



Vera Wanetschka, Christiane Toepffer-Huttel, Verena Nerz & Julia Göldner

Die therapeutische Beziehung in der Krise?

Gedanken in Zeiten von Corona

Einleitung

Sind LogopädInnen nicht so etwas wie Kontakt- und KommunikationslotsInnen für ihre PatientInnen, die noch nicht, nicht mehr, nicht so wie vorher sprechen und klingen, sich ausdrücken können und deshalb schwer oder gar nicht oder noch nicht in Beziehung treten können? LogopädInnen machen ein Beziehungsangebot und wollen darin Vorbild sein.

ZUSAMMENFASSUNG. Die Corona-Krise stellt die auf Beziehung aufbauende logopädische Therapie vor die Herausforderung, geeignete Mittel verantwortungsvoll anzuwenden, die insbesondere Nähe und Distanz und den körperlichen Kontakt reduzieren. Auf der Grundlage von ersten Veröffentlichungen zur therapeutischen Beziehung in der Logopädie machen sich die Autorinnen Gedanken zu den verschiedenen „Werkzeugen und Bedingungen“ die in Zeiten der Corona-Pandemie zur Beziehungspflege möglich oder eben nicht möglich erscheinen. Sie stellen sich der Frage: Haben wir jetzt eine „Beziehungskrise“ in der Logopädie?
SCHLÜSSELWÖRTER: Therapeutische Beziehung – therapeutische Allianz – Kontakt – Logopädie – Corona – Covid-19 – Mundschutz – Abstand – Teletherapie

Menschen in ihrer Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen, ist systemrelevant und LogopädInnen arbeiten weiter, trotz Maske, Scheibe, Abstand und Video. Dazu braucht es Beziehung. Aber wie geht das in Zeiten von „Social Distancing“? Merken wir bei allem, ob oder wie wir wirklich noch im Kontakt sind? Corona richtet einen Scheinwerfer auf die Basis der Logopädie – den Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zu unseren PatientInnen. LogopädInnen sind KommunikationsspezialistInnen, auch unter diesen veränderten Bedingungen.

Ausgangsüberlegungen zum Thema Kontakt und Krisentransformation im logopädischen Setting

Ein Bereich der Clinical-Reasoning-Forschung betrifft das professionelle interaktive Handeln in der Logopädie. *Dehn-Hindenberg* (2008) und *Hansen* (2009) belegen zu diesem Thema die Wichtigkeit des therapeutischen Kontaktes für den Therapieerfolg. Hansen beschreibt, dass „die Ziele und Mittel in einer Interaktionssituation ein Ergebnis der Reflexion der Handelnden auf das, was in der Situation passiert“ darstellen (*Hansen* 2010, 267). In dieser Diskussion entwickeln sich definierte Begrifflichkeiten wie „Safe Place Therapie“ (*Katz Bernstein* 2003, 77) oder „therapeutische

Allianz“ (*Roth* 2014) zu Qualitätsmerkmalen, die den günstigen Kontakt unterstreichen. *Katz Bernstein* (2003) beleuchtet die Interaktion zwischen der TherapeutIn und ihrer PatientIn mit folgenden Fragen: „Welches sind die deklarierten Aufträge und Erwartungen? Mit wem kann zusammengearbeitet werden? Welches ist die eigene Sprechart oder das kommunikative Muster (...) ?“ Der Begriff „therapeutische Allianz“ – von *Roth* ursprünglich bezogen auf die Psychotherapie – lässt sich auch in der Logopädie einsetzen. *Roth* schreibt, dass das Ergebnis einzelner methodischer Elemente der Therapie kleiner sei als die Bedeutung der Bindung des Vertrauens zwischen TherapeutIn und PatientIn. Eine gute „therapeutische Allianz“ steigert *Roth* zufolge die Bereitschaft zum Anpassen an neue Erfordernisse, denn: „Diese Allianz bedeutet eine Erfahrung tiefen Vertrauens, die im Hirn die Produktion von Opioiden – die für das Wohlbefinden sorgen – und an Oxytocin stimuliert. Das ist ein Hormon, das unsere Fähigkeit zu sozialer Bindung verbessert und uns zum Umlernen ermutigt“ (*Roth* 2014). Der Religionsphilosoph *Martin Buber* (1984) gilt als einer der zentralen Vordenker zum Thema des zwischenmenschlichen Kontaktes. Er beschreibt zwei sich gegenüberstehende Gesprächsformen: die der „Ich-Es-Beziehung“ und die der „Ich-Du-Beziehung“. In der „Ich-Es-Beziehung“ erzählt jeder der GesprächspartnerInnen im Extremfall ihre eigene Geschichte und ein Dialog kommt kaum zustande.

Die „Ich-Du-Beziehung“ dagegen lässt Raum für die Echtheit des „Zwischenmenschlichen“ und Raum für „gegenseitige Passung und Inspiration“ (ebd. 271ff). Hauptvoraussetzung für ein echtes Gespräch in Richtung einer „Ich-Du-Beziehung“ ist laut Buber, das wesenhaft Andere im Menschen – seine Andersartigkeit anzuerkennen. Dabei muss nicht der Inhalt des Gesprochenen akzeptiert werden (dem kann in einem lebendigen Dialog durchaus widersprochen werden), sondern die ihm innewohnende Geschichte. Der Andere werde bejaht und damit „die Kreation seiner Gewordenheit“ bestätigt (ebd. 281). Alle kommunikativen Zeichen, mit denen sich die jeweils andere kenntlich macht, sind dabei aktuell von Wichtigkeit: das Emotionale, wie das Nichtemotionale, die Haltung, die Geste, [und die Mimik, d.V.], das Wort (ebd. 274). Buber beschreibt damit, dass im aktuell „Zwischenmenschlichen“ und im Gespräch das „Ich“ geformt wird, dass der Mensch Identität erlangt im dialogischen Vorgang des sich selbst Aktualisierens und des sich Spiegeln im Anderen (ebd. 275).

Beim Lernen in der Krise interpretieren die Beteiligten wechselseitig die Handlungen des Anderen und legen diese Situationsdeutungen einem nächsten Handlungsschritt zugrunde (Schüßler 1998). Die Krise dient in dieser Interpretation auch als „Identitätstransformation“ (ebd. 90ff). Die Schrittfolge der von einer sicheren Beziehung getragenen Abfolge könnte folgendermaßen lauten:

- Handlungsorientierungen sind aufeinander abgestimmt, hier: Vor dem Eintritt der Krise
- Durch Konfrontation mit dem Neuen erfolgt eine Erschütterung/Verstörung des Bewährten, hier: der Virus ist gefährlich und damit wird auch die Begegnung mit der eigentlich unterstützenden Person von Hilfe zur Gefahr.
- Die Situation erfordert Anerkennung der Herausforderung und Infragestellung bisher vertrauter Verhaltensweisen, hier: Annahmen der Herausforderung Covid-19 – PatientInnen und TherapeutInnen müssen ihre Einschätzungen miteinander abstimmen und gemeinsam neues Verhalten entwickeln.
- Anpassen an die neue Situation, hier: Teletherapie, Abstand wahren, Schutzmasken.

An jedem Punkt dieser Schrittfolge können Problemstellungen auftauchen.

Wie sich diese Darstellungen in der aktuellen Forschungslandschaft im Bereich Logopädie und der benachbarten Disziplin Psychologie wiederfinden, soll der nächste Abschnitt beleuchten.

Stimmtherapie hinter der Plexiglasscheibe

Überblick über Literatur im Bereich Logopädie und Beziehung

Der komplexe soziale Prozess (Hansen 2018), der sich zwischen Logopädin und PatientIn im Rahmen der Therapie entfaltet, ist in der logopädischen Forschung bisher erst in sehr geringem Maße empirisch und theoretisch untersucht worden (Göldner et al. 2017).

Die wenigen Beiträge, die in einem Literaturüberblick zur therapeutischen Beziehung in der (deutschsprachigen) Logopädie (Göldner 2016) identifiziert werden konnten, haben häufig einen qualitativen Ansatz (z.B. Hansen 2009), beziehen sich auf Theorien anderer Bezugsdisziplinen oder stellen erfahrungsbezogene, subjektive Theorien dar (Göldner 2016). In diesen Beiträgen wird die Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen und persönlichen bzw. fachlichen Voraussetzungen der beteiligten PartnerInnen verortet.

Konsens scheint zu sein, dass der Anlass der Beziehung stets ein konkretes, als biopsychosozial aufgefasstes Symptom der PatientInnen ist. Damit wird die therapeutische Beziehung in der Logopädie mehrheitlich als eine auf die gemeinsame „Arbeit“ am Symptom der PatientInnen ausgerichtete „Arbeitsbeziehung“ oder „Arbeitsallianz“ konzeptualisiert (Göldner et al. 2017, 16). Von außen kann dabei lediglich die verbale oder nonverbale Kommunika-

tion bzw. Interaktion wahrgenommen werden, welche die Beziehung prägt und gestaltet und die von den Teilnehmenden bewusst sowie unbewusst eingesetzt werden kann (ebd., Katz-Bernstein et al. 2002).

Dabei ist es ein besonderes Merkmal der Logopädie, dass hier via Kommunikation und Interaktion mit Menschen gearbeitet wird, die zum Beispiel aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen, Aphasie, Dysphonie oder Redeflussstörungen genau in diesen Bereichen beeinträchtigt sind (Katz-Bernstein et al. 2002).

Bisher gibt es keine wissenschaftlich fundierte, spezifisch logopädische Antwort auf die Frage, inwiefern die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn das Ergebnis der Therapie beeinflusst. In der psychotherapeutischen Forschung hat die Auseinandersetzung mit übergeordneten, „allgemeinen Wirkfaktoren“ von Therapie eine lange Tradition. Dass die therapeutische Beziehung für das Therapieergebnis besonders relevant ist, wurde hier bereits anhand verschiedener Metaanalysen nachgewiesen (z.B. Asay & Lambert 2001, Flückiger et al. 2018). Asay & Lambert (2001) kommen dabei zu dem Ergebnis, dass die therapeutische Beziehung einen bis zu 30-prozentigen Einfluss auf das Ergebnis der Psychotherapie hat.

Die Tatsache, dass „die Beziehung“ in der Logopädie so wenig systematisch untersucht ist, steht im Widerspruch zur Erfahrung vieler logopädischer KollegInnen, die die Übertragbarkeit der psychotherapeutischen Ergebnisse zur



Foto: C. Toepfer



Foto: C. Toepffer-Huttel



Ohne sichtbare Mimik fehlt ein wichtiger Kommunikationskanal zum Patienten

Wirkung von Beziehung intuitiv bestätigen oder sogar bekräftigen mögen. In den nachfolgenden Abschnitten wird aus einem ebensolchen, überwiegend erfahrungsbasierten Blickwinkel reflektiert, inwiefern die seit März dieses Jahres plötzlich veränderten Therapievoraussetzungen sich auf die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen auswirken können.

Veränderte Settings und deren mögliche Auswirkung

Teletherapie

„Sofern die Behandlungen aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (...) stattfinden können, ist dies mit vorheriger Einwilligung der Versicherten (...) möglich“, hieß es am 18. März 2020 in einem Schreiben der Kassenverbände und des GKV-Spitzenverbands (dbf 2020). Dieser Beschluss leitete vielerorts eine mehr oder weniger rasante Implementierung des teletherapeutischen Angebots ein, die unter anderen Umständen (sprich „ohne Corona“) nicht in dieser Form stattgefunden hätte.

Mit Ausnahme der Schlucktherapie war es zeitlich begrenzt möglich, Logopädie in einem anderen Modus als dem klassischen Face-to-Face-Kontakt durchzuführen. Angesichts der zu sichernden PatientInnenversorgung und der eigenen, bedrohten wirtschaftlichen Situation starteten viele TherapeutInnen Eigenregie ein Projekt, dessen Umsetzung nicht geplant und dessen Gelingen noch nicht abzusehen war.

Neben den Vorgaben, dass die Teletherapie bei beiden Beteiligten in Räumen stattfinden müsse, „die Privatsphäre bieten“ und die verwendete Technik eine „angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten“ (dbf 2020, o.S.) müsse, fanden sich zunächst keine weite-

ren Regelungen. Dabei treten folgende Fragen auf: „Ist eine geeignete technische und räumliche Ausstattung vorhanden?“, „Wie kommen meine PatientInnen und ich mit der Technik zurecht?“, „Wie gestalte ich eine Videotherapie inhaltlich sinnvoll?“ oder „Inwiefern können die Kontaktaufnahme und der Beziehungsaufbau gelingen, besonders bei PatientInnen, die sich neu anmelden und mich zuvor noch nicht persönlich kennenlernen konnten?“

Australische Psychotherapieforscherinnen erstellten ein systematisches Review zu 23 qualitativen und quantitativen Studien, in denen die therapeutische Allianz im Zusammenhang mit u.a. per Video dargebotener Psychotherapie untersucht wurde (Simpson & Reid 2014). Trotz vieler Unterschiede hinsichtlich methodischer und inhaltlicher Anteile waren die Bewertungen der therapeutischen Allianz in den Studien bezüglich der Teletherapie überraschend homogen und entsprachen in etwa den Bewertungen für die Therapie bei gegenseitiger Anwesenheit.

Obwohl der Denkanstoß aus diesem Forschungszweig deutlich ist, scheint es so, dass in der Logopädie mehr Unterschiede und Beeinträchtigungen zu verzeichnen sind. Unschärfe oder gestörte Sprechverbindungen, unpräzise Übermittlung der Feinheiten in der Melodie, fehlende olfaktorische und sensitive Reize sowie fehlender Körperkontakt verändern die Wahrnehmungsqualität. Mimik und Gestik müssen deutlicher rückversichert werden.

Und damit ist das zu diesem Thema Entscheidende angesprochen: Während in der Psychotherapie (Sprechtherapie) sich PatientInnen in ihren Prozess vertiefen und teilweise „vergessen“, nicht mit einer Person im selben Raum zu sein (ebd. 290), sind die Präsenz und die gegenseitige Passung zwischen LogopädIn und ihrer PatientIn Kerngeschehen des therapeutischen Lernprozesses (Wanetschka 2017). Leider geht dieses Atmosphärische im Kontakt in der Teletherapie teilweise verloren.

Beispiele wären die AphasiepatientIn, die im schwierigen Arbeitsprozess im realen vis-à-vis spürt, dass die LogopädIn ihr den anstehenden Arbeitsschritt in aller Langsamkeit zutraut oder das Kind mit Sprachentwicklungsstörung intuitiv im realen Kontakt erfasst, dass es sich gerade an einem sehr wichtigen Schritt seines Lernens befindet.

Der Mensch erlangt in der logopädischen Therapie – im Verarbeiten aller sensorischen Impulse – seine neuen Fertigkeiten im dialogischen Vorgang des sich selbst Aktualisierens und des sich

Spiegelns im Anderen (Buber 1984, 275). Diese gegenseitigen „Anpassungsleistungen“ stellen letztendlich die nachhaltigen Lernprozesse in der Therapie dar (Wanetschka 2017, 25ff). So betrachtet dürfte Teletherapie mit ihren Möglichkeiten und Grenzen grundsätzlich für die aktuelle Notsituation eine Hilfskonstruktion darstellen, jedoch wird nach Abklingen der Krise kritisch zu prüfen sein, in welchen Situationen es sinnvoll erscheint, Teletherapie als Teil des Regelrepertoires logopädischer Tätigkeit zu nutzen.

Schutzmasken

Einen deutlichen Einfluss auf den therapeutischen Kontakt übt das Tragen von Schutzmasken aus. Das Sprechen hört sich gedämpft an, die Mimik ist nur noch rudimentär erkennbar, das Lippenablesen fällt aus. Mimik und Tonfall sind in der Identifikation von Gefühlen im Gegenüber wichtige Indikatoren. Wir sind nun – wie beim Telefonieren – auf eine deutliche Sprechmelodie evtl. auch lauterer Sprech und präzise Artikulation angewiesen, um den Gefühlsausdruck oder auch Doppeldeutigkeiten in Aussagen zu erfassen. Missverständnisse oder Unklarheiten in der Kommunikation bleiben dabei nicht aus. Das lautere Sprechen könnte auf die Dauer für die TherapeutIn zu stimmlichen Problemen führen.

Mit dem Mundschutz verbinden wir zudem eine eher negative Konnotation. Wir kennen dies aus der Diskussion um Schals zur Vermummung auf Demos oder Schutzvisiere bei der Polizei. Sie alle können abweisend erlebt werden und die Vertrauensbildung erschweren. Sogar der Mundschutz im medizinischen Sektor signalisiert uns eher Gefahr.

Mit dem Wegfall eines überwiegenden Teils der Mimik hinter der Schutzmaske und der Tonveränderung werden sowohl TherapeutIn als auch PatientIn im Kontakt verunsichert. Es fehlt schlichtweg ein Kommunikationskanal und auch der teilweise liebevoll genähte bunten

Mund- und Nasenschutz täuscht nicht über das Distanzierende dieses Accessoires hinweg. Diese Situationen stören den Aufbau eines „sicheren vertrauensvollen Schutzraumes“ in der Therapie. Die sich im Dialog entwickelnde Identitätsentwicklung gemäß Buber (1984) wird beeinflusst und damit die Anpassung neuer Verhaltensweisen von PatientInnen erschwert. In dieser aktuellen Krise ist also jedes Angebot – wie beispielsweise transparente Spuckschutze oder kreative Therapieideen im Abstand zur Patientin – als Alternative zu prüfen, um eine Verdeckung von Kommunikationskanälen und damit die Reduktion gegenseitiger Spiegelungsmöglichkeiten zu verhindern oder zu minimieren.

Nähe und Distanz im „Social Distancing“

Die Pandemie erfordert, „räumliche Distanz“ zu halten in einer therapeutischen Interaktion, deren Kernelement soziale Nähe ist. Ist das ein Widerspruch?

Was verändert das? Sicher muss unterschieden werden zwischen den Therapien, die an einem Tisch, etwa einem längs gestellten, oder auf festgelegten Sitzmöglichkeiten mit den üblichen eineinhalb Meter Entfernung stattfinden, und denen in Bewegung, zum Beispiel auf

dem Boden, im Stehen, liegend oder in anderen festen Settings. Hier müssen TherapeutIn und PatientIn neben der eigentlichen Kommunikationsaktivität immer noch etwas Zusätzliches tun, nämlich „halten“. Abstand halten. Dies bedeutet eine andere, zusätzliche muskuläre Aktivität in Gang zu setzen, die neben dem normalen, möglichst vertrauensvollen Umgang (in Fluss kommen im Atmen, Sprechen, Tönen, Spielen, Berühren, Bewegen – alles Verben der Bewegung –), das Gegenteil tut, nämlich, sich selbst und das Gegenüber im (Energie)-Fluss zu stoppen. Dies führt summarisch zu einer Doppelaktivität und somit zu einer Doppelbelastung.

Multitasking erscheint vielleicht für die eine oder andere nicht mehr als Problem. Aber dennoch: Gleichzeitig zu schreiben und auszureden, das tut niemand.

„Bewegen“ und „Halten“ sind zwei sich widersprechende Tätigkeiten. TherapeutIn und PatientIn sind vor die Herausforderung gestellt, beides wie im Theorieteil oben zu lesen, in eine Situation zu integrieren, in der der Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Arbeitsbeziehung die Basis für den Erfolg der Therapie ist.

Wie können sich „Du“ und „Ich“ begegnen, sich gegenseitig inspirieren (vgl. Buber 1984), wenn der Mensch damit beschäftigt ist, auf der Stelle stehen zu bleiben, das Gegenüber nicht di-

rekt anzuhauen und sich zu merken, was hinterher desinfiziert werden muss?

Sicher ist den TherapeutInnen in der Therapie-situation vieles davon nicht bewusst. Es laufen parallele mentale und muskuläre Prozesse ab, die möglicherweise kontrovers gedeutet werden können. Ob eine Logopädin in der alltäglichen Belastung die Wahrnehmung dafür behalten kann, ist fraglich. Alle sind doppelt gefordert und es besteht die Gefahr, dass ihre Authentizität verloren geht. Was heißt das für den Beziehungsaufbau? Was macht das mit der therapeutischen Empathie?

Wird die PatientIn mit den gleichen Worten erreicht, spricht die TherapeutIn anders, guckt sie anders, bewegt sie sich anders? Als soziales Wesen kommen sich Menschen räumlich näher, wenn sie etwas einführend kommentieren, wenn sie trösten oder eindringlich argumentieren wollen. Mit den Abstandsregeln sieht das anders aus: Es wird beispielsweise lauter gesprochen, um der größeren Entfernung Rechnung zu tragen. Feine stimmliche Unterschiede können nicht mehr adäquat differenziert werden und die TherapeutIn kann nicht mehr das Modell sein, das sie gerne sein möchte.

Würde eine Messung der Gehirnaktivitäten stattfinden, wäre vermutlich festzustellen, dass sich das jeweilige Arousal¹ der beteiligten



MeinOptica – das Onlineportal für Ihre Abrechnung

Alles im Blick – vom Rezepteingang bis zur Auszahlung:

- ✓ Einfache Rezeptsuche
- ✓ SMS-/E-Mail-Benachrichtigung bei Rezepteingängen und Auszahlungen
- ✓ Abrechnungsbuch
- ✓ Statistiken zur Praxisentwicklung
- ✓ Und vieles mehr

Jetzt Kunde werden und MeinOptica kostenlos nutzen!
www.optica.de/meinoptica

Optica
 EINFACH. BEGEISTERND.

Menschen bereits zu Beginn der Therapie auf einem erhöhten Level befindet: „Achtung, Abstand halten!“

Es ist kaum vorstellbar, dass sich PatientInnen mit schwereren Erkrankungen wie zum Beispiel einer Aphasie mit hohem Leidensdruck bei schweren Wortfindungsstörungen, einer starken Stottersymptomatik oder einem hyperaktiven Kind mit wenig Motivation zusätzlich „gestresst“ durch die „Halteaktivität“ auf eine nahe, vertrauensvolle Kontaktsituation gleichermaßen einlassen können. Die räumliche Distanz kann ebenso zur Beziehungsdistanz werden, nicht nur in der Therapiesituation, und fordert auf, genau zu untersuchen, wo und wie in der aktuellen Situation therapeutische Nähe und Beziehung am besten hergestellt werden kann, damit sich der Kommunikationsproblematik mental, bezogen und fachkompetent zugewendet werden kann.

Beziehung im Dreiklang von Ich, Du und Welt

Beziehung ist für den Menschen ein essenzielles Krisenbewältigungselement und ein Mittel der Kompensation gegenüber den Widrigkeiten des Lebens. Um in einer gefährvollen Situation rasch und besonnen professionell handeln zu können, braucht es eine bewusste Beziehungsgestaltung, der Beziehung zu sich selbst, zum Du und zur Welt.

Angst und Stress verleiten zu schnellem, unreflektiertem Reagieren. Mit Zeit, Geduld und Einfühlbarkeit sich selbst zu spüren, den anderen zuzuhören, Informationen zu prüfen, auf diesen drei Ebenen in Kontakt zu gehen, schützt vor dem Rückfall in lebensgeschichtlich früh angelegte Stressbewältigungsmuster wie Aggression und Flucht. Die Entschleunigung reduziert Stress, setzt Kräfte frei, befreit Emotionen, lässt Kontakt gelingen, nach innen und nach außen.

LogopädInnen stehen durch die Pandemie unter Stress. Sie gehören zum Gesundheitssystem. Sprache, Kommunikation, Beziehung sind ihr Beruf. Logopädische Therapie braucht körperliche und emotionale Nähe. Der Mund ist „Ort der Handlung, nicht nur der Träger eines Inhalts“. Ihn zu zeigen ist notwendig, ihn zu verstecken, eigentlich absurd. Sprechen, Atmen, Singen können ansteckend sein: Ein schweres Dilemma. „Sich selbst spüren, dem eigenen Atem lauschen, den Boden unter den Füßen

wahrnehmen“. Diese Basics aus der Stimmtherapie helfen. Wer eigene – vielleicht auch widersprüchliche und verwirrende – Gefühle spüren und zulassen kann, gewinnt zweierlei: Neue Freiheit für klares Denken und Entscheiden und die Fähigkeit, auch mit den Gefühlen der PatientInnen „erlaubend“ und verständnisvoll umzugehen, sie im Gefühlsdurcheinander gut zu begleiten.

PatientInnen sollten Raum und Verständnis für ihre persönlichen Reaktionen auf die Veränderungen durch die Pandemie finden. Sie brauchen Information und einen geeigneten Rahmen für ihre Entscheidung über das weitere Vorgehen. Dazu müssen sie ihre Bedürfnisse erkunden und diese mit ihrer persönlichen Gefährdung und ihrer gesellschaftlichen Verantwortung abwägen. Die TherapeutIn sollte eigenen überfürsorglichen Tendenzen nicht nachgeben und die Eigenverantwortung der PatientInnen durch sensible Gesprächsführung stärken.

Der gesellschaftliche Bezugspunkt aller Einschränkungen ist das Gemeinwohl und das Gesundheitssystem. In der Fülle von Vorschriften und Empfehlungen und Verantwortlichkeiten muss jede LogopädIn für ihre Berufstätigkeit eine eigene ethische und praktische Position finden und gegenüber den PatientInnen und zuweisenden ÄrztInnen vertreten.

Es gilt zu entscheiden:

- Bestimmte Therapien angesichts des Ansteckungsrisikos oder der Vorschriften nicht durchzuführen
- Geeignete Therapie als Videotherapie weiterzuführen
- Therapien unter individuellen Schutzmaßnahmen weiterzuführen

- Besondere Therapie unter Verzicht auf Extra-Schutzmaßnahmen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben weiterzuführen.

Die Auswirkungen der Veränderungen auf den Therapieverlauf, die Erreichung der Therapieziele, das Befinden und die Entwicklung der PatientInnen müssen von der LogopädIn berücksichtigt und mit den Betroffenen besprochen werden. Dazu können die Reflexionsfragen (s. Kasten) hilfreich sein. Therapieziele müssen modifiziert, Therapieschwerpunkte können verlagert werden.

Fazit

Kontakt ist das Herzblut der Therapie – besonders deutlich wird dies in Corona-Zeiten.

Die Schutzmaßnahmen sind kontaktschränkend, aber die therapeutische Beziehung kann Brücken bauen. LogopädInnen verfügen hier über einen großen Erfahrungsschatz, weil es ihr Kernauftrag ist, die erkrankungsbedingten Kommunikations- und Kontaktschwierigkeiten der PatientInnen überwinden zu helfen.

Eine Krise beinhaltet immer die Chance zu verstärkten Lernprozessen – sog. Krisentransformationsprozessen (Arnold 2003). Der Blick auf die Beziehung in der Krise kann uns neue Fragestellungen zum Thema anbieten und Perspektiven eröffnen: Beziehung fungiert dann als Krisenbewältigungsinstrument. Notwendig sind jedoch weitere Forschungen, um diesen Gedanken wissenschaftlich nachzugehen, sie zu differenzieren und evidente Ergebnisse für die therapeutische Praxis und die Lehre zu liefern. Die Praxis braucht fundierte Antworten

Reflexionsfragen in Zeiten von Corona

Fragen an mich selbst: Was lösen die Ereignisse in mir aus, welche Gefühle, Gedanken und spontanen Impulse? Welche Erinnerungen an andere beängstigende Situationen? Was würde es bedeuten, mich anzustecken, die Ansteckung vielleicht in meine Familie zu tragen? Welchen Schutz brauche ich für mich selbst?

Wie bedrohlich erlebe ich die finanziellen Einbußen, wieviel Angst macht mir der Gedanke an zukünftige Entwicklungen? Wie erlebe ich die Erwartung, meine Dienstleistung trotz der Gefährdung weiterhin anzubieten?

Zu den eigenen Reaktionsstrukturen: Wie werde ich vielleicht gerade getriggert mich anzupassen, eigene Schwäche zu überspielen, übereilt zu handeln, mich zu überanstrengen, perfekte Lösungen zu finden? Wie kann ich mich von solchen Automatismen frei machen? Welche inneren und äußeren Ressourcen helfen mir, mit Gefahr und Unsicherheit umzugehen? Was stärkt mich, was gibt mir Zuversicht und Halt?

Fragen in der Beziehung: Was brauchen meine PatientInnen von mir? Welche Gefühle und Reaktionen nehme ich bei ihnen wahr? Welche Bedürfnisse zeigen sich, welche werden überspielt/verdrängt? Kann die Person für sich Verantwortung übernehmen? Wie geht sie mit Entscheidungsfindung um? Wie wirkt sich die Gesamtsituation auf das Befinden meiner PatientInnen aus? Wie geht es meinen PatientInnen in ihrem jeweiligen Beziehungsgeflecht?

Fragen im gesellschaftlichen Kontext: Was muss ich an Vorschriften einhalten? Was will ich um meiner selbst willen, was kann mein gerechter Beitrag zu dem gemeinsamen Ziel der Krisenbewältigung sein? Welche Beeinträchtigung meiner Arbeit bin ich bereit auszuhalten? Welche finanziellen Einbußen kann ich tragen? Was sind meine Grenzen?

1 Arousal bezeichnet den allgemeinen Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems, charakteristische Merkmale sind unter anderem Aufmerksamkeit, Wachheit und Reaktionsbereitschaft (König 2000).

auf Fragen wie z.B.: Mit welchen persönlichen Eigenschaften und Mitteln des Verhaltens wird eine günstige therapeutische Haltung auch in schwierigen Situationen aufrechterhalten? Was stört den therapeutischen Kontakt? Auch wenn diese Antworten noch ausstehen, hat jede TherapeutIn schon jetzt die Möglichkeit und die Verantwortung, ihre eigene Arbeit beziehungsorientiert zu reflektieren. So paradox es klingen mag: Unter den aktuellen Kontaktbeschränkungen braucht es Kontakt, Kontakt, Kontakt!

: LITERATUR

Arnold, R. (2007). *Ich lerne also bin ich*. Heidelberg: Auer

Asay, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble M.A., Duncan B.L. & Miller S.D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (41-81). Dortmund: Modernes Lernen

Buber, M. (1984). *Ich und Du*. München: Random House

Dehn-Hindenberg, A. (2008). *Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) (2020). *Videobehandlung/Teletherapie und telefonische Beratung. Alternative Versorgung in Zeiten der Corona-Pandemie*. www.dbl-ev.de/service/meldungen/meldung/news/videobehandlungteletherapie-und-telefonische-beratung/ (09.06.20) und https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/2_Empfehlungen_Sars_200318_1800.pdf (09.06.2020)

SUMMARY. Therapeutic relationship in crisis during the crisis? Thoughts in times of Corona

The Corona crisis confronts relationship-based speech therapy with the challenge of dealing responsibly with appropriate means, that in particular reduce closeness and distance as well as physical contact. On the basis of the first publications on the topic of working relationships in speech therapy, the authors reflect on the various "tools and conditions" that may or may not appear possible in corona pandemic. They ask the question: Do we now have a "relationship crisis" in speech therapy?

KEY WORDS: therapeutic relationship – therapeutic alliance – contact – speech therapy – corona – covid-19 – mouth guard – distance – teletherapy

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 55 (4), 316-340

Göldner, J. (2016). *Die Beziehung zwischen erwachsenem Patient und Therapeutin in der Sprachtherapie – eine Auseinandersetzung mit Konzepten und Wirkfaktoren im Spiegel der psychotherapeutischen Diskussion*. Bachelorarbeit, Hochschule Osnabrück. Online-Publikation. Idstein: Schulz-Kirchner. www.schulz-kirchner.de/cgi-bin/sk/diploma.pl?F=1&E=29 (09.06.2020)

Göldner J., Hansen H. & Wanetschka V. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes. *Forum Logopädie* 31 (5), 12-19

Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit. Eine qualitative Analyse der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse*. Idstein: Schulz-Kirchner

Hansen, H. (2010). Therapiearbeit – ein konzeptioneller Rahmen für die logopädische Praxisausbildung? *Therapie Lernen* 2, 16-21

Hansen, H. (2018). Qualitativ-naturalistische Forschung als Zugang zur Entwicklung, Analyse und Evaluation sprachtherapeutischer Interventionen. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung* (109-126). Berlin: Springer

Katz-Bernstein, N. (2003). Therapie aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 4. Beratung, Therapie und Rehabilitation* (66-90). Stuttgart: Kohlhammer

Katz-Bernstein, N., Subellok, K., Bahrfeck, K., Plenzke, U. & Weid-Goldschmidt, B. (2002). Die Dimension der doppelten Kommunikation in der Sprachtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 47 (6), 247-256

König, K. (2000). *Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Roth, G. (2014). Buchvorstellung: „Wichtig ist die Bindung. Der Neurobiologe Gerhard Roth erklärt wie das Hirn die Seele macht“. *taz* Bremen Aktuell vom 12.11.2014, S. 24. <https://taz.de/!268988/> (18.06.2020)

Schüßler, I. (1998). Deutungslernen – „Ein Bemühen um die Kommunikation von Deutungssystemen“ in Lehr-Lern-Prozessen. In: Arnold, R., Kade, J., Nolda, S. & Schüßler, I. (Hrsg.), *Lehren und Lernen im Modus der Auslegung. Erwachsenenbildung zwischen Wissensvermittlung, Deutungslernen und Aneignung* (88-113). Baltmannsweiler: Hohengehren

Simpson, S.G. & Reid C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health* 22 (6), 280-299

Wanetschka, V. (2017). *Der therapeutische Dialog*. Bremen: Edition Harve



Vera Wanetschka, Logopädin BSc., Erwachsenenbildnerin M.A., Gestalt-Körper-Therapeutin, personenzentrierte und systemische Beraterin, Dozentin im Bereich Clinical Reasoning – Spezialgebiet interaktives und narratives Reasoning, Mitglied im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“.



Christiane Toepffer-Huttel, Logopädin M.Ed., Psychodramaassistentin, arbeitet seit 25 Jahren in der logopädischen Lehre, zunächst als Leitung in der DAA Fachschule für Logopädie in Bielefeld und ab 2002 als Fachleitung für Stimme in der SRH Fach- und Hochschule in Bonn. Arbeitet im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“ mit.



Verena Nerz, Logopädin, Transaktionsanalytikerin, arbeitet seit 20 Jahren – nach Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation, in einer heilpädagogischen Internatsschule und einem SPZ – als Logopädin, Beraterin und Supervisorin in eigener Praxis in Reutlingen.



Julia Göldner, Logopädin MSc., arbeitet nach ihrer Tätigkeit in verschiedenen logopädischen Praxen aktuell als Dozentin an der SRH Fachschule für Logopädie in Bonn. Daneben engagiert sie sich im Netzwerk „Therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie“.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200501

KONTAKT

Vera Wantschka
Am Distelkamp 2b
28357 Bremen
vera@wanetschka.de