

Einblicke und Durchblicke

Die Einwegscheibe in klinischen (Ausbildungs-)Settings¹

Katja Subellok, Ilka Winterfeld

ZUSAMMENFASSUNG. Mitschauräume mit Einwegscheiben gehören zur Standardausstattung klinisch-therapeutischer Ausbildungseinrichtungen. Sie bieten vielfältige methodische Optionen beispielsweise für die Anleitung von Studierenden oder die Elternberatung. Allerdings ist ihr verantwortungsvoller, reflektierter und schlussendlich ethisch vertretbarer Einsatz gerade zum Schutz der behandelten Kinder und Jugendlichen bzw. der Eltern unverzichtbar. In diesem Beitrag werden ethische Prinzipien der klinischen Praxis und des Lehrens betrachtet sowie die Position des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums (SPA) der Technischen Universität Dortmund zu dieser Thematik und die dortigen Nutzungsmodalitäten der Einwegscheibe vorgestellt.

Schlüsselwörter: Einwegscheibe – psychologische Ethik – „Safe-Place-Konzept“ – geschützte (Nicht-)Beobachtung

Einleitung: Wer wird schon gerne beobachtet?

„Sie werden beobachtet!“ Welches Gefühl löst das bei uns aus? Bleiben wir gelassen, verspüren wir Unsicherheit oder Rückzugstendenzen? Sicher werden wir häufiger, als wir es selbst merken, intentional beobachtet. Versteckte Kameras und verdeckte Beobachtungsmöglichkeiten sind im öffentlichen Leben allgegenwärtig. Diese Überwachungen sind ein brisantes politisches Thema; von gläsernen Menschen ist die Rede und dem Ende der Privatsphäre (Schaar 2007).

Für Zielpersonen unbemerkte Beobachtungen können auch über Einwegscheiben erfolgen. Hierbei handelt es sich um präparierte Glasscheiben, durch die nur in eine Richtung

gesehen werden kann. Auf der anderen Seite ist eine Spiegeloberfläche. Bekannt sind sie aus Kriminalfilmen bei der Gegenüberstellung von Tätern und Zeugen. In Supermärkten gibt es oft hinter Spiegelscheiben verdeckte Beobachter des Kundenverkehrs oder in Assessment-Centern zur Kontrolle von BewerberInnen.

Im klinischen Bereich wurde der effektive Nutzen der Einwegscheibe 1967 von *Fulweiler* entdeckt und als Element „typisch-familientherapeutischer Arbeitsweise“ (*Retzlaff* 2008, 373) elaboriert. Heute ist die Einwegscheibe ein etabliertes „Behandlungs- und Forschungsinstrument“ (ebd.), das in der



Auch die Kinder werden über die Funktion der Einwegscheibe informiert

Priv.-Doz. Dr. Katja Subellok

(Diplom-Pädagogin, Sonderpädagogin, Sprachtherapeutin) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Sprache und Kommunikation der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der Technischen Universität Dortmund. Seit 2008 leitet sie das dortige Sprachtherapeutische Ambulatorium. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: selektiver Mutismus, Stottern, Beratung und Angehörigenarbeit, Supervision, Therapedidaktik.



Dipl.-Rehapäd. Ilka Winterfeld

(Sprachtherapeutin) absolvierte 2007 ihr Studium an der Technischen Universität Dortmund. Sie arbeitet in einer logopädischen Praxis mit dem Schwerpunkt Kindersprachtherapie und ist seit 2009 als Sprachtherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sprachtherapeutischen Ambulatorium an der Technischen Universität Dortmund tätig.



klinischen Ausbildung (wie etwa Logopädie/Sprachtherapie) in vielen Hochschulen zum Einsatz kommt (*Jansen & Bilda* 2011).

Auch im Sprachtherapeutischen Ambulatorium (SPA), eine Praxis- und Forschungseinrichtung der Fakultät Rehabilitationswissenschaften an der TU Dortmund, sind Mitschauräume und Einwegscheiben unverzichtbare Elemente (*Subellok & Bahrfleck-Wichitill* 2005). Wöchentlich werden hier rund 30 Kinder von acht Sprachtherapeutinnen behandelt, Studierende ausgebildet und klinische Forschungsprojekte durchgeführt. Die komplexe Arbeit einer solchen Einrichtung und gerade die Nutzung der Einwegscheibe erfordern besondere ethische Verbindlichkeiten im Kontakt mit den Kindern, Familien und auch Studierenden. Allgemeine

¹ Dank an Dr. Ulrike de Langen-Müller für den thematischen Impuls

ethische Prinzipien, wie sie etwa im „Code of Ethics“ (APA 2010) festgehalten sind, werden im SPA über das „Safe-Place“-Konzept (Katz-Bernstein 1996) realisiert. Es bildet die Basis einer gemeinsamen ethischen Haltung und ist für eine verantwortungsvolle Arbeit mit der Einwegscheibe leitend. Gleichwohl variiert deren jeweilige Nutzung abhängig von individuellen Sichtweisen sowie fallspezifischen Aspekten. Anhand eines informellen ad-hoc-Fragebogens wurde das Team gefragt: Welche Nutzung der Einwegscheibe wird innerhalb welcher Kontexte und hinsichtlich welcher Zielgruppen praktiziert? Wie erleben sich die Therapeutinnen selbst in der Beobachtungssituation: Wie empfinden sie es, von anderen beobachtet zu werden? Forschungsbezogene Anwendungsoptionen blieben hier explizit unberücksichtigt. Das Resultat der Team-Befragung gibt einen praxisnahen Einblick in den variantenreichen Einsatz der Einwegscheibe in klinischen Settings. Das SPA-Team nutzte sie zur kritischen Reflexion der jeweiligen Modalitäten. Das Diskussionsprodukt erscheint interessant genug, der Fachöffentlichkeit vorgestellt zu werden. In der narrativen Präsentationsform mit wörtlichen Zitaten spiegelt sich die subjektive Note unserer Position wider, mit der wir wiederum zur – subjektiven – Reflexion ähnlich tätiger Fachpersonen anregen möchten.

Der „Safe Place“ als ethische Haltung und Handlungsdisposition

Ethische Haltung

Mitte des 20. Jahrhunderts etablierte sich für Forschung, Lehre und klinisch-psychologische Praxis die „psychologische Ethik“ (Felnhöfer et al. 2011, 18). Geprägt von medizinischen Regelwerken wie dem *Nürnberger Kodex* (1947), der *Deklaration von Helsinki* (1964) und dem *Belmont Report* (1976) findet sie ihren Niederschlag etwa im „Code of Ethics“ (APA 2010) und „Meta-Code of Ethics“ (EFPA 2005). So sind TherapeutInnen „dazu verpflichtet, in der praktischen Ausübung (des) Berufes zu jeder Zeit ein Höchstmaß an ethisch verantwortlichem Verhalten anzustreben“ (DGP & BDP 2005, 7). Für den hier thematisierten Kontext sind ethische Prinzipien für die *klinische Praxis* und die *Lehre* anzuführen (s. Abb. 1).

Diese Prinzipien konkretisieren sich im SPA über das „Safe-Place“-Konzept. Nach Katz-Bernstein steht ein „Safe Place“ (symbolisch) für „einen sicheren, abgegrenzten, geborgenen Raum (...), in dem man sich allein und unbeobachtet, jedoch geschützt und von außen ungefährdet weiß“ (Katz-Bernstein 1998, 12). Ein solcher – für jeden Menschen

essentieller – Raum schafft basale Voraussetzungen für Entwicklungsprozesse überhaupt sowie für die Entfaltung von Kreativität. Ihn therapeutisch explizit zu machen, ist Kerngedanke des Konzeptes. Seinen Niederschlag findet er im – hier nicht vertieften – therapedidaktischen Vorgehen (z.B. Subellok & Bahrfleck-Wichitill 2007) sowie in einer ethischen Haltung und Handlungsdisposition der Fachpersonen (Subellok et al. 2012).

In der „Safe-Place“-Atmosphäre für alle Beteiligten (TherapeutInnen, Kinder, Eltern, kooperierende Fachleute, Studierende) ist die Betrachtung der Beziehungsebene zentrales Moment: Vertrauensvolle (professionelle) Beziehungen entstehen dann, wenn Vertrauen geschenkt, das Gegenüber respektiert wird und jeder von der professionellen Leistung, aber auch der menschlich-empathischen Haltung der Beteiligten überzeugt ist. Ausgangspunkt ist der eigene geschützte Raum der Fachperson. Er wird durch äußere (z.B. institutionelle Rahmenbedingungen, Kollegialität) und innere Faktoren (z.B. Erfolgsdruck, Professionsempfinden) bestimmt. Je stärker der eigene Raum als geschützt erlebt wird, desto eher wird es auch gelingen, einen „Safe Place“ für beteiligte Dritte zu schaffen.

Auch im Therapieschehen wird der „Safe Place“ von einer sicheren Beziehung getragen. Diese etabliert sich durch ein feinfühliges Verhalten der TherapeutIn, die sich z.B. für die Befindlichkeiten des Kindes öffnet und seinem Verhalten einen subjektiven Sinn unterstellt. Auf dieser Basis kann sich das Kind auf die TherapeutIn einlassen, Vertrauen in seine Fähigkeiten entwickeln und sich zunehmend selbstwirksamer erleben. Dabei wird der Beziehungsaufbau nur sukzessive entlang der kindlichen Bereitschaft erfolgen. Diese wird dann wachsen, wenn das Kind kontinuierlich Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit erfährt. Auch geben klare räumliche und zeitliche Strukturen sowie ritualisierte Vorgehensweisen Sicherheit im Setting und in der Beziehung. Das Kind wird allmählich den mit der TherapeutIn erlebten „Safe Place“ verinnerlichen und nach außen übertragen, um auch aktiv mit anderen Menschen Beziehungen zu gestalten (Katz-Bernstein 1996).

Ethische Handlungsdispositionen

Inwieweit ist nun ein solcher, als *Haltungsprinzip* definierter „Safe-Place“ mit der Nutzung des Einwegspiegels kompatibel? Gefährdet nicht bereits die Öffnung für Beobachtungen des Therapieschehens an sich seine Etablierung, insbesondere für Kind und TherapeutIn, aber auch für Eltern und Studierende?

Mit diesen Fragen wird ein sensibler Punkt thematisiert. Die ethische *Handlungsdisposition* bestimmt sich über strikt eingehaltene Verbindlichkeiten im Sinne der oben angesprochenen allgemeinen ethischen Prinzipien. Diese bilden sowohl die rechtliche Grundlage für die Nutzung des Einwegspiegels in klinischen Settings und schaffen darüber hinaus den Boden für einen allseitigen „Safe Place“. Die vier wichtigsten Prinzipien sind (1) Selbstbestimmungsrecht und Einwilligung der Eltern, (2) Selbstbestimmungsrecht und Einwilligung der Studierenden,

■ Abb. 1: Ethische Prinzipien in klinischer Praxis und Lehre

Ethische Prinzipien für die klinische Praxis (APA 2010, DGP & BDP 2005)

- Basis einer jeden Therapie ist eine vertrauliche Beziehung, die durch ein respekt- und würdevolles sowie verantwortungsbewusstes und ehrliches Vorgehen getragen ist.
- Jederzeit haben die KlientInnen autonome Entscheidungsgewalt. Auch Kinder haben dieses Recht auf Selbstbestimmung (BMFSFJ 2007). Allerdings sind sie nicht mit überfordernden Informationen zu konfrontieren (Pal-Handl & Leiss 2011), wie auch Erwachsene gewisse Entscheidungen für sie übernehmen (müssen).
- Ein rechtschaffenes Vorgehen der Fachperson impliziert, dass das vertrauensbasierte Verhältnis zu ihren KlientInnen nicht zugunsten eigener Interessen ausgenutzt wird.
- TherapeutInnen tragen die Fürsorgepflicht, kontinuierlich die Kompatibilität ihrer Kompetenzen mit den Problemstellungen ihrer KlientInnen zu überprüfen.
- Therapeutische Vorgehensweisen sind sorgfältig zu reflektieren, um schädliche Konsequenzen für die KlientInnen zu vermeiden (Nichtschadensprinzip).
- Fachpersonen sind verpflichtet, die Privatsphäre der KlientInnen zu schützen und mit personenbezogenen Informationen vertraulich umzugehen.

Ethische Prinzipien des Lehrens (DGP & BDP 2005, Felnhöfer 2011)

- Eine Informationsgabe durch Lehrende über Bedingungen und Anforderungen ist die Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung der Studierenden für oder gegen eine Teilnahme.
- Lehrende dürfen die Konditionen nachträglich nicht zu ihrem persönlichen Vorteil modifizieren und Studierende hierdurch ausnutzen.
- Lehrende tragen die Fürsorgepflicht, Studierende bestmöglich auszubilden. Grundsätzlich erfolgt die Wissensvermittlung objektiv. Subjektive Sichtweisen werden als solche deklariert.
- Ein kasuistisches Vorgehen erfolgt implizit über das Modell des Lehrenden. Es wird durch explizite Hinweise erweitert.
- Treten Studierende aktiv in einen Klientenkontakt, müssen sie Handlungskompetenzen nach den (o.a.) ethischen Grundsätzen erworben haben. Die Verantwortung für die Überprüfung der Fähigkeiten liegt beim Lehrenden.

(3) Selbstbestimmungsrecht und eine umsichtige Aufklärung der Kinder sowie (4) das Nichtschadensprinzip.

Selbstbestimmungsrecht und Einwilligung der Eltern

Eltern werden bei der Kontaktaufnahme über das spezielle Format des SPA und damit über die Einwegscheibe, Videoaufzeichnungen und Hospitation von Studierenden informiert. Die Gewährleistung von Datenschutz und Schweigepflicht wird zugesichert. Den Eltern wird ausreichend Bedenkzeit eingeräumt, und sie erklären sich schriftlich mit den Rahmenbedingungen einverstanden. Sie willigen ein, dass die Videoaufnahmen auch zu Lehr- und Forschungszwecken verwendet werden dürfen. Sie können ihr Einverständnis jederzeit widerrufen, und es wird versichert, dass ihnen und dem Kind dadurch keine Nachteile entstehen werden.

Selbstbestimmungsrecht und Einwilligung der Studierenden

Studierende werden zu Beginn umfassend über die Anforderungen an eine Mitarbeit im SPA orientiert. Sie geben ihre Einwilligung und sichern die Einhaltung der Schweigepflicht und den vertrauensvollen Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich zu.

Selbstbestimmungsrecht und eine umsichtige Aufklärung der Kinder

Kinder werden ebenso über die Funktion der Einwegscheibe informiert. Hinsichtlich der Begründung und Einhaltung dieser Prinzipien zeigen die Therapeutinnen ein hohes Bewusstsein, das sich in ihren Äußerungen spiegelt:

„Ich denke, dass die Beziehung zwischen mir und dem Kind nur stimmig bleiben kann, wenn wir ehrlich miteinander sind.“ (DS)

Dennoch erfolgt die Aufklärung über „das Geheimnis des Zauberspiegels“ (Bahrfeck-Wichitill & Subellok 2005, 157) nicht pauschal direkt zu Therapiebeginn:

„Das Informieren der Kinder über die Einwegscheibe muss sehr behutsam passieren. Eine stabile Vertrauensbasis zwischen uns ist die Grundlage hierfür. Auch die Persönlichkeit eines jeden Kindes und das Alter sind wichtige Faktoren.“ (KBW)

Die zuständige Therapeutin verantwortet den jeweiligen Zeitpunkt sowie die Art und Weise, wie das Kind informiert wird:

„Ich habe Sorge, dass einige sehr perfektionistische Kinder bei dem Wissen um die Scheibe so verunsichert würden, dass sie nicht die Fähigkeiten zeigen, die

sie sonst zeigen würden. Bei Kindern, die flexibel mit neuen Situationen umgehen können, finde ich die Öffnung der Einwegscheibe fruchtbar.“ (AS)

Allerdings kann es vorkommen, dass besonders sensible Kinder trotz aller Umsicht von der verborgenen Beobachtung etwas ahnen:

„Einige Kinder spüren einfach, dass die Scheibe etwas verbirgt. Ein Mädchen hat mich mehrfach danach gefragt. Meine Erklärung, dass dort nur ein weiterer Raum ist, hat es nicht zufriedengestellt. Zudem hat es im Therapieraum skeptisch auf die Kamerainstallation und das Mikrofon aufmerksam gemacht.“ (IW)

Um den Safe Place für beide Seiten nicht zu gefährden, muss spätestens jetzt eine kindgerechte Erklärung erfolgen, da diese vom Kind eingefordert wird.

Nichtschadensprinzip

Die therapeutische Versorgung hat immer oberste Priorität. Sollte eine Therapeutin merken, dass etwa Hospitationen (von Studierenden) negative Auswirkungen auf den Entwicklungsprozess des Kindes nehmen könnten oder Unstimmigkeiten in der Elternarbeit entstehen würden, wird phasenweise darauf verzichtet oder nach anderen Lösungen gesucht:

„Ein Kind hat nach einem halben Jahr zufällig die Studierenden durch die Einwegscheibe entdeckt. Das Kind, das bisher immer ohne Probleme in den Therapieraum kam, folgte mir in dieser Stunde nur zögerlich. Es blieb fast 30 Minuten nahe der Tür sitzen und wollte nicht im Raum spielen. In den folgenden Stunden verhielt es sich wieder unauffällig, ansonsten hätte ich über Konsequenzen nachdenken müssen.“ (IW)

Sollte die Verunsicherung des Kindes bestehen bleiben, hat die Therapeutin ehrlich zu intervenieren. Wenn beispielsweise Absprachen vereinbart werden (dass niemand zuschauen soll oder Hospitationen nur phasenweise stattfinden dürfen), müssen diese zur Sicherung der Beziehung und des „Safe Place“ strikt eingehalten werden.

Nutzungsoptionen der Einwegscheibe

Elternpartizipation

Es gibt im SPA keine pauschale Regelung, inwieweit und in welcher Form Eltern den Therapieverlauf hinter der Einwegscheibe mitverfolgen können. A priori ist es wichtig, dass sie den grundsätzlich verantwortungsvollen Umgang der Einrichtung mit diesem Ele-

ment wahrnehmen. Die Entscheidung über eine jeweilige Elternhospitation obliegt der behandelnden Therapeutin und ist von den spezifischen Faktoren des Settings (z.B. des Kindes, der Eltern oder vom Ausbildungskontext) abhängig. Auch die Kinder werden hier eingebunden:

„Verfügen Kinder bereits über eine Entscheidungskompetenz, wird diese selbstverständlich von mir berücksichtigt. Gerade bei stotternden oder mutistischen Kindern und Jugendlichen kann eine Beobachtung kontraproduktiv sein, wenn sie hiermit nicht einverstanden sind.“ (JT)

So existieren diverse Beobachtungsmodalitäten:

Geschützte (Nicht-)Beobachtung: Safe Place für Kinder und Eltern

Wenn sich Kinder bereits von ihren Eltern trennen können, bleiben diese in der Regel aus Therapie- und Mitschauraum „außen vor“. Kernidee des „Safe-Place“-Konzepts ist die Schaffung eines Raums, in dem sich die Kinder frei entfalten können, ohne unmittelbar mit den Erwartungen oder etwaigen Zurechtweisungen ihrer Eltern konfrontiert zu werden:

„Der Schutz des Kindes – auch vor seinen eigenen Eltern – ist mir ganz wichtig, und ich kann mir nie sicher sein, wie Eltern mit den Beobachtungen umgehen.“ (AS)

Ebenso sieht der „Safe Place“ den Schutz der Eltern vor:

„Ein Kind kann manchmal Reaktionen (z.B. aggressives oder blockiertes Verhalten) zeigen, was aus der Elternperspektive in der passiven Beobachterrolle schwer auszuhalten sein könnte.“ (KBW)

Eltern – in ihrer Erzieherfunktion – würden solches Verhalten nicht dulden und sich vielleicht veranlasst sehen, in das Therapieschehen einzugreifen. Auch könnten sie durch die Beobachtung der von ihnen „nicht einzuordnenden“ Therapiemethoden überfordert werden. Daher kann es für alle Beteiligten durchaus sinnvoll sein, von einer Elternpartizipation über Hospitation abzusehen.

Alternativ können videogestützte Therapiedokumentationen genutzt werden:

„Manche Eltern wünschen sich mehr Einsicht in das Therapieschehen, als ich ihnen aus verschiedenen Gründen über eine regelmäßige Hospitation durch die Einwegscheibe ermöglichen kann. Hilfreich sind dann die Videoaufzeichnungen, die wir gemeinsam ausschnitthaft anschauen. So kann ich auf die

Wünsche der Eltern in einem von mir vertretbaren Rahmen eingehen.“ (IW)

Angeleitete Beobachtung

Wenn fortgeschrittene Studierende die Therapiestunde durchführen, kann die Therapeutin das Geschehen hinter der Einwegscheibe verfolgen. Diese Situation kann optimal für die Elternberatung genutzt werden:

„Eltern sitzen nie alleine, sondern nur gemeinsam mit mir im Beobachtungsraum, damit ich ihnen das Therapiegeschehen parallel erläutern kann und für Fragen zur Verfügung stehe.“ (JCW)

Eltern können so ihr Kind aus einer anderen Perspektive betrachten. In gemeinsamen Gesprächen über das Beobachtete erfahren sie mehr über ihr Kind, sich selbst und ihre Beziehung zueinander. Auch können sie das therapeutische Handeln als Modell nutzen:

„Das Beobachten unseres therapeutischen Verhaltens kann Eltern unterstützen, alternative Verhaltensweisen für den eigenen Umgang mit dem Kind zu entwickeln.“ (JCW)

Gemeinsame Hospitationen bieten auch seitens der Eltern den Raum für relevante Informationen, die wiederum in die Beratung einfließen können:

„Wenn ich das Therapiegeschehen gemeinsam mit den Eltern beobachte, können sie mit ihren Anliegen und Fragen parallel zu ihrem Kind einen Raum bekommen. Gleichzeitig erhalte ich oft Hintergrundinformationen über Stimmungen und Ereignisse zuhause, wodurch sich mir manche Verhaltensweisen des Kindes besser erklären.“ (KBW)

Die Verfügbarkeit des Einwegspiegels ist zwar eine gute, doch nicht die einzige Option für eine gezielte Elternanleitung:

„Eltern, die aufgrund der Sprachauffälligkeiten ihres Kindes Unsicherheiten in ihrem sprachförderlichen Verhalten zeigen, integriere ich trotz der Möglichkeit der Einwegscheibe lieber in das aktuelle Therapiegeschehen. Das ist natürlicher, und so sind sie präsenter am Lernprozess ihres Kindes beteiligt.“ (CL)

Nicht-angeleitete Beobachtung

Gelegentlich werden Eltern zur Verdeutlichung therapeutischer Ziele oder Entwicklungsprozesse explizit zur Hospitation eingeladen, ohne dass zeitparallel eine therapeutische Begleitung erfolgen kann:

„In solchen Fällen mache ich deutlich, dass die Entscheidung für oder gegen eine Hospitation der Eltern nur bei mir liegt und für jede einzelne Therapieeinheit neu entschieden wird.“ (UT)

Bedingung ist allerdings die Verfügbarkeit der Therapeutin für zeitnahe (telefonische) Reflexionsgespräche.

Bei länger andauernden Behandlungen haben Eltern bereits Vertrauen in die Fachpersonen entwickelt, und ihnen sind die Therapiemethoden grundsätzlich bekannt. Nicht-angeleitete Beobachtungen sind für diese Eltern hochfrequenter möglich. Ein regelmäßiger Austausch ist dennoch unabdingbar, um etwaige Missverständnisse zu vermeiden.

Diagnostische Beobachtung

In der Erstdiagnostik wird Eltern eine Hospitation über die Einwegscheibe häufiger zugänglich gemacht. Den Therapeutinnen gelingt es dann im anschließenden Beratungsgespräch anschaulicher, die eigenen Einschätzungen zu erläutern und Empfehlungen zu begründen.

Auch kann die Einwegscheibe gut für die diagnostische Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion genutzt werden:

„Wenn Eltern so verunsichert sind, dass sie ihre intuitiven sprachförderlichen Kompetenzen verlieren, schaue ich mir die Eltern-Kind-Interaktionen genauer an. Beide können sich meist natürlicher verhalten, wenn ich meine Beobachtungen über die Einwegscheibe durchführe.“ (IW)

Studierendenpartizipation

Die Einwegscheibe ermöglicht variantenreiche Optionen für die theoriegeleitete Praxisausbildung von Studierenden:

„Sie erhalten Einblicke in Diagnostik- bzw. Therapiemethoden und können über das Modell eigene therapeutische Kompetenzen entwickeln. Außerdem erläutere ich anhand meiner Therapien, wie evidenzbasierte Planungen durchgeführt werden können.“ (CL)

Darüber hinaus bietet sich gerade der Einsatz der Einwegscheibe an, um Studierenden die allgemeinen ethischen Prinzipien des klinischen Handelns bewusst zu machen und gleichzeitig ihre professionelle Haltung auszubilden und zu schärfen.

Insgesamt wissen die Therapeutinnen ihre Beteiligung an der Studierendenausbildung sehr zu schätzen. Das praxis- und reflexionsorientierte Lernen ist hierfür ein wichtiges Kriterium:

„Ich bin zufrieden, wenn ich die Studierenden zu einem reflektierenden Lernen bringen kann. Ich möchte möglichst viel von meinem Wissen vermitteln. Die direkte Praxisanbindung über die Einwegscheibe ist hierfür sehr hilfreich.“ (AS)

Studentische Hospitationen sind im SPA mit Bedingungen verknüpft. Erwartet werden die Einhaltung der Schweigepflicht, ehrliches Interesse, Einsatzbereitschaft, Zuverlässigkeit, Kontinuität und Verbindlichkeit. Die Studierendenpartizipation erfolgt geschützt und angeleitet.

Geschützte Beobachtung: Safe Place für Studierende

Die Rahmenbedingungen der Hospitation sind so zu gestalten, dass Studierende in ihrer Rolle nicht überfordert werden. Dazu gehört beispielsweise, dass...

„... Studierende und Eltern niemals gemeinsam ohne eine weitere Therapeutin im Beobachtungsraum (sitzen).“ (AMR)

Zwischen Eltern und Studierenden könnte eine für die Therapeutin nicht kontrollierbare Dynamik entstehen. Darüber hinaus ist eine enge fachliche Begleitung der Studierenden notwendig, damit sie das Therapiegeschehen einordnen können. Auch müssen die gestellten Beobachtungsaufgaben den Kompetenzniveaus der Hospitierenden entsprechen. Die Anforderungen werden sukzessiv entlang der studentischen Entwicklungsprozesse gesteigert.

Angeleitete Beobachtung

Die Vermittlung diagnostischer und therapeutischer Inhalte bedarf einer systematischen Anleitung der Studierenden:

„Über spezifische Beobachtungsaufgaben bekommen sie die Möglichkeit, ihre Wahrnehmung sowohl für sprachliche Auffälligkeiten sowie auch für interaktive Elemente in der Beziehung zwischen Therapeutin und Kind zu schulen.“ (AMR)

Die unmittelbare Nähe zum Therapiegeschehen ermöglicht neben einem fachlichen auch einen emotionalen Zugang und bietet die Möglichkeit, sich empathisch in verschiedene Perspektiven einzufühlen:

„Die vielschichtigen Dimensionen einer therapeutischen Beziehung können nicht über ein Lehrbuch vermittelt werden.“ (DS)

Für einen nachhaltigen Lernerfolg ist die Teilnahme an Planungs- und Reflexionsgesprächen verpflichtend. Therapeutische Handlungen und kindliche Verhaltensweisen werden hierbei analysiert sowie weitere Therapieverläufe detailliert geplant.

Studierende mit fortgeschrittenem fachlichem Verständnis werden sukzessive aktiver in den Therapieprozess integriert, sofern der Entwicklungsprozess des Kindes dies zulässt. Mit einer entsprechenden Anleitung können sie dann im direkten Kontakt zum Kind

praktische Erfahrungen sammeln. Auch umgekehrt ist ihr Einbezug für den Therapieprozess durchaus gewinnbringend:

„In einer Stunde erarbeitete ich mit einem Kind Fragesätze. Das Kind war hochmotiviert, Fragen an verschiedene Personen zu richten, wozu sich die Öffnung des Beobachtungsraumes zu den Hospitantinnen hervorragend anbot.“ (CL)

Partizipation weiterer Fachpersonen

Sofern das Einverständnis der Eltern vorliegt, wird die Einwegscheibe für die fallbezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. mit ErzieherInnen, LehrerInnen) genutzt. Die Interaktionsbeobachtungen von Kind und Therapeutin können den Kooperationspartnern mehr Sicherheit im Umgang mit dem Kind geben:

„Eine Sozialarbeiterin erlebt das mit ihr schweigende Kind in der Therapie sprechend und erfährt hierdurch auch Bedingungshintergründe des Schweigens, was die Beziehung der beiden positiv beeinflusst.“ (KBW)

Auch können unterschiedliche Verhaltensweisen des Kindes besser als nur auf der Basis gegenseitiger Schilderungen eingeordnet werden:

„Im Kindergarten hat Elisa keine eigenen Ideen, ordnet sich immer unter. Hier spricht sie vor Tatendrang und Kreativität. Das ist wirklich erstaunlich.“ (Erzieherin von E. nach einer Hospitation)

Wie auch bei der Eltern- und Studierendenpartizipation ist eine Hospitation der Fachpersonen immer mit ausführlichen Rahmengesprächen verbunden.

(Selbst-)Reflexionen der Therapeutinnen

Alle Therapeutinnen empfinden die verschiedenen Nutzungsmöglichkeiten der Einwegscheibe als Bereicherung für die Qualität der Therapie:

„Die Rückmeldungen von Studierenden, die aus einer Außenperspektive beobachten, geben gewinnbringende Reflexionen, neue Ideen und Handlungsimpulse für den weiteren Therapieverlauf.“ (JCW)

Dies gilt ebenso bezogen auf ihr eigenes Profil sowie auf ihre professionelle Entwicklung:

„Die feinen Analysen meines therapeutischen Vorgehens helfen mir, meine Schwächen zu entdecken und an diesen zu arbeiten.“ (IW)

In manchen Fällen wird die Einwegscheibe auch zur kollegialen Intervention genutzt:

„In einer Therapie, die ich zu Seminarzwecken mit einer anderen Therapeutin

gemeinsam gestaltete, beobachtete ich zusammen mit Studierenden durch die Einwegscheibe. Dabei fielen mir viel mehr Feinheiten (z.B. Blicke des Kindes) als der Therapeutin selbst auf. Der Austausch darüber war sehr gewinnbringend für alle Beteiligten und auch für den Therapieverlauf.“ (CL)

Die Nutzungsoptionen des Einwegspiegels weiten sich damit auf den Bereich der Professionalisierung von Fachpersonen aus.

Konklusion

Wer wird schon gerne beobachtet? Für die Therapeutinnen des SPA ist Beobachtung an ihrem Arbeitsplatz nicht nur zur Normalität geworden, sondern sie empfinden es sogar als großen Vorteil, hier beobachtet zu werden. Dies setzt ihre grundsätzliche Offenheit voraus, sich selbst und die Arbeit zur Disposition zu stellen. Bedeutend sind auch die Instanzen, die die (institutionellen) Rahmenbedingungen schufen und diese nun auch so sichern, dass ein allseitiger „Safe Place“ gewährleistet ist.

Der Nutzen der Durchsicht der Scheibe erfordert eine Umsicht von allen, die hiermit arbeiten und/oder davon profitieren möchten. Die Umsichtigkeit bezieht sich maßgeblich auf ein einzelfallorientiertes, feinfühliges, empathisches Abwägen der verantwortlichen Therapeutinnen darüber, in welchen Situationen und bei welchen Personen der Einsatz der Einwegscheibe gewinnbringend ist und wann nicht. Die grundsätzliche Möglichkeit der Beobachtung darf zu keiner „organisierten Unverantwortlichkeit“ (Narr 1994, 37) führen, denn wertvolle und zum Teil hart erarbeitete vertrauensvolle Beziehungen könnten sonst gefährdet werden.

Basierend auf der Safe-Place-Haltung ist das beschriebene Vorgehen im SPA für uns stimmig. Unsere Haltung impliziert eine grundsätzliche Öffnung für alternative oder erweiternde Nutzungsoptionen der Einwegscheibe, wie sie andernorts vielleicht praktiziert werden und uns der fachliche Diskurs zeigen wird.

LITERATUR

- APA – American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?item=11> (01.08.2012)
- Bahrfeck-Wichitill, K. & Subellok, K. (2005). Kleine Freunde, verlorene Löwen und freche Elefanten – Geschichten aus dem Sprachtherapeutischen

Ambulatorium. In: Subellok, K., Bahrfeck-Wichitill, K. & Dupuis, G. (Hrsg.). *Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis? Ausbildung akademischer Sprachtherapeutinnen in Dortmund*. (112-176). Oberhausen: Athena

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007). *UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien*. <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/358176/publicationFile/3609/UNkonvKinder1.pdf> (24.09.2012)

DGP – Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. & BDP – Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005). *Ethische Richtlinien*. http://www.bdp-verband.org/bdpverband/clips/BDP_Ethische_Richtlinien_2005.pdf (01.08.2012)

EFPA – European Federation of Psychologists' Associations (2005). *Meta-Code of Ethics*. <http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes> (01.08.2012)

Felnhöfer, A. (2011). Der Psychologe als Lehrender – eine Ethik des Lehrens. In: Felnhöfer, A., Kothgassner, O.D. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), *Ethik in der Psychologie* (246-256). Wien: Facultas

Felnhöfer, A., Kothgassner, O.D. & Kryspin-Exner, I. (2011). Psychologische Ethik – ein Pleonasmus? Überlegungen zur Bedeutung einer Ethik in der Psychologie. In: Felnhöfer, A., Kothgassner, O.D. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), *Ethik in der Psychologie* (17-23). Wien: Facultas

Jansen, M. & Bilda, K. (2011). Standards für die klinisch-therapeutische Ausbildung in primär qualifizierenden Studiengängen der Logopädie. *Forum Logopädie* 25 (3), 32-37

Katz-Bernstein, N. (1996). Das Konzept des „Safe Place“. In: Metzmacher, B., Petzold, H. & Zäpfel, H. (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie* (111-141). Paderborn: Junfermann

Katz-Bernstein, N. (1998). Die Sprachentwicklung des Kindes: Eine Interaktion von Kognition und Emotion. Der Bau des Hauses der Welt, die im Kopf wohnt. In: Rapp, F. (Hrsg.), *Globalisierung und kulturelle Identität* (1-24). Bochum: Projekt Verlag

Narr, W.-D. (1994). Aspekte struktureller Verantwortungslosigkeit aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In: Fischbeck, H.-J. & Kollek, R. (Hrsg.), *Fortschritt wohin? Wissenschaft in der Verantwortung – Politik in der Herausforderung* (31-40) Münster: agenda

Pal-Handl, K. & Leiss, U. (2011). Ethik in der psychologischen Praxis: Kinder. In: Felnhöfer, A., Kothgassner, O.D. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), *Ethik in der Psychologie* (232-245). Wien: Facultas

Retzlaff, R. (2008). *Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta

Schaar, P. (2007). *Das Ende der Privatsphäre. Der Weg in die Überwachungsgesellschaft*. München: Bertelsmann

Subellok, K. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2005). Ist Praxis lehrbar? Praxisintegrierende Seminare im Bereich der Sprachheilpädagogik. In: Subellok, K., Bahrfeck-

Wichitill, K. & Dupuis, G. (Hrsg.), *Sprachtherapie: Fröhliche Wissenschaft oder blinde Praxis? Ausbildung akademischer Sprachtherapeutinnen in Dortmund* (63-75). Oberhausen: Athena

Subellok, K. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2007). Schweigen – Spritzen – Sprechen: Ein selektiv mutistisches Kind kommt in Bewegung. Ein Fallbericht. *Die Sprachheilarbeit* 52 (3), 96-106

Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Bahrfeck-Wichitill, K. & Starke, A. (2012). DortMuT – Dortmunder Mutismus-Therapie: Ein sprachtherapeutisches Konzept für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. *L.O.G.O.S. interdisziplinär* 20 (2), 84-96

Therapeutinnenteam des SPA

Dipl.-Päd. Kerstin Bahrfeck-Wichitill (KBW)

Dipl.-Päd. Jutta Cornelißen-Weghake (JCW)

Dipl.-Päd. Dagmar Slickers (DS)

Carina Lüke, M.Sc. Klinische Linguistik (CL)

Dipl.-Päd. Angela Möllmanns-Reuther (AMR)

Anja Starke, M.Sc. Klinische Linguistik (AS)

Dipl.-Päd. Ute Tietz (UT)

Dipl.-Reha.Päd. Ilka Winterfeld (IW)

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2013-53020130205

SUMMARY. Access and insight – One-way glass windows in clinical education

Observation rooms with one-way glass windows are part of a standard equipment within clinical education. They offer a variety of methodological options as for the instruction of students or parent coaching. One-way glass windows must always be used according to the codes of responsibility to protect the patients and their parents. This article is about ethical principles that are relevant to clinical settings and clinical education by example of the ambulatory care center for speech therapy (Sprachtherapeutisches Ambulatorium, SPA) at the TU Dortmund.

KEY WORDS: One-way glass windows – ethics of psychology – Safe-Place-concept – protected (non-) observation

Autorinnen

Priv.-Doz. Dr. Katja Subellok (Leiterin
Sprachtherapeutisches Ambulatorium)
Dipl.-Reha.Päd. Ilka Winterfeld
TU Dortmund, Rehabilitationswissenschaften
Sprache & Kommunikation
Emil-Figge-Str. 50
44227 Dortmund
Katja.subellok@tu-dortmund.de
Ilka.winterfeld@tu-dortmund.de