der Therapie berücksichtigt werden. Die Mehrzahl neuerer stimmtherapeutischer Konzepte beschreibt unterschiedliche Ansätze und Strategien, um einem sogenannten „ganzheitlichen“ oder „weiterführenden“ Vorgehen in der Stimmtherapie gerecht zu werden. Sie halten StimmtherapeutInnen dazu an, durch Gespräche mögliche psychosoziale Faktoren und Symptombedeutungen einer Stimmerkrankung gemeinsam mit den PatientInnen zu erkennen und diesbezüglich beratend tätig zu werden. Einige stimmtherapeutische Konzepte verweisen dabei auf psychotherapeutische Theorien und Interventionstechniken (Strauch & Wanetschka, 2006). Die Ausübung einer psychosozialen Beratungstätigkeit unterliegt keinen eigenständigen gesetzlichen Regelungen, d. h. ein geschützter Beraterberuf bzw. Richtlinien zur Qualifikation für eine entsprechende Tätigkeit existieren nicht (Engel, Sickendieck, & Nestmann, 2008). Neben einer berufsmäßigen Ausübung

psychosozialer Beratung in institutionalisierten Beratungsstellen wird Beratung inzwischen in nahezu sämtlichen sozialen, pädagogischen, psychologischen und medizinischen Arbeitsbereichen angeboten (Engel, Nestmann, & Sickendieck, 2004; Fatzer, 2005). Aufgrund des steigenden Bedarfs an Beratung sowie der zunehmenden Ausdifferenzierung von Beratungsansätzen wird eine Sicherung von Beratungsqualität mehr und mehr gefordert (Barabas, 2004; Krause, Mayer, & Assmann, 2007). Diese Forderungen beinhalten die Ausbildung in Fach-, Methoden- und Evaluationskompetenz (Deutsche Gesellschaft für Beratung, 2009), eine Orientierung an wissenschaftlichen Grundlagen (Kühl, 2001), die Verpflichtung zu Teamarbeit, Supervision und kontinuierlicher Fortbildung sowie die Ausbildung und Einhaltung eines verbindlichen Berufsethos (Schrödter, 2004). In der dreijährigen Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden werden laut Ausbildungsrichtlinien Gesprächstechniken und grundlegende Kenntnisse der Psychotherapie vermittelt (Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen & Fachtagung der Lehrlogopäden, 1993). Eine Vertiefung entsprechender Kenntnisse kann im Rahmen von Fortbildungen erworben werden. Die Entscheidung darüber, welcher therapeutischer Techniken oder Maßnahmen sich Stimmtherapeu-

ten bedienen und ab welchem Punkt sie die Einbeziehung weiterer Disziplinen, z. B. PsychotherapeutInnen, empfehlen, treffen StimmtherapeutInnen eigenständig und für den Einzelfall.

Eine Auseinandersetzung mit der Frage, welche Grundlagen eine logopädische Ausbildung zu psychosozialer Beratung vermitteln soll bzw. kann und inwieweit diese zur Qualifizierung als BeraterIn ausreichen, findet in der deutschsprachigen Literatur bislang kaum statt. Ebenso existiert wenig öffentliche fachliche Diskussion dazu, welche Inhalte und Intensitäten angebotener Fortbildungen geeignet sind, um zu einer Qualifizierung oder Qualitätssicherung von Beratungstätigkeit in der Logopädie beizutragen.

Die vorliegende Studie setzt sich mit der Frage auseinander, ob und auf welche Weise LogopädInnen in der Praxis eine psychosoziale Beratung bei der Behandlung funktioneller Stimmstörungen vornehmen. Eine Betrachtung von Kompetenzen und Quellen des Kompetenzerwerbs soll zeigen, welche Fähigkeiten StimmtherapeutInnen dabei für erforderlich halten und welche Möglichkeiten sie nutzen, sich diese Fähigkeiten anzueignen. Das Ergebnis stellt eine aus dem Datenmaterial entwickelte Typologie zur Beratungstätigkeit von LogopädInnen bei funktionellen Dysphonien dar. Die Themen Kompetenz und Kompetenzerwerb werden gesondert betrachtet und in Bezug zur entwickelten Typologie gestellt. Das Ziel der Arbeit ist, einen Beitrag zur Auseinandersetzung über Qualität und Qualifizierung stimmtherapeutischer Arbeit zu leisten.

Probandinnen und Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, da aufgrund der bisherigen Studienlage keine ausreichende Basis zur Formulierung von Hypothesen für einen quantitativen Zugang gegeben war (Meinefeld, 2007). Die Untersuchung versuchte, subjektive Sichtweisen, Meinungen und Erfahrungen zu rekonstruieren. Diese Rekonstruktion erfordert eine Subjekt- und Einzelfallbezogenheit und kann im Rahmen rein quantitativer Erhebungsverfahren nicht gewährleistet werden (Mayring, 1990).

KURZBIOGRAFIE

Sabine Hammer wurde von 1990 bis 1993 am Klinikum der Gutenberg-Universität/Mainz zur Logopädin ausgebildet. Nach mehrjähriger klinischer Tätigkeit studierte sie Logopädie in Utrecht (2007) und Therapiewissenschaft in Idstein (2008-2010). Von 1996 bis 2000 war sie leitende Lehrlogopädin an der Berufsfachschule für Logopädie in München. Als freie Mitarbeiterin hat sie anschließend drei Jahre in einer Praxis in Oberursel gearbeitet. Seit 2005 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin, seit 2010 Studiengangsleitung im Master Therapiewissenschaften an der Hochschule Fresenius in Idstein.

Datenerhebung

Als Forschungsgegenstand wurde die Perspektive praktizierender StimmtherapeutInnen definiert. Die Datenerhebung fand im Rahmen teilstrukturierter Interviews im direkten Kontakt mit den Befragten statt. Vorab wurde ein Interviewleitfaden mit fünf offenen Leitfragen erstellt. Der Leitfaden enthielt folgende Schwerpunkte:

Die Einstiegsfrage sollte als Erzählaufforderung dienen und bezog sich generell auf das, was neben funktionszentriertem Üben in der Stimmtherapie noch passiert. Mit der zweiten Frage war beabsichtigt, die Befragten zu einer allgemeinen Reflexion der eigenen Rolle und Aufgaben im stimmtherapeutischen Prozess anzuregen. Frage 3 bezog sich auf die Grenzen der stimmtherapeutischen Tätigkeit, insbesondere auf die Abgrenzung zu weiteren Berufsgruppen wie der Psychotherapie. Mit Frage 4 sollte erfasst werden, auf welche Grundannahmen sich die Therapeutinnen bei dem Selbstverständnis ihrer Aufgaben und Grenzen beziehen. Die letzte Frage bezog sich darauf, welche Kompetenzen die Befragten für erforderlich halten, um eine Stimmtherapie professionell durchführen zu können und wie sie entsprechende Kompetenzen erworben haben.

Probandinnen

Die Auswahl der zu befragenden Therapeutinnen erfolgte anhand der online verfügbaren Mitgliederliste des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (Deutscher Bundesverband für Logopädie, 2009). Auswahlkriterien waren dabei:

- die Angabe, mit StimmpatientInnen im Erwachsenenalter zu arbeiten
- Zugänglichkeit im Sinne der räumlichen Erreichbarkeit
- namentlich der Untersucherin nicht bekannt
- Berufserfahrung in der Behandlung von funktionellen Dysphonien von mindestens einem Jahr
- durchschnittliche Anzahl von Behandlungen funktioneller Dysphonien pro Woche mehr als zwei

Nach schriftlicher und telefonischer Kontaktaufnahme stellten sich fünf Therapeutinnen für das Interview zur Verfügung. Ein vorab geführtes Probeinterview mit einer der Untersucherin bekannten Logopädin wurde später in die Analyse mit einbezogen. Nach Auswertung der ersten Daten fand zur Erhöhung der Fallkontrastierung eine gezielte Auswahl von drei weiteren (der Untersucherin bekannten) Therapeutinnen statt. Insgesamt wurden neun Therapeutinnen befragt, ein Interview erfolgte in einer Gruppe von drei Therapeutinnen. Die Datenlage erschien nach dem siebten Interview (Befragung der neunten Therapeutin) gesättigt. Die Berufspraxis der Befragten lag zwischen drei und 24 Jahren; sie gaben an, wöchentlich zwei bis acht funktionelle Dysphonien zu behandeln. Einen Überblick über die Probandinnen gibt Tabelle 1. Die Interviews fanden am Arbeitsplatz der jeweiligen Therapeutin oder in den Räumen der Hochschule Fresenius in Idstein statt. Alle Gespräche wurden auf einen Tondatenträger aufgezeichnet und in normales Schriftdeutsch transkribiert.

Datenauswertung

Die Analyse der Daten erfolgte nach dem Stufenmodell einer empirisch begründeten Typenbildung (Kelle & Kluge, 1999). In einem iterativen Prozess aus Datenerhebung und Auswertung wurde das gesamte Textmaterial der transkribierten Interviews codiert, d. h. nach Bedeutungen erfasst/gebündelt und kategorisiert, also nach übergreifenden Inhalten strukturiert (s. Abb. 1). Als Hilfsmittel für die Datenverwaltung diente das Programm MAX.QDA 2 (Computersoftware).

Die erste Erschließung des Datenmaterials erfolgte mittels offenen Codierens (Strauss & Corbin, 1996). Hierbei wurden der gesamte Text Zeile für Zeile nach inhaltlichen Bedeutungseinheiten erfasst und für jede Bedeutungseinheit Begriffe (Codes) entwickelt, welche den jeweiligen Inhalt charakterisieren bzw. verdeutlichen, worum es in der Textstelle geht. Beispielsweise wurde für die Aussage einer Therapeutin „*Sondern, und das ist auch 'n ganz, ganz wichtiges Thema in meiner Arbeit: Was will mir meine Stimme sagen?*“ (2; 55) der Code: „Relevanz psychosozialer Themen“ erstellt. Sämtliche Codes wurden dann sortiert, gebündelt und zu inhaltlichen, abstrahierenden Hauptkategorien zusammengefasst. Folgende Hauptkategorien, d. h. von den Befragten angesprochene Themenfelder, wurden identifiziert:

- Relevanz psychosozialer Themen: Welche Bedeutungen schreiben die Befragten psychosozialen Aspekten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Stimmstörungen zu?
- Erlebte PatientInnenbedürfnisse: Wie erleben die Befragten die Bedürfnisse der PatientInnen hinsichtlich psychosozialer Themen?
- Entstehung psychosozialer Themen: Wie kommt es dazu, dass in der Therapie psychosoziale Aspekte der Erkrankung thematisiert werden?
- Bedingungen für das Zulassen von psychosozialen Themen: Unter welchen Bedingungen lässt die Therapeutin zu, dass psychosoziale Aspekte in der Therapie besprochen werden?
- Funktion psychosozialer Themen: Wenn psychosoziale Themen besprochen werden, welche Funktion übernehmen diese Gespräche nach Ansicht

Therapeutin Nr.	Untersucherin bekannt	Altersgruppe (in Jahren)	Berufspraxis (in Jahren)	Ø FD*/Woche	Ausbildung/Studium
1	ja	25-35	4	5	S
2	nein	45-55	< 20	5-6	A
3	nein	45-55	< 20	5	A
4.1	nein	25-35	5	7	A
4.2	nein	25-35	5	8	A
4.3	nein	25-35	5	4	A
5	ja	45-55	18	6	S
6	ja	45-55	< 20	7	A/S
7	ja	25-35	3	2	A

Tabelle 1 Übersicht Probandinnen

*Behandlungen funktioneller Dysphonien/Woche

- der Befragten im Therapieprozess?
- Strategien im Umgang mit psychosozialen Themen: Wie beschreiben die Befragten ihr Verhalten in Bezug auf entsprechende Themen?
 - Grenzen: Welche Grenzen schildern die Befragten im Zulassen von psychosozialen Themen sowie in der Bearbeitung der Themen im Rahmen der Therapie?
 - Wege der Entscheidungsfindung: Wie reflektieren die Befragten, auf welche Weise sie entscheiden, welche Themen in der Therapie besprochen werden und welche nicht?
 - Kompetenzerwerb zum Umgang mit psychosozialen Themen: Wodurch und auf welche Weise haben die Befragten ihrer Meinung nach das Umgehen mit psychosozialen Themen erlernt?

Zu diesen Hauptkategorien ließen sich aus den Daten Subkategorien im Sinne von vorfindbaren Ausprägungen entwickeln. Beispielsweise ließen sich unter der Hauptkategorie „Relevanz psychosozialer Themen“ Aussagen zur Bedeutsamkeit bei der Entstehung von Stimmstörungen sowie Aussagen zur Wichtigkeit in der Therapie unterscheiden. Die Bildung dieser Subkategorien erfolgte als synoptische Analyse, d. h. thematisch vergleichend, fallvergleichend und fallübergreifend (Kelle & Kluge, 1999). Dazu fand zunächst ein neuer Codierdurchlauf aller Interviews statt. Anschließend wurden die einer Hauptkategorie zugeordneten Textpassagen bezüglich enthaltener Ausprägungen inhaltlich und vergleichend analysiert. Die gebildeten Subkategorien der Einzelfälle wurden miteinander verglichen und die identifizierten Ausprägungen abschließend begrifflich definiert. Das endgültige Kategorienschema, in welches etwa 90 Prozent des gesamten Textmaterials eingeordnet werden konnten, zeigt Abbildung 2.

Nach der Strukturierung der Daten in die beschriebenen Hauptkategorien (Merkmale) und Subkategorien (Merkmalsausprägungen) lag das Ziel der weiteren Analyse darin, diejenigen Kategorien zu definieren, anhand derer sich Unterschiede sowie Ähnlichkeiten zwischen den Aussagen der einzelnen Therapeutinnen

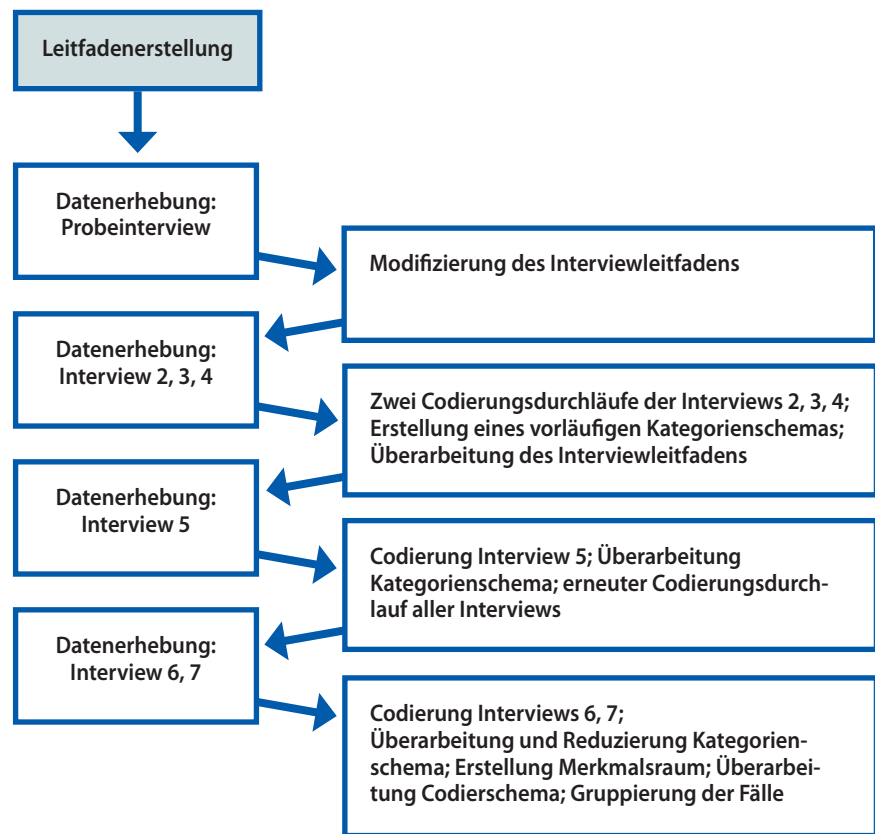


Abbildung 1 Schematische Darstellung von Datenerhebung und Auswertung

am deutlichsten zeigen. Diese Kategorien sollten weiterhin dazu geeignet sein, eine Gruppierung von Fällen zu ermöglichen. Dazu wurden die vorgefundenen Merkmale und deren Ausprägungen miteinander kreuztabelliert. In die einzelnen Felder wurde eingetragen, auf welche Therapeutin die jeweilige Ausprägungskombination zutrifft (Kelle & Kluge, 1999). Der so entstandene „Merkmalsraum“ wurde anschließend reduziert auf diejenigen Kategorien, deren Ausprägungen für die Einzelfälle präzise definiert werden konnten, d. h. es wurden nur die Kategorien beibehalten, in welchen sich eindeutige Unterschiede zwischen den Interviewten zeigten. Infolge dessen entstand ein Merkmalsraum aus drei Hauptkategorien, auf dessen Grundlage die Typenbildung vorgenommen wurde (s. Tab. 2).

Unter „Ergebnisse“ werden die Kategorien und Ausprägungen ausführlich dargestellt.

Zwei weitere Kategorien, welche auf die eingangs formulierten Fragestellungen bezogen relevante Daten enthalten, sind

die der Kompetenzen und des Kompetenzerwerbs. Die Ausprägungen dieser Kategorien sind verhältnismäßig zahlreich und heterogen, so dass sie nach der Darstellung der Typologie gesondert betrachtet werden.

Ergebnisse

Alle befragten Therapeutinnen schilderten, in der Behandlung funktioneller Dysphonien mit psychosozialen Themen konfrontiert zu sein. Die hierbei am häufigsten genannten Themen beziehen sich auf die Bereiche Beruf, Familie und weitere Erkrankungen. Von Therapeutinnen-seite erfragt oder von PatientInnen-seite angesprochen, werden Probleme oder Überforderungen im beruflichen Kontext, Partnerschaftsprobleme, Sorgen um die Kinder, allgemeine familiäre Konflikte und Existenzängste genannt. Mehrfach wurde Trauer als Thema genannt, z. B. bezüglich Kindheitserinnerungen oder dem Verlust von Angehörigen. Mehrere Therapeutinnen gaben an, über Psychotherapie zu sprechen, in erster Linie dann, wenn die PatientInnen und/oder

die Therapeutin vermuten, dass psychische Probleme Ursache der Stimmerkrankung sein könnten oder sich die PatientInnen bereits in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Sonstige Themen betreffen Persönlichkeitsaspekte, individuelle Verhaltensstrategien und den Umgang mit Emotionen.

Im Folgenden werden die zur Typenbildung herangezogenen Hauptkategorien und deren Ausprägungen beschrieben und anhand von Zitaten aus den Interviews erläutert. Die Zitate sind gekennzeichnet mit der jeweiligen Interviewnummer sowie der Zahl des Interviewabschnitts. In den einzelnen Interviews ließen sich häufig mehrere bzw. unterschiedliche Ausprägungen identifizieren. Die Zuordnung der Therapeutin zu der jeweiligen Ausprägung erfolgte danach, welche der Ausprägungen in den Daten

dominierte, d. h. inwieweit inhaltlich die „Präferenz“ der Befragten für die jeweilige Kategorie abgeleitet werden konnte (Kelle & Kluge, 1999). Diese Präferenzen ließen sich nicht anhand quantifizierbarer Merkmale, d. h. wie häufig ein Aspekt genannt wurde, ableiten, sondern wurden durch Kontextbezüge und Interviewvergleiche identifiziert.

Kategorie: Funktion psychosozialer Themen im Therapieprozess

Unter dieser Kategorie wurden all jene Textstellen eingeordnet, aus welchen Informationen darüber hervorgehen, welche Funktion die Gespräche über psychosoziale Themen im Therapieprozess übernehmen. Wesentliche Ausprägungen waren hierbei:

Relevanz psychosozialer Themen

Bei der Entstehung von Stimmstörungen
Für die Therapie

Erlebte PatientInnenbedürfnisse

Mitteilungsbedürfnis

Entstehung psychosozialer Themen

PatientInneninitiative
TherapeutInneninitiative
Infolge funktionsorientierter Übungen

Bedingungen für das Zulassen psychosozialer Themen

PatientInneninteresse
TherapeutInneninteresse
Bezug zur Stimmerkrankung

Funktion psychosozialer Themen

Erkennen des Grundproblems
Erkenntnisse zur Verbindung mit Stimmstörung
Vertrauensbildung
Klärung weiterer Maßnahmen

Strategie im Umgang mit psychosozialen Themen

Explizit fördernd
Implizit fördernd
Explizit hemmend
Implizit hemmend

Grenzen

Im Zulassen psychosozialer Themen
In der Bearbeitung psychosozialer Themen

Wege der Entscheidungsfindung

Rational
Emotional
Intuitiv

Kompetenzerwerb zum Umgang mit psychosozialen Themen

Ausbildung/Studium
Supervision/Intervision
Fortbildungen
Biografie
Literatur

Erkennen des Grundproblems: Ausgehend von der Annahme, dass eine funktionelle Stimmstörung immer Ausdruck einer psychosozialen Problematik ist, spricht die Therapeutin über diese Themen, um herauszufinden, worin die individuelle Problematik der PatientInnen liegt. *„Also das ist eigentlich meine oberste Prämisse, wo ist das, was sie für ein Problem haben? Wo ist das in ihrem Alltag zu finden? Und womit hängt das zusammen?“ (2; 10).*

Vertrauensbildung, Wohlgefühl: Die Therapeutin sieht den wesentlichen Aspekt einer gelungenen Stimmtherapie in der Beziehung zwischen PatientIn und Therapeutin. Das Gespräch dient dazu, dass sich die/der PatientIn mit allem, was ihn/sie beschäftigt, angenommen fühlt und Vertrauen entwickelt. *„Wir sind neutraler als irgend ein Partner, mit dem man es durchdiskutiert, wir sind jemand, der sich um einen kümmert, in Anführungszeichen, und ich find schon, dass dieses Zwischenmenschliche unheimlich viel am Erfolg auch, es trägt unheimlich viel“ (4.3; 66).*

Optimieren der Stimmfunktion: Die Therapeutin geht davon aus, dass körperliche Funktionen grundsätzlich nicht von psychischen oder emotionalen Funktionen trennbar sind. Gespräche über psychosoziale Themen dienen dazu, die Verbindung von Stimmfunktion zu Persönlichkeit und Psyche herzustellen und die PatientInnen für entsprechende Zusammenhänge zu sensibilisieren. *„Also ich hab nicht groß was dazu gesagt, sondern wenn irgendwie das Gespräch drauf kam, dass er besonders eng macht oder zu macht oder den Kiefer besonders eng hat, das dann der Patient meist selber gemerkt hat: ‚Ah, da ziehe ich mich wohl zurück.‘ So in die Richtung. Und aber in solchen Momenten hab ich’s dann nur widergespiegelt, dass er mal drüber nachdenken kann und dass es natürlich Ausdruck ist“ (1; 4).*

Klärung von Zuständigkeiten: Diese Ausprägung basiert auf der Annahme, dass die Relevanz psychosozialer Faktoren bei der Entstehung von funktionellen Dysphonien nicht zwingend hoch ist, und dass im Regelfall eine rein funktionszentrierte Therapie zur Optimierung der Stimmfunktion ausreicht. Wenn die

Abbildung 2 Kategorienschema

	Funktion psychosozialer Themen im Therapieprozess			
	Erkennen des Grundproblems	Vertrauensbildung, Wohlfühl	Optimierung der Stimmfunktion	Klärung von Zuständigkeiten
Bedingungen für das Aufgreifen oder Zulassen psychosozialer Themen				
Interesse der Therapeutinnen	TH2		TH7	
Bedarf der PatientInnen		TH4.1; TH4.3		
Relevanz für die Stimmerkrankung			TH1; TH4.2; TH3	TH5; TH6
Strategien im Umgang mit psychosozialen Themen				
Explizit fördernd	TH2			
Explizit hemmend				TH5; TH6
Implizit fördernd		TH4.1; TH4.3	TH1; TH3; TH7	
Implizit hemmend			TH4.2	

Tabelle 2 Merkmalsraum der relevanten Vergleichsdimensionen

Therapeutin Gespräche über psychosoziale Themen zulässt, dann mit dem Ziel, abzuschätzen, ob der Bedarf der PatientInnen über eine stimmtherapeutische Behandlung hinaus geht. *„Und wenn Leute da sind, die so privat, beziehungsweise und gesundheitlich alles Mögliche haben, dann denke ich schon, dass die Stimme Ausdruck dessen sein kann. Aber dann fand ich es auch immer sehr wichtig, klar zu machen, was ist ihres und was findet einen Platz in der Therapie. Was kann ich dann überhaupt machen? Ich kann nicht ihre privaten Probleme lösen. Ich kann nicht ihre Gesundheit außer Stimme irgendwie verbessern. Ich kann nur beraten und vielleicht überweisen oder so“ (5; 10,11).*

Kategorie: Bedingungen für das Aufgreifen oder Zulassen psychosozialer Themen

In den Interviews ließen sich unterschiedliche Angaben darüber identifizieren, zu welchen Gelegenheiten oder unter welchen Bedingungen Gespräche über psychosoziale Themen stattfinden bzw. unter welchen Umständen die Therapeutinnen diese Gespräche zulassen.

Bedarf der PatientInnen: Themen werden dann besprochen, wenn der/die PatientIn das möchte. Raum für Gespräche wird grundsätzlich angeboten, der/die PatientIn darf bzw. soll äußern, was ihn beschäftigt. *„Also ich nehme das an, was mir der Patient bringt. Und ich .. klar, gehe*

ich auf seine Bedürfnisse ein“ (4.1; 119). „Und das ist wichtig, wenn der Patient die und die Fragestellung hat, mich dann in dem Moment auch mit ihm auseinander zu setzen, wo er die hat“ (4.3; 65).

Interesse der Therapeutin: Die Therapeutin schildert, dass sie bestimmte Themen erfragt oder zulässt, weil dies ihrem persönlichen Interesse entspricht. Sie gibt an, mit diesen Gesprächen auch einem subjektiven Bedürfnis nachzugehen. *„Und da Töne miteinander zu machen, ja, und zu sprechen und rauszufinden, das ist so 'ne intime Sache, und auch so ungewöhnlich, ja, dass ich irgendwie auch 'n bisschen was über den Menschen wissen möchte. Ja? Also sonst, glaub ich, kann ich auch die Arbeit nicht machen. Also ich bin kein Instrumentenstimmer oder sowas“ (2; 68).*

Relevanz für die Stimmfunktion: Gespräche über psychosoziale Faktoren werden von der Therapeutin insoweit initiiert oder zugelassen, wie von ihr ein eindeutiger Bezug der Thematik zur Stimmfunktion gesehen wird. *„Wenn man diese Kontraste erfahrbar macht. Von Enge und Weite, Spiegel einsetzen, wo sie mal sehen: ‚Oh, da mach ich ja richtig zu! Stimmt, deswegen bin ich auch so leise!‘ Und dann weiter denken: ‚Oh, stimmt, das passiert immer, wenn, dann.‘ Solche Sachen. Und da dann nicht so formulieren: ‚Ah, das hat anscheinend psychische Ursachen‘, das müssen sie ja gar nicht erwähnen, aber das ist ja genau die Richtung, wo's dann hingeh“ (1; 82).*

Kategorie: Strategien des Umgangs mit psychosozialen Themen

Unter Strategie wurden diejenigen Textstellen eingeordnet, in welchen die Therapeutinnen ihren Umgang mit psychosozialen Themen beschreiben.

Explizit fördernd: Die Therapeutin klärt die PatientInnen bereits zu Beginn über die Relevanz psychosozialer Aspekte auf und erfragt diese gezielt. *„Ich sage denen auch, dass Stimme mehr ist als 'ne Funktion. Dass es auch was mit ihrer Person zu tun hat. Und mach eigentlich 'ne sehr gründliche Anamnese, auch im Bezug auf die Lebensumstände der Patienten“ (2; 4).*

Explizit hemmend: Die Therapeutin stellt bereits zu Beginn der Therapie klar, dass der Erfolg der Therapie von der Intensität des stimmlichen Trainings abhängt. Dabei klärt sie über Grenzen ihres Auftrags auf. *„Solange ich denke, dass es trotzdem menschlich ist, kann ich es auch einordnen, und kann ich trotzdem sagen: ‚Das ist alles prima, aber nicht hier. Und wenn Ihnen das sehr, sehr wichtig ist, dann ist das auch etwas, womit Sie was machen müssen, aber nicht bei mir“ (5; 25).*

Implizit fördernd: Die Therapeutin signalisiert den PatientInnen indirekt ihre Bereitschaft zu oder ihr Interesse an Gesprächen, indem sie auf Gesprächsinitiativen der PatientInnen einsteigt und durch Nachfragen Interesse bekundet. *„Es gibt die Leute, die eben aus ihrem Leben erzählen und sagen: ‚Uah, gerade*

heute wieder geschafft, und es war viel los und, puh, endlich ein bisschen Ruhe.' Und dann liegt das Thema Stress auf dem Tisch und dann frag ich: ‚Was war denn heute viel los? Und wie geht es Ihnen denn dabei?‘ Und dann ist man gleich im Gespräch und erhält ganz viele Informationen, ohne, dass ich da hinlenken muss“ (7; 29).

Implizit hemmend: Hier kommen überwiegend nonverbale Strategien zum Einsatz, mit welchen die Therapeutin zeigen möchte, dass sie entweder situativ oder grundsätzlich nicht auf Gespräche eingehen möchte. „Ich hab zum Beispiel auch im Moment einen Patienten, der schilderte mir von zuhause und Stress mit seiner Frau, und das belastet ihn schon sehr. Und ich hab es mit einem: ‚O. k., gut.‘ zur Kenntnis genommen. .. Und das war’s. .. Ich bin aus irgendeinem Grund () gar nicht da drauf eingegangen“ (4.2; 78).

Typologie

Mittels Fallkontrastierung und Aufspannung der Kategorien und Merkmalsausprägungen in einer Mehrfeldertafel ließen sich vier unterschiedliche Typen trennscharf identifizieren. Diesen Typen konnten alle neun Therapeutinnen zugeordnet werden, wobei der einzelne Typus anhand der Ausprägungen jeweils einer Therapeutin am treffendsten charakterisiert werden kann. Diese vier Therapeutinnen bilden mit ihren Merkmalsausprägungen die vier Prototypen. Prototyp A basiert auf den Daten aus Interview 2, Prototyp B aus Interview 4.3, Prototyp C aus Interview 3 und Prototyp D aus Interview 5.

Die Typenbeschreibung erfolgt kompakt, da sie auf die eindeutig definierten Merkmalsausprägungen reduziert ist und den jeweiligen Typ eindrücklich und anschaulich charakterisieren soll. Die Benennung der Typen wurde aus den Daten entwickelt und dient der Anschaulichkeit.

Typus A: Die „Interessierte“

Sie fördert psychosoziale Themen explizit mit dem Ziel, die zugrunde liegende Problematik zu identifizieren. „Also das ist der Grund, warum mir diese Arbeit Spaß macht. Also rein jetzt irgendwie da Silben tönen und Laute verbinden und so, das reicht mir nicht. Also ich möchte ’n bisschen mehr von den Leuten haben und

mit den Leuten haben“ (2; 27). Die Therapeutin geht davon aus, dass stets eine der Stimmstörung zugrunde liegende psychosoziale Problematik besteht. Es entspricht ihrer persönlichen Interessenslage, sich im Rahmen der Stimmtherapie mit diesem Grundproblem zu beschäftigen. Sie fördert Gespräche über psychosoziale Themen explizit, indem sie die PatientInnen bereits zu Beginn auf Zusammenhänge der Stimmstörung mit der gesamten Person aufmerksam macht und die Lebensumstände der PatientInnen detailliert erfragt. In der psychosozialen Beratung geht sie teilweise direktiv vor, indem sie konkrete Handlungsanweisungen gibt oder Interpretationen äußert.

Typus B: Die „Vertraute“

Sie fördert psychosoziale Themen implizit mit dem Ziel der Vertrauensbildung. „Ich erleb es als sehr angenehm, eigentlich. Weil, die kommen gerne, und das merkt man irgendwie, weil sie einfach sich aufgehoben fühlen. Rundum irgendwo so ein bisschen“ (4.3; 67). Das Sprechen über psychosoziale Themen dient in erster Linie dem Vertrauensverhältnis der PatientInnen zur Therapeutin und/oder dem Gefühl der PatientInnen, angenommen zu sein und versorgt zu werden. Die Therapeutin geht dabei implizit fördernd vor. Sie erfragt beispielsweise, wie es den PatientInnen geht und signalisiert durch ihr Verhalten in der Therapie, dass stets Raum für Gespräche besteht. Eine Verbindung von Themen mit der Stimmstörung steht dabei nicht im Vordergrund, sondern die Frage, was die PatientInnen aktuell beschäftigt. In den Gesprächen agiert die Therapeutin unterstützend, indem sie beispielsweise versucht, den PatientInnen bei der Positionierung der eigenen Meinung zu helfen.

Typus C: Die „Begleiterin“

Sie fördert psychosoziale Themen implizit mit dem Ziel, die Stimme und assoziierte Funktionen zu optimieren. „Ich bin mit Körper und Ideen, Überzeugungen, Zielsetzungen, Emotionen Produkt meiner Erfahrungen. Und meiner Anlagen. Und dieses Produkt kommt auch zu mir und möchte gegebenenfalls, sagt: ‚Da stört jetzt was, ich hab immer diese heisere Stimme‘“ (3; 47). Für die Therapeutin lassen sich körperliche, psychische und emotionale Funktionen nicht trennen. Das Thema-

tisieren psychosozialer Aspekte steht damit in direktem Zusammenhang mit funktionsorientierten Übungen. Während des Übens stellt die Therapeutin Beobachtungs- und Wahrnehmungsaufgaben, Bezug nehmend auf den Körper sowie assoziierte Themen. Damit leitet sie Selbsterkenntnisprozesse ein, die thematisch nicht begrenzt sind. In der Bearbeitung psychosozialer Themen geht sie nicht-direktiv vor, indem sie Erkenntnisprozesse den PatientInnen überlässt und diese im Gespräch durch Fragen oder Ideen begleitet.

Typus D: Die „Trainerin“

Sie hemmt psychosoziale Themen explizit mit dem Ziel, die Grenzen der eigenen Kompetenz nicht zu überschreiten. „Einer meiner Leitsprüche ist: Weiche Heiler machen stinkende Wunden“ (5; 151). Die Therapeutin begreift Stimmtherapie als funktionszentrierte übende Maßnahme. Bereits zu Beginn der Therapie klärt sie über das auf, was Stimmtherapie leistet, und dass für Problemstellungen, die nicht unmittelbar die Stimmfunktion betreffen, andere Berufsgruppen zuständig sind. Gespräche, die von PatientInnen initiiert werden, werden nach Möglichkeit abgebrochen. Die Therapeutin beginnt ein Gespräch über mögliche weitergehende Themen dann, wenn die funktionsorientierte Therapie nicht den zu erwartenden Erfolg zeigt, um zu klären, ob ggf. andere Maßnahmen erforderlich sind. Die Erkenntnis über mögliche Zusammenhänge der Stimmerkrankung mit psychosozialen Aspekten überlässt sie den PatientInnen (außerhalb der Therapie), da sie die dafür erforderlichen Kompetenzen nicht für sich beansprucht.

Kompetenzen der Beratungstätigkeit

Die Fähigkeiten, welche die Therapeutinnen unabhängig vom jeweiligen Typus für den angemessenen Umgang mit psychosozialen Aspekten einer Stimmerkrankung beschreiben, liegen vorwiegend im Bereich der Selbst- und Sozialkompetenzen. Die Befragten geben eine Reihe von Fähigkeiten an, die sich auf inter- oder intrapersonelle Aspekte beziehen, beispielsweise Geduld, Sensibilität und Authentizität. Mehrheitlich wird davon ausgegangen, dass es nicht oder nur be-

dingt erlernbare Kompetenzen gibt, welche zur Ausübung eines therapeutischen Berufes mitgebracht werden sollten. Eine Spezifizierung dieser Fähigkeiten fällt den Befragten schwer: „Weil ich das schon, ich kann's keinem, ich denke, es ist wirklich so etwas, was man mitbringen muss. Es gibt bestimmt Menschen, die sind für den therapeutischen Beruf ungeeignet, genauso wie es Menschen gibt, die vielleicht für den Maschinenbauer ungeeignet sind oder so“ (4.1; 100).

Zum Erwerb der erforderlichen Kompetenzen geben die Befragten überwiegend die Berufs- und Lebensbiografie als die wichtigsten Quellen an. Die Ausbildung wird mehrheitlich als unzureichend für eine Vorbereitung auf die Anforderungen im psychosozialen Bereich beschrieben. „Ja, und ich finde ganz wichtig, und das hat man mir zum Beispiel vielleicht, aber ich glaube auch, uns allen als Therapeuten erleb ich das irgendwie, ich hab auch noch Kontakt mit meinen Studienkolleginnen, dass uns nicht beigebracht wurde, oder überhaupt erlaubt wurde, zu denken, dafür bin ich nicht zuständig. Oder das muss ich nicht können. Ja? Sondern ich habe erlebt, irgendwie, ich bin Therapeutin, und jetzt muss ich erstmal mit allem zurande kommen, womit die Leute da kommen“ (2; 86). Der Rückgriff auf Literatur beschränkt sich überwiegend auf deutschsprachiges Material, für den Erwerb psychosozialer Beratungskompetenzen spielt Literatur keine bzw. eine vergleichsweise geringe Rolle. „Ist aber auch ein Problem, dass es ja wirklich sehr schlecht darüber Literatur gibt (lacht). Und dass alles, was es gibt, oder das meiste wirklich total unwissenschaftlich ist“ (3, 80). Zur Sicherung der eigenen Kompetenz werden Rücksprachen mit Kolleginnen geführt, dies jedoch in fast allen Fällen unsystematisch und nur im Bedarfsfall.

Zwischen den identifizierten Typen zeigen sich folgende Unterschiede: Die Zufriedenheit mit den Ausbildungsinhalten zur Gesprächsführung ist für Typus B (die „Vertraute“) am höchsten. Beide dem Typus zugeordneten Therapeutinnen geben an, sich mit den in der Ausbildung erworbenen Techniken auf die Praxis gut vorbereitet zu fühlen. „All das sind ja Dinge, die wir doch, ja, in diesem Komplex Gesprächsführung während der Ausbildung schon ordentlich thematisiert haben.

... *Kommunikationsverhalten, Techniken. Also wir hatten unseren lieben Herrn Schulz von Thun, ja, so Dinge. (...) Ja. All die helfen mir tatsächlich schon. Um ein Gespräch zu führen. Oder zuzuhören“* (4.1; 140). Typus A (die „Interessierte“) und Typus C (die „Begleiterin“) halten die Ausbildung für eindeutig unzureichend. Besonders kritisch gegenüber verfügbarer Literatur äußern sich die dem Typus C (die „Begleiterin“) zugeordneten Therapeutinnen. Sie geben an, dass ihrer Einschätzung nach kaum hilfreiche Veröffentlichungen existieren. Ausschließlich Typus D (die „Trainerin“) greift zur Kompetenzsicherung auch auf internationale Literatur zurück.

Diskussion

Qualitative Forschung ermöglicht keine Aussagen darüber, in welcher Häufigkeit bestimmte Ergebnisse auftauchen bzw. mit welcher Wahrscheinlichkeit ein objektives Bild der Grundgesamtheit, in diesem Fall stimmtherapeutisch tätiger LogopädInnen, gezeichnet werden kann. Durch die Nähe zum Untersuchungsgegenstand, der Offenheit in der Datenerhebung und der Genauigkeit, mit welcher ein einzelner Fall betrachtet wird, soll hingegen ermöglicht werden, ein Phänomen aus Perspektive der Befragten zu verstehen und über dieses Phänomen Aussagen im Sinne von Hypothesen oder theoretischen Modellen zu treffen (von Kardoff, 2007). Die hier entwickelte Typologie ist daher als eine vorläufige Orientierung zu betrachten, die zum Verständnis des untersuchten Gegenstandes beitragen soll und beispielsweise mittels quantitativer Verfahren überprüft werden kann. Die Ergebnisse stellen subjektive Perspektiven der einzelnen Befragten dar. Sie unterliegen sowohl der Deutung der Befragten (subjektiv gemeinter Sinn) als auch der Deutung durch den Forscher und sind entsprechend einzuordnen (Lamnek, 2005).

Anhand der Untersuchungsergebnisse konnte (nach Kenntnis der aktuellen Studienlage) ein erster systematischer Einblick in die Beratungstätigkeit von stimmtherapeutisch tätigen LogopädInnen gegeben werden. Danach nimmt die psychosoziale Beratung bei den Befragten in der stimmtherapeutischen Praxis

mehrheitlich einen hohen Stellenwert ein. Die Typologie zeigt aber auch, dass psychosoziale Faktoren sowohl explizit in den Vordergrund der Behandlung gerückt (Typus A) als auch prinzipiell ausgeschlossen werden (Typus D). Modelle zu psychosozialer Beratung beschreiben unterschiedliche Beraterrollen, die sich auf einem Kontinuum von einem objektiven Beobachter (nicht-direktive Beratung) bis hin zum Experten bzw. Advokaten (direktive Beratung) bewegen (Lippitt & Lippitt, 2006). Die hier identifizierte Typologie deckt in etwa die gesamte Spannweite von direkter zu nicht-direktiver Beratung ab und gibt damit einen Hinweis darauf, dass sich die Beratungstätigkeit von LogopädInnen bei Stimmkrankungen in der Realität auf diesem Kontinuum bewegt. Aus diesem Grund erscheint die Typologie brauchbar, um das untersuchte Phänomen zu beschreiben und eine Grundlage dafür zu liefern, Anforderungen an und Verhalten von LogopädInnen in diesem Kontext zu diskutieren. Die Typologie kann Studierenden einen Einblick in Arbeitsrealität und Handlungsalternativen geben und BerufspraktikerInnen Anlass, ihre individuellen Strategien einzuordnen und zu reflektieren.

Für StimmtherapeutInnen besteht folgende Diskrepanz: Einerseits fordert die deutschsprachige Literatur mehrheitlich eine psychosoziale Beratungstätigkeit durch StimmtherapeutInnen, andererseits fehlen seitens der Fachgemeinschaft Empfehlungen oder Richtlinien für einen angemessenen Erwerb entsprechender Kompetenzen. In der Beratung stützen sich die hier befragten TherapeutInnen vorwiegend auf berufs- und lebensbiografisch erworbene Selbst- und Sozialkompetenzen bzw. auf ihrer Einschätzung nach nicht erlernbare, vorauszusetzende Fähigkeiten. Zu vergleichbaren Erkenntnissen kommen Knelange und Schieron (2000) in einer Befragung von Krankenpflegekräften zu deren Kompetenzerwerb für eine psychosoziale Beratungstätigkeit. Hier geben Pflegekräfte unter anderem an, Beratungskompetenzen „in die Wiege gelegt“ bekommen zu haben, sowie sich in der PatientInnenberatung mehrheitlich auf ihre allgemeine Lebenserfahrung zu verlassen. Aus den Angaben der befragten

Logopädinnen sowie anhand der hohen fachlich-methodischen Anforderungen, welche an BeraterInnen gestellt werden (Schrödter, 2004), lässt sich vermuten, dass die Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden Kompetenzen für den angemessenen Umgang mit psychosozialen Faktoren funktioneller Stimmstörungen (bislang) nicht ausreichend vermittelt. Ebenso zeigt sich, dass die befragten Therapeutinnen auch nach der Ausbildung nur in Einzelfällen auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung psychosozialer Beratungstätigkeit zurückgreifen. Sicherlich gibt es StimmtherapeutInnen, die eine zusätzliche Qualifikation erworben haben. Da diesbezüglich jedoch keine Weiterbildungsverpflichtung besteht, wurden für die Untersuchung bewusst Therapeutinnen ausgewählt, die keine psychotherapeutische Zusatzausbildung besitzen.

Die Untersuchung bietet eine Reihe von Ansätzen für weitere Forschungsfragen und kann dazu beitragen, erforderliche Kompetenzen für die stimmtherapeutische Arbeit zu präzisieren und ggf. notwendige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu identifizieren.

Ogleich eine vorläufige Datensättigung erreicht werden konnte, ist nicht auszuschließen, dass eine Fortführung der Befragung ggf. erweiterte oder ergänzende Erkenntnisse bringen könnte. Die Sicherung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beschränkt sich auf die Explikation und regelgeleitete Durchführung des Untersuchungs- und Auswertungsprozesses, da im Rahmen des Projektes keine weiteren ForscherInnen hinzugezogen werden konnten. Eine empirische Verankerung der Ergebnisse wurde insofern realisiert, als die Forscherin während Interview und Auswertung eine möglichst abduktive Haltung einnahm, um die Ergebnisse von Vorkenntnissen und Vorannahmen weitgehend unbeeinflusst zu lassen (Steinke, 2007). Da die Untersucherin selbst über berufspraktische Erfahrungen in der Behandlung von funktionellen Dysphonien verfügt, war die Kontrolle entsprechender Einflüsse jedoch begrenzt (Steinke, 2007).

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist ebenfalls als eingeschränkt zu betrachten. Zwar konnte mittels der genannten Samplingstrategien eine hohe

Fallkontrastierung erreicht werden, zur Absicherung wären jedoch weitere Untersuchungen notwendig. Gleiches gilt für eine Generalisierbarkeit auf Beratungstätigkeiten von LogopädInnen allgemein sowie bezüglich weiterer Berufsgruppen, beispielsweise der Physiotherapie oder Ergotherapie.

Ausblick

Die Resultate der Untersuchung bedürfen der Überprüfung und zeigen Anhaltspunkte für weiteren Forschungsbedarf. Dennoch ergeben sich Hinweise darauf, dass ein Überdenken von Ausbildungsinhalten bezüglich psychosozialer Beratungstätigkeit sinnvoll sein könnte. Dabei wäre zu überlegen, wie LogopädInnen in der Ausbildung auf die genannten Anforderungen angemessen vorbereitet werden können, und/oder welche berufsbegleitenden Maßnahmen möglich sind, um TherapeutInnen in der Arbeit mit StimmpatientInnen zu unterstützen. Möglicherweise lassen sich die Untersuchungsergebnisse auf weitere logopädische Arbeitsschwerpunkte übertragen sowie auf weitere Berufsgruppen (z. B. die Pflege, Physiotherapie oder Ergotherapie). Entsprechende Untersuchungen könnten übergreifende Aspekte der Anforderungen an Beratungskompetenz in den Gesundheitsfachberufen identifizieren und zu einer Strategieentwicklung für die Aus- oder Weiterbildung beitragen.

Literatur

- Barabas, F. (2004). Gesetzliche Grundlagen der Beratung. In F. Nestmann, F. Engel, & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung Band 2* (S. 1203-1211). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V. (2009). *Essentials einer Weiterbildung Beratung/Counseling*. Verfügbar unter <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/weiterbildungsstandards.pdf>.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. *Mitgliederliste*. Verfügbar unter <http://www.dbl-ev.de/index.php?id=7>. Zugriff am 3.4.2009.
- Engel, F., Nestmann, F., & Sickendieck, U. (2004). Beratung. Ein Selbstverständnis in Bewegung. In F. Nestmann, F. Engel, & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung Band 1* (S. 33-43). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Engel, F., Sickendieck, U., & Nestmann, F. (2008). *Beratung: Eine Einführung in Sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Fatzer, G. (2005). Einleitung. In G. Fatzer (Hrsg.), *Supervision und Beratung* (S. 9-14). Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Kelle, U., & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in*

- der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Knellange, C., & Schieron, M. (2000). Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? *Pflege*, 5, 4-11.
- Krause, C., Mayer, C. H., & Assmann M. (2007). Profil und Identität professioneller Berater und Beraterinnen. *Beratung Aktuell*, 3, 1-21.
- Kühl, S. (2001). Professionalität ohne Profession. In N. Degele, T. Münch, H.J. Pongratz, & N.J. Saam (Hrsg.), *Soziologische Beratungsforschung* (S. 209-238). Opladen: Leske & Budrich.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lippitt, G., & Lippitt, R. (2006). *Beratung als Prozess*. Leonberg: Rosenberger Fachverlag.
- MAXQDA I Software für qualitative Datenanalyse. (1989 – 2013). VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH: Berlin.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. München: Psychologie Verlags Union.
- Meinefeld, W. (2007). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 265-286). Reinbek: Rowohlt.
- Nawka, T., Wirth, G., & Anders, L. C. (2008). *Stimmstörungen für Ärzte, Logopäden, Sprachheilpädagogen und Sprechwissenschaftler*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schrödter, W. (2004). Ethische Richtlinien für Beratung. In F. Nestmann, F. Engel, & U. Sickendieck (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung Band 1* (S. 453-467). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagungen der Lehrlogopäden (1993). *Curriculum für die Ausbildung des Logopäden*. Heidelberg: Median-Verlag.
- Steinke, I. (2007). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 319-331). Reinbek: Rowohlt.
- Strauch, T., & Wanetschka, V. (2006). Behandlung von Dysphonien aus stimmtherapeutischer Sicht. In G. Böhme (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen Band 2: Therapie* (S. 133-152). Stuttgart: Elsevier.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- von Kardoff, E. (2007). Qualitative Evaluationsforschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (S. 238-251). Reinbek: Rowohlt.
- Wendler, J., Seidner, S., & Eysholdt, G. (2005). *Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie*. Stuttgart: Thieme.



Autorin

Sabine S. Hammer, Logopädin (M.Sc.)
Hochschule Fresenius
Limburger Straße 2, D-65510 Idstein
Fon: 06126.9352-912
hammer@hs-fresenius.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-1302088