

Logopädische Stimmtherapie in der Gruppe: Aspekte einer Studie

Barbara Widhalm

Zusammenfassung

Um die Effektivität der Anwendung des Konzepts „Logopädische Stimmtherapie in der Gruppe“ empirisch zu untersuchen, wird ein quasi-experimentelles Design mit einer zusätzlichen Untersuchungsgruppe herangezogen. Hierbei stehen den Daten von 18 bzw. 36 nach engmaschigen Kriterien ausgewählten Probanden (von sechs Therapiegruppen) solche einer 15 Personen umfassenden Wartekontrollgruppe gegenüber.

Im Prä-post-Therapie-Vergleich zeigen die Analysen statistisch signifikante Verbesserungen stimmrelevanter Parameter bei den Teilnehmern der Gruppentherapie, während sich die Probanden der Kontrollgruppe tendenziell verschlechtern. Darüber hinaus legt die direkte Beobachtung die Wirksamkeit positiver gruppendynamischer Effekte nahe.

SCHLÜSSELWÖRTER: Logopädische Stimmtherapie – Gruppentherapie – Evaluierung – Effektivität – Eigenwahrnehmung – Kontrollgruppe – Probandenselektion

Einleitung

Im klinischen Alltag findet man eine Reihe unterschiedlicher Ansätze und Methoden zur Behandlung funktioneller Stimmstörungen. Zum überwiegenden Teil gelangen diese in Form der Einzeltherapie zur Anwendung. Im Gegensatz dazu führen – in Anbetracht der geringen Anzahl von Publikationen hinsichtlich Gruppentherapie in der Stimmrehabilitation – Behandlungen im Kollektiv ein Schattendasein. Dieses spiegelt sich auch im Fehlen repräsentativer Studien zur Wirksamkeit von Gruppentherapien wider, wobei sich nach Carding (2000) die Forschungssituation im Bereich der Einzeltherapie ähnlich darstellt.

Von zahlreichen und vielfältigen Vorzügen der Gruppentherapie überzeugt, wurde in Zusammenarbeit mit Elfriede Tillhof das Konzept „Logopädische Stimmtherapie

in der Gruppe“ entwickelt und von 1999 bis 2002 am Landeskrankenhaus Klagenfurt bei 36 Patienten angewandt. Durch Beobachten, Handeln, Erfahren, kritisches Reflektieren und regen Austausch konnte eine fruchtbare Basis entstehen, wachsen und zum Einsatz kommen.

Den Möglichkeiten der Patientenrekrutierung entsprechend wurde die praktische Umsetzung des Konzepts untersucht. Die Beweggründe hierfür lagen einerseits im persönlichen Interesse an der Wirksamkeit, andererseits in sich häufenden, aus verstärktem Kostendruck im Gesundheitswesen resultierenden Forderungen, zweckdienliche Effekte und klinische Relevanz gewählter Behandlungsformen empirisch nachzuweisen (Widhalm, 2002).

Zunehmend wird auch von therapeutischer Seite auf die professionelle – berufsethische



Barbara Widhalm

schloss 1996 ihre Ausbildung zur Diplomierten Logopädin in Wien ab. Berufsbegleitend studierte sie an der Universität Klagenfurt Psychologie, wobei sie spezielles Augenmerk auf die fakultätsspezifischen Vertiefungsangebote „Gruppendynamik“ sowie „Klinisch-psychologische Interventionen und

Psychotherapie“ legte. Den Studienabschluss bildete eine empirische Untersuchung zur Evaluierung logopädischer Stimmtherapie. Derzeit ist Barbara Widhalm mit den Schwerpunkten „Stimme“ und „Neurologische Sprech- und Sprachstörungen“ in freier Praxis und am Landeskrankenhaus Klagenfurt tätig.

und gesellschaftliche – Verantwortung von Therapeuten hingewiesen, Studien zu konstruieren, welche die Effektivität logopädischer Interventionen untersuchen und zur Diskussion stellen, um damit eine selbstkritische Überprüfung und Weiterentwicklung herkömmlicher Behandlungskonzepte zu gewährleisten (vgl. Schrey-Dern & Cholewa, 1998; Engell, 1999; Tesak, 1999; Carding, 2000).

Gruppentherapie

Mangels detaillierter Angaben zu Gruppentherapien in der logopädischen Literatur fließen neben eigenen studiumsbezogenen Erfahrungen in Gruppen strukturelle und gruppendynamische Aspekte aus der Psychotherapie und der Klinischen Psychologie in die Therapieplanung ein.

In diesem Zusammenhang raten Gabriel, Clausen-Söhngen und Heinemann (1983) Logopäden, die häufiger Gruppentherapien durchführen wollen, sich selbst Therapie-

erfahrungen als Teilnehmer einer Gruppe anzueignen, um dadurch eine konkrete Vorstellung vom Befinden des Patienten in der Gruppensituation zu erlangen.

Definition

Wir schließen uns der Auffassung *Gundermanns* (1977, S. 72) an, der eine Gruppe als „stets strukturiert und dynamisch-funktionell intakt“ beschreibt. „Gestaltlose, mechanisch agierende Menschengefüge“, bei denen gegenseitige Interaktionen nicht mehr durchführbar bzw. in ihrer Überzahl nicht mehr überschaubar sind, führen hingegen zur Auflösung des Gruppencharakters.

Der Mensch als soziales, kommunikatives Wesen zeigt das Bestreben, sich in Gemeinschaften wie Familien, Arbeitsgemeinschaften, Verbänden, Gewerkschaften oder Parteien zu organisieren. Diesen „mächtigen Bestimmungsgrund des Menschen, die Gruppenprägung“, (*Benesch*, 1995, S. 290) zieht die Gruppentherapie ins Kalkül.

Einblick in das Konzept

Maßgebende Faktoren für eine stimmtherapeutische Gruppe

- Gesellschaftlicher, institutioneller und räumlicher Therapierahmen
- Frequenz und Dauer der Zusammenkunft
- Behandlungszeitraum
- Teilnehmerzahl (Patienten/Therapeuten)
- Ähnlichkeit persönlicher Teilnehmer-Merkmale (homogen versus heterogen)
- Zugänglichkeit der Gruppe (geschlossen versus offen)
- Therapeutisches Arbeitsbündnis
- Rolle und logopädisches Selbstverständnis der TherapeutInnen
- Vorstellungen von einer idealtypischen Stimmtherapie
- Kontaktfindung
- Kohäsion
- Identifikation
- Projektionsvorgänge
- Verstärkerwirkungen
- Persönliche Spannungsfelder
- Präsenz und aktive Beteiligung ...

„Logopädische Stimmtherapie in der Gruppe“

Die von uns durchgeführte Gruppentherapie stellt einen eigenständigen Behandlungsansatz dar, bei welchem wir versuchen, der Individualität des Einzelnen in höchstmöglichem Maße Rechnung zu tragen. Sie wird folglich weder als Uniformierung noch als Kompromissvariante zur Einzeltherapie verstanden. Zusätzliche, hinsichtlich des Zeitpunkts im Therapieverlauf gezielt angebotene Einzeltherapien gewährleisten eine Betreuung mit personenspezifischen, einvernehmlich gewählten Schwerpunkten, welche die logopädische Therapie zu einem ausgewogenen Behandlungsfluidum werden lassen.

Therapieziel

Als Ziel der Therapie betrachten wir das Aufzeigen, Annähern bzw. Erreichen eines individuellen und optimalen Stimmgebrauchs in der kommunikativen Situation unter Berücksichtigung organischer, funktioneller, psychologischer sowie soziokultureller Faktoren. Die zu erarbeitende Stimmgebung orientiert sich primär an physiologischen, nicht an ästhetischen Aspekten und soll eine leistungsfähige und belastbare Sprechstimme ermöglichen, die den alltäglichen Anforderungen – auch unter Zeitdruck und emotionaler Beanspruchung – Stand hält, dem Patienten erstrebenswert scheint und zu seinem Wohlbefinden beiträgt.

Planung und Zusammenstellung der Gruppe

Die Bildung ausgewogener Gruppen bedarf nach *Stelzig* (1994) großer Erfahrung, diagnostischer Fähigkeiten und therapeutischer Strategien.

Die *Zugänglichkeit* stellt hier eine Möglichkeit dar, die soziale Gestalt der Gruppe zu beeinflussen: Im Fall der *geschlossen* geführten Gruppe nach dem so genannten „Auslesetyp“ wählt die Leitung spezielle Patienten aus, die über einen festgelegten Zeitraum zusammenarbeiten, wobei von vornherein weder Mitglieder in dieser Zeit ausscheiden, noch neue hinzukommen. Bei der *offen* geführten Form des „Familientyps“ können hingegen – einem Familienverband ähnlich und den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend – neue Mitglieder die Gruppe erweitern, alte sie verlassen (*Petersen*, 1980).

Für die logopädische Stimmtherapie in der

Gruppe ergibt sich unserer Auffassung nach aufgrund der sich stetig aufbauenden Inhalte ausschließlich die Möglichkeit einer geschlossenen Formation mit strenger Auslese. Nach *Heigl-Evers* und *Heigl* (1995) wird bei diesem Typus die Entstehung von Kohäsion gefördert, ein hohes Maß an Konstanz gesichert und wechselseitiges Vertrauen ermöglicht.

Der *Grad der Ähnlichkeit wichtiger persönlicher Merkmale der Mitglieder* bildet ein weiteres Planungskriterium: *Heigl-Evers* und *Seidler* (1993, zitiert nach *Heigl-Evers & Heigl*, 1995) beschreiben für psychotherapeutische Gruppen *homogener* Art eine starke Ausprägung der Schicksalsanteiligkeit (zur Akzeptanz der Störung) und damit das vermehrte Angebot wechselseitiger Identifikation, wohingegen in *heterogenen* Gruppen das Element der Konfrontation mit dem Andersartigen, der Verschiedenheit, hervortritt. Bei heterogenen Merkmalen warnen *Heigl-Evers* und *Heigl* (1995) allerdings vor einer Singularität von Andersartigkeit gegenüber der Gruppenmehrheit, die das Gruppengeschehen gefährden könnte. Bei der beschriebenen Form stimmtherapeutischer Arbeit versuchen wir – neben den nachfolgend aufgelisteten Indikationskriterien – hinsichtlich Vorkenntnissen in Stimmbildung oder Sprechtechnik eine homogene, in den Aspekten Alter, Bildungsstand und „Schichtzugehörigkeit“ eine möglichst heterogene Auswahl zu treffen.

Die Komposition der Gruppe beeinflusst entscheidend das Entwicklungspotenzial im Kollektiv und den Therapieverlauf. Daraus leitet sich die Bedeutung der Indikationsfrage und folglich die Notwendigkeit ab, klare Indikationskriterien für eine Gruppenteilnahme zu installieren. Bleiben hingegen Auswahlkriterien unberücksichtigt oder kommt es in der Patientenauswahl zu Kompromissen, die beispielsweise auf Zeitmangel oder nicht geeignetem Patientengut basieren, können sich diese unter anderem hinsichtlich Motivation, Übungsintensität oder Anwesenheitsfrequenzen ungünstig auswirken.

Die vorgenommene Selektion hat jedoch nicht nur gruppenspezifischen und therapeutischen, sondern im Hinblick auf die Effektivitätsuntersuchung auch hohen methodischen Stellenwert.

Setting

Um möglichst vielen Patienten bei gewähr-

leisteter Überschaubarkeit logopädische Therapie anbieten zu können, wird die Patientenzahl mit sechs festgelegt.

Im Rahmen des Konzepts betreuen die Gruppe durchgehend zwei Logopäden, wodurch sich der Handlungsrahmen erheblich erweitert und die Betreuungsdensität erhöht wird. Wir verstehen uns in ganzheitlicher, dynamischer Sichtweise als „Begleiter“ mit partnerschaftlichem Grundverständnis und versuchen, die Therapie in den gemeinsamen Kommunikationsprozess zu integrieren (vgl. Grohnfeldt, 1994).

Nach einer phoniatischen und logopädischen Eingangsdiagnostik, einem Erstgespräch und einer logopädischen Beratung (nach einem definierten Leitfaden) folgen zwölf 90-minütige Therapiesitzungen, die einmal wöchentlich im ambulanten Rahmen stattfinden sollten. Da bei den ersten beiden Gruppen um die achte Sitzung (wieder) verstärkt (Stimm-)Beschwerden im Feedback beschrieben und gleichzeitig Wünsche nach einer Weiterführung über den vereinbarten Behandlungszeitraum hinaus geäußert wurden, veranschlagen wir für die Folgegruppen eine dreiwöchige Therapiepause nach der achten Einheit. So können die Patienten über einen insgesamt längeren Zeitraum betreut werden. Überdies ergibt sich nochmals ein Mehr an Übungsmöglichkeiten und Erprobungsräumen zugunsten eines positiven Alltagstransfers. Als Folge der Therapiepause meinen wir, eine größere Gelassenheit vor dem nahenden Behandlungsende und ein verstärktes Gefühl der Sicherheit im Umgang mit der eigenen Stimme gegen Therapieende beobachtet zu haben.

Die Stimmarbeit in der Gruppe benötigt im Vergleich zur Einzeltherapie aufgrund der wesentlich höheren Komplexität des

Beobachtungs- und Interaktionsfeldes und der damit verbundenen stärkeren (auch emotionalen) Belastung deutlich längere Vor- und Nachbereitungszeiten. Heinemann und Gabriel (1981) gehen in diesem Kontext sogar soweit, einen nicht genauestens geplanten Therapieablauf als geradezu verhängnisvoll für eine erfolgreiche Gruppentherapie zu beschreiben.

Inhalte

Wie bei räumlichen, zeitlichen sowie organisatorischen Rahmenbedingungen nimmt auch bei der Vermittlung von Inhalten das Schaffen einer Grundstruktur einen höheren Stellenwert ein, womit wir uns der Auffassung Haupts (1987) anschließen, nach welcher sich auf dem handwerklichen Boden einer klaren Struktur die therapeutische Kunst der Empathie zum Wohle des Patienten entfalten kann.

Im Zuge der einzelnen Gruppensitzung bildet ein nahezu konstanter Aufbau den Interaktionsrahmen für das Gruppengeschehen. Dieser lässt sich durch einen Überblick über Themenbereiche, eine „Feedback-Runde“, Einstiegs- und weiterführende Übungen mit theoretischen und praktischen Anteilen, einer Übungsempfehlung für die Folgeweche und einer Übung mit Abschluss-Charakter skizzieren.

Inhaltlich greifen wir auf eine Methodenkombination zurück, die sich auf die von Schwarz, Stengel und Strauch (1998) beschriebene, allgemein gültige Basis logopädischer Stimmtherapie mit den Bereichen Persönlichkeit, Intention, Tonus, Atmung, Phonation und Artikulation stützt.

Methodik der

Untersuchung

Primär stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß das beschriebene Konzept wirkt bzw. das Therapieziel erreicht wird. Um hier eine Aussage treffen zu können, wird parallel zu jenen 18 bzw. 36 Therapieteilnehmern eine Kontrollgruppe mit 15 Probanden, denen aus Kapazitätsgründen vorerst keine Therapie angeboten werden kann, geführt. Die Personen der Kontrollgruppe, auf welche ebenfalls die Indikationskriterien zutreffen, bilden eine so genannte „Wartekontrollgruppe“, da sie im Anschluss an die Diagnostik und das Beratungsgespräch auf die Warteliste gesetzt werden. Die Entscheidung, wer in die Therapie- und wer in die Kontrollgruppe aufgenommen wird, ergibt sich ausschließlich durch die Möglichkeit jedes einzelnen Dysphonikers, den Therapietermin wahrzunehmen.

Über das Kontrollgruppen-Design hinaus wird nach den Empfehlungen Blacks (1996), Jacobis und Kosfelders (1999) mit der Reduktion bzw. Kontrolle weiterer Störeinflüsse anhand strenger Kriterien zur Patientenselektion die Aussagekraft der Untersuchung zusätzlich erhöht.

Eine Beschreibung einer möglichen statistisch signifikanten Veränderung nach Therapieende kann nur dann erfolgen, wenn für jede Fragestellung (Hypothese) vorab in einem Querschnitt-Vergleich festgestellt wird, ob sich Therapie- und Kontrollgruppe bezüglich der erfragten Variable vergleichen lassen (s. Abb. 2).

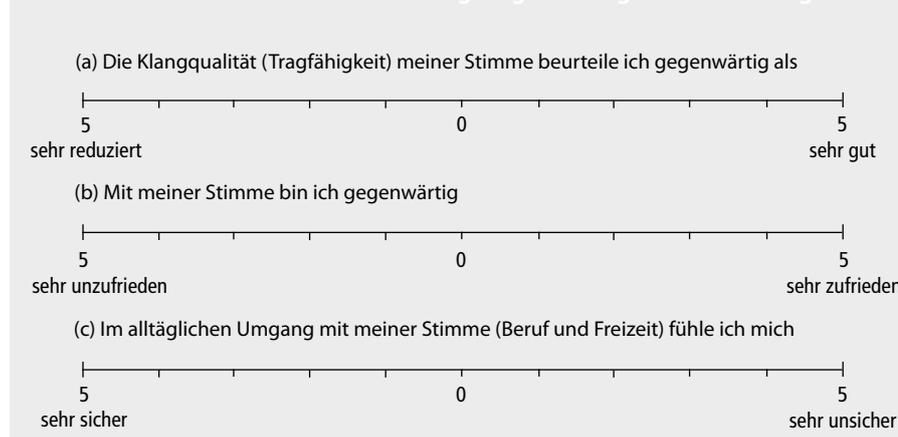
Der Fokus der Erhebung richtet sich auf eine videostroboskopische Untersuchung, ein umfassendes Set standardisierter logopädischer Parameter sowie auf eine Selbsteinschätzung der Probanden mittels qualitativer und quantitativer Fragebögen. Im Rahmen dieses Artikels werden aus den über 50 erhobenen Items exemplarisch drei quantitativ erfasste Fragestellungen zur Eigenwahrnehmung der Teilnehmer vorgestellt (s. Abb. 1).

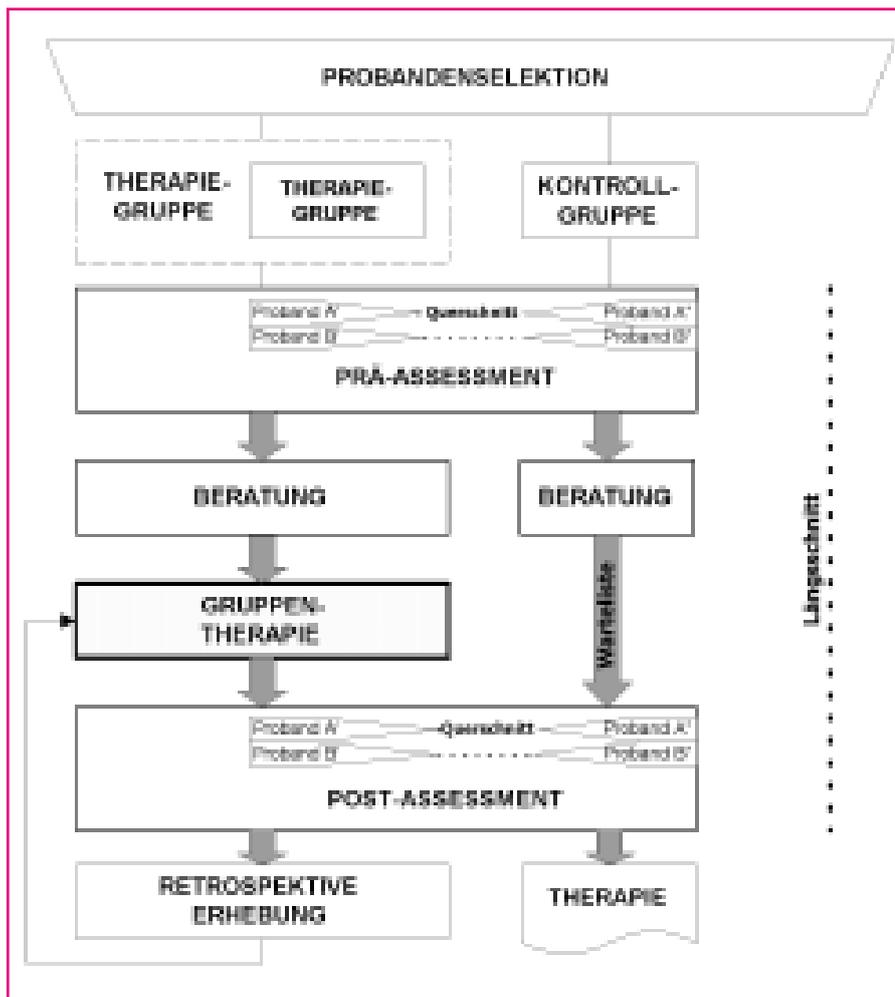
Probandenselektion

Durch die im Folgenden aufgelisteten Indikationskriterien reduziert sich die Patientenzahl von 140 weiblichen Dysphonikern auf 51 Studienteilnehmer.

► Erstes Indikationskriterium stellt das **Hörvermögen** dar. Dieses soll weitgehend intakt sein, um Hörschulung und audio-

Abb. 1: Ausschnitt aus einem Fragebogen zur Eigenwahrnehmung





phonatorische Rückkopplung zu gewährleisten.

► In Bezug auf das **Störungsbild** eignen sich Stimmkranke mit dem klinischen Bild einer gering- bis mittelgradig funktionellen Dysphonie, wobei wir infolge des häufigen Vorkommens den Schwerpunkt im hyperfunktionellen Formenkreis setzen.

► Aufgrund des hohen Bedarfs, Beeinträchtigungen im Berufsalltag und einem damit oftmals verbundenen Moment der Existenzgefährdung werden Berufstätige im **Alter** von 23 bis 55 Jahren in die Gruppen aufgenommen.

► Organisatorische Überlegungen einerseits und das höhere Vorkommen funktioneller Dysphonien bei Frauen (Egger, Freidl & Friedrich, 1992) andererseits, führen bezüglich **Geschlecht** zum Entschluss, eine Gruppenteilnahme lediglich Frauen anzubieten.

► Da aktives wie auch passives Rauchen eine nachhaltige Schleimhautschädigung bedingt und deshalb als Noxe für den

Stimm- und Sprechapparat gilt (Friedrich, Bigenzahn & Zorowka, 2000), betrachten wir hinsichtlich **Genussmittel** ausschließlich Personen, bei welchen kein Nikotinabusus besteht, als für Stimmtherapie mit den von uns vorgesehenen Bedingungen geeignet.

► Weitere essentielle Voraussetzung für eine Gruppenteilnahme bilden **Persönlichkeitsmerkmale** wie Verbalisations- und Beziehungsfähigkeit, Bereitschaft zur Übernahme von Mitverantwortung für den gewählten Therapierahmen sowie intellektuelle Voraussetzungen für das Verständnis grundsätzlicher, die Kommunikation betreffende Zusammenhänge. Sollte sich im Erstgespräch bei Dysphonikern das Bild eines ausgeprägten psychogenen Charakters (wie eine Dysphonie vor dem Hintergrund einer Depression) oder psychische Instabilität vermuten lassen, betrachten wir auch diese Patientengruppe als in der logopädischen Gruppentherapie nicht adäquat behandelbar.

► Um potenzielle logopädieunspezifische

Wirkfaktoren wie **alternative Behandlungsformen** zu reduzieren, werden Dysphoniker, bei welchen Psychotherapie indiziert ist, sowie Patienten, die Medikamente zur (indirekten) Stimmverbesserung (wie eine medikamentöse Behandlung eines gastrooesophagealen Reflux) einnehmen, ausgeschlossen.

► Die **Motivation**, der ernsthafte Wille, etwas verändern zu wollen oder – in den Worten *Spiecker-Henkes* (1994) – die nachhaltige Bereitschaft, sich auf den Therapieprozess einzulassen, gilt als weiteres Aufnahmekriterium. Die Bedeutung der initialen Motivation für den Therapieverlauf belegt auch die Studie über Therapieabbrecher in geschlossenen, psychotherapeutischen Gruppen von *Kordy und Senf* (1992), wonach sich die durch den Interviewer gewonnene globale Einschätzung der Motivation als der, relativ gesehen, beste Prädiktor für eine Therapiefortführung bzw. einen -abbruch erweist.

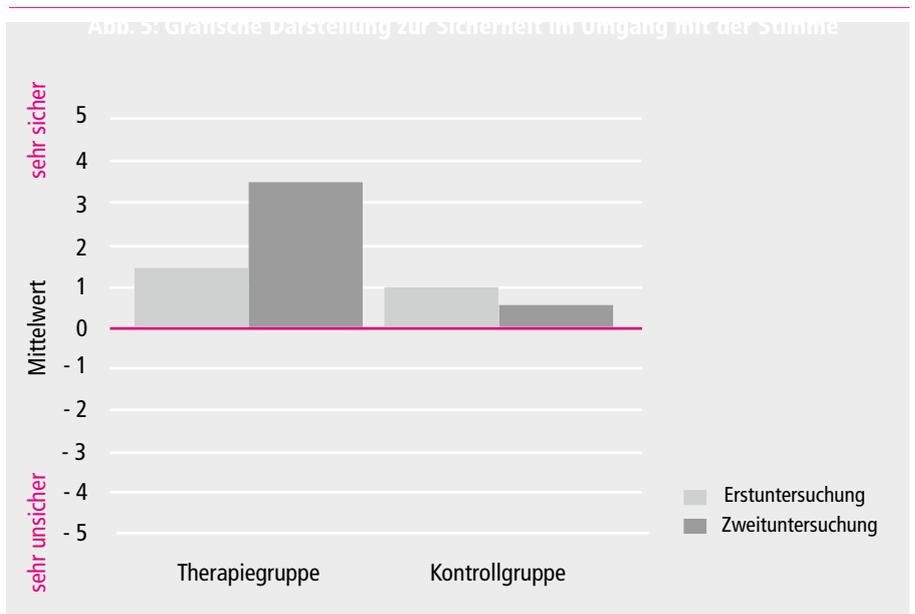
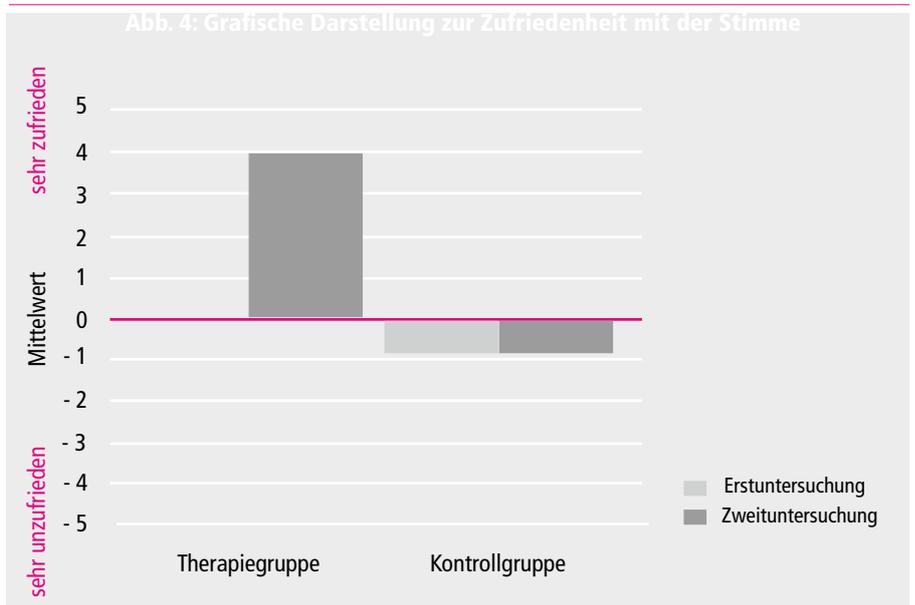
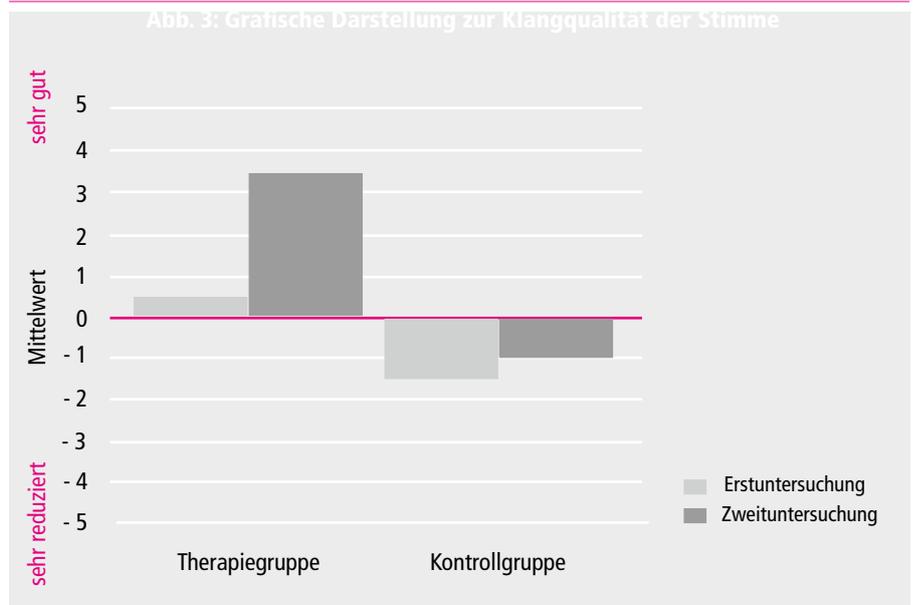
► Abschließend sei darauf hingewiesen, dass Patienten trotz der Alternative einer Einzeltherapie eine **aktive Entscheidung für das Gruppensetting** zu treffen haben.

Auswertung

Werden Therapie- und Kontrollgruppe hinsichtlich eines Merkmals (z. B. „Zufriedenheit mit der Stimme“) untersucht, so lassen sich gegebenenfalls Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen. Hier ist von Interesse, inwieweit diese zufällig oder aber signifikanter Natur sind. Um diese Fragestellung mittels Stichproben zu prüfen, kommen Signifikanztests (F-Test, T-Tests, Mann-Whitney-U-Test) in computerunterstützter Form zum Einsatz. In Anlehnung an die Empfehlung von *Bortz und Lienert* (1998) wird das Signifikanzniveau mit 0.05 festgelegt – das bedeutet, dass die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % liegt. Infolgedessen ist bei Werten unter 0.05 ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen gegeben.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zu den Fragen nach a) der Eigenwahrnehmung der Klangqualität der Stimme, b) der Zufriedenheit mit der Stimme sowie c) dem Gefühl der Sicherheit im alltäglichen Umgang mit der Stimme sind anhand von Säulendiagrammen veranschaulicht. Während auf der Abszisse



die Messzeitpunkte vor und nach der Behandlung bei den Vergleichsgruppen aufgetragen sind, wird der zwischen -5 und +5 liegende Bereich der Antwortoptionen auf der Ordinate grafisch dargestellt. Hier lassen sich ausschließlich errechnete Mittelwerte aus den jeweiligen Teilnehmergruppen ablesen, d. h. einzelne Angaben der Teilnehmer können über, andere wiederum unter den abgebildeten Werten liegen.

a) Eigenwahrnehmung der Klangqualität der Stimme

Da sich bereits zur Erstuntersuchung Therapie- und Kontrollgruppe in den Angaben zur empfundenen Klangqualität aus Sicht der Teilnehmer voneinander unterscheiden (Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Signifikanz: 0.046), können mögliche Therapieeffekte bezüglich der Klangqualität im Rahmen dieser Erhebung nicht eruiert werden. Dennoch lassen sich im Prä-post-Vergleich deutlich voneinander abweichende Mittelwerte erkennen (s. Abb. 3).

b) Zufriedenheit mit der Stimme

Im Verlauf des Untersuchungszeitraums steigert sich von einer ähnlichen Ausgangslage beider Gruppen (Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Signifikanz: 0.456) die Zufriedenheit mit der Stimme bei der Therapiegruppe in einem statistisch signifikanten Ausmaß (Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Signifikanz: 0.000) (s. Abb. 4).

c) Sicherheit im alltäglichen Umgang mit der Stimme

Während sich bei der Ersterhebung Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen im ähnlichen Ausmaß im alltäglichen Umgang mit der Stimme (un)sicher fühlen (Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Signifikanz: 0.863), steigt das Gefühl der stimmlichen Sicherheit bei Patienten der Therapiegruppe nach dem Behandlungszeitraum statistisch signifikant an (Mann-Whitney-U-Test, zweiseitige Signifikanz: 0.002) (s. Abb. 5).

Interpretation

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Stimme zeigt sich bei den Gruppenteilnehmern durch die Therapie ein deutlicher Anstieg. Bei der Bedeutung der Zufriedenheit schließen wir uns *Middeldorf*

(1987) an, welcher die Meinung vertritt, nur dann von einem Therapieerfolg sprechen zu können, wenn die Unzufriedenheit mit der Stimme beseitigt bzw. die Zufriedenheit erhöht wird.

Zwar liegen bezüglich der Eigenwahrnehmung der Klangqualität keine statistisch verwertbaren Daten vor, so zeigt die Untersuchung dennoch, dass die Korrelation zwischen empfundener Klangqualität und Zufriedenheit mit der Stimme über den Behandlungszeitraum hinweg zunimmt. Im Gegensatz dazu verringert sich der Zusammenhang genannter Parameter bei der Kontrollgruppe. Das Phänomen der gesteigerten Korrelation bei der Therapiegruppe begründet sich vermutlich neben einem verbesserten Stimmgebrauch in einem positiver, lustvoller und klarer besetzten Selbstbild der eigenen Stimme, das sich im Zuge der logopädischen Arbeit entwickelt hat. Potenzielle konfuse Vorstellungen zur Stimmgebung lassen sich systematisieren, Verunsicherungen im alltäglichen Umgang mit der Stimme werden reduziert und treten ferner in einer erhöhten Korrelation zwischen Klangqualität und Zufriedenheit mit der Stimme in Erscheinung.

Besondere Bedeutung erlangen die gesteigerte Zufriedenheit mit der Stimme und die verstärkte Sicherheit im Umgang mit derselben im Blickpunkt des angestrebten, holistischen Therapieansatzes.

Resümee

Aus der Summe aller untersuchten Items geht hervor, dass die erfolgte ganzheitlich orientierte und multifaktorielle Vorgehensweise im Rahmen der erörterten Therapievariante für die Patienten entscheidende positive Veränderungen bewirkt, welche über die Stimmfunktion hinaus reichen. Diese werden auf eine hohe Effektivität des Konzepts und dessen Umsetzung zurückgeführt. Durch den erbrachten Wirksamkeitsnachweis könnte die „Logopädische Stimmtherapie in der Gruppe“ auch für Krankenkassen und andere Gesundheitsträger – und damit für die Öffentlichkeit – von Interesse sein.

Unserer persönlichen Erfahrung nach scheint unter Berücksichtigung der formulierten Indikationskriterien, bei sorgfältiger Vor- und Nachbereitung und einer sich positiv entwickelnden Gruppendynamik die beschriebene Therapieform effizienter als die Einzeltherapie zu sein. Diese Hypothese müsste allerdings erst in einem Effektiv-

tätsvergleich untersucht werden. Weitere sinnvolle Perspektiven für eine Fortführung dieser Evaluierung wären eine Ausweitung des Stichprobenumfangs sowie katamnestische Untersuchungen zur Überprüfung der Stabilität des Therapieerfolgs.

Benesch, H. (1995). *Enzyklopädisches Wörterbuch. Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Black, N. (1996). Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care? *British Medical Journal* 312, 1215-1218

Bortz, J. & Lienert, G. A. (1998). *Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer

Carding, P. (2000). *Evaluating Voice Therapy. Measuring the Effectiveness of Treatment*. London: Whurr Publishers

Egger, E.; Freidl, W. & Friedrich, G. (1992). *Psychologie funktioneller Stimmstörungen*. Wien: Orac

Engell, B. (1999). Logopädie: Veränderte Anforderungen an die Therapie von sprach-, sprech- und stimmungsgestörten Patienten. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz: Plädoyer für eine Hochschulausbildung. Denkschrift (37-40)*. Idstein: Schulz-Kirchner

Friedrich, G.; Bigenzahn, W. & Zorowka, P. (2000). *Einführung in die medizinischen, psychologischen und linguistischen Grundlagen von Stimme, Sprache und Gehör (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.)*. Bern: Huber

Gabriel, H.; Clausen-Söhngen, M. & Heinemann, M. (1983). Inhaltlich methodischer Aufbau einer intensiven Gruppentherapie bei Stimmstörungen. *Sprache - Stimme - Gehör* 7, 128-132

Grohnfeldt, M. (1994). Merkmale der pädagogischen Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie: Band 1, Grundlagen der Sprachtherapie (13-31)*. Berlin: Marhold

Gundermann, H. (1977). *Die Behandlung der gestörten Sprechstimme: kommunikative Stimmtherapie. Kritik, Theorie, Praxis*. Stuttgart: Fischer

Haupt, E. (1987). Integrative Stimmtherapie. Ein Konzept nach Gundermann. In: Gundermann, H. (Hrsg.), *Aktuelle Probleme der Stimmtherapie (83-104)*. Stuttgart: Fischer

Heigl-Evers, A. & Heigl, F. S. (1995). Die Gruppentherapie und ihr Rahmen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31, 91-109

Heinemann, M. & Gabriel, H. (1981). Intensive Gruppentherapie bei Stimmstörungen – Erfahrungen und Richtlinien. *Sprache - Stimme - Gehör* 5, 164-166

Jacobi, F. & Kosfelder, J. (1999). Psychotherapieforschung. In: Jacobi, F. & Poldrack, A. (Hrsg.), *Klinisch-psychologische Forschung: ein Praxis-Handbuch (245-266)*. Göttingen: Hogrefe

Kordy, H. & Senf, W. (1992). Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 42, 127-133

Middeldorf, V. (1987). Die Stimmstörung – ein Phänomen, das drei Konstituenten besitzt. Ein sprachheilpädagogischer Beitrag zur Einführung und Kennzeichnung eines didaktischen Ansatzes für die Stimmtherapie. In: Gundermann, H. (Hrsg.), *Aktuelle Probleme der Stimmtherapie (165-182)*. Stuttgart: Fischer

Petersen, P. (1980). Überblick über die Gruppenarbeit

in der Psychiatrie. In: Kayser, H. et al. (Hrsg.), *Gruppenarbeit in der Psychiatrie: Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) (33-67). Stuttgart: Thieme

Schrey-Dern, D. & Cholewa, J. (1998). *Ziele und Methoden in der logopädischen Effektivitätsforschung*. Forum Logopädie 2, 42-44

Schwarz, V.; Stengel, I. & Strauch, T. (1998). Logopädische Therapie bei Stimmstörungen. In: Böhme, G. (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen* (131-166). Stuttgart: Fischer

Spiecker-Henke, M. (1994). Logopädische Behandlung von Stimmstörungen. In: Biesalski, P. & Frank, F. (Hrsg.), *Phoniatrie - Pädaudiologie: Band 1, Phoniatrie* (250-269). Stuttgart: Thieme

Stelzig, M. (1994). Stationäre Stimmtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie: Band 7, Stimmstörungen* (237-269). Berlin: Marhold

Tesak, J. (1999). Der gegenwärtige Stand der Logopädie-Ausbildung in Deutschland. In: Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (Hrsg.), *Logopädie braucht wissenschaftliche Kompetenz: Plädoyer für eine Hochschulausbildung*. Denkschrift (11-16). Id-

stein: Schulz-Kirchner

Widhalm, B. (2002). *Logopädische Stimmtherapie in der Gruppe. Darstellung, Evaluierung und Effektivität eines Konzepts zur Behandlung funktioneller Dysphonien*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Klagenfurt

Autorin

Barbara Widhalm
Mühlgasse 2/816
A-9020 Klagenfurt
Barbara.Widhalm@gmx.at

Summary

This paper investigates a group-therapy approach for voice treatment. 36 voice patients in 6 groups are compared to 15 matched patients without group treatment. Pre-post-treatment comparison shows a significant positive outcome for the group treatment, while untreated patients show even slight deterioration of symptoms. In addition, positive psycho-social effects resulting from the group situation are reported.

KEY WORDS: voice disorders – voice treatment – group therapy – psycho-social effect – efficiency