

# Erweiterte Methodenkritik zu Kapitel 3.2 und 3.3

des Herausgabewerkes *Emotionsregulation in der Logopädie*

## Einleitung

Forschung geschieht im Diskurs der jeweils zuständigen Fachgemeinschaft. Im engeren Sinne sind das die Forschenden aber auch die Forschung Rezipierenden, also auch die PraktikerInnen. Der Diskurs lebt von der Diskussion, also dem Streit über den richtigen Weg. Die Forschungsgemeinschaft kennt ein Verfahren, welches eine möglichst unabhängige und objektive Streitkultur garantieren soll. Es ist das peer-review-Verfahren bei der Begutachtung von Forschungsartikeln. In der Regel werden zwei Gutachter unabhängig voneinander beauftragt, den eingereichten Artikel nach bestimmten Kriterien zu beurteilen. Die Gutachter sollen dabei nicht nachvollziehen können, wer den Artikel verfasst hat und der Autor des Artikels soll nicht wissen, wer sich hinter den Gutachten verbirgt. Diese Verblindung soll die schon erwähnte Unabhängigkeit und Objektivität gewährleisten. Ein Nachteil der Verblindung ist, dass der Diskurs über die unterschiedlichen Positionen nicht ausgetragen werden kann. Die Gutachter fällen ihr Urteil, ohne die Möglichkeit beim Autor nachfragen zu können und der Autor selbst hat auch keine Möglichkeit dessen Bewertung mit dem Gutachter zu diskutieren.

Bei allem Bemühen um Objektivität gibt es auch in der Wissenschaft unterschiedliche Positionen und erkenntnistheoretische Annahmen, die mal mehr oder weniger explizit sind. Der hier zur Verfügung gestellten Unterlagen machen solche unterschiedlichen Positionen transparent, weil die Bewertungen der Gutachter von mir als Autor mit einer Replik versehen sind.

Die Unterlagen sind aus Gründen der Anonymisierung unvollständig. So wird der direkte Austausch per Gespräch oder per mail zwischen mir und der Redaktion der Zeitschrift nicht wiedergegeben.

Trotzdem ist es sehr aufwändig den gesamten Prozess nachzuvollziehen, denn es werden zwei eingereichte Artikel mit den Kommentaren der jeweiligen Gutachter sowie meinen Repliken vorgestellt. Meine Repliken sind entweder mit meinem Namen oder mit der Farbe rot markiert. Durch diese Gegenüberstellung von gutachterlicher Bewertung und Replik werden unterschiedliche Perspektiven auf den verschiedensten Ebenen deutlich: Es gibt unterschiedliche Interpretationen von logopädischen oder psychologischen Fachbegriffen zu deren semantische Enge oder Weite, bis hin zu ganz unterschiedlichen forschungsmethodischen Selbstverständnissen und grundlegend unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Annahmen. Diese werden im Disput mit Gutachter C des zweiten eingereichten Artikels zur Online-Befragung (Bezug zum Buch ist Kapitel 3.3) besonders deutlich. Dort können u.a. völlig verschiedene Positionen zum Stellenwert von und Umgang mit Theorien nachvollzogen werden.

Ich hoffe, diese Form der Transparenz trägt zu weiteren Diskussionen bei und kann so den Diskurs der Fach- und Forschungsgemeinschaft erweitern.

Jürgen Kohler im Mai 2024

# **Inhaltsverzeichnis**

mit Seitenangaben im pdf

- **Artikel 1 mit Kommentaren von Gutachter A plus Repliken /** Seiten 3-53
- **Zusammenfassende Bewertung des Gutachters A zum Artikel 1 plus Repliken /** Seiten 54-56
  
- **Artikel 1 mit Kommentaren von Gutachter B plus Repliken /** Seiten 57-108
- **Zusammenfassende Bewertung des Gutachters B zum Artikel 1 plus Repliken /** Seiten 109-111
  
- **Artikel 2 mit Kommentaren von Gutachter C plus Repliken /** Seiten 112-148
- **Zusammenfassende Bewertung des Gutachters C zum Artikel 2 plus Repliken /** Seiten 149-154
  
- **Artikel 2 mit Kommentaren von Gutachter D plus Repliken /** Seiten 155-192
- **Zusammenfassende Bewertung des Gutachters D zum Artikel 2 plus Repliken /** Seiten 193-198

# Artikel 1 mit Kommentaren des Gutachters A plus Repliken

## Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen\*

\*Der vorliegende Beitrag entspricht zum Teil des in «Praxis Sprache» erschienenen Artikels *Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie* (Kohler, 2021). Er enthält aber wesentliche theoretische, methodische und interpretative Erweiterungen.

### Hintergrund

Der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Sprachstörungen wird häufig diskutiert und ist vielfach belegt. Welche Rolle die Sprachtherapeutin im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei Kindern übernimmt ist bislang wenig erforscht.

### Fragestellungen

Welche sozial-emotionalen Probleme bei Kindern werden von den Sprachtherapeutinnen wahrgenommen? Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um? Gibt es Hinweise in der Fachliteratur und in schriftlich formulierten beruflichen Selbstverständnissen der Sprachtherapeutinnen auf die Relevanz von sozial-emotionalen Phänomenen für die Sprachtherapie?

### Methodik

Drei relativ unabhängige Studienstränge versuchen Antworten auf die Fragen zu geben. Im ersten Studienstrang wurden Logopädinnen mit einem Fragebogen befragt, im zweiten Studienstrang wurden Einzelinterviews und Gruppendiskussionen benutzt und im dritten Studienstrang wurde eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Hierzu wurden ausgewählte Fachbücher und schriftlich formulierte berufliche Selbstverständnisse analysiert. Für die Auswertungen der Studienstränge wurden sowohl qualitative als auch deskriptiv-quantitative Methoden herangezogen.

### Ergebnisse

Sprachtherapeutinnen begegnen einer Vielzahl von sozial-emotionalen Problemen. Ihr Umgang damit ist ebenso vielfältig aber wenig theoriegeleitet, sondern eher intuitiv. Die Relevanz der sozial-emotionalen Ebene aus Perspektive der Sprachtherapeutinnen ist einerseits gross, weil ihre Haltung von dem Bedürfnis nach einer positiven Beziehungsgestaltung und Ganzheitlich geprägt ist. Sie ist andererseits nicht besonders hoch, weil sozial-emotionale Schwierigkeiten an sich nicht den Berufsalltag prägen, sondern eine mittlere Relevanz haben. Wenn sie allerdings auftauchen, dann stellen sie wahrscheinlich einen stark belastenden Faktor für die Sprachtherapeutinnen dar.

### Schlussfolgerungen

Die Untersuchung hat Ergebnisse mit hypothetischem Charakter generiert, sie sollten überprüft werden. Die Ergebnisse haben weitere Fragen aufgeworfen. Die wichtigsten sind: Inwiefern sind Sprachtherapeutinnen für sozial-emotional schwieriges Verhalten zuständig und mit welchem persönlichen Anspruch tun sie das? Welche Reflexionstiefe und -breite braucht es, um in der Sprachtherapie mit sozial-emotional schwierigem Verhalten umzugehen?

Schlüsselwörter: Verhaltensauffälligkeit, sozial-emotionale Schwierigkeiten, Sprachtherapie

## 1. Einleitung

Wahrscheinlich hat jede Sprachtherapeutin / Logopädin<sup>1</sup> schon Kinder begleitet, die wütend reagieren, weil sie nicht verstanden werden oder von anderen Kindern gemieden oder vielleicht sogar gehänselt werden, weil sie nicht «richtig» sprechen können. Das Problem auf sprachlicher Ebene löst hier ein sozial-emotionales Problem auf Seiten des betroffenen Kindes aus. Manchmal erscheint ein solcher Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang nicht so offensichtlich, denn einige Kinder zeigen in der logopädischen Therapie mehr oder weniger stark ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aufmerksamkeitsprobleme oder eine grosse motorische Unruhe), welche als primär oder vordergründig erscheinen und nicht selten eine grössere Beeinträchtigung im sozialen Miteinander darstellen als das Sprachproblem selbst. Spreer und Glück (2014) geben einen Überblick des Forschungsstands zum wechselseitigen Zusammenhang von Sprachentwicklungsstörungen und herausforderndem Verhalten, der seit vielen Jahren immer wieder diskutiert und nachgewiesen wird (z.B. Suchodoletz & Macharey, 2006; Noterdaeme, 2008; Schönauer-Schneider, 2014; Avemarie, 2016; Szczerba, 2017; Sarimski et al., 2015 oder Gerbig et al., 2018) und als unbestritten gilt (vgl. auch Grimm, 2012 oder Grohnfeldt, 2017). Daraus leiten sie ab, «dass diese Kinder mit sprachlichem Förderbedarf nicht nur sprachheilpädagogischer Interventionen bedürfen, sondern in einigen Fällen darüber hinaus auch Unterstützung im Bereich des Sozialverhaltens und der Emotionalität (Spreer & Glück, 2014, S.78).

Doch wie sieht diese Unterstützung aus, wenn sie von den Sprachtherapeutinnen selbst geleistet wird?

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich primär mit den sozial-emotional auffälligen Phänomenen, welche Sprachtherapeutinnen bei Ihrer Arbeit mit Kindern wahrnehmen und mit den Maßnahmen und Interventionen, die sie dabei ergreifen. Ausserdem beschäftigt er sich mit den Selbstreflexionen der Sprachtherapeutinnen und der Reflexionstiefe im Zusammenhang mit den Verhaltensauffälligkeiten in der Sprachtherapie.

Kommentiert [A1]: Ende der Zitation?

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Begriffe Sprachtherapeutin oder Logopädin synonym gebraucht, wohl wissend, dass sich zwei Berufsbezeichnungen dahinter verbergen. Es sind mit beiden Begriffen immer alle Fachpersonen gemeint, die Sprachtherapie beruflich ausüben.

## 1.1 Fragestellungen

Da zunächst geklärt werden musste, was Sprachtherapeutinnen unter sozial-emotional schwierigem Verhalten verstehen und welche Formen von Verhaltensauffälligkeiten ihnen begegnen, wurde folgende Frage vorgängig gestellt:

### Vorgängige Frage:

- Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?

Die zentrale Fragestellung der hier referierten Forschung betrifft den Umgang von Logopädinnen mit Verhaltensauffälligkeiten, mit denen sie in ihrem Berufsalltag konfrontiert werden. Sie lautet konkret:

### Zentrale Frage:

- Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten bei Kindern um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

Eine Unterfrage betraf die Reflexion von sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Fachliteratur für Sprachtherapeutinnen. Daher wurde folgende Frage gestellt:

### Erste Unterfrage:

- Welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?

Eine ähnliche Unterfrage betraf die Reflexion von Logopädinnen, die nach ihrem pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnis gefragt werden.

### Zweite Unterfrage:

- Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

Die letzte Frage war nicht auf den Kinderbereich begrenzt, da das berufliche Selbstverständnis allgemeiner aufgefasst wird.

## 2. Theoretische Zugänge

Um so ein komplexes Phänomen wie «wahrgenommenes sozial-emotional schwieriges Verhalten» zu erfassen, sind vielerlei theoretische Zugänge möglich. Die Entscheidung fiel auf vier theoretische Zugänge, die im Folgenden einführend erläutert werden. Gleichzeitig wird die Entscheidung begründet. Es handelt sich um die

- Theorie der kognizierten Kontrolle
- Allgemeine Emotionspsychologie
- Emotionsregulation
- Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Die Kombination von unterschiedlichen theoretischen Quellen bei der Betrachtung und Erklärung eines Phänomens entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Theorietriangulation (Flick, 2008).

### 2.1 Theorie der kognizierten Kontrolle

Die Theorie der kognizierten Kontrolle (Frey & Jonas, 2002) gilt seit geraumer Zeit als wichtiger Beitrag zur Erklärung von emotional-motivationalen Prozessen. Sie wird

auch im Sinne einer übergeordneten Theorie (Krampen, 1982) für eine ganze Theoriegruppe betrachtet. Die Gemeinsamkeit aller Einzeltheorien (z.B. Rotter, 1966; Bandura, 1997; Seligmann, 2016) ist die Verwendung des Begriffs *Kontrolle*. Die Theorie wird hier in engem Bezug zu sprachtherapeutischen Handlungsweisen dargestellt. Dazu wird die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2016) eines Fachbuches der Kindersprachtherapie benutzt. Es handelt sich um *HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen* (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009). Die deduktiv angelegte Inhaltsanalyse bediente sich einer Mischung aus verschiedenen zentralen Begrifflichkeiten dieser Theoriegruppe, um den Zusammenhang von berufstäglichen sprachtherapeutischen Handlungen mit den Emotionen der Kinder darzulegen.

### Beeinflussung durch Primäre Kontrolle

Unter primärer Kontrolle wird die direkte Einflussnahme zur Veränderung eines Ist-Zustandes verstanden. Alle Tätigkeiten, bei denen Menschen merken, dass sie durch ihr Handeln etwas verändern können, einen Einfluss auf eine Sache oder einen anderen Menschen haben, kann man als primäre Kontrolle bezeichnen. Menschen wird ein Grundbedürfnis nach dieser Form von Kontrolle zugeschrieben. In der folgenden Textstelle wird eine einfache Handlungssequenz beschrieben:

„Durch Schneiden, Schälen, Reiben, Auspressen wird die Feinmotorik stimuliert“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S. 29).

Wenn man, so wie hier postuliert, Feinmotorik stimuliert, wird durch die Veränderung des Ist-Zustandes auch eine primäre Kontrolle erfahren, die emotional-motivational günstig sein kann. Die Kontrollerfahrung liegt zum einen in der Tätigkeit selbst (= dem Schneiden) und zum anderen in dem Ergebnis, welches eine Veränderung der Umwelt darstellt: Aus einer Orange werden Orangenstückchen. Es ist leicht vorstellbar, dass auch andere gelingende (Sprach-) Handlungen ein Gefühl der primären Kontrolle auslösen können. Immer dann, wenn eine (Sprach-)Handlung gelingt (z.B. eine flüssige Artikulationsbewegung) oder dann, wenn es durch Kommunikation gelingt, den Gesprächspartner zu etwas zu bewegen, ihm etwas verständlich zu machen oder sich dem anderen gegenüber auszudrücken, besteht die Chance einer subjektiv erlebten primären Kontrolle. Insofern gehen alle direkten Übungstherapien in der Logopädie, die eine subjektiv erlebte Kompetenzsteigerung ermöglichen mit einem potentiell günstigen Effekt auf Emotion und Motivation einher. Bei Weigl & Redemann-Tschaikner (2009) wird das folgendermaßen ausgedrückt:

„Die im HOT konzipierten Handlungsfolgen machen den Kindern Spaß, das Erreichen der Handlungsabsicht bedeutet ein Erfolgserlebnis, bereitet Freude und verleiht ihnen Selbstvertrauen.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.69)

### Beeinflussung durch sekundäre Kontrolle

Sekundäre Kontrolle bezieht sich auf einen der Handlung zeitlich nach- oder vorgeordneten kognitiven Vorgang. Die Umwelt wird nicht direkt beeinflusst, sondern der Mensch versucht sich durch Kognitionen daran anzupassen. Wenn z.B. eine *Erklärung* für eine Handlung im Nachhinein gefunden wird, stellt das einen Akt der sekundären Kontrolle dar.

So kann u.U. ein Misserfolg im Ergebnis einer Handlung (= fehlende primäre Kontrolle) so interpretiert werden, dass diese Erklärung ein emotional-motivational positives Erleben erlaubt, und zwar trotz fehlender primärer Kontrolle. Hierzu ein

**Kommentiert [A2]:** In welchen Zusammenhang steht jetzt die Analyse eines Buches zu der Theorie? Das erschließt sich mir nicht bzw. wird erst klar, wenn man weiter unten angekommen ist.

Warum genau dieses Buch ausgewählt? Steht dieses repräsentativ?

**Kommentiert [A3]:** Ist das denn wirklich nachgewiesen? Gibt es Studien, die diesen Effekt nachweisen oder handelt es sich um Annahmen der Autor\*innen von HOT?

**Kommentiert [A4]:** Diese Aussage ist aus der Theorie abgeleitet und behauptet gar nicht das, was der Gutachter vermutet. Es geht um den potentiell günstigen Effekt. Das heisst: Übungstherapie kann im Sinne einer primären Kontrolle wirken.

Beispiel aus HOT, wie das Misslingen einer Handlung (= Sahne schlagen) durch einen äusseren Umstand (= zu kleiner Becher) ursächlich erklärt wird:

„Wir können die Sahne nicht im Becher schlagen, weil er zu klein ist. Die Sahne muss vorher in ein größeres Gefäß gefüllt werden.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.67)

Wenn diese Erklärung als Antwort auf eine andere Erklärung folgt, welche die Ursache in der Unfähigkeit der handelnden Person interpretiert hatte (= «ich bin zu blöd, um Sahne zu schlagen»), spricht man von Umstrukturierung der Kognition. Eine zunächst emotional ungünstige Erklärung (= die eigene Intelligenz wird angezweifelt) wird in eine emotional günstige umstrukturiert (= Becher zu klein). Sämtliche Erklärungen, die im sprachtherapeutischen Setting gegeben werden, können dementsprechend als Akte einer sekundären Kontrolle betrachtet werden. «Erklärungen haben» scheint ebenfalls für den Menschen ein Grundbedürfnis zu sein und ist emotionspsychologisch hochgradig relevant. So gesehen verwundert es nicht, dass Menschen oftmals nach einer Diagnose beruhigt sind, wenn damit eine Erklärung für ihr Leiden geliefert wird. Für die Medizin ist dieses Phänomen zentral, denn eine Funktion von medizinischen Diagnosen ist der Abbau von Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitszustand (Kraft et al., 2012). Das entspricht dem Gefühl von sekundärer Kontrolle. In der Sprachtherapie werden Diagnosen in ihrer emotionsrelevanten Funktion insbesondere beim Phänomen Stottern angeführt. Wenn bei Erklärungen zur Ätiologie die hohen genetischen Anteile klar formuliert werden, können damit die Schuldgefühle von Bezugspersonen im Zusammenhang mit der Entstehung des kindlichen Stotterns relativiert werden (Kohler & Braun, 2020). Das wirkt emotional positiv entlastend und ist ebenfalls eine Form von sekundärer Kontrolle.

Auch wenn man eine Handlung im Voraus so gut plant, dass man sehr gut abschätzen kann, was passieren wird und eine gewisse *Vorhersagbarkeit* eintritt, spricht man von einer (meist emotional günstigen) sekundären Kontrolle durch Kognitionen. Hierzu folgende Textstelle:

„Das Handlungsthema ist dem Kind insofern bekannt, als am Ende der letzten Stunde mit ihm und der Mutter/dem Vater besprochen wurde, welche Zutaten, Materialien und Geräte sie für die nächste Therapiestunde mitbringen sollen.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S. 90-91)

Vorbereitungen auf zukünftige Situationen oder das blosse Wissen um deren Eintreten können Sicherheit (= subjektives Kontrollempfinden) geben, die sich emotional positiv auswirken können.

Die Abbildung 1 in Anlehnung an Frey und Jonas (2002) veranschaulicht den Zusammenhang der bisher genannten zentralen Begriffe aus der Theorie der kognitiven Kontrolle.

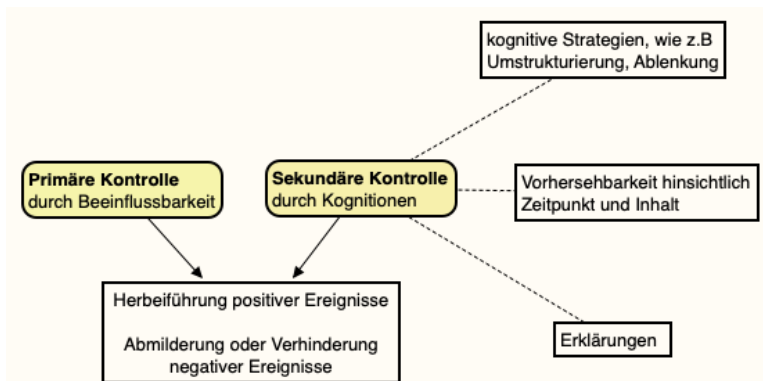


Abb. 1: Primäre und sekundäre Kontrolle im Rahmen der Theorie der kontrollierten Kontrolle in Anlehnung an Frey & Jonas, 2002, S. 16 (Kohler, 2021, S. 10)

### Differenzierung in interne und externe Kontrolle

Wenn eine ausgeführte Handlung und das daraus resultierende Ergebnis (= die Veränderung des Ist-Zustandes) als Produkt von sich selbst erlebt wird, spricht man von interner Kontrolle. Die Verantwortung für das Gelingen wird sich selbst zugeschrieben (internal = in der Person) und nicht durch den Einfluss von irgendjemand anderem oder der Umwelt (= external) erklärt. Insofern ist das subjektive Empfinden von interner und externer Kontrolle und die damit einhergehenden Erklärungen eine wichtige Voraussetzung für das emotionale Erleben. Hierzu kann das oben genannte Beispiel mit der Sahne noch einmal aufgegriffen werden. Hier wird nämlich das Misslingen den äusseren Umständen zugeschrieben, was selbstwertentlastend und damit emotional günstig ist. Bei häufiger Wiederholung von Kontrollempfindungen bildet der Mensch eine **Kontrollüberzeugung** (Rotter, 1966), die insbesondere dann positiv ist, wenn der Erfolg dem eigenen Tun und der Misserfolg äusseren Umständen zugeschrieben wird. Diese emotional günstige Form der Kontrollüberzeugung wird von Bandura (1997) **Selbstwirksamkeit** genannt. Petermann & Petermann (2018) definieren dies folgendermaßen:

«Bei der Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine allgemeine Überzeugung, Verhalten oder Handlungen erfolgreich durchführen zu können» (Petermann & Petermann, 2018, S.165).

Kontrollüberzeugungen können aber auch negative emotionale Folgen haben, nämlich dann, wenn die Selbstwirksamkeitserwartung fehlt. Die Gesetzmässigkeit der Erklärungen ist dann oft umgekehrt: Erfolge werden äusseren Umständen (externe Kontrolle) zugeschrieben und Misserfolge internal erklärt. So ein Erklärungsmuster muss nicht alle Lebensbereiche betreffen, aber bei Menschen mit Sprachstörungen ist die Gefahr eines sprachbereichsspezifischen Erklärungsmusters mit negativen Folgen für die Emotionalität wahrscheinlich, da sie weniger primäre Kontrollerfahrungen im Bereich Sprache machen.

**Kommentiert [A5]:** Selbstwirksamkeit ≠ Selbstwirksamkeitserwartung

**Kommentiert [A6]:** Da hat der Gutachter im Sinne der Theorie recht.



Kontrollüberzeugungen	
<b>internale Kontrolle</b> betrifft im Selbst liegende Umstände wie z.B. eigene Fähigkeit oder Anstrengung	<b>externale Kontrolle</b> betrifft äussere Umstände wie z.B. Glück, Zufall, mächtige andere Personen

Tab. 1: Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Rotter (1966) (Kohler, 2021, S.11)

Neben der Selbstwirksamkeit als emotional positiven Aspekt der Kontrollüberzeugung wurde auch der negative Aspekt von fehlender internaler Kontrollüberzeugung in der Psychologie differenziert. In dieser Diskussion ist das Begriffspaar «**erlernte Hilflosigkeit**» durch Seligmann (2016) bekannt geworden. In Fachbeiträgen zur Pädagogik und auch Sprachtherapie findet man häufig den Begriff **Kontrollverlust** auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Emotionalität. Insbesondere beim Thema Stottern werden die unfreiwilligen auftretenden Primärsymptome (Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden) als Kontrollverlust erlebt und von den betroffenen Personen (Hildebrand & Kowalczyk, 1999) und in der Fachliteratur (z.B. Natke & Alpermann, 2010 oder Kohler & Braun, 2020) als solcher beschrieben. In der Inhaltsanalyse des Fachbuches von Weigl & Reddemann-Tschaikner (2009) wurden insbesondere Handlungsbeschreibungen gefunden, die auf ein Entgegenwirken von drohendem Kontrollverlust hindeuten, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„In der Therapieplanung sollte der Schwierigkeitsgrad der Handlungen jeweils den individuellen Voraussetzungen des Kindes angepasst werden.“ (Weigl & Redemann-Tschaikner, 2009, S.92)

Der pädagogische Allgemeinplatz, dass man eine Intervention dem Stand des Kindes anpassen sollte, findet in diesem Zitat seine Entsprechung. Eine Übersetzung in die Theorie der erlernten Hilflosigkeit könnte so geschehen: Um einen drohenden Kontrollverlust zu vermeiden (hier bei Überforderung durch einen unangepassten Schwierigkeitsgrad) und damit Kontrolle über mehrere Handlungen hinweg zu gewährleisten, sollten Übungen so angelegt werden, dass sie nicht über einen längeren Zeitraum oder über mehrere Übungswiederholungen mit einem Misserfolg (= Kontrollverlust) abschließen, sonst besteht die Gefahr, dass eine negative Kontrollüberzeugung (= erlernte Hilflosigkeit) für den Übungsgegenstand mit einhergehenden negativen emotionalen und motivationalen Konsequenzen entsteht. Das nachfolgende Zitat konkretisiert eine Therapieplanungsänderung, damit ein erlebter Kontrollverlust (hier direkt *Überforderung* genannt) sich nicht wiederholt:

„In der vorhergehenden (...) Stunde hatte sich gezeigt, dass Lisa überfordert war, wenn sie eine komplexe Handlung sprachlich wiederholen sollte. Deshalb versuchten wir in dieser Stunde, eine sinnvoll abgeschlossene Handlungssequenz am Denktisch mit entsprechenden Bildern zu rekapitulieren.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.107)

Die «entsprechenden Bilder» scheinen hier als Denkhilfe eingesetzt zu werden, welche eine erhöhte Form der kognitiven Kontrolle für das Kind bringt. Wahrscheinlich ist diese Form von flexiblem Geben und Nehmen von Hilfen eine der

**Kommentiert [A7]:** Wo habe ich behauptet, dass HOT ein Ansatz für Stottern ist?  
 Das Beispiel aus dem Bereich Stottern soll nur den Bezug zum Kontrollverlust bringen. Die Einflechtung des Beispiels ist wohl missverständlich

**Kommentiert [A8]:** HOT ist überhaupt kein Ansatz bei stotterndem Sprechen, sondern für SES, Sprachverständnisprobleme, Konzentration usw....

gängigsten Techniken in jeglichem pädagogisch-therapeutischem Lernangebot. Die Theorie der kognizierten Kontrolle fokussiert die damit verbundene emotional-motivationale Bedeutung.

### Fazit zur kognizierten Kontrolle

Die Auswahl des Fachbuchs von Weigl & Reddemann-Tschaikner (2009) mitsamt den ausgewählten Textbeispielen ist exemplarisch zu verstehen. Es hätte auch ein anderes Fachbuch sein können. Die Textstellen, welche mit der Theoriegruppe der kognizierten Kontrolle deduktiv-inhaltsanalytisch erklärt wurden, zeigen beispielhaft, dass im Prinzip berufsalltägliche Handlungen und Entscheidungen im Rahmen der Sprachtherapie einen Effekt auf die Emotionen der Klienten haben. Emotionalität und ihre Beeinflussung ist also in (sprach-)therapeutischen und (sprachheil-)pädagogischen Settings allgegenwärtig. Dieser Umstand ist wahrscheinlich allen praktizierenden Sprachtherapeutinnen klar und könnte fast trivial anmuten. Die Begrifflichkeiten der Theorie der kognizierten Kontrolle bietet eine Ordnung an, um auch sozial-emotional schwierige Verhaltensweisen zu erklären.

## 2.2 Allgemeine Emotionspsychologie

Auch wenn der Begriff «Emotion» wahrscheinlich häufig gebraucht wird (Hülshoff, 2006), wird seine Bedeutung in der Psychologie kontrovers diskutiert. Schmidt-Azert et al. (2014) geben daher «nur» folgende Arbeitsdefinition:

«Eine Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.» (Schmidt-Azert, 2014, S. 25).

Alle drei Ebenen sind beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie von Belang.

Eine grundlegende Einteilung der Emotionspsychologie betrifft die qualitative Bewertung der Emotionen in gute vs. schlechte bzw. in angenehme vs. unangenehme oder **positive vs. negative Emotionen**. Diese Einteilung steht entwicklungspsychologisch in der Chronologie der Emotionsentwicklung auch an erster Stelle. Die Emotionen von Neugeborenen werden so klassifiziert.

Eine Kontroverse in der Emotionspsychologie betrifft die Betrachtung von **Emotionen als natürliches Phänomen versus als soziales Konstrukt**. Ohne diese Kontroverse hier zu diskutieren wird durch den Titel des vorliegenden Beitrages klar, dass die soziale Ebene in einer Analyse zur Bedeutung von Emotionalität für die Sprachtherapie einen zentralen Stellenwert hat. Andererseits bietet die Emotionspsychologie in ihrer Betrachtung von Emotionen als natürliches Phänomen die Begrifflichkeit der sogenannten **Grund- oder Basisemotionen** an. Das sind Emotionen, die einfach da sind und die zum Menschsein und seiner ontogenetischen (und auch phylogenetischen) Entwicklung auf ganz natürliche Weise dazugehören. Auch wenn man sich nicht einig ist, welche Emotionen das sind, werden folgende i.d.R. dazugezählt: Freude und Glück, Angst und Furcht, Ärger und Wut, Traurigkeit, Ekel. Ausserdem werden Scham und Stolz oft als Basisemotionen genannt, die zwar in der sozial-emotionalen Entwicklung später auftreten aber in engem Zusammenhang mit motivationalen Prozessen stehen und nicht zuletzt deswegen, genau wie die zuvor genannten Basisemotionen (ausser Ekel) wahrscheinlich einen zentralen Stellenwert in pädagogisch-therapeutischen Situationen haben. Manchmal werden die Basisemotionen auch primäre Emotionen genannt in Abgrenzung zu sekundären oder gar tertiären Emotionen, welche als ein

**Kommentiert [A9]:** Hierfür braucht es hochwertige und aussagekräftige Studienergebnisse, die diese Aussage stützen und angeführt werden. Sonst ist es eher ein vermuteter Effekt.

**Kommentiert [A10]:** Dieser Aussage des Gutachters widerspreche ich: Es ist wissenschaftlich legitim eine eher theoretische Analyse als Grundlage für eine Aussage zu machen. Die Übertragung der Theorie der kognizierten Kontrolle auf die Sprachtherapie ist so eine theoretische Analyse.

**Kommentiert [A11]:** In diesem Kapitel muss m. E. der Bezug zur Sprachtherapie und zum eigtl Thema sehr viel klarer herausgearbeitet werden

**Kommentiert [A12]:** Der Bezug zur Sprachtherapie kommt durch die Analyse der Einzelinterviews und Gruppendiskussionen. Aus meiner Perspektive darf ein theoretischer Teil erst mal frei von diesem Bezug sein und sich ausschliesslich auf die „reine“ Theorie beziehen.

gelerntes Gemisch von Emotionen und Kognitionen angesehen werden. An dieser Stelle wird nachvollziehbar, dass kognitionspsychologische Ansätze wie die oben schon eingeführte Theorie der kognizierten Kontrolle einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von emotionalen Prozessen liefern können. Leider ist die Terminologie der Emotionspsychologie hinsichtlich der Einteilung in primäre und sekundäre Emotionen nicht einheitlich. Mit primärer und sekundärer Emotion wird auch die Aufeinanderfolge von Emotionen in einer zeitlich eng begrenzten spezifischen Situation bezeichnet. Der Gebrauch der Begriffe **primäre und sekundäre Emotionen** im eben beschriebenen zeitlichen Sinne hat sich u.a. in der Theorie der Emotionsregulation durchgesetzt, welche im Folgenden dargestellt wird.

### 2.3 Emotionsregulation

Kommentiert [A13]: Siehe Kommentar zuvor

Emotionsregulation bezeichnet alle Prozesse, mit denen Individuen versuchen, die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Der Begriff umfasst neben diesen Bemühungen auch das damit erzielte Ergebnis (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013).

Der Begriff «Regulation» legt schon nahe, dass es um *Handlungen* bzw. *Tätigkeiten* geht: Mit den Emotionen wird etwas getan, sie werden reguliert. Daher erscheint die Emotionsregulation ideal, um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu fassen. Ausserdem hat dieser theoretische Zweig der Emotionspsychologie in den letzten Jahren eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung erfahren und gilt als nützlich für die Gestaltung von Therapien bei sozial-emotional auffälligem Verhalten. So definieren Eismann & Lammers (2017) in ihrer Sammlung «Therapie-Tools Emotionsregulation» diese etwas konkreter als «die Fähigkeit, mit unangenehmen Emotionen angemessen und hilfreich umgehen zu können» (ebd. S.22).

Eine für diese Einführung angemessene Differenzierung des Konzepts der Emotionsregulation sei mit den von Werner & Gross (2010, zitiert nach In-Albin, 2013, S. 19) formulierten vier Schritten der adaptiven Emotionsregulation gemacht:

1. Innehalten und Durchatmen
2. Wahrnehmen und Erkennen der Emotion
3. Entscheiden, wie die Emotion und die Situation kontrollierbar sind
4. Handeln im Sinne langfristiger Ziele

Im Zusammenhang mit diesen vier Schritten lassen sich weitere Differenzierungen der Emotionsregulation benennen.

Schritt 1 deutet darauf hin, dass die spontane und unreflektierte Impulsivität eine maladaptive Umgangsweise darstellen könnte. Die adaptiven Vorgehensweisen haben einen Gegenpol. Die Emotionsregulationsstrategien werden in **adaptive und maladaptive Formen** unterschieden.

Schritt 2 deutet darauf hin, dass es bei der Emotionsregulation oftmals um die **Anhebung des Bewusstseins** für emotionale Prozesse geht.

Schritt 3 bringt das Konzept der Emotionsregulation in die Nähe des Konzepts der kognizierten Kontrolle. Die Verben *regulieren* und *kontrollieren* haben hier einen gemeinsamen semantischen Kern.

Schritt 4 deutet darauf hin, dass die Dimension Zeit eine gewisse Bedeutung hat. Neben kurzfristigen (vgl. Impulsivität aus Schritt 1) und langfristigen Zielen werden bei der Emotionsregulation auf der Zeitachse sogenannte **antizipatorische und reaktive Strategien** unterschieden, also solche, die vor oder nach einem emotionsrelevanten Ereignis eingesetzt werden können.

Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Vorschläge, wie in der Psychotherapie z.B. Angststörungen oder posttraumatische Schwierigkeiten unter der Perspektive der Emotionsregulation therapeutisch behandelt werden können. Dabei wird der Begriff *Emotionsregulation* direkt verwandt (Eismann & Lammers, 2017) oder auch von *Emotionsfokussierter Therapie* (Auszra et al., 2017; Böcker, 2018) bzw. von *emotionsfokussierten Methoden* (Lammers, 2015) gesprochen.

In Anlehnung an die oben aufgeführten zentralen Merkmale der Emotionsregulation werden u.a. von Eismann & Lammers (2017) folgende therapeutischen Vorschläge gemacht:

**Psychoedukation im Zusammenhang mit Emotionen:** Anhebung des Bewusstseins für das Vorkommen von Emotionen durch Wahrnehmungsschulung. Verschiedene Emotionen sollen frühzeitig erkannt, voneinander unterschieden und benannt werden können (= Aufbau eines Emotionsvokabulars)

**Emotionales Problem- und Zielprofil bzw. Emotionsanalyse des Klienten:** Es geht um den Übertrag des allgemeinen Bewusstseins für Emotionen auf die eigene Situation. Die Analyse der Auslöser, Qualität und der Konsequenzen von den eigenen negativen Emotionen wird betrieben: Welche Situation macht mich wütend, wie genau fühlt sich die Wut an und was bewirkt die Wut bei mir selbst und bei anderen? Bei der Analyse der zeitlichen Abfolge im Emotionsgeschehen kann es vorkommen, dass primäre und sekundäre Emotionen entdeckt werden (z.B. Scham löst Ärger aus)

Mit dem **Emotionsplan** werden adaptive Umgangsweisen mit den negativen Emotionen so strukturiert, dass sie im Alltag angewandt werden können. Es wird zum Beispiel der Frage nachgegangen, wie sich der Klient selbst beruhigen kann (vielleicht durch Entspannung?) oder wie er eine Situation, die negative Emotionen auslöst, anders bewerten kann (vgl. Umstrukturierung bei der kognitiven Kontrolle). Letzteres wird auch als **Emotionsregulation durch Kognitionen** bezeichnet.

**Emotionsregulation durch Verhaltensänderung** meint die angeleitete Ersetzung von maladaptiven durch adaptive Verhaltensweisen. Ein bekanntes Beispiel ist, Vermeiderverhalten bei emotional unangenehmen Situationen aufzugeben und stattdessen sich der Situation zu stellen. Allein durch das Aushalten der unangenehmen Situation können sich alternative Bewertungsmöglichkeiten auftun und eine konstruktive Umstrukturierung der maladaptiven kognitiven Vorgänge in die Gänge gebracht werden. An dem Beispiel erkennt man, dass die therapeutischen Angebote wie hier Emotionsregulation durch Verhaltensänderung und durch Kognitionen ineinandergreifen, ausserdem erkennt man die Nähe zur Verhaltenstherapie. Lammers (2015) bezeichnet die emotionsfokussierten Methoden auch als Techniken der Verhaltenstherapie.

Eine weiteres therapeutisches Angebot der Emotionsregulation ist **Einsatz von adaptiven Emotionen**. Man weiss z.B. das Humor die Quelle von positiven Emotionen sein kann. Humor wird daher gezielt benutzt, um Ärger oder Wut zu verdrängen. Auch eine gezielte **Ressourcenaktivierung** kann in diesem Sinne wirken. Handlungsbereiche, welche mit Ressourcen des Klienten verbunden (z.B. besondere Fähigkeiten) sind i.d.R. mit positiven Emotionen verknüpft sind. Die Ressourcenaktivierung ist dementsprechend eine Möglichkeit, positive Emotionen zu aktivieren und negative Emotionen in den Hintergrund treten zu lassen.

## 2.4 Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst sei der Begriff Verhaltensauffälligkeit durch ein längeres Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) definiert:

«(Verhaltens-)Auffälligkeit ist immer ein soziales Konstrukt, das im Zusammenhang mit sozialen Gruppen- oder Individualnormen zu betrachten ist. Kriterien für Auffälligkeiten bzw. Störungen sind insbesondere: Die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosoziale Beeinträchtigungen, das jeweilige Alter und Geschlecht sowie die Dauer des Auftretens. Grundsätzlich ist eine scharfe Trennung zwischen auffällig/unauffällig bzw. normal/gestört schwer zu treffen; man geht deshalb von einer Dimension mit den Polaritäten unauffällig/normal auf der einen und auffällig/»gestört« auf der anderen Seite aus.» (Fröhlich-Gildhoff, 2018, S.32).

Eine grafische Darstellung der im Zitat erwähnten Dimension ist durch Abb. 2 verwirklicht:

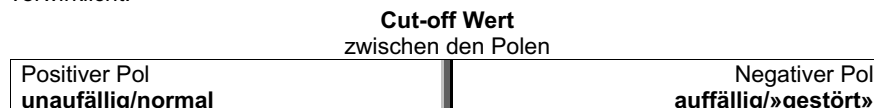


Abb. 2: Dimension der Ausprägung / Intensität / Schweregrad / von Verhaltensauffälligkeiten

Wenn von sozial-emotional *schwierigem* Verhalten gesprochen wird liegt der Bezug zum Begriff Verhaltensauffälligkeit auf der Hand. Die Schwierigkeiten sind den Auffälligkeiten nahe. Die vom Autor bewusst benutzte Begriff *schwierig* soll andeuten, dass in der Sprachtherapie auch solches Verhalten problematisch ist, welches nicht eindeutig dem negativen Pol zugeordnet werden kann, sondern sich eher in der Nähe des Cut-off-Wertes, also in der Mitte zwischen den Polen angesiedelt ist. Auch Petermann et al. (2002) benennen den mittigen Bereich zwischen normalem und negativem Sozialverhalten mit einem eigenen Begriff und sprechen von problematischem Verhalten.

Diese Begriffswahl erscheint dem Autor wichtig, weil schwieriges Verhalten wie in der Einleitung beschrieben als Folge von sprachlichen Defiziten heraus entstehen kann und nur in diesem sozialen Zusammenhang einer Sprachnorm auftritt. Es stellt dann eine normale Reaktion dar, mit der in der Sprachtherapie als eine Schwierigkeit, trotz ihrer Normalität, irgendwie umgegangen werden muss. Hierzu ein Beispiel: Die Frustration aufgrund einer Wortabrufproblematik ist zwar eine normale Reaktion aber kann trotzdem eine negative Emotion darstellen, die als sozial-emotionale Schwierigkeit in der Sprachtherapie eine Bedeutung hat. Trotz der hier vorgenommenen Begriffsdifferenzierung wird im weiteren Text der Begriff Verhaltensauffälligkeit und die Begriffskombination sozial-emotional schwieriges Verhalten synonym gebraucht.

Die im obigen Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) erwähnte Abhängigkeit der Zuschreibung *Verhaltensauffälligkeit* von Gruppen- bzw. Individualnormen ist wichtig, weil dadurch der Subjektivität der Verhaltensbewertung Rechnung getragen wird: Was für den einen auffällig ist, kann für den anderen ganz normal sein.

Neben der Vorstellung einer polartigen Dimension der Ausprägung für das Konstrukt Verhaltensauffälligkeit liefert die darauf spezialisierte Pädagogik noch eine weitere nützliche Ordnung, die ebenfalls als Dimension beschrieben wird. Man spricht von **internalisierenden, externalisierenden und gemischten Auffälligkeiten**. Diese

als «Dimensionale Klassifikation» bekannte Ordnung ist eine qualitative Unterscheidung.

Unter internalisierenden Auffälligkeiten werden verschlossene eher in sich zurückgezogene, auch traurige oder extrem schüchterne Kinder subsumiert, die für die Umwelt zwar weniger auffällig sind, aber trotzdem ein grosses sozial-emotionales Problem haben können. Prototyp ist das ängstlich-depressive Kind.

Unter externalisierenden Auffälligkeiten werden sogenannte dissoziale Verhaltensweisen wie stehlen, lügen oder beleidigen verstanden. Prototyp für dieses nach aussen gerichtete, für die soziale Umwelt i.d.R. auffällige Verhalten ist das verbal und körperlich aggressive Kind.

Unter gemischte Auffälligkeiten werden schizoide oder zwanghafte Verhaltensweisen verstanden, auch Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe oder soziale Probleme wie die Ablehnung durch die peers werden zu dieser Kategorie gezählt. Allerdings liegt es im Wesen der Mischung, dass man diese Verhaltensweisen auch einer der zuvor genannten Dimensionen zuordnen könnte.

Tabelle 2 versucht eine Ordnung in die Dimensionen der Verhaltensauffälligkeit am Beispiel einer für die Sprachtherapie relevanten Problematik (= Wortabrufstörung bei einem Kind mittleren Alters) zu bringen.

Dimensionen		Ausprägung/Intensität/Schweregrad		
		Unauffällig/ normal	Problematisch/ schwierig	Auffällig/ gestört
Qualität	internalisierend	Kind spricht ruhig	Kind spricht selten, auf eine zurückgezogene Art und Weise und nur äusserst leise	Kind ist mutistisch
	externalisierend	Kind spricht lebhaft	Kind spricht extrem laut, missachtet pragmatische Gesetze des turn-taking, wird wütend während dem Sprechen	Kind ist aggressiv, schlägt um sich, zerstört Gegenstände
	gemischt	Kind spricht mit vielen Umschreibungen	Kind spricht unkonzentriert, verliert den roten Faden (Textgrammatik)	Kind spricht chaotisch, sämtliche Sprachebenen sind im Sinne einer Sekundärsymptomatik mitbetroffen

Tab. 2: Dimensionen der Verhaltensauffälligkeiten auf den zwei Achsen der Ausprägung und Qualität mit der Konstruktion eines für die Sprachtherapie relevanten Beispielverhaltens: Wortabrufstörung bei einem Kind im mittleren Alter (6. – 12. Lebensjahr)

Eine weitere in der Pädagogik der Verhaltensauffälligkeiten übliche Ordnung wird als «kategoriale Klassifikation» bezeichnet. Sie ist Grundlage für die Beschreibungen von Verhaltensauffälligkeiten in Diagnosesystemen wie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD; Dilling et al., 2002) oder dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM; Falkal & Wittchen, 2015). Im deutschsprachigen Raum ist die ICD verbreitet und beinhaltet recht differenzierte Beschreibungen von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, die mit F90 bis F98 codiert sind. An dieser Stelle wird auf die differenziertere Darstellung der kategorialen Klassifikation verzichtet, da

sie inhaltlich durch die oben schon gegebenen Beispiele von internalisierenden, externalisierenden und gemischten Verhaltensauffälligkeiten angesprochen wurde.

### 3. Überblick Methodik

Die Fragestellungen aus 1.1 wurden mit unterschiedlichen Methoden beantwortet. Es wurden drei voneinander relativ unabhängige Studienstränge realisiert:

- Studienstrang 1 bediente sich der Erhebungsmethode des Fragebogens und beleuchtete die vorgängige Fragestellung nach den in der Logopädie wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten. Es beteiligten sich N=27 Logopädinnen. Die Fragebogenkonstruktion war theoriegeleitet und orientierte sich insbesondere an der Emotionspsychologie. Die Auswertung geschah quantitativ-deskriptiv.
- Studienstrang 2 versuchte mit den Mitteln der qualitativen Sozialforschung die vorgängige und die zentrale Fragestellung nach dem Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten zu beantworten. Es wurden Leitfadeninterviews mit N = 10 Logopädinnen geführt und zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt N = 12 Logopädinnen unternommen. Die Daten aus beiden Gesprächsformen wurden mit qualitativ-inhaltsanalytischen Mitteln (Mayring, 2016) aufbereitet und ausgewertet, wobei eine Mischung aus induktiv-zusammenfassender und deduktiv-**explizierender** Inhaltsanalyse konstruiert wurde.
- Studienstrang 3 versuchte mit den Mitteln der Dokumentenanalyse im mixed-method-Design (Hoffmann, 2018; Mayring, 2016) die beiden Unterfragen nach der Relevanz von Emotionalität in ausgewählten Dokumenten zu beantworten. In den Fachbüchern und den schriftlich vorliegenden pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen wurden Begrifflichkeiten oder Umschreibungen, welche auf sozial-emotionale Phänomene in der Sprachtherapie hindeuten, gesucht (qualitative Ebene) und **explizierend**-inhaltsanalytisch mit der Theorie der kognizierten Kontrolle ausgewertet (vgl. Kapitel Theorie) oder gezählt (quantitative Ebene), um die Auftretenshäufigkeit der Begriffe als eine Interpretationsgrundlage zu gewinnen.

Die Kombination unterschiedlicher Methoden zur Beantwortung einer Fragestellung entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Methodentriangulation (Flick, 2008)

Im Folgenden werden die einzelnen Studienstränge genauer beschrieben. Es wird die Methodik spezifiziert sowie die Auswertung samt einer ersten Interpretation dargestellt.

### 4. Erster Studienstrang - Befragung mittels Fragebogen

Die Stichprobe bestand aus N = 27 Logopädinnen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 12,4 Dienstjahren (Minimum = 0,5 und Maximum 27). Alle Logopädinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung (September 2019) in der Deutschschweiz, haben aber zur Hälfte ihre Ausbildung zur Logopädin in Deutschland absolviert. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer vom Autor

**Kommentiert [A14]:** Hier müsste eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe erfolgen.  
Z. B. Tätigkeitsfeld? Denn je nach Arbeitsschwerpunkt beeinflusst es die Ergebnisse, ob und wie ich Verhaltensauffälligkeiten erlebe (z. B. psychiatrische Einrichtung, Regelkindergarten, Inklusives Setting)

**Kommentiert [A15]:** Hier gebe ich dem Gutachter recht. Kann ich liefern.

gegeben Fortbildung zum Thema «sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Logopädie» bearbeitet und gliederte sich in zwei Teile:

#### Teil 1 des Fragebogens:

##### Emotionen oder damit assoziierte Verhaltensweisen in ihrer Relevanz für die eigene sprachtherapeutische Tätigkeit

Dieser Teil von Fragen hatte 16 emotionsrelevante Begriffe oder Umschreibungen und ihre Bedeutung für die Kindersprachtherapie zum Gegenstand. Es wurden Aussagesätze auf Ihre Gültigkeit hin von den Sprachtherapeutinnen bewertet. Das Zutreffen der Aussagen sollte auf einer Skala von 0 bis 6 eingeschätzt werden, wobei «0 = trifft überhaupt nicht zu» und «6 = trifft voll und ganz zu» bedeuteten. Alle Aussagesätze begannen mit «Mich beschäftigen Kinder, die ....» und hatten im Nebensatz den emotionsrelevanten Begriff bzw. die emotionsrelevante Umschreibung als tragende semantische Einheit. Die Aussagen sind im Folgenden aufgelistet und der semantisch tragende Teil ist jeweils hervorgehoben:

Mich beschäftigen Kinder, die ....

- (1) vor dem Sprechen **Angst** haben
- (2) sich wegen ihrem Sprachproblem **schämen**
- (3) wegen ihres Sprachproblems **gemobbt** werden
- (4) in meiner Therapie **aggressiv** sind
- (5) in meiner Therapie **sprachliche Anforderungen vermeiden**
- (6) sich in meiner Therapie nicht an **Verhaltensregeln** (z.B. Spielregeln) halten können
- (7) in der Therapie sehr **introvertiert** sind
- (8) sich in meiner Therapie nichts **zutrauen**
- (9) in meiner Therapie oft **wütend** werden
- (10) in meiner Therapie oft **traurig** erscheinen
- (11) in meiner Therapie oft **verweigern**
- (12) sich in meiner Therapie nicht **konzentrieren** können
- (13) in meiner Therapie wie «**emotional eingefroren**» wirken
- (14) sich in meiner Therapie oft **überschätzen**
- (15) sich in meiner Therapie oft **unterschätzen**
- (16) in meiner Therapie oft **lustlos** sind

Die ausgewählten Begriffe gehören hinsichtlich des theoretischen Hintergrundes zur Emotionalität sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen an. Es wurde sowohl nach Basisemotionen gefragt (z.B. Angst oder Wut vgl. Schmidt-Atzert et al. 2014), als auch nach in der Fachliteratur aufgeführten Bedingungen für emotionale Probleme (z.B. Mobbing vgl. Gerbig et al., 2018) als auch nach in der Fachliteratur aufgeführten Auswirkungen von emotionalen Problemen (z.B. Aggression; Petermann & Petermann, 2005 oder Verweigerung vgl. Petermann & Petermann 2003). Trotz des Theoriebezuges ist die Auswahl der Items durch den Autor hochgradig subjektiv. Daher wurde am Ende des Fragebogens ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, eigene Begriffe oder Beschreibungen zu geben, die aus Sicht der Befragten eine emotionsrelevante Bedeutung für ihre therapeutische Tätigkeit haben.

#### Teil 2 des Fragebogens: Einzelne Störungsbilder in ihrer Relevanz zur Emotionalität

Im zweiten Teil wurden die sogenannten Störungsbilder der Kindersprachtherapie hinsichtlich ihrer Relevanz in Sachen Emotionalität untersucht. Es wurde eine unvollständige Liste an Störungsbildern der Kindersprachtherapie vorgegeben, wobei



die *Sprachentwicklungsstörung* in Sprachverständnis (SV), Wortabruf und Wortschatz sowie Grammatik differenziert war. Insgesamt bestand die Liste aus folgenden Störungsbildern: Artikulation, SV, Wortabruf, Wortschatz, Grammatik, Myofunktionelle Störungen (MFT), Stimme, Stottern, Poltern, Leserechtschreibstörung (LRS). Es wurde ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, eigenständig weitere Begriffe für sogenannte Störungsbilder hinzuzufügen. Die Frage und Anweisung im Fragebogen lautete:

*In welchen Störungsbildern oder Handlungsbereichen ihrer logopädischen Therapie spielt die Emotionalität eine grosse Rolle? Gewichten Sie die oben aufgeführten Handlungsbereiche gemäß ihrer emotionalen Bedeutung durch die Vergabe von Zahlen, wobei 0 = keine Bedeutung für die Emotionalität und 6 = sehr große Bedeutung für die Emotionalität entspricht. Sie können auch weitere Störungsbilder oder Handlungsbereiche einfügen und dafür Punkte vergeben.*

#### 4.1 Auswertung und Ergebnisse des Fragebogens samt deren Interpretation

Da die Teilnehmerinnen dieser Befragung von den freien Äusserungen (= eigene Begriffe und Umschreibungen anführen) nur sehr wenig Gebrauch machten, werden diese in der nachfolgenden Darstellung nicht einbezogen.

Die quantitativen Ergebnisse des ersten Fragebogenteils sind in Tabelle 3 ersichtlich und durch die Boxplots von Abbildung 3 veranschaulicht:

Emotion oder Verhaltensweise	Angst	Scham	Mobbing	Aggression	Vermeidung	Regeln
<b>Mittelwerte M</b>	4,37	4,19	3,78	3,00	4,59	3,04
<b>SD</b>	1,597	1,618	2,207	2,154	1,083	1,911

introvertiert	Nichts trauen	Wut	traurig	Verweigern	Nicht konzentrieren
3,37	3,26	2,50	3,07	3,27	4,04
1,690	1,933	2,045	1,940	1,823	1,581

eingefroren	überschätzen	unterschätzen	lustlos	
3,38	2,62	3,15	3,19	<b>M<sub>ges</sub> = 3,4</b>
1,837	1,813	1,084	1,919	<b>M<sub>SD</sub> = 1,8</b>

Tab. 3: Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen SD der relevanten Emotionen und damit assoziierte Verhaltensweisen aus Sicht der Logopädinnen.

**M<sub>ges</sub>** ist der Mittelwert aller Mittelwerte = Gesamtmittelwert

**M<sub>SD</sub>** ist der Mittelwert aller Standardabweichungen.

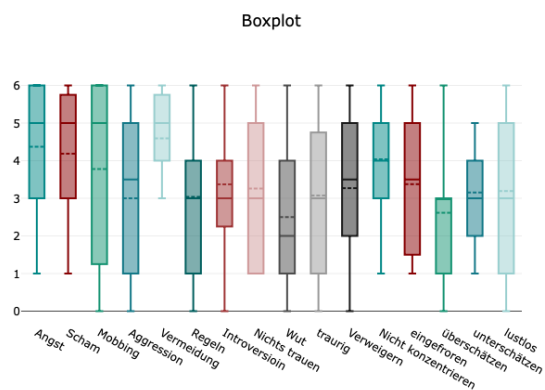


Abb. 3: Veranschaulichung der Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen SD der relevanten Emotionen und damit assoziierte Verhaltensweisen aus Sicht der Logopädinnen.

Die quantitativen Ergebnisse des zweiten Fragebogenteils sind in Tabelle 4 ersichtlich und durch die Boxplots von Abbildung 4 veranschaulicht:

Störungsbild	Artikulation	SV	Wortabruf	Wortschatz	Grammatik	MFT
Mittelwert M	4,23	5,00	4,50	4,22	3,65	3,17
SD	1,032	,877	1,208	1,450	1,495	1,404

Störungsbild	Stimme	Stottern	Poltern	Mutismus	LRS	
Mittelwert M	4,82	5,76	5,19	5,91	4,46	$M_{ges} = 4,6$
SD	1,763	,597	1,250	,288	1,250	$M_{SD} = 1,1$

Tab 4: Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen (SD) der Relevanz von Emotionalität pro logopädischem „Störungsbild“

$M_{ges}$  ist der Mittelwert aller Mittelwerte = Gesamtmittelwert

$M_{SD}$  ist der Mittelwert aller Standardabweichungen.

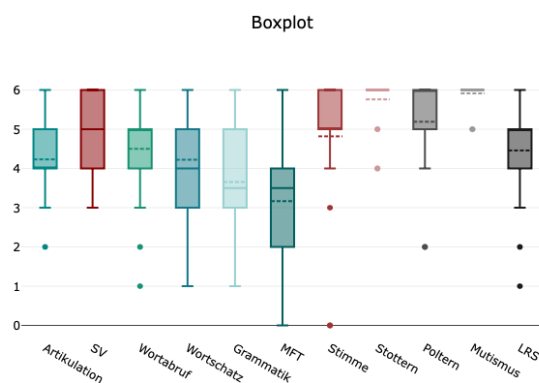


Abb. 4: Veranschaulichung von Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen (SD) der Relevanz von Emotionalität pro logopädischem „Störungsbild“

Bei der Interpretation aller Werte ist es wichtig, sich die Skalenbreite von 0 bis 6 beider Teile des Fragebogens zu vergegenwärtigen. Insofern ist ein Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen zwischen den Teilen möglich. Bei den Mittelwerten ist es zudem wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass der Wert 3,5 die Mitte zwischen 0 und 6 darstellt und damit einen kritischen cut-off Wert zwischen eher niedrig vs. eher hoch darstellt.

#### **Interpretation für die Emotionsbegriffe und Verhaltensweisen**

Der Mittelwert der emotionsrelevanten Begriffe oder assoziierten Verhaltensweisen ist mit 3,4 knapp unter dem kritischen Wert von 3,5. Das heißt, dass im Mittel die Emotionalität (über alle Begriffe hinweg) einen mittleren Stellenwert in der sprachtherapeutischen Arbeit besitzt. Allerdings sind sich die Sprachtherapeutinnen darin nicht so einig, was die relativ hohe mittlere Standardabweichung von 1,8 nahe legt und durch die relativ langen Boxplots veranschaulicht wird. Hier spiegelt sich die Schwierigkeit der Definition von einzelnen Emotionen oder damit assoziierten Verhaltensweisen. Wenn die Standardabweichung von Aggression bei einer Skala von 0 bis 6 bei 2,1 liegt oder von Mobbing bei 2,2 dann ist es offensichtlich nicht so klar was eigentlich aggressives Verhalten sein soll oder was Mobbing ist.

Kommentiert [A16]: Zumindest bei der relativ kleinen Stichprobe...

#### **Interpretation für die Störungsbilder**

Es gibt bei den Mittelwerten der Störungsbilder nur einen einzigen Wert der unter 3,5 liegt (MFT = 3,17) und der Gesamtmittelwert ist mit 4,6 klar über dem cut-off-Wert von 3,5. Das bedeutet, dass der Stellenwert der Emotionen für die Handlungsbereiche der Logopädie aus Perspektive der Logopädinnen im Allgemeinen eher hoch ist. Darin waren sich die befragten Sprachtherapeutinnen auch relativ einig, was die gemittelte Standardabweichung von 1,1 aussagt und durch die relativ kurzen Boxplots veranschaulicht wird.

Zwischen den Handlungsbereichen gibt es Unterschiede in der Relevanz. Die höchsten Werte haben erwartungsgemäß der Handlungsbereich Mutismus (5,91) und Stottern (5,76). Zu erwarten war das, weil die Definition von (selektivem) Mutismus mit der „Angst“ einen Begriff aus den Basisemotionen in sich trägt. Das Stottern trägt zwar keinen Begriff aus der Gruppe der Basisemotionen in seiner Definition der primären Symptomatik, jedoch gelten die sogenannten „inneren Symptome“ wie Angst und Scham als in den meisten Fällen ebenso kennzeichnend.

#### **Vergleich zwischen Emotionsbegriffen und Störungsbilder**

Die Einigkeit der Logopädinnen bei Ihren Einschätzungen zwischen den beiden Fragebogenteilen ist unterschiedlich.

Hierzu kann man die beiden Mittelwerte aller Standardabweichungen vergleichen ( $1,8 \neq 1,1$ , siehe Tabelle 5 rechte Spalte). Eine Interpretation dieses Unterschieds wird weiter unten gegeben.

	Gesamtmittelwerte $M_{ges}$	Mittelwerte aller Standardabweichungen $M_{sd}$
Emotionsbegriffe und mit Emotionen assoziierte Verhaltensweisen	3,4	1,8
Störungsbilder bzw. Handlungsbereiche	4,6	1,1

Tab. 5: Vergleich der beiden Gesamtmittelwerte  $M_{ges}$  und der beiden Mittelwerte aller Standardabweichungen  $M_{sd}$  zwischen den Fragebogenteilen

Zur Veranschaulichung dieses Vergleiches seien zwei Einzelergebnisse herausgestellt:

Bei den Handlungsbereichen sind sich die Sprachtherapeutinnen sehr einig, dass *Mutismus* ein hochgradig emotionsrelevantes Störungsbild ist, weil der Mittelwert mit 5,91 sehr hoch ist und die Streuung der Einzelwerte (= Standardabweichung) mit 0,288 sehr klein ist (vgl. Tabelle 4 oben), während der Begriff *Wut* in seiner Relevanz eher niedrig eingeschätzt wird (der Mittelwert ist 2,5) allerdings geschieht dies sehr uneinheitlich, weil die Streuung der Einzelwerte mit der Standardabweichung von 2,045 relativ hoch ist (vgl. Tabelle 3 oben).

Bemerkenswert ist der Unterschied in den Gesamtmittelwerten  $M_{ges}$  (vgl. Tabelle 5 mittlere Spalte). Zunächst verwundert es, dass sich für die Störungsbilder (Handlungsbereiche) ein höherer Gesamtmittelwert und damit eine höhere Relevanz als für die Emotionen an sich ergeben hat ( $4,6 > 3,4$ ).

Schaut man sich die Emotionsbegriffe im Einzelnen an, dann wird klar, dass einige Emotionen sehr wohl eine besondere Rolle bei sozial-emotionalen Problemen in der Sprachtherapie spielen: Es sind Angst ( $M=4,37$ ), Scham ( $M=4,19$ ) und Vermeidung ( $M=4,59$ ). Das sind genau die Emotionen bzw. Verhaltensweisen, welche die hochgradig emotionsrelevanten Störungsbereiche (wie Mutismus und Stottern) kennzeichnen. Diese hohen Werte lassen vermuten, dass diese Emotionen und Verhaltensweisen auch in den anderen Handlungsfeldern eine Rolle spielen könnten. Andere Emotionen oder damit assoziierte Verhaltensweisen wie z.B. die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten ( $M=2,62$ ) spielen dagegen nur eine geringere Rolle und ziehen den Gesamtmittelwert für die Emotionen an sich sozusagen runter.

Eine zweite Interpretation bietet sich auf dem Hintergrund der Definition von Verhaltensauffälligkeiten an. Da die Bewertungen von Verhaltensauffälligkeiten immer auf dem Hintergrund von Gruppen- bzw. Individualnormen geschehen, kann man vermuten, dass hier unterschiedliche Bezugsnormen wirken. Während bei dem ersten Teil des Fragebogens die Bezugsnorm auf der Emotionalität an sich angelegt ist, wirkt beim zweiten Teil des Fragebogens offensichtlich die Bezugsnorm der Handlungsbereiche und damit wahrscheinlich die Vorstellung von Situationen, welche bei der Behandlung von einzelnen, konkreten Fällen gebildet wurde und diese wird einheitlich (= geringe Streuung bei den Störungsbildern) von den Logopädinnen als emotionsrelevant erlebt.

**Kommentiert [A17]:** Diese Beispiel war nur zur Veranschaulichung gedacht, damit die Leserin eine Hilfe bekommt bei der Interpretation von Mittelwert und Standardabweichung bei dieser Untersuchung.

**Kommentiert [A18]:** Hier besteht die Gefahr einer Überinterpretation von Einzelergebnissen. Da in dem Manuskript insgesamt sehr viele Ergebnisse berichtet werden, sollte abgewogen werden, wie wichtig das Berichten von Einzelfällen ist und welchen Mehrwert es bringt.

## 5. Zweiter Studienstrang – Befragung mittels Einzelinterviews und Gruppendiskussionen

Bei den Einzelinterviews (N = 10) (Lamnek, 2001b) und den zwei Gruppendiskussionen (N = 12) (Bohnsack, 2003) waren insgesamt 22 Logopädinnen beteiligt. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 10,3 Berufsjahre (Minimum 1 Jahr, Maximum 26 Jahre). Die Fachpersonen dieser Stichprobe arbeiteten genau wie die Stichprobe aus dem ersten Studienstrang zum Erhebungszeitpunkt in der Deutschschweiz und hatten ebenfalls zur Hälfte ihre Ausbildung zur Logopädin in Deutschland abgeschlossen. Die Einzelgespräche wurden als teilstrukturierte Leitfadeninterviews von Studierenden der Hochschule für Heilpädagogik durchgeführt und dem Autor durchgeführt. Die Auswertung geschah in Anlehnung an Mayring (2016). Die Gruppengespräche wurden vom Autor dieses Artikels in einer schwach strukturierten, narrativen Form durchgeführt. Es wurden vor den Durchführungen die vorgängige und die zentrale Fragestellung als Gesprächsimpulse gegeben und die Teilnehmerinnen wurden gebeten, sich anhand dieser Fragen auf die Gruppendiskussion vorzubereiten. Die Auswertung geschah ebenfalls in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) wobei die deduktiven gegenüber den induktiven Anteilen überwogen haben. Eine interessante Variante der Durchführung und Auswertung bei einer der beiden Gruppendiskussionen war, dass die Teilnehmerinnen sich auch an der Auswertung beteiligten und unabhängig voneinander darüber eine schriftliche Reflexion in Form einer wissenschaftlichen Hausarbeit anfertigten. Konkret wurde es so realisiert, dass jede Teilnehmerin eine eigenständige Audioaufnahme der Gruppendiskussion anfertigte und diese zusammen mit dem Eigenerleben als Ausgangsmaterial für die Auswertung nutzte. Sie waren insofern in einer Doppelrolle, nämlich a) als Teilnehmerin und b) als Auswerterin in das Forschungsgeschehen involviert. Diese spezielle Form der teilnehmenden Beobachtung (Lamnek, 2001) hat in der sogenannten Aktionsforschung (Haag et al., 1975; Fiedler & Hörmann, 1978; Moser, 1975) seine historischen Wurzeln und rückt aktuell unter dem Begriff Praxisforschung (Moser, 2015; van der Donk et al., 2014) wieder vermehrt ins Bewusstsein der im pädagogischen bzw. gesundheitlichen Bereich aktiven Sozialwissenschaften. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind noch relativ eng an den Rohdaten angelehnt und befinden sich nach Mayring (2016) inhaltsanalytisch auf der Stufe der Generalisierung einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Es werden die Daten der beiden Erhebungsmethoden zusammen referiert, da sie auf dieser Ebene weitestgehend identisch sind.

### 5.1 Wahrgenommene Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst wird auf die Antworten der vorgängigen Frage eingegangen, die an dieser Stelle noch einmal genannt wird:  
Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?  
Tabelle 6 listet die Ergebnisse der Befragungen schlagwortartig auf und benutzt als Ordnung zwei der qualitativen Dimensionen aus der Pädagogik für Verhaltensauffälligkeit, nämlich internalisierendes und externalisierendes Verhalten. Die Tabelle 6 enthält auch Erklärungen für das schwierige Verhalten, welche von den Sprachtherapeutinnen mitgeliefert wurden.

Verhaltensauffälligkeiten in der Sprachtherapie von Sprachtherapeutinnen genannt	
internalisierend	externalisierend
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängstliches Verhalten</li> <li>• Passives Verhalten</li> <li>• Reglose Mimik zeigen (Pokerface)</li> <li>• Blickkontakt vermeiden</li> <li>• Sich schämen</li> <li>• Sich abwerten</li> <li>• Schweigen, verstummen</li> <li>• Sich extrem schüchtern verhalten</li> <li>• Vermeiden</li> <li>• Zurückhaltend agieren</li> <li>• Verschreckt</li> <li>• Extrem vorsichtig handeln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal und körperlich aggressives Verhalten</li> <li>• Wütend- aufbrausend-impulsives Verhalten</li> <li>• Grenzen austesten</li> <li>• Rechthaberisches Verhalten</li> <li>• auf eigene Meinung fixieren</li> <li>• rigides Verhalten</li> <li>• kompromissloses Verhalten</li> <li>• manipulatives Verhalten</li> <li>• verweigern</li> <li>• oppositionelles Verhalten</li> <li>• gegen Regeln verstoßen</li> <li>• ablenken</li> <li>• provozieren</li> <li>• beleidigen</li> <li>• weinen</li> <li>• jemanden anderen ignorieren</li> </ul>
<b>Erklärungen</b> (sowohl für internalisierendes als auch externalisierendes Verhalten) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überforderung</li> <li>• überhöhte Erwartungen (von Bezugspersonen / von den Kindern an sich selbst)</li> <li>• Angst</li> <li>• Scham</li> <li>• Mobbing</li> <li>• Vermeidung</li> <li>• Krankheit (z.B. ADHS)</li> <li>• Verwöhnung</li> </ul>	

Tab. 6: Sozial-emotional auffälliges Verhalten in der Sprachtherapie und mögliche Erklärungen dafür aus Perspektive von Sprachtherapeutinnen (Kohler, 2021, S.12)

Bei dem Versuch Ordnung zu schaffen und das Datenmaterial zu explizieren, fällt auf, dass einige Begriffe als Verhaltensweisen aber auch als Erklärungen und damit mehrmals (in verschiedenen Zellen der Tabelle) erwähnt werden. Dies ist ein Anzeichen für die Komplexität des Gegenstandes. Die Beziehungen zwischen Ursache (hier als Erklärung bezeichnet) und Folgen (hier als Verhaltensweisen benannt) scheinen nicht einfach linear zu sein. In der Emotionspsychologie wird diese Komplexität z.B. durch die Differenzierung in primäre und sekundäre Emotionen auf einer zeitlichen Dimension Rechnung getragen. Ein Ereignis (z.B. ein Bild auf einer Spielkarte kann nicht benannt werden) kann primär Scham auslösen, was sich nachfolgend-sekundär (und meist sehr schnell) in ängstliches Verhalten (= der Blick wird zu Boden gesenkt) oder aber in Aggression (= Die Spielkarte wird durch Raum geworfen) verwandelt. Potentiell kann jede Form von Emotionalität auf der Zeitachse primär aber auch sekundär sein. Insofern ist es nachvollziehbar, dass die Sprachtherapeutinnen die Angst als Erklärung für internalisierendes oder externalisierendes Verhalten gegeben haben und gleichzeitig ängstliches Verhalten als internalisierendes Verhalten aufgeführt wird. Angst als primäre Emotion kann sich

**Kommentiert [A19]:** Siehe Kommentar weiter unten.  
Wurden diese Ergebnisse bereits veröffentlicht??

sekundär in ängstlichem Verhalten oder in extrem vorsichtigem Verhalten ausdrücken, aber auch in verbaler oder körperlicher Aggression bzw. in wütend-aufbrausendem Verhalten als sekundäre Emotion zeigen. Ein anderer Begriff, der mehrmals in der Tabelle auftaucht, kann ebenfalls zur Darstellung der Komplexität des Gegenstandes herangezogen werden. Es handelt sich um den Begriff *Vermeidung*. In der Tabelle wird Vermeidung unter internalisierendem Verhalten aufgeführt. Man kann sich ein Kind vorstellen, welches sehr passiv vermeidet, indem es verstummt und den Blickkontakt abwendet. Es ist aber durchaus denkbar, dass ein anderes Kind es schafft, durch lautes Weinen eine an ihn gestellte Anforderung zu vermeiden. Das Weinen selbst muss aber nicht externalisierend laut nach außen auffällig sein, sondern kann auch den internalisierenden Charakter eines in sich zurückgezogenen, leisen Weinens haben. Man sieht: die Trennschärfe der Kategorien ist mit dem Nennen von einzelnen Verhaltensweisen und möglichen Erklärungen nicht so einfach herzustellen. Trotzdem liefert die Liste in Tabelle 6 eine erste Orientierung hinsichtlich den sozial-emotional auffälligen Verhaltensweisen, welche Sprachtherapeutinnen wahrnehmen und mit denen sie offensichtlich umgehen müssen.

## 5.2 Umgang der Therapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigem Verhalten

Auch hier werden die Ergebnisse nahe an den Rohdaten auf der Stufe der Generalisierung einer induktiv-zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2016) dargelegt. Es wurden in den Interviews und Gruppendiskussionen zahlreiche Reaktionen auf die oben angeführten Verhaltensweisen benannt. Diese hatten sehr unterschiedliche Abstraktionsniveaus. Manchmal wurden nur abstrakte Begriffe genannt oder Aussagen gemacht, die auf eine bestimmte Haltung der Therapeutin schließen lassen (z.B. „wohlwollend sein“ oder „Kind ernst nehmen“). Manchmal wurden mehr oder weniger abstrakte Handlungsansätze genannt, die aus einer bestimmten theoretischen Perspektive bekannt sind, z.B. „empathisch sein“, bekannt aus der humanistischen Psychologie (Rogers, 1983). Oftmals wurden mehr oder weniger konkrete Handlungsweisen beschrieben (z.B. Entspannungsverfahren einsetzen). In Tabelle 7 werden die Nennungen relativ ungeordnet aufgelistet. Erst in den nachfolgenden Ausführungen werden mögliche Interpretationen gegeben und somit der Einblick in die deduktiv-explizierende Inhaltsanalyse nachvollziehbar gemacht.

### Umgang der Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Sprachtherapie

1. Gespräche mit dem Kind
2. Emotionen benennen
3. Spiegeln des Verhaltens
4. Verständnis zeigen
5. Empathisch sein
6. Trost anbieten
7. Zeit geben
8. Verschiedene Perspektiven auf das (Sprach-) Problem formulieren, deutlich machen (Deine Mutter sieht das so, deine Freunde sehen das anders)
9. Safe Place
10. Entspannungsverfahren einsetzen

11. Handlungsorientierte Therapie (HOT)
12. Elternarbeit (Heidelberger Elterntraining)
13. Zollinger (die freche Puppe als Möglichkeit, das sozial-emotional schwierige Verhalten zu spiegeln)
14. Kreative Gestaltung (z.B. mit Ton)
15. Improvisationstheater
16. erlebnispädagogische Elemente nutzen
17. Einsatz von Büchern, die das sozial-emotional schwierige Verhalten thematisieren und u.a. als Gesprächsimpuls dienen können
18. Integration von anderen Kindern in die Therapie (Freunde, Geschwister), Kleingruppenbildung
19. Räumliche Integration der Bezugspersonen in die Therapie (z.B. Mutter in den Therapieraum holen)
20. Einsatz von Smiley Bildern und Tafeln, die als Verstärker von sozial erwünschtem Verhalten dienen sollen. Oft zusätzlich mit der Metapher des Barometers kombiniert, um den Grad des erwünschten oder unerwünschten Verhaltens zu veranschaulichen
21. Grenzen setzen
22. Stimme einsetzen (z.B. lauter sprechen beim Grenzen setzen)
23. Ventil anbieten (Kuscheltier gegen die Wand werfen lassen)
24. Verbündung zwischen Therapeutin und Kind gegen den „Feind“ (hier ist das sprachliche Defizit gemeint, z.B. die böse Laut, der nicht artikuliert werden will)
25. Schwierigkeitsniveau von Übungen anpassen
26. Loben
27. Belohnen
28. Negative Konsequenzen des Verhaltens formulieren
29. Drohungen (z.B.: ein anderes Kind bekommt den Therapieplatz, wenn du dich weiter so benimmst)
30. Zwang ausüben
31. Ignorieren
32. Physisches Festhalten
33. Das spielerische Element in der Therapie verstärkt einsetzen
34. Witze machen
35. Auszeit einrichten (bis sich das Kind beruhigt hat)
36. Zeitmanagement (z.B. Visualisieren des Stundenablaufs)
37. Auftragsklärung (was erwartest du?)
38. Therapievertrag machen
39. Interessen des Kindes rausfinden
40. Dem Kind Wahlmöglichkeiten anbieten (z.B. ein Spiel raussuchen dürfen)
41. Kommunikationsgeräte nutzen (ipad, aus unterstützte Kommunikation)
42. Ablenker reduzieren (reizarme Umgebung schaffen)
43. Das Kind ablenken
44. Interdisziplinäre Kooperation
45. Supervision, Coaching nutzen

Tab. 7: Schlagwortartige Auflistung aller von Sprachtherapeutinnen genannten Umgangsweisen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten (Kohler, 2021, S.13)

Trotz der Fülle der genannten Begriffe und Handlungen (1 bis 45) ist diese Auflistung sicherlich nicht vollständig. Die vorgehend angedeutete Abstraktionsvielfalt macht es nicht leicht, eine Ordnung in diese Auflistung zu bringen. Zudem sind manche Begriffe so unpräzise, dass man sich nur annäherungsweise etwas Konkretes

**Kommentiert [A20]:** Wenn die Ergebnisse doch bereits publiziert sind, warum dann die erneute ausführliche Darstellung?



darunter vorstellen kann: Was passiert konkret, wenn man „Zeit gibt“ (7) oder wie genau wird „belohnt“ (27)?

An dieser Stelle wird versucht, durch das Aufgreifen der dargestellten theoretischen Zugänge und Begrifflichkeiten (u.a. mit der Theorie der kognizierten Kontrolle, den Begriffen *internalisierend* vs. *externalisierend* oder *primäre* und *sekundäre Emotionen*) und mit dem Konstrukt der Emotionsregulation Erklärungen für Umgangsweisen anzubieten. Es werden dafür einzelne Beispiele aus der Auflistung näher und differenzierter betrachtet und einer ersten Interpretation zugeführt. Um die Lesefreundlichkeit zu erhöhen, wird auf die Nummern der Auflistung oben (vgl. Tabelle 7) im folgenden Text Bezug genommen.

### 5.2.1 Interpretationen ausgewählter Strategien des Umgangs

#### Das Gespräch ist zentrales Mittel des Umgangs

Das *Gespräch* (1) wurde nicht zufälligerweise als erstes aufgeführt, denn dies wurde von allen Sprachtherapeutinnen als relevant betrachtet. Es scheint ein zentrales Mittel im Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu sein. Der Inhalt des Gespräches sind meist die Emotionen selbst. Das legt die Perspektive der Emotionsregulation ebenfalls nahe und spricht von Psychoedukation und Emotionsanalyse. Hierbei geht es um das Bewusstmachen von Emotionen in ihrer Vielfalt. Es werden verschiedene *Emotionen benannt* (2), beschrieben und verglichen, über ihre (persönliche) Bedeutung gesprochen, ihre Nützlichkeit und ihre Auswirkungen diskutiert. Ganz allgemein formuliert soll ein höheres Bewusstsein für Emotionen erarbeitet werden. Der Klient erhält auf einer Metaebene Erklärungen für Emotionen und soll sein emotionales Erleben einordnen können. Kontrolltheoretisch gesprochen liegt in solchen Erklärungen die Chance eines subjektiven Kontrolllempfindens im Sinne einer sekundären Kontrolle. Die Inhalte des Gesprächs haben also das Potential, sich günstig auf das emotionale Erleben auszuwirken. Um überhaupt in ein solches Gespräch zu kommen, können *Bücher* hilfreich sein (17), die in irgendeiner Art und Weise das emotionale Problem zum Thema haben.

Es kommt aber auch darauf an, wie das Gespräch geführt wird. Die Sprachtherapeutinnen führen an, *Verständnis zu zeigen* (4), *Trost zu spenden* (6), das *Verhalten zu spiegeln* (3). Das sind allesamt Kennzeichen einer im Rahmen der emotionsfokussierten Therapie geforderten „empathischen Kommunikation“ (Auszra et al., 2017, S. 133f) und sehr wahrscheinlich schon durch die humanistische Psychologie (Rogers, 1983) als ein Merkmal der Professionalität für die pädagogisch-therapeutische Haltung akzeptiert.

Sprachtherapeutinnen geben an, dass sie in Gesprächen ihren Klienten *verschiedene Perspektiven auf das Sprachproblem* eröffnen (8). Im Rahmen der Emotionsregulation durch Kognitionen (Eismann & Lammers, 2017) wird u.a. ein solches Vorgehen beschrieben. Auch aus der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie bekannt, machen sich solche Interventionen die Tatsache zunutze, dass Gedanken die Emotionen beeinflussen (und umgekehrt). Die *Umstrukturierung* (so wird es durch die Perspektive der Kontrolltheorie genannt) der destruktiven Gedanken in konstruktive Gedanken kann helfen, Emotionen so zu lenken, dass sie weniger negativ und belastend sind.

### **Sprachtherapeutische Ansätze mit Nähe zur Emotionspsychologie**

Die Nennung sprachtherapeutischer Ansätze wie *HOT* (11), *Heidelberger Elterntraining* (12) oder *Zollinger* (13) deuten darauf hin, dass sie durch ihre spezielle Ausrichtung das Potential haben, auf emotionaler Ebene einen günstigen Einfluss auf die Klienten auszuüben. Für die *HOT* wurde im 2. Kapitel durch die Analyse mit der Theorie der kognitiven Kontrolle dieses Potential beispielhaft dargelegt. Für die Therapie nach Zollinger (2015) ist deren konzeptuelle Verankerung in der Theorie der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) ein klarer Hinweis auf die Nähe zur Emotionspsychologie. Insofern wundert es nicht, dass Sprachtherapeutinnen diesem therapeutischen Modell das Potential der positiven Beeinflussung von Emotionen zuschreiben. Ebenso plausibel erscheint die Erwähnung des Heidelberger Elterntrainings (Buschmann, 2017), da hier Eltern ganz konkrete Handlungsmöglichkeiten vermittelt bekommen, um ihre Kinder sprachlich zu fördern, was eine starke primäre Kontrollenerfahrung bedeuten kann mit der entsprechenden positiven Auswirkung auf die Emotionen der Eltern.

### **Ansätze aus Nachbardisziplinen in der Sprachtherapie**

Auch werden spezielle Ansätze aus Nachbardisziplinen genannt, die aus Perspektive der Befragten offensichtlich dieses Potential in sich tragen. Gemeint ist das *Improvisationstheater* (15) und die *erlebnispädagogischen Elemente* (16) ebenso wie die *kreative Gestaltung* (14).

Ohne an dieser Stelle den theoretischen Bezug der genannten Nachbardisziplinen bzw. -bereiche zur Emotionspsychologie näher zu beschreiben, bleibt festzuhalten, dass sich Sprachtherapeutinnen offensichtlich über den Tellerrand der eigenen Disziplin hinweg Lösungsmöglichkeiten für den konstruktiven Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten suchen und dabei fündig werden. Dafür spricht auch die *interdisziplinäre Kooperation* (44), weil Sprachtherapeutinnen darin eine Möglichkeit sehen, die emotionale Ebene im Berufsalltag zu managen.

Teilweise liegen schon auf dieser Interdisziplinarität beruhende Konzepte vor: Achhammer (2014) nutzt das Improvisationstheater zur Therapie von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in der Sprachtherapie. Braun et al. (2016) haben die Erlebnispädagogik für die Therapie bei stotternd sprechenden Jugendlichen in ihr Therapiekonzept integriert.

### **Weitere Maßnahmen mit den unterschiedlichsten theoretischen Hintergründen**

Die *Kleingruppenbildung* (18) mit den Kindern wird von den Sprachtherapeutinnen als eine Maßnahme genannt und wird auch in den Programmen oder Interventionen, welche sich auf Emotionsregulation berufen, benutzt. Wie die Gruppenbildung als Instrument genau wirkt, wird in den Überblicksarbeiten zur Emotionsregulation (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013) nicht beschrieben. Genauer erfährt man in Veröffentlichungen aus dem ureigenen sprachtherapeutischen Feld (z.B. Katz-Bernstein & Subellok, 2002 oder Braun et al., 2016). Dort wird vermutet, dass Kommunikationsprozesse zwischen direkt Betroffenen einen viel größeren Effekt auf emotionsrelevante Bewertungsvorgänge bei den Betroffenen haben als kognitive Umstrukturierungsversuche der Therapeutinnen (Braun et al., 2016). Lüdtkke (2012) sieht in der Verbindung von Emotion und Sprache ein Axiom in der Sprachtherapiedidaktik und betrachtet dabei die Funktion der Kleingruppe im therapeutischen Setting als fundamental.

Der emotionale Effekt der Gruppenbildung liegt dem alltagssprachlichen „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ nahe, wenn Klienten mit ähnlichen (Sprach-)problemen sich

austauschen können. Alltagssprachliche Formulierungen wurden auch für weitere von Sprachtherapeutinnen genannte Interventionen benutzt:

Die *laute Stimme einsetzen* (22) ist im Zusammenhang mit *Grenzen setzen* (21) alltagsintuitiv als Methode des Umgangs mit so externalisierenden Verhaltensweisen wie Provozieren, Grenzen austesten, gegen Regeln verstoßen oder gar körperlicher Gewalt (vgl. oben Tab. 7) nachvollziehbar, wird aber in Ansätzen bzw. Theorien der Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Omer & von Schlippe, 2016) eher kritisch diskutiert.

Ein *Ventil anbieten* (23) ist ein alltagssprachlicher Ausdruck, den man auch unter *mal Dampf ablassen* kennt. Diese Maßnahme hat ihre theoretische Entsprechung in der frühen tiefenpsychologischen Vorstellung von Katharsis (Breuer & Freud, 1907). Darunter wird das sich Befreien von psychischen Konflikten und inneren Spannungen durch emotionales Abreagieren verstanden. Die empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit dieses Ansatzes sind allerdings eher kritisch (Bushman et al., 2001).

Der Punkt *Witze machen* (34) lässt erahnen, dass Humor bzw. humorvolle Provokation ganz bewusst als Strategie von Sprachtherapeutinnen eingesetzt wird. Dies hat in der Psychotherapie eine lange Tradition (Fabian, 2015) und wurde dezidiert auch für die Sprachtherapie formuliert (Amrein, 2020). Der Witz erleichtert im emotionalen Sinne. Wenn jemand über sich und seine Sprachstörung lachen kann, hat sich die negative Emotion in eine positive verwandelt. Man könnte kontrolltheoretisch auch von einer Form der sekundären Kontrolle sprechen.

Die *Auftragsklärung* (37) und der Punkt *Therapievertrag machen* (38) erinnern an eine Technik der Verhaltenstherapie (Hautzinger, 2015). Ausdrücklich und dann oftmals schriftlich formulierte Verträge heben das Bewusstsein (hier für ein bestimmtes sozial-emotionales Problem). Sie können helfen ein bestimmtes Zielverhalten (z.B. keine Gegenstände kaputt machen) klar und deutlich zu benennen und überprüfbar zu machen. Den Verhaltensverträgen wird zugeschrieben, die Akzeptanz für das Ziel zu erhöhen und die Motivation zu stärken, es zu erreichen.

*Interessen des Kindes* (39) zu instrumentalisieren und *dem Kind Wahlmöglichkeiten anzubieten* (40) sind wahrscheinlich Klassiker in der Strategiekiste der Sprachtherapie. Beides kann mit der Theorie der kognizierten Kontrolle als nützlich für die emotional-motivationale Ebene erklärt werden: Interessen von Klienten referieren i.d.R. mit ihren Stärken, also mit Handlungsbereichen, in denen sie positive Kontrollüberzeugungen bilden konnten und Selbstwirksamkeit erfahren haben. Die Thematisierung der Interessen in der Sprachtherapie holt diese positive Emotionalität sozusagen in die Therapie und kann nicht zuletzt als Ausgleich für die i.d.R. eher geringe Selbstwirksamkeitserfahrung oder Erfahrung des Kontrollverlusts im Bereich Sprache dienen. *Wahlmöglichkeiten anbieten* ist die direkte Delegation von primärer Kontrolle an die Klienten, denn sie haben direkten Einfluss auf das Geschehen in der Therapiezeit.

Die Ausführungen lassen erahnen, dass man mit einer einzigen theoretischen Perspektive die Vielfältigkeit des praktizierten Umgangs mit sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Sprachtherapie kaum fassen kann. Ganz bestimmte, von Sprachtherapeutinnen aufgeführte Umgangsweisen wie z.B. *Loben* (26) oder *Belohnen* (27) sind zwar auch in der Emotionsregulation zu finden, jedoch durch eher traditionelle lerntheoretische Ansätze viel plausibler zu erklären. Gemeint ist die Wirkung von Verstärkung in der klassischen Verhaltenstherapie, wo die *Belohnung* einen zentralen Stellenwert besitzt (Bodenmann et al., 2016). Der Einsatz von Smiley-Bildern (20) ist dafür ein klassisches Beispiel.

### Kritische und wenig nützliche Umgangsweisen

Am Schluss dieses Kapitels sollen nun noch einige Aspekte aus der Auflistung besprochen werden, die von den Sprachtherapeutinnen unter einem besonderen Vorzeichen erwähnt wurden. Es handelt sich um die Maßnahmen *Drohungen* (29), *Zwang ausüben* (30), *Ignorieren* (31) und auch *physisches Festhalten* (32). Das Vorzeichen heißt „schlechtes Gewissen“. Insbesondere *Drohungen formulieren*, *Zwang ausüben* und *physisches Festhalten* wurden in den Interviews und Gruppendiskussion als „letztes Mittel“ deklariert, welches meist mit einem schlechten Gewissen und einem Gefühl der Hilflosigkeit angewandt wurden, manchmal auch mit der Vermutung der Wirkungslosigkeit.

### 5.3 Selbstreflexion der Sprachtherapeutinnen

Die (selbst-)kritische Würdigung einiger Umgangsweisen lässt erahnen, dass der Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten der Klienten auch eine Auswirkung auf die Emotionalität der Therapeutinnen haben kann. Es war beachtlich, mit welcher Offenheit die Sprachtherapeutinnen eine Selbstreflexion betrieben und ihr eigenes emotionales Befinden zum Thema machten. Die folgende Tabelle 8 fasst die im Zuge dieser Reflexion genannten Begrifflichkeiten zusammen.

Selbstreflexion der Sprachtherapeutinnen
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Unsicherheit</li><li>2. Gefühl der Hilflosigkeit</li><li>3. Zweifel an eigener Kompetenz</li><li>4. Zweifel am logopädischen Modell, welches die therapeutische Intervention maßgeblich definiert</li><li>5. Sprachtherapeutische Übungstherapie greift zu kurz</li><li>6. Ärger</li><li>7. Wut</li><li>8. Anspannung</li><li>9. Genervtsein</li><li>10. Mitleid</li><li>11. Traurigkeit</li><li>12. Erstaunen</li><li>13. Spontane Handlungsimpulse (z.B. ohne viel Überlegen ein Kind in den Arm nehmen)</li><li>14. Auch bei wenigen Fällen von sozial-emotional schwierigem Verhalten beschäftigen diese Fälle die Therapeutinnen stark.</li></ol>

Tab. 8: Auflistung der Selbstreflexionen von Sprachtherapeutinnen in Schlagwörtern (Kohler, 2021, S. 15)

Kommentiert [A21]: s. .o.

Einige Begriffe aus Tabelle 8 sind direkte Bezüge zu den schon genannten emotionspsychologischen Theorien. Das *Gefühl der Hilflosigkeit* (2) wird durch die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 2016) in seiner Bedeutung für die Emotionen erklärt. Es besteht die Gefahr einer negativen Kontrollüberzeugung für die Therapeutinnen, wenn sie öfters mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten von Klienten konfrontiert werden. Die *Zweifel an eigener Kompetenz* (3) finden ihre emotionspsychologischen Erklärungen in der Theorie der Selbstwirksamkeit

(Bandura, 1997), die hier offensichtlich fehlt. Interessant ist, dass auch *logopädische Modelle* (4), hier nur mit *sprachtherapeutische Übungstherapie* (5) spezifiziert, für Zweifel sorgen. Die Gründe werden also in der Logik der Kontrollüberzeugung (vgl. Tabelle 1) nicht nur intern (= Zweifel an eigener Kompetenz), sondern auch extern formuliert. Dem logopädischen Modell als eines von der externen Fachumwelt vorgeschlagenen Instruments wird dabei eine Unzulänglichkeit zugeschrieben, auf die sozial-emotionalen Schwierigkeiten der Kinder eine Antwort zu geben. Insgesamt überwiegen die negativen Emotionen *Ärger* (6), *Wut* (7), *Genervtsein* (9) und *Traurigkeit* (9) zusammen mit der *Anspannung* (8) als negative körperlichen Reaktion.

Ausnahme ist das *Mitleid* (10). Es steht in einem gewissen inhaltlichen Zusammenhang zur Empathie (vgl. auch Tabelle 7, Punkt 5), welche als ein wichtiges Mittel im Umgang mit emotionalen Problemen genannt wurde und somit keine negative Konnotation hat, sondern eher auf eine konstruktiv-positive Seite der Selbstreflexion hindeutet.

Die unter (14) in Tabelle 8 aufgeführte Reflexion gibt einen Hinweis auf die Gewichtung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten mit Klienten für das eigene emotionale Empfinden der Therapeutinnen. Wenn solche Schwierigkeiten auftreten, scheinen sie die Therapeutinnen eher stark zu belasten.

## 5.4 Weiterführende Diskussion der Ergebnisse aus zweiten Studienstrang

Der Vorteil von Einzelinterviews gegenüber Gruppendiskussionen ist, dass die interviewten Personen unabhängig voneinander ihre Perspektive auf den Gegenstand äußern. Dadurch besteht im Zusammenhang dieser Untersuchung die Chance, dass auch gegensätzliche bzw. unterschiedliche Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten offensichtlich werden. An dieser Stelle sollen deshalb für die weitere Diskussion zwei Szenarien gegenübergestellt werden, die unabhängig voneinander von zwei Sprachtherapeutinnen beschrieben wurden.

### Zwei Fallbeispiele im Vergleich

Es handelt sich im nachfolgenden Kasten 1 um eine differenzierte Fallbeschreibung aus einer Gruppendiskussion und einer ebenso differenzierten Fallbeschreibung aus einem Einzelinterview. Beide Szenarien sind strukturell durchaus vergleichbar: Bei beiden Fällen scheint das Sprachdefizit, also der Kontrollverlust, die Emotionen bei den Klienten auszulösen und bei beiden Fällen führt diese Emotionalität zur Schlussfolgerung der Therapeutinnen, die Therapie vorerst nicht (mehr) durchzuführen.

#### Kasten 1 (Kohler, 2021, S. 16)

##### Fallbeispiel 1:

Die Teilnehmerin einer Gruppendiskussion erzählt von einem älteren Jungen, welches in der Therapie die Mitarbeit massiv verweigert. Insbesondere wenn eine Therapieeinheit ihn mit seinem sprachlichen Defizit konfrontiert, zeigt der Junge externalisierend emotional schwieriges Verhalten: Er beschimpft die Logopädin („du blöde Kuh“), schreit sie an, streckt ihr die Zunge raus, wirft Sachen durch den Raum, verlässt den Raum urplötzlich und schlägt die Türe zu. Ein „normaler“ Ablauf ist unmöglich. Die Logopädin versucht es mit verschiedenen Anreizen (= er darf Spiel am Ende selbst aussuchen) und Belohnungssystemen (= er darf nach

einer Übung auf einem Belohnungsplan ein Kästchen abstempeln; bei drei Stempeln gibt es einen Kaugummi), benutzt Strukturierungshilfen wie das TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children, Häussler, 2016) und den TimeTimer (TimeTEX, 2020) zur Visualisierung des zeitlichen Ablaufs. Leider ohne Erfolg. Der Junge ist damit nicht zu beeinflussen. Als die Verweigerung in körperliche Aggressionen eskaliert und der Junge die Therapeutin schlägt, überlegt sie, die Therapie abbrechen. Die Emotionalität stellt hier einen Grund dar, der die Therapie verhindert.

#### **Fallbeispiel 2:**

Eine andere Logopädin berichtet im Einzelinterview von einem Jugendlichen mit einem Artikulationsproblem. Sie will mit dem Spiegel arbeiten, damit der Jugendliche die Bewegung von Zunge und Lippen visuell kontrollieren kann. Dem Jugendlichen ist es peinlich, sich im Spiegel zu betrachten. Die Unfähigkeit, ganz bestimmte Zungenbewegungen nicht ausführen zu können, wird ihm durch die Betrachtung im Spiegel noch deutlicher. Er empfindet dadurch den unangenehmen Kontrollverlust noch stärker und lehnt die Arbeit vor dem Spiegel ab. Die Therapeutin macht ihm klar, dass sie nur dann mit ihm arbeiten kann, wenn er den Spiegel als Instrument akzeptiert und setzt die Therapieelektionen aus. Im Interview erklärt sie, dass sie als Logopädin zuständig für die Artikulationstherapie sei. Sie erwarte die Bereitschaft vom Klienten die emotionale Hemmschwelle zu überwinden. Die Kontrolle der Emotionalität stellt hier eine Voraussetzung für die Therapie dar.

Neben den oben erwähnten strukturellen Ähnlichkeiten gibt es große Unterschiede zwischen den Falldarstellungen. Die Qualitäten der Emotionen sind völlig unterschiedlich, auch wenn beide Emotionen als negativ gelten. Die internalisierende Scham ist etwas völlig anderes als die externalisierende Wut mit gepaarter Aggression.

Die Diskussion um den Stellenwert von Emotionen wird dadurch differenziert. Mit welcher Art von Emotion sollte wie umgegangen werden?

Wahrscheinlich hat jeder Leser bei der Lektüre der beiden Fallbeispiele persönliche Handlungsimpulse erlebt („ja, das würde ich auch so machen“ oder „nein, das würde ich anders machen“). Eine weiterführende interessante Forschung könnte sein, den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten mit dieser differenzierten Fragestellung zu untersuchen und die Sammlung von **Umgangsweisen in Abhängigkeit der Emotionen** zu differenzieren und nicht zuletzt, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu untersuchen. Die Interventionen aus dem ersten Fallbeispiel waren offensichtlich unwirksam. Sind Maßnahmen vorstellbar, die wirksam gewesen wären? Gibt es dazu Erfahrungen?

Um diese Fragen zu beantworten muss zunächst die erste Falldarstellung emotionspsychologisch differenzierter interpretiert werden, weil dadurch eine Konkretisierung einer vorstellbaren Maßnahme aus der Perspektive der Emotionsregulation erklärt werden kann.

#### **Erfahrungen aus der Perspektive der Emotionsregulation**

In dem ersten Fallbeispiel ging es vordergründig um externalisierende Wut und Aggression. In der Emotionspsychologie und ihrer Unterscheidung zwischen primären und sekundären Emotionen (vgl. Eismann & Lammers, 2017) wird ein pathologisches Muster zum Ablauf des emotionalen Geschehens beschrieben, welches auch in Fall 1 vorliegen könnte: Die primäre Emotion „Angst“, ausgelöst

durch den stark empfundenen Kontrollverlust, führt sehr schnell zur zeitlich nachfolgenden sekundären Emotion „Wut“ mit „Aggression“. Weder dem Kind ist diese Abfolge bewusst noch für die Therapeutin so wahrnehmbar. Aus Perspektive der Emotionsregulation ist es für die therapeutische Intervention aber wichtig diesen Zusammenhang zu kennen. Die dort vorgeschlagenen Interventionen versuchen durch (auch kindgerechte) Anleitung zur Bewusstmachung von primären und sekundären Emotionen deren maladaptives Zusammenspiel aufzubrechen und einen konstruktiv-akzeptierenden Umgang mit der unangenehmen, primären Emotion „Angst“ zu ermöglichen.

Auch für das Fallbeispiel 2 sind Erfahrungen aus der Perspektive der Emotionsregulation durchaus mögliche Optionen, um die emotionale Hemmschwelle des Jugendlichen zu bearbeiten. Diese Perspektive setzt bei der Bearbeitung von Scham (was man in diesem Fall als eine einhergehende Emotion vermuten könnte) insbesondere auf die schon erwähnte Kraft der von Empathie geprägten Kommunikation (Böcker, 2018). Offen darüber Sprechen und dabei die unangenehmen Emotionen als logische Konsequenz des Kontrollverlusts annehmen, können den Weg bereiten für eine gezielte Bearbeitung der maladaptiven Scham. Maladaptiv ist Scham in den meisten Fällen, weil sie (wie hier) regelmäßig zu Vermeidung führt. Eine Möglichkeit der gezielten Bearbeitung wird im nächsten Abschnitt erläutert.

### **Erfahrungen aus sprachtherapeutischen Handlungsbereichen**

Es gibt Erfahrungen aus anderen Handlungsbereichen der Sprachtherapie, wie man mit Angst oder Scham therapeutisch umgehen kann. Aus der Therapie des Mutismus (Katz-Bernstein, 2005) lässt sich ein zielführendes Konzept ableiten. Es ist weniger ein konkreter Handlungsvorschlag, sondern vielmehr eine Art Appell an das Durchhaltevermögen der Therapeutin und die von ihr angebotene Beziehungsqualität in der Therapie (vgl. auch Göldner et al., 2017):

„Vor allem muss man sich fragen, ob die Bereitschaft und Beharrlichkeit vorhanden ist, sich auf eine mit Widerständen, Misstrauen, Angst und Scham besetzte therapeutische Beziehung einzulassen, (...)“ (Katz-Bernstein, 2005, S.112).

Die Logopädin aus dem ersten Fallbeispiel hat jedenfalls in Anlehnung an die Vorschläge aus der Mutismustherapie gehandelt. In der Fortführung ihres Fallberichtes hörten die anderen Gesprächsteilnehmerinnen, dass sie nicht nur durchgehalten, sondern die Aggressionen des Jungen auch ausgehalten hat, sich gleichzeitig davor geschützt hat (durch physisches Festhalten den Jungen daran gehindert, sie zu schlagen) und ihm auch Trost spenden konnte in dem Moment, als seine Aggression in Weinen umgeschlagen war.

Auch für das Fallbeispiel 2 gibt es einen Vorschlag aus einem sprachtherapeutischen Feld zur Bearbeitung von Vermeideverhalten. Die systematische Desensibilisierung hat bei Stottern eine lange Tradition, um die mit der Redeflussstörung einhergehende Angst und Vermeidung zu bearbeiten (Zückner, 2009). Dabei wird behutsam und kleinschrittig versucht, den Klienten mit der angst- bzw. schamauslösenden Situation zu konfrontieren, so dass eine Gewöhnung entsteht und die negative Emotion deutlich an Intensität verliert oder sogar ganz verschwindet.

Vielleicht könnte der Bezug zu einem sprachtherapeutischen Handlungsfeld, in dem Emotionen eine zentrale Rolle spielen (wie bei Mutismus oder Stottern) eine sinnvolle und auch ökonomische Möglichkeit für Sprachtherapeutinnen darstellen, mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihrer Klienten umzugehen, die in den vermeintlich weniger emotionsbeladenen Handlungsfelder auftreten. So haben die

Sprachtherapeutinnen aus den Gruppendiskussionen z.B. die Technik des *Safe Place* (vgl. Tab. 3, Punkt 9), welche ebenfalls im Rahmen der Mutismustherapie (Katz-Bernstein, 2005) vorgeschlagen wird, als auch für andere Handlungsfelder nützlich formuliert. Beim *Safe Place* wird ein „sicherer Ort“ (z.B. ein mit Kissen und Decken gebaute Höhle im Therapiezimmer) für das Kind geschaffen, der als Ausgangspunkt für die Überwindung einer Sprechhemmung dient. Das Kind oder der Jugendliche ist Herr über diesen Ort und darf bestimmen was in diesem Ort passiert. Kontrolltheoretisch kann der *Safe Place* als ein Ort mit hoher Kontrolle für den Klienten betrachtet werden, welches ein emotionales Wohlbefinden mitbringt und so eine sichere Basis für Ausflüge in die angstbesetzte Kommunikation bietet.

### **Übertragbarkeit und Wirksamkeit von Ansätzen aus der Psychotherapie ist ungewiss**

Den geschilderten Erfahrungen ist gemeinsam, dass sie in ihrer Übertragbarkeit und Wirksamkeit auf die allgemeine sprachtherapeutische Situation nicht geprüft sind. Selbst wenn sich die Technik der systematischen Desensibilisierung bei Stottern bewährt hat, ist nicht sicher, ob diese Vorgehensweise bei Scham und Vermeidung im Zusammenhang mit Artikulationsstörungen funktioniert, auch wenn dies hochplausibel erscheint. Das gilt ebenfalls für die meisten anderen Umgangsweisen, die in Tabelle 7 aufgelistet sind. Auch wenn viele genannten Umgangsweisen eine Entsprechung in der Psychotherapie haben (z.T. dort ihre Wirksamkeit bewiesen haben) und emotionspsychologisch plausibel begründet werden können, so wie das in Kapitel 5.2.1 gemacht wurde, weiß man nicht, ob sie im Kontext der Sprachtherapie wirklich umsetzbar und wirksam sind.

### **Unterschiedliche Selbstverständnisse bei den Therapeutinnen**

Die Fortführung des ersten Fallberichts löste bei anderen Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion unterschiedliche Reaktionen aus: Zum einen wird Anerkennung für das Durchhaltevermögen und den (auch emotionalen) Aufwand für die Therapeutin deutlich, zum anderen wird von einigen Teilnehmerinnen aber sinngemäß folgende kritische Frage formuliert: Hätte ich auch so lange durchhalten wollen, können, müssen?

In dem Gebrauch des Modalverbs *wollen* steckt die Frage nach dem beruflichen Selbstverständnis jeder einzelnen Sprachtherapeutin. Die Sprachtherapeutinnen, welche die Falldarstellungen lieferten, hatten sehr unterschiedliche Antworten auf diese Fragen und ihre Umgangsweisen lassen auf sehr verschiedene berufliche Selbstverständnisse schließen. Auch im oben angeführten Zitat aus Katz-Bernstein (2005) wird deutlich, dass sich die Therapeutinnen für eine entsprechende Haltung auf eine sehr persönliche Weise entscheiden sollten.

In dem Gebrauch des Modalverbs *müssen* steckt aber ein Problem der Zuständigkeit: Inwiefern kann man so ein Durchhaltevermögen und so ein Beziehungsangebot von einer Sprachtherapeutin verlangen bzw. kann oder muss eine professionelle Sprachtherapeutin das von sich selbst verlangen?

Neben der persönlichen Entscheidung für eine bestimmte Umgangsweise gibt es also auch die eher berufspolitische Frage der Zuständigkeit. Die Sprachtherapeutin des Fallbeispiels 2 sieht sich offensichtlich nicht zuständig für die emotionale Hemmschwelle ihres Klienten, welche die Artikulationstherapie vor dem Spiegel verhindert.

Im Folgenden wird die Frage der Zuständigkeit ausführlicher diskutiert.



### **Sprachtherapie ist (keine) Psychotherapie!? – die Frage der Zuständigkeit**

Mit der Zuordnung und der strukturellen Ähnlichkeit von vielen Umgangsweisen der Sprachtherapeutinnen zu Modellen und Ansätzen der Psychotherapie kommen brisante Fragen auf:

Wo ist die Grenze zwischen Psychotherapie und Sprachtherapie oder zwischen Heil- bzw. Sonderpädagogik und Sprachtherapie bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten? Leisten Sprachtherapeutinnen eine Arbeit, für die sie gar nicht zuständig sind? Inwiefern übernehmen Sprachtherapeutinnen Aufgaben, für die sie nicht qualifiziert sind? Ein Zitat aus einem Interview soll zu möglichen Antworten auf diese Fragen überleiten: Eine Sprachtherapeutin hat folgendes gesagt:

„In der Therapie habe ich ja nachher das Kind und wenn es dann eben kein Blickkontakt hat oder kaum ansprechbar ist, muss ich ja sowieso damit umgehen und irgendeinen Weg finden. Ich glaube, man wird automatisch gezwungen damit umzugehen.“

Wahrscheinlich haben alle pädagogisch-therapeutischen Berufsgruppen diese Aufgabe: Sie müssen irgendwie mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten umgehen. Sie haben gar keine Wahl, weil die Probleme in vielen Fällen einfach da sind. Wenn ein Defizit behandelt wird, kann mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ein Gefühl von Kontrollverlust bei den Betroffenen mit mehr oder weniger starken Auswirkungen auf der sozial-emotionalen Ebene entstehen. Vielleicht lässt sich die Grenze zur Psychotherapie oder zur auf Verhaltensauffälligkeit spezialisierten Sonderpädagogik im Schweregrad der sozial-emotionalen Problems ziehen und legt folgende Aussage nahe:

Bei leichteren Fällen mit nicht so dramatischen Schwierigkeiten werden diese von den Sprachtherapeutinnen „mitbehandelt“. Die schweren Fälle gehören in das Gebiet der Psychotherapie und spezialisierten Sonder- und Heilpädagoginnen. Auch wenn man dieser Aussage zustimmt, bleibt die Schwierigkeit, den kritischen Schweregrad zu bestimmen (Fröhlich-Gildhoff, 2018).

### **Konsequenz für die Professionalisierung: Qualifikation von Sprachtherapeutinnen im Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten**

Die letzte Frage, welche in Kapitel 5 abschließend diskutiert werden soll, ist die schon oben gestellte nach der Qualifikation.

Zum einen scheinen Sprachtherapeutinnen eine Vielzahl von Umgangsweisen zu pflegen, die bewährten Interventionen der Psychotherapie oder der spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zugeordnet werden können. Dies wurde beispielhaft durch die Analyse der Umgangsweisen mit emotionspsychologischen Theorien in Kapitel 5.2.1 gezeigt. Zum anderen wurden in den Gruppendiskussionen und Interviews, auch auf Nachfragen, in der Regel keine expliziten Quellenverweise auf solche Theorien gemacht, die für die Erklärung oder Behandlung von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bekannt sind.

Die hier erhobenen Daten lassen keine Rückschlüsse zu, wie genau Sprachtherapeutinnen die von ihnen genannten Umgangsweisen einsetzen und mit welcher Reflexionstiefe sie das tun. Es wäre interessant herauszufinden, auf welchem Hintergrund die genannten Umgangsweisen umgesetzt werden. Handeln Sprachtherapeutinnen hier eher intuitiv? Wie bewusst wird das in der Ausbildung vermittelte Wissen über Psychotherapie bzw. der auf Verhaltensauffälligkeiten spezialisierten Heil- und Sonderpädagogik eingesetzt? Gibt es bei einzelnen

Sprachtherapeutinnen eine Spezialisierung in Sachen Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und wenn ja welche?  
Die Darstellung des nun folgenden dritten Studienstrangs kann zumindest zum Teil für diese Fragen eine Antwort anbieten.

## 6. Dritter Studienstrang: Hinweise auf Emotionen in ausgewählten Fachbüchern und schriftlich formulierten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

### 6.1 Dokumentenanalyse Fachbücher

Für den dritten empirischen Strang zur Untersuchung des Umgangs mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie lautete die Fragestellung: welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?  
Die Beantwortung dieser Fragestellung wurde über 3 Jahre hinweg insbesondere von Studierenden der Logopädie übernommen und auf unterschiedliche Art und Weise differenziert.

#### Therapeutische Handlungsweisen, welche Emotionen beeinflussen

Einige Dokumentenanalysen haben sich vornehmlich mit emotionsrelevanten Handlungen beschäftigt, die in den Fachbüchern beschrieben werden. Im Theorieteil dieses Beitrages (vgl. Kapitel 2) wird eine qualitative Inhaltsanalyse skizziert, die sich mit einem logopädischen Therapieansatz befasst, welcher die Handlung im Namen trägt. Es geht um die HOT (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009). Der theoretische Zugang war für diese deduktive Analyse die Theorie der kognizierten Kontrolle. Die Analyse wird hier aber nicht genauer dargestellt, sondern auf die Ergebnisse verwiesen, die im Theorieteil beispielhaft dargelegt wurden.

#### Quantitative Analyse von emotionsrelevanten Begrifflichkeiten in den Fachbüchern

Einige Studierende beschäftigten sich mit den Begrifflichkeiten, welche einen Bezug zur Emotionspsychologie aufweisen und in der ausgewählten Literatur zu finden waren. Forschungsmethodisch steht diese Art von Methodik ebenfalls in der Tradition der Dokumentenanalyse (Hoffmann, 2018). Die Dokumente waren die Fachbücher und die Analyse i.a. deduktiv. Das heisst, dass die Studierenden eine Theorie oder Theorieteile aus der Emotionspsychologie benutzten, um die Texte zu analysieren. Es wurden folgende Fachbücher analysiert:

- (1) Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie (Kannengieser, 2015).
- (2) Störungen der Schriftsprache. Modellgeleitete Diagnostik und Therapie (2. Aufl.) (Costard, 2011) wurde von drei Studierenden unabhängig voneinander analysiert.
- (3) Wege aus dem Sprachdschungel (Schneider et al., 2012). Dieses Fachbuch betrifft zwar nicht die Kindersprache, ist aber als logopädisches Fachbuch für den Vergleich trotzdem geeignet.

**Kommentiert [A22]:** Das ist m. E. nicht vergleichbar und hat Einfluss auf die Ergebnisse. In der Aphasie wird mit anderen Bezugsdisziplinen gearbeitet (Neurowissenschaften, Neuropsychologie, Neurologie/Medizin). Der Kindersprachbereich ist stark durch die Pädagogik und Entwicklungspsychologie beeinflusst. Das beeinflusst den Umgang mit Begrifflichkeiten und Termini

**Kommentiert [A23]:** Über die Vergleichbarkeit kann man sich tatsächlich streiten und mir wäre ein Fachbuch aus der Kindersprachtherapie auch lieber gewesen und würde zur Fragestellung besser passen. Allerdings geht es bei der Beschäftigung mit Emotionen um ein Sprachhandlungsfeld übergreifendes Thema. Insofern ist durch das Thema eine Vergleichbarkeit nicht von der Hand zu weisen.

- (4) Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie (Grohnfeldt, 2012) wurde von zwei Studierenden unabhängig voneinander analysiert.
- (5) HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009).
- (6) Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie (Beushausen, 2009).

Bei zwei Fachbüchern (2) und (4) wurde versucht zumindest teilweise und annähernd dem Anspruch an Objektivität gerecht zu werden, indem dieselbe Fragestellung von zwei oder mehreren Untersucherinnen unabhängig voneinander bearbeitet wurde. Dies gelang insofern, als tatsächlich bei diesen Analysen ähnliche Ergebnisse generiert wurden, man also von einer befriedigenden Inter-Rater-Reliabilität sprechen kann, die allerdings nicht quantifiziert werden konnte. Die Analysen waren in der Regel sehr aufwändig, da die Texte nicht in digitalisierte Form vorlagen und somit auch keine Software zur Unterstützung eingesetzt werden konnte. Die Darstellung der genauen Methodik pro Einzeluntersuchung kann hier aus Platzgründen nicht erfolgen, insbesondere auch, weil die Studierenden jeweils eigene methodische Zugänge konstruierten. Stattdessen soll anhand grundlegender methodischer Schwierigkeiten, welche bei allen Analysen auftraten, das Vorgehen grob veranschaulicht werden.

Die Studierenden suchten die ausgewählten Fachbücher nach Begrifflichkeiten ab, die in der Emotionspsychologie als «Basisemotionen» benannt werden. Dazu gehören z.B. Angst, Freude, Scham, Traurigkeit und Wut. Die Begriffe wurden gezählt. Es wurde also versucht durch eine Häufigkeitsanalyse die Bedeutung der Emotion zu fassen. Die Begriffe der Basisemotionen wurden von den Autorinnen der Fachbücher jedoch nicht immer direkt benutzt. Trotzdem war in Beschreibungen bzw. Umschreibungen mehr oder weniger deutlich eine emotionale Relevanz erkennbar. Hierzu ein Beispiel:

Es finden sich in der analysierten Literatur Beschreibungen von Therapiesituationen bei denen das Verhalten der Kinder als *scheu* bezeichnet wurde. Hinter so einer Formulierung könnte man *Scham* als Primäremotion vermuten, es könnte aber auch *Furcht* oder *Angst* hinter dem *scheuen* Verhalten stehen. Diese Schwierigkeit einer eindeutigen Zuordnung zu den gewählten theoretischen Begrifflichkeiten durchzog sämtliche Analysen und führte dazu, dass die Ergebnisse letztendlich nur sehr vorsichtig interpretiert werden dürfen und eher auf einer relativ groben Ebene angesiedelt waren. Mit grob ist zum Beispiel die Einteilung in negative vs. positive Basisemotionen gemeint. Bei der tabellarischen Darstellung (vgl. Tabelle 9) werden nur die Fachbücher (1), (2) und (3) aufgenommen, weil hier eine absolut vergleichbare Kategorisierung besteht. Die Ergebnisse aus dem Fachbuch (4) werden in der gesonderten Tabelle 10 dargestellt, weil die Kategorisierung zwar ähnlich aber nicht 100% deckungsgleich ist. Der Einbezug des Fachbuches (6) erfolgt nur qualitativ. Fachbuch (5) wird an dieser Stelle gar nicht einbezogen. Es wird auf die Analyse im Theorieteil (= Kapitel 2) verwiesen.

	Spezifische Begriffe von Basisemotionen						Unspezifisch-allgemeine Emotionsbegriffe und Beschreibungen	Emotions-nahes Konstrukt	Total
	positiv	negativ					positiv und negativ	positiv und negativ	
	Freude/Stolz	Angst	Ärger	Traurigkeit	Schüchternheit	Schuldgefühl	z.B. Störungsbewusstsein oder Selbstwertgefühl	Motivation	
<b>Absolute Anzahl</b>	41	37	29	29	18	4	413	123	694
<b>Prozentualer Anteil (gerundet)</b>	6%	5%	4%	4%	3%	1%	59%	18%	100%
	23%								

Tab. 9 absolute und relative Häufigkeiten von emotionsrelevanten Begrifflichkeiten in den Fachbüchern (1), (2), und (3)

Die Zuordnungs- bzw. Interpretationsschwierigkeit führte auch dazu, dass alle Untersucherinnen eine *allgemeine Kategorie* zu den gefunden Emotionsbegriffen konstruierten. In Tabelle 9 ist das die Kategorie *unspezifisch-allg. Emotionsbegriffe und Beschreibungen*.

Ein Beispiel für die Zuordnung zur Kategorie der allgemeinen Emotionen ist die Erwähnung des Begriffs *Störungsbewusstsein*. Der Gebrauch dieses Begriffes legt eine negative emotionale Bedeutung für den Klienten nahe, wenn z.B. das Störungsbewusstsein als «belastend» für das Kind beschrieben wird. Ein zweites Beispiel für die Kategorie allgemeine Emotion sind die Begriffe *Selbstwertgefühl* und *Selbstbewusstsein*. Beide Begriffe wurden sowohl in positivem als auch negativem emotionalen Sinne gebraucht. Ein hohes Selbstwertgefühl bzw. ein grosses Selbstbewusstsein wird mit positiver Emotionalität assoziiert, ein niedriges bzw. kleines Selbstbewusstsein mit negativer Emotionalität. Ein letztes Beispiel für die Kategorie allgemeine Emotion ist die Erwähnung von *Lob* bzw. *positivem Feedback*. Beides wird eher als positiv für die Emotionalität gewertet, insbesondere wenn es im Zusammenhang mit einer gesteigerten Motivation erwähnt wird.

Der Begriff *Motivation* wurde in den meisten Analysen als eigene emotionsrelevante Kategorie aufgenommen. Die Motivation als Kategorie ist weder positiv noch negativ. Sie kann beides sein: mit positiven Emotionen verbunden (wie oben bei Lob angedeutet) oder als Motivationsdefizit mit eher negativen Emotionen.

Die in Tabelle 9 angegeben gerundeten Prozentzahlen beziehen sich auf alle gefundenen emotionsrelevanten Begrifflichkeiten (694 = 100%) in den Fachbüchern (1), (2) und (3). Man kann also (leider nur sehr grob) sehen, dass innerhalb der spezifischen Begrifflichkeiten die negativen Basisemotionen (17%) mehr Erwähnung finden als die positiven (6%). Dies wird durch eine ähnliche angelegte Häufigkeitsanalyse des Fachbuches (4) bestätigt (vgl. Tabelle 10, 77>6)

Emotion	Freude	Angst/ Furcht	Ärger/ Wut/Zorn	Traurigkeit/ Kummer	Schuld- gefühl	Scham	Allgemein/ Diverses
	positiv	negativ					positiv und negativ
Absolute Anzahl	6	54	3	13	0	7	36
		77					
		83					

Tab. 10: Häufigkeiten von emotionsrelevanten Begriffen im Fachbuch (4)

In Tabelle 9 sieht man, dass die allgemeinen Formulierungen in den Fachbüchern (1), (2), (3) zur Emotionalität (59%) mehr gebraucht werden als die spezifischen (23%). Dieses Ergebnis wird durch die Häufigkeitsanalyse des Fachbuches (4) allerdings nicht bestätigt (vgl. Tabelle 10, 36<83). Das liegt wahrscheinlich an der schon erwähnten Schwierigkeit zur Operationalisierung der allgemeinen Formulierungen für die Emotionalität.

Auffällig ist, dass der Begriff *Motivation* recht häufig in Zusammenhang mit Emotionalität gebraucht wird (vgl. Tabelle 9, 18% für Motivation). Diese Zahl legt die Vermutung nahe, dass die Motivation einen wichtigen Stellenwert in der Sprachtherapie hat.

Die Zahlen erlauben aber eigentlich keine Aussage über den Stellenwert bzw. Gewichtung von Emotionalität für die Sprachtherapie an sich. Dazu bräuchte man eine Referenzgrösse wie z.B. die Anzahl der Begriffe, welche auf die sprachstrukturelle Ebene hinweist und könnte aus dem Vergleich zwischen dieser Ebene mit der Häufigkeit von Begrifflichkeiten aus der emotionalen Ebene eine Vermutung zum Stellenwert von Emotionen ableiten. Diese Analyse wurde aber nicht durchgeführt. Es liegt nur ein Wert vor, der zumindest eine vergleichende Analyse zwischen den Fachbüchern (1), (2) und (3) in Sachen Emotion erlaubt. Hierbei wurden die absolut gefundenen Begriffe in Relation zur Seitenzahl gesetzt, so dass ein Wert *Anzahl von Emotionsbegriffen pro Seite* angegeben werden kann. In Tabelle 11 sieht man, dass es zwischen zwei Fachbüchern (1) und (3) eine relativ ähnliche Häufigkeit von Begriffen pro Seite gibt. Im Fachbuch (2) wurden deutlich weniger emotionsrelevante Begriffe gefunden.

**Kommentiert [A24]:** Wenn die Aussage der Ergebnisse so gering ist, könnte die Darstellung deutlich gekürzt werden.

**Kommentiert [A25]:** Hier steht nicht, dass der Aussagewert gering sei, sondern hier steht, dass aus methodischen Gründen (und das wird weiter unten erklärt) eine saubere Aussage nur unter Bezug auf eine Referenzgrösse möglich ist. Die Nennung der Prozentzahlen steht aber auch für sich und legt die Vermutung nahe, dass Motivation einen wichtigen Stellenwert hat. Ich versuche hier methodisch sauber die Abstufungen einer wertenden Aussage hinsichtlich ihrer Interpretationsfähigkeit darzulegen. Daher ist es wichtig von Vermutung zu sprechen und offen zu machen, wie eine Vermutung erhärtet werden kann, nämlich durch den Bezug zu einer Referenzgrösse.

	Lehrbuch zur SES (1)	Lehrbuch zur Schriftsprache (2)	Lehrbuch zur Aphasie (3)
Total aller gefundenen Emotionsbegriffe im Buch	390	36	268
Seitenzahl	406	200	248
Durchschnittliche Anzahl der Emotionsbegriffe pro Seite	0,96	0.18	1,08

Tab. 11: Vergleich der Anzahl von Emotionsbegriffen zwischen den drei Lehrbüchern (1), (2) und (3)

Die Interpretation dieses Ergebnisses ist schwierig. Es drängen sich verschiedene Vermutungen auf:

Eine mögliche Erklärung betrifft den theoretischen Hintergrund, welche die Autoren gewählt haben. Unter Umständen konzentriert sich das Fachbuch (2), in dem deutlich weniger emotionsrelevante Begriffe gefunden wurden, auf eine theoretische Richtung, die wenig mit Emotionalität zu tun hat. Ein Detailergebnis der Analyse des Lehrbuchs (1) zur SES spricht für diese Annahme. Dort wird die SES in Teilbereiche gegliedert, wobei im Bereich Grammatik weitaus weniger Emotionsbegriffe zu finden waren als im Bereich der kommunikativ-pragmatischen Störungen. Der Fokus bei den Grammatikerwerbsstörungen liegt offensichtlich auf sprachstrukturellen Theorien, während der Fokus bei den kommunikativ-pragmatischen Störungen traditionellerweise eine grössere Nähe zu psychologischen Theorien hat (vgl. Zollinger, 2015; Achhammer, 2014).

Eine weitere Vermutung bezieht sich auf den didaktischen Aufbau eines Lehrbuches. Dafür spricht ein Umstand, der leider nicht zahlenmässig belegt werden kann. Die Häufung der emotionsrelevanten Begrifflichkeiten ist unabhängig vom theoretischen Hintergrund des Fachbuchs vornehmlich bei Falldarstellungen gegeben.

Insbesondere bei dem Fachbuch (6) wird dies deutlich. Dort erscheinen Fallberichte zu verschiedenen Handlungsfeldern der Sprachtherapie, die allesamt mit emotionsrelevanten Begrifflichkeiten und Umschreibungen bestückt sind. Das heisst: Auch wenn die theoretischen Abhandlungen eines Fachbuches sich auf eine emotionsferne Theorie stützt (z.B. rein linguistische Analysen von Schriftsprache oder Grammatikerwerb) werden in den Fallbeispielen der Fachbücher emotions- und motivationsrelevante Zusammenhänge dargestellt. Sobald praktisches Handeln (wie bei Fallbeispielen üblich) Gegenstand der Ausführungen ist, schreiben die Autorinnen von Emotionen, die offensichtlich in irgendeiner Art und Weise die Sprachtherapie beeinflusst oder zumindest begleitet.

#### Quellenbezüge als Maß der Reflexionstiefe

Die allgemeinen Beschreibungen und die Nutzung von spezifischen Begrifflichkeiten zur Emotionalität können mit unterschiedlicher Reflexionstiefe geschehen. Als Operationalisierung der Reflexionstiefe wurde der Quellenbezug (= Verweis auf Fachliteratur im Text samt Aufführung im Literaturverzeichnis) gewählt. In der Analyse der drei ersten Fachbücher wurde daher pro gefundenem Emotionsbegriff dokumentiert, ob ein Quellenbezug angegeben wurde und wenn ja, ob dieser Quellenbezug eine direkte inhaltliche Entsprechung zur Emotionspsychologie hat (vgl. Tabelle 12).

	Lehrbuch zur SES (1)	Lehrbuch zur Schriftsprache (2)	Lehrbuch zur Aphasie (3)
Total aller gefundenen Emotionsbegriffe im Buch	390	36	268
davon mit Quellenbezug	139	11	32
Quellenbezug mit explizit emotionspsychologischem Hintergrund	6	0	6

Tab. 12: Quellenbezug der Emotionsbegriffe in den Lehrbüchern (1), (2) und (3)

Es zeigt sich, dass selbst dann, wenn relativ viele emotionsrelevante Begrifflichkeiten und Umschreibungen benutzt werden (wie im Lehrbuch (1) zur SES = 390), wenig explizite Bezüge (= 6) zur Fachlichkeit der Emotionspsychologie gezogen werden.

Kommentiert [A26]: Warum?

Kommentiert [A27]: Ich verstehe dieses „Warum“ nicht. Die Operationalisierung ist die Überführung eines Konstrukts in eine beobachtbar-messbare Ebene. Man kann natürlich darüber streiten, ob eine Operationalisierung mehr oder weniger angemessen ist aber nicht warum eine Operationalisierung vorgenommen wird.

Die letzte hier referierte quantitative Analyse für die Lehrbücher (1), (2) und (3) betrifft den Zusammenhang der benutzten Emotionsbegrifflichkeiten mit Personengruppen.

Auf wen beziehen sich die Ausführungen zur Emotionalität? Es wurden drei Bezugspersonengruppen unterschieden, nämlich A) der Bezug zum Klienten, B) der Bezug zur Umwelt (insbesondere Angehörige und Bezugspersonen der Klienten) und C) der Bezug zur Therapeutin. In Abbildung 5 werden über die drei Lehrbücher hinweg das Gesamtergebnis der prozentualen Aufteilung dargestellt:

**Aufteilung der Begriffe in Bezug auf  
Therapeutin/Klient/Umwelt**

■ Therapeutin ■ Klient ■ Umwelt

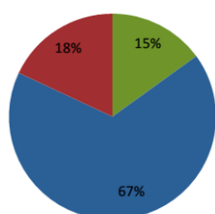


Abb. 5: Prozentuale Häufigkeit von emotionsrelevanten Begriffen in den Fachbüchern (1), (2) und (3) nach Bezugsgruppen geordnet

Es zeigt sich auf einen Blick, dass sich der überwiegende Anteil der gefundenen Begrifflichkeiten zur Emotionalität auf die Klienten bezieht (67%). Die Bezüge zur Umwelt (18%) und zur Therapeutin (15%) sind dagegen eher gering.

## 6.2 Dokumentenanalyse der schriftlich dargelegten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse

Diese Analyse bezog sich auf die zweite Unterfrage, welche hier noch einmal aufgeführt wird: Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

### Zustandekommen des Materials

Um die Auswertung der Analyse zu verstehen, ist es wichtig, den Kontext und das Zustandekommen des Materials zu kennen: Sprachtherapeutinnen, welche in der Schweiz arbeiten und ihren ausländischen Berufsabschluss anerkennen lassen wollen, müssen oftmals eine sogenannte Ausgleichsmassnahme besuchen. Ausgeglichen sollen die Inhalte, die im Vergleich zur Schweizer Berufsausbildung nicht oder in einem wesentlich geringeren Masse Gegenstand der ausländischen Berufsausbildung waren. Solche Ausgleichsmassnahmen werden von Institutionen durchgeführt, welche in der Schweiz das Logopädiestudium anbieten. An der Hochschule für Heilpädagogik müssen die ausländischen Sprachtherapeutinnen zur

Planung ihrer Ausgleichsmassnahme ein Dossier vorlegen, welches u.a. die Abfassung eines pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisses verlangt. Die Aufforderung dazu lautet:

„Bitte beschreiben Sie allgemein, wodurch sich Ihre therapeutische Arbeit charakterisiert und worauf Sie in Ihrer Arbeit besonderen Wert legen. Versuchen Sie sich knapp und präzise auszudrücken und auf maximal 3 DIN A 4 Seiten Ihre bevorzugten logopädischen Therapiemodelle unter Bezug auf dafür relevante Nachbar- bzw. Grundlagendisziplinen und unter Verwendung einschlägiger Fachtermini zu skizzieren. Wichtig ist ausserdem Ihre persönliche Reflexion zur logopädischen Tätigkeit.“ (EDK, 2020)

Es wurden 30 dieser schriftlich dargestellten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse aus den Jahren 2014 bis 2019 per Zufall ausgewählt. Alle Verfasserinnen waren Sprachtherapeutinnen, die meisten davon Logopädinnen aus Deutschland. Der Mittelwert Ihrer Berufserfahrung war 7,9 Jahre bei einer großen Streuung (Minimum 6 Monate und Maximum 38 Jahre).

#### **Durchführung der Analyse**

Der Autor hatte im Zuge des Begutachtungsprozesses der Dossiers alle 30 Dokumente ein erstes Mal gesichtet und induktiv vorläufige Kategorien gebildet, welche zu einer Antwort auf die Fragestellung taugen.

In einem zweiten Durchgang wurden Begrifflichkeiten identifiziert, welche diese vorläufigen Kategorien differenzieren und zu Ihrer Modifikation beigetragen haben. So entstand auf qualitative Art und Weise das Kategoriensystem (siehe Tabellen 13, 14 und 15). Im dritten Durchgang wurden die Begrifflichkeiten in ihrer Häufigkeit des Auftretens bestimmt. Diese quantitative Ebene erlaubt eine inhaltliche Gewichtung der Kategorien und damit eine bessere Interpretation der Daten.

#### **Das Kategoriensystem der Dokumentenanalyse**

Es waren zwei Hauptkategorien und eine Nebenkategorie entstanden. Die erste Hauptkategorie *Begrifflichkeiten zu Emotionen* (vgl. Tabelle 13) bezog sich auf solche Begriffe in den Dokumenten, die einen direkten oder indirekten Zusammenhang (= zwei Unterkategorien) mit dem Stellenwert von Emotionen in der Sprachtherapie aus Perspektive der Fachpersonen haben.



Haupt-kategorie	Begrifflichkeiten zu Emotionen					
Unter-kategorie	Emotion direkt			Indirekte Bezüge zu Emotionen		
Quantifi-zierung und Spezifi-zierung	Emotion als Thema genannt	Die fünf am häufigsten genannten Emotionen (in absoluten und relativen Häufigkeiten)	Emotion als Thema plus alle Emotionen	Bezug zu Emotion allg. als Thema genannt	Die fünf am häufigsten genannten Bezüge (in absoluten und relativen Häufigkeiten)	Bezug allg. plus alle genannten Bezüge
	18 von 30 = 60%	Freude (7 = 23,3%)	m = 1,4 Begriffe hat jede Person im Durchschnitt benutzt	29 von 30 = 96,7%	Beziehung (17 = 56%)	m = 3,4 Begriffe hat jede Person im Durchschnitt benutzt
		Spass (6 = 20%)			ganzheitlich (14 = 46%)	
		Wohlbefinden (5 = 16,7%)			Motivation (14 = 46%)	
		Angst/Frust/-Aggression (4 = 13,3%)			systemisch (12 = 40%)	
		Scham (2 = 6,7%)			Interesse (9 = 30%)	

Tab. 13: Begrifflichkeiten zu Emotionen in den pädagogisch therapeutischen Selbstverständnissen

Von den 30 Logopädinnen hatten 18 (=60%) das Thema in irgendeiner Art und Weise als für sich relevant bezeichnet. Dabei wurden Emotionen wie

- Freude (des Klienten aber auch der Therapeutin) von 23,3%,
- der Spass in der Therapie (insbesondere für die Klienten) von 20% und
- das Wohlbefinden der Klienten von 16,5%

auf Seiten der positiven Emotionen als wichtig erachtet.

Negative Emotionen wie Angst, Frust oder Aggression wurden von 13,3% als relevant bezeichnet. Zwei Logopädinnen (= 6,7%) erwähnten den Abbau von Scham als ein zentrales Anliegen ihrer sprachtherapeutischen Interventionen. Zählt man alle benutzten Begrifflichkeiten zusammen, so gebrauchte im Durchschnitt jede Fachperson 1,4 Begriffe, um Emotionen in ganz direkter Art und Weise für die eigene Arbeit als wichtig zu beschreiben.

Begrifflichkeiten der indirekten Bezüge zu den Emotionen wurden von fast allen Sprachtherapeutinnen gebraucht (96,7%). Die am häufigsten genannten Begriffe waren *Beziehung* (von 56%) und *Ganzheitlichkeit* (von 46%). Diese Begriffe wurden in einer Art und Weise gebraucht, die auf eine Grundhaltung der Therapeutinnen schliessen lässt. Hierzu ein Zitat aus den Selbstverständnissen als Ankerbeispiel:

„Eine *positive Beziehung* zum Kind aufzubauen, sowie seine Eigenheiten und Vorlieben kennenzulernen, ist daher mein erstes Ziel in der Zusammenarbeit. Dadurch kann eine wirkungsvolle Therapiesituation geschaffen werden, die durch *Freude, Angstfreiheit, Wohlwollen* und gegenseitigen Respekt geprägt ist.“

Dieses Zitat zeigt, dass die gute, auf Wohlwollen und gegenseitigem Respekt basierende Beziehung als Ursache für die Emotion *Freude* und der Abwesenheit von *Angst* betrachtet wird.

Ein Ankerbeispiel für die Relevanz von *Ganzheitlichkeit* sei durch folgendes Zitat gegeben:

„In meiner Arbeit bedeutet das, dass ich versuche nicht nur die Symptomatik der Störung anzuschauen, sondern den gesamten Menschen in seinem System zu betrachten und ganzheitlich vorzugehen.“

Die Betrachtung des *gesamten Menschen* (also auch mit seinen Emotionen) wird oft wie in diesem Zitat in Abgrenzung zu einer rein störungsspezifischen Betrachtungsweise formuliert. Gleichzeitig ist dieses Zitat ein Beispiel für den Zusammenhang zu dem Begriff *systemisch*, der ebenfalls häufig vorkam (von 40% der Logopädinnen benutzt) und meist mit der Bezugspersonenarbeit verknüpft war. Noch häufiger wurde der Begriff *Motivation* (wie die Ganzheitlichkeit von 46% der Logopädinnen) benutzt, der als Hinweis auf die Relevanz von Emotionen gewertet wurde, weil motivationale und emotionale Prozesse in der einschlägigen Fachliteratur in einem engen Zusammenhang betrachtet werden (z.B. Rothermund & Eder, 2011; Brandstätter et al. 2013). Auch hierzu soll ein Zitat als Ankerbeispiel zur Veranschaulichung dienen:

„Der Spass und die Motivation des Kindes tragen ganz essenziell zum Therapieerfolg bei.“

Die in einem Zug genannte Emotion *Spass* mit dem abstrakten Begriff der *Motivation* verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Motivation und Emotion. Beides wird als Ursache für den beruflichen Erfolg betrachtet.

Der Begriff *Interesse*, welcher als fünfhäufigster indirekter Bezug zur Emotionalität im Kategoriensystem Eingang fand (von 40% der Logopädinnen genannt), erscheint in dem folgenden Zitat ebenfalls im ursächlichen Zusammenhang mit der *Motivation* und damit indirekt auch mit der *Emotion*.

„Ich orientiere mich mit der Planung der Therapiektionen möglichst an den Interessen des Kindes, denn das bringt meist mehr Motivation für die sprachtherapeutischen Inhalte.“

Neben diesen fünf häufigen Begriffen wurden noch weitere Begrifflichkeiten der Emotionalität zugeordnet (z.B. Persönlichkeit) und in ihrer gesamten Häufigkeit in Relation zur Anzahl der 30 Personen gebracht, so dass ein Mittelwert von 3,4 Begriffen mit indirektem Bezug zur Emotionalität bestimmt werden konnte, welche eine einzelne Fachperson im Durchschnitt zur Darstellung ihres therapeutischen Selbstverständnisses gebrauchte.

Vergleicht man die Zahlen der direkten Bezüge mit den indirekten Bezügen fällt auf, dass relativ mehr Personen indirekte Bezüge zur Emotionalität ziehen als direkt von Emotionalität zu schreiben ( $29 > 18$ ) und dass die durchschnittliche Anzahl der indirekten Begrifflichkeiten höher ist als die durchschnittliche Anzahl der direkten Begrifflichkeiten ( $m=3,4 > m=1,4$ ). Ein t-Test für abhängigen Stichproben zeigte, dass dieser Unterschied statistisch hochsignifikant war,  $t(29) = -5,058$ ,  $p = 0$ .

Als zweite Hauptkategorie der Dokumentenanalyse wurden Quellenbezüge zu den Emotionen betrachtet (vgl. Tabelle 14). Die Entscheidung für diese Kategorie hat etwas mit dem Theoriebezug zu tun und entspricht der Operationalisierung der Reflexionstiefe bei der Analyse der Fachbücher.

Hauptkategorie	Quellenbezüge zu Emotionen	
	Bezüge im Text	Die drei häufigsten Begriffe als Bezüge
Quantifizierung und Spezifizierung	14 von 30 = 46,7% Personen haben Begriffe als Bezüge im Text genannt	ICF (6 = 20%)
	m = 0,83 Literaturangaben (z.B. Rogers, 2000; Bronfenbrenner, 1993) hat jede der 30 Personen im Durchschnitt angegeben	Humanistische Psychologie (3 = 10%)
		Systemtheorie (2 = 6,7%)

Tab. 14: Quellenbezüge zu Emotionen in den pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

14 von den 30 Sprachtherapeutinnen (46,7%) haben Quellenbezüge im Zusammenhang mit dem Nennen von Emotionalität gemacht. Am häufigsten wurde die ICF (von 20%) genannt, gefolgt von dem *Humanismus* bzw. der *humanistischen Psychologie* (10%) und der *Systemtheorie* (6,7%). Diese Begrifflichkeiten sind eine Stufe abstrakter als die weiter oben erwähnten indirekten Bezüge zur Emotionalität (vgl. Tabelle 13). Der Begriff *Beziehung* im oben genannten Sinn kann natürlich als Teil eines *humanistischen Menschenbildes* verstanden werden. Ganz deutlich wird der Abstraktionsunterschied bei dem Adjektiv *systemisch* vs. der abstrakten *Systemtheorie*. Der Begriff *systemisch* wurde oft im Zusammenhang mit der Bezugspersonenarbeit gebracht (wie oben schon erwähnt). Der Begriff *Systemtheorie* hingegen referiert auf eine übergeordnete theoretische Perspektive. Auffallend ist, dass im Durchschnitt nur relativ wenige von diesen abstrakten theoretischen Bezügen erwähnt werden. Am deutlichsten zeigt sich dies im Mittelwert der Literaturangaben pro Fachperson für diese Quellenbezüge, die in einem Bezug zur Emotionalität stehen. Lediglich  $m = 0,83$  solcher Literaturbezüge, z.B. Rogers (2000) für die *humanistische Psychologie* oder Bronfenbrenner (1993) für die *Systemtheorie*, wurden gemacht. Dabei sind diese Literaturangaben und auch die dazugehörigen Quellenbezüge im Text nur relativ indirekt mit dem psychologischen Begriff der Emotionalität verbunden. Direkte Quellenbezüge zur Emotionspsychologie wie z.B. Hülshof (1999), Schmidt-Atzert et al. (2014) oder Goleman (2018) konnten nicht entdeckt werden.

Die Nebenkategorie logopädienspezifische Quellenbezüge (vgl. Tabelle 15) erlaubt die vergleichende Einordnung der Zahlen aus Tabelle 14 für das professionelle Selbstverständnis der Sprachtherapeutinnen dieser Stichprobe. Da es um das pädagogisch-therapeutische Selbstverständnis von Logopädinnen geht, beziehen sich alle Logopädinnen (= 100%) im Allgemeinen auf die Logopädie. Logopädienspezifische Quellenbezüge werden von 73,3% der Fachpersonen (vgl. Tabelle 15) genannt. Das sind deutlich mehr als die emotionsbezogenen Quellen (46,7% in Tabelle 14). Noch deutlicher fällt der Unterschied bei dem Mittelwert zu den Literaturangaben aus. Die Sprachtherapeutinnen geben im Schnitt  $m = 4,4$  (vgl. Tabelle 15) logopädienspezifische Literaturquellen an. Bei den Literaturangaben mit

Bezug zur Emotionalität waren es hingegen nur  $m = 0,83$  (vgl. Tabelle 14) im Durchschnitt. Ein Mann-Whitney U-Test (die Verteilungen waren nicht normalverteilt) zeigte, dass dieser Unterschied statistisch hochsignifikant war,  $p=0,001$ .

Neben-kategorie	Allg. Bezug zur Logopädie = 100%	
	Logopädienspezifische Quellenbezüge	
Quantifizierung und Spezifizierung	<b>Logopädienspezifische Quellen im Text</b>	<b>Die drei häufigsten Quellenangaben im Text</b>
	22 von 30 = 73,3% Personen haben Begriffe als Bezüge im Text genannt	Zollinger (11 = 36,7%)
	$m = 4,4$ Literaturangaben (z.B. Zollinger, 2015; Fox, 2016; Weigl & Redemann-Tschaikner, 2009) hat jede der 30 Personen im Durchschnitt angegeben	Fox (9 = 30%) Kittel (9 = 30%)

Tab. 15: Logopädienspezifische Quellenbezüge in den pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

Eine erste Interpretation auf Basis dieser Inhaltsanalyse von schriftlich dargelegten therapeutischen Selbstverständnissen lässt folgende Hypothesen zu: Sprachtherapeutinnen dieser Stichprobe betrachten Emotionalität als eine relevante Größe für ihre therapeutische Arbeit, dabei hat der direkte Bezug zur Emotionalität einen geringeren Stellenwert als eine übergreifende Haltung. Der theoretische Bezug zur Reflexion von Emotionen fällt gegenüber dem fachspezifischen Bezug (im engeren Sinne sprachtherapeutischen) deutlich geringer aus.

## 7. Diskussion der Methodik

In den vorangehenden Kapiteln wurde schon im Zuge der Darstellung von Erhebungs- und Auswertungsmethoden die ein oder andere Methodenkritik laut. Diese soll nun aufgegriffen und vertieft werden.

Eines der grössten Probleme dieser Studie ist die nicht vorhandene Repräsentativität der Stichproben. Alle befragten Sprachtherapeutinnen sind in der Deutschschweiz beschäftigt und repräsentieren insofern eine für die deutschsprachige Logopädie spezifische Kultur. Auch wenn ca. die Hälfte davon eine deutsche Ausbildung absolviert hat, ist die Selektivität der Gesamtstichprobe unübersehbar.

Die Befragung als Methode ist insofern fragwürdig, weil sie nur indirekt erfassen kann, wie die Logopädinnen mit sozial-emotional schwierigerem Verhalten tatsächlich umgehen. Allerdings ist eine direkte Beobachtung auch nicht frei von Problemen. So ist das Problem der Reaktivität bei Beobachtung von schwierigen Situationen offensichtlich. Ganz abgesehen davon erscheint es schwierig, Beobachtungsstudien überhaupt durchzuführen, da es enorm aufwändig wäre, so viele unterschiedliche

**Kommentiert [A28]:** Ein wichtiger Punkt fehlt hier m. E. Die Befragten haben an einer Weiterbildung bei dem\*der Autor\*in teilgenommen. Dies kann maßgeblich die Bereitschaft zur Teilnahme und die Ergebnisse beeinflussen. Auch dass Studierende, die sich in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis befinden, teile der Daten erhoben haben.....

**Kommentiert [A29]:** Hier gebe ich dem Gutachter vollkommen recht. Die Selektionseffekte dieser Stichprobe sind hier nur angedeutet. Hier erlaube ich mir aber mit Blick auf den Standard der Methodenreflexion in Artikeln hinzuweisen. Gerade was die Beteiligung von Studierenden an Forschungsprojekten und die vielfältigen Abhängigkeiten angeht, die damit einhergehen, gibt es meines Wissens nach keinerlei Reflexion in unserem Fachbereich. Und wenn man von Abhängigkeiten spricht, dann könnten noch andere personelle Konstellationen kritisch diskutiert werden, z.B. wenn eine vorgesetzter Professor mit seinem Team von Angestellten des Mittelbaus zusammenarbeitet. Ich beteilige mich gerne an dieser Reflexion. Wenn ein Gutachter dies als Mangel an der Methodenreflexion anführt, dann kann das nicht ohne Einordnung in dies sonst üblichen Standard der Methodenreflexion stehen bleiben.

Sprachtherapeutinnen beim Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten zu beobachten. So sind die Befragungsergebnisse eigentlich immer mit dem Zusatz «aus Perspektive von Sprachtherapeutinnen» zu versehen. Auch die Befragung ist nicht frei von Reaktivität, insbesondere was das Problem der sozialen Erwünschtheit angeht. Dieses Problem ist bei der Methode der Gruppendiskussion riesig. Zwar kann diese Methode eine vertiefende Sicht auf die untersuchten Phänomene (hier der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten) bieten, jedoch gibt es sehr ernst zu nehmende Einwände, was die Objektivität der Ergebnisse angeht (Bohnsack, 2003). Es ist durchaus vorstellbar, dass z.B. die Dynamik der Gruppendiskussionen einseitig negative Selbstreflexionen generiert hat und die positiven Seiten unter den Tisch gefallen sind. Die inhaltliche Breite der Reflexionen kann bei dieser Methode verloren gehen, je nachdem wie in die Diskussion gestartet wird oder wie soziale Erwünschtheit in der Diskussion unbewusst wirkt. Die Teilnehmerinnen einer Gruppendiskussion beeinflussen sich gegenseitig und die Beiträge sind insofern nicht so frei und unabhängig wie sie es bei Einzelinterviews sind. Insofern lohnt es sich, Beschreibungen von unabhängig voneinander entstandenen Erhebungen miteinander zu vergleichen, um die Vielfalt der Positionen erfassen zu können, so wie das in Kapitel 5.4 mit den Fallbeispielen geschehen ist. Grundsätzlich muss man festhalten: Die Daten aus den Befragungen stellen keine objektiven Daten der tatsächlichen Umgangsweisen dar, sondern haben vielmehr einen subjektiven Charakter.

Die Analyse der Fachbücher oder der pädagogischen Selbstverständnisse hat hinsichtlich der Objektivität einen gewissen Vorteil: Weder die Autorinnen der Fachbücher noch die Autorinnen der pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse konnten in irgendeiner Art und Weise ahnen, dass ihr geschriebenes Werk mit emotionspsychologisch relevanten Kriterien analysiert werden würde. Diese Daten sind insofern weniger mit dem Problem der Reaktivität belastet. Dafür gibt es andere Probleme. Die Auswahl der Fachbücher folgte keiner Systematik, sondern wurde den Studierenden überlassen und folgte deren inhaltlichem Interesse. Angesichts der geringen Anzahl der Fachbücher (es waren nur sechs) wäre es absurd, einen repräsentativen Anspruch an die Daten zu erheben. Die punktuelle Realisierung von qualitativer Inter-Rater-Reliabilität ist innerhalb der selektiven Stichprobe der Fachbücher ein bescheidenes Unterfangen, um die Probleme der Uneindeutigkeit bei der Textanalyse auszugleichen. Die Stichprobe der Logopädinnen, deren pädagogisch-therapeutisches Selbstverständnis analysiert wurde kann man bei einem  $N = 30$  nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Trotzdem erscheint ein zentrales Ergebnis dieser beiden Dokumentenanalysen plausibel: Die Diskrepanz zwischen der hohen Bedeutung von Beziehung und Ganzheitlichkeit für die Logopädinnen bei einer gleichzeitig eher geringen theoretischen Reflexionstiefe von Emotionalität. Dieses Ergebnis darf man als hypothetisch bezeichnen, genau wie man den Ergebnissen der Studie insgesamt nicht mehr als einen hypothetischen Charakter zuschreiben darf, auch wenn durch die Methodentriangulation eine Form von erhöhter Reliabilität erreicht wurde. Die Theorietriangulation erscheint vordergründig angemessen, um der Komplexität des in dieser Untersuchung betrachteten Gegenstandes gerecht zu werden und sie hat daher das Potential, die Validität der Untersuchung zu erhöhen. Jedoch ist die Triangulation (egal ob mit Methoden oder Theorien) ein aufwändiges Verfahren, und man muss sich fragen, ob die Ergebnisse auch mit weniger Aufwand hätten generiert werden können bzw. ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis gerechtfertigt ist. Was die Theorietriangulation angeht, muss man sich fragen, ob auch weniger theoretische Zugänge ausgereicht hätten, um die Fragen zu beantworten. In Kapitel

2 wurde angedeutet, dass die Emotionsregulation und die Theorie der kognizierten Kontrolle einen hohen Grad an Gemeinsamkeit haben. Wenn das so ist, könnte man sich u.U. in Zukunft für eine von beiden entscheiden.

Ein kritisches Kosten-Nutzen-Verhältnis hatte bei vorliegender Studie die Analyse der Fachbücher. Da die Verallgemeinerbarkeit doch recht gering ist, technische Hilfsmittel (= computergestützte Begriffssuche) nicht eingesetzt werden konnten und die methodischen Schwierigkeiten der eindeutigen Zuordnung von emotionsrelevanten Umschreibungen zu den Kategorien gross waren, würde der Autor diesen Teil des Studienstrangs 3 nicht mehr initiieren. Das zentrale Ergebnis der Dokumentenanalyse, nämlich die relativ geringe theoretische Reflexion der sozial-emotionalen Ebene, konnte mit der Analyse der schriftlichen Selbstverständnisse auf viel sparsamere Art und Weise gefunden werden. Alle nun folgenden zusammenfassenden Interpretationen und Diskussionen sollen unter dem Hypothesenstatus der Ergebnisse betrachtet werden.

## **8. Beantwortung der Fragestellungen mit Diskussion und Ausblick**

Die hier vorgestellten Daten aus Fragebogenerhebung, Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Dokumentenanalysen haben einen ersten Einblick zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie gebracht und deren Diskussion angeregt. Zusammenfassend können die Fragen in hypothetischer Form beantwortet werden. Dabei wird kurz auf deren empirischen Hintergrund verwiesen und eine weitere Diskussion geführt bzw. ein Ausblick samt weiterführenden Fragen gegeben.

### **Vorgängige Frage:**

Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?

### **Antworten, Diskussion und Ausblick**

Sprachtherapeutinnen sehen sich mit einer Vielfalt an sozial-emotional schwierigem Verhalten konfrontiert.

Dies ergibt sich aus der hohen Anzahl von genannten problematischen Emotionen und damit assoziierten Verhaltensweisen in den mündlichen Befragungen.

Es dominiert sozial-emotional schwieriges Verhalten im Zusammenhang mit der Basisemotionen Angst und Scham. Die schwierigsten Verhaltensweisen, sind Vermeidung (Verweigerung eingeschlossen) und die Folgen von der Unfähigkeit der Kinder, sich konzentrieren zu können. Dies wurde durch die Befragung der Logopädinnen mittels Fragebogen deutlich.

Externalisierend sozial-emotional schwierige Verhaltensweisen werden häufiger genannt als internalisierende Verhaltensweisen. Dies wird durch die Ergebnisse der Einzelinterviews und Gruppendiskussionen nahe gelegt.

Das war zu erwarten, da externalisierende Verhaltensweisen für das Umfeld (und damit auch für die Logopädin) auffälliger sind als internalisierende.

**Zentrale Frage:**

Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten bei Kindern um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

**Antworten, Diskussion und Ausblick**

Die Umgangsweisen der Sprachtherapeutinnen mit den Schwierigkeiten sind vielfältig. Diese Hypothese lässt sich aus der hohen Anzahl von genannten Umgangsweisen in den Befragungen ableiten.

Die Umgangsweisen sind bekannten und bewährten Methoden aus der Psychotherapie und spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zuzuordnen. Diese Aussage lässt sich aus der deduktiven Analyse der Umgangsweisen mit der theoretischen Perspektive der Emotionsregulation ableiten.

Sprachtherapeutinnen wenden offensichtlich diese Methoden an, wobei nicht sicher ist, wie genau dies geschieht. Um dies herauszufinden, müsste man die Logopädinnen bei der Umsetzung beobachten.

Welches sind die favorisierten Umgangsweisen? Die Methodik der Befragungen von 22 Logopädinnen erlaubte keine Gewichtung. Außer für das Gespräch als Maßnahme, welches von allen 22 Logopädinnen angewandt wird, konnte aus dem qualitativen Datenmaterial keine Häufigkeitsanalyse und damit eine Gewichtung der Maßnahmen vorgenommen werden. Besser dafür geeignet wäre ein Survey.

Es wäre daher wünschenswert eine groß angelegte Fragebogenaktion auf Basis der in dieser Untersuchung generierten Hypothesen durchzuführen. Viele der Hypothesen könnten so geprüft werden und eine Antwort auf die Frage nach den favorisierten Umgangsweisen könnte gefunden werden.

Bei einem genügend großen N könnte man mit solchen Fragebogendaten unter Zuhilfenahme von faktorenanalytischen Statistiken versuchen, eine Typologie der Umgangsweisen zu erschaffen. Die vorliegende Untersuchung hat auf eine qualitative Kategorisierung der Umgangsweisen ganz bewusst verzichtet.

Zentrales Umgangsmittel ist das Gespräch. Alle befragten Sprachtherapeutinnen ohne Ausnahme berichten von Gesprächen mit ihren Klienten über deren sozial-emotionale Schwierigkeiten und geben weitere Umgangsweisen an, die mit dem Gespräch eng assoziiert sind (z.B. Verständnis zeigen, empathisch sein)

Es gibt sprachtherapeutische Ansätze, die einer Bearbeitung der emotionalen Ebene möglicherweise näherstehen als andere. Es werden von den Logopädinnen HOT, der Ansatz nach Zollinger und das Heidelberger Elterntraining genannt, was sehr wahrscheinlich nicht erschöpfend ist. Gibt es noch andere?

Es werden Ansätze aus Nachbardisziplinen in die Sprachtherapie integriert oder mit ihr kombiniert, um sozial-emotionale Schwierigkeiten zu bearbeiten. Von den Logopädinnen werden hier Theaterpädagogik, Erlebnispädagogik, und kreative Gestaltung genannt und weitere Maßnahmen (z.B. Humor) mit den unterschiedlichsten theoretischen Hintergründen. Auch diese Aufzählung ist sehr wahrscheinlich nicht erschöpfend und es stellt sich die Frage, welche anderen Kombinationen mit Nachbardisziplinen es gibt und ob es solche gibt, die von Logopädinnen favorisiert werden.

Es gibt Umgangsweisen, die von den Sprachtherapeutinnen kritisch betrachtet werden und auch solche, die ihnen wenig nützlich erscheinen.

Dazu gehören Drohen, Zwang ausüben, Ignorieren und physisches Festhalten. Die Kritik an den Maßnahmen wurde als Selbstkritik formuliert. Man muss dementsprechend eine Diskrepanz zwischen dem „Soll“, also dem eigenen Anspruch solche Maßnahmen nicht zu ergreifen und dem „Ist“ (nämlich solche Umgangsweisen zu praktizieren) vermuten. Dahinter stecken eine Fülle ungeklärter Fragen, die an dieser Stelle nur durch zwei Fragen angedeutet werden können: Sind solche Umgangsweisen in jedem Fall pädagogisch wenig angemessen, wie es die Selbstkritik der Logopädinnen vermuten lässt? Wie gehen Logopädinnen mit solchen vermeintlichen Soll-Ist-Diskrepanzen um?

Die Wirksamkeit aller Umgangsweisen in der Sprachtherapie ist ungewiss. Es gibt keine externen Evidenzen zu den Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädie. Es wäre wünschenswert experimentelle Settings zu arrangieren, um einer Antwort auf die Frage nach der Wirksamkeit näher zu kommen.

Die Selbstreflexionen der Sprachtherapeutinnen sind geprägt von einem Gefühl von Kontrollverlust und damit einhergehenden negativen Emotionen, die beim Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten der Klienten entstehen.

Es gibt eine Abhängigkeit der Umgangsweisen von der Qualität der emotionalen Schwierigkeit. Dies erscheint trivial, denn dass die mit Wut gepaarte Aggression etwas anderes auslöst als die mit Scham assoziierte Traurigkeit ist offensichtlich. Trotzdem wäre es interessant zu wissen, inwiefern es eine Systematik der Umgangsweisen in Abhängigkeit von der Qualität der sozial-emotionalen Schwierigkeit gibt und welchen Grad an Bewusstheit es bei den Logopädinnen hierzu gibt. Der Grad der Bewusstheit ist bei nachfolgender Hypothese zentral.

Es gibt sehr unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten. Dies wurde insbesondere durch die beiden Fallbeispiele exemplarisch deutlich. Es wäre interessant zu erkunden, wie diese unterschiedlichen Selbstverständnisse begründet werden. Andererseits deuten die Analyseergebnisse der schriftlichen pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse darauf hin, dass den meisten Logopädinnen die Beziehung zu ihren Klienten und eine ganzheitliche Sichtweise wichtig ist. Dies spricht dafür, dass für eine Mehrzahl der Sprachtherapeutinnen die sozial-emotionale Ebene eine große Bedeutung hat und sie diese in ihre Arbeit einbeziehen.

Die Anforderungen an den Berufsstand der Sprachtherapeutin zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten sind unklar. Eine Klärung wäre in vielerlei Hinsicht wünschenswert. Aus berufspolitischer Perspektive spielen hier ökonomische Aspekte eine Rolle. Wieviel Zeit wird einer logopädischen Therapie zugestanden und welche Entlohnung gibt es für diese Leistung, wenn diese Therapie auch Leistungen erbringt, welche auf einer sozial-emotionalen Ebene angesiedelt sind?

Sprachtherapeutische Handlungsbereiche mit Schwerpunkt auf der emotionalen Ebene (z.B. Mutismus oder Stottern) können auch für vermeintlich emotionsferne Handlungsbereiche Lösungen für sozial-emotional schwieriges Verhalten anbieten. Hier wurden von den Logopädinnen Techniken wie safe-place genannt und die systematische Desensibilisierung wurde als Möglichkeit vom Autor ins Spiel gebracht, um Angst bzw. Scham bei Artikulationsstörungen zu begegnen. Eine



Vernetzung der unterschiedlichen Handlungsbereiche innerhalb der Logopädie könnte im Themenfeld Emotion (und Motivation?) eine ökonomische Möglichkeit der Professionalisierung für die Sprachtherapie darstellen.

### **Zwei Unterfragen**

- Welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?
- Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

### **Antworten, Diskussion und Ausblick**

Handlungen in sprachtherapeutischen Settings und sprachtherapeutische Interventionen sind durchdrungen von dem Einfluss auf die Emotionalität der Klienten. Diese Aussage lässt sich durch die Analyse von berufsalitäglichen Handlungen mit der Theorie der kognizierten Kontrolle ableiten.

In den ausgewählten Fachbüchern überwiegen die Nennungen von negativen Emotionen gegenüber den positiven Emotionen auf Seiten der Klienten. In den pädagogisch therapeutischen Selbstverständnissen ist es anders. Dort überwiegen die Nennungen der positiven Emotionen im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Stimmung bzw. Atmosphäre für die Klienten. Dies muss kein Widerspruch sein. In den Fachbüchern geht es vornehmlich um die Probleme (also auch die negativen Emotionen), die behandelt werden müssen, während es in den Selbstverständnissen um die Grundhaltung der Therapeutinnen geht, die mit positiven Emotionen beschrieben wird.

Motivationale Aspekte scheinen im Zusammenhang mit der Emotionalität in der logopädischen Therapie eine wichtige Rolle zu spielen.

Dies wurde durch die Dokumentenanalyse der Fachbücher und der pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse offensichtlich. Aus theoretischer Perspektive war das zu erwarten, da das Konstrukt Motivation sehr eng mit dem Konstrukt Emotion verknüpft ist (Rothermund & Eder, 2011; Brandstätter et al., 2013).

Es gibt eine Diskrepanz zwischen der hohen Gewichtung der sozial-emotionalen Ebene und dem Grad an theoretischer Reflexion derselben.

Diese Hypothese kann insbesondere aus der Analyse der pädagogischen Selbstverständnisse abgeleitet werden. Die geringe Anzahl der Quellenbezüge zum Thema Emotion und Motivation in den Fachbüchern spricht ebenfalls für diese Hypothese. Sie ist relevant im Zusammenhang mit der Frage nach der Zuständigkeit von Logopädinnen bei sozial-emotional schwierigem Verhalten: Braucht es überhaupt eine tiefere Reflexion der Emotionalität in der Logopädie? Die Teilnehmerinnen der einen Gruppendiskussion haben sich als Aktionsforscherinnen durch ihre intensive Auseinandersetzung mit dem Thema eine theoretische Sensibilisierung für Emotionalität und für den Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten erarbeitet. Es wäre interessant zu erfahren, ob diese Sensibilisierung ihnen im konkreten Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten hilft.

## Literatur

- Achhammer, B. (2014). Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten fördern. Grundlagen und Anleitung für die Sprachtherapie in der Gruppe. München: Reinhardt.
- Ahrbeck, B. & Willmann, M. (2010). Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amrein, J. (2020). *Humor und Provokation in der Kommunikation*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Auszra, L., Herrmann, I.R. & Greenberg, L.S. (2017). *Emotionsfokussierte Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Avemarie, L. (2016). *Die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder unter Berücksichtigung des elterlichen Belastungserlebens und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz*. Unveröffentlichte Dissertation, Pädagogische Hochschule: Heidelberg.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bodenmann, G., Perrez, M. & Schäfer, M. (2011). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bohnsack, R. (2003). Gruppendiskussion. In: Flick et al.: *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Böcker, J. (2018). *Emotionsfokussierte Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Brandstätter, V., Schuler, J. Puca, R.M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion*. Heidelberg: Springer.
- Braun, W., Schneider, K. & Kohler, J. (2016). Sprechen als Hochseilakt. 15 Jahre „Stotterchamp“ am Bodensee. *Forum Logopädie* 2(30), 2-9.
- Buschmann, A. (2017). *Heidelberger Elterntraining frühe Sprachförderung*. München: Elsevier.
- Bushman, B. J. Baumeister, R. F. & Phillips, C. M (2001). Do people aggress to improve their Mood? Catharsis beliefs, affect regulation opportunity, and aggressive responding. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 17–32.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2002). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Van der Donk, C., van Lanen, B. Wright, M.T. (2014). *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.
- EDK (2020): *Leitfaden zur Evaluation der Berufspraxis in Logopädie*. Download am 29.12.2020 <https://www.hfh.ch/de/ausbildung/ba-logopaedie/ausgleichsmassnahmen-logopaedie>
- Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). *Therapietool Emotionsregulation*. Weinheim / Basel: Psychologie Verlags Union.
- Fabian, E. (2015). *Humor und seine Bedeutung in der Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Falkal, P. & Wittchen, U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. A., Hörmann, G. (Hrsg.) (1978). *Aktionsforschung in Psychologie und Pädagogik*. Darmstadt: Steinkopf-Verlag.
- Flick, U., von Kardoff, E. & Krupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. 3. Auflage. Hamburg: Rowohlt.

- Fox, A. (2016). *Kindliche Aussprachestörungen* (7. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Frey, D., & Jonas, E. (2002). Theorie der kognizierten Kontrolle. In D. Frey und M. Irle (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie Band 3*. (2. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Gerbig, T., Spieß, C., Berg, M. & Sarimski, K. (2018). Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache* (1), S. 63 – 72.
- Göldner, J., Hansen, H., Wanetschka, V. (2017): Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands. *Forum Logopädie*, 31(5), 12-19.
- Goleman, D. (2018). *Emotionale Intelligenz*. München: dtv.
- Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grohnfeldt, M. (2012). Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie. München: Reinhardt.
- Grohnfeldt, M. (2017). Zur Komplexität von Sprachentwicklungsstörungen, kognitiven und sozial-emotionalen Störungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Kompandium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien*, 161-169. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haag, F., Krüger, H., Schwärzel, W. & Wildt, J. (1975). *Aktionsforschung*. München: Juventa-Verlag.
- Häussler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Hautzinger, M. (2015). Verhaltensverträge. In M. Linden und M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, S. 299-303. Berlin: Springer.
- Hildebrand, M. & Kowalczyk, C. (1999). *Wenn ich fließend sprechen könnte: Lebensgeschichten von Stotternden*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hoffmann, N. (2018). *Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Juventa
- Hülshoff, T. (1999) Emotionen. München: E. Reinhardt
- In-Albon, T. (Hrsg) (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Katz-Bernstein, N. (2005): *Selektiver Mutismus bei Kindern*. München: Reinhardt.
- Kohler, J. & Braun, W. (2020). Beginnendes Stottern. *Kinder und Jugendarzt. Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.* 51, 08/20, 539 – 546.
- Kohler, J. (2021). Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie. *Praxis Sprache*, 1, 9 – 20.
- Kraft, E., Hersperger, M. & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93, 1485 – 1489.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Zürich: Hogrefe.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen. Hogrefe.
- Lammers, C-H. (2015). *Emotionsfokussierte Methoden*. Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (2001a): Beobachtung. In: Hug, T. (Hrsg): *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen. Bd. 2: Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften*. Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 265 – 281

- Lamnek, S. (2001b): Befragung. In: Hug, T. (Hrsg.): Wie kommt Wissenschaft zu Wissen. Bd. 2: Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 282 – 287
- Lüdtke, U. (2012). Emotion und Sprache. Theoretische Grundlagen für die sprachtherapeutisch-logopädische Praxis. *SAL-Bulletin* Nr. 143, 5-22.
- Mayring, P. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Moser, H. (1975). *Praxis der Aktionsforschung*. München: Kösel.
- Moser, H. (2015). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung*. Freiburg: Lambertus
- Natke, U., & Alpermann, A. (2010). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Noterdaeme, M. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 38-47.
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2016). *Stärke statt Macht. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003). Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). Training mit aggressiven Kindern (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2018). *Lernen. Grundlagen und Anwendungen* (2. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer
- Rothermund, K. & Eder, A. (2011). Emotion und Motivation. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56 – 67.
- Sarimski, K., Röttgers, M. & Hintermair, M. (2015). Pragmatische Kompetenzen und sozial-emotionale Probleme spracherwerbsgestörter Kinder. *LOGOS interdisziplinär*, 84 – 91.
- Schmidt-Azert, L., Peper, M & Stemmler, G. (2014). Emotionspsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Schönauer-Schneider, W. (2014). Komplexität von Sprachstörungen und ihre Verbindungen zu Lern- und Verhaltensstörungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie*, 103-109. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. (2016): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag
- Spreer, M. & Glück, C. & (2014). Herausforderndes Verhalten im Kontext sprachlicher Entwicklung. In K. Popp. & A. Methner (Hrsg.), *Schülerinnen und Schüler mit herausforderndem Verhalten: Hilfen für die schulische Praxis* (S.73-83). Stuttgart: Kohlhammer.
- Suchodoletz, W. V. & Macharey, G. (2006). Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 711-723.
- Szczerba, N. (2017). *Bedingungen der Sprachentwicklung – welche Rolle spielt dabei die soziale Kompetenz? Eine quantitative Interdependenz von rezeptiven sprachlichen und sozialen Kompetenzen am Übergang in die Grundschule*. Unveröffentlichte Dissertation. Hamburg: Universität.
- TimeTEX (2020). Unterrichtshilfen der Firma TimeTEX. Internet: <https://www.timetex.ch/unterrichtshilfen-lernhilfen> aufgerufen am 29.8.2020.
- Weigl, I. & Reddemann-Tschaikner, M. (2009). *HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

Zollinger, B. (2015). *Die Entdeckung der Sprache* (9. Aufl.). Bern: Haupt.  
Zückner, H. (2009). *Die Desensibilisierung*. Neuss: Natke-Verlag

# Zusammenfassende Bewertung des Artikels 1 von Gutachter A

## Bewertungsgrundlage zur Begutachtung empirischer Forschung

Die Checkliste unterstützt Sie bei der Begutachtung des zu bewertenden Beitrags. Denken Sie daran, dass Kritik sowohl **positive** als auch **negative** Beurteilungen umfassen kann.

**Manuskript (Titel):** Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um

- ☒ einen Hauptbeitrag
- ☐ Work in progress
- ☐ abweichende Empfehlung: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

### Einleitung

- ☒ Die Absicht der Studie/des Artikels wird deutlich.
- ☒ Der Autor/die Autorin liefert eine ausreichende und überzeugende Begründung für die Studie.

**Möglicher Kommentar:**

Die Einleitung ist ein gelungener Ausgangspunkt der Überlegungen und ermöglicht den Leser\*innen gut in das Thema Verhaltensauffälligkeiten und sozial-emotionale Probleme einzusteigen

### Konzeptioneller/ Theoretischer Rahmen

- ☐ Es wird ein konzeptioneller/theoretischer Rahmen nachvollziehbar dargestellt.
- ☐ Der Bezug zu aktuellen und relevanten Studien wird hergestellt.
- ☐ Es wurden passende Hypothesen bzw. Fragestellungen vom konzeptionellen oder theoretischen Rahmen abgeleitet.

**Möglicher Kommentar:**

Der theoretische Rahmen ist sehr ausführlich, wodurch leider an einigen Stellen der Bezug zum eigentlichen Thema m. E. verloren geht. Die theoretischen Zugänge haben sicherlich ihre Berechtigung, dennoch sollte hier stärker auf das Thema fokussiert werden. Siehe Kommentar im Dokument **mein Entgegnung darauf ebenfalls im Dokument**

### Probanden bzw. Informationsquellen, Instrumente, Messungen und Vorgehen

- ☐ Die Probanden bzw. Informationsquellen der Studie werden nachvollziehbar und in wissenschaftlichem Stil beschrieben (Methode zur Auswahl, Merkmale...).
- ☒ Das Vorgehen zur Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben, so dass eine Wiederholung des Vorgehens möglich wäre.
- ☐ Es findet eine eindeutige Beschreibung der Erhebungsinstrumente bzw. der Vorgehensweise und deren Verwendung statt.
- ☒ Die Auswertungsmethode wird deutlich erklärt und ist den Fragestellungen angemessen.
- ☐ Falls Therapie/Förderung stattfand: Die Interventionen werden ausreichend detailliert beschrieben.

#### **Möglicher Kommentar:**

Es werden drei Studienstränge vorgestellt und sehr detailliert beschrieben. Im Grunde handelt es sich um voneinander unabhängige Studien. Ich möchte an dieser Stelle dringend anraten, genau zu überlegen, ob es wirklich sinnvoll (und notwendig) ist, alle Studienteile in einem Artikel vorzustellen. Es ist für die Mehrzahl der Leser\*innen vermutlich nicht ganz einfach bei der Fülle an Informationen den Überblick zu behalten und die verschiedenen methodischen Zugänge nachzuvollziehen.

**Kommentiert [A1]:** Diese Aussage teile ich nicht. Der Zusammenhang der Studien ergibt sich über die Fragestellungen. Aus methodischer Perspektive finde ich es wichtig eine Triangulation aus unterschiedlichen empirischen als auch unterschiedlichen theoretischen Perspektiven zu machen.

### Ergebnisse

- ☐ Die Ergebnisse sind übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt.
- ☒ Die verwendeten Abbildungen und Tabellen sind erforderlich und selbsterklärend. Es fehlen keine Informationen.

#### **Möglicher Kommentar:**

Auch die Ergebnisse werden sehr detailliert vorgestellt, zum Teil wird auf Einzelfallebene analysiert (was ich nicht für unbedingt notwendig erachte). Die Ergebnisse des zweiten Studienstrangs wurden bereits publiziert. Daher erscheint es nicht unbedingt notwendig, an dieser Stelle erneut die Ergebnisse so im Detail darzustellen. Es genügt aus meiner Sicht, die Kernaussage zu transportieren und auf die bisherige Publikation zu verweisen. An einigen Stellen werden die Ergebnisse sehr im Detail berichtet und in Theorien und Modelle zurückgeführt. Hier wäre es aus meiner Sicht wichtig, den Bezug zur eigentlichen Fragestellung klarer herauszuarbeiten für die Leser\*innen. Ein Vorschlag zur Ergebnisdarstellung: Ich fände es gut, wenn die zentralen Ergebnisse/Aussagen jeweils in einem Kästchen zusammengefasst werden. Dies würde es den Leser\*innen erleichtern, die zentralen Aussagen auf einem Blick zu erfassen. Im Fließtext finden sich dann tiefergehende Informationen zu Theorien und Modelle.

**Kommentiert [A2]:** Hier mag der Gutachter recht haben. Aber ist das ein Kriterium für eine gutachterliche Stellungnahme? Wenn Komplexität einer Studie zu einer Kritik führt

**Kommentiert [A3]:** Ist es die Aufgabe eines Gutachters sein subjektives Empfinden von Notwendigkeit einer vom Autor gewählten Darstellungsform zu beurteilen?

**Kommentiert [A4]:** Wie gesagt: aus Gründen der Lesefreundlichkeit mag der Gutachter recht haben.

### Diskussion und Schlussfolgerungen

- ☒ Es gibt eine angemessene Interpretation der Ergebnisse und eine auf dem Forschungsproblem basierende Diskussion.
- ☐ Die Schlussfolgerungen werden insgesamt klar und basierend auf den Ergebnissen formuliert.

#### Möglicher Kommentar:

In der Diskussion werden die Fragestellungen separat betrachtet. Wäre hier nicht eine Zusammenführung der gewonnen Erkenntnisse sinnvoll? So bleibt es bei einer einzelnen Betrachtung der Teilstudien. Dies könnte auch in separaten Publikationen erfolgen.

Positiv zu bewerten ist, dass die Autor\*innen im Ausblick offene Forschungsfragen ableiten.

**Kommentiert [A5]:** Aus meiner Perspektive wurde die Zusammenführung der gewonnen Erkenntnisse im Artikel geleistet. Die Ergebnisdarstellung erfordert aber die zunächst analytisch getrennte Form gemäss Einzelfragestellung

#### Abschließende Bewertung:

- ☐ Das Manuskript ist **uneingeschränkt** für die Publikation geeignet.
- ☒ Wir verweisen auf die **markierten Einwände** bzw. **Verbesserungsvorschläge** des Gutachters, die wir bei der Überarbeitung **auf jeden Fall** zu berücksichtigen bitten.

#### Abschließender Kommentar:

Das Manuskript liefert interessante Erkenntnisse zu einem Aspekt, der in der Sprachtherapie/Logopädie bisher wenig Beachtung findet. Die Autor\*innen haben sich vermutlich bewusst dafür entschieden alle drei Studienstränge darzustellen, um einen Überblick über die bisherigen Arbeiten zu liefern. Dies ist ein berechtigtes Anliegen, da Forschung in diesem Themenbereich bisher kaum stattfindet. Wenn dies der Fall ist, erfordert es jedoch eine deutlich stringendere und fokussierte Darstellung, um Leser\*innen wirklich einen Überblick zu ermöglichen. In der vorliegenden Fassung werden drei Studien ausführlich berichtet. Besser fände ich, wenn Leser\*innen im Sinne einer Übersichtsarbeit, die zentralen Erkenntnisse und methodischen Zugänge zu diesem Forschungsfeld vermittelt bekommen sowie Hypothesen für weitere Forschungsarbeiten dargestellt werden.

**Kommentiert [A6]:** Genau!

#### Verbesserungsvorschläge für den Autor:

Ich möchte abschließend dringend daran appellieren, das Manuskript hinsichtlich der Länge und Komplexität zu überarbeiten. In der jetzigen Fassung habe ich große Sorge, dass es vielen Leser\*innen zu komplex und dadurch auch schwer verständlich ist.

Noch eine persönliche Anmerkung: mit 51 Seiten liegt das Manuskript weit (!) über den Richtlinien der Zeitschrift. Auch andere Autor\*innen würden sicher gerne mehr und ausführlicher über ihre Projekte berichten, haben sich aber beschränkt und auf zentrale Aussagen fokussiert. Daher möchte ich aus Gründen der Fairness um eine Kürzung auf max. 30 Manuskriptseiten bitten.

**Kommentiert [A7]:** Ich bedanke mich dafür, dass der Gutachter hier eine wohlwollende Sorge formuliert und damit zum Ausdruck bring, dass er/sie das Thema als relevant erachtet. Es wurde schon mehrfach angesprochen: Die vermeintliche Lesefreundlichkeit ist ein möglicher Grund, warum ein Artikel nicht aufgenommen wird. Man könnte an ein wissenschaftlich orientiertes Zielpublikum aber auch die Erwartung formulieren, dass sie sich einer Komplexität und Differenziertheit gerade in einem bisher noch wenig beleuchteten Feld stellt.

**Kommentiert [A8]:** Ich kann diese Aussage nachvollziehen, will aber auf die Entstehungsgeschichte des Artikels verweisen. Hier wurde mich freie Hand in der Ausführlichkeit der Darstellung ausdrücklich zugestanden und ich kann daher keine Unfairness anderen Autorinnen gegenüber feststellen



# Artikel 1 mit Kommentaren von Gutachter B plus Repliken

## Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen\*

\*Der vorliegende Beitrag entspricht zum Teil des in «Praxis Sprache» erschienen Artikels *Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie* (Kohler, 2021). Er enthält aber wesentliche theoretische, methodische und interpretative Erweiterungen.

### Hintergrund

Der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten und Sprachstörungen wird häufig diskutiert und ist vielfach belegt. Welche Rolle die Sprachtherapeutin im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei Kindern übernimmt ist bislang wenig erforscht.

### Fragestellungen

Welche sozial-emotionalen Probleme bei Kindern werden von den Sprachtherapeutinnen wahrgenommen? Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um? Gibt es Hinweise in der Fachliteratur und in schriftlich formulierten beruflichen Selbstverständnissen der Sprachtherapeutinnen auf die Relevanz von sozial-emotionalen Phänomenen für die Sprachtherapie?

### Methodik

Drei relativ unabhängige Studienstränge versuchen Antworten auf die Fragen zu geben. Im ersten Studienstrang wurden Logopädinnen mit einem Fragebogen befragt, im zweiten Studienstrang wurden Einzelinterviews und Gruppendiskussionen benutzt und im dritten Studienstrang wurde eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Hierzu wurden ausgewählte Fachbücher und schriftlich formulierte berufliche Selbstverständnisse analysiert. Für die Auswertungen der Studienstränge wurden sowohl qualitative als auch deskriptiv-quantitative Methoden herangezogen.

### Ergebnisse

Sprachtherapeutinnen begegnen einer Vielzahl von sozial-emotionalen Problemen. Ihr Umgang damit ist ebenso vielfältig aber wenig theoriegeleitet, sondern eher intuitiv. Die Relevanz der sozial-emotionalen Ebene aus Perspektive der Sprachtherapeutinnen ist einerseits gross, weil ihre Haltung von dem Bedürfnis nach einer positiven Beziehungsgestaltung und Ganzheitlich geprägt ist. Sie ist andererseits nicht besonders hoch, weil sozial-emotionale Schwierigkeiten an sich nicht den Berufsalltag prägen, sondern eine mittlere Relevanz haben. Wenn sie allerdings auftauchen, dann stellen sie wahrscheinlich einen stark belastenden Faktor für die Sprachtherapeutinnen dar.

### Schlussfolgerungen

Die Untersuchung hat Ergebnisse mit hypothetischem Charakter generiert, sie sollten überprüft werden. Die Ergebnisse haben weitere Fragen aufgeworfen. Die wichtigsten sind: Inwiefern sind Sprachtherapeutinnen für sozial-emotional schwieriges Verhalten zuständig und mit welchem persönlichen Anspruch tun sie das? Welche Reflexionstiefe und -breite braucht es, um in der Sprachtherapie mit sozial-emotional schwierigem Verhalten umzugehen?

Schlüsselwörter: Verhaltensauffälligkeit, sozial-emotionale Schwierigkeiten, Sprachtherapie

## 1. Einleitung

Wahrscheinlich hat jede Sprachtherapeutin / Logopädin<sup>1</sup> schon Kinder begleitet, die wütend reagieren, weil sie nicht verstanden werden oder von anderen Kindern gemieden oder vielleicht sogar gehänselt werden, weil sie nicht «richtig» sprechen können. Das Problem auf sprachlicher Ebene löst hier ein sozial-emotionales Problem auf Seiten des betroffenen Kindes aus. Manchmal erscheint ein solcher Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang nicht so offensichtlich, denn einige Kinder zeigen in der logopädischen Therapie mehr oder weniger stark ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aufmerksamkeitsprobleme oder eine grosse motorische Unruhe), welche als primär oder vordergründig erscheinen und nicht selten eine grössere Beeinträchtigung im sozialen Miteinander darstellen als das Sprachproblem selbst. Spreer und Glück (2014) geben einen Überblick des Forschungsstands zum wechselseitigen Zusammenhang von Sprachentwicklungsstörungen und herausforderndem Verhalten, der seit vielen Jahren immer wieder diskutiert und nachgewiesen wird (z.B. Suchodoletz & Macharey, 2006; Noterdaeme, 2008; Schönaauer-Schneider, 2014; Avemarie, 2016; Szczerba, 2017; Sarimski et al., 2015 oder Gerbig et al., 2018) und als unbestritten gilt (vgl. auch Grimm, 2012 oder Grohnfeldt, 2017). Daraus leiten sie ab, «dass diese Kinder mit sprachlichem Förderbedarf nicht nur sprachheilpädagogischer Interventionen bedürfen, sondern in einigen Fällen darüber hinaus auch Unterstützung im Bereich des Sozialverhaltens und der Emotionalität (Spreer & Glück, 2014, S.78).

Doch wie sieht diese Unterstützung aus, wenn sie von den Sprachtherapeutinnen selbst geleistet wird?

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich primär mit den sozial-emotional auffälligen Phänomenen, welche Sprachtherapeutinnen bei Ihrer Arbeit mit Kindern wahrnehmen und mit den Maßnahmen und Interventionen, die sie dabei ergreifen. Ausserdem beschäftigt er sich mit den Selbstreflexionen der Sprachtherapeutinnen und der Reflexionstiefe im Zusammenhang mit den Verhaltensauffälligkeiten in der Sprachtherapie.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Begriffe Sprachtherapeutin oder Logopädin synonym gebraucht, wohl wissend, dass sich zwei Berufsbezeichnungen dahinter verbergen. Es sind mit beiden Begriffen immer alle Fachpersonen gemeint, die Sprachtherapie beruflich ausüben.

## 1.1 Fragestellungen

Da zunächst geklärt werden musste, was Sprachtherapeutinnen unter sozial-emotional schwierigem Verhalten verstehen und welche Formen von Verhaltensauffälligkeiten ihnen begegnen, wurde folgende Frage vorgängig gestellt:

### Vorgängige Frage:

- Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?

Die zentrale Fragestellung der hier referierten Forschung betrifft den Umgang von Logopädinnen mit Verhaltensauffälligkeiten, mit denen sie in ihrem Berufsalltag konfrontiert werden. Sie lautet konkret:

### Zentrale Frage:

- Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten bei Kindern um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

Eine Unterfrage betraf die Reflexion von sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Fachliteratur für Sprachtherapeutinnen. Daher wurde folgende Frage gestellt:

### Erste Unterfrage:

- Welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?

Eine ähnliche Unterfrage betraf die Reflexion von Logopädinnen, die nach ihrem pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnis gefragt werden.

### Zweite Unterfrage:

- Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

Die letzte Frage war nicht auf den Kinderbereich begrenzt, da das berufliche Selbstverständnis allgemeiner aufgefasst wird.

**Kommentiert [AN1]:** In fast jeder Teilfrage wird der Fokus begrifflich gewechselt – eher ungünstig für eine einigermaßen geschlossene, theoretische Einbindung

**Kommentiert [KJ(2):** Es gibt vier Fragen. Zweimal ist der Fokus auf den sozial-emotionalen Schwierigkeiten und zweimal auf den Emotionen i.a. Ich kann keine Schwierigkeit für die theoretische Einbindung entdecken. Was meint der Gutachter mit „geschlossen“? Im Sinne von schlüssig oder im Sinne von von aussen nicht angreifbar oder????

## 2. Theoretische Zugänge

Um so ein komplexes Phänomen wie «wahrgenommenes sozial-emotional schwieriges Verhalten» zu erfassen, sind vielerlei theoretische Zugänge möglich. Die Entscheidung fiel auf vier theoretische Zugänge, die im Folgenden einführend erläutert werden. Gleichzeitig wird die Entscheidung begründet. Es handelt sich um die

- Theorie der kognizierten Kontrolle
- Allgemeine Emotionspsychologie
- Emotionsregulation
- Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Die Kombination von unterschiedlichen theoretischen Quellen bei der Betrachtung und Erklärung eines Phänomens entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Theorietriangulation (Flick, 2008).

### 2.1 Theorie der kognizierten Kontrolle

Die Theorie der kognizierten Kontrolle (Frey & Jonas, 2002) gilt seit geraumer Zeit als wichtiger Beitrag zur Erklärung von emotional-motivationalen Prozessen. Sie wird

auch im Sinne einer übergeordneten Theorie (Krampen, 1982) für eine ganze Theoriegruppe betrachtet. Die Gemeinsamkeit aller Einzeltheorien (z.B. Rotter, 1966; Bandura, 1997; Seligmann, 2016) ist die Verwendung des Begriffs *Kontrolle*. Die Theorie wird hier in engem Bezug zu sprachtherapeutischen Handlungsweisen dargestellt. Dazu wird die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2016) eines Fachbuches der Kindersprachtherapie benutzt. Es handelt sich um *HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen* (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009). Die deduktiv angelegte Inhaltsanalyse bediente sich einer Mischung aus verschiedenen zentralen Begrifflichkeiten dieser Theoriegruppe, um den Zusammenhang von berufsalitäglichen sprachtherapeutischen Handlungen mit den Emotionen der Kinder darzulegen.

### Beeinflussung durch Primäre Kontrolle

Unter primärer Kontrolle wird die direkte Einflussnahme zur Veränderung eines Ist-Zustandes verstanden. Alle Tätigkeiten, bei denen Menschen merken, dass sie durch ihr Handeln etwas verändern können, einen Einfluss auf eine Sache oder einen anderen Menschen haben, kann man als primäre Kontrolle bezeichnen. Menschen wird ein Grundbedürfnis nach dieser Form von Kontrolle zugeschrieben. In der folgenden Textstelle wird eine einfache Handlungssequenz beschrieben:

„Durch Schneiden, Schälen, Reiben, Auspressen wird die Feinmotorik stimuliert“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S. 29).

Wenn man, so wie hier postuliert, Feinmotorik stimuliert, wird durch die Veränderung des Ist-Zustandes auch eine primäre Kontrolle erfahren, die emotional-motivational günstig sein kann. Die Kontrollerfahrung liegt zum einen in der Tätigkeit selbst (= dem Schneiden) und zum anderen in dem Ergebnis, welches eine Veränderung der Umwelt darstellt: Aus einer Orange werden Orangenstückchen. Es ist leicht vorstellbar, dass auch andere gelingende (Sprach-) Handlungen ein Gefühl der primären Kontrolle auslösen können. Immer dann, wenn eine (Sprach-)Handlung gelingt (z.B. eine flüssige Artikulationsbewegung) oder dann, wenn es durch Kommunikation gelingt, den Gesprächspartner zu etwas zu bewegen, ihm etwas verständlich zu machen oder sich dem anderen gegenüber auszudrücken, besteht die Chance einer subjektiv erlebten primären Kontrolle. Insofern gehen alle direkten Übungstherapien in der Logopädie, die eine subjektiv erlebte Kompetenzsteigerung ermöglichen mit einem potentiell günstigen Effekt auf Emotion und Motivation einher. Bei Weigl & Redemann-Tschaikner (2009) wird das folgendermaßen ausgedrückt:

„Die im HOT konzipierten Handlungsfolgen machen den Kindern Spaß, das Erreichen der Handlungsabsicht bedeutet ein Erfolgserlebnis, bereitet Freude und verleiht ihnen Selbstvertrauen.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.69)

### Beeinflussung durch sekundäre Kontrolle

Sekundäre Kontrolle bezieht sich auf einen der Handlung zeitlich nach- oder vorgeordneten kognitiven Vorgang. Die Umwelt wird nicht direkt beeinflusst, sondern der Mensch versucht sich durch Kognitionen daran anzupassen. Wenn z.B. eine *Erklärung* für eine Handlung im Nachhinein gefunden wird, stellt das einen Akt der sekundären Kontrolle dar.

So kann u.U. ein Misserfolg im Ergebnis einer Handlung (= fehlende primäre Kontrolle) so interpretiert werden, dass diese Erklärung ein emotional-motivational positives Erleben erlaubt, und zwar trotz fehlender primärer Kontrolle. Hierzu ein

**Kommentiert [AN3]:** illustrierendes Beispiel oder gibt es Selektionskriterien /-gründe?

**Kommentiert [AN4R3]:** aha, auf Seite 8 wird das dann aufgeklärt, bitte bereits hier oben der Leserin dazu eine Orientierung geben. Dabei wäre dem Autor zu widersprechen, dass keine Auswahlkriterien nötig gewesen wären („es hätte auch ein anderes Fachbuch sein können“) – nicht jedes Sprachtherapie-Fachbuch hat diesen therapie-didaktischen Fokus und muss daher nicht zwangsläufig dazu Stellung nehmen.

**Kommentiert [KJ(5):** Das stimmt, aber die Darstellung mit Hilfe des HOT geschah eher aus didaktischen Gründen. Die Theorie der kognizierten Kontrolle sollte im Zusammenhang mit Sprachtherapie erklärt werden, damit die Leserin die Bedeutung für das eigenen Handeln nachvollziehen kann.

Beispiel aus HOT, wie das Misslingen einer Handlung (= Sahne schlagen) durch einen äusseren Umstand (= zu kleiner Becher) ursächlich erklärt wird:

„Wir können die Sahne nicht im Becher schlagen, weil er zu klein ist. Die Sahne muss vorher in ein größeres Gefäß gefüllt werden.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.67)

Wenn diese Erklärung als Antwort auf eine andere Erklärung folgt, welche die Ursache in der Unfähigkeit der handelnden Person interpretiert hatte (= «ich bin zu blöd, um Sahne zu schlagen»), spricht man von Umstrukturierung der Kognition. Eine zunächst emotional ungünstige Erklärung (= die eigene Intelligenz wird angezweifelt) wird in eine emotional günstige umstrukturiert (= Becher zu klein). Sämtliche Erklärungen, die im sprachtherapeutischen Setting gegeben werden, können dementsprechend als Akte einer sekundären Kontrolle betrachtet werden. «Erklärungen haben» scheint ebenfalls für den Menschen ein Grundbedürfnis zu sein und ist emotionspsychologisch hochgradig relevant. So gesehen verwundert es nicht, dass Menschen oftmals nach einer Diagnose beruhigt sind, wenn damit eine Erklärung für ihr Leiden geliefert wird. Für die Medizin ist dieses Phänomen zentral, denn eine Funktion von medizinischen Diagnosen ist der Abbau von Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitszustand (Kraft et al., 2012). Das entspricht dem Gefühl von sekundärer Kontrolle. In der Sprachtherapie werden Diagnosen in ihrer emotionsrelevanten Funktion insbesondere beim Phänomen Stottern angeführt. Wenn bei Erklärungen zur Ätiologie die hohen genetischen Anteile klar formuliert werden, können damit die Schuldgefühle von Bezugspersonen im Zusammenhang mit der Entstehung des kindlichen Stotterns relativiert werden (Kohler & Braun, 2020). Das wirkt emotional positiv entlastend und ist ebenfalls eine Form von sekundärer Kontrolle.

Auch wenn man eine Handlung im Voraus so gut plant, dass man sehr gut abschätzen kann, was passieren wird und eine gewisse *Vorhersagbarkeit* eintritt, spricht man von einer (meist emotional günstigen) sekundären Kontrolle durch Kognitionen. Hierzu folgende Textstelle:

„Das Handlungsthema ist dem Kind insofern bekannt, als am Ende der letzten Stunde mit ihm und der Mutter/dem Vater besprochen wurde, welche Zutaten, Materialien und Geräte sie für die nächste Therapiestunde mitbringen sollen.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S. 90-91)

Vorbereitungen auf zukünftige Situationen oder das blosse Wissen um deren Eintreten können Sicherheit (= subjektives Kontrollempfinden) geben, die sich emotional positiv auswirken können.

Die Abbildung 1 in Anlehnung an Frey und Jonas (2002) veranschaulicht den Zusammenhang der bisher genannten zentralen Begriffe aus der Theorie der kognitiven Kontrolle.

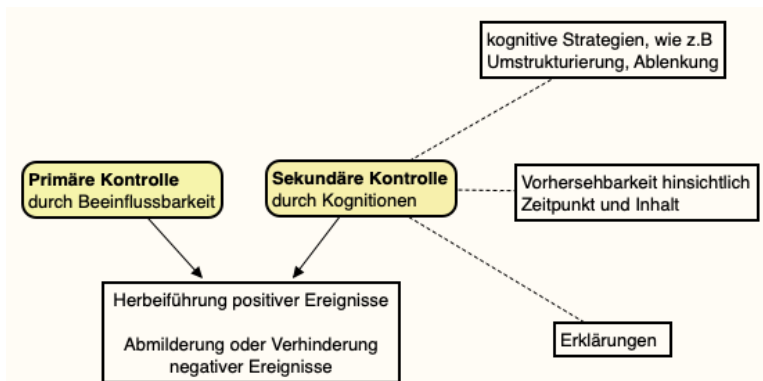


Abb. 1: Primäre und sekundäre Kontrolle im Rahmen der Theorie der kognizierten Kontrolle in Anlehnung an Frey & Jonas, 2002, S. 16 (Kohler, 2021, S. 10)

### Differenzierung in interne und externe Kontrolle

Wenn eine ausgeführte Handlung und das daraus resultierende Ergebnis (= die Veränderung des Ist-Zustandes) als Produkt von sich selbst erlebt wird, spricht man von interner Kontrolle. Die Verantwortung für das Gelingen wird sich selbst zugeschrieben (internal = in der Person) und nicht durch den Einfluss von irgendjemand anderem oder der Umwelt (= external) erklärt. Insofern ist das subjektive Empfinden von interner und externer Kontrolle und die damit einhergehenden Erklärungen eine wichtige Voraussetzung für das emotionale Erleben. Hierzu kann das oben genannte Beispiel mit der Sahne noch einmal aufgegriffen werden. Hier wird nämlich das Misslingen den äusseren Umständen zugeschrieben, was selbstwertentlastend und damit emotional günstig ist. Bei häufiger Wiederholung von Kontrollempfindungen bildet der Mensch eine **Kontrollüberzeugung** (Rotter, 1966), die insbesondere dann positiv ist, wenn der Erfolg dem eigenen Tun und der Misserfolg äusseren Umständen zugeschrieben wird. Diese emotional günstige Form der Kontrollüberzeugung wird von Bandura (1997) **Selbstwirksamkeit** genannt. Petermann & Petermann (2018) definieren dies folgendermaßen:

«Bei der Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine allgemeine Überzeugung, Verhalten oder Handlungen erfolgreich durchführen zu können» (Petermann & Petermann, 2018, S.165).

Kontrollüberzeugungen können aber auch negative emotionale Folgen haben, nämlich dann, wenn die Selbstwirksamkeitserwartung fehlt. Die Gesetzmässigkeit der Erklärungen ist dann oft umgekehrt: Erfolge werden äusseren Umständen (externe Kontrolle) zugeschrieben und Misserfolge internal erklärt. So ein Erklärungsmuster muss nicht alle Lebensbereiche betreffen, aber bei Menschen mit Sprachstörungen ist die Gefahr eines sprachbereichsspezifischen Erklärungsmusters mit negativen Folgen für die Emotionalität wahrscheinlich, da sie weniger primäre Kontrollerfahrungen im Bereich Sprache machen.

**Kommentiert [AN6]:** der Begriff hat eine Seite der Erfahrung und eine der Erwartung – daher hier gleich auf den Bandura Begriff der self efficacy expectancies orientieren?

**Kommentiert [KJ(7):** Hier sollte Selbstwirksamkeitserwartung stehen, weil die Kontrollüberzeugung der Erwartung nahe ist und weil im Zitat unten die Selbstwirksamkeitserwartung formuliert wird.

Kontrollüberzeugungen	
<b>internale Kontrolle</b> betrifft im Selbst liegende Umstände wie z.B. eigene Fähigkeit oder Anstrengung	<b>externale Kontrolle</b> betrifft äussere Umstände wie z.B. Glück, Zufall, mächtige andere Personen

Tab. 1: Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Rotter (1966) (Kohler, 2021, S.11)

Neben der Selbstwirksamkeit als emotional positiven Aspekt der Kontrollüberzeugung wurde auch der negative Aspekt von fehlender internaler Kontrollüberzeugung in der Psychologie differenziert. In dieser Diskussion ist das Begriffspaar «**erlernte Hilflosigkeit**» durch Seligmann (2016) bekannt geworden. In Fachbeiträgen zur Pädagogik und auch Sprachtherapie findet man häufig den Begriff **Kontrollverlust** auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Emotionalität. Insbesondere beim Thema Stottern werden die unfreiwilligen auftretenden Primärsymptome (Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden) als Kontrollverlust erlebt und von den betroffenen Personen (Hildebrand & Kowalczyk, 1999) und in der Fachliteratur (z.B. Natke & Alpermann, 2010 oder Kohler & Braun, 2020) als solcher beschrieben. In der Inhaltsanalyse des Fachbuches von Weigl & Reddemann-Tschaikner (2009) wurden insbesondere Handlungsbeschreibungen gefunden, die auf ein Entgegenwirken von drohendem Kontrollverlust hindeuten, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„In der Therapieplanung sollte der Schwierigkeitsgrad der Handlungen jeweils den individuellen Voraussetzungen des Kindes angepasst werden.“ (Weigl & Redemann-Tschaikner, 2009, S.92)

Der pädagogische Allgemeinplatz, dass man eine Intervention dem Stand des Kindes anpassen sollte, findet in diesem Zitat seine Entsprechung. Eine Übersetzung in die Theorie der erlernten Hilflosigkeit könnte so geschehen: Um einen drohenden Kontrollverlust zu vermeiden (hier bei Überforderung durch einen unangepassten Schwierigkeitsgrad) und damit Kontrolle über mehrere Handlungen hinweg zu gewährleisten, sollten Übungen so angelegt werden, dass sie nicht über einen längeren Zeitraum oder über mehrere Übungswiederholungen mit einem Misserfolg (= Kontrollverlust) abschließen, sonst besteht die Gefahr, dass eine negative Kontrollüberzeugung (= erlernte Hilflosigkeit) für den Übungsgegenstand mit einhergehenden negativen emotionalen und motivationalen Konsequenzen entsteht. Das nachfolgende Zitat konkretisiert eine Therapieplanungsänderung, damit ein erlebter Kontrollverlust (hier direkt *Überforderung* genannt) sich nicht wiederholt:

„In der vorhergehenden (...) Stunde hatte sich gezeigt, dass Lisa überfordert war, wenn sie eine komplexe Handlung sprachlich wiederholen sollte. Deshalb versuchten wir in dieser Stunde, eine sinnvoll abgeschlossene Handlungssequenz am Denktisch mit entsprechenden Bildern zu rekapitulieren.“ (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009, S.107)

Die «entsprechenden Bilder» scheinen hier als Denkhilfe eingesetzt zu werden, welche eine erhöhte Form der kognitiven Kontrolle für das Kind bringt. Wahrscheinlich ist diese Form von flexiblem Geben und Nehmen von Hilfen eine der

gängigsten Techniken in jeglichem pädagogisch-therapeutischem Lernangebot. Die Theorie der kognizierten Kontrolle fokussiert die damit verbundene emotional-motivationale Bedeutung.

### Fazit zur kognizierten Kontrolle

Die Auswahl des Fachbuchs von Weigl & Reddemann-Tschaikner (2009) mitsamt den ausgewählten Textbeispielen ist exemplarisch zu verstehen. Es hätte auch ein anderes Fachbuch sein können. Die Textstellen, welche mit der Theoriegruppe der kognizierten Kontrolle deduktiv-inhaltsanalytisch erklärt wurden, zeigen beispielhaft, dass im Prinzip berufsalitägliche Handlungen und Entscheidungen im Rahmen der Sprachtherapie einen Effekt auf die Emotionen der Klienten haben. Emotionalität und ihre Beeinflussung ist also in (sprach-)therapeutischen und (sprachheil-)pädagogischen Settings allgegenwärtig. Dieser Umstand ist wahrscheinlich allen praktizierenden Sprachtherapeutinnen klar und könnte fast trivial anmuten. Die Begrifflichkeiten der Theorie der kognizierten Kontrolle bietet eine Ordnung an, um auch sozial-emotional schwierige Verhaltensweisen zu erklären.

## 2.2 Allgemeine Emotionspsychologie

Auch wenn der Begriff «Emotion» wahrscheinlich häufig gebraucht wird (Hülshoff, 2006), wird seine Bedeutung in der Psychologie kontrovers diskutiert. Schmidt-Azert et al. (2014) geben daher «nur» folgende Arbeitsdefinition:

«Eine Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.» (Schmidt-Azert, 2014, S. 25).

Alle drei Ebenen sind beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie von Belang.

Eine grundlegende Einteilung der Emotionspsychologie betrifft die qualitative Bewertung der Emotionen in gute vs. schlechte bzw. in angenehme vs. unangenehme oder **positive vs. negative Emotionen**. Diese Einteilung steht entwicklungspsychologisch in der Chronologie der Emotionsentwicklung auch an erster Stelle. Die Emotionen von Neugeborenen werden so klassifiziert.

Eine Kontroverse in der Emotionspsychologie betrifft die Betrachtung von **Emotionen als natürliches Phänomen versus als soziales Konstrukt**. Ohne diese Kontroverse hier zu diskutieren wird durch den Titel des vorliegenden Beitrages klar, dass die soziale Ebene in einer Analyse zur Bedeutung von Emotionalität für die Sprachtherapie einen zentralen Stellenwert hat. Andererseits bietet die Emotionspsychologie in ihrer Betrachtung von Emotionen als natürliches Phänomen die Begrifflichkeit der sogenannten **Grund- oder Basisemotionen** an.

Das sind Emotionen, die einfach da sind und die zum Menschsein und seiner ontogenetischen (und auch phylogenetischen) Entwicklung auf ganz natürliche Weise dazugehören. Auch wenn man sich nicht einig ist, welche Emotionen das sind, werden folgende i.d.R. dazugezählt: Freude und Glück, Angst und Furcht, Ärger und Wut, Traurigkeit, Ekel. Ausserdem werden Scham und Stolz oft als Basisemotionen genannt, die zwar in der sozial-emotionalen Entwicklung später auftreten aber in engem Zusammenhang mit motivationalen Prozessen stehen und nicht zuletzt deswegen, genau wie die zuvor genannten Basisemotionen (ausser Ekel) wahrscheinlich einen zentralen Stellenwert in pädagogisch-therapeutischen Situationen haben. Manchmal werden die Basisemotionen auch primäre Emotionen genannt in Abgrenzung zu sekundären oder gar tertiären Emotionen, welche als ein



gelerntes Gemisch von Emotionen und Kognitionen angesehen werden. An dieser Stelle wird nachvollziehbar, dass kognitionspsychologische Ansätze wie die oben schon eingeführte Theorie der kognizierten Kontrolle einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von emotionalen Prozessen liefern können. Leider ist die Terminologie der Emotionspsychologie hinsichtlich der Einteilung in primäre und sekundäre Emotionen nicht einheitlich. Mit primärer und sekundärer Emotion wird auch die Aufeinanderfolge von Emotionen in einer zeitlich eng begrenzten spezifischen Situation bezeichnet. Der Gebrauch der Begriffe **primäre und sekundäre Emotionen** im eben beschriebenen zeitlichen Sinne hat sich u.a. in der Theorie der Emotionsregulation durchgesetzt, welche im Folgenden dargestellt wird.

## 2.3 Emotionsregulation

Emotionsregulation bezeichnet alle Prozesse, mit denen Individuen versuchen, die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Der Begriff umfasst neben diesen Bemühungen auch das damit erzielte Ergebnis (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013).

Der Begriff «Regulation» legt schon nahe, dass es um *Handlungen* bzw. *Tätigkeiten* geht: Mit den Emotionen wird etwas getan, sie werden reguliert. Daher erscheint die Emotionsregulation ideal, um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu fassen. Ausserdem hat dieser theoretische Zweig der Emotionspsychologie in den letzten Jahren eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung erfahren und gilt als nützlich für die Gestaltung von Therapien bei sozial-emotional auffälligem Verhalten. So definieren Eismann & Lammers (2017) in ihrer Sammlung «Therapie-Tools Emotionsregulation» diese etwas konkreter als «die Fähigkeit, mit unangenehmen Emotionen angemessen und hilfreich umgehen zu können» (ebd. S.22).

Eine für diese Einführung angemessene Differenzierung des Konzepts der Emotionsregulation sei mit den von Werner & Gross (2010, zitiert nach In-Albin, 2013, S. 19) formulierten vier Schritten der adaptiven Emotionsregulation gemacht:

1. Innehalten und Durchatmen
2. Wahrnehmen und Erkennen der Emotion
3. Entscheiden, wie die Emotion und die Situation kontrollierbar sind
4. Handeln im Sinne langfristiger Ziele

Im Zusammenhang mit diesen vier Schritten lassen sich weitere Differenzierungen der Emotionsregulation benennen.

Schritt 1 deutet darauf hin, dass die spontane und unreflektierte Impulsivität eine maladaptive Umgangsweise darstellen könnte. Die adaptiven Vorgehensweisen haben einen Gegenpol. Die Emotionsregulationsstrategien werden in **adaptive und maladaptive Formen** unterschieden.

Schritt 2 deutet darauf hin, dass es bei der Emotionsregulation oftmals um die **Anhebung des Bewusstseins** für emotionale Prozesse geht.

Schritt 3 bringt das Konzept der Emotionsregulation in die Nähe des Konzepts der kognizierten Kontrolle. Die Verben *regulieren* und *kontrollieren* haben hier einen gemeinsamen semantischen Kern.

Schritt 4 deutet darauf hin, dass die Dimension Zeit eine gewisse Bedeutung hat. Neben kurzfristigen (vgl. Impulsivität aus Schritt 1) und langfristigen Zielen werden bei der Emotionsregulation auf der Zeitachse sogenannte **antizipatorische und reaktive Strategien** unterschieden, also solche, die vor oder nach einem emotionsrelevanten Ereignis eingesetzt werden können.

Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Vorschläge, wie in der Psychotherapie z.B. Angststörungen oder posttraumatische Schwierigkeiten unter der Perspektive der Emotionsregulation therapeutisch behandelt werden können. Dabei wird der Begriff *Emotionsregulation* direkt verwandt (Eismann & Lammers, 2017) oder auch von *Emotionsfokussierter Therapie* (Auszra et al., 2017; Böcker, 2018) bzw. von *emotionsfokussierten Methoden* (Lammers, 2015) gesprochen.

In Anlehnung an die oben aufgeführten zentralen Merkmale der Emotionsregulation werden u.a. von Eismann & Lammers (2017) folgende therapeutischen Vorschläge gemacht:

**Psychoedukation im Zusammenhang mit Emotionen:** Anhebung des Bewusstseins für das Vorkommen von Emotionen durch Wahrnehmungsschulung. Verschiedene Emotionen sollen frühzeitig erkannt, voneinander unterschieden und benannt werden können (= Aufbau eines Emotionsvokabulars)

**Emotionales Problem- und Zielprofil bzw. Emotionsanalyse des Klienten:** Es geht um den Übertrag des allgemeinen Bewusstseins für Emotionen auf die eigene Situation. Die Analyse der Auslöser, Qualität und der Konsequenzen von den eigenen negativen Emotionen wird betrieben: Welche Situation macht mich wütend, wie genau fühlt sich die Wut an und was bewirkt die Wut bei mir selbst und bei anderen? Bei der Analyse der zeitlichen Abfolge im Emotionsgeschehen kann es vorkommen, dass primäre und sekundäre Emotionen entdeckt werden (z.B. Scham löst Ärger aus)

Mit dem **Emotionsplan** werden adaptive Umgangsweisen mit den negativen Emotionen so strukturiert, dass sie im Alltag angewandt werden können. Es wird zum Beispiel der Frage nachgegangen, wie sich der Klient selbst beruhigen kann (vielleicht durch Entspannung?) oder wie er eine Situation, die negative Emotionen auslöst, anders bewerten kann (vgl. Umstrukturierung bei der kognitiven Kontrolle). Letzteres wird auch als **Emotionsregulation durch Kognitionen** bezeichnet.

**Emotionsregulation durch Verhaltensänderung** meint die angeleitete Ersetzung von maladaptiven durch adaptive Verhaltensweisen. Ein bekanntes Beispiel ist, Vermeiderverhalten bei emotional unangenehmen Situationen aufzugeben und stattdessen sich der Situation zu stellen. Allein durch das Aushalten der unangenehmen Situation können sich alternative Bewertungsmöglichkeiten auftun und eine konstruktive Umstrukturierung der maladaptiven kognitiven Vorgänge in die Gänge gebracht werden. An dem Beispiel erkennt man, dass die therapeutischen Angebote wie hier Emotionsregulation durch Verhaltensänderung und durch Kognitionen ineinandergreifen, ausserdem erkennt man die Nähe zur Verhaltenstherapie. Lammers (2015) bezeichnet die emotionsfokussierten Methoden auch als Techniken der Verhaltenstherapie.

Eine weiteres therapeutisches Angebot der Emotionsregulation ist **Einsatz von adaptiven Emotionen**. Man weiss z.B. das Humor die Quelle von positiven Emotionen sein kann. Humor wird daher gezielt benutzt, um Ärger oder Wut zu verdrängen. Auch eine gezielte **Ressourcenaktivierung** kann in diesem Sinne wirken. Handlungsbereiche, welche mit Ressourcen des Klienten verbunden (z.B. besondere Fähigkeiten) sind i.d.R. mit positiven Emotionen verknüpft sind. Die Ressourcenaktivierung ist dementsprechend eine Möglichkeit, positive Emotionen zu aktivieren und negative Emotionen in den Hintergrund treten zu lassen.

## 2.4 Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst sei der Begriff Verhaltensauffälligkeit durch ein längeres Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) definiert:

«(Verhaltens-)Auffälligkeit ist immer ein soziales Konstrukt, das im Zusammenhang mit sozialen Gruppen- oder Individualnormen zu betrachten ist. Kriterien für Auffälligkeiten bzw. Störungen sind insbesondere: Die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosoziale Beeinträchtigungen, das jeweilige Alter und Geschlecht sowie die Dauer des Auftretens. Grundsätzlich ist eine scharfe Trennung zwischen auffällig/unauffällig bzw. normal/gestört schwer zu treffen; man geht deshalb von einer Dimension mit den Polaritäten unauffällig/normal auf der einen und auffällig/»gestört« auf der anderen Seite aus.» (Fröhlich-Gildhoff, 2018, S.32).

Eine grafische Darstellung der im Zitat erwähnten Dimension ist durch Abb. 2 verwirklicht:

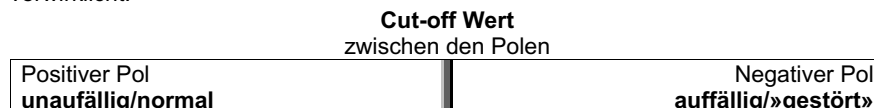


Abb. 2: Dimension der Ausprägung / Intensität / Schweregrad / von Verhaltensauffälligkeiten

Wenn von sozial-emotional *schwierigem* Verhalten gesprochen wird liegt der Bezug zum Begriff Verhaltensauffälligkeit auf der Hand. Die Schwierigkeiten sind den Auffälligkeiten nahe. Die vom Autor bewusst benutzte Begriff *schwierig* soll andeuten, dass in der Sprachtherapie auch solches Verhalten problematisch ist, welches nicht eindeutig dem negativen Pol zugeordnet werden kann, sondern sich eher in der Nähe des Cut-off-Wertes, also in der Mitte zwischen den Polen angesiedelt ist. Auch Petermann et al. (2002) benennen den mittigen Bereich zwischen normalem und negativem Sozialverhalten mit einem eigenen Begriff und sprechen von problematischem Verhalten.

Diese Begriffswahl erscheint dem Autor wichtig, weil schwieriges Verhalten wie in der Einleitung beschrieben als Folge von sprachlichen Defiziten heraus entstehen kann und nur in diesem sozialen Zusammenhang einer Sprachnorm auftritt. Es stellt dann eine normale Reaktion dar, mit der in der Sprachtherapie als eine Schwierigkeit, trotz ihrer Normalität, irgendwie umgegangen werden muss. Hierzu ein Beispiel: Die Frustration aufgrund einer Wortabrufproblematik ist zwar eine normale Reaktion aber kann trotzdem eine negative Emotion darstellen, die als sozial-emotionale Schwierigkeit in der Sprachtherapie eine Bedeutung hat. Trotz der hier vorgenommenen Begriffsdifferenzierung wird im weiteren Text der Begriff Verhaltensauffälligkeit und die Begriffskombination sozial-emotional schwieriges Verhalten synonym gebraucht.

Die im obigen Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) erwähnte Abhängigkeit der Zuschreibung *Verhaltensauffälligkeit* von Gruppen- bzw. Individualnormen ist wichtig, weil dadurch der Subjektivität der Verhaltensbewertung Rechnung getragen wird: Was für den einen auffällig ist, kann für den anderen ganz normal sein.

Neben der Vorstellung einer polartigen Dimension der Ausprägung für das Konstrukt Verhaltensauffälligkeit liefert die darauf spezialisierte Pädagogik noch eine weitere nützliche Ordnung, die ebenfalls als Dimension beschrieben wird. Man spricht von **internalisierenden, externalisierenden und gemischten Auffälligkeiten**. Diese

als «Dimensionale Klassifikation» bekannte Ordnung ist eine qualitative Unterscheidung.

Unter internalisierenden Auffälligkeiten werden verschlossene eher in sich zurückgezogene, auch traurige oder extrem schüchterne Kinder subsumiert, die für die Umwelt zwar weniger auffällig sind, aber trotzdem ein grosses sozial-emotionales Problem haben können. Prototyp ist das ängstlich-depressive Kind.

Unter externalisierenden Auffälligkeiten werden sogenannte dissoziale Verhaltensweisen wie stehlen, lügen oder beleidigen verstanden. Prototyp für dieses nach aussen gerichtete, für die soziale Umwelt i.d.R. auffällige Verhalten ist das verbal und körperlich aggressive Kind.

Unter gemischte Auffälligkeiten werden schizoide oder zwanghafte Verhaltensweisen verstanden, auch Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe oder soziale Probleme wie die Ablehnung durch die peers werden zu dieser Kategorie gezählt. Allerdings liegt es im Wesen der Mischung, dass man diese Verhaltensweisen auch einer der zuvor genannten Dimensionen zuordnen könnte.

Tabelle 2 versucht eine Ordnung in die Dimensionen der Verhaltensauffälligkeit am Beispiel einer für die Sprachtherapie relevanten Problematik (= Wortabrufstörung bei einem Kind mittleren Alters) zu bringen.

Dimensionen		Ausprägung/Intensität/Schweregrad		
		Unauffällig/ normal	Problematisch/ schwierig	Auffällig/ gestört
Qualität	internalisierend	Kind spricht ruhig	Kind spricht selten, auf eine zurückgezogene Art und Weise und nur äusserst leise	Kind ist mutistisch
	externalisierend	Kind spricht lebhaft	Kind spricht extrem laut, missachtet pragmatische Gesetze des turn-taking, wird wütend während dem Sprechen	Kind ist aggressiv, schlägt um sich, zerstört Gegenstände
	gemischt	Kind spricht mit vielen Umschreibungen	Kind spricht unkonzentriert, verliert den roten Faden (Textgrammatik)	Kind spricht chaotisch, sämtliche Sprachebenen sind im Sinne einer Sekundärsymptomatik mitbetroffen

Tab. 2: Dimensionen der Verhaltensauffälligkeiten auf den zwei Achsen der Ausprägung und Qualität mit der Konstruktion eines für die Sprachtherapie relevanten Beispielverhaltens: Wortabrufstörung bei einem Kind im mittleren Alter (6. – 12. Lebensjahr)

Eine weitere in der Pädagogik der Verhaltensauffälligkeiten übliche Ordnung wird als «kategoriale Klassifikation» bezeichnet. Sie ist Grundlage für die Beschreibungen von Verhaltensauffälligkeiten in Diagnosesystemen wie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD; Dilling et al., 2002) oder dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM; Falkal & Wittchen, 2015). Im deutschsprachigen Raum ist die ICD verbreitet und beinhaltet recht differenzierte Beschreibungen von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, die mit F90 bis F98 codiert sind. An dieser Stelle wird auf die differenziertere Darstellung der kategorialen Klassifikation verzichtet, da

sie inhaltlich durch die oben schon gegebenen Beispiele von internalisierenden, externalisierenden und gemischten Verhaltensauffälligkeiten angesprochen wurde.

### 3. Überblick Methodik

Die Fragestellungen aus 1.1 wurden mit unterschiedlichen Methoden beantwortet. Es wurden drei voneinander relativ unabhängige Studienstränge realisiert:

- Studienstrang 1 bediente sich der Erhebungsmethode des Fragebogens und beleuchtete die vorgängige Fragestellung nach den in der Logopädie wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten. Es beteiligten sich N=27 Logopädinnen. Die Fragebogenkonstruktion war theoriegeleitet und orientierte sich insbesondere an der Emotionspsychologie. Die Auswertung geschah quantitativ-deskriptiv.
- Studienstrang 2 versuchte mit den Mitteln der qualitativen Sozialforschung die vorgängige und die zentrale Fragestellung nach dem Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten zu beantworten. Es wurden Leitfadeninterviews mit N = 10 Logopädinnen geführt und zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt N = 12 Logopädinnen unternommen. Die Daten aus beiden Gesprächsformen wurden mit qualitativ-inhaltsanalytischen Mitteln (Mayring, 2016) aufbereitet und ausgewertet, wobei eine Mischung aus induktiv-zusammenfassender und deduktiv-**explizierender** Inhaltsanalyse konstruiert wurde.
- Studienstrang 3 versuchte mit den Mitteln der Dokumentenanalyse im mixed-method-Design (Hoffmann, 2018; Mayring, 2016) die beiden Unterfragen nach der Relevanz von Emotionalität in ausgewählten Dokumenten zu beantworten. In den Fachbüchern und den schriftlich vorliegenden pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen wurden Begrifflichkeiten oder Umschreibungen, welche auf sozial-emotionale Phänomene in der Sprachtherapie hindeuten, gesucht (qualitative Ebene) und **explizierend**-inhaltsanalytisch mit der Theorie der kognizierten Kontrolle ausgewertet (vgl. Kapitel Theorie) oder gezählt (quantitative Ebene), um die Auftretenshäufigkeit der Begriffe als eine Interpretationsgrundlage zu gewinnen.

Die Kombination unterschiedlicher Methoden zur Beantwortung einer Fragestellung entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Methodentriangulation (Flick, 2008)

Im Folgenden werden die einzelnen Studienstränge genauer beschrieben. Es wird die Methodik spezifiziert sowie die Auswertung samt einer ersten Interpretation dargestellt.

### 4. Erster Studienstrang - Befragung mittels Fragebogen

Die Stichprobe bestand aus N = 27 Logopädinnen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 12,4 Dienstjahren (Minimum = 0,5 und Maximum 27). Alle Logopädinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung (September 2019) in der Deutschschweiz, haben aber zur Hälfte ihre Ausbildung zur Logopädin in Deutschland absolviert. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer vom Autor

gegeben Fortbildung zum Thema «sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Logopädie» bearbeitet und gliederte sich in zwei Teile:

### Teil 1 des Fragebogens:

#### Emotionen oder damit assoziierte Verhaltensweisen in ihrer Relevanz für die eigene sprachtherapeutische Tätigkeit

Dieser Teil von Fragen hatte 16 emotionsrelevante Begriffe oder Umschreibungen und ihre Bedeutung für die Kindersprachtherapie zum Gegenstand. Es wurden Aussagesätze auf Ihre Gültigkeit hin von den Sprachtherapeutinnen bewertet. Das Zutreffen der Aussagen sollte auf einer Skala von 0 bis 6 eingeschätzt werden, wobei «0 = trifft überhaupt nicht zu» und «6 = trifft voll und ganz zu» bedeuteten. Alle Aussagesätze begannen mit «Mich beschäftigen Kinder, die ....» und hatten im Nebensatz den emotionsrelevanten Begriff bzw. die emotionsrelevante Umschreibung als tragende semantische Einheit. Die Aussagen sind im Folgenden aufgelistet und der semantisch tragende Teil ist jeweils hervorgehoben:

Mich beschäftigen Kinder, die ....

- (1) vor dem Sprechen **Angst** haben
- (2) sich wegen ihrem Sprachproblem **schämen**
- (3) wegen ihres Sprachproblems **gemobbt** werden
- (4) in meiner Therapie **aggressiv** sind
- (5) in meiner Therapie **sprachliche Anforderungen vermeiden**
- (6) sich in meiner Therapie nicht an **Verhaltensregeln** (z.B. Spielregeln) halten können
- (7) in der Therapie sehr **introvertiert** sind
- (8) sich in meiner Therapie nichts **zutrauen**
- (9) in meiner Therapie oft **wütend** werden
- (10) in meiner Therapie oft **traurig** erscheinen
- (11) in meiner Therapie oft **verweigern**
- (12) sich in meiner Therapie nicht **konzentrieren** können
- (13) in meiner Therapie wie «**emotional eingefroren**» wirken
- (14) sich in meiner Therapie oft **überschätzen**
- (15) sich in meiner Therapie oft **unterschätzen**
- (16) in meiner Therapie oft **lustlos** sind

Die ausgewählten Begriffe gehören hinsichtlich des theoretischen Hintergrundes zur Emotionalität sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen an. Es wurde sowohl nach Basisemotionen gefragt (z.B. Angst oder Wut vgl. Schmidt-Atzert et al. 2014), als auch nach in der Fachliteratur aufgeführten Bedingungen für emotionale Probleme (z.B. Mobbing vgl. Gerbig et al., 2018) als auch nach in der Fachliteratur aufgeführten Auswirkungen von emotionalen Problemen (z.B. Aggression; Petermann & Petermann, 2005 oder Verweigerung vgl. Petermann & Petermann 2003). Trotz des Theoriebezuges ist die Auswahl der Items durch den Autor hochgradig subjektiv. Daher wurde am Ende des Fragebogens ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, eigene Begriffe oder Beschreibungen zu geben, die aus Sicht der Befragten eine emotionsrelevante Bedeutung für ihre therapeutische Tätigkeit haben.

### Teil 2 des Fragebogens: Einzelne Störungsbilder in ihrer Relevanz zur Emotionalität

Im zweiten Teil wurden die sogenannten Störungsbilder der Kindersprachtherapie hinsichtlich ihrer Relevanz in Sachen Emotionalität untersucht. Es wurde eine unvollständige Liste an Störungsbildern der Kindersprachtherapie vorgegeben, wobei

**Kommentiert [AN8]:** da es sich hier um eine klar selbst-selektive Stichprobe handeln könnte, wäre es wichtig mitzuteilen:

1. ob die Anmeldung zur Fortbildung völlig freiwillig oder aufgrund eines systematischen Zwangs (z.B. Pflichtteilnahme an zentralem Fortbildungsangebot) erfolgte
2. ob der Fragebogen vor oder nach der eigentlichen Beschäftigung mit der Thematik in der Fobi bearbeitet wurde

**Kommentiert [KJ(9):** Die Selektivität der Stichprobe wird später in der Methodenkritik erwähnt. Die Bedeutung der vom Gutachter formulierten Selektionsaspekte sind relevant.

**Kommentiert [AN10]:** Bitte unbedingt den Fokus auf Emotionen im Zusammenhang mit „sozial-emotionalen Problemen“ (so vom Autor in der Interpretation benannt) ergänzen, da ein weiterer Fokus auf Emotionen und ihre Relevanz in der Logopädie auch die Frage nach anderen Basisemotionen (Freude, Überraschung) und deren Relevanz nach sich ziehen würde.

**Kommentiert [KJ(11):** Auch hier hat der Gutachter recht

die *Sprachentwicklungsstörung* in Sprachverständnis (SV), Wortabruf und Wortschatz sowie Grammatik differenziert war. Insgesamt bestand die Liste aus folgenden Störungsbildern: Artikulation, SV, Wortabruf, Wortschatz, Grammatik, Myofunktionelle Störungen (MFT), Stimme, Stottern, Poltern, Leserechtschreibstörung (LRS). Es wurde ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, eigenständig weitere Begriffe für sogenannte Störungsbilder hinzuzufügen. Die Frage und Anweisung im Fragebogen lautete:

*In welchen Störungsbildern oder Handlungsbereichen ihrer logopädischen Therapie spielt die Emotionalität eine grosse Rolle? Gewichten Sie die oben aufgeführten Handlungsbereiche gemäß ihrer emotionalen Bedeutung durch die Vergabe von Zahlen, wobei 0 = keine Bedeutung für die Emotionalität und 6 = sehr große Bedeutung für die Emotionalität entspricht. Sie können auch weitere Störungsbilder oder Handlungsbereiche einfügen und dafür Punkte vergeben.*

**Kommentiert [AN12]:** In der Formulierung wird die Emotionalität mal als Konstituente (AV) bzw. Moderatorvariable („...spielt die Emotionalität eine grosse Rolle“) und mal als abhängige Variable („...keine/sehr große Bedeutung für die Emotionalität“) konzeptualisiert. Das wird sicher nicht einfach zu interpretieren, ohne theoretische Begründung von Wechselwirkungen.

**Kommentiert [KJ(13):** Diese Anmerkung verstehe ich nicht. Sollen die Befragten als Voraussetzung ihrer Teilnahme an der Befragung ein theoretisches Modell der Wechselwirkungen (zwischen UV und AV?) im Zusammenhang mit Emotionalität explizit haben? Eine so differenzierte Analyse (z.B. von Wechselwirkungen oder auch vom trait oder state Charakter einzelner emotionaler Phänomene ist mit diesem einfachen Fragebogen gar nicht angestrebt.

**Kommentiert [KJ(14):** Warum wird hier die Anzahl der Nennungen gefordert? Warum genügt nicht die qualitative Nennung „sehr wenig“? Welchen Sinn macht hier die Nennung einer Zahl?

**Kommentiert [MS15]:** Die weiteren Antwortoptionen, zu denen ausdrücklich aufgefordert wurde, sollten zumindest mit der Anzahl der Nennungen eingebracht werden.

**Kommentiert [MS16]:** Darstellung: für eine bessere Lesbarkeit Zeilen und Spalten tauschen

#### 4.1 Auswertung und Ergebnisse des Fragebogens samt deren Interpretation

Da die Teilnehmerinnen dieser Befragung von den freien Äusserungen (= eigene Begriffe und Umschreibungen anführen) nur sehr wenig Gebrauch machten, werden diese in der nachfolgenden Darstellung nicht einbezogen.

Die quantitativen Ergebnisse des ersten Fragebogenteils sind in Tabelle 3 ersichtlich und durch die Boxplots von Abbildung 3 veranschaulicht:

Emotion oder Verhaltensweise	Angst	Scham	Mobbing	Aggression	Vermeidung	Regel
Mittelwerte M	4,37	4,19	3,78	3,00	4,59	3,04
SD	1,597	1,618	2,207	2,154	1,083	1,911

introvertiert	Nichts trauen	Wut	traurig	Verweigern	Nicht konzentrieren
3,37	3,26	2,50	3,07	3,27	4,04
1,690	1,933	2,045	1,940	1,823	1,581

eingefroren	überschätzen	unterschätzen	lustlos	
3,38	2,62	3,15	3,19	M <sub>ges</sub> = 3,4
1,837	1,813	1,084	1,919	M <sub>SD</sub> = 1,8

Tab. 3: Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen SD der relevanten Emotionen und damit assoziierte Verhaltensweisen aus Sicht der Logopädinnen.

M<sub>ges</sub> ist der Mittelwert aller Mittelwerte = Gesamtmittelwert

M<sub>SD</sub> ist der Mittelwert aller Standardabweichungen.

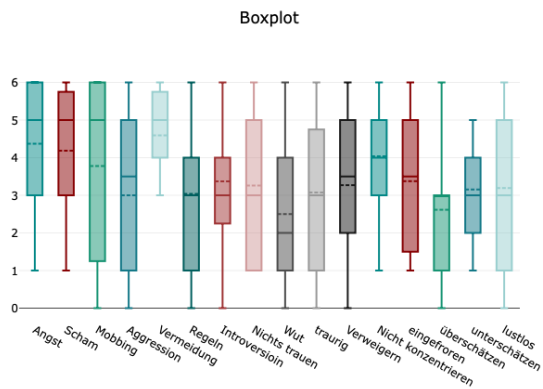


Abb. 3: Veranschaulichung der Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen SD der relevanten Emotionen und damit assoziierte Verhaltensweisen aus Sicht der Logopädinnen.

Die quantitativen Ergebnisse des zweiten Fragebogenteils sind in Tabelle 4 ersichtlich und durch die Boxplots von Abbildung 4 veranschaulicht:

Störungsbild	Artikulation	SV	Wortabruf	Wortschatz	Grammatik	MFT
Mittelwert M	4,23	5,00	4,50	4,22	3,65	3,17
SD	1,032	,877	1,208	1,450	1,495	1,404

Störungsbild	Stimme	Stottern	Poltern	Mutismus	LRS	
Mittelwert M	4,82	5,76	5,19	5,91	4,46	$M_{ges} = 4,6$
SD	1,763	,597	1,250	,288	1,250	$M_{SD} = 1,1$

Tab 4: Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen (SD) der Relevanz von Emotionalität pro logopädischem „Störungsbild“

$M_{ges}$  ist der Mittelwert aller Mittelwerte = Gesamtmittelwert

$M_{SD}$  ist der Mittelwert aller Standardabweichungen.

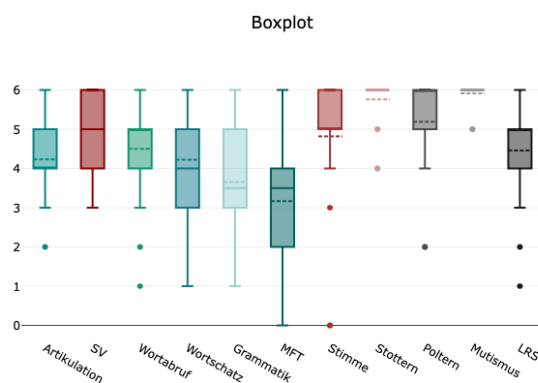


Abb. 4: Veranschaulichung von Mittelwerte M auf einer Skala von 0 bis 6 und Standardabweichungen (SD) der Relevanz von Emotionalität pro logopädischem „Störungsbild“

**Kommentiert [AN17]:** Legende unvollständig oder Überschrift und Legende passen nicht zueinander: Ein gängiger Boxplot zeigt nicht die MW und SD, sondern den Median und die Quartile; wenn das hier anders ist, dann bitte Legende ergänzen: was repräsentieren: dicker Strich, gestrichelte Linie, obere/untere Grenze der Box, Antennen, einzelne Punkte?

**Kommentiert [KJ(18):** Da gebe ich dem Gutachter recht. Allerdings kann man den MW aus der Tabelle auf die Boxplots übertragen und so erkennen, dass die Mittelwerte die gestrichelten Linien sind. Und: Die Differenziertheit der Boxplots sind hier nicht so wichtig. Im Text wird das Differenzierungsniveau angegeben: Es soll die unterschiedliche Streuung gegenüberstellend veranschaulicht werden. Das schaffen die Boxplots auch wenn sie keine SD abbilden, sondern die Quartile. Der Gutachter fordert hier eine Differenziertheit, die für das Ziel der intendierten Veranschaulichung nicht notwendig ist.

**Kommentiert [AN19]:** s.o.



Bei der Interpretation aller Werte ist es wichtig, sich die Skalenbreite von 0 bis 6 beider Teile des Fragebogens zu vergegenwärtigen. Insofern ist ein Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen zwischen den Teilen möglich. Bei den Mittelwerten ist es zudem wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass der Wert 3,5 die Mitte zwischen 0 und 6 darstellt und damit einen kritischen cut-off Wert zwischen eher niedrig vs. eher hoch darstellt.

### Interpretation für die Emotionsbegriffe und Verhaltensweisen

Der Mittelwert der emotionsrelevanten Begriffe oder assoziierten Verhaltensweisen ist mit 3,4 knapp unter dem kritischen Wert von 3,5. Das heißt, dass im Mittel die Emotionalität (über alle Begriffe hinweg) einen mittleren Stellenwert in der sprachtherapeutischen Arbeit besitzt. Allerdings sind sich die Sprachtherapeutinnen darin nicht so einig, was die relativ hohe mittlere Standardabweichung von 1,8 nahe legt und durch die relativ langen Boxplots veranschaulicht wird. Hier spiegelt sich die Schwierigkeit der Definition von einzelnen Emotionen oder damit assoziierten Verhaltensweisen. Wenn die Standardabweichung von Aggression bei einer Skala von 0 bis 6 bei 2,1 liegt oder von Mobbing bei 2,2 dann ist es offensichtlich nicht so klar was eigentlich aggressives Verhalten sein soll oder was Mobbing ist.

### Interpretation für die Störungsbilder

Es gibt bei den Mittelwerten der Störungsbilder nur einen einzigen Wert der unter 3,5 liegt (MFT = 3,17) und der Gesamtmittelwert ist mit 4,6 klar über dem cut-off-Wert von 3,5. Das bedeutet, dass der Stellenwert der Emotionen für die Handlungsbereiche der Logopädie aus Perspektive der Logopädinnen im Allgemeinen eher hoch ist. Darin waren sich die befragten Sprachtherapeutinnen auch relativ einig, was die gemittelte Standardabweichung von 1,1 aussagt und durch die relativ kurzen Boxplots veranschaulicht wird.

Zwischen den Handlungsbereichen gibt es Unterschiede in der Relevanz. Die höchsten Werte haben erwartungsgemäß der Handlungsbereich Mutismus (5,91) und Stottern (5,76). Zu erwarten war das, weil die Definition von (selektivem) Mutismus mit der „Angst“ einen Begriff aus den Basisemotionen in sich trägt. Das Stottern trägt zwar keinen Begriff aus der Gruppe der Basisemotionen in seiner Definition der primären Symptomatik, jedoch gelten die sogenannten „inneren Symptome“ wie Angst und Scham als in den meisten Fällen ebenso kennzeichnend.

### Vergleich zwischen Emotionsbegriffen und Störungsbildern

Die Einigkeit der Logopädinnen bei Ihren Einschätzungen zwischen den beiden Fragebogenteilen ist unterschiedlich.

Hierzu kann man die beiden Mittelwerte aller Standardabweichungen vergleichen ( $1,8 \neq 1,1$ , siehe Tabelle 5 rechte Spalte). Eine Interpretation dieses Unterschieds wird weiter unten gegeben.

**Kommentiert [AN20]:** gefragt worden ist nach der persönlichen Besorgtheit und nicht explizit nach dem Stellenwert (Aufgabe?, Umfang?, Belastung?...) in der Arbeit. Die Interpretation ist zu weitgehend. Die hohe Varianz kann, wie dargestellt, eine konzeptuelle Unklarheit der Emotions-/Verhaltensbegriffe reflektieren, aber genauso gut eine Unklarheit bezüglich „beschäftigen“.

**Kommentiert [KJ(21):** Wie kommt der Gutachter darauf, dass nach der persönlichen Besorgtheit gefragt wurde? Wo steht das? Die zu bewertenden Aussagen wurden mit dem Verb „beschäftigen“ eingeleitet. Das mag „Besorgtheit“ einschließen aber kann auch andere Nuancen wie z.B. Umfang der Beschäftigung einschließen. Mit „Stellenwert“ wird der Unspezifität in den zur Bewertung gestellten Aussagen Rechnung getragen. Das Verb „beschäftigen“ und der Begriff Stellenwert passen insofern zusammen. Die in der abgefragten Aussagen definierte Abstraktionsniveau wird in der Interpretation wieder aufgegriffen. Die Einschätzung der zu weit gehenden Interpretation trifft allerdings insofern zu als es hier um negative Emotionen und damit assoziierte Verhaltensweisen geht und nicht um alle Emotionen. Der oben eingeräumte Fehler zieht sich hier durch.

**Kommentiert [AN22]:** Die Wahl von 3,5 als cut-off-Wert müsste begründet werden. Es würde reichen, vom theoretischen Mittelwert zu schreiben.

**Kommentiert [KJ(23):** Die 3.5 wird ein paar zeilen weiter oben als cut-off-wert begründet. Der theoretische Mittelwert bringt nicht die Information, welche hier wichtig ist.

**Kommentiert [AN24]:** Direkter Vergleich der beiden Fragebögen im Mittelwert ist methodisch zulässig, aber inhaltlich aus mehreren Gründen unzulässig! Einer davon: Die Item-Selektion. Sowohl im Teil 1 als auch im Teil 2 ist nach Auskunft des Autors eine subjektive Auswahl vorgenommen worden. Genau wie der Autor in seiner Interpretation feststellt, sind die Teil-MW hochgradig davon abhängig, welche Items überhaupt abgefragt werden. Wären im Teil 2 etwa noch Dysarthrien und Dysglossien abgefragt worden, dann wäre der MW evtl. auch niedriger gewesen. Diese gefundenen Unterschiede auf Ebene der Gesamtmittelwerte zwischen den Teilen sind also Folgen der Konstruktion und nicht der Befragung.

**Kommentiert [KJ(25):** Ich kann das Bedenken des Gutachters nachvollziehen, insbesondere ist die Anzahl der Störungsbilder willkürlich und der Differenzierungsgrad diskussionswürdig, muss aber entgegenhalten, dass die Möglichkeit des Hinzufügens von Items die Subjektivität relativiert, denn die Befragten haben davon keinen Gebrauch gemacht und insofern signalisiert, dass aus ihrer Perspektive diese Auflistung offensichtlich erschöpfend ist. Das Anführen von Dysglossien als ein eigenständig relevantes Störungsbild in der Auflistung verstehe ich nicht, da die Dysglossie unter Artikulationsstörung subsumiert werden kann. Es wurden auf der Abstraktionsstufe der Liste ja auch keine Trennung von Phonologie und Phonetik vorgenommen. Der Gutachter fordert hier eine Differenzierung, die für diese Abstraktionsstufe aus meiner Perspektive nicht notwendig ist. Das Anführen von Dysarthrien im Zusammenhang mit einer Liste, welche den Anspruch hat, Handlungsbereiche der Kindersprachthe...

	Gesamtmittelwerte $M_{ges}$	Mittelwerte aller Standardabweichungen $M_{sd}$
Emotionsbegriffe und mit Emotionen assoziierte Verhaltensweisen	3,4	1,8
Störungsbilder bzw. Handlungsbereiche	4,6	1,1

Tab. 5: Vergleich der beiden Gesamtmittelwerte  $M_{ges}$  und der beiden Mittelwerte aller Standardabweichungen  $M_{sd}$  zwischen den Fragebogenteilen

Zur Veranschaulichung dieses Vergleiches seien zwei **Einzelergebnisse** herausgestellt:

Bei den Handlungsbereichen sind sich die Sprachtherapeutinnen sehr einig, dass *Mutismus* ein hochgradig emotionsrelevantes Störungsbild ist, weil der Mittelwert mit 5,91 sehr hoch ist und die Streuung der Einzelwerte (= Standardabweichung) mit 0,288 sehr klein ist (vgl. Tabelle 4 oben), während der Begriff *Wut* in seiner Relevanz eher niedrig eingeschätzt wird (der Mittelwert ist 2,5) allerdings geschieht dies sehr uneinheitlich, weil die Streuung der Einzelwerte mit der Standardabweichung von 2,045 relativ hoch ist (vgl. Tabelle 3 oben).

Bemerkenswert ist der Unterschied in den Gesamtmittelwerten  $M_{ges}$  (vgl. Tabelle 5 mittlere Spalte). Zunächst verwundert es, dass sich für die Störungsbilder (Handlungsbereiche) ein höherer Gesamtmittelwert und damit eine höhere Relevanz als für die Emotionen an sich ergeben hat (4,6 > 3,4).

Schaut man sich die Emotionsbegriffe im Einzelnen an, dann wird klar, dass einige Emotionen sehr wohl eine besondere Rolle bei sozial-emotionalen Problemen in der Sprachtherapie spielen: Es sind Angst ( $M=4,37$ ), Scham ( $M=4,19$ ) und Vermeidung ( $M=4,59$ ). Das sind genau die Emotionen bzw. Verhaltensweisen, welche die hochgradig emotionsrelevanten Störungsbereiche (wie Mutismus und Stottern) kennzeichnen. Diese hohen Werte lassen vermuten, dass diese Emotionen und Verhaltensweisen auch in den anderen Handlungsfeldern eine Rolle spielen könnten. Andere Emotionen oder damit assoziierte Verhaltensweisen wie z.B. die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten ( $M=2,62$ ) spielen dagegen nur eine geringere Rolle und ziehen den Gesamtmittelwert für die Emotionen an sich sozusagen runter.

Eine zweite Interpretation bietet sich auf dem Hintergrund der Definition von Verhaltensauffälligkeiten an. Da die Bewertungen von Verhaltensauffälligkeiten immer auf dem Hintergrund von Gruppen- bzw. Individualnormen geschehen, kann man vermuten, dass hier unterschiedliche Bezugsnormen wirken. Während bei dem ersten Teil des Fragebogens die Bezugsnorm auf der Emotionalität an sich angelegt ist, wirkt beim zweiten Teil des Fragebogens offensichtlich die Bezugsnorm der Handlungsbereiche und damit wahrscheinlich die Vorstellung von Situationen, welche bei der Behandlung von einzelnen, konkreten Fällen gebildet wurde und diese wird einheitlich (= geringe Streuung bei den Störungsbildern) von den Logopädinnen als emotionsrelevant erlebt.

**Kommentiert [AN26]:** Was aber zulässig wäre ein relativer Vergleich einzelner Items: die relative Position eines Items im ersten Teil im Vergleich zur relativen Position eines Items im anderen Teil. Also auch hier lassen sich Relevanzunterschiede nicht aus dem direkten MW-Vergleich ableiten, sondern nur aus der für jeden Fragebogen-Teil separat zu beurteilenden Rangfolge: „Mutismus weist im zweiten Teil den höchsten MW auf“ und „Wut“ im ersten Teil den niedrigsten.

Der vom Autor implizit vorgenommene Versuch, die Items beider Teile zu kategorisieren („hochgradig emotionsrelevantes Störungsbild“ bzw. „niedrige Relevanz für die Therapie“) könnte ein Ausweg aus der Problematik sein

**Kommentiert [KJ(27):** Was der Gutachter hier versucht ist den Vergleich von dem Intervallskalenniveau auf das Ordinalskalenniveau zu transferieren. Diese Konstruktion erscheint mit unnötig verkomplizierend. Abgesehen davon ist dieser Vorschlag ein Widerspruch zu dem vom Gutachter oben formulierten unzulässigen Vergleich auf inhaltlicher Ebene, denn auch auf Ordinalskalenniveau würde man die Rangplätze hinsichtlich ihrer Wertigkeit untereinander vergleichen.

Warum der Gutachter von „impliziter“ Kategorisierung spricht verstehe ich nicht, denn ich spreche im Text ganz ausdrücklich die Relevanz für die Therapie und die Relevanz für die Störungsbilder an.

## 5. Zweiter Studienstrang – Befragung mittels Einzelinterviews und Gruppendiskussionen

Bei den Einzelinterviews (N = 10) (Lamnek, 2001b) und den zwei Gruppendiskussionen (N = 12) (Bohnsack, 2003) waren insgesamt 22 Logopädinnen beteiligt. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 10,3 Berufsjahre (Minimum 1 Jahr, Maximum 26 Jahre). Die Fachpersonen dieser Stichprobe arbeiteten genau wie die Stichprobe aus dem ersten Studienstrang zum Erhebungszeitpunkt in der Deutschschweiz und hatten ebenfalls zur Hälfte ihre Ausbildung zur Logopädin in Deutschland abgeschlossen. Die Einzelgespräche wurden als teilstrukturierte Leitfadeninterviews von Studierenden der Hochschule für Heilpädagogik durchgeführt und dem Autor durchgeführt. Die Auswertung geschah in Anlehnung an Mayring (2016). Die Gruppengespräche wurden vom Autor dieses Artikels in einer schwach strukturierten, narrativen Form durchgeführt. Es wurden vor den Durchführungen die vorgängige und die zentrale Fragestellung als Gesprächsimpulse gegeben und die Teilnehmerinnen wurden gebeten, sich anhand dieser Fragen auf die Gruppendiskussion vorzubereiten. Die Auswertung geschah ebenfalls in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) wobei die deduktiven gegenüber den induktiven Anteilen überwogen haben. Eine interessante Variante der Durchführung und Auswertung bei einer der beiden Gruppendiskussionen war, dass die Teilnehmerinnen sich auch an der Auswertung beteiligten und unabhängig voneinander darüber eine schriftliche Reflexion in Form einer wissenschaftlichen Hausarbeit anfertigten. Konkret wurde es so realisiert, dass jede Teilnehmerin eine eigenständige Audioaufnahme der Gruppendiskussion anfertigte und diese zusammen mit dem Eigenerleben als Ausgangsmaterial für die Auswertung nutzte. Sie waren insofern in einer Doppelrolle, nämlich a) als Teilnehmerin und b) als Auswerterin in das Forschungsgeschehen involviert. Diese spezielle Form der teilnehmenden Beobachtung (Lamnek, 2001) hat in der sogenannten Aktionsforschung (Haag et al., 1975; Fiedler & Hörmann, 1978; Moser, 1975) seine historischen Wurzeln und rückt aktuell unter dem Begriff Praxisforschung (Moser, 2015; van der Donk et al., 2014) wieder vermehrt ins Bewusstsein der im pädagogischen bzw. gesundheitlichen Bereich aktiven Sozialwissenschaften. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind noch relativ eng an den Rohdaten angelehnt und befinden sich nach Mayring (2016) inhaltsanalytisch auf der Stufe der Generalisierung einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Es werden die Daten der beiden Erhebungsmethoden zusammen referiert, da sie auf dieser Ebene weitestgehend identisch sind.

### 5.1 Wahrgenommene Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst wird auf die Antworten der vorgängigen Frage eingegangen, die an dieser Stelle noch einmal genannt wird:  
Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?  
Tabelle 6 listet die Ergebnisse der Befragungen schlagwortartig auf und benutzt als Ordnung zwei der qualitativen Dimensionen aus der Pädagogik für Verhaltensauffälligkeit, nämlich internalisierendes und externalisierendes Verhalten. Die Tabelle 6 enthält auch Erklärungen für das schwierige Verhalten, welche von den Sprachtherapeutinnen mitgeliefert wurden.

Verhaltensauffälligkeiten in der Sprachtherapie von Sprachtherapeutinnen genannt	
internalisierend	externalisierend
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängstliches Verhalten</li> <li>• Passives Verhalten</li> <li>• Reglose Mimik zeigen (Pokerface)</li> <li>• Blickkontakt vermeiden</li> <li>• Sich schämen</li> <li>• Sich abwerten</li> <li>• Schweigen, verstummen</li> <li>• Sich extrem schüchtern verhalten</li> <li>• Vermeiden</li> <li>• Zurückhaltend agieren</li> <li>• Verschreckt</li> <li>• Extrem vorsichtig handeln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal und körperlich aggressives Verhalten</li> <li>• Wütend- aufbrausend-impulsives Verhalten</li> <li>• Grenzen austesten</li> <li>• Rechthaberisches Verhalten</li> <li>• auf eigene Meinung fixieren</li> <li>• rigides Verhalten</li> <li>• kompromissloses Verhalten</li> <li>• manipulatives Verhalten</li> <li>• verweigern</li> <li>• oppositionelles Verhalten</li> <li>• gegen Regeln verstoßen</li> <li>• ablenken</li> <li>• provozieren</li> <li>• beleidigen</li> <li>• weinen</li> <li>• jemanden anderen ignorieren</li> </ul>
<b>Erklärungen</b> (sowohl für internalisierendes als auch externalisierendes Verhalten) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überforderung</li> <li>• überhöhte Erwartungen (von Bezugspersonen / von den Kindern an sich selbst)</li> <li>• Angst</li> <li>• Scham</li> <li>• Mobbing</li> <li>• Vermeidung</li> <li>• Krankheit (z.B. ADHS)</li> <li>• Verwöhnung</li> </ul>	

**Kommentiert [AN28]:** Klein-/Großschreibung in Auflistung unterschiedlich

Tab. 6: Sozial-emotional auffälliges Verhalten in der Sprachtherapie und mögliche Erklärungen dafür aus Perspektive von Sprachtherapeutinnen (Kohler, 2021, S.12)

Bei dem Versuch Ordnung zu schaffen und das Datenmaterial zu explizieren, fällt auf, dass einige Begriffe als Verhaltensweisen aber auch als Erklärungen und damit mehrmals (in verschiedenen Zellen der Tabelle) erwähnt werden. Dies ist ein Anzeichen für die Komplexität des Gegenstandes. Die Beziehungen zwischen Ursache (hier als Erklärung bezeichnet) und Folgen (hier als Verhaltensweisen benannt) scheinen nicht einfach linear zu sein. In der Emotionspsychologie wird diese Komplexität z.B. durch die Differenzierung in primäre und sekundäre Emotionen auf einer zeitlichen Dimension Rechnung getragen. Ein Ereignis (z.B. ein Bild auf einer Spielkarte kann nicht benannt werden) kann primär Scham auslösen, was sich nachfolgend-sekundär (und meist sehr schnell) in ängstliches Verhalten (= der Blick wird zu Boden gesenkt) oder aber in Aggression (= Die Spielkarte wird durch Raum geworfen) verwandelt. Potentiell kann jede Form von Emotionalität auf der Zeitachse primär aber auch sekundär sein. Insofern ist es nachvollziehbar, dass die Sprachtherapeutinnen die Angst als Erklärung für internalisierendes oder externalisierendes Verhalten gegeben haben und gleichzeitig ängstliches Verhalten als internalisierendes Verhalten aufgeführt wird. Angst als primäre Emotion kann sich

sekundär in ängstlichem Verhalten oder in extrem vorsichtigem Verhalten ausdrücken, aber auch in verbaler oder körperlicher Aggression bzw. in wütend-aufbrausendem Verhalten als sekundäre Emotion zeigen. Ein anderer Begriff, der mehrmals in der Tabelle auftaucht, kann ebenfalls zur Darstellung der Komplexität des Gegenstandes herangezogen werden. Es handelt sich um den Begriff *Vermeidung*. In der Tabelle wird Vermeidung unter internalisierendem Verhalten aufgeführt. Man kann sich ein Kind vorstellen, welches sehr passiv vermeidet, indem es verstummt und den Blickkontakt abwendet. Es ist aber durchaus denkbar, dass ein anderes Kind es schafft, durch lautes Weinen eine an ihn gestellte Anforderung zu vermeiden. Das Weinen selbst muss aber nicht externalisierend laut nach außen auffällig sein, sondern kann auch den internalisierenden Charakter eines in sich zurückgezogenen, leisen Weinens haben. Man sieht: die Trennschärfe der Kategorien ist mit dem Nennen von einzelnen Verhaltensweisen und möglichen Erklärungen nicht so einfach herzustellen. Trotzdem liefert die Liste in Tabelle 6 eine erste Orientierung hinsichtlich den sozial-emotional auffälligen Verhaltensweisen, welche Sprachtherapeutinnen wahrnehmen und mit denen sie offensichtlich umgehen müssen.

## 5.2 Umgang der Therapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigem Verhalten

Auch hier werden die Ergebnisse nahe an den Rohdaten auf der Stufe der Generalisierung einer induktiv-zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2016) dargelegt. Es wurden in den Interviews und Gruppendiskussionen zahlreiche Reaktionen auf die oben angeführten Verhaltensweisen benannt. Diese hatten sehr unterschiedliche Abstraktionsniveaus. Manchmal wurden nur abstrakte Begriffe genannt oder Aussagen gemacht, die auf eine bestimmte Haltung der Therapeutin schließen lassen (z.B. „wohlwollend sein“ oder „Kind ernst nehmen“). Manchmal wurden mehr oder weniger abstrakte Handlungsansätze genannt, die aus einer bestimmten theoretischen Perspektive bekannt sind, z.B. „empathisch sein“, bekannt aus der humanistischen Psychologie (Rogers, 1983). Oftmals wurden mehr oder weniger konkrete Handlungsweisen beschrieben (z.B. Entspannungsverfahren einsetzen). In Tabelle 7 werden die Nennungen **relativ ungeordnet** aufgelistet. Erst in den nachfolgenden Ausführungen werden mögliche Interpretationen gegeben und somit der Einblick in die deduktiv-explizierende Inhaltsanalyse nachvollziehbar gemacht.

**Kommentiert [MS29]:** Was meint hier „relativ“?

**Kommentiert [KJ(30):** Der Gutachter hinterfragt das „relativ“ zu Recht

### Umgang der Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Sprachtherapie

1. Gespräche mit dem Kind
2. Emotionen benennen
3. Spiegeln des Verhaltens
4. Verständnis zeigen
5. Empathisch sein
6. Trost anbieten
7. Zeit geben
8. Verschiedene Perspektiven auf das (Sprach-) Problem formulieren, deutlich machen (Deine Mutter sieht das so, deine Freunde sehen das anders)
9. Safe Place
10. Entspannungsverfahren einsetzen

11. Handlungsorientierte Therapie (HOT)
12. Elternarbeit (Heidelberger Elterntraining)
13. Zollinger (die freche Puppe als Möglichkeit, das sozial-emotional schwierige Verhalten zu spiegeln)
14. Kreative Gestaltung (z.B. mit Ton)
15. Improvisationstheater
16. erlebnispädagogische Elemente nutzen
17. Einsatz von Büchern, die das sozial-emotional schwierige Verhalten thematisieren und u.a. als Gesprächsimpuls dienen können
18. Integration von anderen Kindern in die Therapie (Freunde, Geschwister), Kleingruppenbildung
19. Räumliche Integration der Bezugspersonen in die Therapie (z.B. Mutter in den Therapieraum holen)
20. Einsatz von Smiley Bildern und Tafeln, die als Verstärker von sozial erwünschtem Verhalten dienen sollen. Oft zusätzlich mit der Metapher des Barometers kombiniert, um den Grad des erwünschten oder unerwünschten Verhaltens zu veranschaulichen
21. Grenzen setzen
22. Stimme einsetzen (z.B. lauter sprechen beim Grenzen setzen)
23. Ventil anbieten (Kuscheltier gegen die Wand werfen lassen)
24. Verbündung zwischen Therapeutin und Kind gegen den „Feind“ (hier ist das sprachliche Defizit gemeint, z.B. die böse Laut, der nicht artikuliert werden will)
25. Schwierigkeitsniveau von Übungen anpassen
26. Loben
27. Belohnen
28. Negative Konsequenzen des Verhaltens formulieren
29. Drohungen (z.B.: ein anderes Kind bekommt den Therapieplatz, wenn du dich weiter so benimmst)
30. Zwang ausüben
31. Ignorieren
32. Physisches Festhalten
33. Das spielerische Element in der Therapie verstärkt einsetzen
34. Witze machen
35. Auszeit einrichten (bis sich das Kind beruhigt hat)
36. Zeitmanagement (z.B. Visualisieren des Stundenablaufs)
37. Auftragsklärung (was erwartest du?)
38. Therapievertrag machen
39. Interessen des Kindes rausfinden
40. Dem Kind Wahlmöglichkeiten anbieten (z.B. ein Spiel raussuchen dürfen)
41. Kommunikationsgeräte nutzen (ipad, aus unterstützte Kommunikation)
42. Ablenker reduzieren (reizarme Umgebung schaffen)
43. Das Kind ablenken
44. Interdisziplinäre Kooperation
45. Supervision, Coaching nutzen

Tab. 7: Schlagwortartige Auflistung aller von Sprachtherapeutinnen genannten Umgangsweisen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten (Kohler, 2021, S.13)

Trotz der Fülle der genannten Begriffe und Handlungen (1 bis 45) ist diese Auflistung sicherlich nicht vollständig. Die vorgehend angedeutete Abstraktionsvielfalt macht es nicht leicht, eine Ordnung in diese Auflistung zu bringen. Zudem sind manche Begriffe so unpräzise, dass man sich nur annäherungsweise etwas Konkretes

**Kommentiert [MS31]:** In Bezug auf die Interviewdaten?

darunter vorstellen kann: Was passiert konkret, wenn man „Zeit gibt“ (7) oder wie genau wird „belohnt“ (27)?

An dieser Stelle wird versucht, durch das Aufgreifen der dargestellten theoretischen Zugänge und Begrifflichkeiten (u.a. mit der Theorie der kognizierten Kontrolle, den Begriffen *internalisierend* vs. *externalisierend* oder *primäre* und *sekundäre Emotionen*) und mit dem Konstrukt der Emotionsregulation Erklärungen für Umgangsweisen anzubieten. Es werden dafür einzelne Beispiele aus der Auflistung näher und differenzierter betrachtet und einer ersten Interpretation zugeführt. Um die Lesefreundlichkeit zu erhöhen, wird auf die Nummern der Auflistung oben (vgl. Tabelle 7) im folgenden Text Bezug genommen.

### 5.2.1 Interpretationen ausgewählter Strategien des Umgangs

#### Das Gespräch ist zentrales Mittel des Umgangs

Das *Gespräch* (1) wurde nicht zufälligerweise als erstes aufgeführt, denn dies wurde von allen Sprachtherapeutinnen als relevant betrachtet. Es scheint ein zentrales Mittel im Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu sein. Der Inhalt des Gespräches sind meist die Emotionen selbst. Das legt die Perspektive der Emotionsregulation ebenfalls nahe und spricht von Psychoedukation und Emotionsanalyse. Hierbei geht es um das Bewusstmachen von Emotionen in ihrer Vielfalt. Es werden verschiedene *Emotionen benannt* (2), beschrieben und verglichen, über ihre (persönliche) Bedeutung gesprochen, ihre Nützlichkeit und ihre Auswirkungen diskutiert. Ganz allgemein formuliert soll ein höheres Bewusstsein für Emotionen erarbeitet werden. Der Klient erhält auf einer Metaebene Erklärungen für Emotionen und soll sein emotionales Erleben einordnen können. Kontrolltheoretisch gesprochen liegt in solchen Erklärungen die Chance eines subjektiven Kontrollempfindens im Sinne einer sekundären Kontrolle. Die Inhalte des Gesprächs haben also das Potential, sich günstig auf das emotionale Erleben auszuwirken. Um überhaupt in ein solches Gespräch zu kommen, können *Bücher* hilfreich sein (17), die in irgendeiner Art und Weise das emotionale Problem zum Thema haben. Es kommt aber auch darauf an, wie das Gespräch geführt wird. Die Sprachtherapeutinnen führen an, *Verständnis zu zeigen* (4), *Trost zu spenden* (6), das *Verhalten zu spiegeln* (3). Das sind allesamt Kennzeichen einer im Rahmen der emotionsfokussierten Therapie geforderten „empathischen Kommunikation“ (Auszra et al., 2017, S. 133f) und sehr wahrscheinlich schon durch die humanistische Psychologie (Rogers, 1983) als ein Merkmal der Professionalität für die pädagogisch-therapeutische Haltung akzeptiert. Sprachtherapeutinnen geben an, dass sie in Gesprächen ihren Klienten *verschiedene Perspektiven auf das Sprachproblem* eröffnen (8). Im Rahmen der Emotionsregulation durch Kognitionen (Eismann & Lammers, 2017) wird u.a. ein solches Vorgehen beschrieben. Auch aus der sogenannten kognitiven Verhaltenstherapie bekannt, machen sich solche Interventionen die Tatsache zunutze, dass Gedanken die Emotionen beeinflussen (und umgekehrt). Die *Umstrukturierung* (so wird es durch die Perspektive der Kontrolltheorie genannt) der destruktiven Gedanken in konstruktive Gedanken kann helfen, Emotionen so zu lenken, dass sie weniger negativ und belastend sind.

**Kommentiert [MS32]:** Meint die Angabe „relativ“ (s.o.) der Häufigkeit nach angegeben?

**Kommentiert [KJ(33)]:** Ja aber das gilt eigentlich nur für das Gespräch alle anderen Umgangsweisen wurden nicht der Häufigkeit nach kontrolliert.

### **Sprachtherapeutische Ansätze mit Nähe zur Emotionspsychologie**

Die Nennung sprachtherapeutischer Ansätze wie *HOT* (11), *Heidelberger Elterntraining* (12) oder *Zollinger* (13) deuten darauf hin, dass sie durch ihre spezielle Ausrichtung das Potential haben, auf emotionaler Ebene einen günstigen Einfluss auf die Klienten auszuüben. Für die *HOT* wurde im 2. Kapitel durch die Analyse mit der Theorie der kognitiven Kontrolle dieses Potential beispielhaft dargelegt. Für die Therapie nach Zollinger (2015) ist deren konzeptuelle Verankerung in der Theorie der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) ein klarer Hinweis auf die Nähe zur Emotionspsychologie. Insofern wundert es nicht, dass Sprachtherapeutinnen diesem therapeutischen Modell das Potential der positiven Beeinflussung von Emotionen zuschreiben. Ebenso plausibel erscheint die Erwähnung des Heidelberger Elterntrainings (Buschmann, 2017), da hier Eltern ganz konkrete Handlungsmöglichkeiten vermittelt bekommen, um ihre Kinder sprachlich zu fördern, was eine starke primäre Kontrollenerfahrung bedeuten kann mit der entsprechenden positiven Auswirkung auf die Emotionen der Eltern.

### **Ansätze aus Nachbardisziplinen in der Sprachtherapie**

Auch werden spezielle Ansätze aus Nachbardisziplinen genannt, die aus Perspektive der Befragten offensichtlich dieses Potential in sich tragen. Gemeint ist das *Improvisationstheater* (15) und die *erlebnispädagogischen Elemente* (16) ebenso wie die *kreative Gestaltung* (14).

Ohne an dieser Stelle den theoretischen Bezug der genannten Nachbardisziplinen bzw. -bereiche zur Emotionspsychologie näher zu beschreiben, bleibt festzuhalten, dass sich Sprachtherapeutinnen offensichtlich über den Tellerrand der eigenen Disziplin hinweg Lösungsmöglichkeiten für den konstruktiven Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten suchen und dabei fündig werden. Dafür spricht auch die *interdisziplinäre Kooperation* (44), weil Sprachtherapeutinnen darin eine Möglichkeit sehen, die emotionale Ebene im Berufsalltag zu managen.

Teilweise liegen schon auf dieser Interdisziplinarität beruhende Konzepte vor: Achhammer (2014) nutzt das Improvisationstheater zur Therapie von pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten in der Sprachtherapie. Braun et al. (2016) haben die Erlebnispädagogik für die Therapie bei stotternd Sprechenden Jugendlichen in ihr Therapiekonzept integriert.

### **Weitere Maßnahmen mit den unterschiedlichsten theoretischen Hintergründen**

Die *Kleingruppenbildung* (18) mit den Kindern wird von den Sprachtherapeutinnen als eine Maßnahme genannt und wird auch in den Programmen oder Interventionen, welche sich auf Emotionsregulation berufen, benutzt. Wie die Gruppenbildung als Instrument genau wirkt, wird in den Überblicksarbeiten zur Emotionsregulation (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013) nicht beschrieben. Genauer erfährt man in Veröffentlichungen aus dem ureigenen sprachtherapeutischen Feld (z.B. Katz-Bernstein & Subellok, 2002 oder Braun et al., 2016). Dort wird vermutet, dass Kommunikationsprozesse zwischen direkt Betroffenen einen viel größeren Effekt auf emotionsrelevante Bewertungsvorgänge bei den Betroffenen haben als kognitive Umstrukturierungsversuche der Therapeutinnen (Braun et al., 2016). Lüdtkke (2012) sieht in der Verbindung von Emotion und Sprache ein Axiom in der Sprachtherapiedidaktik und betrachtet dabei die Funktion der Kleingruppe im therapeutischen Setting als fundamental.

Der emotionale Effekt der Gruppenbildung liegt dem alltagssprachlichen „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ nahe, wenn Klienten mit ähnlichen (Sprach-)problemen sich



austauschen können. Alltagssprachliche Formulierungen wurden auch für weitere von Sprachtherapeutinnen genannte Interventionen benutzt:

Die *laute Stimme einsetzen* (22) ist im Zusammenhang mit *Grenzen setzen* (21) alltagsintuitiv als Methode des Umgangs mit so externalisierenden Verhaltensweisen wie Provozieren, Grenzen austesten, gegen Regeln verstoßen oder gar körperlicher Gewalt (vgl. oben Tab. 7) nachvollziehbar, wird aber in Ansätzen bzw. Theorien der Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Omer & von Schlippe, 2016) eher kritisch diskutiert.

Ein *Ventil anbieten* (23) ist ein alltagssprachlicher Ausdruck, den man auch unter *mal Dampf ablassen* kennt. Diese Maßnahme hat ihre theoretische Entsprechung in der frühen tiefenpsychologischen Vorstellung von Katharsis (Breuer & Freud, 1907). Darunter wird das sich Befreien von psychischen Konflikten und inneren Spannungen durch emotionales Abreagieren verstanden. Die empirischen Ergebnisse zur Wirksamkeit dieses Ansatzes sind allerdings eher kritisch (Bushman et al., 2001).

Der Punkt *Witze machen* (34) lässt erahnen, dass Humor bzw. humorvolle Provokation ganz bewusst als Strategie von Sprachtherapeutinnen eingesetzt wird. Dies hat in der Psychotherapie eine lange Tradition (Fabian, 2015) und wurde dezidiert auch für die Sprachtherapie formuliert (Amrein, 2020). Der Witz erleichtert im emotionalen Sinne. Wenn jemand über sich und seine Sprachstörung lachen kann, hat sich die negative Emotion in eine positive verwandelt. Man könnte kontrolltheoretisch auch von einer Form der sekundären Kontrolle sprechen.

Die *Auftragsklärung* (37) und der Punkt *Therapievertrag machen* (38) erinnern an eine Technik der Verhaltenstherapie (Hautzinger, 2015). Ausdrücklich und dann oftmals schriftlich formulierte Verträge heben das Bewusstsein (hier für ein bestimmtes sozial-emotionales Problem). Sie können helfen ein bestimmtes Zielverhalten (z.B. keine Gegenstände kaputt machen) klar und deutlich zu benennen und überprüfbar zu machen. Den Verhaltensverträgen wird zugeschrieben, die Akzeptanz für das Ziel zu erhöhen und die Motivation zu stärken, es zu erreichen.

*Interessen des Kindes* (39) zu instrumentalisieren und *dem Kind Wahlmöglichkeiten anzubieten* (40) sind wahrscheinlich Klassiker in der Strategiekiste der Sprachtherapie. Beides kann mit der Theorie der kognizierten Kontrolle als nützlich für die emotional-motivationale Ebene erklärt werden: Interessen von Klienten referieren i.d.R. mit ihren Stärken, also mit Handlungsbereichen, in denen sie positive Kontrollüberzeugungen bilden konnten und Selbstwirksamkeit erfahren haben. Die Thematisierung der Interessen in der Sprachtherapie holt diese positive Emotionalität sozusagen in die Therapie und kann nicht zuletzt als Ausgleich für die i.d.R. eher geringe Selbstwirksamkeitserfahrung oder Erfahrung des Kontrollverlusts im Bereich Sprache dienen. *Wahlmöglichkeiten anbieten* ist die direkte Delegation von primärer Kontrolle an die Klienten, denn sie haben direkten Einfluss auf das Geschehen in der Therapiezeit.

Die Ausführungen lassen erahnen, dass man mit einer einzigen theoretischen Perspektive die Vielfältigkeit des praktizierten Umgangs mit sozial-emotional schwierigem Verhalten in der Sprachtherapie kaum fassen kann. Ganz bestimmte, von Sprachtherapeutinnen aufgeführte Umgangsweisen wie z.B. *Loben* (26) oder *Belohnen* (27) sind zwar auch in der Emotionsregulation zu finden, jedoch durch eher traditionelle lerntheoretische Ansätze viel plausibler zu erklären. Gemeint ist die Wirkung von Verstärkung in der klassischen Verhaltenstherapie, wo die *Belohnung* einen zentralen Stellenwert besitzt (Bodenmann et al., 2016). Der Einsatz von Smiley-Bildern (20) ist dafür ein klassisches Beispiel.

### Kritische und wenig nützliche Umgangsweisen

Am Schluss dieses Kapitels sollen nun noch einige Aspekte aus der Auflistung besprochen werden, die von den Sprachtherapeutinnen unter einem besonderen Vorzeichen erwähnt wurden. Es handelt sich um die Maßnahmen *Drohungen* (29), *Zwang ausüben* (30), *Ignorieren* (31) und auch *physisches Festhalten* (32). Das Vorzeichen heißt „schlechtes Gewissen“. Insbesondere *Drohungen formulieren*, *Zwang ausüben* und *physisches Festhalten* wurden in den Interviews und Gruppendiskussion als „letztes Mittel“ deklariert, welches meist mit einem schlechten Gewissen und einem Gefühl der Hilflosigkeit angewandt wurden, manchmal auch mit der Vermutung der Wirkungslosigkeit.

### 5.3 Selbstreflexion der Sprachtherapeutinnen

Die (selbst-)kritische Würdigung einiger Umgangsweisen lässt erahnen, dass der Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten der Klienten auch eine Auswirkung auf die Emotionalität der Therapeutinnen haben kann. Es war beachtlich, mit welcher Offenheit die Sprachtherapeutinnen eine Selbstreflexion betrieben und ihr eigenes emotionales Befinden zum Thema machten. Die folgende Tabelle 8 fasst die im Zuge dieser Reflexion genannten Begrifflichkeiten zusammen.

Selbstreflexion der Sprachtherapeutinnen
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Unsicherheit</li><li>2. Gefühl der Hilflosigkeit</li><li>3. Zweifel an eigener Kompetenz</li><li>4. Zweifel am logopädischen Modell, welches die therapeutische Intervention maßgeblich definiert</li><li>5. Sprachtherapeutische Übungstherapie greift zu kurz</li><li>6. Ärger</li><li>7. Wut</li><li>8. Anspannung</li><li>9. Genervtsein</li><li>10. Mitleid</li><li>11. Traurigkeit</li><li>12. Erstaunen</li><li>13. Spontane Handlungsimpulse (z.B. ohne viel Überlegen ein Kind in den Arm nehmen)</li><li>14. Auch bei wenigen Fällen von sozial-emotional schwierigem Verhalten beschäftigen diese Fälle die Therapeutinnen stark.</li></ol>

Tab. 8: Auflistung der Selbstreflexionen von Sprachtherapeutinnen in Schlagwörtern (Kohler, 2021, S. 15)

Einige Begriffe aus Tabelle 8 sind direkte Bezüge zu den schon genannten emotionspsychologischen Theorien. Das *Gefühl der Hilflosigkeit* (2) wird durch die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 2016) in seiner Bedeutung für die Emotionen erklärt. Es besteht die Gefahr einer negativen Kontrollüberzeugung für die Therapeutinnen, wenn sie öfters mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten von Klienten konfrontiert werden. Die *Zweifel an eigener Kompetenz* (3) finden ihre emotionspsychologischen Erklärungen in der Theorie der Selbstwirksamkeit

(Bandura, 1997), die hier offensichtlich fehlt. Interessant ist, dass auch *logopädische Modelle* (4), hier nur mit *sprachtherapeutische Übungstherapie* (5) spezifiziert, für Zweifel sorgen. Die Gründe werden also in der Logik der Kontrollüberzeugung (vgl. Tabelle 1) nicht nur intern (= Zweifel an eigener Kompetenz), sondern auch extern formuliert. Dem logopädischen Modell als eines von der externen Fachumwelt vorgeschlagenen Instruments wird dabei eine Unzulänglichkeit zugeschrieben, auf die sozial-emotionalen Schwierigkeiten der Kinder eine Antwort zu geben. Insgesamt überwiegen die negativen Emotionen *Ärger* (6), *Wut* (7), *Genervtsein* (9) und *Traurigkeit* (9) zusammen mit der *Anspannung* (8) als negative körperlichen Reaktion.

Ausnahme ist das *Mitleid* (10). Es steht in einem gewissen inhaltlichen Zusammenhang zur Empathie (vgl. auch Tabelle 7, Punkt 5), welche als ein wichtiges Mittel im Umgang mit emotionalen Problemen genannt wurde und somit keine negative Konnotation hat, sondern eher auf eine konstruktiv-positive Seite der Selbstreflexion hindeutet.

Die unter (14) in Tabelle 8 aufgeführte Reflexion gibt einen Hinweis auf die Gewichtung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten mit Klienten für das eigene emotionale Empfinden der Therapeutinnen. Wenn solche Schwierigkeiten auftreten, scheinen sie die Therapeutinnen eher stark zu belasten.

## 5.4 Weiterführende Diskussion der Ergebnisse aus zweiten Studienstrang

Der Vorteil von Einzelinterviews gegenüber Gruppendiskussionen ist, dass die interviewten Personen unabhängig voneinander ihre Perspektive auf den Gegenstand äußern. Dadurch besteht im Zusammenhang dieser Untersuchung die Chance, dass auch gegensätzliche bzw. unterschiedliche Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten offensichtlich werden. An dieser Stelle sollen deshalb für die weitere Diskussion zwei Szenarien gegenübergestellt werden, die unabhängig voneinander von zwei Sprachtherapeutinnen beschrieben wurden.

### Zwei Fallbeispiele im Vergleich

Es handelt sich im nachfolgenden Kasten 1 um eine differenzierte Fallbeschreibung aus einer Gruppendiskussion und einer ebenso differenzierten Fallbeschreibung aus einem Einzelinterview. Beide Szenarien sind strukturell durchaus vergleichbar: Bei beiden Fällen scheint das Sprachdefizit, also der Kontrollverlust, die Emotionen bei den Klienten auszulösen und bei beiden Fällen führt diese Emotionalität zur Schlussfolgerung der Therapeutinnen, die Therapie vorerst nicht (mehr) durchzuführen.

#### Kasten 1 (Kohler, 2021, S. 16)

##### Fallbeispiel 1:

Die Teilnehmerin einer Gruppendiskussion erzählt von einem älteren Jungen, welches in der Therapie die Mitarbeit massiv verweigert. Insbesondere wenn eine Therapieeinheit ihn mit seinem sprachlichen Defizit konfrontiert, zeigt der Junge externalisierend emotional schwieriges Verhalten: Er beschimpft die Logopädin („du blöde Kuh“), schreit sie an, streckt ihr die Zunge raus, wirft Sachen durch den Raum, verlässt den Raum urplötzlich und schlägt die Türe zu. Ein „normaler“ Ablauf ist unmöglich. Die Logopädin versucht es mit verschiedenen Anreizen (= er darf Spiel am Ende selbst aussuchen) und Belohnungssystemen (= er darf nach

einer Übung auf einem Belohnungsplan ein Kästchen abstempeln; bei drei Stempeln gibt es einen Kaugummi), benutzt Strukturierungshilfen wie das TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children, Häussler, 2016) und den TimeTimer (TimeTEX, 2020) zur Visualisierung des zeitlichen Ablaufs. Leider ohne Erfolg. Der Junge ist damit nicht zu beeinflussen. Als die Verweigerung in körperliche Aggressionen eskaliert und der Junge die Therapeutin schlägt, überlegt sie, die Therapie abbrechen. Die Emotionalität stellt hier einen Grund dar, der die Therapie verhindert.

#### **Fallbeispiel 2:**

Eine andere Logopädin berichtet im Einzelinterview von einem Jugendlichen mit einem Artikulationsproblem. Sie will mit dem Spiegel arbeiten, damit der Jugendliche die Bewegung von Zunge und Lippen visuell kontrollieren kann. Dem Jugendlichen ist es peinlich, sich im Spiegel zu betrachten. Die Unfähigkeit, ganz bestimmte Zungenbewegungen nicht ausführen zu können, wird ihm durch die Betrachtung im Spiegel noch deutlicher. Er empfindet dadurch den unangenehmen Kontrollverlust noch stärker und lehnt die Arbeit vor dem Spiegel ab. Die Therapeutin macht ihm klar, dass sie nur dann mit ihm arbeiten kann, wenn er den Spiegel als Instrument akzeptiert und setzt die Therapieelektionen aus. Im Interview erklärt sie, dass sie als Logopädin zuständig für die Artikulationstherapie sei. Sie erwarte die Bereitschaft vom Klienten die emotionale Hemmschwelle zu überwinden. Die Kontrolle der Emotionalität stellt hier eine Voraussetzung für die Therapie dar.

Neben den oben erwähnten strukturellen Ähnlichkeiten gibt es große Unterschiede zwischen den Falldarstellungen. Die Qualitäten der Emotionen sind völlig unterschiedlich, auch wenn beide Emotionen als negativ gelten. Die internalisierende Scham ist etwas völlig anderes als die externalisierende Wut mit gepaarter Aggression.

Die Diskussion um den Stellenwert von Emotionen wird dadurch differenziert. Mit welcher Art von Emotion sollte wie umgegangen werden?

Wahrscheinlich hat jeder Leser bei der Lektüre der beiden Fallbeispiele persönliche Handlungsimpulse erlebt („ja, das würde ich auch so machen“ oder „nein, das würde ich anders machen“). Eine weiterführende interessante Forschung könnte sein, den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten mit dieser differenzierten Fragestellung zu untersuchen und die Sammlung von **Umgangsweisen in Abhängigkeit der Emotionen** zu differenzieren und nicht zuletzt, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu untersuchen. Die Interventionen aus dem ersten Fallbeispiel waren offensichtlich unwirksam. Sind Maßnahmen vorstellbar, die wirksam gewesen wären? Gibt es dazu Erfahrungen?

Um diese Fragen zu beantworten muss zunächst die erste Falldarstellung emotionspsychologisch differenzierter interpretiert werden, weil dadurch eine Konkretisierung einer vorstellbaren Maßnahme aus der Perspektive der Emotionsregulation erklärt werden kann.

#### **Erfahrungen aus der Perspektive der Emotionsregulation**

In dem ersten Fallbeispiel ging es vordergründig um externalisierende Wut und Aggression. In der Emotionspsychologie und ihrer Unterscheidung zwischen primären und sekundären Emotionen (vgl. Eismann & Lammers, 2017) wird ein pathologisches Muster zum Ablauf des emotionalen Geschehens beschrieben, welches auch in Fall 1 vorliegen könnte: Die primäre Emotion „Angst“, ausgelöst

durch den stark empfundenen Kontrollverlust, führt sehr schnell zur zeitlich nachfolgenden sekundären Emotion „Wut“ mit „Aggression“. Weder dem Kind ist diese Abfolge bewusst noch für die Therapeutin so wahrnehmbar. Aus Perspektive der Emotionsregulation ist es für die therapeutische Intervention aber wichtig diesen Zusammenhang zu kennen. Die dort vorgeschlagenen Interventionen versuchen durch (auch kindgerechte) Anleitung zur Bewusstmachung von primären und sekundären Emotionen deren maladaptives Zusammenspiel aufzubrechen und einen konstruktiv-akzeptierenden Umgang mit der unangenehmen, primären Emotion „Angst“ zu ermöglichen.

Auch für das Fallbeispiel 2 sind Erfahrungen aus der Perspektive der Emotionsregulation durchaus mögliche Optionen, um die emotionale Hemmschwelle des Jugendlichen zu bearbeiten. Diese Perspektive setzt bei der Bearbeitung von Scham (was man in diesem Fall als eine einhergehende Emotion vermuten könnte) insbesondere auf die schon erwähnte Kraft der von Empathie geprägten Kommunikation (Böcker, 2018). Offen darüber Sprechen und dabei die unangenehmen Emotionen als logische Konsequenz des Kontrollverlusts annehmen, können den Weg bereiten für eine gezielte Bearbeitung der maladaptiven Scham. Maladaptiv ist Scham in den meisten Fällen, weil sie (wie hier) regelmäßig zu Vermeidung führt. Eine Möglichkeit der gezielten Bearbeitung wird im nächsten Abschnitt erläutert.

### **Erfahrungen aus sprachtherapeutischen Handlungsbereichen**

Es gibt Erfahrungen aus anderen Handlungsbereichen der Sprachtherapie, wie man mit Angst oder Scham therapeutisch umgehen kann. Aus der Therapie des Mutismus (Katz-Bernstein, 2005) lässt sich ein zielführendes Konzept ableiten. Es ist weniger ein konkreter Handlungsvorschlag, sondern vielmehr eine Art Appell an das Durchhaltevermögen der Therapeutin und die von ihr angebotene Beziehungsqualität in der Therapie (vgl. auch Göldner et al., 2017):

„Vor allem muss man sich fragen, ob die Bereitschaft und Beharrlichkeit vorhanden ist, sich auf eine mit Widerständen, Misstrauen, Angst und Scham besetzte therapeutische Beziehung einzulassen, (...)“ (Katz-Bernstein, 2005, S.112).

Die Logopädin aus dem ersten Fallbeispiel hat jedenfalls in Anlehnung an die Vorschläge aus der Mutismustherapie gehandelt. In der Fortführung ihres Fallberichtes hörten die anderen Gesprächsteilnehmerinnen, dass sie nicht nur durchgehalten, sondern die Aggressionen des Jungen auch ausgehalten hat, sich gleichzeitig davor geschützt hat (durch physisches Festhalten den Jungen daran gehindert, sie zu schlagen) und ihm auch Trost spenden konnte in dem Moment, als seine Aggression in Weinen umgeschlagen war.

Auch für das Fallbeispiel 2 gibt es einen Vorschlag aus einem sprachtherapeutischen Feld zur Bearbeitung von Vermeideverhalten. Die systematische Desensibilisierung hat bei Stottern eine lange Tradition, um die mit der Redeflussstörung einhergehende Angst und Vermeidung zu bearbeiten (Zückner, 2009). Dabei wird behutsam und kleinschrittig versucht, den Klienten mit der angst- bzw. schamauslösenden Situation zu konfrontieren, so dass eine Gewöhnung entsteht und die negative Emotion deutlich an Intensität verliert oder sogar ganz verschwindet.

Vielleicht könnte der Bezug zu einem sprachtherapeutischen Handlungsfeld, in dem Emotionen eine zentrale Rolle spielen (wie bei Mutismus oder Stottern) eine sinnvolle und auch ökonomische Möglichkeit für Sprachtherapeutinnen darstellen, mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihrer Klienten umzugehen, die in den vermeintlich weniger emotionsbeladenen Handlungsfelder auftreten. So haben die

Sprachtherapeutinnen aus den Gruppendiskussionen z.B. die Technik des *Safe Place* (vgl. Tab. 3, Punkt 9), welche ebenfalls im Rahmen der Mutismustherapie (Katz-Bernstein, 2005) vorgeschlagen wird, als auch für andere Handlungsfelder nützlich formuliert. Beim *Safe Place* wird ein „sicherer Ort“ (z.B. ein mit Kissen und Decken gebaute Höhle im Therapiezimmer) für das Kind geschaffen, der als Ausgangspunkt für die Überwindung einer Sprechhemmung dient. Das Kind oder der Jugendliche ist Herr über diesen Ort und darf bestimmen was in diesem Ort passiert. Kontrolltheoretisch kann der *Safe Place* als ein Ort mit hoher Kontrolle für den Klienten betrachtet werden, welches ein emotionales Wohlbefinden mitbringt und so eine sichere Basis für Ausflüge in die angstbesetzte Kommunikation bietet.

### **Übertragbarkeit und Wirksamkeit von Ansätzen aus der Psychotherapie ist ungewiss**

Den geschilderten Erfahrungen ist gemeinsam, dass sie in ihrer Übertragbarkeit und Wirksamkeit auf die allgemeine sprachtherapeutische Situation nicht geprüft sind. Selbst wenn sich die Technik der systematischen Desensibilisierung bei Stottern bewährt hat, ist nicht sicher, ob diese Vorgehensweise bei Scham und Vermeidung im Zusammenhang mit Artikulationsstörungen funktioniert, auch wenn dies hochplausibel erscheint. Das gilt ebenfalls für die meisten anderen Umgangsweisen, die in Tabelle 7 aufgelistet sind. Auch wenn viele genannten Umgangsweisen eine Entsprechung in der Psychotherapie haben (z.T. dort ihre Wirksamkeit bewiesen haben) und emotionspsychologisch plausibel begründet werden können, so wie das in Kapitel 5.2.1 gemacht wurde, weiß man nicht, ob sie im Kontext der Sprachtherapie wirklich umsetzbar und wirksam sind.

### **Unterschiedliche Selbstverständnisse bei den Therapeutinnen**

Die Fortführung des ersten Fallberichts löste bei anderen Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion unterschiedliche Reaktionen aus: Zum einen wird Anerkennung für das Durchhaltevermögen und den (auch emotionalen) Aufwand für die Therapeutin deutlich, zum anderen wird von einigen Teilnehmerinnen aber sinngemäß folgende kritische Frage formuliert: Hätte ich auch so lange durchhalten wollen, können, müssen?

In dem Gebrauch des Modalverbs *wollen* steckt die Frage nach dem beruflichen Selbstverständnis jeder einzelnen Sprachtherapeutin. Die Sprachtherapeutinnen, welche die Falldarstellungen lieferten, hatten sehr unterschiedliche Antworten auf diese Fragen und ihre Umgangsweisen lassen auf sehr verschiedene berufliche Selbstverständnisse schließen. Auch im oben angeführten Zitat aus Katz-Bernstein (2005) wird deutlich, dass sich die Therapeutinnen für eine entsprechende Haltung auf eine sehr persönliche Weise entscheiden sollten.

In dem Gebrauch des Modalverbs *müssen* steckt aber ein Problem der Zuständigkeit: Inwiefern kann man so ein Durchhaltevermögen und so ein Beziehungsangebot von einer Sprachtherapeutin verlangen bzw. kann oder muss eine professionelle Sprachtherapeutin das von sich selbst verlangen?

Neben der persönlichen Entscheidung für eine bestimmte Umgangsweise gibt es also auch die eher berufspolitische Frage der Zuständigkeit. Die Sprachtherapeutin des Fallbeispiels 2 sieht sich offensichtlich nicht zuständig für die emotionale Hemmschwelle ihres Klienten, welche die Artikulationstherapie vor dem Spiegel verhindert.

Im Folgenden wird die Frage der Zuständigkeit ausführlicher diskutiert.

### **Sprachtherapie ist (keine) Psychotherapie!? – die Frage der Zuständigkeit**

Mit der Zuordnung und der strukturellen Ähnlichkeit von vielen Umgangsweisen der Sprachtherapeutinnen zu Modellen und Ansätzen der Psychotherapie kommen brisante Fragen auf:

Wo ist die Grenze zwischen Psychotherapie und Sprachtherapie oder zwischen Heil- bzw. Sonderpädagogik und Sprachtherapie bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten? Leisten Sprachtherapeutinnen eine Arbeit, für die sie gar nicht zuständig sind? Inwiefern übernehmen Sprachtherapeutinnen Aufgaben, für die sie nicht qualifiziert sind? Ein Zitat aus einem Interview soll zu möglichen Antworten auf diese Fragen überleiten: Eine Sprachtherapeutin hat folgendes gesagt:

„In der Therapie habe ich ja nachher das Kind und wenn es dann eben kein Blickkontakt hat oder kaum ansprechbar ist, muss ich ja sowieso damit umgehen und irgendeinen Weg finden. Ich glaube, man wird automatisch gezwungen damit umzugehen.“

Wahrscheinlich haben alle pädagogisch-therapeutischen Berufsgruppen diese Aufgabe: Sie müssen irgendwie mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten umgehen. Sie haben gar keine Wahl, weil die Probleme in vielen Fällen einfach da sind. Wenn ein Defizit behandelt wird, kann mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ein Gefühl von Kontrollverlust bei den Betroffenen mit mehr oder weniger starken Auswirkungen auf der sozial-emotionalen Ebene entstehen. Vielleicht lässt sich die Grenze zur Psychotherapie oder zur auf Verhaltensauffälligkeit spezialisierten Sonderpädagogik im Schweregrad der sozial-emotionalen Problems ziehen und legt folgende Aussage nahe:

Bei leichteren Fällen mit nicht so dramatischen Schwierigkeiten werden diese von den Sprachtherapeutinnen „mitbehandelt“. Die schweren Fälle gehören in das Gebiet der Psychotherapie und spezialisierten Sonder- und Heilpädagoginnen. Auch wenn man dieser Aussage zustimmt, bleibt die Schwierigkeit, den kritischen Schweregrad zu bestimmen (Fröhlich-Gildhoff, 2018).

### **Konsequenz für die Professionalisierung: Qualifikation von Sprachtherapeutinnen im Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten**

Die letzte Frage, welche in Kapitel 5 abschließend diskutiert werden soll, ist die schon oben gestellte nach der Qualifikation.

Zum einen scheinen Sprachtherapeutinnen eine Vielzahl von Umgangsweisen zu pflegen, die bewährten Interventionen der Psychotherapie oder der spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zugeordnet werden können. Dies wurde beispielhaft durch die Analyse der Umgangsweisen mit emotionspsychologischen Theorien in Kapitel 5.2.1 gezeigt. Zum anderen wurden in den Gruppendiskussionen und Interviews, auch auf Nachfragen, in der Regel keine expliziten Quellenverweise auf solche Theorien gemacht, die für die Erklärung oder Behandlung von sozial-emotionalen Auffälligkeiten bekannt sind.

Die hier erhobenen Daten lassen keine Rückschlüsse zu, wie genau Sprachtherapeutinnen die von ihnen genannten Umgangsweisen einsetzen und mit welcher Reflexionstiefe sie das tun. Es wäre interessant herauszufinden, auf welchem Hintergrund die genannten Umgangsweisen umgesetzt werden. Handeln Sprachtherapeutinnen hier eher intuitiv? Wie bewusst wird das in der Ausbildung vermittelte Wissen über Psychotherapie bzw. der auf Verhaltensauffälligkeiten spezialisierten Heil- und Sonderpädagogik eingesetzt? Gibt es bei einzelnen

Sprachtherapeutinnen eine Spezialisierung in Sachen Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und wenn ja welche?  
Die Darstellung des nun folgenden dritten Studienstrangs kann zumindest zum Teil für diese Fragen eine Antwort anbieten.

## 6. Dritter Studienstrang: Hinweise auf Emotionen in ausgewählten Fachbüchern und schriftlich formulierten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

### 6.1 Dokumentenanalyse Fachbücher

Für den dritten empirischen Strang zur Untersuchung des Umgangs mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie lautete die Fragestellung: welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?  
Die Beantwortung dieser Fragestellung wurde über 3 Jahre hinweg insbesondere von Studierenden der Logopädie übernommen und auf unterschiedliche Art und Weise differenziert.

#### Therapeutische Handlungsweisen, welche Emotionen beeinflussen

Einige Dokumentenanalysen haben sich vornehmlich mit emotionsrelevanten Handlungen beschäftigt, die in den Fachbüchern beschrieben werden. Im Theorieteil dieses Beitrages (vgl. Kapitel 2) wird eine qualitative Inhaltsanalyse skizziert, die sich mit einem logopädischen Therapieansatz befasst, welcher die Handlung im Namen trägt. Es geht um die HOT (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009). Der theoretische Zugang war für diese deduktive Analyse die Theorie der kognizierten Kontrolle. Die Analyse wird hier aber nicht genauer dargestellt, sondern auf die Ergebnisse verwiesen, die im Theorieteil beispielhaft dargelegt wurden.

#### Quantitative Analyse von emotionsrelevanten Begrifflichkeiten in den Fachbüchern

Einige Studierende beschäftigten sich mit den Begrifflichkeiten, welche einen Bezug zur Emotionspsychologie aufweisen und in der ausgewählten Literatur zu finden waren. Forschungsmethodisch steht diese Art von Methodik ebenfalls in der Tradition der Dokumentenanalyse (Hoffmann, 2018). Die Dokumente waren die Fachbücher und die Analyse i.a. deduktiv. Das heisst, dass die Studierenden eine Theorie oder Theorieteil aus der Emotionspsychologie benutzten, um die Texte zu analysieren. Es wurden folgende Fachbücher analysiert:

- (1) Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie (Kannengieser, 2015).
- (2) Störungen der Schriftsprache. Modellgeleitete Diagnostik und Therapie (2. Aufl.) (Costard, 2011) wurde von drei Studierenden unabhängig voneinander analysiert.
- (3) Wege aus dem Sprachdschungel (Schneider et al., 2012). Dieses Fachbuch betrifft zwar nicht die Kindersprache, ist aber als logopädisches Fachbuch für den Vergleich trotzdem geeignet.

**Kommentiert [MS34]:** Welche Fragestellung steckt hinter dieser Analyse? Wie kommt es zur Auswahl dieser Werke?

**Kommentiert [KJ(35):** Die zugehörige Fragestellung wurde oben als erste Unterfrage expliziert  
Welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?

Die Auswahl der Werke war unsystematisch und folgte dem Interesse der Studierenden. Dies wird später erklärt.  
Die fehlende Systematik kann man in der Tat kritisieren.  
Man sollte an dieser Stelle den explorativen Charakter der Studie hervorheben.



- (4) Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie (Grohnfeldt, 2012) wurde von zwei Studierenden unabhängig voneinander analysiert.
- (5) HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen (Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009).
- (6) Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie (Beushausen, 2009).

Bei zwei Fachbüchern (2) und (4) wurde versucht zumindest teilweise und annähernd dem Anspruch an Objektivität gerecht zu werden, indem dieselbe Fragestellung von zwei oder mehreren Untersucherinnen unabhängig voneinander bearbeitet wurde. Dies gelang insofern, als tatsächlich bei diesen Analysen ähnliche Ergebnisse generiert wurden, man also von einer befriedigenden Inter-Rater-Reliabilität sprechen kann, die allerdings nicht quantifiziert werden konnte. Die Analysen waren in der Regel sehr aufwändig, da die Texte nicht in digitalisierte Form vorlagen und somit auch keine Software zur Unterstützung eingesetzt werden konnte. Die Darstellung der genauen Methodik pro Einzeluntersuchung kann hier aus Platzgründen nicht erfolgen, insbesondere auch, weil die Studierenden jeweils eigene methodische Zugänge konstruierten. Stattdessen soll anhand grundlegender methodischer Schwierigkeiten, welche bei allen Analysen auftraten, das Vorgehen grob veranschaulicht werden.

Die Studierenden suchten die ausgewählten Fachbücher nach Begrifflichkeiten ab, die in der Emotionspsychologie als «Basisemotionen» benannt werden. Dazu gehören z.B. Angst, Freude, Scham, Traurigkeit und Wut. Die Begriffe wurden gezählt. Es wurde also versucht durch eine Häufigkeitsanalyse die Bedeutung der Emotion zu fassen. Die Begriffe der Basisemotionen wurden von den Autorinnen der Fachbücher jedoch nicht immer direkt benutzt. Trotzdem war in Beschreibungen bzw. Umschreibungen mehr oder weniger deutlich eine emotionale Relevanz erkennbar. Hierzu ein Beispiel:

Es finden sich in der analysierten Literatur Beschreibungen von Therapiesituationen bei denen das Verhalten der Kinder als *scheu* bezeichnet wurde. Hinter so einer Formulierung könnte man *Scham* als Primäremotion vermuten, es könnte aber auch *Furcht* oder *Angst* hinter dem *scheuen* Verhalten stehen. Diese Schwierigkeit einer eindeutigen Zuordnung zu den gewählten theoretischen Begrifflichkeiten durchzog sämtliche Analysen und führte dazu, dass die Ergebnisse letztendlich nur sehr vorsichtig interpretiert werden dürfen und eher auf einer relativ groben Ebene angesiedelt waren. Mit grob ist zum Beispiel die Einteilung in negative vs. positive Basisemotionen gemeint. Bei der tabellarischen Darstellung (vgl. Tabelle 9) werden nur die Fachbücher (1), (2) und (3) aufgenommen, weil hier eine absolut vergleichbare Kategorisierung besteht. Die Ergebnisse aus dem Fachbuch (4) werden in der gesonderten Tabelle 10 dargestellt, weil die Kategorisierung zwar ähnlich aber nicht 100% deckungsgleich ist. Der Einbezug des Fachbuches (6) erfolgt nur qualitativ. Fachbuch (5) wird an dieser Stelle gar nicht einbezogen. Es wird auf die Analyse im Theorieteil (= Kapitel 2) verwiesen.

**Kommentiert [MS36]:** Hier stellt sich dann die Frage nach dem Erkenntnisgewinn

**Kommentiert [MS37]:** Inwieweit ist dies für den Leser relevant?

**Kommentiert [KJ(38):** Für den methodisch interessierten Leser sollte das relevant sein, oder? Er soll einen Hinweis bekommen unter welchen Rahmenbedingungen diese Untersuchung durchgeführt wurde. Gerne würde ich darüber viel mehr schreiben, denn dieser Kontext einer Untersuchung spielt eine wichtige Rolle, um diese bewerten zu können.

**Kommentiert [MS39]:** Was ist Grundlage dieser Interpretation, die methodisch eigentlich nicht vorgenommen werden dürfte?

**Kommentiert [KJ(40):** Diesen Kommentar verstehe ich nicht. Warum sollte die vorsichtige Interpretation nicht zulässig sein? Was ist daran methodisch falsch?

	Spezifische Begriffe von Basisemotionen						Unspezifisch-allgemeine Emotionsbegriffe und Beschreibungen	Emotions-nahes Konstrukt	Total
	positiv	negativ					positiv und negativ	positiv und negativ	
	Freude/Stolz	Angst	Ärger	Traurigkeit	Schüchternheit	Schuldgefühl	z.B. Störungsbewusstsein oder Selbstwertgefühl	Motivation	
<b>Absolute Anzahl</b>	41	37	29	29	18	4	413	123	694
<b>Prozentualer Anteil (gerundet)</b>	6%	5%	4%	4%	3%	1%	59%	18%	100%
	23%								

Tab. 9 absolute und relative Häufigkeiten von emotionsrelevanten Begrifflichkeiten in den Fachbüchern (1), (2), und (3)

Die Zuordnungs- bzw. Interpretationsschwierigkeit führte auch dazu, dass alle Untersucherinnen eine *allgemeine Kategorie* zu den gefunden Emotionsbegriffen konstruierten. In Tabelle 9 ist das die Kategorie *unspezifisch-allg. Emotionsbegriffe und Beschreibungen*.

Ein Beispiel für die Zuordnung zur Kategorie der allgemeinen Emotionen ist die Erwähnung des Begriffs *Störungsbewusstsein*. Der Gebrauch dieses Begriffes legt eine negative emotionale Bedeutung für den Klienten nahe, wenn z.B. das Störungsbewusstsein als «belastend» für das Kind beschrieben wird. Ein zweites Beispiel für die Kategorie allgemeine Emotion sind die Begriffe *Selbstwertgefühl* und *Selbstbewusstsein*. Beide Begriffe wurden sowohl in positivem als auch negativem emotionalen Sinne gebraucht. Ein hohes Selbstwertgefühl bzw. ein grosses Selbstbewusstsein wird mit positiver Emotionalität assoziiert, ein niedriges bzw. kleines Selbstbewusstsein mit negativer Emotionalität. Ein letztes Beispiel für die Kategorie allgemeine Emotion ist die Erwähnung von *Lob* bzw. *positivem Feedback*. Beides wird eher als positiv für die Emotionalität gewertet, insbesondere wenn es im Zusammenhang mit einer gesteigerten Motivation erwähnt wird.

Der Begriff *Motivation* wurde in den meisten Analysen als eigene emotionsrelevante Kategorie aufgenommen. Die Motivation als Kategorie ist weder positiv noch negativ. Sie kann beides sein: mit positiven Emotionen verbunden (wie oben bei Lob angedeutet) oder als Motivationsdefizit mit eher negativen Emotionen.

Die in Tabelle 9 angegeben gerundeten Prozentzahlen beziehen sich auf alle gefundenen emotionsrelevanten Begrifflichkeiten (694 = 100%) in den Fachbüchern (1), (2) und (3). Man kann also (leider nur sehr grob) sehen, dass innerhalb der spezifischen Begrifflichkeiten die negativen Basisemotionen (17%) mehr Erwähnung finden als die positiven (6%). Dies wird durch eine ähnliche angelegte Häufigkeitsanalyse des Fachbuches (4) bestätigt (vgl. Tabelle 10, 77>6)

Emotion	Freude	Angst/ Furcht	Ärger/ Wut/Zorn	Traurigkeit/ Kummer	Schuld- gefühl	Scham	Allgemein/ Diverses
	positiv	negativ					positiv und negativ
Absolute Anzahl	6	54	3	13	0	7	36
		77					
		83					

Tab. 10: Häufigkeiten von emotionsrelevanten Begriffen im Fachbuch (4)

In Tabelle 9 sieht man, dass die allgemeinen Formulierungen in den Fachbüchern (1), (2), (3) zur Emotionalität (59%) mehr gebraucht werden als die spezifischen (23%). Dieses Ergebnis wird durch die Häufigkeitsanalyse des Fachbuches (4) allerdings nicht bestätigt (vgl. Tabelle 10,  $36 < 83$ ). Das liegt wahrscheinlich an der schon erwähnten Schwierigkeit zur Operationalisierung der allgemeinen Formulierungen für die Emotionalität.

Auffällig ist, dass der Begriff *Motivation* recht häufig in Zusammenhang mit Emotionalität gebraucht wird (vgl. Tabelle 9, 18% für Motivation). Diese Zahl legt die Vermutung nahe, dass die Motivation einen wichtigen Stellenwert in der Sprachtherapie hat.

Die Zahlen erlauben aber eigentlich keine Aussage über den Stellenwert bzw. Gewichtung von Emotionalität für die Sprachtherapie an sich. Dazu bräuchte man eine Referenzgrösse wie z.B. die Anzahl der Begriffe, welche auf die sprachstrukturelle Ebene hinweist und könnte aus dem Vergleich zwischen dieser Ebene mit der Häufigkeit von Begrifflichkeiten aus der emotionalen Ebene eine Vermutung zum Stellenwert von Emotionen ableiten. Diese Analyse wurde aber nicht durchgeführt. Es liegt nur ein Wert vor, der zumindest eine vergleichende Analyse zwischen den Fachbüchern (1), (2) und (3) in Sachen Emotion erlaubt. Hierbei wurden die absolut gefundenen Begriffe in Relation zur Seitenzahl gesetzt, so dass ein Wert *Anzahl von Emotionsbegriffen pro Seite* angegeben werden kann. In Tabelle 11 sieht man, dass es zwischen zwei Fachbüchern (1) und (3) eine relativ ähnliche Häufigkeit von Begriffen pro Seite gibt. Im Fachbuch (2) wurden deutlich weniger emotionsrelevante Begriffe gefunden.

	Lehrbuch zur SES (1)	Lehrbuch zur Schriftsprache (2)	Lehrbuch zur Aphasie (3)
Total aller gefundenen Emotionsbegriffe im Buch	390	36	268
Seitenzahl	406	200	248
Durchschnittliche Anzahl der Emotionsbegriffe pro Seite	0,96	0.18	1,08

Tab. 11: Vergleich der Anzahl von Emotionsbegriffen zwischen den drei Lehrbüchern (1), (2) und (3)

Die Interpretation dieses Ergebnisses ist schwierig. Es drängen sich verschiedene Vermutungen auf:

**Kommentiert [MS41]:** Eigentlich? Gar nicht! – und warum werden sie dann referiert?

**Kommentiert [KJ(42)]:** Warum sollen diese Prozentzahlen völlig irrelevant sein? Es ist keine Aussage im Vergleich mit anderen, emotionsirrelevanten Begrifflichkeiten möglich aber innerhalb der emotionsrelevanten Begrifflichkeiten ist eine relative Bedeutung offensichtlich und methodisch möglich.

**Kommentiert [MS43]:** Sie ist schlicht nicht möglich auf dem gewählten methodischen Hintergrund und sollte deshalb besser nicht erfolgen!

**Kommentiert [KJ(44)]:** Der Gutachter argumentiert zum wiederholten Male mit einem aus seiner Perspektive ungenügenden „methodischem Hintergrund“, sagt aber nicht, wo das methodische Problem liegt.

Eine mögliche Erklärung betrifft den theoretischen Hintergrund, welche die Autoren gewählt haben. Unter Umständen konzentriert sich das Fachbuch (2), in dem deutlich weniger emotionsrelevante Begriffe gefunden wurden, auf eine theoretische Richtung, die wenig mit Emotionalität zu tun hat. Ein Detailergebnis der Analyse des Lehrbuchs (1) zur SES spricht für diese Annahme. Dort wird die SES in Teilbereiche gegliedert, wobei im Bereich Grammatik weitaus weniger Emotionsbegriffe zu finden waren als im Bereich der kommunikativ-pragmatischen Störungen. Der Fokus bei den Grammatikerwerbsstörungen liegt offensichtlich auf sprachstrukturellen Theorien, während der Fokus bei den kommunikativ-pragmatischen Störungen traditionellerweise eine grössere Nähe zu psychologischen Theorien hat (vgl. Zollinger, 2015; Achhammer, 2014).

Eine weitere Vermutung bezieht sich auf den didaktischen Aufbau eines Lehrbuches. Dafür spricht ein Umstand, der leider nicht zahlenmässig belegt werden kann. Die Häufung der emotionsrelevanten Begrifflichkeiten ist unabhängig vom theoretischen Hintergrund des Fachbuchs vornehmlich bei Falldarstellungen gegeben.

Insbesondere bei dem Fachbuch (6) wird dies deutlich. Dort erscheinen Fallberichte zu verschiedenen Handlungsfeldern der Sprachtherapie, die allesamt mit emotionsrelevanten Begrifflichkeiten und Umschreibungen bestückt sind. Das heisst: Auch wenn die theoretischen Abhandlungen eines Fachbuches sich auf eine emotionsferne Theorie stützt (z.B. rein linguistische Analysen von Schriftsprache oder Grammatikerwerb) werden in den Fallbeispielen der Fachbücher emotions- und motivationsrelevante Zusammenhänge dargestellt. Sobald praktisches Handeln (wie bei Fallbeispielen üblich) Gegenstand der Ausführungen ist, schreiben die Autorinnen von Emotionen, die offensichtlich in irgendeiner Art und Weise die Sprachtherapie beeinflusst oder zumindest begleitet.

#### Quellenbezüge als Maß der Reflexionstiefe

Die allgemeinen Beschreibungen und die Nutzung von spezifischen Begrifflichkeiten zur Emotionalität können mit unterschiedlicher Reflexionstiefe geschehen. Als Operationalisierung der Reflexionstiefe wurde der Quellenbezug (= Verweis auf Fachliteratur im Text samt Aufführung im Literaturverzeichnis) gewählt. In der Analyse der drei ersten Fachbücher wurde daher pro gefundenem Emotionsbegriff dokumentiert, ob ein Quellenbezug angegeben wurde und wenn ja, ob dieser Quellenbezug eine direkte inhaltliche Entsprechung zur Emotionspsychologie hat (vgl. Tabelle 12).

	Lehrbuch zur SES (1)	Lehrbuch zur Schriftsprache (2)	Lehrbuch zur Aphasie (3)
Total aller gefundenen Emotionsbegriffe im Buch	390	36	268
davon mit Quellenbezug	139	11	32
Quellenbezug mit explizit emotionspsychologischem Hintergrund	6	0	6

Tab. 12: Quellenbezug der Emotionsbegriffe in den Lehrbüchern (1), (2) und (3)

Es zeigt sich, dass selbst dann, wenn relativ viele emotionsrelevante Begrifflichkeiten und Umschreibungen benutzt werden (wie im Lehrbuch (1) zur SES = 390), wenig explizite Bezüge (= 6) zur Fachlichkeit der Emotionspsychologie gezogen werden.

Die letzte hier referierte quantitative Analyse für die Lehrbücher (1), (2) und (3) betrifft den Zusammenhang der benutzten Emotionsbegrifflichkeiten mit Personengruppen.

Auf wen beziehen sich die Ausführungen zur Emotionalität? Es wurden drei Bezugspersonengruppen unterschieden, nämlich A) der Bezug zum Klienten, B) der Bezug zur Umwelt (insbesondere Angehörige und Bezugspersonen der Klienten) und C) der Bezug zur Therapeutin. In Abbildung 5 werden über die drei Lehrbücher hinweg das Gesamtergebnis der prozentualen Aufteilung dargestellt:

**Aufteilung der Begriffe in Bezug auf  
Therapeutin/Klient/Umwelt**

■ Therapeutin ■ Klient ■ Umwelt

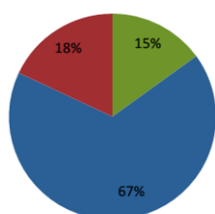


Abb. 5: Prozentuale Häufigkeit von emotionsrelevanten Begriffen in den Fachbüchern (1), (2) und (3) nach Bezugsgruppen geordnet

Es zeigt sich auf einen Blick, dass sich der überwiegende Anteil der gefundenen Begrifflichkeiten zur Emotionalität auf die Klienten bezieht (67%). Die Bezüge zur Umwelt (18%) und zur Therapeutin (15%) sind dagegen eher gering.

## 6.2 Dokumentenanalyse der schriftlich dargelegten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse

Diese Analyse bezog sich auf die zweite Unterfrage, welche hier noch einmal aufgeführt wird: Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

### Zustandekommen des Materials

Um die Auswertung der Analyse zu verstehen, ist es wichtig, den Kontext und das Zustandekommen des Materials zu kennen: Sprachtherapeutinnen, welche in der Schweiz arbeiten und ihren ausländischen Berufsabschluss anerkennen lassen wollen, müssen oftmals eine sogenannte Ausgleichsmassnahme besuchen. Ausgeglichen sollen die Inhalte, die im Vergleich zur Schweizer Berufsausbildung nicht oder in einem wesentlich geringeren Masse Gegenstand der ausländischen Berufsausbildung waren. Solche Ausgleichsmassnahmen werden von Institutionen durchgeführt, welche in der Schweiz das Logopädiestudium anbieten. An der Hochschule für Heilpädagogik müssen die ausländischen Sprachtherapeutinnen zur

Planung ihrer Ausgleichsmaßnahme ein Dossier vorlegen, welches u.a. die Abfassung eines pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisses verlangt. Die Aufforderung dazu lautet:

„Bitte beschreiben Sie allgemein, wodurch sich Ihre therapeutische Arbeit charakterisiert und worauf Sie in Ihrer Arbeit besonderen Wert legen. Versuchen Sie sich knapp und präzise auszudrücken und auf maximal 3 DIN A 4 Seiten Ihre bevorzugten logopädischen Therapiemodelle unter Bezug auf dafür relevante Nachbar- bzw. Grundlagendisziplinen und unter Verwendung einschlägiger Fachtermini zu skizzieren. Wichtig ist ausserdem Ihre persönliche Reflexion zur logopädischen Tätigkeit.“ (EDK, 2020)

Es wurden 30 dieser schriftlich dargestellten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse aus den Jahren 2014 bis 2019 per Zufall ausgewählt. Alle Verfasserinnen waren Sprachtherapeutinnen, die meisten davon Logopädinnen aus Deutschland. Der Mittelwert Ihrer Berufserfahrung war 7,9 Jahre bei einer großen Streuung (Minimum 6 Monate und Maximum 38 Jahre).

#### **Durchführung der Analyse**

Der Autor hatte im Zuge des Begutachtungsprozesses der Dossiers alle 30 Dokumente ein erstes Mal gesichtet und induktiv vorläufige Kategorien gebildet, welche zu einer Antwort auf die Fragestellung taugen.

In einem zweiten Durchgang wurden Begrifflichkeiten identifiziert, welche diese vorläufigen Kategorien differenzieren und zu Ihrer Modifikation beigetragen haben. So entstand auf qualitative Art und Weise das Kategoriensystem (siehe Tabellen 13, 14 und 15). Im dritten Durchgang wurden die Begrifflichkeiten in ihrer Häufigkeit des Auftretens bestimmt. Diese quantitative Ebene erlaubt eine inhaltliche Gewichtung der Kategorien und damit eine bessere Interpretation der Daten.

#### **Das Kategoriensystem der Dokumentenanalyse**

Es waren zwei Hauptkategorien und eine Nebenkategorie entstanden. Die erste Hauptkategorie *Begrifflichkeiten zu Emotionen* (vgl. Tabelle 13) bezog sich auf solche Begriffe in den Dokumenten, die einen direkten oder indirekten Zusammenhang (= zwei Unterkategorien) mit dem Stellenwert von Emotionen in der Sprachtherapie aus Perspektive der Fachpersonen haben.

Haupt-kategorie	Begrifflichkeiten zu Emotionen					
Unter-kategorie	Emotion direkt			Indirekte Bezüge zu Emotionen		
Quantifi-zierung und Spezifi-zierung	Emotion als Thema genannt	Die fünf am häufigsten genannten Emotionen (in absoluten und relativen Häufigkeiten)	Emotion als Thema plus alle Emotionen	Bezug zu Emotion allg. als Thema genannt	Die fünf am häufigsten genannten Bezüge (in absoluten und relativen Häufigkeiten)	Bezug allg. plus alle genannten Bezüge
	18 von 30 = 60%	Freude (7 = 23,3%)	m = 1,4 Begriffe hat jede Person im Durchschnitt benutzt	29 von 30 = 96,7%	Beziehung (17 = 56%)	m = 3,4 Begriffe hat jede Person im Durchschnitt benutzt
		Spass (6 = 20%)			ganzheitlich (14 = 46%)	
		Wohlbefinden (5 = 16,7%)			Motivation (14 = 46%)	
		Angst/Frust/-Aggression (4 = 13,3%)			systemisch (12 = 40%)	
		Scham (2 = 6,7%)			Interesse (9 = 30%)	

**Kommentiert [MS45]:** Hier wird nicht deutlich, dass manche Begriffe einen Bezug zur eigenen Person (Logopädin) haben und andere einen Bezug zu den Klienten; im ersten Untersuchungsstrang ging es um die Emotionen der Kinder, dann um den Umgang damit – Bezug!??

**Kommentiert [KJ(46):** Ich kann nicht nachvollziehen warum die Emotionen der Kinder vom Umgang damit getrennt werden sollen. Wenn die Emotionen da sind, dann muss damit umgegangen werden!  
Warum muss eine analytische Trennung des Bezugs erfolgen? Alle Studienstränge sind Einstiege in das Thema und haben nicht diesen Anspruch an Differenziertheit, wobei die Differenziertheit an sich problematisch ist. Es gibt einige emotionspsychologische Perspektiven, die eine analytische Trennung von Emotionen und ihrer Regulation für nicht möglich halten. Diese Diskussion sprengt meiner Ansicht nach aber den Rahmen einer explorativen Studie. Der Gutachter scheint implizit davon auszugehen, dass diese analytische Trennung existiert. Anders kann ich mir diese Forderung nach Differenzierung nicht erklären.

Tab. 13: Begrifflichkeiten zu Emotionen in den pädagogisch therapeutischen Selbstverständnissen

Von den 30 Logopädinnen hatten 18 (=60%) das Thema in irgendeiner Art und Weise als für sich relevant bezeichnet. Dabei wurden Emotionen wie

- Freude (des Klienten aber auch der Therapeutin) von 23,3%,
- der Spass in der Therapie (insbesondere für die Klienten) von 20% und
- das Wohlbefinden der Klienten von 16,5%

auf Seiten der positiven Emotionen als wichtig erachtet.

Negative Emotionen wie Angst, Frust oder Aggression wurden von 13.3% als relevant bezeichnet. Zwei Logopädinnen (= 6,7%) erwähnten den Abbau von Scham als ein zentrales Anliegen ihrer sprachtherapeutischen Interventionen. Zählt man alle benutzten Begrifflichkeiten zusammen, so gebrauchte im Durchschnitt jede Fachperson 1,4 Begriffe, um Emotionen in ganz direkter Art und Weise für die eigene Arbeit als wichtig zu beschreiben.

Begrifflichkeiten der indirekten Bezüge zu den Emotionen wurden von fast allen Sprachtherapeutinnen gebraucht (96,7%). Die am häufigsten genannten Begriffe waren *Beziehung* (von 56%) und *Ganzheitlichkeit* (von 46%). Diese Begriffe wurden in einer Art und Weise gebraucht, die auf eine Grundhaltung der Therapeutinnen schliessen lässt. Hierzu ein Zitat aus den Selbstverständnissen als Ankerbeispiel:

„Eine *positive Beziehung* zum Kind aufzubauen, sowie seine Eigenheiten und Vorlieben kennenzulernen, ist daher mein erstes Ziel in der Zusammenarbeit. Dadurch kann eine wirkungsvolle Therapiesituation geschaffen werden, die durch *Freude, Angstfreiheit, Wohlwollen* und gegenseitigen Respekt geprägt ist.“

Dieses Zitat zeigt, dass die gute, auf Wohlwollen und gegenseitigem Respekt basierende Beziehung als Ursache für die Emotion *Freude* und der Abwesenheit von *Angst* betrachtet wird.

Ein Ankerbeispiel für die Relevanz von *Ganzheitlichkeit* sei durch folgendes Zitat gegeben:

„In meiner Arbeit bedeutet das, dass ich versuche nicht nur die Symptomatik der Störung anzuschauen, sondern den gesamten Menschen in seinem System zu betrachten und ganzheitlich vorzugehen.“

Die Betrachtung des *gesamten Menschen* (also auch mit seinen Emotionen) wird oft wie in diesem Zitat in Abgrenzung zu einer rein störungsspezifischen Betrachtungsweise formuliert. Gleichzeitig ist dieses Zitat ein Beispiel für den Zusammenhang zu dem Begriff *systemisch*, der ebenfalls häufig vorkam (von 40% der Logopädinnen benutzt) und meist mit der Bezugspersonenarbeit verknüpft war. Noch häufiger wurde der Begriff *Motivation* (wie die *Ganzheitlichkeit* von 46% der Logopädinnen) benutzt, der als Hinweis auf die Relevanz von Emotionen gewertet wurde, weil motivationale und emotionale Prozesse in der einschlägigen Fachliteratur in einem engen Zusammenhang betrachtet werden (z.B. Rothermund & Eder, 2011; Brandstätter et al. 2013). Auch hierzu soll ein Zitat als Ankerbeispiel zur Veranschaulichung dienen:

„Der Spass und die Motivation des Kindes tragen ganz essenziell zum Therapieerfolg bei.“

Die in einem Zug genannte Emotion *Spass* mit dem abstrakten Begriff der *Motivation* verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Motivation und Emotion. Beides wird als Ursache für den beruflichen Erfolg betrachtet.

Der Begriff *Interesse*, welcher als fünfthäufigster indirekter Bezug zur Emotionalität im Kategoriensystem Eingang fand (von 40% der Logopädinnen genannt), erscheint in dem folgenden Zitat ebenfalls im ursächlichen Zusammenhang mit der *Motivation* und damit indirekt auch mit der *Emotion*.

„Ich orientiere mich mit der Planung der Therapiektionen möglichst an den Interessen des Kindes, denn das bringt meist mehr Motivation für die sprachtherapeutischen Inhalte.“

Neben diesen fünf häufigen Begriffen wurden noch weitere Begrifflichkeiten der Emotionalität zugeordnet (z.B. Persönlichkeit) und in ihrer gesamten Häufigkeit in Relation zur Anzahl der 30 Personen gebracht, so dass ein Mittelwert von 3,4 Begriffen mit indirektem Bezug zur Emotionalität bestimmt werden konnte, welche eine einzelne Fachperson im Durchschnitt zur Darstellung ihres therapeutischen Selbstverständnisses gebrauchte.

Vergleicht man die Zahlen der direkten Bezüge mit den indirekten Bezügen fällt auf, dass relativ mehr Personen indirekte Bezüge zur Emotionalität ziehen als direkt von Emotionalität zu schreiben ( $29 > 18$ ) und dass die durchschnittliche Anzahl der indirekten Begrifflichkeiten höher ist als die durchschnittliche Anzahl der direkten Begrifflichkeiten ( $m=3,4 > m=1,4$ ). Ein t-Test für abhängigen Stichproben zeigte, dass dieser Unterschied statistisch hochsignifikant war,  $t(29) = -5,058$ ,  $p = 0$ .

**Kommentiert [KJ47]:** Die Interpretation des Unterschieds erfolgt weiter unten. Warum fordert der Gutachter an dieser Stelle eine Interpretation? Hier werden die Ergebnisse zunächst einmal beschrieben. Wie soll ich diese Bemerkung in Klammer verstehen. Sind die Selbstverständnisse aufgrund der limitierten Zeichenzahl ein weniger gutes Ausgangsmaterial für die Inhaltsanalyse?

**Kommentiert [MS48]:** Die Bedeutung dieses Unterschieds bleibt unklar. Es werden sehr breit zugeordnete Bezüge „ganzheitlich“ verglichen mit den Nennungen direkter Emotionen (in solch einem von der Zeichenzahl limitierten Dokument)



Als zweite Hauptkategorie der Dokumentenanalyse wurden Quellenbezüge zu den Emotionen betrachtet (vgl. Tabelle 14). Die Entscheidung für diese Kategorie hat etwas mit dem Theoriebezug zu tun und entspricht der Operationalisierung der Reflexionstiefe bei der Analyse der Fachbücher.

Hauptkategorie	Quellenbezüge zu Emotionen	
	Bezüge im Text	Die drei häufigsten Begriffe als Bezüge
Quantifizierung und Spezifizierung	14 von 30 = 46,7% Personen haben Begriffe als Bezüge im Text genannt	ICF (6 = 20%)
	m = 0,83 Literaturangaben (z.B. Rogers, 2000; Bronfenbrenner, 1993) hat jede der 30 Personen im Durchschnitt angegeben	Humanistische Psychologie (3 = 10%)
		Systemtheorie (2 = 6,7%)

Tab. 14: Quellenbezüge zu Emotionen in den pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

14 von den 30 Sprachtherapeutinnen (46,7%) haben Quellenbezüge im Zusammenhang mit dem Nennen von Emotionalität gemacht. Am häufigsten wurde die ICF (von 20%) genannt, gefolgt von dem *Humanismus* bzw. der *humanistischen Psychologie* (10%) und der *Systemtheorie* (6,7%). Diese Begrifflichkeiten sind eine Stufe abstrakter als die weiter oben erwähnten indirekten Bezüge zur Emotionalität (vgl. Tabelle 13). Der Begriff *Beziehung* im oben genannten Sinn kann natürlich als Teil eines *humanistischen Menschenbildes* verstanden werden. Ganz deutlich wird der Abstraktionsunterschied bei dem Adjektiv *systemisch* vs. der abstrakten *Systemtheorie*. Der Begriff *systemisch* wurde oft im Zusammenhang mit der Bezugspersonenarbeit gebracht (wie oben schon erwähnt). Der Begriff *Systemtheorie* hingegen referiert auf eine übergeordnete theoretische Perspektive. Auffallend ist, dass im Durchschnitt nur relativ wenige von diesen abstrakten theoretischen Bezügen erwähnt werden. Am deutlichsten zeigt sich dies im Mittelwert der Literaturangaben pro Fachperson für diese Quellenbezüge, die in einem Bezug zur Emotionalität stehen. Lediglich  $m = 0,83$  solcher Literaturbezüge, z.B. Rogers (2000) für die *humanistische Psychologie* oder Bronfenbrenner (1993) für die *Systemtheorie*, wurden gemacht. Dabei sind diese Literaturangaben und auch die dazugehörigen Quellenbezüge im Text nur relativ indirekt mit dem psychologischen Begriff der Emotionalität verbunden. Direkte Quellenbezüge zur Emotionspsychologie wie z.B. Hülshof (1999), Schmidt-Atzert et al. (2014) oder Goleman (2018) konnten nicht entdeckt werden.

Die Nebenkategorie logopädienspezifische Quellenbezüge (vgl. Tabelle 15) erlaubt die vergleichende Einordnung der Zahlen aus Tabelle 14 für das professionelle Selbstverständnis der Sprachtherapeutinnen dieser Stichprobe. Da es um das pädagogisch-therapeutische Selbstverständnis von Logopädinnen geht, beziehen sich alle Logopädinnen (= 100%) im Allgemeinen auf die Logopädie. Logopädienspezifische Quellenbezüge werden von 73,3% der Fachpersonen (vgl. Tabelle 15) genannt. Das sind deutlich mehr als die emotionsbezogenen Quellen (46,7% in Tabelle 14). Noch deutlicher fällt der Unterschied bei dem Mittelwert zu den Literaturangaben aus. Die Sprachtherapeutinnen geben im Schnitt  $m = 4,4$  (vgl. Tabelle 15) logopädienspezifische Literaturquellen an. Bei den Literaturangaben mit

Bezug zur Emotionalität waren es hingegen nur  $m = 0,83$  (vgl. Tabelle 14) im Durchschnitt. Ein Mann-Whitney U-Test (die Verteilungen waren nicht normalverteilt) zeigte, dass dieser Unterschied statistisch hochsignifikant war,  $p=0,001$ .

Neben- kategorie	Allg. Bezug zur Logopädie = 100%	
	<b>Logopädienspezifische Quellenbezüge</b>	
Quantifizierung und Spezifizierung	<b>Logopädienspezifische Quellen im Text</b>	<b>Die drei häufigsten Quellenangaben im Text</b>
	22 von 30 = 73,3% Personen haben Begriffe als Bezüge im Text genannt	Zollinger (11 = 36,7%)
	$m = 4,4$ Literaturangaben (z.B. Zollinger, 2015; Fox, 2016; Weigl & Redemann-Tschaikner, 2009) hat jede der 30 Personen im Durchschnitt angegeben	Fox (9 = 30%)  Kittel (9 = 30%)

Tab. 15: Logopädienspezifische Quellenbezüge in den pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen

Eine erste Interpretation auf Basis dieser Inhaltsanalyse von schriftlich dargelegten therapeutischen Selbstverständnissen lässt folgende Hypothesen zu: Sprachtherapeutinnen dieser Stichprobe betrachten Emotionalität als eine relevante Größe für ihre therapeutische Arbeit, dabei hat der direkte Bezug zur Emotionalität einen geringeren Stellenwert als eine übergreifende Haltung. Der theoretische Bezug zur Reflexion von Emotionen fällt gegenüber dem fachspezifischen Bezug (im engeren Sinne sprachtherapeutischen) deutlich geringer aus.

## 7. Diskussion der Methodik

In den vorangehenden Kapiteln wurde schon im Zuge der Darstellung von Erhebungs- und Auswertungsmethoden die ein oder andere Methodenkritik laut. Diese soll nun aufgegriffen und vertieft werden.

Eines der grössten Probleme dieser Studie ist die nicht vorhandene Repräsentativität der Stichproben. Alle befragten Sprachtherapeutinnen sind in der Deutschschweiz beschäftigt und repräsentieren insofern eine für die deutschsprachige Logopädie spezifische Kultur. Auch wenn ca. die Hälfte davon eine deutsche Ausbildung absolviert hat, ist die Selektivität der Gesamtstichprobe unübersehbar.

Die Befragung als Methode ist insofern fragwürdig, weil sie nur indirekt erfassen kann, wie die Logopädinnen mit sozial-emotional schwierigerem Verhalten tatsächlich umgehen. Allerdings ist eine direkte Beobachtung auch nicht frei von Problemen. So ist das Problem der Reaktivität bei Beobachtung von schwierigen Situationen offensichtlich. Ganz abgesehen davon erscheint es schwierig, Beobachtungsstudien überhaupt durchzuführen, da es enorm aufwändig wäre, so viele unterschiedliche

**Kommentiert [MS49]:** Es sind mehrere, die nicht in Verbindung zueinander stehen.

**Kommentiert [KJ(50):** Eine solche pauschale Aussage ist destruktiv. Solche globalen Bemerkungen zu methodischen Schwächen sind undifferenziert und gehören nicht in ein Gutachten.

Sprachtherapeutinnen beim Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten zu beobachten. So sind die Befragungsergebnisse eigentlich immer mit dem Zusatz «aus Perspektive von Sprachtherapeutinnen» zu versehen. Auch die Befragung ist nicht frei von Reaktivität, insbesondere was das Problem der sozialen Erwünschtheit angeht. Dieses Problem ist bei der Methode der Gruppendiskussion riesig. Zwar kann diese Methode eine vertiefende Sicht auf die untersuchten Phänomene (hier der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten) bieten, jedoch gibt es sehr ernst zu nehmende Einwände, was die Objektivität der Ergebnisse angeht (Bohnsack, 2003). Es ist durchaus vorstellbar, dass z.B. die Dynamik der Gruppendiskussionen einseitig negative Selbstreflexionen generiert hat und die positiven Seiten unter den Tisch gefallen sind. Die inhaltliche Breite der Reflexionen kann bei dieser Methode verloren gehen, je nachdem wie in die Diskussion gestartet wird oder wie soziale Erwünschtheit in der Diskussion unbewusst wirkt. Die Teilnehmerinnen einer Gruppendiskussion beeinflussen sich gegenseitig und die Beiträge sind insofern nicht so frei und unabhängig wie sie es bei Einzelinterviews sind. Insofern lohnt es sich, Beschreibungen von unabhängig voneinander entstandenen Erhebungen miteinander zu vergleichen, um die Vielfalt der Positionen erfassen zu können, so wie das in Kapitel 5.4 mit den Fallbeispielen geschehen ist. Grundsätzlich muss man festhalten: Die Daten aus den Befragungen stellen keine objektiven Daten der tatsächlichen Umgangsweisen dar, sondern haben vielmehr einen subjektiven Charakter.

Die Analyse der Fachbücher oder der pädagogischen Selbstverständnisse hat hinsichtlich der Objektivität einen gewissen Vorteil: Weder die Autorinnen der Fachbücher noch die Autorinnen der pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse konnten in irgendeiner Art und Weise ahnen, dass ihr geschriebenes Werk mit emotionspsychologisch relevanten Kriterien analysiert werden würde. Diese Daten sind insofern weniger mit dem Problem der Reaktivität belastet. Dafür gibt es andere Probleme. Die Auswahl der Fachbücher folgte keiner Systematik, sondern wurde den Studierenden überlassen und folgte deren inhaltlichem Interesse. Angesichts der geringen Anzahl der Fachbücher (es waren nur sechs) wäre es absurd, einen repräsentativen Anspruch an die Daten zu erheben. Die punktuelle Realisierung von qualitativer Inter-Rater-Reliabilität ist innerhalb der selektiven Stichprobe der Fachbücher ein bescheidenes Unterfangen, um die Probleme der Uneindeutigkeit bei der Textanalyse auszugleichen. Die Stichprobe der Logopädinnen, deren pädagogisch-therapeutisches Selbstverständnis analysiert wurde kann man bei einem N = 30 nicht als repräsentativ bezeichnet werden. Trotzdem erscheint ein zentrales Ergebnis dieser beiden Dokumentenanalysen plausibel: Die Diskrepanz zwischen der hohen Bedeutung von Beziehung und Ganzheitlichkeit für die Logopädinnen bei einer gleichzeitig eher geringen theoretischen Reflexionstiefe von Emotionalität. Dieses Ergebnis darf man als hypothetisch bezeichnen, genau wie man den Ergebnissen der Studie insgesamt nicht mehr als einen hypothetischen Charakter zuschreiben darf, auch wenn durch die Methodentriangulation eine Form von erhöhter Reliabilität erreicht wurde. Die Theorietriangulation erscheint vordergründig angemessen, um der Komplexität des in dieser Untersuchung betrachteten Gegenstandes gerecht zu werden und sie hat daher das Potential, die Validität der Untersuchung zu erhöhen. Jedoch ist die Triangulation (egal ob mit Methoden oder Theorien) ein aufwändiges Verfahren, und man muss sich fragen, ob die Ergebnisse auch mit weniger Aufwand hätten generiert werden können bzw. ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis gerechtfertigt ist. Was die Theorietriangulation angeht, muss man sich fragen, ob auch weniger theoretische Zugänge ausgereicht hätten, um die Fragen zu beantworten. In Kapitel

**Kommentiert [MS51]:** Es wird an keiner Stelle berichtet, warum (ergänzend) zu den Einzelinterviews auf diese Form der Erhebung zurückgegriffen wird – und inwieweit die Daten in der Ergebnisdarstellung zusammengefasst werden.

**Kommentiert [KJ(52):** Diese Aussage des Gutachters weise ich zurück. Die Gruppendiskussion wurde genau wie die Einzelinterviews als Methode begründet, um den Umgang der Logopädinnen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu erfassen.

Warum fordert der Gutachter darüber hinaus eine extra Begründung für die Gruppendiskussion?

Die Zusammenführung der Ergebnisse aus Einzelinterviews und Gruppendiskussion wurde ausdrücklich formuliert und begründet (unter 5. Auf S. 19 dieses Dokumentes)

**Kommentiert [MS53]:** - ohne Kommentar -

**Kommentiert [KJ(54):** was will der Gutachter mit dieser Bemerkung zum Ausdruck bringen?

2 wurde angedeutet, dass die Emotionsregulation und die Theorie der kognizierten Kontrolle einen hohen Grad an Gemeinsamkeit haben. Wenn das so ist, könnte man sich u.U. in Zukunft für eine von beiden entscheiden.

Ein kritisches Kosten-Nutzen-Verhältnis hatte bei vorliegender Studie die Analyse der Fachbücher. Da die Verallgemeinerbarkeit doch recht gering ist, technische Hilfsmittel (= computergestützte Begriffssuche) nicht eingesetzt werden konnten und die methodischen Schwierigkeiten der eindeutigen Zuordnung von emotionsrelevanten Umschreibungen zu den Kategorien gross waren, würde der Autor diesen Teil des Studienstrangs 3 nicht mehr initiieren. Das zentrale Ergebnis der Dokumentenanalyse, nämlich die relativ geringe theoretische Reflexion der sozial-emotionalen Ebene, konnte mit der Analyse der schriftlichen Selbstverständnisse auf viel sparsamere Art und Weise gefunden werden. Alle nun folgenden zusammenfassenden Interpretationen und Diskussionen sollen unter dem Hypothesenstatus der Ergebnisse betrachtet werden.

**Kommentiert [MS55]:** Warum wird dann dieser Strang in 14.000 Zeichen hier berichtet?

**Kommentiert [KJ(56):** Weil trotz der methodischen Schwierigkeiten die Hypothese der geringen Reflexion von Emotionalität in der Sprachtherapie durch die Untersuchung der Fachbücher erhärtet und als berechtigt formuliert werden konnte. Warum führt der Gutachter die Anzahl der Zeichen an dieser Stelle auf?

## 8. Beantwortung der Fragestellungen mit Diskussion und Ausblick

Die hier vorgestellten Daten aus Fragebogenerhebung, Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Dokumentenanalysen haben einen ersten Einblick zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie gebracht und deren Diskussion angeregt. Zusammenfassend können die Fragen in hypothetischer Form beantwortet werden. Dabei wird kurz auf deren empirischen Hintergrund verwiesen und eine weitere Diskussion geführt bzw. ein Ausblick samt weiterführenden Fragen gegeben.

### Vorgängige Frage:

Welche sozial-emotional schwierigen Verhaltensweisen bei Kindern werden von Sprachtherapeutinnen im Zuge ihres beruflichen Handelns wahrgenommen?

### Antworten, Diskussion und Ausblick

Sprachtherapeutinnen sehen sich mit einer Vielfalt an sozial-emotional schwierigem Verhalten konfrontiert.

Dies ergibt sich aus der hohen Anzahl von genannten problematischen Emotionen und damit assoziierten Verhaltensweisen in den mündlichen Befragungen.

Es dominiert sozial-emotional schwieriges Verhalten im Zusammenhang mit der Basisemotionen Angst und Scham. Die schwierigsten Verhaltensweisen, sind Vermeidung (Verweigerung eingeschlossen) und die Folgen von der Unfähigkeit der Kinder, sich konzentrieren zu können. Dies wurde durch die Befragung der Logopädinnen mittels Fragebogen deutlich.

Externalisierend sozial-emotional schwierige Verhaltensweisen werden häufiger genannt als internalisierende Verhaltensweisen. Dies wird durch die Ergebnisse der Einzelinterviews und Gruppendiskussionen nahe gelegt.

Das war zu erwarten, da externalisierende Verhaltensweisen für das Umfeld (und damit auch für die Logopädin) auffälliger sind als internalisierende.

**Zentrale Frage:**

Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten bei Kindern um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

**Antworten, Diskussion und Ausblick**

Die Umgangsweisen der Sprachtherapeutinnen mit den Schwierigkeiten sind vielfältig. Diese Hypothese lässt sich aus der hohen Anzahl von genannten Umgangsweisen in den Befragungen ableiten.

Die Umgangsweisen sind bekannten und bewährten Methoden aus der Psychotherapie und spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zuzuordnen. Diese Aussage lässt sich aus der deduktiven Analyse der Umgangsweisen mit der theoretischen Perspektive der Emotionsregulation ableiten.

Sprachtherapeutinnen wenden offensichtlich diese Methoden an, wobei nicht sicher ist, wie genau dies geschieht. Um dies herauszufinden, müsste man die Logopädinnen bei der Umsetzung beobachten.

Welches sind die favorisierten Umgangsweisen? Die Methodik der Befragungen von 22 Logopädinnen erlaubte keine Gewichtung. Außer für das Gespräch als Maßnahme, welches von allen 22 Logopädinnen angewandt wird, konnte aus dem qualitativen Datenmaterial keine Häufigkeitsanalyse und damit eine Gewichtung der Maßnahmen vorgenommen werden. Besser dafür geeignet wäre ein Survey.

Es wäre daher wünschenswert eine groß angelegte Fragebogenaktion auf Basis der in dieser Untersuchung generierten Hypothesen durchzuführen. Viele der Hypothesen könnten so geprüft werden und eine Antwort auf die Frage nach den favorisierten Umgangsweisen könnte gefunden werden.

Bei einem genügend großen N könnte man mit solchen Fragebogendaten unter Zuhilfenahme von faktorenanalytischen Statistiken versuchen, eine Typologie der Umgangsweisen zu erschaffen. Die vorliegende Untersuchung hat auf eine qualitative Kategorisierung der Umgangsweisen ganz bewusst verzichtet.

Zentrales Umgangsmittel ist das Gespräch. Alle befragten Sprachtherapeutinnen ohne Ausnahme berichten von Gesprächen mit ihren Klienten über deren sozial-emotionale Schwierigkeiten und geben weitere Umgangsweisen an, die mit dem Gespräch eng assoziiert sind (z.B. Verständnis zeigen, empathisch sein)

Es gibt sprachtherapeutische Ansätze, die einer Bearbeitung der emotionalen Ebene möglicherweise näherstehen als andere. Es werden von den Logopädinnen HOT, der Ansatz nach Zollinger und das Heidelberger Elterntraining genannt, was sehr wahrscheinlich nicht erschöpfend ist. Gibt es noch andere?

Es werden Ansätze aus Nachbardisziplinen in die Sprachtherapie integriert oder mit ihr kombiniert, um sozial-emotionale Schwierigkeiten zu bearbeiten. Von den Logopädinnen werden hier Theaterpädagogik, Erlebnispädagogik, und kreative Gestaltung genannt und weitere Maßnahmen (z.B. Humor) mit den unterschiedlichsten theoretischen Hintergründen. Auch diese Aufzählung ist sehr wahrscheinlich nicht erschöpfend und es stellt sich die Frage, welche anderen Kombinationen mit Nachbardisziplinen es gibt und ob es solche gibt, die von Logopädinnen favorisiert werden.

Es gibt Umgangsweisen, die von den Sprachtherapeutinnen kritisch betrachtet werden und auch solche, die ihnen wenig nützlich erscheinen.

Dazu gehören Drohen, Zwang ausüben, Ignorieren und physisches Festhalten. Die Kritik an den Maßnahmen wurde als Selbstkritik formuliert. Man muss dementsprechend eine Diskrepanz zwischen dem „Soll“, also dem eigenen Anspruch solche Maßnahmen nicht zu ergreifen und dem „Ist“ (nämlich solche Umgangsweisen zu praktizieren) vermuten. Dahinter stecken eine Fülle ungeklärter Fragen, die an dieser Stelle nur durch zwei Fragen angedeutet werden können: Sind solche Umgangsweisen in jedem Fall pädagogisch wenig angemessen, wie es die Selbstkritik der Logopädinnen vermuten lässt? Wie gehen Logopädinnen mit solchen vermeintlichen Soll-Ist-Diskrepanzen um?

Die Wirksamkeit aller Umgangsweisen in der Sprachtherapie ist ungewiss. Es gibt keine externen Evidenzen zu den Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädie. Es wäre wünschenswert experimentelle Settings zu arrangieren, um einer Antwort auf die Frage nach der Wirksamkeit näher zu kommen.

Die Selbstreflexionen der Sprachtherapeutinnen sind geprägt von einem Gefühl von Kontrollverlust und damit einhergehenden negativen Emotionen, die beim Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten der Klienten entstehen.

Es gibt eine Abhängigkeit der Umgangsweisen von der Qualität der emotionalen Schwierigkeit. Dies erscheint trivial, denn dass die mit Wut gepaarte Aggression etwas anderes auslöst als die mit Scham assoziierte Traurigkeit ist offensichtlich. Trotzdem wäre es interessant zu wissen, inwiefern es eine Systematik der Umgangsweisen in Abhängigkeit von der Qualität der sozial-emotionalen Schwierigkeit gibt und welchen Grad an Bewusstheit es bei den Logopädinnen hierzu gibt. Der Grad der Bewusstheit ist bei nachfolgender Hypothese zentral.

Es gibt sehr unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten. Dies wurde insbesondere durch die beiden Fallbeispiele exemplarisch deutlich. Es wäre interessant zu erkunden, wie diese unterschiedlichen Selbstverständnisse begründet werden. Andererseits deuten die Analyseergebnisse der schriftlichen pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse darauf hin, dass den meisten Logopädinnen die Beziehung zu ihren Klienten und eine ganzheitliche Sichtweise wichtig ist. Dies spricht dafür, dass für eine Mehrzahl der Sprachtherapeutinnen die sozial-emotionale Ebene eine große Bedeutung hat und sie diese in ihre Arbeit einbeziehen.

Die Anforderungen an den Berufsstand der Sprachtherapeutin zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten sind unklar. Eine Klärung wäre in vielerlei Hinsicht wünschenswert. Aus berufspolitischer Perspektive spielen hier ökonomische Aspekte eine Rolle. Wieviel Zeit wird einer logopädischen Therapie zugestanden und welche Entlohnung gibt es für diese Leistung, wenn diese Therapie auch Leistungen erbringt, welche auf einer sozial-emotionalen Ebene angesiedelt sind?

Sprachtherapeutische Handlungsbereiche mit Schwerpunkt auf der emotionalen Ebene (z.B. Mutismus oder Stottern) können auch für vermeintlich emotionsferne Handlungsbereiche Lösungen für sozial-emotional schwieriges Verhalten anbieten. Hier wurden von den Logopädinnen Techniken wie safe-place genannt und die systematische Desensibilisierung wurde als Möglichkeit vom Autor ins Spiel gebracht, um Angst bzw. Scham bei Artikulationsstörungen zu begegnen. Eine

Vernetzung der unterschiedlichen Handlungsbereiche innerhalb der Logopädie könnte im Themenfeld Emotion (und Motivation?) eine ökonomische Möglichkeit der Professionalisierung für die Sprachtherapie darstellen.

### **Zwei Unterfragen**

- Welche Hinweise auf den Umgang mit Emotionen lassen sich in ausgewählten Fachbüchern zur (Kinder-) Sprachtherapie finden?
- Welche Hinweise auf den Stellenwert von emotionalen Prozessen in der Sprachtherapie lassen sich in schriftlich verfassten pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen finden?

### **Antworten, Diskussion und Ausblick**

Handlungen in sprachtherapeutischen Settings und sprachtherapeutische Interventionen sind durchdrungen von dem Einfluss auf die Emotionalität der Klienten. Diese Aussage lässt sich durch die Analyse von berufsalitäglichen Handlungen mit der Theorie der kognizierten Kontrolle ableiten.

In den ausgewählten Fachbüchern überwiegen die Nennungen von negativen Emotionen gegenüber den positiven Emotionen auf Seiten der Klienten. In den pädagogisch therapeutischen Selbstverständnissen ist es anders. Dort überwiegen die Nennungen der positiven Emotionen im Zusammenhang mit der Gestaltung einer Stimmung bzw. Atmosphäre für die Klienten. Dies muss kein Widerspruch sein. In den Fachbüchern geht es vornehmlich um die Probleme (also auch die negativen Emotionen), die behandelt werden müssen, während es in den Selbstverständnissen um die Grundhaltung der Therapeutinnen geht, die mit positiven Emotionen beschrieben wird.

Motivationale Aspekte scheinen im Zusammenhang mit der Emotionalität in der logopädischen Therapie eine wichtige Rolle zu spielen.

Dies wurde durch die Dokumentenanalyse der Fachbücher und der pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnisse offensichtlich. Aus theoretischer Perspektive war das zu erwarten, da das Konstrukt Motivation sehr eng mit dem Konstrukt Emotion verknüpft ist (Rothermund & Eder, 2011; Brandstätter et al., 2013).

Es gibt eine Diskrepanz zwischen der hohen Gewichtung der sozial-emotionalen Ebene und dem Grad an theoretischer Reflexion derselben.

Diese Hypothese kann insbesondere aus der Analyse der pädagogischen Selbstverständnisse abgeleitet werden. Die geringe Anzahl der Quellenbezüge zum Thema Emotion und Motivation in den Fachbüchern spricht ebenfalls für diese Hypothese. Sie ist relevant im Zusammenhang mit der Frage nach der Zuständigkeit von Logopädinnen bei sozial-emotional schwierigem Verhalten: Braucht es überhaupt eine tiefere Reflexion der Emotionalität in der Logopädie? Die Teilnehmerinnen der einen Gruppendiskussion haben sich als Aktionsforscherinnen durch ihre intensive Auseinandersetzung mit dem Thema eine theoretische Sensibilisierung für Emotionalität und für den Umgang mit sozial-emotional schwierigem Verhalten erarbeitet. Es wäre interessant zu erfahren, ob diese Sensibilisierung ihnen im konkreten Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten hilft.

## Literatur

- Achhammer, B. (2014). Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten fördern. Grundlagen und Anleitung für die Sprachtherapie in der Gruppe. München: Reinhardt.
- Ahrbeck, B. & Willmann, M. (2010). Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amrein, J. (2020). *Humor und Provokation in der Kommunikation*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Auszra, L., Herrmann, I.R. & Greenberg, L.S. (2017). *Emotionsfokussierte Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Avemarie, L. (2016). *Die sozial-emotionale Entwicklung sprachbehinderter Kinder unter Berücksichtigung des elterlichen Belastungserlebens und der pragmatisch-kommunikativen Kompetenz*. Unveröffentlichte Dissertation, Pädagogische Hochschule: Heidelberg.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bodenmann, G., Perrez, M. & Schäfer, M. (2011). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bohnsack, R. (2003). Gruppendiskussion. In: Flick et al.: *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie.
- Böcker, J. (2018). *Emotionsfokussierte Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Brandstätter, V., Schuler, J. Puca, R.M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion*. Heidelberg: Springer.
- Braun, W., Schneider, K. & Kohler, J. (2016). Sprechen als Hochseilakt. 15 Jahre „Stotterchamp“ am Bodensee. *Forum Logopädie* 2(30), 2-9.
- Buschmann, A. (2017). *Heidelberger Elterntraining frühe Sprachförderung*. München: Elsevier.
- Bushman, B. J. Baumeister, R. F. & Phillips, C. M (2001). Do people aggress to improve their Mood? Catharsis beliefs, affect regulation opportunity, and aggressive responding. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 17–32.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2002). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Van der Donk, C., van Lanen, B. Wright, M.T. (2014). *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Bern: Hans Huber.
- EDK (2020): *Leitfaden zur Evaluation der Berufspraxis in Logopädie*. Download am 29.12.2020 <https://www.hfh.ch/de/ausbildung/ba-logopaedie/ausgleichsmassnahmen-logopaedie>
- Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). *Therapietool Emotionsregulation*. Weinheim / Basel: Psychologie Verlags Union.
- Fabian, E. (2015). *Humor und seine Bedeutung in der Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Falkal, P. & Wittchen, U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. A., Hörmann, G. (Hrsg.) (1978). *Aktionsforschung in Psychologie und Pädagogik*. Darmstadt: Steinkopf-Verlag.
- Flick, U., von Kardoff, E. & Krupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. 3. Auflage. Hamburg: Rowohlt.



- Fox, A. (2016). *Kindliche Aussprachestörungen* (7. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Frey, D., & Jonas, E. (2002). Theorie der kognizierten Kontrolle. In D. Frey und M. Irle (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie Band 3*. (2. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Gerbig, T., Spieß, C., Berg, M. & Sarimski, K. (2018). Soziale Ausgrenzung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forschung Sprache* (1), S. 63 – 72.
- Göldner, J., Hansen, H., Wanetschka, V. (2017): Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. Strukturierte Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands. *Forum Logopädie*, 31(5), 12-19.
- Goleman, D. (2018). *Emotionale Intelligenz*. München: dtv.
- Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grohnfeldt, M. (2012). Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie. München: Reinhardt.
- Grohnfeldt, M. (2017). Zur Komplexität von Sprachentwicklungsstörungen, kognitiven und sozial-emotionalen Störungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien*, 161-169. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haag, F., Krüger, H., Schwärzel, W. & Wildt, J. (1975). *Aktionsforschung*. München: Juventa-Verlag.
- Häussler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Hautzinger, M. (2015). Verhaltensverträge. In M. Linden und M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, S. 299-303. Berlin: Springer.
- Hildebrand, M. & Kowalczyk, C. (1999). *Wenn ich fließend sprechen könnte: Lebensgeschichten von Stotternden*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hoffmann, N. (2018). *Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Juventa
- Hülshoff, T. (1999) Emotionen. München: E. Reinhardt
- In-Albon, T. (Hrsg) (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Katz-Bernstein, N. (2005): *Selektiver Mutismus bei Kindern*. München: Reinhardt.
- Kohler, J. & Braun, W. (2020). Beginnendes Stottern. *Kinder und Jugendarzt. Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.* 51, 08/20, 539 – 546.
- Kohler, J. (2021). Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie. *Praxis Sprache*, 1, 9 – 20.
- Kraft, E., Hersperger, M. & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93, 1485 – 1489.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Zürich: Hogrefe.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Göttingen. Hogrefe.
- Lammers, C-H. (2015). *Emotionsfokussierte Methoden*. Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (2001a): Beobachtung. In: Hug, T. (Hrsg): *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen. Bd. 2: Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften*. Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 265 – 281

- Lamnek, S. (2001b): Befragung. In: Hug, T. (Hrsg.): Wie kommt Wissenschaft zu Wissen. Bd. 2: Einführung in die Methodologie der Sozial- und Kulturwissenschaften Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 282 – 287
- Lüdtke, U. (2012). Emotion und Sprache. Theoretische Grundlagen für die sprachtherapeutisch-logopädische Praxis. *SAL-Bulletin* Nr. 143, 5-22.
- Mayring, P. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Moser, H. (1975). *Praxis der Aktionsforschung*. München: Kösel.
- Moser, H. (2015). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung*. Freiburg: Lambertus
- Natke, U., & Alpermann, A. (2010). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Noterdaeme, M. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 3, 38-47.
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2016). *Stärke statt Macht. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003). Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2005). Training mit aggressiven Kindern (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2018). *Lernen. Grundlagen und Anwendungen* (2. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Fischer
- Rothermund, K. & Eder, A. (2011). Emotion und Motivation. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56 – 67.
- Sarimski, K., Röttgers, M. & Hintermair, M. (2015). Pragmatische Kompetenzen und sozial-emotionale Probleme spracherwerbsgestörter Kinder. *LOGOS interdisziplinär*, 84 – 91.
- Schmidt-Azert, L., Peper, M & Stemmler, G. (2014). Emotionspsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Schönauer-Schneider, W. (2014). Komplexität von Sprachstörungen und ihre Verbindungen zu Lern- und Verhaltensstörungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie*, 103-109. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. (2016): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag
- Spreer, M. & Glück, C. & (2014). Herausforderndes Verhalten im Kontext sprachlicher Entwicklung. In K. Popp. & A. Methner (Hrsg.), *Schülerinnen und Schüler mit herausforderndem Verhalten: Hilfen für die schulische Praxis* (S.73-83). Stuttgart: Kohlhammer.
- Suchodoletz, W. V. & Macharey, G. (2006). Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 711-723.
- Szczerba, N. (2017). *Bedingungen der Sprachentwicklung – welche Rolle spielt dabei die soziale Kompetenz? Eine quantitative Interdependenz von rezeptiven sprachlichen und sozialen Kompetenzen am Übergang in die Grundschule*. Unveröffentlichte Dissertation. Hamburg: Universität.
- TimeTEX (2020). Unterrichtshilfen der Firma TimeTEX. Internet: <https://www.timetex.ch/unterrichtshilfen-lernhilfen> aufgerufen am 29.8.2020.
- Weigl, I. & Reddemann-Tschaikner, M. (2009). *HOT – ein Handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme.

Zollinger, B. (2015). *Die Entdeckung der Sprache* (9. Aufl.). Bern: Haupt.  
Zückner, H. (2009). *Die Desensibilisierung*. Neuss: Natke-Verlag

Ich kann das Bedenken des Gutachters nachvollziehen, insbesondere ist die Anzahl der Störungsbilder willkürlich und der Differenzierungsgrad diskussionwürdig, muss aber entgegenhalten, dass die Möglichkeit des Hinzufügens von Items die Subjektivität relativiert, denn die Befragten haben davon keinen Gebrauch gemacht und insofern signalisiert, dass aus ihrer Perspektive diese Auflistung offensichtlich erschöpfend ist.

Das Anführen von Dysglossien als ein eigenständig relevantes Störungsbild in der Auflistung verstehe ich nicht, da die Dysglossie unter Artikulationsstörung subsumiert werden kann. Es wurden auf der Abstraktionsstufe der Liste ja auch keine Trennung von Phonologie und Phonetik vorgenommen. Der Gutachter fordert hier eine Differenzierung, die für diese Abstraktionsstufe aus meiner Perspektive nicht notwendig ist. Das Anführen von Dysarthrien im Zusammenhang mit einer Liste, welche den Anspruch hat, Handlungsbereiche der Kindersprachtherapie aufzuführen ist ebenfalls aus meiner Perspektive nicht zielführend, da dieser Begriff hauptsächlich für den Erwachsenenbereich verwandt wird. Auch kann man Dysarthrie unter Stimme und Artikulation einordnen, da dies die Hauptsymptome einer Dysarthrie sind.

Das Ergebnis einer Befragung ist immer eine Folge der dahinterliegenden Konstruktion. Alle theoretischen Annahmen sind Konstrukte und bilden die inhaltliche Grundlage für eine Befragung. Insofern verstehe ich die Anmerkung des Gutachters nicht. Letztendlich bleibt die Frage, ob die Auflistung die relevanten Störungsbilder in der Kindersprachtherapie angemessen repräsentiert und ob die Auflistung der Emotionen die sozial-emotionalen Schwierigkeiten und die damit assoziierten Verhaltensweisen gut repräsentieren. Aus meiner Perspektive tun sie das.

Die Inhaltlichen Gründe für einen möglichen Vergleich der Wertigkeit sind daher aus meiner Perspektive gegeben.

# Zusammenfassende Bewertung des Artikels 1 von Gutachter B

## Bewertungsgrundlage zur Begutachtung empirischer Forschung

Die Checkliste unterstützt Sie bei der Begutachtung des zu bewertenden Beitrags. Denken Sie daran, dass Kritik sowohl **positive** als auch **negative** Beurteilungen umfassen kann.

**Manuskript (Titel): Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen\***

### Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um

- ☒ einen Hauptbeitrag
- ☐ Work in progress
- ☐ abweichende Empfehlung: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

### Einleitung

- ☒ Die Absicht der Studie/des Artikels wird deutlich.
- ☐ Der Autor/die Autorin liefert eine ausreichende und überzeugende Begründung für die Studie.

### Möglicher Kommentar:

Die in Kap. 1.1 formulierten Fragestellungen können mit der knappen Einleitung nicht umfänglich vorbereitet werden, da in diesen begriffliche Wechsel hinsichtlich des Fokus vorgenommen werden.

**Kommentiert [KJ(1):** Dem stimme ich zu. Die Einleitung sollte ausführlicher sein.

### Konzeptioneller/ Theoretischer Rahmen

- ☒ Es wird ein konzeptioneller/theoretischer Rahmen nachvollziehbar dargestellt.
- ☒ Der Bezug zu aktuellen und relevanten Studien wird hergestellt.
- ☐ Es wurden passende Hypothesen bzw. Fragestellungen vom konzeptionellen oder theoretischen Rahmen abgeleitet.

### Möglicher Kommentar:

inhaltlich hoch relevanter Beitrag mit ausführlicher, theoretischer Rahmung;  
Formulierung der Fragestellungen wirft Fragen auf: Wo geht es um sozial-emotionale Probleme, wo geht es um den Beitrag von Emotionen (also viel offenere Frage)?

**Kommentiert [KJ(2):** Das ist aus meiner Perspektive hinreichend genau durch die Fragestellung ausgedrückt.

**Kommentiert [KJ(3):** Die Unterfragen heissen so, weil sie sich auf die Hauptfrage beziehen. Damit wird aus meiner Perspektive der Stellenwert von Emotionen in den Fachbüchern und den pädagogischen Selbstverständnissen in den Fragestellungen genügend spezifiziert.

### Probanden bzw. Informationsquellen, Instrumente, Messungen und Vorgehen

- ☐ Die Probanden bzw. Informationsquellen der Studie werden nachvollziehbar und in wissenschaftlichem Stil beschrieben (Methode zur Auswahl, Merkmale...).
- ☐ Das Vorgehen zur Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben, so dass eine Wiederholung des Vorgehens möglich wäre.
- ☐ Es findet eine eindeutige Beschreibung der Erhebungsinstrumente bzw. der Vorgehensweise und deren Verwendung statt.
- ☐ Die Auswertungsmethode wird deutlich erklärt und ist den Fragestellungen angemessen.
- ☐ Falls Therapie/Förderung stattfand: Die Interventionen werden ausreichend detailliert beschrieben.

#### Möglicher Kommentar:

Studienstrang 1:

ist nur mit Überarbeitung anzunehmen, methodische und methodologische Ungenauigkeiten sind zu groß (!) einzelne Abschnitte enthalten Ergebnisse/Interpretationen, die im gewählten Design nicht zulässig sind. Die Formulierung der Items der Fragebögen sind z.T. unklar und z.T. zu weitgehend interpretiert.

Studienstrang 2:

wichtige methodische Aspekte werden nicht ausgeführt (u.a. Codierung) und damit ist die Nachvollziehbarkeit eingeschränkt

Studienstrang 3:

a) methodische Planung nicht möglich, da Studierende selbst über Auswahl der Bücher bestimmen

#### Ergebnisse

- ☐ Die Ergebnisse sind übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt.
- ☐ Die verwendeten Abbildungen und Tabellen sind erforderlich und selbsterklärend. Es fehlen keine Informationen.

#### Möglicher Kommentar:

Studienstrang 1: wie im Hauptdokument kommentiert, erfolgen hier teilweise sehr weitgehende Interpretationen sowie ein inhaltlich unzulässiger Vergleich

Studienstrang 2: die Darstellung entspricht weitgehend der in der PS

Studienstrang 3: Ergebnisdarstellung stark interpretativ

Hinweise zu den Abbildungen s. Manuskript

**Kommentiert [KJ(4):** Es ist mir neu, dass die Codierung zum Pflichtprogramm einer Inhaltsanalyse gehört. Diese Inhaltsanalyse wurde ganz bewusst ohne eine Codierung durchgeführt. Die Darstellung der Ergebnisse sollte nahe an den Rohdaten bleiben. Dies wurde auch ausdrücklich so erwähnt. Die deduktive Einordnung der Ergebnisse in Kategorien der Theorien ist der ordnende Teil dieser Inhaltsanalyse.

**Kommentiert [KJ(5):** Wieso soll die methodische Planung unmöglich sein, wenn das Ausgangsmaterial nicht systematisch ausgewählt wurde?

**Kommentiert [KJ(6):** Das kann ich nicht nachvollziehen

#### Diskussion und Schlussfolgerungen

- ☐ Es gibt eine angemessene Interpretation der Ergebnisse und eine auf dem Forschungsproblem basierende Diskussion.
- ☐ Die Schlussfolgerungen werden insgesamt klar und basierend auf den Ergebnissen formuliert.

#### Möglicher Kommentar:

Es werden sehr weitreichende Schlussfolgerungen auf der Basis hoch interpretativer Aussagen getätigt, die gegenüber dem bereits publizierten Papier kaum Erkenntnisgewinn mit sich bringen.

### Abschließende Bewertung:

- ☐ Das Manuskript ist **uneingeschränkt** für die Publikation geeignet.
- ☐ Wir verweisen auf die **markierten Einwände** bzw. **Verbesserungsvorschläge** des Gutachters, die wir bei der Überarbeitung **auf jeden Fall** zu berücksichtigen bitten.

### Abschließender Kommentar:

Die Darstellung des Studienstrangs 2 entspricht weitestgehend der Darstellung in der Praxis Sprache und bietet somit keine neuen Informationen.

Die vorgenommene Analyse der Lehrwerke wird vom Autor selbst im Rückblick kritisch betrachtet und bringt keinen **Mehrwert** – so stellt sich die Frage, weshalb diese methodisch zweifelhafte Erhebung hier mit eingereicht wurde.

Die skizzierten Notwendigkeiten der Überarbeitung (s. auch Hauptdokument) können an manchen Stellen sicherlich wie vorgeschlagen umgesetzt werden (z.B. fehlende Berichte zu methodischen Schritten). Es ist aber davon auszugehen, dass dies bezüglich einiger ebenfalls genannter Punkte nachträglich so nicht möglich sein wird, da dies die Anlage und Auswertungsmodi der Teilstudien betrifft.

Da nur die Umsetzung aller angesprochenen Überarbeitungshinweise die Publikation in der Forschung Sprache rechtfertigen würde (in Erweiterung des bereits vorliegenden 11seitigen Papers in der Praxis Sprache), ist der Beitrag abzulehnen.

### Verbesserungsvorschläge für den Autor:

s. Hauptdokument

**Kommentiert [KJ(7):** Die Kosten-Nutzen-Analyse fällt schlecht aus und wird so auch reflektiert. Aber: Die Berechtigung, eine Hypothese aufzustellen wird dadurch gestärkt. Aus meiner Perspektive rechtfertigt dieser Umstand, den Studienstrang darzustellen und stellt den Mehrwert dar.  
Ein weiterer Mehrwert ist in der selbstreflexiven Methodenkritik angesiedelt.

# Artikel 2 mit Kommentaren von Gutachter C plus Repliken

## Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der Sprachtherapie aus Sicht von Logopädinnen

### Hintergrund

Der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten bzw. sozial-emotionalen Schwierigkeiten und Sprachstörungen ist vielfach belegt. Welche Rolle die Logopädin im Umgang mit diesen Problemen bei Kindern und Erwachsenen übernimmt, ist bislang wenig erforscht.

### Fragestellungen

Welche sozial-emotionalen Probleme mit welcher Gewichtung werden von Sprachtherapeutinnen bei ihrem Klientel wahrgenommen? Welche Erklärungen und Gründe für die Schwierigkeiten werden als relevant eingeschätzt? Wie gehen sie mit diesen Schwierigkeiten um?

### Methodik

Aus den Ergebnissen von vorgängigen Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Logopädinnen zum Thema wurden Items für einen umfangreichen Fragebogen abgeleitet, der von insgesamt N=338 Logopädinnen bearbeitet wurde. Für die Auswertungen wurden quantitativ deskriptive und inferenzstatistische Verfahren verwandt.

### Ergebnisse

Sprachtherapeutinnen begegnen einer Vielzahl von sozial-emotionalen Problemen mit unterschiedlicher Relevanz. Einige davon sind unabhängig vom Störungsbild, andere haben ihren Schwerpunkt in einem ganz bestimmten Handlungsfeld der Sprachtherapie. Der Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ist vielfältig. Es gibt störungsbildunabhängige Umgangsweisen und andere, welche mit spezifischen Merkmalen des Klientels einhergehen oder mit der Besonderheit einer sozial-emotionalen Problematik zusammenhängen.

### Schlussfolgerungen

Die Untersuchung hat Ergebnisse mit dem Potential an Verallgemeinerungsfähigkeit generiert. Sie können eine Grundlage für Entscheidungen im Bereich der Ausbildung und Berufspolitik sein. Teilweise können auf Grundlage der Ergebnisse spezifische Handlungsnotwendigkeiten für den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie diskutiert werden. Es können je nach angelegter theoretischen Perspektive Gemeinsamkeiten und / oder Abgrenzungen zur Heil- und Sonderpädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten oder zur Psychotherapie diskutiert werden.

Kommentiert [A1]: Terminologiewechsel

Kommentiert [A2]:

Schlüsselwörter: Verhaltensauffälligkeit, sozial-emotionale Schwierigkeiten, Sprachtherapie



## 1. Einleitung und theoretische Zugänge

Um so ein komplexes Phänomen wie «wahrgenommenes sozial-emotional schwieriges Verhalten» zu erfassen, sind vielerlei theoretische Zugänge möglich. Die Entscheidung fiel auf vier theoretische Perspektiven, die im Folgenden einführend erläutert werden. Gleichzeitig wird die Entscheidung begründet, indem die Bedeutung für Sprachtherapie beispielhaft dargelegt wird. Es handelt sich um die

- Theorie der kognizierten Kontrolle
- Allgemeine Emotionspsychologie
- Emotionsregulation
- Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Die Kombination von unterschiedlichen theoretischen Quellen bei der Betrachtung und Erklärung eines Phänomens entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Theorietriangulation (Flick, 2008).

### 1.1 Theorie der kognizierten Kontrolle

Die Theorie der kognizierten Kontrolle (Frey & Jonas, 2002) gilt seit geraumer Zeit als wichtiger Beitrag zur Erklärung von emotional-motivationalen Prozessen. Sie wird auch im Sinne einer übergeordneten Theorie (Krampen, 1982) für eine ganze Theoriegruppe betrachtet. Die Gemeinsamkeit aller Einzeltheorien (z.B. Rotter, 1966; Bandura, 1997; Seligmann, 2016) ist die Verwendung des Begriffs *Kontrolle*.

#### 1.1.1. Beeinflussung durch primäre Kontrolle

Unter primärer Kontrolle wird die direkte Einflussnahme zur Veränderung eines Ist-Zustandes verstanden. Alle Tätigkeiten, bei denen Menschen merken, dass sie durch ihr Handeln etwas verändern können, einen Einfluss auf eine Sache oder einen anderen Menschen haben, kann man als primäre Kontrolle bezeichnen. Das trifft auch für Sprachhandlungen zu, bei denen Menschen durch den Gebrauch der Sprache andere Menschen beeinflussen. Menschen wird ein Grundbedürfnis nach dieser Form von Kontrolle zugeschrieben. Gelingende (Sprach-) Handlungen können ein Gefühl der primären Kontrolle auslösen. Immer dann, wenn eine (Sprach-)Handlung gelingt (z.B. eine flüssige Artikulationsbewegung) oder dann, wenn es durch Kommunikation gelingt, den Gesprächspartner zu etwas zu bewegen, ihm etwas verständlich zu machen oder sich dem anderen gegenüber auszudrücken, besteht die Chance einer subjektiv erlebten primären Kontrolle. Insofern gehen alle direkten Übungstherapien in der Logopädie, die eine subjektiv erlebte Kompetenzsteigerung ermöglichen mit einem potentiell günstigen Effekt auf Emotion und Motivation einher.

#### 1.1.2. Beeinflussung durch sekundäre Kontrolle

Sekundäre Kontrolle bezieht sich auf einen der Handlung zeitlich nach- oder vorgeordneten kognitiven Vorgang. Die Umwelt wird nicht direkt beeinflusst, sondern der Mensch versucht sich durch Kognitionen daran anzupassen. Wenn z.B. eine *Erklärung* für eine Handlung im Nachhinein gefunden wird, stellt das einen Akt der sekundären Kontrolle dar. So kann u.U. ein Misserfolg im Ergebnis einer Handlung (= fehlende primäre Kontrolle) so interpretiert werden, dass diese Erklärung ein emotional-motivational positives Erleben erlaubt, und zwar trotz fehlender primärer Kontrolle. Wenn diese Erklärung als Antwort auf eine andere Erklärung folgt, welche die Ursache in der Unfähigkeit der (sprach-)handelnden Person interpretiert hatte (= «ich bin zu blöd, um die Worte zu finden»), spricht man von Umstrukturierung der Kognition. Eine zunächst emotional ungünstige Erklärung (= die eigene Intelligenz wird angezweifelt) wird in eine für sich selbst emotional eher günstige umstrukturiert (= z.B. «der andere hat nicht richtig zugehört»). Sämtliche Erklärungen, die im sprachtherapeutischen Setting gegeben werden, können dementsprechend als Akte einer sekundären Kontrolle betrachtet werden.

**Kommentiert [A3]:** Theorien, Konzepte und Disziplinen werden hier kommentarlos miteinander auf die gleiche Ebene gesetzt – sehr schwierig. Begründung der Auswahl und Reihung gerade dieser Begriffe erfolgt nicht. Nicht-Aufnahme wichtiger Theorien wie der Transaktionalen Stresstheorie Lazarus wird nicht thematisiert.

**Kommentiert [A4R3]:** Ich kann an dieser Nebeneinandersetzung nichts „Schwieriges“ entdecken. Es sind allesamt theoretische Perspektiven allerdings mit unterschiedlicher Geltungsweite bzw. -enge. Wenn der Gutachter eine absolute analytische Trennschärfe zwischen Theorien, Konzepten und Disziplinen sieht, dann würde ich das gerne mit ihm diskutieren. Die gibt es aus meiner Perspektive nämlich nicht absolut sondern nur graduell - zum Beispiel in der Weite oder Enge des Geltungsbereiches. Welche Theorien nun wichtig sind, ist ebenfalls diskussionswürdig. Der Gutachter setzt hier eine Theorie (die nach Lazarus) als unbedingt notwendig. Dem würde ich widersprechen. Ich habe versucht in den weiter unten stehenden Ausführungen zu jeder einzelnen hier gewählten theoretischen Perspektive eine Begründung anhand des Gegenstandes zu geben. Die Auswahl ist also nicht zufällig geschehen. Sicherlich gäbe es auch die Möglichkeit andere Theorien als nützlich zu begründen und heranzuziehen und man kann sich immer streiten, welche wohl die bessere ist. Problematisch finde ich, wenn eine Theorie verabsolutierend als unabkömmlich betrachtet wird.

**Kommentiert [A5]:** Quellenbezug im Absatz?

**Kommentiert [A6]:** Dies nur vor dem Hintergrund des Erlebens von Nicht-Flüssigkeit

**Kommentiert [A7]:** Genauer erklären, warum besonders die direkten Übungstherapien ggü den indirekten Methoden (z.B. Input-Spezifizierung) hervorgehoben werden. Welche Merkmale dies an einer Übungstherapie sein können, bleibt unklar.

**Kommentiert [A8R7]:** Diese Anmerkung verstehe ich nicht: Das entscheidende Merkmal ist die Kontrolle über eine Sprach- bzw. Sprechhandlung. Ein Vergleich zwischen direkten und indirekten Ansätzen ist sicherlich interessant. An dieser Stelle soll aber die Theorie der kognizierten Kontrolle mit Hilfe von Beispielen aus der Sprachtherapie erklärt werden und nicht eine differenzierte Analyse der Übertragbarkeit dieser Theorie auf verschiedene sprachtherapeutische Ansätze gemacht werden.

**Kommentiert [A9]:** Quellenbezug im Absatz?

**Kommentiert [A10]:** Die oben eingeführte Theorie sieht hier die Begriffe Hilfsigkeits- und Bewältigungskognition vor. Alternativ externe und interne Kontrolle – Verweis auf nachfolg. Abschnitt

**Kommentiert [A11]:** „emotional un-/günstig“ im Hinblick auf was?

**Kommentiert [A12R11]:** Die ungünstige bzw. günstige Interpretation wird in der Klammer beispielhaft dargelegt. Zweifel an der eigenen Intelligenz sind selbstabwertend eher ungünstig und die externe Zuschreibung von Verantwortung bei Misslingen eines Kommunikationsaktes sind für die eigene Emotionalität eher günstig

«Erklärungen haben» scheint ebenfalls für den Menschen ein Grundbedürfnis zu sein und ist emotionspsychologisch hochgradig relevant. So gesehen verwundert es nicht, dass Menschen oftmals nach einer Diagnose beruhigt sind, wenn damit eine Erklärung für ihr Leiden geliefert wird. Für die Medizin ist dieses Phänomen zentral, denn eine Funktion von medizinischen Diagnosen ist der Abbau von Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitszustand (Kraft, Hersperger & Herren, 2012). Das entspricht dem Gefühl von sekundärer Kontrolle. In der Sprachtherapie werden Diagnosen in ihrer emotionsrelevanten Funktion z.B. beim Phänomen Stottern angeführt. Wenn bei Erklärungen zur Ätiologie des Stotterns die hohen genetischen Anteile klar formuliert werden, können damit die Schuldgefühle von Bezugspersonen im Zusammenhang mit der Entstehung des kindlichen Stotterns relativiert werden (Kohler & Braun, 2020). Das wirkt emotional positiv entlastend und ist ebenfalls eine Form von sekundärer Kontrolle. Auch wenn man eine Handlung im Voraus so gut plant, dass man sehr gut abschätzen kann, was passieren wird und eine gewisse *Vorhersagbarkeit* eintritt, spricht man von einer (meist emotional günstigen) sekundären Kontrolle durch Kognitionen.

Kommentiert [A13]: „jedenfalls“

Vorbereitungen auf zukünftige Situationen oder das bloße Wissen um deren Eintreten können Sicherheit (= subjektives Kontrollempfinden) geben, die sich emotional positiv auswirken können.

Die Abb. 1 in Anlehnung an Frey und Jonas (2002) veranschaulicht den Zusammenhang der bisher genannten zentralen Begriffe aus der Theorie der kognizierten Kontrolle.

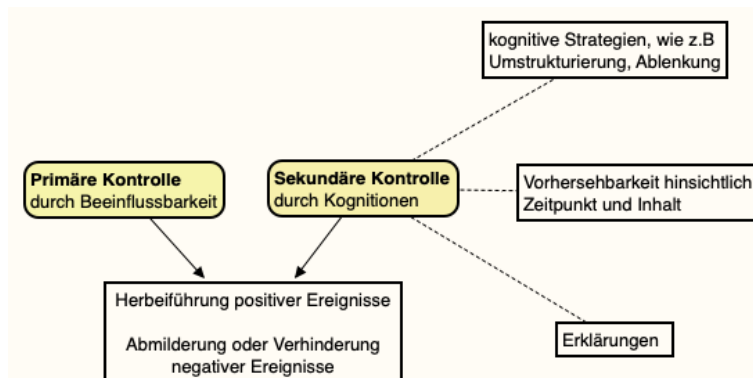


Abb. 1: Primäre und sekundäre Kontrolle im Rahmen der Theorie der kognizierten Kontrolle in Anlehnung an Frey & Jonas, 2002, S. 16 (Kohler, 2021, 10)

### 1.1.3. Differenzierung in interne und externe Kontrolle

Wenn eine ausgeführte Handlung und das daraus resultierende Ergebnis (= die Veränderung des Ist-Zustandes) als Produkt von sich selbst erlebt wird, spricht man von interner Kontrolle. Die Verantwortung für das Gelingen wird sich selbst zugeschrieben (internal = in der Person) und nicht durch den Einfluss von irgendjemand anderem oder der Umwelt (= external) erklärt. Insofern ist das subjektive Empfinden von interner und externer Kontrolle und die damit einhergehenden Erklärungen eine wichtige Voraussetzung für das emotionale Erleben. Bei häufiger Wiederholung von Kontrollempfindungen bildet der Mensch eine **Kontrollüberzeugung** (Rotter, 1966), die insbesondere dann positiv ist, wenn der Erfolg dem eigenen Tun und der Misserfolg äusseren Umständen zugeschrieben wird. Diese emotional günstige Form der Kontrollüberzeugung wird von Bandura (1997) **Selbstwirksamkeitserwartung** genannt. Petermann & Petermann (2018) definieren dies folgendermaßen:

«Bei der Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine **allgemeine** Überzeugung, Verhalten oder Handlungen erfolgreich durchführen zu können» (Petermann & Petermann, 2018, 165).

Kommentiert [A14]: Zitat redundant zu Satz 1 im Absatz

Kontrollüberzeugungen können aber auch negative emotionale Folgen haben, nämlich dann, wenn die Selbstwirksamkeitserwartung fehlt. Die Gesetzmässigkeit der Erklärungen ist dann oft umgekehrt: Erfolge werden äusseren Umständen (externe Kontrolle) zugeschrieben und Misserfolge internal erklärt. So ein Erklärungsmuster muss nicht alle Lebensbereiche betreffen, aber bei Menschen mit Sprachstörungen ist die Gefahr eines sprachbereichsspezifischen Erklärungsmuster mit negativen Folgen für die Emotionalität wahrscheinlich, da sie weniger primäre Kontrollerfahrungen im Bereich Sprache machen.

Kontrollüberzeugungen	
<b>internale Kontrolle</b> betrifft im Selbst liegende Umstände wie z.B. eigene Fähigkeit oder Anstrengung	<b>externale Kontrolle</b> betrifft äussere Umstände wie z.B. Glück, Zufall, mächtige andere Personen

Tab. 1: Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Rotter (1966) (Kohler, 2021, 11)

Neben der Selbstwirksamkeit als emotional positiven Aspekt der Kontrollüberzeugung wurde auch der negative Aspekt von fehlender internaler Kontrollüberzeugung in der Psychologie differenziert. In dieser Diskussion ist das Begriffspaar «**erlernte Hilflosigkeit**» durch Seligmann (2016) bekannt geworden. In Fachbeiträgen zur Pädagogik und auch Sprachtherapie findet man häufig den Begriff **Kontrollverlust** auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Emotionalität. Hierzu ein Beispiel aus dem Bereich der Redeflussstörungen: Insbesondere beim Thema Stottern werden die unfreiwilligen auftretenden Primärsymptome (Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden) als Kontrollverlust erlebt und von den betroffenen Personen (Hildebrand & Kowalczyk, 1999) und in der Fachliteratur (z.B. Natke & Alpermann, 2010 oder Kohler & Braun, 2020) als solcher beschrieben. Therapeutische Interventionen (z.B. Übungen zur Artikulation oder zum Redefluss) sollten dem individuellen Leistungsvermögen der Klienten angepasst sein, damit sie keine Überforderung darstellen und nicht als Kontrollverlust erlebt werden, sondern dem Kontrollverlust entgegenwirken.

Der pädagogische **Allgemeinplatz**, dass man eine Intervention dem Stand des Klienten anpassen sollte, findet in dieser theoretischen Perspektive seine Entsprechung. Eine Übersetzung in die Theorie der erlernten Hilflosigkeit könnte so geschehen: Um einen drohenden Kontrollverlust zu vermeiden (hier bei Überforderung durch einen unangepassten Schwierigkeitsgrad) und damit Kontrolle über mehrere Handlungen hinweg zu gewährleisten, sollten Übungen so angelegt werden, dass sie nicht über einen längeren Zeitraum oder über mehrere Übungswiederholungen mit einem Misserfolg (= Kontrollverlust) abschließen, sonst besteht die Gefahr, dass eine negative Kontrollüberzeugung (= erlernte Hilflosigkeit) für den Übungsgegenstand mit einhergehenden negativen emotionalen und motivationalen Konsequenzen entsteht.

Kommentiert [A15]: Sehr pauschal formulierter Allgemeinplatz. Eine Intervention wird ausgewählt und angepasst nach verschiedenen Kriterien, dabei ist „Stand des Klienten“ mindestens zu differenzieren nach: Ziele, Motivation, Volition, Fähigkeiten, Ressourcen, Entwicklung ... des Klienten. Das Bewältigungsverhalten des Klienten ist dabei EIN durchaus bedeutsames Kriterium.

Kommentiert [A16R15]: Die Gutachterin fordert Differenzierungen, die an dieser Stelle gar nicht erwünscht sind, weil die Theorie nur mit Beispielen aus der Sprachtherapie erklärt wird. Daher wird hier in den Klammern auch ausdrücklich mit z.B. eingeführt.

#### 1.1.4. Fazit zur kognizierten Kontrolle

Im Prinzip haben viele berufsalitägliche Handlungen und Entscheidungen im Rahmen der Sprachtherapie einen Effekt auf die Emotionen der Klienten. Emotionalität und ihre Beeinflussung ist also in (sprach-)therapeutischen und (sprachheil-)pädagogischen Settings allgegenwärtig. Dieser Umstand ist wahrscheinlich allen praktizierenden Sprachtherapeutinnen klar und könnte fast trivial anmuten. Die Begrifflichkeiten der Theorie der kognizierten Kontrolle bietet eine Ordnung an, um sozial-emotional schwieriges Erleben und Verhalten zu erklären.

## 1.2 Allgemeine Emotionspsychologie

Auch wenn der Begriff «Emotion» wahrscheinlich häufig gebraucht wird (Hülshoff, 2006), wird seine Bedeutung in der Psychologie kontrovers diskutiert. Schmidt-Azert et al. (2014) geben daher «nur» folgende Arbeitsdefinition:

«Eine Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.» (Schmidt-Azert, 2014, 25).

Alle drei Ebenen sind beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie von Belang.

Eine grundlegende Einteilung der Emotionspsychologie betrifft die qualitative Bewertung der Emotionen in gute vs. schlechte bzw. in angenehme vs. unangenehme oder **positive vs. negative Emotionen**. Diese Einteilung steht entwicklungspsychologisch in der Chronologie der Emotionsentwicklung auch an erster Stelle. Die Emotionen von **Neugeborenen** werden so klassifiziert.

Eine **Kontroverse** in der Emotionspsychologie betrifft die Betrachtung von **Emotionen als natürliches Phänomen versus als soziales Konstrukt**. Ohne diese Kontroverse hier zu diskutieren, wird durch den Titel des vorliegenden Beitrages klar, dass die soziale Ebene in einer Analyse zur Bedeutung von Emotionalität für die Sprachtherapie einen zentralen Stellenwert hat. Andererseits bietet die Emotionspsychologie in ihrer Betrachtung von Emotionen als natürliches Phänomen die Begrifflichkeit der sogenannten **Grund- oder Basisemotionen** an. Das sind Emotionen, die einfach da sind und die zum Menschsein und seiner ontogenetischen (und auch phylogenetischen) Entwicklung auf ganz natürliche Weise dazugehören. Auch wenn man sich nicht einig ist, welche Emotionen das sind, werden folgende i.d.R. dazugezählt: Freude und Glück, Angst und Furcht, Ärger und Wut, Traurigkeit, Ekel. Ausserdem werden Scham und Stolz oft als Basisemotionen genannt, die zwar in der sozial-emotionalen Entwicklung später auftreten aber in engem Zusammenhang mit motivationalen Prozessen stehen und nicht zuletzt deswegen, genau wie die zuvor genannten Basisemotionen (ausser Ekel) wahrscheinlich einen zentralen Stellenwert in pädagogisch-therapeutischen Situationen haben. Manchmal werden die Basisemotionen auch primäre Emotionen genannt in Abgrenzung zu sekundären oder gar tertiären Emotionen, welche als ein gelerntes Gemisch von Emotionen und Kognitionen angesehen werden. An dieser Stelle wird nachvollziehbar, dass kognitionspsychologische Ansätze wie die oben schon eingeführte Theorie der kognizierten Kontrolle einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von emotionalen Prozessen liefern können. Leider ist die Terminologie der Emotionspsychologie hinsichtlich der Einteilung in primäre und sekundäre Emotionen nicht einheitlich. Mit primärer und sekundärer Emotion wird auch die Aufeinanderfolge von Emotionen in einer zeitlich eng begrenzten spezifischen Situation bezeichnet. Der Gebrauch der Begriffe **primäre und sekundäre Emotionen** im eben beschriebenen zeitlichen Sinne hat sich u.a. in der Theorie der Emotionsregulation durchgesetzt, welche im Folgenden dargestellt wird.

### 1.3 Emotionsregulation

Emotionsregulation bezeichnet alle Prozesse, mit denen Individuen versuchen, die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Der Begriff umfasst neben diesen Bemühungen auch das damit erzielte Ergebnis (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013).

Der Begriff «Regulation» legt schon nahe, dass es um *Handlungen* bzw. *Tätigkeiten* geht: Mit den Emotionen wird etwas getan, sie werden reguliert. Daher erscheint die Emotionsregulation ideal, um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu fassen. Ausserdem hat dieser theoretische Zweig der Emotionspsychologie in den letzten Jahren eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung erfahren und gilt als nützlich für die Gestaltung von Therapien bei sozial-emotional auffälligem Verhalten. So definieren Eismann & Lammers (2017) in ihrer Sammlung «Therapie-Tools Emotionsregulation» diese etwas konkreter als «die Fähigkeit, mit unangenehmen Emotionen angemessen und hilfreich umgehen zu können» (ebd. 22).

**Kommentiert [A17]:** Hier wird deutlich, dass die zu Beginn der Einleitung vorgenommene Auflistung eher als „name dropping“ fungiert, denn als stringente Darstellung des theoretischen Hintergrundes.

**Kommentiert [A18R17]:** Dieser Abwertung der Theoriendarstellung durch die Gutachterin widerspreche ich ausdrücklich. Es werden aus unterschiedlich weiten bzw. engen theoretischen Konstrukten Elemente ausgewählt, die helfen sollen den Gegenstand (hier sozial-emotionale Schwierigkeiten) besser zu verstehen. Bei einer Theorietriangulation ist es nicht notwendig jede Theorie mit einem hohen Differenzierungsgrades darzustellen. Der Wert der Gesamtdarstellung bemisst sich an der Integration der verschiedenen theoretischen Darstellungen. Darüber kann man natürlich diskutieren....

**Kommentiert [A19]:** Quelle?

**Kommentiert [A20]:** Quelle?

**Kommentiert [A21]:** Quellen?

**Kommentiert [A22R21]:** Die Quellenarbeit wird hier vom Autor wiederholt kritisiert. Ich hätte in den einführenden Worten zur allgemeinen emotionspsychologie bemerken sollen, dass alle folgenden Ausführungen in dem Grundlagenwerk von Schmidt-Azert (2014) nachlesbar sind.

**Kommentiert [A23]:** Quelle?

**Kommentiert [A24]:** Wie oben schon mehrfach angemerkt: die Reichweiten dieser Begriffe sind völlig verschieden und im Einführungskapitel nicht reflektiert und nicht aufeinander bezogen.

**Kommentiert [A25]:** Referenz von „diese“?

**Kommentiert [A26R25]:** Bezieht sich direkt auf die Therapie-Tools Emotionsregulation also auf die Definition von Emotionsregulation.

Eine für diese Einführung angemessene Differenzierung des Konzepts der Emotionsregulation sei mit den von Werner & Gross (2010, zitiert nach In-Albon, 2013, 19) formulierten vier Schritten der adaptiven Emotionsregulation gemacht:

1. Innehalten und Durchatmen
2. Wahrnehmen und Erkennen der Emotion
3. Entscheiden, wie die Emotion und die Situation kontrollierbar sind
4. Handeln im Sinne langfristiger Ziele

Im Zusammenhang mit diesen vier Schritten lassen sich weitere Differenzierungen der Emotionsregulation benennen.

Schritt 1 deutet darauf hin, dass die spontane und unreflektierte Impulsivität eine maladaptive Umgangsweise darstellen könnte. Die adaptiven Vorgehensweisen haben einen Gegenpol. Die Emotionsregulationsstrategien werden in **adaptive und maladaptive Formen** unterschieden.

Schritt 2 deutet darauf hin, dass es bei der Emotionsregulation oftmals um die **Anhebung des Bewusstseins** für emotionale Prozesse geht.

Schritt 3 bringt das Konzept der Emotionsregulation in die Nähe des Konzepts der kognitiven Kontrolle. Die Verben *regulieren* und *kontrollieren* haben hier einen gemeinsamen semantischen Kern.

Schritt 4 deutet darauf hin, dass die Dimension *Zeit* eine gewisse Bedeutung hat. Neben kurzfristigen (vgl. Impulsivität aus Schritt 1) und langfristigen Zielen werden bei der Emotionsregulation auf der Zeitachse sogenannte **antizipatorische und reaktive Strategien** unterschieden (Gross & Thompson, 2007), also solche, die vor oder nach einem emotionsrelevanten Ereignis eingesetzt werden können.

Ebenso kann man das Auftreten von Emotionen an sich in eine zeitliche Reihenfolge bringen und, wie schon erwähnt, von primär und sekundär auftretenden Emotionen sprechen (z.B. Frustration löst Wut aus). Bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten sind auch ausdrücklich Verhaltensweisen eingeschlossen (wie z.B. aggressives oder vermeidendes Verhalten), welche in so eine Abfolge eingereiht werden können (z.B. Frustration löst Wut aus und führt letztendlich zu aggressivem Verhalten). Die Gewichtung der sozial-emotionalen Problematik kann dabei sehr verschieden sein. Eventuell ist für den Betroffenen selbst die Frustration vorherrschend, für einen Aussenstehenden aber das aggressive Verhalten vordergründig. Auch die Linearität der Abfolge muss nicht gegeben sein. So können sozial-emotionale Phänomene quasi zeitgleich auftreten und auch geradezu diametral entgegengesetzte Wertigkeit besitzen. Aus der Motivationspsychologie (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2013), ist der Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt bekannt. Eine Situation (z.B. eine bevorstehende Kommunikationssituation) kann dabei sowohl positive (z.B. Freude) als auch negative Emotionen (z.B. Angst) auslösen. Das Erkennen von solchen Ambivalenzen gilt in der Entwicklung von Fähigkeiten zur Emotionsregulation als ein wichtiger Meilenstein (Haase & Heckhausen, 2012).

Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Vorschläge, wie in der Psychotherapie z.B. Angststörungen oder posttraumatische Schwierigkeiten unter der Perspektive der Emotionsregulation therapeutisch behandelt werden können. Dabei wird der Begriff *Emotionsregulation* direkt verwandt (Eismann & Lammers, 2017) oder auch von *Emotionsfokussierter Therapie* (Auszra et al., 2017; Böcker, 2018) bzw. von *emotionsfokussierten Methoden* (Lammers, 2015) gesprochen.

In Anlehnung an die oben aufgeführten zentralen Merkmale der Emotionsregulation werden u.a. von Eismann & Lammers (2017) folgende therapeutischen Vorschläge gemacht:

#### 1.3.1. Psychoedukation im Zusammenhang mit Emotionen:

Anhebung des Bewusstseins für das Vorkommen von Emotionen durch Wahrnehmungsschulung. Verschiedene Emotionen sollen frühzeitig erkannt, voneinander unterschieden und benannt werden können. Das entspricht dem Aufbau eines Emotionsvokabulars und hat insofern einen direkten Bezug zur Wortschatzarbeit in der Kindersprachtherapie.

Kommentiert [A27]: Begriffe aus der Copingstrategie-Theorie, die bisher nicht eingeführt worden ist.

Kommentiert [A28R27]: Die müssen auch als solche nicht eingeführt werden, weil die theoretischen Ausführungen innerhalb der Theorie zur Emotionsregulation diese Begriffe auch benutzt. Es gibt keinen alleinigen Anspruch einer bestimmten Theorie auf irgendwelche Begrifflichkeit.

Kommentiert [A29]: Quelle?

Kommentiert [A30R29]: Hier fehlt in der Tat ein Quellenbezug.

### 1.3.2. Emotionsanalyse des Klienten bzw. Emotionales Problem- und Zielprofil

Es geht um den Übertrag des allgemeinen Bewusstseins für Emotionen auf die eigene Situation. Die Analyse der Auslöser, der Qualität und der Konsequenzen von den eigenen negativen Emotionen wird betrieben: Welche Situation macht mich wütend, wie genau fühlt sich die Wut an und was bewirkt die Wut bei mir selbst und bei anderen? Bei der Analyse der zeitlichen Abfolge im Emotionsgeschehen kann es vorkommen, dass primäre und sekundäre Emotionen entdeckt werden (z.B. Scham löst Ärger aus)

### 1.3.3. Emotionsplan

Mit dem Emotionsplan werden adaptive Umgangsweisen mit den negativen Emotionen so strukturiert, dass sie im Alltag angewandt werden können. Es wird zum Beispiel der Frage nachgegangen, wie sich der Klient selbst beruhigen kann (vielleicht durch Entspannung?) oder wie er eine Situation, die negative Emotionen auslöst, anders bewerten kann (vgl. Umstrukturierung bei der kognitiven Kontrolle). Letzteres wird auch als **Emotionsregulation durch Kognitionen** bezeichnet.

### 1.3.4. Emotionsregulation durch Verhaltensänderung

meint die angeleitete Ersetzung von maladaptiven durch adaptive Verhaltensweisen. Ein bekanntes Beispiel ist, Vermeidverhalten bei emotional unangenehmen Situationen aufzugeben und stattdessen sich der Situation zu stellen. Allein durch das Aushalten der unangenehmen Situation können sich alternative Bewertungsmöglichkeiten aufbauen und eine konstruktive Umstrukturierung der maladaptiven kognitiven Vorgänge in die Gänge gebracht werden. An dem Beispiel erkennt man, dass die therapeutischen Angebote wie hier Emotionsregulation durch Verhaltensänderung und durch Kognitionen ineinandergreifen, ausserdem erkennt man die Nähe zur Verhaltenstherapie. Lammers (2015) bezeichnet die emotionsfokussierten Methoden auch als Techniken der Verhaltenstherapie. In der Therapie des Stotterns ist gehört der nach diesem Prinzip der Konfrontation funktionierende Angstabbau zum Standardrepertoire von evidenzbasierten Ansätzen (z.B. Ude, Prüß, Richardt & Neumann, 2016)

### 1.3.5. Einsatz von adaptiven Emotionen

Eine weiteres, therapeutisches Angebot der Emotionsregulation ist der Einsatz von adaptiven Emotionen. Man weiss z.B., dass *Humor* die Quelle von positiven Emotionen sein kann. Humor wird daher gezielt benutzt, um Ärger oder Wut zu verdrängen.

### 1.3.6. Ressourcenaktivierung

Auch eine gezielte Ressourcenaktivierung kann in diesem Sinne wirken. Handlungsbereiche, welche mit Ressourcen des Klienten verbunden (z.B. besondere Fähigkeiten) sind i.d.R. mit positiven Emotionen verknüpft sind. Die Ressourcenaktivierung ist dementsprechend eine Möglichkeit, positive Emotionen zu aktivieren und negative Emotionen in den Hintergrund treten zu lassen.

## 1.4 Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst sei der Begriff **Verhaltensauffälligkeit** durch ein längeres Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) definiert:

«(Verhaltens-)Auffälligkeit ist immer ein soziales Konstrukt, das im Zusammenhang mit sozialen Gruppen- oder Individualnormen zu betrachten ist. Kriterien für Auffälligkeiten bzw. Störungen sind insbesondere: Die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosoziale Beeinträchtigungen, das jeweilige Alter und Geschlecht sowie die Dauer des Auftretens. Grundsätzlich ist eine scharfe Trennung zwischen auffällig/unauffällig bzw. normal/gestört schwer zu treffen; man geht deshalb von einer Dimension mit den Polaritäten unauffällig/normal auf der einen und auffällig/»gestört« auf der anderen Seite aus.» (Fröhlich-Gildhoff, 2018, 32).

**Kommentiert [A31]:** Während hier der Gegenstand „Verhaltensauffälligkeit“ eingangs definiert wird, steht diese Definition für den Titelbegriff der „sozial-emotionalen Schwierigkeiten“ noch aus. Das wäre die Chance für die Autor:in die diesem Beitrag zugrundeliegende individuumszentrierte Perspektive zu begründen und gegenüber relationalen, sozialen Theorien abzugrenzen.

**Kommentiert [A32R31]:** Hier gebe ich der Gutachterin recht: die Definition des wichtigsten Begriffspaares, nämlich der „sozial-emotionalen Schwierigkeiten“ ist nicht erfolgt.



Eine grafische Darstellung der im Zitat erwähnten Dimension ist durch Abb. 2 verwirklicht.

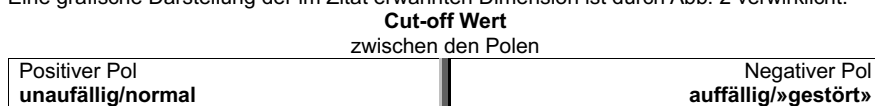


Abb. 2: Dimension der Ausprägung / Intensität / Schweregrad / von Verhaltensauffälligkeiten

Wenn von sozial-emotional *schwierigem* Verhalten gesprochen wird liegt der Bezug zum Begriff Verhaltensauffälligkeit auf der Hand. Die Schwierigkeiten sind den Auffälligkeiten nahe. Die vom Autor bewusst benutzte Begriff *schwierig* soll andeuten, dass in der Sprachtherapie auch solches Verhalten problematisch ist, welches nicht eindeutig dem negativen Pol zugeordnet werden kann, sondern sich eher in der Nähe des Cut-off-Wertes, also in der Mitte zwischen den Polen angesiedelt ist. Auch Petermann & Petermann (2003) benennen den mittigen Bereich zwischen normalem und negativem Sozialverhalten mit einem eigenen Begriff und sprechen von *problematischem Verhalten*.

Diese Begriffswahl erscheint dem Autor wichtig, weil *schwieriges Verhalten* wie oben mehrfach beschrieben als Folge von sprachlichen Defiziten heraus entstehen kann und nur in diesem sozialen Zusammenhang einer Sprachnorm auftritt. Es stellt dann eine normale Reaktion dar, mit der in der Sprachtherapie als eine Schwierigkeit, trotz ihrer Normalität, irgendwie umgegangen werden muss. Hierzu ein Beispiel: Die Frustration aufgrund einer Wortabrufproblematik ist zwar eine normale Reaktion aber kann trotzdem eine negative Emotion darstellen, die als sozial-emotionale Schwierigkeit in der Sprachtherapie eine Bedeutung hat. Trotz der hier vorgenommenen Begriffsdifferenzierung wird im weiteren Text der Begriff Verhaltensauffälligkeit und die Begriffskombination sozial-emotional schwieriges Verhalten synonym gebraucht.

Die im obigen Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) erwähnte Abhängigkeit der Zuschreibung *Verhaltensauffälligkeit* von Gruppen- bzw. Individualnormen ist wichtig, weil dadurch der Subjektivität der Verhaltensbewertung Rechnung getragen wird: Was für den einen auffällig ist, kann für den anderen ganz normal sein.

Neben der Vorstellung einer polartigen Dimension der Ausprägung für das Konstrukt Verhaltensauffälligkeit (vgl. Abb. 2) liefert die darauf spezialisierte Pädagogik noch eine weitere nützliche Ordnung, die ebenfalls als Dimension beschrieben wird. Man spricht von **internalisierenden, externalisierenden und gemischten Auffälligkeiten**. Diese als «Dimensionale Klassifikation» bekannte Ordnung ist eine qualitative Unterscheidung. Unter internalisierenden Auffälligkeiten werden verschlossene, eher in sich zurückgezogene, auch traurige oder extrem schüchterne Menschen subsumiert, die für die Umwelt zwar weniger auffällig sind, aber trotzdem ein grosses sozial-emotionales Problem haben können. Prototyp ist die ängstlich-depressive Person.

Unter externalisierenden Auffälligkeiten werden sogenannte dissoziale Verhaltensweisen wie stehlen, lügen oder beleidigen verstanden. Prototyp für dieses nach aussen gerichtete, für die soziale Umwelt i.d.R. auffällige Verhalten ist die verbal und körperlich aggressive Person. Unter gemischte Auffälligkeiten werden schizoide oder zwanghafte Verhaltensweisen verstanden. Auch Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe oder soziale Probleme, wie die Ablehnung durch die peers, werden zu dieser Kategorie gezählt. Allerdings liegt es im Wesen der Mischung, dass man diese Verhaltensweisen auch einer der zuvor genannten Dimensionen zuordnen könnte.

Tab. 2 versucht eine Ordnung in die Dimensionen der Verhaltensauffälligkeit am Beispiel einer für die Sprachtherapie relevanten Problematik (= Wortabrufstörung bei einem Kind mittleren Alters) zu bringen.

**Kommentiert [A33]:** Der Begriff „schwierig“ braucht eine Perspektive, die hier nicht expliziert wird: wer hat hier Schwierigkeiten?, wer empfindet das schwierig, lässt sich schwierig operationalisieren?  
Alternative Begriffe erörtern?, z.B. herausforderndes Verhalten

**Kommentiert [A34R33]:** Auch hier gebe ich der Gutachterin tendenziell recht. Die Explikation des „schwierig“ ist zu lückenhaft. Allerdings wird die Operationalisierung gerade an dieser Stelle durch Vergleiche mit den bisher eingeführten Begriffen versucht, so z.B. durch den Hinweis auf die semantische Nähe zum Begriff Verhaltensauffälligkeit und den gegebenen Beispielen (hier Frustration)

**Kommentiert [A35]:** Wieder keine Quellenangaben, daher auch Tab. Nicht nachvollziehbar

**Kommentiert [A36R35]:** Auch hier wäre eingangs wichtig gewesen, das Grundlagenwerk von Fröhlich-Gildhoff (2018) als Quelle für alle nachfolgenden Ausführungen anzugeben. Warum die Inhalte der Tabelle nicht nachvollziehbar sein sollen, verstehe ich nicht. Die Begriffe internalisierend und externalisierend wurden weiter oben erklärt.

Dimensionen		Ausprägung/Intensität/Schweregrad		
		Unauffällig/ normal	Problematisch/ schwierig	Auffällig/ gestört
Qualität	internalisierend	Kind spricht ruhig	Kind spricht selten, auf eine zurückgezogene Art und Weise und nur äusserst leise	Kind ist mutistisch
	externalisierend	Kind spricht lebhaft	Kind spricht extrem laut, missachtet pragmatische Gesetze des turn-taking, wird wütend während dem Sprechen	Kind ist aggressiv, schlägt um sich, zerstört Gegenstände
	gemischt	Kind spricht mit vielen Umschreibungen	Kind spricht unkonzentriert, verliert den roten Faden (Textgrammatik)	Kind spricht chaotisch, sämtliche Sprachebenen sind im Sinne einer Sekundär-symptomatik mitbetroffen

Tab. 2: Dimensionen der Verhaltensauffälligkeiten auf den zwei Achsen der Ausprägung und Qualität mit der Konstruktion eines für die Sprachtherapie relevanten Beispielverhaltens: Wortabrufstörung bei einem Kind im mittleren Alter (6. – 12. Lebensjahr)

Eine weitere in der Pädagogik der Verhaltensauffälligkeiten übliche Ordnung wird als «kategoriale Klassifikation» bezeichnet. Sie ist Grundlage für die Beschreibungen von Verhaltensauffälligkeiten in Diagnosesystemen wie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD; Dilling, Mombour & Schmidt, 2002) oder dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM; Falkal & Wittchen, 2015). Im deutschsprachigen Raum ist die ICD verbreitet und beinhaltet recht differenzierte Beschreibungen von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, die mit F90 bis F98 codiert sind. An dieser Stelle wird auf die differenzierte Darstellung der kategorialen Klassifikation verzichtet, da sie inhaltlich durch die oben schon gegebenen Beispiele von internalisierenden, externalisierenden und gemischten Verhaltensauffälligkeiten angesprochen wurde.

## 2. Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Prüfung von Hypothesen, welche vorgängig durch eher qualitativ angelegte Untersuchungsformen generiert wurden (Kohler, 2021a, b). Die Hypothesen entstanden durch die Erhebung und Auswertung insbesondere von Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit LogopädInnen zum Thema sozial-emotionale Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie (vgl. Forschungsdesign unter 3. Methoden). Die Aussagen der Logopädinnen zum Vorkommen von sozial-emotionalen Problemen, ihre persönliche Gewichtung zur Relevanz dieser Probleme, ihre Erklärungen für die Probleme, ihr Umgang mit den von Ihnen genannten Problemen, ihre eigene Betroffenheit und ihr zugrunde liegendes Selbstverständnis im Zusammenhang mit ihren therapeutischen Handlungen wurden als Hypothesen betrachtet, die es galt zu überprüfen. Folgende Haupt- und Unterfragen wurden geprüft:

1. Wie schätzen Logopädinnen den Anteil an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei Ihrem Gesamtklientel ein.
2. Welche sozial-emotionalen Schwierigkeiten nehmen LogopädInnen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit bei Ihren Klienten wahr?

**Kommentiert [A37]:** Inwieweit die theoretische Einführung den Hintergrund für die hier aufgelisteten Fragestellungen darstellt, bleibt weitgehend schleierhaft.

In den Fragen zentralen Aspekte von Gegenstand, Strukturen und Prozessen der Profession und ihrer Professionalisierung und Abgrenzung bleiben in der theoretischen Einführung völlig unerwähnt.

Auch der hier verwendete Begriff der „sozial-emotionalen Schwierigkeiten“ wäre mit Blick auf den Fragebogen eher unter der Perspektive der subjektiven Theorien der health professionals zu behandeln gewesen.

**Kommentiert [A38R37]:** Diesen Aussagen der Gutachterin widerspreche ich. Methodisch gesehen wurde eindeutig expliziert, dass es sich um eine induktive Theorienbildung handelt, welche Grundlage der Fragebogenkonstruktion war. Dies ist im Mixed-method-Ansatz ausdrücklich vorgesehen. Der deduktive Ansatz aus einer bestehenden Theorie Hypothesen abzuleiten ist ein anderer Weg, den man auch gehen kann, hier aber nicht gewählt wurde. Die vom Gutachter geforderte Einbettung in eine Theorie seines Geschmacks kann, muss nicht erfolgen. Die normative Setzung der Verwendung einer ganz bestimmten Theorie ist befremdlich.



3. Welche Relevanz haben die einzelnen sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädinnen?
4. Welche Erklärungen und Gründe für das sozial-emotionale schwierige Verhalten ihres Klientels betrachten Logopädinnen als relevant?
5. Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigen Verhalten ihrer Klienten um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?
  - 5.1 Welche Reaktionen werden durch den Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihres Klientels bei den Logopädinnen selbst ausgelöst?
  - 5.2 Als wie wirksam schätzen Logopädinnen ihre Umgangsweisen ein?
  - 5.3 Welche Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutische Ansätze nennen Logopädinnen, die ihnen beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten hilfreich sind?
  - 5.4 Welches berufliche Selbstverständnis geht mit dem Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten einher?
  - 5.5 Gibt es personenspezifische Unterschiede bzw. Zusammenhänge bei der Beantwortung der Fragen 5.1 bis 5.4?
    - 5.5.1 Gibt es einen Unterschied in den Reaktionen auf die Klienten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?
    - 5.5.2 Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?
    - 5.5.3 Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Hochschule absolviert haben und Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Fachschule absolviert haben?
    - 5.5.4 Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und der Berufserfahrung von Logopädinnen?
    - 5.5.5 Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und dem Arbeitskontext von Logopädinnen?
    - 5.5.6 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Logopädinnen und ihrem pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnis beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten?
    - 5.5.7 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung von Logopädinnen und ihren Reaktionen auf das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten?

### 3. Methode

Zentrales Instrument der vorliegenden Untersuchung war ein Fragebogen. Der Einsatz des Fragebogens war in ein umfassende Forschungsdesign eingebettet, welches durch Abb. 3 dargestellt ist.

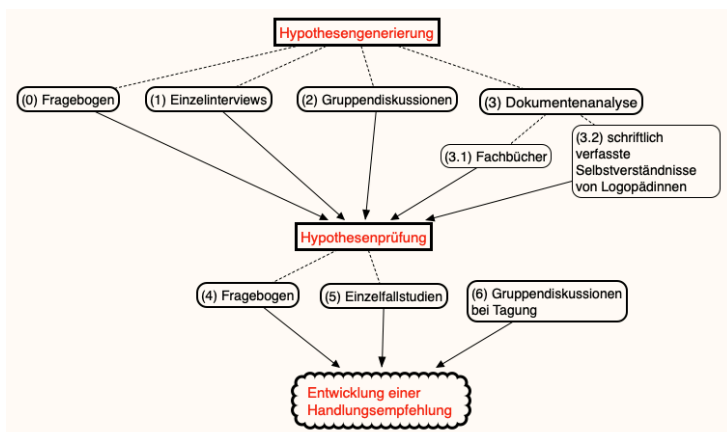


Abb. 3: Umfassendes Forschungsdesign zur Untersuchung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie

### 3.1 Fragebogenkonstruktion

Durch die (1) Einzelinterviews und die (2) Gruppendiskussionen konnten Aussagen von N=22 Logopädinnen gewonnen werden, welche die Grundlage für die Itemkonstruktion des (4) Fragebogens waren. Die Konstruktion war insofern rein induktiv angelegt. Die deduktiv angelegte Einbettung in einschlägige Theorien zur Emotionspsychologie, Emotionsregulation oder Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten war für den Konstruktionsprozess des Fragebogens nicht massgebend.

Der sehr ausführliche Fragebogen kann hier nicht dargestellt, aber [über den Link xy](#) eingesehen werden. Seine Struktur ist im Kasten 1 nachvollziehbar gemacht. Herzstück des Fragebogens ist die gedankliche Vorstellung von einem oder zwei Patienten. Für diese Patienten haben die Logopädinnen ein logopädisches Störungsbild genannt und den Patienten eine vorherrschende (= auffällige) sozial-emotionale Schwierigkeit zugeschrieben. Es wurden insgesamt 479 Fälle von den 338 Logopädinnen eingegeben. Sie haben Erklärungen für deren Problem gegeben und ihren Umgang damit angegeben. Ausserdem habe die LogopädInnen ihre eigenen Reaktionen auf das Verhalten dieser Klienten reflektiert.

#### Überblick zur Grundstruktur des Fragebogens

270 Items zur Erfassung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten und den Umgang damit in der logopädischen Therapie aus Perspektive von Logopädinnen

##### 1. Persönliche Daten der Logopädinnen

Items 1 bis 12 z.B. Alter, Berufserfahrung, Spezialisierung oder Ausbildung

##### 2. Allgemeines Vorkommen Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie

Items 13 bis 44: Wie häufig kommt z.B. Aggression, Wut, Vermeidung, Mobbing, Scham, Verweigern, fehlende Motivation, Angst, Resignation, Beleidigungen etc. vor? Bewertet wurde auf einer Skala von 1= nie oder sehr selten bis 5 = sehr häufig

##### 3. Allgemeine Gewichtung Sozial-emotionale Schwierigkeiten

Items 45 bis 75: Welche Relevanz haben die in 2. genannten Schwierigkeiten? Bewertet wurde auf einer Skala von 1 = nicht relevant bis 5 = hochrelevant

Kommentiert [A39]: Unklar: quantitativer oder qualitativer FB?

Kommentiert [A40]: Diese Aussage ordnet die Darstellung im Kapitel der theoretischen Einführung klar ein: sie ist „nicht massgebend“. Und das stimmt auch, da die für den FB maßgeblichen Theorien nicht vorgestellt werden.

Kommentiert [A41R40]: Das grundsätzliche Missverständnis zum Zustandekommen und Stellenwert von Theorien bei einer empirischen Untersuchung zieht sich durch: Der Gutachter legt immer wieder nahe, dass es Theorien geben müsse, welche für die Fragebogenkonstruktion „massgeblich“ sein müssten. Das ist aber explizit nicht geschehen. Die vorangestellten Theorien können den Gegenstand der sozial-emotionalen Schwierigkeiten helfen zu verstehen. Man kann damit auch die Ergebnisse der Befragung im Nachhinein deduktiv erklären und tiefer verstehen. Es können aber auch noch weitere Theorien deduktiv angelegt werden. Die durch die qualitativen Erhebungen entstandenen Ergebnisse sind eine induktiv entstandene Theorie. Der Nachteil von solch qualitativ entstandenen Theorien ist die Unordnung und die vielfältigen Abstraktionsebenen ihrer einzelnen Elemente. Gerade deshalb ist es wichtig sie einer ordnungsstiftenden quantitativ orientierten Methodik zuzuführen, damit Gewichtungen vorgenommen werden können. Vorteil von qualitativ entstandenen Theorien ist ihre hohe ökologische Validität. Der Fragebogen mit seinen Items stellt insofern die Theorie dar und ist Ausdruck der vielfältigen und relativ ungeordneten Wahrnehmung und des Umgangs mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie

Kommentiert [A42]: Vignetten-Methode?

Kommentiert [A43R42]: Was bedeutet dieser Fachbegriff mit dem Fragezeichen? Fordert der Gutachter hier eine Zuordnung zu speziellen Begrifflichkeiten aus der Literatur der Forschungsmethodik was die Erhebungsmethoden angeht?

#### **4. Vorstellen von zwei Klienten mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten aus der eigenen Praxis**

Die Logopädinnen sollten sich diese Klienten intensiv vorstellen und dann die aus den Einzelinterviews gefundenen Erklärungen und Umgangsweisen auf einer Skala von 1 = *trifft nicht zu* bis 5 = *trifft absolut zu* für diese Klienten bewerten. Sie sollten ausserdem ihr eigenes Verhalten und Erleben mit diesen Klienten einschätzen.

##### **Klient 1**

Item 76 bis 166

- Daten Klient 1 (76 bis 79): Nennen des hauptsächlichen sozial-emotionalen Problems und des logopädischen Störungsbildes sowie Angabe des Alters
- Erklärung für Klient 1 (80 bis 110)
- Umgang mit Klient 1. (111 bis 149)
- Selbstreflexion bei Klient 1 (150 bis 166)

##### **Klient 2**

Item 167 bis 257

- Daten Klient 2 (167 bis 170): Nennen des hauptsächlichen sozial-emotionalen Problems und des logopädischen Störungsbildes sowie Angabe des Alters
- Erklärung für Klient 2. (171 bis 201)
- Umgang mit Klient 2. (202 bis 240)
- Selbstreflexion bei Klient 2 (241 bis 257)

#### **5. Geschätzte Wirksamkeit** Item 258

Antwort auf einer 7-stufigen Skala zur wahrgenommenen Wirksamkeit der Umgangsweisen im Vergleich zur wahrgenommenen Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Interventionen.

#### **6. Nachbardisziplinen nutzen** Item 259

Offene Nennung von Nachbardisziplinen, welche beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten eine Rolle spielen (z.B. systemischer Ansatz, Gestalttherapie)

#### **7. Berufliches Selbstverständnis** Item 260 bis 270

persönliche Zustimmung oder Ablehnung zu Aussagen, welche von den Logopädinnen in den Einzelinterviews zum beruflichen Selbstverständnis im Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten des eigenen Klientels gemacht wurden. Bewertet wurde auf einer Skala von 1 = *trifft nicht oder fast nicht zu* bis 5 = *trifft absolut oder beinahe absolut zu*

Kasten 1: Grundstruktur des Fragebogens

### **3.2 Datenerhebung und Stichprobenkonstruktion**

Der Online-Fragebogen wurde über Webseiten der deutschsprachigen Logopädie-Verbände (alle ausser dem Schweizer Verband dlV haben mitgemacht) dem Zielpublikum bekannt gemacht. Ausserdem wurden TeilnehmerInnen einer Tagung (2022) und weiteren Fortbildungsveranstaltungen zum Thema *sozial emotionale Schwierigkeiten in der Logopädie* (Kohler, 2022, Kohler, 2023a, b & c) um die Bearbeitung des Fragebogens gebeten. Insgesamt wurden im Zeitraum von Mai 2022 bis März 2023 über 500 Logopädinnen von der Fragebogensoftware registriert. Es wurden all diejenigen aussortiert, welche keine Angaben zum Inhalt gemacht hatten. Sobald jemand mindesten eine vollständige Variablenreihe zum allgemeinen Vorkommen oder zum Gewicht von sozial-emotionalen Schwierigkeiten bearbeitet hatte und/oder zu den vorgestellten Klienten mindesten einen Klienten bearbeitet hatte, wurde diese Person in dem Datensatz belassen. Das waren 338 Personen.

#### **3.2.1 Merkmale der Stichprobe**

Im Fragebogen wurden persönliche und berufsbezogene Daten erhoben, welche die folgende Beschreibung der Stichprobe erlaubt.

Es waren 324 weibliche (=95,8%), 12 männliche (=3,6%) und zwei TeilnehmerInnen (=0,6%) ohne Angabe des Geschlechts. Der Altersdurchschnitt betrug 39,57 Jahre bei einer Standardabweichung von 13,76 Jahren und dem Minimum bei 18 Jahren und dem Maximum bei 68 Jahren.

Die Berufserfahrung betrug im Mittel 12,15 Jahre bei einer Standardabweichung von 10,43 Jahren und einem Minimum von 0 Jahren (=Studierende im letzten Ausbildungsjahr) und einem Maximum von 40 Jahren.

Es haben 237 Logopädinnen (70,8%) mit deutscher Staatsangehörigkeit, 66 (19,7%) mit schweizer und 18 (5,4%) mit österreichischer Staatsangehörigkeit, sowie 13 (4,1%) Logopädinnen mit einer anderen Staatsangehörigkeit mitgemacht. Vier haben keine Angaben zur Staatsangehörigkeit gemacht.

Der Arbeitskontext wurde von 148 Logopädinnen (53,4%) mit *logopädischer Praxis* angegeben, von 42 (15,2%) mit *in Ausbildung tätig*, von 61 (22%) mit *Schule* oder *Sonderschule* und von 26 (9,4%) mit *Klinik* angegeben. 61 haben keine Angaben zum Arbeitskontext gemacht.

Zur logopädischen Ausbildung gaben 181 (56,7%) den Fachschulabschluss an und 138 (43,3%) den Hochschulabschluss. 19 machten dazu keine Angaben. Insgesamt 137 Logopädinnen gaben an, noch einen weiteren Abschluss zu haben, wobei dieser andere Abschluss bei 55 (40,1%) auf Hochschulebene und bei 36 (26,3%) auf Fachschulebene angesiedelt ist. Die restlichen 46 (33,6%) bezeichneten ihren anderen Abschluss als weiterbildungs- bzw. forbildungszertifiziert.

### 3.3 Datenaufbereitung

Wie schon unter Datenerhebung erwähnt, mussten einige Datensätze ausgeschlossen werden, weil deren Grad der Unvollständigkeit zu hoch war. Der output der Fragebogensoftware limesurvey (<https://www.limesurvey.org/de/>) musste an die Auswertungssoftware datatab (<https://datatab.de>) angepasst werden. Hierzu nur ein Beispiel: limesurvey betrachtete die begriffsgestützte Skalierung von *nicht relevant* bis *hochrelevant* als nominalskaliert. Dies musste für datatab in eine Ordinalskalierung umgewandelt werden. Viele der von den LogopädInnen genannten Begriffe im offenen Teil des Fragebogens (z.B. Nennung des Störungsbildes oder Beschreibung der sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei den gedanklich vorgestellten Klienten) mussten in eine einheitliche Begrifflichkeit überführt werden. So wurde z.B. *Artikulationsstörung* und *phonologisch-phonetische Störung* einheitlich in den Begriff *Aussprachestörung* überführt und für die Auswertungssoftware auf *Aussprache* gekürzt.

### 3.4 Datenauswertung

Es wurden vornehmlich deskriptiv-statistische Methoden verwandt. Zentral waren Häufigkeiten mit entsprechenden Diagrammen sowie die Berechnung von Prozentwerten, Mittelwerten und Standardabweichungen. Zur Darstellung dieser Kennwerte wurden insbesondere Boxplots und für den Zusammenhang zwischen sozial-emotionaler Schwierigkeiten und Störungsbildern vornehmlich Kreuztabellen benutzt. Einige personenabhängige Unterschiede (z.B. Unterschiede im Ausbildungsniveau) und Zusammenhänge (z.B. Zusammenhang von Berufserfahrung und Wirksamkeitsempfinden) wurde mit inferenzstatistischen Methoden geprüft.

## 4. Ergebnisse

Unter Ergebnisse wird die Fragestellung beantwortet. Die einzelnen Fragen werden daher hier noch einmal aufgeführt.

Es wurden insgesamt 338 Datensätze ausgewertet. Da nicht alle LogopädInnen alle Fragen beantwortet haben und Differenzierungen (z.B. Auswertung nach Störungsbild) vorgenommen wurden, entstanden für die einzelnen Fragestellungen unterschiedliche N, die jeweils angegeben werden.

Die Ergebnisse stellen im Vergleich untereinander eine erste Interpretationsebene dar. So sprechen z.B. grosse Häufigkeiten bei der Nennung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten für eine höhere Relevanz im Vergleich zu geringen Häufigkeiten. Diese erste Interpretationsebene wird im Zuge der Ergebnisdarstellung bedient. Weiterführende Interpretationen werden punktuell hier unter 4. *Ergebnisse* referiert aber auch im *Diskussionsteil* unter Punkt 5. angeboten.

### 4.1 Prozentualer Anteil von sozial-emotionalen Schwierigkeiten insgesamt

**Frage 1:** Wie schätzen LogopädInnen den Anteil an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei Ihrem Gesamtklientel ein.

Die konkrete Frage im Fragebogen lautete: Wieviel Prozent Ihres Gesamtklientels würden Sie die Zuschreibung «sozial-emotional schwieriges Verhalten» geben? Die LogopädInnen sollten eine Prozentzahl angeben. Abb. 4 veranschaulicht das Ergebnis in Form eines Histogramms.

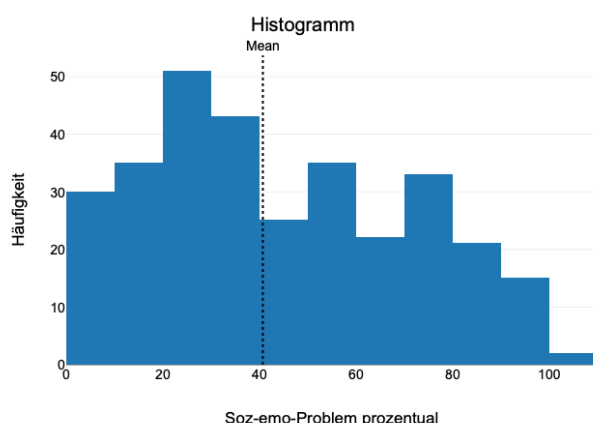


Abb. 4: Prozentualer Anteil von sozial-emotional schwierigem Verhalten am Gesamtklientel von N = 312 LogopädInnen eingeschätzt mit einem Mittelwert von 40,7% bei einer Standardabweichung von 26,5

Der Mittelwert von 40,7% drückt aus, dass aus Perspektive der LogopädInnen bei weniger als der Hälfte ihrer Patienten die sozial-emotionalen Probleme ein Thema ist.

Bemerkenswert ist die relativ breite Verteilung mit einer Standardabweichung von 26,5. Sie drückt aus, dass die LogopädInnen den Anteil von sozial-emotionalen Problemen an Ihrem Gesamtklientel eher uneinheitlich einschätzen.

Kommentiert [A44]:

### 4.2 Wahrnehmung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten

**Frage 2:** Welche sozial-emotionalen Schwierigkeiten nehmen LogopädInnen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit bei Ihren Klienten wahr?

Die Unterfrage im Fragebogen war: Wie häufig nehmen Sie einzelne sozial-emotionale Schwierigkeiten in Ihrer logopädischen Tätigkeit wahr? Die einzelnen Schwierigkeiten waren vorgegeben. Sie waren aus den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen abgeleitet worden und konnten auf einer Skala von 1 (kommt nie vor) bis 5 (kommt sehr häufig vor) eingeschätzt werden. Die Mittelwerte (vgl. Abb. 5) geben dementsprechend einen Hinweis auf die Häufigkeit des Vorkommens der sozial-emotionalen Schwierigkeiten. Die Mittelwerte sind in Abb. 5 in eine absteigende Rangreihe von oben nach unten gebracht.

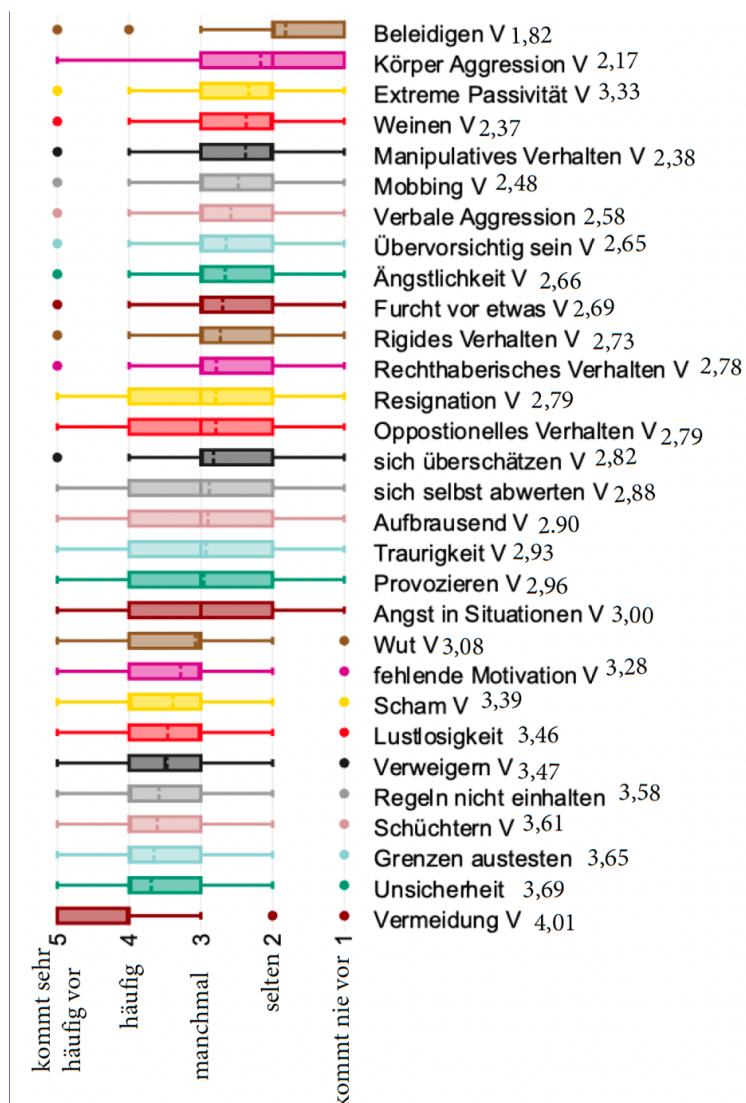


Abb. 5: Einschätzung des Vorkommens von vorgegebenen sozial-emotionalen Schwierigkeiten auf einer Skala von 1 (= kommt nie vor) bis 5 (= kommt sehr häufig vor) von

**Kommentiert [A45]:** Was bedeutet „V“?, Schriftart uneinheitlich, Kurzbezeichnung für MW fehlt; MW kann nur in Intervallskala angegeben werden, hier liegt Ordinalskala vor!!!

**Kommentiert [A46R45]:** Der Buchstabe V wird tatsächlich nicht erläutert, was schlecht ist. Es ist das Kürzel für „Vorkommen“ und es hätte tatsächlich ein Kürzel für den Mittelwert eingefügt werden sollen. Den Mittelwert allerdings als einen statistischen Kennwert zu bezeichnen, der nur bei Intervallskala angegeben werden darf, muss widersprochen werden. Aus rein statistischer Perspektive ist zutreffend, dass man eigentlich gewisse Operationen bei einer Ordinalskala nicht machen sollte, wie z.B. das Dividieren um den Mittelwert zu erhalten. Andererseits wird der Mittelwert aus pragmatischen Gründen bei Ordinalskalen häufig benutzt, weil er gegenüber dem Median eine höhere Genauigkeit ermöglicht. Der Mittelwert bei Ordinalskalen ist aus diesem Grund weit verbreitet. Die bekannteste Benutzung des Mittelwerts erfolgt bei Schulnoten, die eine Ordinalskala darstellen.

N = 275 LogopädInnen. Die Mittelwerte sind als Zahlen neben den Begriffen für die sozial-emotionalen Schwierigkeiten angegeben und ausserdem in den Boxplots durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

Zudem gab es im Fragebogen die Möglichkeit, weitere Schwierigkeiten mit selbst gewählten Begriffen zu benennen. Von dieser Möglichkeit wurde aber nur in vernachlässigbarem Maße Gebrauch gemacht. Auf die Auswertung wurde daher verzichtet.

#### **4.3 Relevanz der sozial-emotionalen Schwierigkeiten**

**Frage 3:** Welche Relevanz haben die einzelnen sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädinnen?

Diese Frage konnte durch zwei Datenstränge A) und B) des Fragebogens beantwortet werden:

A) Zum einen wurde die schon bekannten sozial-emotionalen Schwierigkeiten zur Erfassung des Vorkommens verwandt und die Logopädinnen gebeten, deren Relevanz für die logopädische Arbeit anzugeben. Die konkrete Frage im Fragebogen lautete: Welches sozial-emotional schwierige Verhalten erachten Sie persönlich in ihrer Arbeit als mehr oder weniger problematisch? Die Einschätzung geschah auf einer Skala von 1 (= unproblematisch) bis 5 (= hochproblematisch). Mittelwerte geben hier an, welches Gewicht die sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Arbeit aus Perspektive der Logopädinnen haben. Abb. 6 zeigt das Ergebnis.

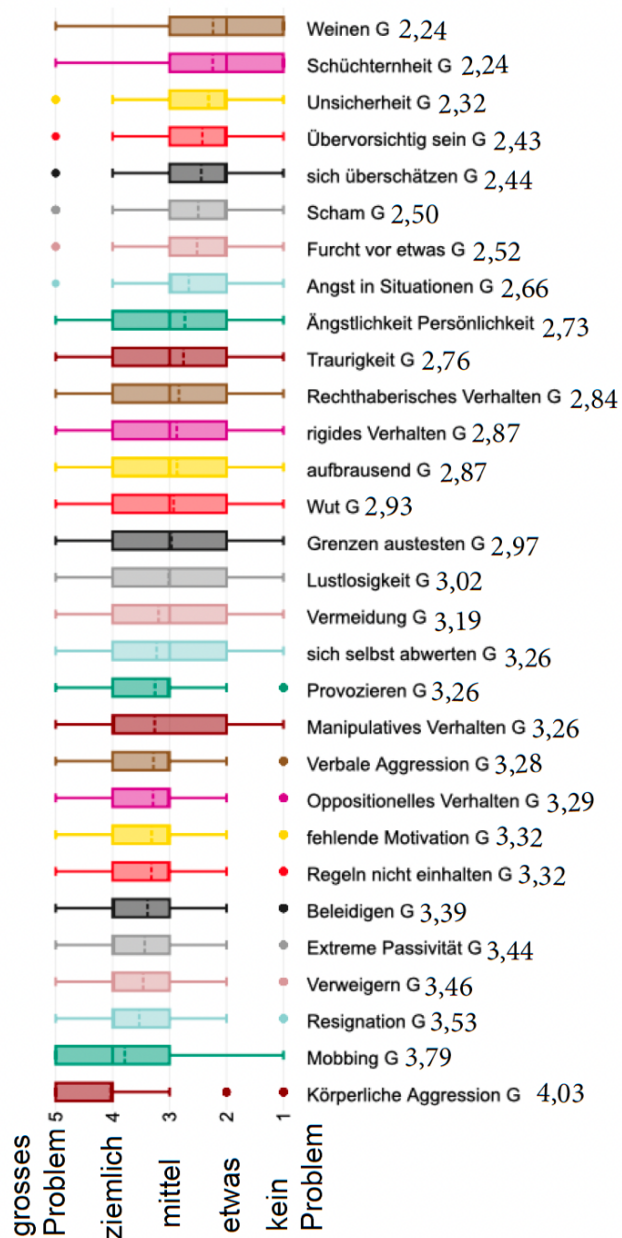


Abb. 6: Gewichtung der Problematik von vorgegebenen sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie auf einer Skala von 1 (= kein Problem) bis 5 (= grosses Problem) von N=275 LogopädInnen. Die Mittelwerte sind als Zahlen neben den Begriffen für



die sozial-emotionalen Schwierigkeiten angegeben und ausserdem in den Boxplots durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

Der Unterschied zwischen Vorkommen (Abb. 5) und Relevanz (Abb. 6) wird am Beispiel der Aggression sehr deutlich. Während das Vorkommen von Aggression von den Logopädinnen als selten wahrgenommen wird ( $M=2,17$  in Abb. 5), ist das Gewicht von körperlicher Aggression am höchsten ( $M=4,03$  in Abb. 6) und auch von verbaler Aggression ( $M=3,28$  in Abb. 6) eher hoch. Man könnte auch anders formulieren: Aggression begegnet den LogopädInnen selten, aber wenn sie auftaucht, hat sie eine hohe, problematische Relevanz.

B) Zum anderen kann man die Häufigkeit der Nennungen von sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei den gedanklich vorgestellten Patienten als einen Hinweis auf die Relevanz von sozial-emotionalen Schwierigkeiten betrachten. Der Unterschied zu A) ist allerdings, dass es hierbei um Probleme von Klienten geht, welche die Logopädinnen viel unmittelbarer betreffen und nicht so sehr um die allgemeine Einschätzung der Relevanz einer Problematik. Da viele LogopädInnen nicht nur eine vorherrschende, sondern manchmal auch zwei oder mehrere sozial-emotionale Schwierigkeiten pro Fall nannten, wurden insgesamt 908 Nennungen an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei 479 Fällen gezählt. Abb. 7 zeigt die Häufigkeitsverteilung dieser genannten sozial-emotionalen Schwierigkeiten.

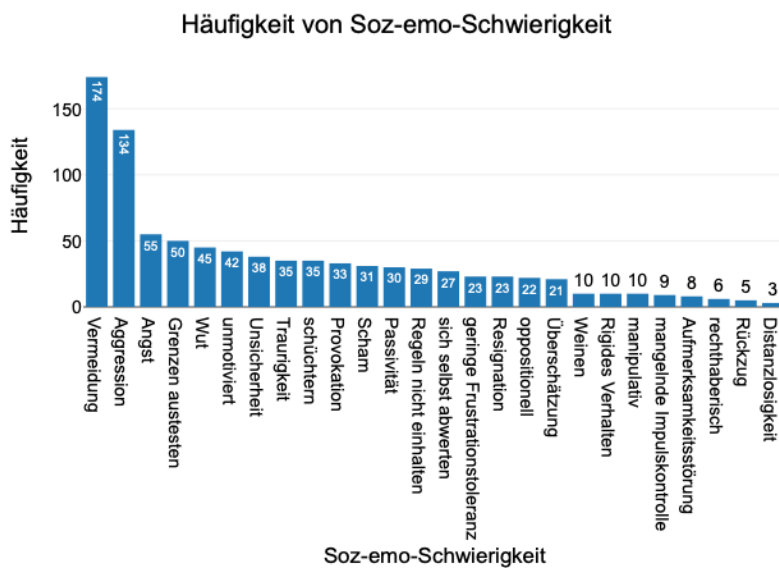


Abb. 7: Häufigkeit der vorherrschenden sozial-emotionalen Schwierigkeiten (Gesamt N der Nennungen=908) über alle Störungsbilder hinweg bei total N=479 Fällen

#### 4.4 Erklärungen und Gründe

**Frage 4:** Welche Erklärungen und Gründe für das sozial-emotionale schwierige Verhalten ihres Klientels betrachten Logopädinnen als relevant?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Erklärungen und Gründe angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= nicht relevant) bis 5 (=sehr relevant) für ihre gedanklich vorgestellten Fälle

einschätzen. Da bei jedem Fall von den Logopädinnen mindestens ein hauptsächliches Störungsbild genannt worden war, kann man bei dieser Auswertung eine Differenzierung pro Störungsbild vornehmen. Diese Differenzierung ist dringend geboten, weil die bisherigen allgemeinen Einschätzungen (Frage 1 bis 3) über alle Störungsbilder hinweg die Eigenheiten der spezifischen logopädischen Handlungsbereiche vernachlässigt. Es ist ziemlich wahrscheinlich, dass z.B. im Bereich der Kindersprachtherapie andere sozial-emotionale Schwierigkeiten vorherrschen als in der Therapie mit Erwachsenen und auch andere Gründe und Erklärungen dafür gegeben werden.

Die Tab. 3 zeigt mit Mittelwerten die Relevanz der Erklärungen bzw. Gründe pro Störungsbild. Drei Störungsbilder, welche von den Logopädinnen unter zehn mal genannt wurden, sind in der Darstellung nicht aufgeführt, weil es bei einer Fallzahl <10 wenig Sinn macht, Mittelwerte zu bilden. Da die Menge der dargestellten Werte sehr gross ist und um die Systematik der Zahlen leichter erkennen zu können, wurde mit Farben gearbeitet. Mittelwerte **ab 4 sind rot** unterlegt, von **3 bis 3.99 ist orange** unterlegt, von **2 bis 2,99 ist violett** unterlegt und Werte von **1 bis 1,99 sind blau** unterlegt. Standardabweichungen werden hier nicht angegeben, weil sie für die Interpretation nur einen sekundären Wert haben.

Ausserdem wurde der Gesamtmittelwerte der ganz rechten Spalte benutzt, um eine absteigende Rangreihe in der Tabelle zu verwirklichen. Dadurch ist die Relevanz der Erklärungen und Gründe von oben nach unten über alle Störungsbilder hinweg visuell gekennzeichnet. Gleichzeitig ist durch die Systematik der Kreuztabelle der Stellenwert einzelner Erklärungen / Gründe pro Störungsbild in den einzelnen Zellen ersichtlich.

Erklärung bzw. Gründe für Sozial-emotionale Schwierigkeit	Alle Störungsbilder															Gesamtmittelwert
	Stat Kenn	SES	Aussprache	Stottern	Mutismus	Aphasie	Schluck	Stimme	SES & Mehrsprachig	LRS	SEB	VED	MFS	Dysarthrie	Sprechapraxie	
	N	244	60	19	20	38	17	17	36	27	22	28	19	11	10	
Vermeidung	M	3.64	3.78	4.47	4.74	3.15	2.76	3.24	3.53	3.92	3.77	3.92	3.74	3.00	3.30	3.60
Zweifel an sich	M	3.16	3.29	3.47	3.84	4.11	3.65	3.25	3.06	3.54	2.86	3.93	3.53	3.73	4.60	3.60
Anspannung	M	3.36	3.15	3.76	3.95	3.49	3.41	3.71	3.23	3.42	3.45	4.00	3.68	3.18	3.60	3.50
Überforderung von aussen	M	3.66	3.05	3.24	3.58	3.66	2.82	3.53	3.43	3.60	3.55	3.59	4.00	2.82	3.30	3.40
Hilflosigkeit	M	3.15	2.84	2.63	3.32	3.83	4.06	3.00	3.12	2.88	2.95	3.93	2.89	3.36	4.30	3.30
Unsicherheit	M	3.20	3.29	3.44	4.21	3.00	2.94	3.12	3.29	3.19	2.68	3.42	3.47	3.00	3.40	3.30
Verweigerung	M	3.67	3.72	3.53	3.95	2.35	2.82	2.76	3.50	3.38	4.23	3.77	3.58	2.64	2.80	3.30
Angst vor etwas	M	2.67	2.78	4.06	4.47	3.06	3.59	3.00	2.71	2.76	2.55	2.68	3.26	3.73	3.20	3.20
Scham	M	2.70	2.93	4.22	3.84	3.49	3.47	2.88	2.53	3.15	2.33	3.62	3.21	4.00	4.20	3.20
SS als Ursache	M	3.26	2.59	3.61	2.58	4.23	2.33	2.88	3.09	2.96	3.19	4.46	2.11	3.10	4.60	3.20
Traurigkeit	M	2.46	2.48	2.38	2.63	3.83	3.88	3.75	2.70	2.68	2.27	2.84	2.16	3.55	4.20	3.00
Furcht	M	2.51	2.38	3.53	3.84	3.12	3.12	3.33	2.65	2.46	2.57	2.33	2.84	2.91	3.44	2.90
Konzentrations- probleme	M	3.34	2.87	2.56	1.47	3.49	1.94	1.60	3.15	3.88	3.19	3.04	3.00	2.55	2.70	2.80
Leistungsdruck	M	2.70	2.76	3.37	3.16	2.63	1.94	3.12	2.77	3.13	2.62	2.88	2.74	2.55	2.50	2.80
Lustlosigkeit	M	2.92	2.83	2.82	2.26	2.29	2.71	2.60	2.76	4.00	3.09	2.72	2.84	2.45	2.50	2.80
Wut	M	2.90	2.54	2.81	1.76	2.94	2.65	2.35	2.74	2.59	2.86	3.68	2.42	2.64	3.50	2.70
fehlende Motivation	M	2.77	2.83	2.72	2.05	2.06	2.19	2.00	2.51	3.73	3.23	2.50	2.63	2.36	2.30	2.60
sich unterschätzen	M	2.12	2.46	2.31	3.11	1.91	1.88	2.13	1.86	2.76	2.00	2.13	3.16	1.55	2.20	2.60
Krankheit	M	2.48	2.12	2.56	1.56	2.43	2.92	2.43	2.00	3.35	3.68	2.12	2.44	3.10	2.22	2.50
Ausgrenzung	M	2.51	2.24	3.25	2.74	2.70	2.50	2.25	2.20	2.27	2.50	2.92	2.37	2.55	2.00	2.50
Erziehungsfehler	M	3.19	2.95	2.75	2.53	1.31	1.08	1.38	3.39	3.36	3.47	2.48	3.44	1.09	1.38	2.40
sich abwerten	M	2.10	2.33	2.26	2.53	2.86	2.12	2.35	1.78	2.80	1.85	2.72	2.42	2.45	3.20	2.40
Depression	M	1.53	1.60	2.12	1.72	3.58	3.53	2.94	1.58	1.70	1.63	1.64	1.28	3.91	4.00	2.30
Schüchternheit	M	2.16	2.21	2.71	3.95	1.83	1.41	1.82	2.38	2.19	1.81	2.40	2.68	1.82	1.80	2.20
sich überfordern	M	2.02	2.02	1.89	2.26	2.34	2.59	3.00	1.63	2.08	1.64	2.14	2.21	2.36	2.50	2.20
Ängstlichkeit	M	1.95	2.11	2.83	3.61	1.88	1.94	1.63	1.97	2.12	2.00	1.60	2.79	1.82	1.67	2.10
sich überschätzen	M	2.06	2.38	2.06	1.32	1.91	2.82	1.75	2.13	2.32	1.68	2.00	1.95	2.91	1.30	2.00
introvertiert	M	1.72	1.78	2.17	2.89	1.80	1.59	1.75	1.74	2.00	1.38	1.88	2.32	1.55	1.50	1.90
Passivität	M	1.87	1.65	1.82	2.32	1.76	1.65	1.73	2.09	2.42	2.14	1.67	1.84	1.82	2.10	1.90
Übervorsicht	M	1.75	1.80	1.89	3.16	1.97	2.12	1.71	1.73	2.00	1.45	1.40	2.47	1.64	2.20	1.90
Verwöhnung	M	2.34	2.43	2.06	2.26	1.11	1.00	1.56	2.74	2.52	2.79	2.00	1.89	1.00	1.00	1.90

Tab. 3. Mittelwerte (M) der Skala 1 bis 5 der eingeschätzten Gründe und Erklärungen pro Störungsbild bei N = 568 Fällen (einige Fälle fließen in diese Auswertung doppelt ein und zwar dort, wo pro Fall mehr als ein Störungsbild genannt wurde)  
SES=SprachEntwicklungsStörung; LRS= LeseRechtschreibStörung; SEB= SprachEntwicklungsBehinderung; VED= VerbaleEntwicklungsDyspraxie; MFS= MyoFunktionelleStörung

### Zellenweise Analyse zu Tabelle 3

Jeder Mittelwert kann auch hier in Bezug zur angelegten Skala interpretiert werden und den qualitativen Bezeichnungen der Zahlen von 1 bis 5 zugeordnet werden, wobei  
1 = nicht relevant, 2 = etwas relevant, 3 = mittel relevant, 4 = ziemlich relevant und 5 = sehr relevant bedeuten.

### Zeilenweise Analyse zu Tabelle 3

Die zeilenweise Analyse betrifft die Störungsbildabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit der Erklärungen, die im Folgenden beispielhaft angeboten wird:

- **Vermeidung** hat über alle Störungsbilder hinweg hohe Mittelwerte. Es dominiert die Farbe orange (M= 3 bis 3,99). Einzig bei den Schluckstörungen ist ein Mittelwert unter 3 zu verzeichnen. Vermeidung hat den höchsten Gesamtmittelwert. Das Phänomen Vermeidung scheint einen herausragenden Stellenwert innerhalb der sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu haben, denn dieses Phänomen wurde auch schon bei der freien Nennung von vorherrschenden sozial-emotionalen Problemen am häufigsten genannt (vgl. Abb. 7).
- Bei **Überforderung von aussen, Anspannung, Zweifel an sich** dominiert ebenfalls die Farbe orange (M= 3 bis 3,99). Es gibt nur wenige Mittelwerte unter 3. Diese Phänomene belegen hinter *Vermeidung* die oberen Plätze in der Rangreihe.
- Merkmale, welche als relativ feste Persönlichkeitsmerkmale gelten wie **Introversion** oder **Passivität** weisen durchgehend relativ niedrige Mittelwerte auf und erscheinen daher als schwache Erklärungen. Bei der zeilenweisen Ansicht dominieren die Farben blau (1-1,99) und violett (2-2,99). Diese Phänomene belegen in der Rangreihe untere Plätze.
- **Angst vor etwas** ist bei Erwachsenen etwas höher als bei Kindern. Ausnahme hierbei ist Mutismus und Stottern. Bei Mutismus ist *Angst* das Kardinalsymptom. Es wundert daher nicht, dass es mit 4.47 einen sehr hohen Mittelwert zeigt. Bei Stottern ist die *Angst* vor dem Kontrollverlust ebenfalls ein zentrales und altersunabhängiges Element zur Erklärung der pathologischen Dimension dieser Redeunflüssigkeit.
- **Depression** ist bei den zentralen Sprach- und Sprechstörungen Aphasie, Dysarthrie, Schluckstörung und Sprechapraxie hoch. Bei Aphasie und Sprechapraxie liegen ebenfalls hohe Werte bei **SS als Ursache**, so dass die *Depression* höchstwahrscheinlich als eine Folge der Sprachstörung zu interpretieren ist.
- Die Erklärung **Erziehungsfehler** spielt bei Erwachsenen (Aphasie, Dysarthrie, Stimme, Schlucken) keine Rolle.
- **Lustlosigkeit** spielt insgesamt eine eher weniger bis mittelmässige Rolle über alle Störungsbilder hinweg. Eine Ausnahme stellt das Störungsbild LRS (4,00) dar. Es belegt den herausragenden Spitzenplatz im Vergleich mit den anderen logopädischen Störungsbildern.
- Die **Sprachstörung als Ursache** hat bei drei Störungsbildern sehr hohe Mittelwerte. Das ist (wie schon erwähnt) die Aphasie (4,23) sowie die Sprechapraxie (4,60) und ausserdem noch die Verbale Entwicklungsdyspraxie (4,46). Ansonsten sind die Farben orange und violett beinahe gleichhäufig zu sehen und es ist daher von einer mittleren Relevanz dieser Erklärung auszugehen.

### Spaltenweise Analyse zu Tabelle 3

Die Spaltenweise Analyse bringt die Konzentration auf das einzelnen Störungsbild. Hierzu werden beispielhaft drei Störungsbilder herausgegriffen.

Die **Sprechapraxie** hat mit sechs Mittelwerten über dem Wert 4 die grösste Häufigkeit von hohen Mittelwerten überhaupt. Es bietet sich bei den drei Erklärungen *Hilflosigkeit* (4,30), *Sprachstörung als Ursache* (4,60) und *Depression* (4,00) an, eine zeitliche Abfolge zwischen diesen drei Erklärungen zu vermuten und den Rückgriff auf das theoretische Modell der kognizierten Kontrolle zu machen: Zunächst war die Sprachstörung mit einem hochgradig unkontrollierbaren Artikulationsdefizit der Auslöser für ein Gefühl der Hilflosigkeit. Wenn diese Hilflosigkeit länger besteht, ist die Gefahr gross, dass sich eine Depression bildet. Auch der **Mutismus** hat drei sehr hohe Mittelwerte. Da Mutismus als eine Angststörung definiert wird, ist es nicht verwunderlich und hochplausibel, dass die *Angst vor etwas* (4,47), die *Unsicherheit* (4,21) und die *Vermeidung* (4,74) die hohen Mittelwerte haben. Bei **Dysarthrie** scheint *Scham* (4,00) eine herausragende Rolle zu spielen und könnte im Zusammenhang mit anderen sozial-emotionalen Schwierigkeiten als eine Erklärung für die ebenfalls eher starke Tendenz zur Depression (3,91) gelten.

#### 4.5 Umgangsweisen

**Frage 5:** Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigem Verhalten ihrer Klienten um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Umgangsweisen angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen der Voruntersuchung genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= nicht relevant) bis 5 (=sehr relevant) für ihre gedanklich vorgestellten Fälle einschätzen.

Die Darstellung der Mittelwerte erfolgt pro Störungsbild wieder in Form einer Kreuztabelle (vgl. Tab. 4). Auch hier dient die Relevanz über alle Störungsbilder hinweg in Form eines Gesamtmittelwertes (ganz recht Spalte) zur Bildung einer absteigenden Rangreihe der Umgangsweisen.

	Alle Störungsbilder																
Umgangsweisen mit sozial- emotional schwierigem Verhalten	Stat Kenn	SES	SES & Mehrsprachig	LRS	SEB	VED	MFS	Dysarthrie	Sprechpraxie	Aussprache	Stottern	Mutismus	Aphasien	Schlucken	Stimme	Gesamtmittelwert	
	N	244	36	27	22	28	19	11	10	60	19	20	38	17	17	568	
Empathisch sein	M	4,43	4,42	4,54	4,65	4,68	4,26	4,55	4,60	4,44	4,63	4,67	4,69	4,76	4,75	4,58	
Interessen des Klienten	M	4,37	4,31	4,29	4,48	4,54	4,21	4,00	3,30	3,97	4,74	4,78	4,39	4,24	4,13	4,27	
Verständnis zeigen	M	3,84	3,53	4,33	4,00	4,32	4,06	4,45	4,50	3,84	3,89	4,11	4,44	4,65	4,44	4,17	
Loben	M	4,22	4,28	4,43	4,41	4,61	4,21	3,45	3,80	4,12	4,26	4,11	4,03	3,65	4,19	4,13	
Gespräch führen	M	3,47	3,33	4,21	3,45	3,81	3,79	4,27	4,10	3,63	4,32	3,47	4,19	4,47	4,19	3,91	
Schwierigkeit anpassen	M	4,11	4,11	4,25	4,48	4,32	3,68	3,91	3,70	3,69	3,63	3,72	4,11	3,47	3,31	3,89	
Emotionen benennen	M	3,75	3,61	4,04	4,25	3,85	3,53	3,27	3,80	3,72	4,11	4,17	4,06	4,18	3,94	3,88	
Humor einsetzen	M	3,81	3,72	4,00	3,95	4,27	3,95	3,36	3,60	3,66	4,05	4,39	3,92	3,76	3,69	3,87	
Belohnen	M	4,06	4,19	4,08	4,41	3,59	4,16	2,82	3,50	3,91	3,89	4,06	3,50	3,18	3,44	3,77	
Wahlmöglichkeiten anbieten	M	3,55	3,54	3,75	3,76	4,07	3,47	2,73	3,00	3,29	4,11	4,00	3,44	3,71	3,27	3,55	
Zeit geben	M	3,43	3,40	3,17	3,70	4,00	3,42	3,27	3,80	3,23	3,32	4,06	3,89	3,29	3,25	3,52	
Interdiszi. Zusammenarbeit	M	3,58	3,72	3,33	4,14	3,71	2,84	3,73	3,20	2,86	3,16	3,67	3,50	4,00	2,69	3,44	
spielerisches Element	M	4,15	4,00	3,61	4,24	4,56	3,79	1,45	2,50	3,88	3,89	4,61	2,66	1,82	2,40	3,40	
Bezugspersonenarbeit	M	3,61	3,74	3,05	3,90	3,80	3,29	2,91	3,50	3,37	4,17	4,22	2,79	3,35	1,94	3,40	
Auftragsklärung	M	3,06	3,15	3,71	3,59	2,81	2,83	3,27	3,11	2,85	4,00	3,72	3,37	4,18	3,63	3,38	
Kreative Elemente einsetzen	M	3,74	3,94	3,22	3,85	4,16	3,05	2,00	2,40	3,57	3,50	4,50	2,92	2,41	3,13	3,31	
Regeln einführen	M	3,74	3,51	3,96	3,62	3,81	3,79	2,09	1,44	3,76	3,63	2,89	2,09	3,06	2,31	3,12	
Grenzen setzen	M	3,73	3,46	4,00	3,64	3,63	3,47	2,00	1,78	3,69	3,37	2,72	2,06	2,65	2,19	3,03	
Trösten	M	3,09	3,03	2,78	2,85	3,35	3,00	2,27	3,70	3,00	2,35	2,44	3,25	3,35	2,94	2,96	
Visualisierung	M	3,10	3,26	2,96	3,71	3,04	3,00	1,70	2,50	3,00	3,06	2,78	2,53	2,38	3,06	2,86	
Dampf ablassen	M	2,84	2,69	2,86	2,84	3,35	2,05	2,45	2,71	2,64	3,05	2,50	3,03	3,59	3,14	2,84	
Coaching / Supervision	M	3,00	2,94	2,59	3,74	3,24	2,50	2,27	2,40	2,54	2,89	3,06	2,79	2,75	2,69	2,81	
verschiedene Sichtweisen	M	2,25	2,27	3,08	2,70	2,44	2,11	2,73	3,33	2,38	3,17	3,24	3,46	2,93	3,06	2,80	
Entspannungsverfahren	M	2,43	2,61	2,58	2,79	2,38	2,68	3,27	2,90	2,33	2,68	2,22	2,58	3,65	3,50	2,76	
Negative Konsequenzen	M	2,69	2,57	3,21	2,76	2,19	2,63	2,27	1,40	2,51	2,95	2,11	2,19	2,82	2,50	2,49	
Verhalten spiegeln	M	2,55	2,44	2,96	3,00	2,22	1,94	2,91	1,90	2,29	2,94	2,28	2,25	2,35	2,63	2,48	
Auszeit geben	M	2,72	2,56	2,09	2,85	2,85	2,68	2,18	2,80	2,50	2,21	1,94	2,52	2,24	2,31	2,46	
Therapievertrag	M	2,21	2,16	3,08	2,10	2,42	2,26	1,73	1,60	2,43	3,58	2,83	2,20	2,53	2,44	2,40	
Reizarme Umgebung schaffen	M	2,93	3,06	2,54	3,09	2,71	3,00	1,64	1,90	2,63	2,47	1,56	2,17	1,88	1,50	2,36	
Ablenken	M	2,57	2,37	2,04	3,24	2,48	2,47	1,73	2,70	2,41	2,21	2,28	2,03	2,06	2,00	2,33	
Massregeln	M	2,57	2,53	2,48	2,73	2,26	2,58	1,91	1,33	2,35	2,28	1,44	1,53	1,53	1,60	2,08	
Bücher nutzen	M	2,29	2,77	1,83	2,30	2,00	2,18	1,09	1,33	1,98	2,37	3,24	1,86	1,94	1,88	2,08	
Gruppensetting nutzen	M	1,92	1,83	1,92	1,90	1,59	2,06	1,55	1,22	1,49	2,72	2,53	1,67	1,41	1,31	1,79	
Ignorieren	M	1,94	1,86	2,09	2,20	1,81	1,84	1,73	1,60	1,71	1,79	1,78	1,44	1,29	1,19	1,73	
Metaphorik nutzen	M	1,69	1,40	1,67	1,67	2,00	1,56	1,27	1,40	1,68	1,76	2,00	1,63	1,41	1,81	1,64	
Festhalten	M	1,50	1,52	1,21	1,55	1,46	1,63	1,30	1,43	1,33	1,11	1,06	1,17	2,24	1,25	1,41	
lauter werden	M	1,67	1,69	1,29	1,68	1,38	1,68	1,18	1,30	1,39	1,44	1,22	1,14	1,29	1,13	1,39	
Drohen	M	1,45	1,56	1,46	1,76	1,23	1,58	1,10	1,00	1,29	1,16	1,17	1,03	1,18	1,00	1,28	
Zwang ausüben	M	1,32	1,29	1,45	1,40	1,12	1,42	1,00	1,00	1,14	1,11	1,17	1,00	1,12	1,00	1,18	

Tab. 4: Mittelwerte (M) der Skala 1 bis 5 der eingeschätzten Umgangsweisen pro Störungsbild bei N = 568 Fällen (auch hier fließen einige Fälle in die Auswertung doppelt ein und zwar dort, wo pro Fall mehr als ein Störungsbild genannt wurde)  
SES=SprachEntwicklungsStörung; LRS= LeseRechtschreibStörung; SEB= SprachEntwicklungsBehinderung; VED= VerbaleEntwicklungsDyspraxie; MFS= MyoFunktionelleStörung

#### Zellenweise Analyse zu Tabelle 4

Jeder Mittelwert kann auch hier in Bezug zur angelegten Skala interpretiert werden und den qualitativen Bezeichnungen der Zahlen von 1 bis 5 zugeordnet werden wobei 1 = nicht relevant, 2 = etwas relevant, 3 = mittel relevant, 4 = ziemlich relevant und 5 = sehr relevant bedeuten.

#### Zeilenweise Analyse zu Tabelle 4

Die zeilenweise Analyse betrifft die Störungsbildabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit der Erklärungen, die im Folgenden wieder beispielhaft angeboten wird:

##### Störungsbildunabhängige Umgangsweisen

Es zeigen sich die sozial-erwünschten Umgangsweisen eines pädagogisch-therapeutischen Berufes ganz oben in der Rangreihe. In diesen Zeilen dominiert die Farbe rot bei **Empathisch sein** und **Verständnis zeigen**. Demgegenüber stehen die für einen therapeutischen Beruf sozial unerwünschten Umgangsweisen wie **Zwang ausüben** und **Drohen** ganz unten auf der Rangliste und haben Mittelwerte nahe bei 1. In den Zeilen erscheint die Farbe blau durchgehend.

##### Störungsbildabhängige Umgangsweisen

Interessanter sind die mittleren Rangreihen mit einer höheren Varianz zwischen den Mittelwerten und somit einer störungsbildabhängigen Bedeutung der Umgangsweisen. Es werden z.B. *Kreative Elemente* bei Mutismus (M=4,50) und bei VED (M=4,16) offensichtlich als sehr relevant eingeschätzt, während es bei den Zentralen Sprach- und Sprechstörungen Schlucken (2,41), Sprechapraxie (2,40) und Dysarthrie (2,00) eine eher untergeordnete Rolle spielt. Insgesamt setzen Logopädinnen bei den kindersprachlichen Störungsbildern SES (3,74), SES & Mehrsprachigkeit (3,94), Aussprache (3,57), SEB (3,85) und auch bei Stottern (3,50) die *kreativen Elemente* eher gehäuft ein. Für einen eher mittelmässig häufigen Einsatz sprechen die Mittelwerte bei Aphasie (2,92), LRS (3,22), MFS (3,05) und bei Stimmstörungen (3,13).

#### Spaltenweise Analyse zu Tabelle 4

Die spaltenweise Analyse bringt die Konzentration auf das einzelnen Störungsbild bzw. den Vergleich zwischen den Störungsbildern. Hierzu wird beispielhaft die Häufigkeit der hohen Mittelwerte pro Störungsbild verglichen. Hier ragt der **Mutismus** mit 12 Mittelwerten über 4 heraus, was für eine hohe Relevanz und einen hohen Bedarf an Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten dieses Störungsbildes spricht. Dagegen spricht für eine eher geringe Relevanz von Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten die Anzahl von lediglich zwei Mittelwerten über 4 beim Störungsbild **Aussprache**.

#### 4.5.1. Reaktionen und eigene Betroffenheit der Logopädinnen

**Frage 5.1:** Welche Reaktionen werden durch den Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihres Klientels bei den Logopädinnen selbst ausgelöst?

Diese Frage zielt auf die Selbstreflexion der Logopädinnen zur eigenen Betroffenheit ab. Sie wurden im Fragebogen im Zusammenhang mit dem imaginierten Klienten gefragt *Was hat das sozial-emotional schwierige Verhalten bei Ihnen ausgelöst?*

Es waren wieder Items vorgegeben, welche von den Logopädinnen der Einzelinterviews und den Gruppendiskussionen genannt worden waren. Die Einschätzungsskala ging wieder von 1 (=nicht relevant) bis 5 (=sehr relevant).

Tab. 5 zeigt die Mittelwerte (M) samt Standardabweichungen (SD) der ausgelösten Reaktionen bzw. Betroffenheit in absteigender Wertigkeit.

	M	SD	Zusammenhang mit Berufserfahrung
--	---	----	----------------------------------

Reaktion bzw. Betroffenheit der Logopädinnen bei N = 437 Fällen			Spearman rho	p-Wert
Empathie	4,15	0,83	0	0,945
Ansporn, das Problem zu lösen	3,97	0,86	0	0,971
Zuversicht	3,5	0,95	0,14	0,005
Gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende	3,1	1,20	-0,07	0,201
Mitleid	2,9	1,22	-0,13	0,01
Hilflosigkeit	2,88	1,06	-0,17	0,001
Unsicherheit	2,67	1,06	-0,23	<0,001
Erstaunen	2,57	1,04	0,04	0,399
Genervt sein	2,51	1,13	0,04	0,443
Zweifel an eigener Kompetenz	2,49	1,07	-0,07	0,157
Spontaner Handlungsimpuls (z.B. Klient in Arm nehmen)	2,45	1,14	0,04	0,383
Ärger	2,39	1,15	0,04	0,417
Freude	2,23	1,32	0,09	0,08
Traurigkeit	2,03	1,03	-0,04	0,38
Impuls, Klient abzugeben	1,84	1,07	0,01	0,835
Aggression	1,56	0,86	0,16	0,399

Tab. 5: Mittelwerte (M) samt Standardabweichungen (SD) bei einer Skala von 1 bis 5 der ausgelösten Reaktionen bzw. Begrifflichkeiten der eigenen Betroffenheit von Logopädinnen im Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihrer Klienten bei N=479 Fällen in absteigender Relevanz von oben nach unten. Der Zusammenhang mit der Berufserfahrung, welche in den beiden letzten Spalten dargestellt ist, wird später unter 4.5.5.7 näher erläutert.

#### 4.5.2. Wirksamkeitsempfinden

**Frage 5.2:** Als wie wirksam schätzen Logopädinnen ihre Umgangsweisen ein?

Da die subjektive Einschätzung von der eigenen Wirksamkeit besser interpretiert werden kann, wenn sie in Relation zu etwas steht, wurden die Logopädinnen im Fragebogen gebeten die Wirksamkeit der von Ihnen praktizierten Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit der subjektiv empfundenen Wirksamkeit ihrer sprachtherapeutischen Massnahmen einzuschätzen.

Das Item mit einer 7-stufigen Skala zur Einschätzung lautete wie folgt:

*Im Vergleich mit dem Effekt meiner sprachtherapeutischen Interventionen sind die Effekte meiner Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten ...*

*1=sehr viel geringer / 2= kleiner / 3= geringfügig kleiner / 4= gleichgroß / 5= geringfügig grösser / 6= grösser / 7= sehr viel grösser*

Abb. 8 zeigt die Verteilung der Antworten von N = 210 Logopädinnen als Balkendiagramm.



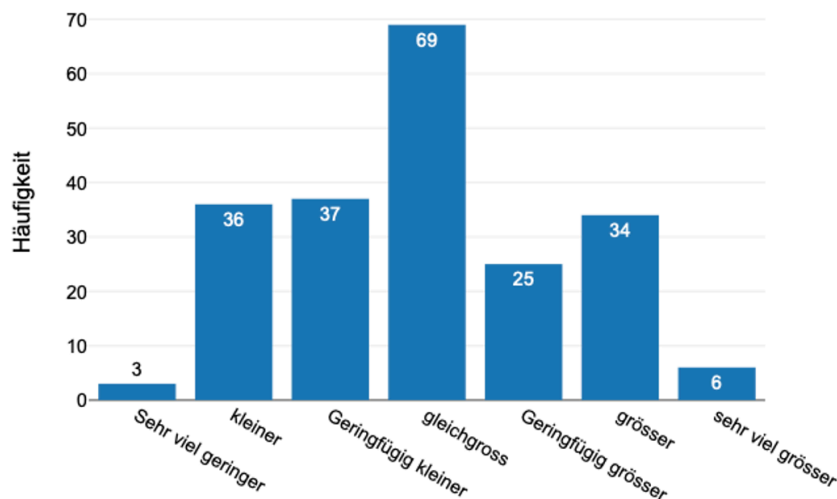


Abb. 8: Verteilung der Häufigkeiten auf einer 7-stufigen Skala der subjektiv empfundenen Wirksamkeit der Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit der subjektiv empfundenen Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Maßnahmen

Der Mittelwert dieser Verteilung liegt bei 3,97, die Standardabweichung bei 1,42. Da bei der 7-stufigen Skala der cut-off-Wert bei 4 liegt, kann man sagen, dass die Logopädinnen ihre Wirksamkeit im Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Mittel gleich gross einschätzen wie die Wirksamkeit ihrer sprachtherapeutischen Maßnahmen.

#### 4.5.3. Nachbardisziplinen und pädagogisch-therapeutische Ansätze

**Frage 5.3:** Welche Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutische Ansätze nennen Logopädinnen, die ihnen beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten hilfreich sind?

Abb. 9 zeigt die Häufigkeit der Nennungen von Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutischen Ansätzen. Insgesamt wurden 149 Nennungen gezählt, wobei von den 338 Logopädinnen der Gesamtstichprobe 108 eine oder mehrere Disziplinen bzw. Ansätze genannt haben.

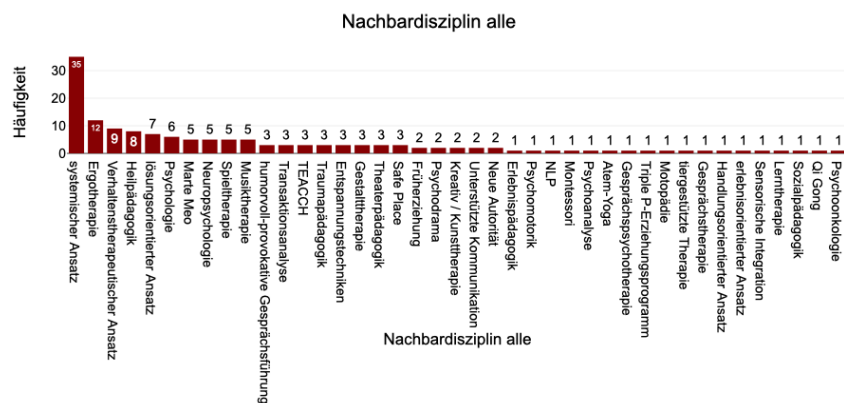


Abb. 9: Häufigkeiten von Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutischen Ansätze, welche beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie als hilfreich genannt werden.

#### 4.5.4. Berufliches Selbstverständnis

**Frage 5.4** Welches berufliche Selbstverständnis geht mit dem Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten einher?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen der Voruntersuchung genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= Aussage trifft nicht oder kaum zu) bis 5 (=Aussage trifft absolut oder beinahe absolut zu) einschätzen.

Tab. 6 zeigt die zu bewertenden Aussagen und die Auswertung durch Mittelwerte in absteigender Reihenfolge hinsichtlich des Zutreffens samt den Standardabweichungen.

Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis N= 219 Logopädinnen	M	SD	Zusammenhang mit Berufserfahrung	
			Spearman Rho	p-Wert
Mir ist die therapeutische Beziehung zu meinen Klienten wichtig	4,8	0,43	-0,01	0,816
Mir ist das Wohlbefinden meiner Klienten wichtig	4,73	0,46	-0,13	0,017
Mir ist es wichtig, für meine Klienten eine motivierende Atmosphäre zu schaffen	4,58	0,56	-0,04	0,487
Ich finde, dass eine ganzheitliche und eine sprachstörungsspezifische Betrachtungsweise sich nicht ausschließen	4,42	0,81	0,16	0,002
Der Mensch, der zu mir in die Therapie kommt, ist mir wichtiger als die Sprachstörung, die er mitbringt.	4,14	0,87	0,1	0,064

In meinen Therapiektionen sollen die Klienten Spass haben	4,08	0,7	-0,08	0,127
Ich fühle mich als Anwältin meiner Klienten, auch was eine mögliche sozialemotionale Problematik angeht, welche im Zusammenhang mit dem Sprachproblem existiert	3,68	1,16	0,26	<0,001
Ich erwarte von meinen Klienten, dass sie Motivation zur Zusammenarbeit mitbringen	3,52	0,9	-0,28	<0,001
Ich finde, die sprachstrukturellen Ansätze haben in der Logopädie gegenüber den ganzheitlichen Ansätzen ein Übergewicht	3,14	0,95	-0,14	0,006
Ich bin als Logopädin primär für die Sprache und erst sekundär für die sozial-emotionale Schwierigkeit verantwortlich	2,6	1,07	-0,16	0,003

Tab. 6: Aussagen von N = 219 Logopädinnen zu ihrem beruflichen Selbstverständnis, welche auf einer Skala von 1 (trifft nicht oder kaum zu) bis 5 (trifft absolut oder beinahe absolut zu) bewertet wurden und so der Grad des Zutreffens der Aussagen durch Mittelwerte abgebildet werden kann. Der zahlenmässig dargestellte Zusammenhang zur Berufserfahrung in den zwei Spalten ganz rechts wird später unter 4.5.5.6. näher erläutert.

#### 4.5.5. Personenspezifische Unterschiede und Zusammenhänge

Frage 5.5: Gibt es personenspezifische Unterschiede bzw. Zusammenhänge bei der Beantwortung der Fragen 5.1 bis 5.4?

##### 4.5.5.1. Unterschied zwischen Logopädinnen mit und ohne Fortbildung bei den Reaktionen

Frage 5.5.1: Gibt es einen Unterschied in den Reaktionen auf die Klienten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?

Diese Frage wurde durch Unterschiedsrechnungen pro Reaktion beantwortet. Dafür wurden zwei Gruppen gebildet. Eine Gruppe (1) bestand aus Logopädinnen, welche andere pädagogisch-therapeutischen Ansätze oder Nachbardisziplinen als hilfreich benannt hatten. Die andere Gruppe (2) bestand aus Personen, die das nicht getan hatten. Für jede Reaktion wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der die Mittelwertsunterschiede zwischen den genannten Gruppen inferenzstatistisch bestimmte.

Tab. 7 zeigt die Ergebnisse dieser Auswertung.

<b>Reaktionen bzw. Betroffenheit auf sozial-emotional Schwierigkeiten der Klienten</b>	<b>Andere pädagogisch-therapeutische Ansätze</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Teststatistiken</b>	<b>p-werte des U-Tests zweiseitig</b>
Hilflosigkeit	Ja	105	2,79	1,04	U= 5344 Z=-0,28	0,792
	nein	104	2,88	1,11		
Mitleid	ja	104	2,87	1,26	U=5234 Z=-0,29	0,778
	nein	103	2,93	1,27		
Freude	ja	101	2,32	1,33	U=4892 Z=-0,4	0,704
	nein	100	2,26	1,38		
Traurigkeit	ja	102	2	1,11	U=5163 Z=-0,1	0,927
	nein	102	1,93	0,95		
Ärger	ja	103	2,3	1,22	U=4942 Z=-0,77	0,465
	nein	102	2,18	1,21		
Aggression	ja	103	1,61	0,9	U=4718 Z=-1,36	0,252
	nein	101	1,47	0,83		
Erstaunen	ja	103	2,52	1,06	U=5140 Z=-0,03	0,982
	nein	100	2,54	1,07		
Spontaner Impuls (z.B. in Arm nehmen)	ja	102	2,47	1,19	U=5129 Z=-0,05	0,959
	nein	101	2,44	1,12		
Zweifel an eigener Kompetenz	ja	104	2,38	0,98	U=5265 Z=-0,09	0,928
	nein	102	2,41	1,15		
Unsicherheit	ja	105	2,49	1	U=5039 Z=-0,77	0,464
	nein	102	2,6	1,07		
Empathie	ja	103	4,13	0,99	U=4862 Z=-0,98	0,358
	nein	102	4,09	0,78		
Genervt sein	ja	104	2,45	1,27	U=5179 Z=-0,3	0,772
	nein	102	2,38	1,09		
Impuls, Klient abzugeben	ja	103	1,77	0,95	U=5041 Z=-0,55	0,619
	nein	102	1,75	1,07		
Zuversicht	ja	104	3,57	1,03	U=4959 Z=-0,97	0,359
	nein	103	3,48	0,94		

Reaktionen bzw. Betroffenheit auf sozial-emotional Schwierigkeiten der Klienten	Andere pädagogisch-therapeutische Ansätze	N	M	SD	Test-statistiken	p-werte des U-Tests zweiseitig
Gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende	ja	105	2,93	1,13	U=5320	0,936
	nein	102	2,9	1,21	Z=-0,08	
Ansporn, das Problem zu lösen	ja	100	4	0,91	U=4680	0,285
	nein	101	3,86	0,91	Z=-1,15	

Tab. 7: Mittelwertvergleich von Reaktionen auf sozial-emotional schwieriges Verhalten (Bezug ist die Skala von 1 bis 5) zwischen Logopädinnen, welche andere pädagogisch-therapeutische Ansätze oder Nachbardisziplinen als hilfreich benannt haben und Logopädinnen, die das nicht gemacht haben.

Es gibt keinen Unterschied in den einzelnen Reaktionen zwischen den beiden Gruppen. Alle U-Tests sind nicht signifikant und weisen hohe Irrtumswahrscheinlichkeiten aus. Daher wurde auf die Berechnung von Effektstärken verzichtet.

#### 4.5.5.2 Unterschied zwischen Logopädinnen mit und ohne Fortbildung beim Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.2: Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?

Für die Beantwortung dieser Frage wurde ein Mann-Whitney-U-Test zwischen den zwei gebildeten Gruppen (vgl. 4.5.5.1) mit der Variablen zur Wirksamkeitseinschätzung (vgl. 4.5.2. und Abb. 8) gerechnet. Das Ergebnis ist in Tab. 8 dargestellt.

	Andere Ansätze	N	M	SD	Test-statistik	p-wert des U-Tests	Effektstärke (Pearson Korrelation)
<b>Wirksamkeits-empfinden</b> auf einer 7-stufigen Skala bewertet.	ja	208	4,3	1,4	Mann-Whitney U = 15917 Z = -4,93	<0,001	r = 0,24
	nein	210	3,63	1,3			

Tab. 8: Mittelwertsunterschied des subjektiven Wirksamkeitsempfinden (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) zwischen Logopädinnen, die andere pädagogisch-therapeutische Ansätze als hilfreich benannt haben und solchen, die das nicht gemacht haben.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist hochsignifikant ( $p = <0,001$ ). Die Effektgrösse beträgt  $r = 0,24$ . Nach Cohen (1988) ist das ein knapp mittelmäßiger Effekt. Anders ausgedrückt: Es empfinden sich Logopädinnen, welche einen weiteren pädagogischen Ansatz in ihrer logopädischen Arbeit integrieren als etwas wirksamer im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als Kolleginnen, die keinen weiteren Ansatz einsetzen.

#### 4.5.5.3. Unterschied zwischen Logopädinnen mit verschiedenen Grundausbildungen beim Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.3: Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Hochschule absolviert haben und Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Fachschule absolviert haben?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein Mann-Whitney-U-Test zwischen den Logopädinnen mit Hochschulausbildung und den Logopädinnen mit Fachschulausbildung gerechnet. Tab. 9 zeigt das Ergebnis.

	Akademisches Niveau der Grund- ausbildung	N	M	SD	p-Wert des U- Tests
Vergleich <b>Wirksamkeit</b> Umgang mit soz-emo und Wirksamkeit Sprachtherapie auf einer 7-stufigen Skala bewertet.	Fachschule	112	3,94	1,53	0,582
	Hochschule	90	4,03	1,34	

Tab. 9: Mittelwertunterschied der subjektiv empfundenen Wirksamkeit (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) zwischen Logopädinnen mit unterschiedlichem akademischem Niveau ihrer Grundausbildung

Dieser Mittelwertvergleich zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Auf die Berechnung der Effektstärke wurde daher verzichtet.

#### 4.5.5.4. Zusammenhang zwischen Wirksamkeitsempfinden und Berufserfahrung

Frage 5.5.4: Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und der Berufserfahrung von Logopädinnen?

Diese Frage wurde durch eine Korrelationsrechnung mit dem Spearman roh beantwortet. Die Tab. 10 zeigt das Ergebnis.

N=203 Logopädinnen	Spearman rho	p-wert (2-seitig)
<b>Korrelation zwischen Berufserfahrung und Wirksamkeit-empfinden beim im Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten</b>	0,21	<0,001

Tab. 10: Zusammenhang zwischen Berufserfahrung in Jahren und Wirksamkeitsempfinden (Skala von 1-7) von Logopädinnen bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten

Der hochsignifikante Zusammenhang ist gering ( $\rho = 0,21$ ). Es besteht folgende Tendenz: Je grösser die Berufserfahrung desto höher das Wirksamkeitsempfinden im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten.

#### 4.5.5.5 Zusammenhang zwischen Arbeitskontext und Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.5: Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und dem Arbeitskontext von Logopädinnen?

Um diese Frage zu beantworten, wurde der Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Die unterschiedlichen Arbeitskontexte wurden als Gruppen betrachtet. Das Ergebnis wird in Tab. 11 dargestellt.

Wirksamkeitsempfinden					p-wert des Mittlerer Kruskal Rang Wallis
Arbeitskontexte	N	M	SD	Mittlerer Rang	
Praxis	97	3,87	1,57	84,92	0,643
Schule	26	3,81	1,5	83,6	
Sonderschule	14	4,21	1,25	97,46	
Ausbildung	22	4,23	1,41	96,39	
Klinik	17	4,29	1,45	98,85	
Total	176	3,97	1,5		

Tab. 11: Mittelwertunterschiede der subjektiv empfundenen Wirksamkeit (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) in Abhängigkeit vom Arbeitskontext.

Der p-Wert von 0,643 sagt aus, dass es keinen systematischen Unterschied zwischen den Gruppen der Arbeitskontexte gibt. Auch die paarweise Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Dunn-Test ergab keine signifikanten Unterschiede. Auf eine Darstellung dieser Statistik wird daher verzichtet, ebenso auf die Berechnung der Effektstärken.

#### **4.5.5.6. Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und beruflichem Selbstverständnis**

Frage 5.5.6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Logopädinnen und ihrem beruflichen Selbstverständnis beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten?

Die einzelnen Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis (vgl. Tab. 6) wurden mit der Berufserfahrung mittels Spearman Rho korreliert. In der Tab. 6 sind die Ergebnisse aufgeführt. Von den insgesamt zehn Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis stehen sechs in einem signifikanten Zusammenhang mit der Berufserfahrung. Alle Zusammenhänge sind gering (rho zwischen 0,1 und 0,3). Die beiden Aussagen mit dem höchsten Zusammenhang zur Berufserfahrung seien an dieser Stelle hervorgehoben. Es bestehen folgende Tendenzen:

Je grösser die Berufserfahrung desto geringer ist die Erwartung an die Motivation des Klienten (rho = -0,28 mit p = <0,0001).

Je grösser die Berufserfahrung desto mehr fühlen sich die Logopädinnen als Anwältin ihrer Klientinnen (rho = 0,26 mit p = <0,0001)

#### **4.5.5.7. Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Reaktionen der Logopädinnen**

Frage 5.5.7: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung von Logopädinnen und ihren Reaktionen auf das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten?

Die einzelnen Reaktionen wurden in Tab. 7 aufgeführt. Dort ist die Tabelle auch mit den Korrelationswerten bestückt, die den Zusammenhang zwischen den einzelnen Reaktionen und der Berufserfahrung ausdrückt. Insgesamt gibt es keine oder nur schwache Zusammenhänge. Davon sind nur wenige signifikant. Auch für die Reaktion **Unsicherheit** mit dem höchsten Korrelationswert von -0,27 gilt nach Cohen (1988) ein noch geringer Zusammenhang mit der Berufserfahrung. In Worten ausgedrückt besteht folgende Tendenz für diese Korrelation: Je grösser die Berufserfahrung der Logopädinnen ist, desto weniger verunsichert sie das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten.

## 5. Diskussion

Bei der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse muss man die induktive Grundlage der Daten vor Augen haben. Was abgebildet wird, ist die Wahrnehmung der Logopädinnen. Auffällig ist, dass bei der Gewichtung der Erklärungen für sozial-emotionale Schwierigkeiten die anlagebezogenen Faktoren wenig Relevanz haben. Solche als relativ feste Persönlichkeitsmerkmale bekannten Faktoren wie «Introversion» oder «Ängstlichkeit» werden in der Erklärung von den sozial-emotionalen Schwierigkeiten schwach gewichtet (vgl. Tab. 3). So etwas wie «Temperament» oder «Charakter», welches prototypische Konstrukte einer trait-basierten Erklärung für Verhalten sind, standen allerdings im Fragebogen auch gar nicht zur Auswahl. Sie waren bei den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen nicht aufgetaucht und damit bei der daraus abgeleiteten Konstruktion des Fragebogens nicht aufgenommen worden.

Der Umgang der Logopädinnen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ist ebenfalls nur als Konstrukt bzw. in Abhängigkeit der Wahrnehmung von Logopädinnen zu interpretieren. Was tatsächlich passiert, kann man mit einer Befragung nicht unmittelbar erkennen. Die Rekonstruktion des Geschehens mittels Befragung ist insofern indirekt und insbesondere nicht objektiv. Durch die Befragung vieler Logopädinnen erfährt die Subjektivität der Logopädinnen aber eine Unabhängigkeit von der einzelnen Fachperson und damit eine gewisse Objektivierung. Die Bildung von Mittelwerten drücken diese Unabhängigkeit und Form von Objektivität aus. Die Ergebnisse sprechen insofern für sich, wenn man Mittelwerte einer Skala, Prozentzahlen und Häufigkeiten als Gewichtung und im Vergleich untereinander interpretiert. Dies geschah im Ergebnisteil des vorliegenden Artikels. Hier noch einige weiterführende Schlussfolgerungen:

Die Vermeidung scheint nicht nur beim Phänomen Stottern ein herausragendes Problem zu sein, sondern besitzt bei den anderen logopädischen Handlungsbereichen offensichtlich ebenfalls einen hohen, problematischen Stellenwert (vgl. Abb.5, Abb.6, Abb. 7 und Tab. 3). Wenn das so ist, sollten Strategien in die logopädischen Therapie Einzug finden, um das Problem der Vermeidung anzugehen. Eventuell können Prinzipien aus der Nicht-Vermeidungs-Therapie des Stotterns auch für andere logopädischen Handlungsfelder gewinnbringend sein.

Innerhalb der Sprachheilpädagogik bzw. -therapie können die Ergebnisse zu weiteren Diskussionen führen. Lütke (2012) sieht in der Verbindung von Emotion und Sprache ein Axiom in der Sprachtherapiedidaktik und betrachtet dabei die Funktion der Kleingruppe im therapeutischen Setting als fundamental. Der Umgangsweise „Gruppenarbeit“ bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten wird aber in der Logopädie nur wenig Beachtung geschenkt (vgl. Tab. 4). Welche Rahmenbedingungen braucht es, um die in der Sprachheilpädagogik geforderte und in der Psychotherapie vorgeschlagene Kleingruppenbildung (z.B. Petermann & Petermann, 2015) auch in der Logopädie zu etablieren?

Man kann noch weitere Umgangsweisen entdecken, die in der Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten (Fröhlich-Gildhoff, 2018) einen wichtigen Stellenwert haben, in der logopädischen Therapie aber eher unterrepräsentiert sind. Das ist z.B. der Einsatz sachgerechter Bücher und Materialien (vgl. Tab. 4), welche sozial-emotionale Schwierigkeiten thematisieren. Der Einsatz von solchen Materialien könnte relativ schnell und einfach umgesetzt werden, denn solche Bücher gibt es leicht zugänglich auf dem Büchermarkt (z.B. Mathys, 2021; Botved, Gräßer & Hovermann, 2016; Manske & Löffel,

**Kommentiert [A47]:** Leider auf einem statistisch nicht genügendem Niveau.

**Kommentiert [A48R47]:** Meint der Gutachter hier wieder die Verwendung des Mittelwerts?  
Mich würde interessieren wie der Gutachter zu dem Urteil „nicht genügend“ kommt



2018). Etwas schwerer zugänglich sind Materialien aus einschlägigen Programmen zur Förderung der Emotionsregulation (z.B. Petermann & Petermann, 2016; Heinrichs, Lohaus & Maxwell, 2017; Denk-Wege, 2022). Solche Materialien und die dort beschriebenen Vorgehensweisen haben ihren Nutzen i.d.R. durch eine empirische Überprüfung unter Beweis gestellt und gelten daher als evidenzbasiert. Sie könnten eventuell auch für die logopädische Therapie in adaptierter Form einen Nutzen haben.

Der hochgewichtete Faktor „therapeutische Beziehung“ (vgl. Tab. 6) im Selbstverständnis der Logopädinnen findet in der aktuellen Diskussion (z.B. Hansen & Grohnfeldt, 2021) seine Entsprechung. Diese Diskussion und der damit einhergehende Professionalisierungsversuch in der Beziehungsgestaltung entspricht der berufsbezogenen Einstellung vieler Logopädinnen, wenn es um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Arbeit geht.

Einige wenige deduktive Interpretationen wurden ebenfalls Züge der Ergebnisdarstellung angeboten. Diese wurden auf Grundlage der im Theorieteil dargestellten Theorien vorgenommen. So wurde an einer Stelle die Theorie der erlernten Hilflosigkeit aus der Theoriegruppe der kognitiven Kontrolle benutzt, um das Entstehen von Depression bei den zentralen Sprach- und Sprechstörungen zu erklären (vgl. die spaltenweise Analyse der Tab. 3). Man kann die favorisierten Umgangsweisen der Logopädinnen mit den Handlungsvorschlägen aus der Emotionsregulationstherapie (z.B. Lammers, 2015 oder Eckert et.al., 2019) vergleichen und Gemeinsamkeiten feststellen: Im *Gespräch* (vgl. Tab. 4) *Emotionen benennen* (ebenfalls Tab. 4) sind z.B. wichtige Strategien in dieser Therapieform. Darüber hinaus könnte man auch Theorien aus der Soziologie oder die Genderperspektive anlegen, um die Daten zu interpretieren (Becker & Kortendiek, 2010). Hierzu folgendes Beispiel: Ist die Ablehnung von Aggression (vgl. Tab. 5) eine geschlechtsspezifisch weibliche Reaktion und das manchmalige Sich-Zugestehen von Hilflosigkeit und Unsicherheit (vgl. ebenfalls Tab. 5) ebenfalls eine typisch weibliche Form der Selbstreflexion? Interpretiert man die Ergebnisse für *Hilflosigkeit* und *Unsicherheit* aus Perspektive der Gefahr eines Burn-out für helfende Berufe (Sendera & Sendera, 2013), stimmen deren Mittelwerte nahe des cut-off Wertes von 3 bei der fünfstufigen Skala nachdenklich. Dazu gehört auch der relativ hohe Wert für *gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende*, da die *Rumination von Gedanken* ebenfalls als Merkmal für Burn-out gilt.

Die ab 4.5.1 gerechneten personenspezifische Unterschiede (z.B. Nutzung von anderen pädagogisch-therapeutischen Ansätzen bzw. Zusammenhänge (Berufserfahrung und Wirksamkeitsempfinden) sind oft nicht signifikant oder wenn signifikant, dann ihrer Effektstärke gering bis mittelmässig. Trotzdem sind Tendenzen deutlich sichtbar. So steht die Berufserfahrung und der Einsatz von anderen therapeutischen Ansätzen in einem Zusammenhang mit dem Wirksamkeitsempfinden von Logopädinnen, wenn es um das Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten in deren Berufsalltag geht. Die hier beispielhaft angeregten Diskussionen können auch relevant für die Gestaltung von Ausbildung sein oder für die berufspolitische Diskussion von Zuständigkeit in der Logopädie. Logopädinnen schreiben im Mittel über 40% ihres Klientels das Etikett «mit sozial-emotionaler Schwierigkeit behaftet» zu (vgl. Abb. 1). Wenn man diese Zahl als hoch betrachtet, ruft das nach einer erhöhten Beachtung des Phänomens in der Grundausbildung. Dafür spricht auch, dass sich ca. ein Drittel der Logopädinnen (108 von 338, vgl. 4.5.3. und Abb. 9) aus der Gesamtstichprobe Zusatzqualifikationen holen, um den Anforderungen im sozial-emotionalen Bereich gerecht zu werden. Der subjektiv wahrgenommene Erfolg spricht für diese Weiterqualifizierung, denn diese Logopädinnen empfinden sich als wirksamer im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit den Kolleginnen, die keine weitere Qualifikation angeben (vgl. 4.5.5.2 und Tab. 8).

Die hier vorgestellten Diskussionspunkte sind als Anregung zu betrachten. Es gibt noch viele weitere Möglichkeiten, die Ergebnisse der Befragung mit den unterschiedlichsten theoretischen Perspektiven zu interpretieren und Schlussfolgerungen zu ziehen.

## 5.1 Abschliessende Methodenkritik

#### 5.1.1. Datenerhebung:

Der Fragebogen ist sehr ausführlich. Das hat wahrscheinlich zu der relativ hohen Abbruchquote von fast 40% geführt und dazu, dass Teilnehmerinnen den Fragebogen nur teilweise bearbeitet haben. Ein technisches Problem des Datenerhebungstool hat wahrscheinlich ebenfalls zu unvollständigen Datensätzen geführt: Die Umfrage konnte nach einer halbstündigen Pause nicht weitergeführt werden, sondern musste wieder neu gestartet werden.

Die Stichprobe ist selektiv. Es haben nur Logopädinnen mitgemacht, die motiviert waren, den Fragebogen auszufüllen und die dem Thema wahrscheinlich eine gewisse Bedeutung zuschreiben. Die Selektivität beeinträchtigt die Verallgemeinerungswürdigkeit der Ergebnisse.

#### 5.1.2 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der qualitativen Daten (= Antworten auf offene Fragen) zu einheitlichen Begrifflichkeiten, welche dann zur skalierten Einschätzung benutzt wurden, ist diskussionswürdig. Hierzu zwei Beispiele: Es wurde z.B. «Artikulationsstörung» und «phonologische Störung» zu «Aussprache» zusammengefasst oder der Begriff «Verweigerung» wurde bei der Zählung von Häufigkeiten der Erklärungen dem Begriff «Vermeidung» untergeordnet und nicht gesondert aufgeführt. Die Reduktion des reichhaltigen qualitativen Materials führte also schon in der Phase der Datenaufbereitung aus Gründen der Auswertungsökonomie zu einer Einschränkung der sachlich-inhaltlichen Differenziertheit.

Bei der Nennung vom Störungsbild der imaginierten Fälle wurden bei Mehrfachnennungen diese im Datensatz belassen. Einige Fälle sind also durch die Mehrfachnennung höher gewichtet als andere und die analytische Trennung zwischen den Störungsbildern ist nicht vollkommen unabhängig voneinander. So sind beispielsweise viele Fälle unter «Aussprache» auch Teil der Kategorie «SES» und einige Fälle der Kategorie «Sprechapraxie» finden sich auch unter «Aphasie».

#### 5.1.3 Datenauswertung

Die geringen Fallzahlen bei einigen Störungsbildern sind problematisch. Ist die Grenze von mindestens 10 Fällen angemessen?

Bei der Berechnung des Mittelwertsunterschied im Wirksamkeitsempfinden zwischen Logopädinnen mit vs. ohne Nutzung eines zusätzlichen pädagogischen Ansatzes (siehe unter 4.5.5.2) musste auf Grundlage der Fälle gerechnet werden. Da einige Logopädinnen mehr als nur einen Fall einbrachten, sind diese Logopädinnen in ihrem Wirksamkeitsempfinden höher gewichtet als Logopädinnen, die nur einen Fall einbrachten. Man darf aber davon ausgehen, dass sich dieser Störeffekt zwischen den beiden Gruppen nivelliert und daher keine Auswirkung auf die Berechnung der Signifikanz oder der Effektgrösse hatte.

Eigentlich wären Poweranalysen zur Findung optimaler Stichprobengrösse für die Inferenzstatistik wünschenswert. Die notwendige Schätzung der Effektstärken war aber nicht möglich, weil keine ähnlichen Studien bekannt sind. Die Berechnung des vermeintlich optimalen Stichprobenumfangs mit den berechneten Effektstärken im Nachhinein zeigte, dass die meisten Teilstichproben zu gross waren, die Irrtumswahrscheinlichkeiten also als zu klein eingeschätzt wurden. Relevant ist das für die vorliegenden Daten bei der Zusammenhangsberechnung «Wirksamkeit mit Berufserfahrung», (vgl. Tab. 10), der Zusammenhangsrechnung einzelner «Aussagen des Selbstverständnisses mit Berufserfahrung» (vgl. Tab. 6) und der Zusammenhangsrechnung einzelner «Reaktionen der Logopädinnen mit Berufserfahrung» (vgl. Tab. 5). Ausserdem wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit bei der Unterschiedsberechnung zwischen den Nutzern und Nicht-Nutzern von alternativen therapeutischen Ansätzen und der abhängigen Variablen «Wirksamkeitsempfindung» unterschätzt (vgl. Tab. 8). Die Irrtumswahrscheinlichkeiten sind bei diesen Berechnungen aber so klein (meist  $<0,001$ ), dass man davon ausgehen darf, dass auch bei kleineren Stichproben die kritische Signifikanzgrenze von 0,05 unterschritten

worden wäre. Ausserdem sind die von der Stichprobengrösse unabhängigen Effektstärken das wichtigere statistische Maß.

## Literaturverzeichnis

- Auszra, L., Hermann, I.R. & Greenberg, L.S. (2017). Emotionsfokussierte Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, R. & Kortendiek, B. (2010) (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung – Theorie, Methoden, Empirie*. 3. Auflage., Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaft.
- Böcker, J. (2018). Emotionsfokussierte Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Botved, A., Gräßer, M & Hovermann, E. (2016). *Gefühle benennen mit Kindern und Jugendlichen*. Kartenset. Weinheim: Beltz.
- Brandstätter, V., Schöler, J. Puca, R.M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Denk-Wege. (2022). *Denk-Wege: Programm zur Förderung personaler und sozialer Kompetenzen*. <https://www.xn--gewaltprvention-an-schulen-nhc.ch/index.html>
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2002). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). *Therapietool Emotionsregulation*. Weinheim / Basel: Psychologie Verlags Union.
- Falkal, P. & Wittchen, U. (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2008). *Triangulation*. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Frey, D., & Jonas, E. (2002): Theorie der kognizierten Kontrolle. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie* Band 3. 2. überarbeitete & erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3–24). Guilford Press.
- Haase, C.M. & Heckhausen, J. (2012). Motivation. In W. Schneider & U. Lindenberg (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hansen, H. & Grohnfeldt, M. (2021). Die therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie. *Forum Logopädie* 6, 8-12.
- Heinrichs, N., Lohaus, A. & Maxwell, J. (2017). *Emotionsregulationstraining (ERT) für Kinder im Grundschulalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Hildebrand, M. & Kowalczyk, C. (1999): Wenn ich fließend sprechen könnte: Lebensgeschichten von Stotternden. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hülshoff, T. (1999) Emotionen. München: E. Reinhardt.
- In-Albon, T. (Hrsg) (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohler, J. & Braun, W. (2020). *Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung bei beginnendem Stottern. Die Erforschung und Entwicklung von RedeflussKompass und StotterKompass zu einem digitalen Instrumentarium*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kohler, J. (2021a): Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie. In: *Praxis Sprache*, 1, 9–20.
- Kohler, J. (2021b). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in der Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten. *LogopädieSchweiz* 03/21, 4 – 38.

- Kohler, J. (2022, 2. Dez). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der srh-Berufsfachschule für Logopädie, Heidelberg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Heidelberg, Deutschland.
- Kohler, J. (2023a, 7. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Koblenz und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Koblenz, Deutschland.
- Kohler, J. (2023b, 9. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Oldenburg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Oldenburg, Deutschland.
- Kohler, J. (2023c, 10. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Hamburg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Hamburg, Deutschland.
- Kraft, E., Hersperger, M. & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93, 1485 – 1489.
- Krampen, G. (1982): Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Zürich: Hogrefe.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). Emotionsregulation im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- Lammers, C-H. (2015). *Emotionsfokussierte Methoden*. Weinheim: Beltz.
- Lüdtke, U. (2012) Sprachdidaktiktheorie. In O. Braun & U. Lüdtke (Hrsg.), *Behinderung – Bildung – Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 8: Sprache und Kommunikation* (S. 449-491). Stuttgart: Kohlhammer.
- Manske, C. & Löffel, H. (2018). *Ein Dino zeigt Gefühle. Bilderbuch mit pädagogischem Begleitmaterial*. Mebes & Noack.
- Mathys, S. (2021). *Hallo Welt! Sozio-emotionales Lernen. 65 aktivierende Spiele*. Schubi-Verlag.
- Natke, U., & Alpermann, A. (2010): Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. Bern: Huber.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003): Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2015). *THERAPIE-TOOLS. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (2., neu ausgestattete Ausgabe). Weinheim Basel: Beltz.
- Petermann F. & Petermann, U. (2016). *Emotionstraining in der Schule. Ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2018): Lernen. Grundlagen und Anwendungen. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56 – 67.
- Schmidt-Azert, L., Peper, M & Stemmler, G. (2014). Emotionspsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. (2016): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen*. Heidelberg: Springer.
- Tagung (2022): Emotionsregulation in der Logopädie. 18. Juni. Zürich, Schweiz.
- Ude, G. E.; Prüß, H.; Richardt, K.; Neumann, S. (2016). Die Angst vor dem Sprechen – eine Untersuchung zur Wirksamkeit des Angstabbau im Rahmen der Bonner Stottertherapie; *Forschung Sprache* 2, 20-35

# Zusammenfassende Bewertung des **Artikels 2** des **Gutachters C** plus Repliken

Die Repliken werden durch Anklicken der roten Kommentarfelder sichtbar

## Bewertungsgrundlage zur Begutachtung empirischer Forschung

Dies sind einige Fragen, die Sie bei der Begutachtung des zu bewertenden Beitrags berücksichtigen sollten. Denken Sie daran, dass Kritik sowohl **positive** als auch **negative** Beurteilungen umfassen kann. Versuchen Sie, Bewertungen, die sich auf das **Design** und die **Durchführung** der Studie selbst beziehen, von Bewertungen, die sich auf die **Darstellung** (z.B. Aufbau) und die **Schreibweise** (z.B. Stil) beziehen, voneinander abzugrenzen.

Ihre Begutachtung sollte in Form von **Ankreuzen** und möglichen **Kommentaren** erfolgen. Darüber hinaus sollte ein kurzer abschließender Kommentar zur Bewertung im Hinblick auf eine Veröffentlichung in Forschung Sprache enthalten sein.

**Manuskript: Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der Sprachtherapie aus Sicht von Logopädinnen**

### Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um

- ☐ ein Übersichtsreferat
- ☒ eine empirische Studie
- ☐ einen Praxisbeitrag
- ☐ einen Weiterbildungsbeitrag
- ☐ sonstiges: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

### Das folgende Gutachten nimmt insbesondere Bezug auf:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> das bearbeitete Thema                    | <input type="checkbox"/> den Praxisbezug                   |
| <input type="checkbox"/> die Gliederung                           | <input checked="" type="checkbox"/> die verwendete Methode |
| <input checked="" type="checkbox"/> die theoretische Fundierung   | <input type="checkbox"/> die Darstellung des Materials     |
| <input checked="" type="checkbox"/> die berücksichtigte Literatur | <input type="checkbox"/> die Darstellung der Ergebnisse    |
| <input type="checkbox"/> die sprachliche Prägnanz der Darstellung | <input type="checkbox"/> die Interpretation der Ergebnisse |
| <input type="checkbox"/> die Aussagekraft der Abbildungen         | <input type="checkbox"/> die Diskussion                    |
| <input type="checkbox"/> die Aussagekraft der Zusammenfassung     | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                  |

### 1. Einleitung

- ☒ Vom Autor/Von der Autorin wurde ein Forschungsgebiet mit einer sprachheilpädagogischen Problematik erkannt/benannt.
- ☐ Die Absicht der Studie/des Artikels wird deutlich.

- ☐ Der Autor/die Autorin liefert eine ausreichende und überzeugende Begründung für die Studie.

**Möglicher Kommentar:**

Das gewählte Thema ist grundsätzlich für den sprachheilpädagogischen Kontext von Interesse. Im Rahmen der Einleitung werden verschiedenste theoretische Zugänge zum Thema ausführlich beleuchtet. Die beschriebenen Theorien stehen jedoch für sich bzw. inhaltlich nebeneinander. Es fehlt an einer theoretischen Verknüpfung der berichteten Theorien sowie an einer theoretischen Begründung und Herleitung zur Auswahl der gewählten Theorien. Die der Studie zu Grunde liegende Fragestellung lässt sich nicht eindeutig aus dem theoretischen Hintergrund ableiten. Auch das methodische Vorgehen kann auf Basis der Beschreibung nicht antizipiert werden. Vom Aufbau wirkt der Beitrag wie eine Monographie/Qualifikationsarbeit und müsste vor einer möglichen Veröffentlichung so umgeschrieben werden, dass er den Maßgaben eines wissenschaftlichen Aufsatzes entspricht. Hierzu sind insbesondere eine stärkere thematische Fokussierung und Hinführung auf die Fragestellung der Studien erforderlich.

## **2. Kontext/ Hintergrund**

- ☐ Der Beitrag enthält aktuelle und relevante Studien und bezieht sich auf vorherige Studien zur aktuellen Forschungsthematik.
- ☐ Es gibt eine kritische Bewertung über eine reine Zusammenfassung der Ergebnisse hinaus (Stärken und Schwächen anderer Studien).

**Möglicher Kommentar:**


Es wird vorwiegend Literatur aus dem deutschsprachigen Raum verwendet, dabei wird sehr oft auf Publikationen derselben Autoren (z.B. Kohler oder Petermann) zurückgegriffen. Die Verwendung weiterer, insbesondere auch internationaler Literatur, die den aktuellen Forschungsstand abdeckt ist bei einer Überarbeitung des Artikels obligatorisch. Die verwendete Literatur sollte dabei auch kritisch betrachtet und nicht nur zusammengefasst werden. Dies gilt auch für die Überarbeitung der bisher verwendeten Quellen und formulierten Passagen.


## **3. Konzeptioneller/ Theoretischer Rahmen**

- ☐ Es wird ein konzeptioneller/theoretischer Rahmen nachvollziehbar dargestellt.
- ☐ Die Auswahl der Theorie bzw. des Konzeptes ist hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen gerechtfertigt.
- ☐ Es wurden passende Hypothesen bzw. Fragestellungen vom konzeptionellen oder theoretischen Rahmen abgeleitet.
- ☐ Anhand der Hypothesen oder der Problematik werden die Variablen, die Forschungsmethode und die Population abgeleitet.

**Möglicher Kommentar:**

s.o. Kommentare zur Einleitung haben auch hier ihre Gültigkeit:

- # es fehlt an einem nachvollziehbaren, theoretischen Rahmen, der auf die Fragestellung hinführt und sie begründet
- # die Auswahl von Theorie und Konzepten sollten theoretisch begründet und eingeordnet werden
- # es fehlt an einer theoretischen Begründung der Hypothesen
- # die vorgeschlagenen Hypothesen sind so wie sie formuliert sind eher als Themenschwerpunkte zu verstehen und in der Form nicht zu prüfen, 
- # die formulierten Haupt-/Unterfragensind nicht nachvollziehbar hergeleitet und zu komplex; es wird zudem nicht deutlich, ob es sich bei dem Vorgehen um ein hypothesengenerierendes oder hypothesenprüfendes Vorgehen oder eine Mischform handelt

Die Abschnitte 2. (Zielsetzung und Fragestellung) sowie 3. (Methode) sind für den Leser noch nicht eindeutig nachvollziehbar beschrieben. Es bedarf weiterer Erläuterungen insbesondere in Bezug auf das Forschungsdesign und den Ablauf der einzelnen Schritte. Die Methodik sollte so beschrieben sein, dass eine Replikation jederzeit möglich ist 

#### **4. Probanden bzw. Informationsquelle**

- ☐ Die Probanden bzw. Informationsquellen der Studie werden nachvollziehbar und in wissenschaftlichem Stil beschrieben (Methode zur Auswahl, Merkmale...).
- ☐ Die Größe der Stichprobe ist adäquat und repräsentativ bzw. wird nachvollziehbar begründet.
- ☐ Mögliche Tendenzen/Schwierigkeiten aufgrund der ausgewählten Methode oder einer nicht ausreichend großen Teilnehmeranzahl bzw. Rücklaufquote werden explizit diskutiert.

#### **Möglicher Kommentar:**

Das methodische Vorgehen müsste insgesamt präziser beschreiben werden, d.h. unter anderem:

# in welchem Zeitraum hat die Befragung exakt stattgefunden?

# wie viele Personen haben sich insgesamt beteiligt (exakte Zahl); wie viele Personen wurden aus welchem Grund wann ausgeschlossen?

# mit welcher Software wurden die Daten erhoben

Dabei sind Redundanzen zu vermeiden.

#### **5. Instrumente, Messungen und Vorgehen**

- ☐ Das Vorgehen zur Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben, so dass eine Wiederholung des Vorgehens möglich wäre.
- ☐ Es findet eine eindeutige Beschreibung der Erhebungsinstrumente und deren Verwendung statt.
- ☐ Die Erhebungsinstrumente sind den Fragestellungen angemessen und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgewählt.
- ☐ Die Auswertungsmethode wird deutlich erklärt und ist den Fragestellungen angemessen.

- ☐ Falls zwei Gruppen verglichen werden: Die Teilnehmer wurden randomisiert einer Gruppe zugeteilt.
- ☐ Falls Therapie/Förderung stattfand: Die Interventionen werden ausreichend detailliert beschrieben.

**Möglicher Kommentar:**

Insgesamt würde die Darstellung der Methoden von einer präziseren Zusammenfassung profitieren; Redundanzen sollten dabei grundsätzlich vermieden werden; tabellarische Darstellungen der personenbezogenen Daten können das Verständnis unterstützen

## 6. Ergebnisse

- ☐ Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt.
- ☐ Die Ergebnisse werden ausreichend deskriptiv und nachvollziehbar dargestellt.
- ☐ Die Untersuchung bezieht sich auf die ursprünglichen Hypothesen/Fragestellungen.
- ☐ Falls Unterschiede zwar statistisch signifikant, praktisch allerdings gering sind, verweist der Autor/die Autorin auf diesen Aspekt.
- ☐ Die verwendeten Abbildungen und Tabellen sind erforderlich und selbsterklärend. Es fehlen keine Informationen.

**Möglicher Kommentar:**

Auf Grund der der geringen Nachvollziehbarkeit bzgl. der aufgestellten Hypothesen/Fragestellungen kann der Ergebnisteil an dieser Stelle nicht abschließend beurteilt werden. Nach Überarbeitung von Kapitel 2. und 3. empfiehlt sich jedoch eine konsequente Überarbeitung des Ergebnisteils, die eng an den Forschungsfragen und zu überprüfenden Hypothesen ausgerichtet ist




## 7. Diskussion und Schlussfolgerungen

- ☐ Es gibt eine angemessene Interpretation der Ergebnisse und eine auf dem Forschungsproblem basierende Diskussion.
- ☐ Der Autor/Die Autorin diskutieren alternative Erklärungen für die Ergebnisse.
- ☐ Die Ergebnisse werden in Beziehung zu früheren Studien gesetzt und diskutiert.
- ☐ Der Autor/die Autorin diskutiert methodische Grenzen/Limitationen der Studie.
- ☐ Es werden konkrete Vorschläge für zukünftige Untersuchungen geliefert.
- ☐ Es werden konkrete Auswirkungen auf die Praxis und bestehende Konzepte diskutiert.
- ☐ Die Schlussfolgerungen werden insgesamt klar und basierend auf den Ergebnissen formuliert.



- ☐ Die Schlussfolgerungen sind sinnvoll.

**Möglicher Kommentar:**

Auch die Diskussion ist an dieser Stelle nicht abschließend beurteilbar und bedarf einer erneuten Einschätzung nach erfolgter Überarbeitung. Die Überarbeitung sollte eng an der Überarbeitung von Kapitel 2. und 3. ausgerichtet sein und hypothesengeleitet erfolgen 

**8. Weitere Aspekte:**

- ☒ Ethik: Die Untersuchung/Diagnostik/Interventionen waren ethisch vertretbar.

**9. Sprache/Zitation:**

- ☐ Der Beitrag ist in wissenschaftlichem Stil geschrieben.
- ☐ Die Zitation entspricht den wissenschaftlichen Kriterien (APA-Style).

**Möglicher Kommentar:**

Bei einer weiteren Überarbeitung sollte der Stil des Artikels deutlich wissenschaftlicher ausgerichtet werden und dabei den APA Vorgaben für wissenschaftliche Manuskripte entsprechen (vgl. APA Handbuch)

**10. Abschließende Bewertung:**

- ☐ Ihr Manuskript ist **uneingeschränkt** für die Publikation geeignet.
- ☐ Bitte reichen Sie Ihr Manuskript **nach einer Überarbeitung** zusammen mit einer Dokumentation der Überarbeitungen in einem response Letter to the editor wieder bei der Redaktion ein.
- ☒ Ihr Manuskript ist **nicht** für die Publikation in xxx geeignet.
- ☒ Wir verweisen auf die **markierten Einwände** bzw. **Verbesserungsvorschläge** des Gutachters, die wir bei der Überarbeitung **auf jeden Fall** zu berücksichtigen bitten.

**Abschließender Kommentar:**

Bei dem eingereichten Beitrag handelt es sich grundsätzlich um ein relevantes Thema für den sprachheilpädagogischen Kontext. Auf Grund der mangelnden Stringenz bzgl. der theoretischen Fundierung sowie bei der Ableitung von Fragestellung/Hypothesen und der nur bedingten Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens ist von einer Publikation des Manuskripts in der jetzigen Form abzusehen. Nach einer umfassenden Überarbeitung auf Basis aktueller und auch internationaler Literatur, einer Umstrukturierung und Fokussierung des Beitrags im Stil wissenschaftlicher Aufsätze (vgl. APA), einer präzisen Beschreibung des methodischen Vorgehens, das eine Replikation erlaubt sowie einer hypothesengeleiteten Darstellung von Ergebnissen und darauf aufbauender Diskussion, könnte das Manuskript im Rahmen einer Neueinreichung, bei Berücksichtigung und konsequenter Umsetzung aller Anmerkungen, das Potenzial für eine Veröffentlichung haben

**Verbesserungsvorschläge für den Autor:**

s.o.



# Artikel 2 mit Kommentaren von Gutachter D plus Repliken

## Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der Sprachtherapie aus Sicht von Logopädinnen

### Hintergrund

Der Zusammenhang von Verhaltensauffälligkeiten bzw. sozial-emotionalen Schwierigkeiten und Sprachstörungen ist vielfach belegt. Welche Rolle die Logopädin im Umgang mit diesen Problemen bei Kindern und Erwachsenen übernimmt, ist bislang wenig erforscht.

### Fragestellungen

Welche sozial-emotionalen Probleme mit welcher Gewichtung werden von Sprachtherapeutinnen bei ihrer Klientel wahrgenommen? Welche Erklärungen und Gründe für die Schwierigkeiten werden als relevant eingeschätzt? Wie gehen sie mit diesen Schwierigkeiten um?

### Methodik

Aus den Ergebnissen von vorgängigen Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Logopädinnen zum Thema wurden Items für einen umfangreichen Fragebogen abgeleitet, der von insgesamt  $N = 338$  Logopädinnen bearbeitet wurde. Für die Auswertungen wurden quantitativ deskriptive und inferenzstatistische Verfahren verwandt.

### Ergebnisse

Sprachtherapeutinnen begegnen einer Vielzahl von sozial-emotionalen Problemen mit unterschiedlicher Relevanz. Einige davon sind unabhängig vom Störungsbild, andere haben ihren Schwerpunkt in einem ganz bestimmten Handlungsfeld der Sprachtherapie. Der Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ist vielfältig. Es gibt störungsbildunabhängige Umgangsweisen und andere, welche mit spezifischen Merkmalen der Klientel einhergehen oder mit der Besonderheit einer sozial-emotionalen Problematik zusammenhängen.

### Schlussfolgerungen

Die Untersuchung hat Ergebnisse mit dem Potential an Verallgemeinerungsfähigkeit generiert. Sie können eine Grundlage für Entscheidungen im Bereich der Ausbildung und Berufspolitik sein. Teilweise können auf Grundlage der Ergebnisse spezifische Handlungsnotwendigkeiten für den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie diskutiert werden. Es können je nach angelegter theoretischen Perspektive Gemeinsamkeiten und / oder Abgrenzungen zur Heil- und Sonderpädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten oder zur Psychotherapie diskutiert werden.

Schlüsselwörter: Verhaltensauffälligkeit, sozial-emotionale Schwierigkeiten, Sprachtherapie

Kommentiert [A1]: Im Beitrag wird teilweise gegendert, teilweise nicht, bitte einheitlich

Kommentiert [A2R1]: Diese normative Vorstellung von einheitlichem Gendern teile ich nicht. Die Geldreform ist gemäss den Richtlinien von Forschung und Sprache den Autoren freigestellt.

hat gelöscht: m

Kommentiert [A3]: vorherigen?

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A4]: verwendet oder angewendet

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

## 1. Einleitung und theoretische Zugänge

Um so ein komplexes Phänomen wie «wahrgenommenes sozial-emotional schwieriges Verhalten» zu erfassen, sind vielerlei theoretische Zugänge möglich. Die Entscheidung fiel auf vier theoretische Perspektiven, die im Folgenden einführend erläutert werden.

Gleichzeitig wird die Entscheidung begründet, indem die Bedeutung für Sprachtherapie beispielhaft dargelegt wird. Es handelt sich um die

- Theorie der kognizierten Kontrolle
- Allgemeine Emotionspsychologie
- Emotionsregulation
- Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Die Kombination von unterschiedlichen theoretischen Quellen bei der Betrachtung und Erklärung eines Phänomens entspricht der in der qualitativen Sozialforschung bekannten Theorietriangulation (Flick, 2008).

Kommentiert [A5]: Quelle?

hat gelöscht:

### 1.1 Theorie der kognizierten Kontrolle

Die Theorie der kognizierten Kontrolle (Frey & Jonas, 2002) gilt seit geraumer Zeit als wichtiger Beitrag zur Erklärung von emotional-motivationalen Prozessen. Sie wird auch im Sinne einer übergeordneten Theorie (Krampen, 1982) für eine ganze Theoriegruppe betrachtet. Die Gemeinsamkeit aller Einzeltheorien (z.B. Rotter, 1966; Bandura, 1997; Seligmann, 2016) ist die Verwendung des Begriffs *Kontrolle*.

#### 1.1.1. Beeinflussung durch primäre Kontrolle

Unter primärer Kontrolle wird die direkte Einflussnahme zur Veränderung eines Ist-Zustandes verstanden. Alle Tätigkeiten, bei denen Menschen merken, dass sie durch ihr Handeln etwas verändern können, einen Einfluss auf eine Sache oder einen anderen Menschen haben, kann man als primäre Kontrolle bezeichnen. Das trifft auch für Sprachhandlungen zu, bei denen Menschen durch den Gebrauch der Sprache andere Menschen beeinflussen.

Menschen wird ein Grundbedürfnis nach dieser Form von Kontrolle zugeschrieben.

Gelingende (Sprach-)Handlungen können ein Gefühl der primären Kontrolle auslösen. Immer dann, wenn eine (Sprach-)Handlung gelingt (z.B. eine flüssige Artikulationsbewegung) oder dann, wenn es durch Kommunikation gelingt, den Gesprächspartner zu etwas zu bewegen, ihm etwas verständlich zu machen oder sich dem anderen gegenüber auszudrücken, besteht die Chance einer subjektiv erlebten primären Kontrolle. Insofern gehen alle direkten Übungstherapien in der Logopädie, die eine subjektiv erlebte Kompetenzsteigerung ermöglichen, mit einem potentiell günstigen Effekt auf Emotion und Motivation einher.

hat gelöscht:

Kommentiert [A6]: Quellen?

#### 1.1.2. Beeinflussung durch sekundäre Kontrolle

Sekundäre Kontrolle bezieht sich auf einen der Handlung zeitlich nach- oder vorgeordneten kognitiven Vorgang. Die Umwelt wird nicht direkt beeinflusst, sondern der Mensch versucht sich durch Kognitionen daran anzupassen. Wenn z.B. eine *Erklärung* für eine Handlung im Nachhinein gefunden wird, stellt das einen Akt der sekundären Kontrolle dar.

So kann u.U. ein Misserfolg im Ergebnis einer Handlung (= fehlende primäre Kontrolle) so interpretiert werden, dass diese Erklärung ein emotional-motivational positives Erleben erlaubt, und zwar trotz fehlender primärer Kontrolle.

Wenn diese Erklärung als Antwort auf eine andere Erklärung folgt, welche die Ursache in der Unfähigkeit der (sprach-)handelnden Person interpretiert hatte (= «ich bin zu blöd, um die Worte zu finden»), spricht man von Umstrukturierung der Kognition. Eine zunächst emotional ungünstige Erklärung (= die eigene Intelligenz wird angezweifelt) wird in eine für sich selbst emotional eher günstige umstrukturiert (= z.B. «der andere hat nicht richtig zugehört»). Sämtliche Erklärungen, die im sprachtherapeutischen Setting gegeben werden, können dementsprechend als Akte einer sekundären Kontrolle betrachtet werden.

Kommentiert [A7R6]: Die Quellenangaben oben hätten als gültig für die hier und weiter unten gemachten Aussagen deklariert werden sollen. Das gilt auch für die fehlenden Quellenangaben anderer Abschnitte. Dies ist eine Schwäche des Artikels.

«Erklärungen haben» scheint ebenfalls für den Menschen ein Grundbedürfnis zu sein und ist emotionspsychologisch hochgradig relevant. So gesehen verwundert es nicht, dass Menschen oftmals nach einer Diagnose beruhigt sind, wenn damit eine Erklärung für ihr Leiden geliefert wird. Für die Medizin ist dieses Phänomen zentral, denn eine Funktion von medizinischen Diagnosen ist der Abbau von Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitszustand (Kraft, Hersperger & Herren, 2012). Das entspricht dem Gefühl von sekundärer Kontrolle. In der Sprachtherapie werden Diagnosen in ihrer emotionsrelevanten Funktion z.B. beim Phänomen Stottern angeführt. Wenn bei Erklärungen zur Ätiologie des Stotterns die hohen genetischen Anteile klar formuliert werden, können damit die Schuldgefühle von Bezugspersonen im Zusammenhang mit der Entstehung des kindlichen Stotterns relativiert werden (Kohler & Braun, 2020). Das wirkt emotional positiv entlastend und ist ebenfalls eine Form von sekundärer Kontrolle.

Auch wenn man eine Handlung im Voraus so gut plant, dass man sehr gut abschätzen kann, was passieren wird und eine gewisse *Vorhersagbarkeit* eintritt, spricht man von einer (meist emotional günstigen) sekundären Kontrolle durch Kognitionen.

Vorbereitungen auf zukünftige Situationen oder das bloße Wissen um deren Eintreten können Sicherheit (= subjektives Kontrollempfinden) geben, die sich emotional positiv auswirken können.

Die Abb. 1 in Anlehnung an Frey und Jonas (2002) veranschaulicht den Zusammenhang der bisher genannten zentralen Begriffe aus der Theorie der kognizierten Kontrolle.

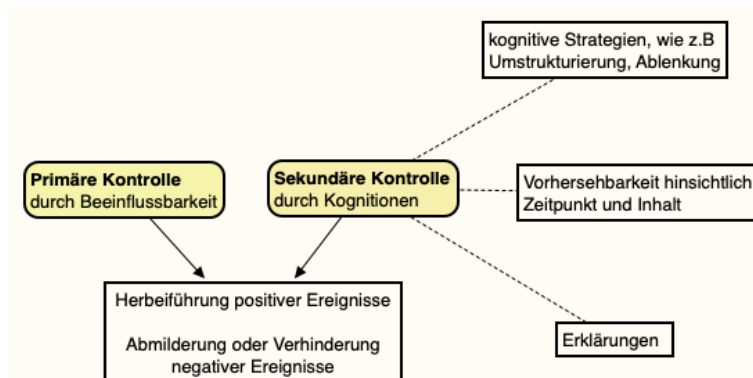


Abbildung 1. Primäre und sekundäre Kontrolle im Rahmen der Theorie der kognizierten Kontrolle in Anlehnung an Frey & Jonas, 2002, S. 16 (Kohler, 2021, S. 10)

hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

### 1.1.3. Differenzierung in interne und externe Kontrolle

Wenn eine ausgeführte Handlung und das daraus resultierende Ergebnis (= die Veränderung des Ist-Zustandes) als Produkt von sich selbst erlebt wird, spricht man von interner Kontrolle. Die Verantwortung für das Gelingen wird sich selbst zugeschrieben (internal = in der Person) und nicht durch den Einfluss von irgendjemand anderem oder der Umwelt (= external) erklärt. Insofern ist das subjektive Empfinden von interner und externer Kontrolle und die damit einhergehenden Erklärungen eine wichtige Voraussetzung für das emotionale Erleben. Bei häufiger Wiederholung von Kontrollempfindungen bildet der Mensch eine **Kontrollüberzeugung** (Rotter, 1966), die insbesondere dann positiv ist, wenn der Erfolg dem eigenen Tun und der Misserfolg äußeren Umständen zugeschrieben wird. Diese emotional günstige Form der Kontrollüberzeugung wird von Bandura (1997)

hat gelöscht:

**Selbstwirksamkeitserwartung** genannt. Petermann und Petermann (2018) definieren dies folgendermaßen:

hat gelöscht: &

«Bei der Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um eine allgemeine Überzeugung, Verhalten oder Handlungen erfolgreich durchführen zu können» (Petermann & Petermann, 2018, S. 165).

Kontrollüberzeugungen können aber auch negative emotionale Folgen haben, nämlich dann, wenn die Selbstwirksamkeitserwartung fehlt. Die Gesetzmässigkeit der Erklärungen ist dann oft umgekehrt: Erfolge werden äußeren Umständen (externe Kontrolle) zugeschrieben und Misserfolge internal erklärt. So ein Erklärungsmuster muss nicht alle Lebensbereiche betreffen, aber bei Menschen mit Sprachstörungen ist die Gefahr eines sprachbereichsspezifischen Erklärungsmuster mit negativen Folgen für die Emotionalität wahrscheinlich, da sie weniger primäre Kontrollerfahrungen im Bereich Sprache machen.

Kontrollüberzeugungen	
<b>internale Kontrolle</b> betrifft im Selbst liegende Umstände wie z.B. eigene Fähigkeit oder Anstrengung	<b>externale Kontrolle</b> betrifft äußere Umstände wie z.B. Glück, Zufall, mächtige andere Personen

**Tabelle 1:** Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Rotter (1966) (Kohler, 2021, S. 11)

Neben der Selbstwirksamkeit als emotional positiven Aspekt der Kontrollüberzeugung wurde auch der negative Aspekt von fehlender internaler Kontrollüberzeugung in der Psychologie differenziert. In dieser Diskussion ist das Begriffspaar «erlernte Hilflosigkeit» durch Seligmann (2016) bekannt geworden. In Fachbeiträgen zur Pädagogik und auch Sprachtherapie findet man häufig den Begriff **Kontrollverlust** auch im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Emotionalität. Hierzu ein Beispiel aus dem Bereich der Redeflussstörungen: Insbesondere beim Thema Stottern werden die unfreiwilligen auftretenden Primärsymptome (Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden) als Kontrollverlust erlebt und von den betroffenen Personen (Hildebrand & Kowalczyk, 1999) und in der Fachliteratur (z.B. Natke & Alpermann, 2010 oder Kohler & Braun, 2020) als solcher beschrieben. Therapeutische Interventionen (z.B. Übungen zur Artikulation oder zum Redefluss) sollten dem individuellen Leistungsvermögen der Klienten angepasst sein, damit sie keine Überforderung darstellen und nicht als Kontrollverlust erlebt werden, sondern dem Kontrollverlust entgegenwirken.

Der pädagogische Allgemeinplatz, dass man eine Intervention dem Stand des Klienten anpassen sollte, findet in dieser theoretischen Perspektive seine Entsprechung. Eine Übersetzung in die Theorie der erlernten Hilflosigkeit könnte so geschehen: Um einen drohenden Kontrollverlust zu vermeiden (hier bei Überforderung durch einen unangepassten Schwierigkeitsgrad) und damit Kontrolle über mehrere Handlungen hinweg zu gewährleisten, sollten Übungen so angelegt werden, dass sie nicht über einen längeren Zeitraum oder über mehrere Übungswiederholungen mit einem Misserfolg (= Kontrollverlust) abschließen, sonst besteht die Gefahr, dass eine negative Kontrollüberzeugung (= erlernte Hilflosigkeit) für den Übungsgegenstand mit einhergehenden negativen emotionalen und motivationalen Konsequenzen entsteht.

#### 1.1.4. Fazit zur kognizierten Kontrolle

Im Prinzip haben viele berufstätige Handlungen und Entscheidungen im Rahmen der Sprachtherapie einen Effekt auf die Emotionen der Klienten. Emotionalität und ihre Beeinflussung ist also in (sprach-)therapeutischen und (sprachheil-)pädagogischen Settings allgegenwärtig. Dieser Umstand ist wahrscheinlich allen praktizierenden Sprachtherapeutinnen klar und könnte fast trivial anmuten. Die Begrifflichkeiten der Theorie der kognizierten Kontrolle bietet eine Ordnung an, um sozial-emotional schwieriges Erleben und Verhalten zu erklären.

## 1.2 Allgemeine Emotionspsychologie

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A8]: Laut APA Tabellenbeschriftung oben

Kommentiert [A9R8]: Stimmt

hat gelöscht: .

Kommentiert [A10]: ?

Kommentiert [A11R10]: Was meint der Gutachter mit dem Fragezeichen?

Auch wenn der Begriff «Emotion» wahrscheinlich häufig gebraucht wird (Hülshoff, 2006), wird seine Bedeutung in der Psychologie kontrovers diskutiert. Schmidt-Azert et al. (2014) geben daher «nur» folgende Arbeitsdefinition:

«Eine Emotion ist ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck» (Schmidt-Azert, 2014, S. 25).

Alle drei Ebenen sind beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Sprachtherapie von Belang.

Eine grundlegende Einteilung der Emotionspsychologie betrifft die qualitative Bewertung der Emotionen in gute **versus** schlechte bzw. in angenehme **versus** unangenehme oder **positive versus negative Emotionen**. Diese Einteilung steht entwicklungspsychologisch in der Chronologie der Emotionsentwicklung auch an erster Stelle. Die Emotionen von Neugeborenen werden so **klassifiziert**.

Eine Kontroverse in der Emotionspsychologie betrifft die Betrachtung von **Emotionen als natürliches Phänomen versus als soziales Konstrukt**. Ohne diese Kontroverse hier zu diskutieren, wird durch den Titel des vorliegenden Beitrages klar, dass die soziale Ebene in einer Analyse zur Bedeutung von Emotionalität für die Sprachtherapie einen zentralen Stellenwert hat. Andererseits bietet die Emotionspsychologie in ihrer Betrachtung von Emotionen als natürliches Phänomen die Begrifflichkeit der sogenannten **Grund- oder Basisemotionen** an. Das sind Emotionen, die einfach da sind und die zum Menschsein und seiner ontogenetischen (und auch phylogenetischen) Entwicklung auf ganz natürliche Weise dazugehören. Auch wenn man sich nicht einig ist, welche Emotionen das sind, werden folgende i.d.R. dazugezählt: Freude und Glück, Angst und Furcht, Ärger und Wut, Traurigkeit, Ekel. Außerdem werden Scham und Stolz oft als Basisemotionen genannt, die zwar in der sozial-emotionalen Entwicklung später auftreten aber in engem Zusammenhang mit motivationalen Prozessen stehen und nicht zuletzt deswegen, genau wie die zuvor genannten Basisemotionen (außer Ekel) wahrscheinlich einen zentralen Stellenwert in pädagogisch-therapeutischen Situationen haben. Manchmal werden die Basisemotionen auch primäre Emotionen genannt in Abgrenzung zu sekundären oder gar tertiären Emotionen, welche als ein gelerntes **Gemisch** von Emotionen und Kognitionen angesehen werden.

An dieser Stelle wird nachvollziehbar, dass kognitionspsychologische Ansätze wie die oben schon eingeführte Theorie der kognizierten Kontrolle einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von emotionalen Prozessen liefern können. Leider ist die Terminologie der Emotionspsychologie hinsichtlich der Einteilung in primäre und sekundäre Emotionen nicht einheitlich. Mit primärer und sekundärer Emotion wird auch die Aufeinanderfolge von Emotionen in einer zeitlich eng begrenzten spezifischen Situation bezeichnet. Der Gebrauch der Begriffe **primäre und sekundäre Emotionen** im eben beschriebenen zeitlichen Sinne hat sich u.a. in der Theorie der Emotionsregulation durchgesetzt, welche im Folgenden dargestellt wird.

### 1.3 Emotionsregulation

Emotionsregulation bezeichnet alle Prozesse, mit denen Individuen versuchen, die Art, die Intensität oder die Dauer von Emotionen in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Der Begriff umfasst neben diesen Bemühungen auch das damit erzielte Ergebnis (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013).

Der Begriff «Regulation» legt schon nahe, dass es um *Handlungen* bzw. *Tätigkeiten* geht: Mit den Emotionen wird etwas getan, sie werden reguliert. Daher erscheint die Emotionsregulation ideal, um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu fassen. Außerdem hat dieser theoretische Zweig der Emotionspsychologie in den letzten Jahren eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung erfahren und gilt als nützlich für die Gestaltung von Therapien bei sozial-emotional auffälligem Verhalten. So definieren Eismann & Lammers (2017) in ihrer Sammlung «Therapie-Tools Emotionsregulation» diese

hat gelöscht: .

Kommentiert [A12]: s. unten

hat gelöscht: s

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat gelöscht: s.

Kommentiert [A13]: Quelle?

Kommentiert [A14]: umgangssprachlich

Kommentiert [A15]: Quelle?

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A16]: Quelle?

Kommentiert [A17]: Umgangssprachlich

Kommentiert [A18R17]: Über die Zuordnung von Begriffen zur Kategorie Umgangssprache lässt sich streiten, genauso wie über den Sprachstil einer wissenschaftlichen Arbeit an sich. Ich nehme mal an, dass die GutachterIn den hier vorliegenden Begrifflichkeit „Gemisch“ als unangemessen für einen wissenschaftlichen Sprachstil betrachtet. Aus meiner Perspektive ist die Semantik der Begrifflichkeit das Entscheidende.

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: i

etwas konkreter als «die Fähigkeit, mit unangenehmen Emotionen angemessen und hilfreich umgehen zu können» (S. 22).

Eine für diese Einführung angemessene Differenzierung des Konzepts der Emotionsregulation sei mit den von Werner und Gross (2010, zitiert nach In-Albon, 2013, S. 19) formulierten vier Schritten der adaptiven Emotionsregulation gemacht:

1. Innehalten und Durchatmen
2. Wahrnehmen und Erkennen der Emotion
3. Entscheiden, wie die Emotion und die Situation kontrollierbar sind
4. Handeln im Sinne langfristiger Ziele

Im Zusammenhang mit diesen vier Schritten lassen sich weitere Differenzierungen der Emotionsregulation benennen.

Schritt 1 deutet darauf hin, dass die spontane und unreflektierte Impulsivität eine maladaptive Umgangsweise darstellen könnte. Die adaptiven Vorgehensweisen haben einen Gegenpol. Die Emotionsregulationsstrategien werden in **adaptive und maladaptive Formen** unterschieden.

Schritt 2 deutet darauf hin, dass es bei der Emotionsregulation oftmals um die **Anhebung des Bewusstseins** für emotionale Prozesse geht.

Schritt 3 bringt das Konzept der Emotionsregulation in die Nähe des Konzepts der kognizierten Kontrolle. Die Verben *regulieren* und *kontrollieren* haben hier einen gemeinsamen semantischen Kern.

Schritt 4 deutet darauf hin, dass die Dimension *Zeit* eine gewisse Bedeutung hat. Neben kurzfristigen (vgl. Impulsivität aus Schritt 1) und langfristigen Zielen werden bei der Emotionsregulation auf der Zeitachse sogenannte **antizipatorische und reaktive Strategien** unterschieden (Gross & Thompson, 2007), also solche, die vor oder nach einem emotionsrelevanten Ereignis eingesetzt werden können.

Ebenso kann man das Auftreten von Emotionen an sich in eine zeitliche Reihenfolge bringen und, wie schon erwähnt, von primär und sekundär auftretenden Emotionen sprechen (z.B. Frustration löst Wut aus). Bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten sind auch ausdrücklich Verhaltensweisen eingeschlossen (wie z.B. aggressives oder vermeidendes Verhalten), welche in so eine Abfolge eingereiht werden können (z.B. Frustration löst Wut aus und führt letztendlich zu aggressivem Verhalten). Die Gewichtung der sozial-emotionalen Problematik kann dabei sehr verschieden sein. Eventuell ist für den Betroffenen selbst die Frustration vorherrschend, für einen Außenstehenden aber das aggressive Verhalten vordergründig. Auch die Linearität der Abfolge muss nicht gegeben sein. So können sozial-emotionale Phänomene quasi zeitgleich auftreten und auch geradezu diametral entgegengesetzte Wertigkeit besitzen. Aus der Motivationspsychologie (Brandstätter, Schüler, Puca & Lozo, 2013), ist der Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt bekannt. Eine Situation (z.B. eine bevorstehende Kommunikationssituation) kann dabei sowohl positive (z.B. Freude) als auch negative Emotionen (z.B. Angst) auslösen. Das Erkennen von solchen Ambivalenzen gilt in der Entwicklung von Fähigkeiten zur Emotionsregulation als ein wichtiger Meilenstein (Haase & Heckhausen, 2012).

Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Vorschläge, wie in der Psychotherapie z.B. Angststörungen oder posttraumatische Schwierigkeiten unter der Perspektive der Emotionsregulation therapeutisch behandelt werden können. Dabei wird der Begriff *Emotionsregulation* direkt verwandt (Eismann & Lammers, 2017) oder auch von *Emotionsfokussierter Therapie* (Auszra et al., 2017; Böcker, 2018) bzw. von *emotionsfokussierten Methoden* (Lammers, 2015) gesprochen.

In Anlehnung an die oben aufgeführten zentralen Merkmale der Emotionsregulation werden u.a. von Eismann und Lammers (2017) folgende therapeutischen Vorschläge gemacht:

#### 1.3.1. Psychoedukation im Zusammenhang mit Emotionen:

Anhebung des Bewusstseins für das Vorkommen von Emotionen durch Wahrnehmungsschulung. Verschiedene Emotionen sollen frühzeitig erkannt, voneinander unterschieden und benannt werden können. Das entspricht dem Aufbau eines

hat gelöscht: ebd

hat gelöscht: .

hat gelöscht: &

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A20]: die Einschübe in Klammern erschweren es deutlich, den Text zu lesen. Gerne reduzieren!

Kommentiert [A21R20]: Ich wollte durch die Einschübe mehr Anschaulichkeit erbringen. Würde mich interessieren, ob andere Leser der Gutachterin folgen und die Einschübe als leseunfreundlich betrachten ...

hat gelöscht: &

Kommentiert [A22]: hier eher Aufzählungszeichen oder einfach Nummerierung verwenden, keine nummerierten Unterüberschriften



Emotionsvokabulars und hat insofern einen direkten Bezug zur Wortschatzarbeit in der Kindersprachtherapie.

### 1.3.2. Emotionsanalyse des Klienten bzw. Emotionales Problem- und Zielfprofil

Es geht um den Übertrag des allgemeinen Bewusstseins für Emotionen auf die eigene Situation. Die Analyse der Auslöser, der Qualität und der Konsequenzen von den eigenen negativen Emotionen wird betrieben: Welche Situation macht mich wütend, wie genau fühlt sich die Wut an und was bewirkt die Wut bei mir selbst und bei anderen? Bei der Analyse der zeitlichen Abfolge im Emotionsgeschehen kann es vorkommen, dass primäre und sekundäre Emotionen entdeckt werden (z.B. Scham löst Ärger aus).

### 1.3.3. Emotionsplan

Mit dem Emotionsplan werden adaptive Umgangsweisen mit den negativen Emotionen so strukturiert, dass sie im Alltag angewandt werden können. Es wird zum Beispiel der Frage nachgegangen, wie sich der Klient selbst beruhigen kann (vielleicht durch Entspannung?) oder wie er eine Situation, die negative Emotionen auslöst, anders bewerten kann (vgl. Umstrukturierung bei der kognitiven Kontrolle). Letzteres wird auch als **Emotionsregulation durch Kognitionen** bezeichnet.

### 1.3.4. Emotionsregulation durch Verhaltensänderung

meint die angeleitete Ersetzung von maladaptiven durch adaptive Verhaltensweisen. Ein bekanntes Beispiel ist, Vermeidverhalten bei emotional unangenehmen Situationen aufzugeben und stattdessen sich der Situation zu stellen. Allein durch das Aushalten der unangenehmen Situation können sich alternative Bewertungsmöglichkeiten aufbauen und eine konstruktive Umstrukturierung der maladaptiven kognitiven Vorgänge in die Gänge gebracht werden. An dem Beispiel erkennt man, dass die therapeutischen Angebote wie hier Emotionsregulation durch Verhaltensänderung und durch Kognitionen ineinandergreifen, außerdem erkennt man die Nähe zur Verhaltenstherapie. Lammers (2015) bezeichnet die emotionsfokussierten Methoden auch als Techniken der Verhaltenstherapie. In der Therapie des Stotterns ist gehört der nach diesem Prinzip der Konfrontation funktionierende Angstabbau zum Standardrepertoire von evidenzbasierten Ansätzen (z.B. Ude, Prüß, Richardt & Neumann, 2016).

### 1.3.5. Einsatz von adaptiven Emotionen

Ein weiteres, therapeutisches Angebot der Emotionsregulation ist der Einsatz von adaptiven Emotionen. Man weiß, z.B., dass *Humor* die Quelle von positiven Emotionen sein kann. Humor wird daher gezielt benutzt, um Ärger oder Wut zu verdrängen.

### 1.3.6. Ressourcenaktivierung

Auch eine gezielte Ressourcenaktivierung kann in diesem Sinne wirken. Handlungsbereiche, welche mit Ressourcen des Klienten verbunden sind (z.B. besondere Fähigkeiten) sind i.d.R. mit positiven Emotionen verknüpft. Die Ressourcenaktivierung ist dementsprechend eine Möglichkeit, positive Emotionen zu aktivieren und negative Emotionen in den Hintergrund treten zu lassen.

## 1.4 Pädagogik bei Verhaltensauffälligkeiten

Zunächst sei der Begriff Verhaltensauffälligkeit durch ein längeres Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) definiert:

«(Verhaltens-)Auffälligkeit ist immer ein soziales Konstrukt, das im Zusammenhang mit sozialen Gruppen- oder Individualnormen zu betrachten ist. Kriterien für Auffälligkeiten bzw. Störungen sind insbesondere: Die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosoziale Beeinträchtigungen, das jeweilige Alter und Geschlecht sowie die Dauer des Auftretens. Grundsätzlich ist eine scharfe Trennung zwischen auffällig/unauffällig bzw. normal/gestört schwer zu treffen; man geht deshalb von einer

hat gelöscht: ss

hat formatiert: Schriftart: 11 Pt.

hat gelöscht: e

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A23]: Man weiß? Quelle?

Kommentiert [A24R23]: Hier geb ich dem Gutachter mit seiner Forderung nach einer Quellenangabe absolut recht

hat gelöscht:

hat gelöscht: sind

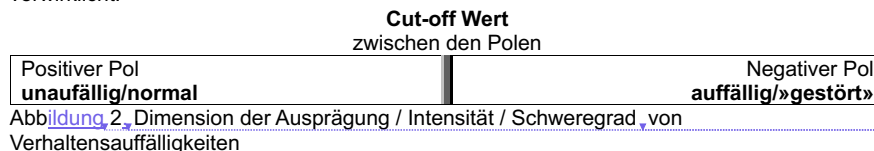
Formatiert: Einzug: Links: 1,25 cm

Dimension mit den Polaritäten unauffällig/normal auf der einen und auffällig/»gestört« auf der anderen Seite aus» (Fröhlich-Gildhoff, 2018, 32).

hat gelöscht: .

Eine grafische Darstellung der im Zitat erwähnten Dimension ist durch Abbildung 2 verwirklicht.

hat gelöscht: .



hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

hat gelöscht: /

Wenn von sozial-emotional *schwierigem* Verhalten gesprochen wird, liegt der Bezug zum Begriff Verhaltensauffälligkeit auf der Hand. Die Schwierigkeiten sind den Auffälligkeiten nahe. Die vom Autor bewusst benutzte Begriff *schwierig* soll andeuten, dass in der Sprachtherapie auch solches Verhalten problematisch ist, welches nicht eindeutig dem negativen Pol zugeordnet werden kann, sondern sich eher in der Nähe des Cut-off-Wertes, also in der Mitte zwischen den Polen angesiedelt ist. Auch Petermann und Petermann (2003) benennen den mittigen Bereich zwischen normalem und negativem Sozialverhalten mit einem eigenen Begriff und sprechen von *problematischem Verhalten*.

hat gelöscht: &

Diese Begriffswahl erscheint dem Autor wichtig, weil schwieriges Verhalten, wie oben mehrfach beschrieben, als Folge von sprachlichen Defiziten heraus entstehen kann und nur in diesem sozialen Zusammenhang einer Sprachnorm auftritt. Es stellt dann eine normale Reaktion dar, mit der in der Sprachtherapie als eine Schwierigkeit, trotz ihrer Normalität, irgendwie umgegangen werden muss. Hierzu ein Beispiel: Die Frustration aufgrund einer Wortabrufproblematik ist zwar eine normale Reaktion aber kann trotzdem eine negative Emotion darstellen, die als sozial-emotionale Schwierigkeit in der Sprachtherapie eine Bedeutung hat. Trotz der hier vorgenommenen Begriffsdifferenzierung wird im weiteren Text der Begriff Verhaltensauffälligkeit und die Begriffskombination sozial-emotional schwieriges Verhalten synonym gebraucht.

Die im obigen Zitat aus Fröhlich-Gildhoff (2018) erwähnte Abhängigkeit der Zuschreibung *Verhaltensauffälligkeit* von Gruppen- bzw. Individualnormen ist wichtig, weil dadurch der Subjektivität der Verhaltensbewertung Rechnung getragen wird: Was für den einen auffällig ist, kann für den anderen ganz normal sein.

Neben der Vorstellung einer polartigen Dimension der Ausprägung für das Konstrukt Verhaltensauffälligkeit (vgl. Abbildung 2) liefert die darauf spezialisierte Pädagogik noch eine weitere nützliche Ordnung, die ebenfalls als Dimension beschrieben wird. Man spricht von **internalisierenden, externalisierenden und gemischten Auffälligkeiten**. Diese als «Dimensionale Klassifikation» bekannte Ordnung ist eine qualitative Unterscheidung.

hat gelöscht: .

Kommentiert [A25]: von wem? Quelle?

**Kommentiert [A26R25]:** Bezieht sich auf die oben gemachte Quellenangabe. Ich vermute, der Gutachter fordert die Quellenangabe wegen den Anführungszeichen, die als Zeichen eines direkten Zitats gelten. Das müsste dann in der Tat geändert werden, weil das hier nicht gemeint ist. Die Anführungszeichen werden formal inkorrekt benutzt.

Unter internalisierenden Auffälligkeiten werden verschlossene, eher in sich zurückgezogene, auch traurige oder extrem schüchterne Menschen subsumiert, die für die Umwelt zwar weniger auffällig sind, aber trotzdem ein großes sozial-emotionales Problem haben können. Prototyp ist die ängstlich-depressive Person.

hat gelöscht: ss

Unter externalisierenden Auffälligkeiten werden sogenannte dissoziale Verhaltensweisen wie stehlen, lügen oder beleidigen verstanden. Prototyp für dieses nach außen gerichtete, für die soziale Umwelt i.d.R. auffällige Verhalten ist die verbal und körperlich aggressive Person. Unter gemischte Auffälligkeiten werden schizoide oder zwanghafte Verhaltensweisen verstanden. Auch Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe oder soziale Probleme, wie die Ablehnung durch die Peers, werden zu dieser Kategorie gezählt. Allerdings liegt es im Wesen der Mischung, dass man diese Verhaltensweisen auch einer der zuvor genannten Dimensionen zuordnen könnte.

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: p

Tabelle 2 versucht eine Ordnung in die Dimensionen der Verhaltensauffälligkeit am Beispiel einer für die Sprachtherapie relevanten Problematik (= Wortabrufstörung bei einem Kind mittleren Alters) zu bringen.

hat gelöscht: .

**Ausprägung/Intensität/Schweregrad**

hat gelöscht: ¶

... [1]

Dimensionen		Unauffällig/ normal	Problematisch/ schwierig	Auffällig/ gestört
Qualität	internalisierend	Kind spricht ruhig	Kind spricht selten, auf eine zurückgezogene Art und Weise und nur äusserst leise	Kind ist mutistisch
	externalisierend	Kind spricht lebhaft	Kind spricht extrem laut, missachtet pragmatische Gesetze des turn-taking, wird wütend während dem Sprechen	Kind ist aggressiv, schlägt um sich, zerstört Gegenstände
	gemischt	Kind spricht mit vielen Umschreibungen	Kind spricht unkonzentriert, verliert den roten Faden (Textgrammatik)	Kind spricht chaotisch, sämtliche Sprachebenen sind im Sinne einer Sekundärsymptomatik mitbetroffen

**Tabelle 2:** Dimensionen der Verhaltensauffälligkeiten auf den zwei Achsen der Ausprägung und Qualität mit der Konstruktion eines für die Sprachtherapie relevanten Beispielverhaltens: Wortabrufstörung bei einem Kind im mittleren Alter (6. – 12. Lebensjahr)

Eine weitere in der Pädagogik der Verhaltensauffälligkeiten übliche Ordnung wird als «kategoriale Klassifikation» bezeichnet. Sie ist Grundlage für die Beschreibungen von Verhaltensauffälligkeiten in Diagnosesystemen wie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD; Dilling, Mombour & Schmidt, 2002) oder dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM; Falkai & Wittchen, 2015). Im deutschsprachigen Raum ist die ICD verbreitet und beinhaltet recht differenzierte Beschreibungen von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, die mit F90 bis F98 codiert sind. An dieser Stelle wird auf die differenziertere Darstellung der kategorialen Klassifikation verzichtet, da sie inhaltlich durch die oben schon gegebenen Beispiele von internalisierenden, externalisierenden und gemischten Verhaltensauffälligkeiten angesprochen wurde.

## 2. Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Prüfung von Hypothesen, welche vorgängig durch eher qualitativ angelegte Untersuchungsformen generiert wurden (Kohler, 2021a, 2021b). Die Hypothesen entstanden durch die Erhebung und Auswertung insbesondere von Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Logopädinnen zum Thema sozial-emotionale Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie (vgl. Forschungsdesign unter 3. Methoden). Die Aussagen der Logopädinnen zum Vorkommen von sozial-emotionalen Problemen, ihre persönliche Gewichtung zur Relevanz dieser Probleme, ihre Erklärungen für die Probleme, ihr Umgang mit den ihnen genannten Problemen, ihre eigene Betroffenheit und ihr zugrunde liegendes Selbstverständnis im Zusammenhang mit ihren therapeutischen Handlungen wurden als Hypothesen betrachtet, die es zu überprüfen galt. Folgende Haupt- und Unterfragen wurden geprüft:

1. Wie schätzen Logopädinnen den Anteil an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei ihrem Gesamtklientel ein?
2. Welche sozial-emotionalen Schwierigkeiten nehmen Logopädinnen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit bei ihren Klienten wahr?
3. Welche Relevanz haben die einzelnen sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädinnen?

Kommentiert [A27]: Tabellenbeschriftung oben, s. APA

Kommentiert [A28R27]: Stimmt

hat gelöscht: .

Kommentiert [A29]: Quellen? Eigene Darstellung?

Kommentiert [A30R29]: Wenn bei einer Tabelle keine Quellenangabe gemacht wird, ist es klar, dass es eine eigene Darstellung ist

Kommentiert [A31]: ?

Kommentiert [A32R31]: Ich weiss nicht, was der Gutachter mit dem ? sagen will

Kommentiert [A33]: s. oben

hat gelöscht: l

hat gelöscht: zu überprüfen

hat gelöscht: l

hat gelöscht: m

hat gelöscht: .

Kommentiert [A34]: s. oben

hat gelöscht: l

4. Welche Erklärungen und Gründe für das sozial-emotionale schwierige Verhalten ihrer Klientel betrachten Logopädinnen als relevant?
5. Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigen Verhalten ihrer Klienten um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?
  - 5.1 Welche Reaktionen werden durch den Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihrer Klientel bei den Logopädinnen selbst ausgelöst?
  - 5.2 Als wie wirksam schätzen Logopädinnen ihre Umgangsweisen ein?
  - 5.3 Welche Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutische Ansätze nennen Logopädinnen, die ihnen beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten hilfreich sind?
  - 5.4 Welches berufliche Selbstverständnis geht mit dem Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten einher?
  - 5.5 Gibt es personenspezifische Unterschiede bzw. Zusammenhänge bei der Beantwortung der Fragen 5.1 bis 5.4?
    - 5.5.1 Gibt es einen Unterschied in den Reaktionen auf die Klienten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?
    - 5.5.2 Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?
    - 5.5.3 Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die ihre Grundausbildung an einer Hochschule absolviert haben und Logopädinnen, die ihre Grundausbildung an einer Fachschule absolviert haben?
    - 5.5.4 Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und der Berufserfahrung von Logopädinnen?
    - 5.5.5 Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und dem Arbeitskontext von Logopädinnen?
    - 5.5.6 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Logopädinnen und ihrem pädagogisch-therapeutischen Selbstverständnis beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten?
    - 5.5.7 Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung von Logopädinnen und ihren Reaktionen auf das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten?

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

hat gelöscht: l

hat gelöscht: l

### 3. Methode

Zentrales Instrument der vorliegenden Untersuchung war ein Fragebogen. Der Einsatz des Fragebogens war in ein umfassende Forschungsdesign eingebettet, welches durch Abbildung 3 dargestellt ist.

hat gelöscht: .

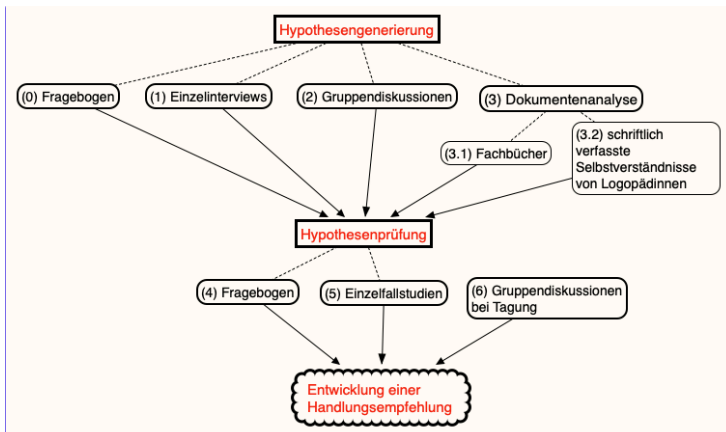


Abbildung 3. Umfassendes Forschungsdesign zur Untersuchung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie

### 3.1 Fragebogenkonstruktion

Durch die (1) Einzelinterviews und die (2) Gruppendiskussionen konnten Aussagen von  $N = 22$  Logopädinnen gewonnen werden, welche die Grundlage für die Itemkonstruktion des (4) Fragebogens waren. Die Konstruktion war insofern rein induktiv angelegt. Die deduktiv angelegte Einbettung in einschlägige Theorien zur Emotionspsychologie, Emotionsregulation oder Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten war für den Konstruktionsprozess des Fragebogens nicht maßgebend.

Der sehr ausführliche Fragebogen kann hier nicht dargestellt, aber [über den Link](#) xy eingesehen werden. Seine Struktur ist im Kasten 1 nachvollziehbar gemacht. Herzstück des Fragebogens ist die gedankliche Vorstellung von einem oder zwei Patienten. Für diese Patienten haben die Logopädinnen ein logopädisches Störungsbild genannt und den Patienten eine vorherrschende (= auffällige) sozial-emotionale Schwierigkeit zugeschrieben. Es wurden insgesamt 479 Fälle von den 338 Logopädinnen eingegeben. Sie haben Erklärungen für deren Problem gegeben und ihren Umgang damit angegeben. Ausserdem habe die LogopädInnen ihre eigenen Reaktionen auf das Verhalten dieser Klienten reflektiert.

#### Überblick zur Grundstruktur des Fragebogens

270 Items zur Erfassung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten und den Umgang damit in der logopädischen Therapie aus Perspektive von Logopädinnen

##### 1. Persönliche Daten der Logopädinnen

Items 1 bis 12 z.B. Alter, Berufserfahrung, Spezialisierung oder Ausbildung

##### 2. Allgemeines Vorkommen Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie

Items 13 bis 44: Wie häufig kommt z.B. Aggression, Wut, Vermeidung, Mobbing, Scham, Verweigern, fehlende Motivation, Angst, Resignation, Beleidigungen etc. vor? Bewertet wurde auf einer Skala von 1 = nie oder sehr selten bis 5 = sehr häufig

##### 3. Allgemeine Gewichtung Sozial-emotionale Schwierigkeiten

Items 45 bis 75: Welche Relevanz haben die in 2. genannten Schwierigkeiten? Bewertet wurde auf einer Skala von 1 = nicht relevant bis 5 = hochrelevant

Kommentiert [A35]: Der Aufbau dieser Abbildung ist nicht schlüssig.

Kommentiert [A36R35]: Was ist daran nicht schlüssig?

hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

#### 4. Vorstellen von zwei Klienten mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten aus der eigenen Praxis

Die Logopädinnen sollten sich diese Klienten intensiv vorstellen und dann die aus den Einzelinterviews gefundenen Erklärungen und Umgangsweisen auf einer Skala von 1 = *trifft nicht zu* bis 5 = *trifft absolut zu* für diese Klienten bewerten. Sie sollten außerdem ihr eigenes Verhalten und Erleben mit diesen Klienten einschätzen.

##### Klient 1

Item 76 bis 166

- Daten Klient 1 (76 bis 79): Nennen des hauptsächlichen sozial-emotionalen Problems und des logopädischen Störungsbildes sowie Angabe des Alters
- Erklärung für Klient 1 (80 bis 110)
- Umgang mit Klient 1. (111 bis 149)
- Selbstreflexion bei Klient 1 (150 bis 166)

##### Klient 2

Item 167 bis 257

- Daten Klient 2 (167 bis 170): Nennen des hauptsächlichen sozial-emotionalen Problems und des logopädischen Störungsbildes sowie Angabe des Alters
- Erklärung für Klient 2. (171 bis 201)
- Umgang mit Klient 2. (202 bis 240)
- Selbstreflexion bei Klient 2 (241 bis 257)

#### 5. Geschätzte Wirksamkeit Item 258

Antwort auf einer 7-stufigen Skala zur wahrgenommenen Wirksamkeit der Umgangsweisen im Vergleich zur wahrgenommenen Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Interventionen.

#### 6. Nachbardisziplinen nutzen Item 259

Offene Nennung von Nachbardisziplinen, welche beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten eine Rolle spielen (z.B. systemischer Ansatz, Gestalttherapie)

#### 7. Berufliches Selbstverständnis Item 260 bis 270

persönliche Zustimmung oder Ablehnung zu Aussagen, welche von den Logopädinnen in den Einzelinterviews zum beruflichen Selbstverständnis im Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten der eigenen Klientel gemacht wurden. Bewertet wurde auf einer Skala von 1 = *trifft nicht oder fast nicht zu* bis 5 = *trifft absolut oder beinahe absolut zu*

hat gelöscht: ss

#### 1: Grundstruktur des Fragebogens

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

hat gelöscht: Kasten

hat gelöscht:

#### 3.2 Datenerhebung und Stichprobenkonstruktion

Der Online-Fragebogen wurde über [Webseiten](#) der deutschsprachigen Logopädie-Verbände (alle außer dem Schweizer Verband dlv haben mitgemacht) dem Zielpublikum bekannt gemacht. Außerdem wurden TeilnehmerInnen einer Tagung (2022) und weiteren Fortbildungsveranstaltungen zum Thema *sozial emotionale Schwierigkeiten in der Logopädie* (Kohler, 2022, Kohler, 2023a, b & c) um die Bearbeitung des Fragebogens gebeten. Insgesamt wurden im Zeitraum von Mai 2022 bis März 2023 über 500 Logopädinnen von der [Fragebogensoftware](#) registriert. Es wurden all diejenigen aussortiert, welche keine Angaben zum Inhalt gemacht hatten. Sobald jemand mindesten eine vollständige Variablenreihe zum allgemeinen Vorkommen oder zum Gewicht von sozial-emotionalen Schwierigkeiten bearbeitet hatte und/oder zu den vorgestellten Klienten mindestens einen Klienten bearbeitet hatte, wurde diese Person in dem Datensatz belassen. Das waren 338 Personen.

hat gelöscht: webseiten

Kommentiert [A38]: umgangssprachlich

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ,

Kommentiert [A39]: digitaler Fragebogen?

Kommentiert [A40R39]: Ja.

#### 3.2.1 Merkmale der Stichprobe

Im Fragebogen wurden persönliche und berufsbezogene Daten erhoben, welche die folgende Beschreibung der Stichprobe erlaubt.

Es waren 324 weibliche (=95,8%), 12 männliche (=3,6%) und zwei TeilnehmerInnen (=0,6%) ohne Angabe des Geschlechts. Der Altersdurchschnitt betrug 39,57 Jahre bei einer Standardabweichung von 13,76 Jahren und dem Minimum bei 18 Jahren und dem Maximum bei 68 Jahren.

Die Berufserfahrung betrug im Mittel 12,15 Jahre bei einer Standardabweichung von 10,43 Jahren und einem Minimum von 0 Jahren (=Studierende im letzten Ausbildungsjahr) und einem Maximum von 40 Jahren.

Es haben 237 Logopädinnen (70,8%) mit deutscher Staatsangehörigkeit, 66 (19,7%) mit schweizerischer und 18 (5,4%) mit österreichischer Staatsangehörigkeit, sowie 13 (4,1%) Logopädinnen mit einer anderen Staatsangehörigkeit mitgemacht. Vier der Befragten haben keine Angaben zur Staatsangehörigkeit gemacht.

Der Arbeitskontext wurde von 148 Logopädinnen (53,4%) mit *logopädischer Praxis* angegeben, von 42 (15,2%) mit *in Ausbildung tätig*, von 61 (22%) mit *Schule* oder *Sonderschule* und von 26 (9,4%) mit *Klinik* angegeben. 61 haben keine Angaben zum Arbeitskontext gemacht.

Zur logopädischen Ausbildung gaben 181 (56,7%) den Fachschulabschluss an und 138 (43,3%) den Hochschulabschluss. 19 machten dazu keine Angaben. Insgesamt 137 Logopädinnen gaben an, noch einen weiteren Abschluss zu haben, wobei dieser andere Abschluss bei 55 (40,1%) auf Hochschulebene und bei 36 (26,3%) auf Fachschulebene angesiedelt ist. Die restlichen 46 (33,6%) bezeichneten ihren anderen Abschluss als weiterbildungs- bzw. fortbildungszertifiziert.

### 3.3 Datenaufbereitung

Wie schon unter Datenerhebung erwähnt, mussten einige Datensätze ausgeschlossen werden, weil deren Grad der Unvollständigkeit zu hoch war. Der Output der Fragebogensoftware LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/de/>) musste an die Auswertungssoftware datatab (<https://datatab.de>) angepasst werden. Hierzu nur ein Beispiel: LimeSurvey betrachtete die begriffsgestützte Skalierung von *nicht relevant* bis *hochrelevant* als nominalskaliert. Dies musste für datatab in eine Ordinalskalierung umgewandelt werden. Viele der von den LogopädInnen genannten Begriffe im offenen Teil des Fragebogens (z.B. Nennung des Störungsbildes oder Beschreibung der sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei den gedanklich vorgestellten Klienten) mussten in eine einheitliche Begrifflichkeit überführt werden. So wurde z.B. *Artikulationsstörung* und *phonologisch-phonetische Störung* einheitlich in den Begriff *Aussprachestörung* überführt und für die Auswertungssoftware auf *Aussprache* gekürzt.

### 3.4 Datenauswertung

Es wurden vornehmlich deskriptiv-statistische Methoden verwandt. Zentral waren Häufigkeiten mit entsprechenden Diagrammen sowie die Berechnung von Prozentwerten, Mittelwerten und Standardabweichungen. Zur Darstellung dieser Kennwerte wurden insbesondere Boxplots und für den Zusammenhang zwischen sozial-emotionaler Schwierigkeiten und Störungsbildern vornehmlich Kreuztabellen benutzt. Einige personenabhängige Unterschiede (z.B. Unterschiede im Ausbildungsniveau) und Zusammenhänge (z.B. Zusammenhang von Berufserfahrung und Wirksamkeitsempfinden) wurde mit inferenzstatistischen Methoden geprüft.

Kommentiert [A41]: bei diversen Personen wird mit Gender-Gap gegendert, als Unterstrich, Doppelpunkt, oder Genderstern

Kommentiert [A42R41]: Es gibt meines Wissens nach keine verbindliche Norm zum Gendern.

Kommentiert [A43]: Hier wäre eine Tabelle sehr viel leser:innenfreundlicher

Kommentiert [A44R43]: Stimmt

hat gelöscht: output

hat gelöscht: limesurvey

hat gelöscht: limesurvey

Kommentiert [A45]: s. oben



#### 4. Ergebnisse

Unter Ergebnisse wird die Fragestellung beantwortet. Die einzelnen Fragen werden daher hier noch einmal aufgeführt.

Es wurden insgesamt 338 Datensätze ausgewertet. Da nicht alle LogopädInnen alle Fragen beantwortet haben und Differenzierungen (z.B. Auswertung nach Störungsbild) vorgenommen wurden, entstanden für die einzelnen Fragestellungen unterschiedliche  $N$ , die jeweils angegeben werden.

Die Ergebnisse stellen im Vergleich untereinander eine erste Interpretationsebene dar. So sprechen z.B. große Häufigkeiten bei der Nennung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten für eine höhere Relevanz im Vergleich zu geringen Häufigkeiten. Diese erste Interpretationsebene wird im Zuge der Ergebnisdarstellung bedient. Weiterführende Interpretationen werden punktuell hier unter 4. Ergebnisse referiert aber auch im Diskussionsteil unter Punkt 5. angeboten.

##### 4.1 Prozentualer Anteil von sozial-emotionalen Schwierigkeiten insgesamt

**Frage 1:** Wie schätzen LogopädInnen den Anteil an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei ihrer Gesamtklientel ein?

Die konkrete Frage im Fragebogen lautete: Wieviel Prozent ihrer Gesamtklientel würden Sie die Zuschreibung «sozial-emotional schwieriges Verhalten» geben? Die LogopädInnen sollten eine Prozentzahl angeben. Abbildung 4 veranschaulicht das Ergebnis in Form eines Histogramms.

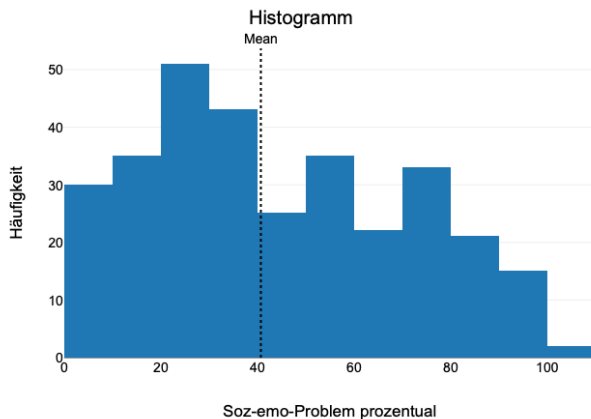


Abbildung 4 zeigt den prozentualen Anteil von sozial-emotional schwierigem Verhalten an der Gesamtklientel von  $N = 312$  LogopädInnen eingeschätzt mit einem Mittelwert von 40,7% bei einer Standardabweichung von 26,5 %.

Der Mittelwert von 40,7% drückt aus, dass aus Perspektive der LogopädInnen bei weniger als der Hälfte ihrer Patienten die sozial-emotionalen Probleme ein Thema ist.

Bemerkenswert ist die relativ breite Verteilung mit einer Standardabweichung von 26,5 %. Sie drückt aus, dass die LogopädInnen den Anteil von sozial-emotionalen Problemen an ihrer Gesamtklientel eher uneinheitlich einschätzen.

##### 4.2 Wahrnehmung von sozial-emotionalen Schwierigkeiten

**Frage 2:** Welche sozial-emotionalen Schwierigkeiten nehmen LogopädInnen im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit bei ihren Klienten wahr?

Kommentiert [A46]: s. oben

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A47]: Interpretationen gehören nicht in die Ergebnisdarstellung.

Kommentiert [A48R47]: Die strikte Trennung von Ergebnis und Interpretationsdarstellung ist eine normative Vorstellung für die Darstellung von wissenschaftlichen Ergebnissen, die ich kenne aber nicht für durchweg sinnvoll erachte. Ich halte sie für nicht mehr zeitgemäss, insbesondere weil in der qualitativen Forschung die Trennung zwischen Ergebnis und Interpretation sich derart vermischen, dass eine Trennung aus meiner Perspektive künstlich wäre. Ausserdem ist es wenig lesefreundlich, wenn Ergebnisse erst später interpretiert werden. Ich habe daher die Vermischung von Ergebnis und Teilinterpretationen offen gelegt.

hat gelöscht: l

hat gelöscht: m

hat gelöscht: .

hat gelöscht: l

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

hat gelöscht: m

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A49]: s. oben

hat gelöscht: l

hat gelöscht: m

Kommentiert [A50]: s. oben

hat gelöscht: l



Die Unterfrage im Fragebogen war: Wie häufig nehmen Sie einzelne sozial-emotionale Schwierigkeiten in Ihrer logopädischen Tätigkeit wahr? Die einzelnen Schwierigkeiten waren vorgegeben. Sie waren aus den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen abgeleitet worden und konnten auf einer Skala von 1 (kommt nie vor) bis 5 (kommt sehr häufig vor) eingeschätzt werden. Die Mittelwerte (vgl. Abb. 5) geben dementsprechend einen Hinweis auf die Häufigkeit des Vorkommens der sozial-emotionalen Schwierigkeiten. Die Mittelwerte sind in Abbildung 5 in eine absteigende Rangreihe von oben nach unten gebracht.

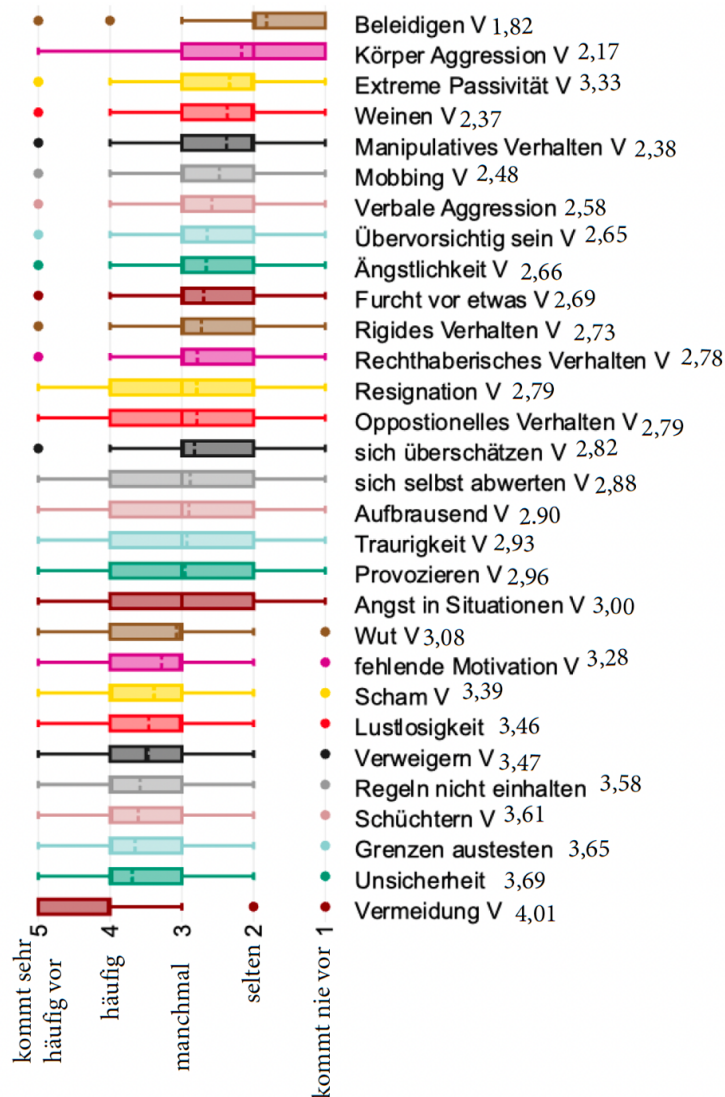


Abbildung 5: Einschätzung des Vorkommens von vorgegebenen sozial-emotionalen Schwierigkeiten auf einer Skala von 1 (= kommt nie vor) bis 5 (= kommt sehr häufig vor) von

Kommentiert [A51]: Ausdruck

Kommentiert [A52R51]: Ich nehme an, dass der Gutachter dies als einen nicht adäquaten Ausdrucksform erachtet. Der Gutachter hat offensichtlich klare normative Vorstellungen zum Sprachstil.

Kommentiert [A53]: Sortiert nach steigenden Mittelwerten

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

N = 275 LogopädInnen. Die Mittelwerte sind als Zahlen neben den Begriffen für die sozial-emotionalen Schwierigkeiten angegeben und außerdem in den Boxplots durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

Zudem gab es im Fragebogen die Möglichkeit, weitere Schwierigkeiten mit selbst gewählten Begriffen zu benennen. Von dieser Möglichkeit wurde aber nur in vernachlässigbarem Maße Gebrauch gemacht. Auf die Auswertung wurde daher verzichtet.

#### 4.3 Relevanz der sozial-emotionalen Schwierigkeiten

**Frage 3:** Welche Relevanz haben die einzelnen sozial-emotionalen Schwierigkeiten für die Logopädinnen?

Diese Frage konnte durch zwei Datenstränge A) und B) des Fragebogens beantwortet werden:

A) Zum einen wurde die schon bekannten sozial-emotionalen Schwierigkeiten zur Erfassung des Vorkommens verwandt und die Logopädinnen gebeten, deren Relevanz für die logopädische Arbeit anzugeben. Die konkrete Frage im Fragebogen lautete: Welches sozial-emotional schwierige Verhalten erachten Sie persönlich in Ihrer Arbeit als mehr oder weniger problematisch? Die Einschätzung geschah auf einer Skala von 1 (= unproblematisch) bis 5 (= hochproblematisch). Mittelwerte geben hier an, welches Gewicht die sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Arbeit aus Perspektive der Logopädinnen haben. Abbildung 6 zeigt das Ergebnis.

Kommentiert [A54]: s. oben

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A55]: nicht gut lesbar, Darstellungsart überdenken

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: i

hat gelöscht: .

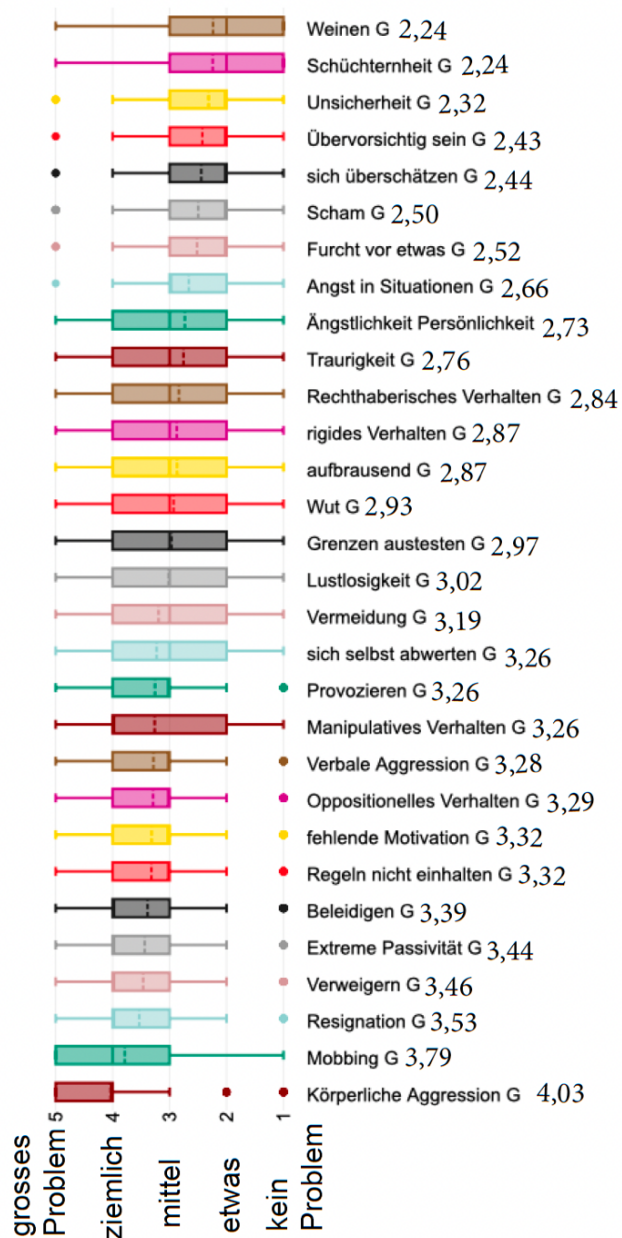


Abb. 6: Gewichtung der Problematik von vorgegebenen sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Therapie auf einer Skala von 1 (= kein Problem) bis 5 (= großes Problem) von  $N = 275$  LogopädInnen. Die Mittelwerte sind als Zahlen neben den Begriffen

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A56]: s. oben

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

für die sozial-emotionalen Schwierigkeiten angegeben und außerdem in den Boxplots durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

Der Unterschied zwischen Vorkommen (Abbildung 5) und Relevanz (Abbildung 6) wird am Beispiel der Aggression sehr deutlich. Während das Vorkommen von Aggression von den Logopädinnen als selten wahrgenommen wird ( $M = 2,17$  in Abbildung 5), ist das Gewicht von körperlicher Aggression am höchsten ( $M = 4,03$  in Abbildung 6) und auch von verbaler Aggression ( $M = 3,28$  in Abbildung 6) eher hoch. Man könnte auch anders formulieren: Aggression begegnet den LogopädInnen selten, aber wenn sie auftaucht, hat sie eine hohe, problematische Relevanz.

B) Zum anderen kann man die Häufigkeit der Nennungen von sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei den gedanklich vorgestellten Patienten als einen Hinweis auf die Relevanz von sozial-emotionalen Schwierigkeiten betrachten. Der Unterschied zu A) ist allerdings, dass es hierbei um Probleme von Klienten geht, welche die Logopädinnen viel unmittelbarer betreffen und nicht so sehr um die allgemeine Einschätzung der Relevanz einer Problematik. Da viele LogopädInnen nicht nur eine vorherrschende, sondern manchmal auch zwei oder mehrere sozial-emotionale Schwierigkeiten pro Fall nannten, wurden insgesamt 908 Nennungen an sozial-emotionalen Schwierigkeiten bei 479 Fällen gezählt. Abbildung 7 zeigt die Häufigkeitsverteilung dieser genannten sozial-emotionalen Schwierigkeiten.

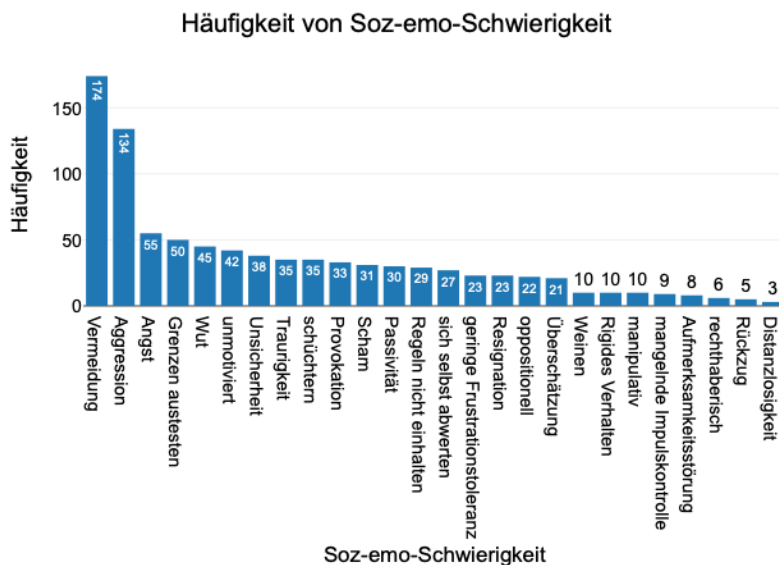


Abbildung 7: Häufigkeit der vorherrschenden sozial-emotionalen Schwierigkeiten (Gesamt der Nennungen  $N = 908$ ) über alle Störungsbilder hinweg bei total  $N = 479$  Fällen.

#### 4.4 Erklärungen und Gründe

**Frage 4:** Welche Erklärungen und Gründe für das sozial-emotionale schwierige Verhalten ihrer Klientel betrachten Logopädinnen als relevant?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Erklärungen und Gründe angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A57]: keine Interpretation in der Ergebnisdarstellung

Kommentiert [A58R57]: Dies ist keine Interpretation sondern eine Versprachlichung der Auswertung

Kommentiert [A59]: Ausdruck

Kommentiert [A60]: s. oben

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat gelöscht: N

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= nicht relevant) bis 5 (= sehr relevant) für ihre gedanklich vorgestellten Fälle einschätzen. Da bei jedem Fall von den Logopädinnen mindestens ein hauptsächliches Störungsbild genannt worden war, kann man bei dieser Auswertung eine Differenzierung pro Störungsbild vornehmen. Diese Differenzierung ist dringend geboten, weil die bisherigen allgemeinen Einschätzungen (Frage 1 bis 3) über alle Störungsbilder hinweg die Eigenheiten der spezifischen logopädischen Handlungsbereiche vernachlässigt. Es ist ziemlich wahrscheinlich, dass z.B. im Bereich der Kindersprachtherapie andere sozial-emotionale Schwierigkeiten vorherrschen als in der Therapie mit Erwachsenen und auch andere Gründe und Erklärungen dafür gegeben werden.

Die Tabelle 3 zeigt mit Mittelwerten die Relevanz der Erklärungen bzw. Gründe pro Störungsbild. Drei Störungsbilder, welche von den Logopädinnen unter zehnmal genannt wurden, sind in der Darstellung nicht aufgeführt, weil es bei einer Fallzahl <10 wenig Sinn macht, Mittelwerte zu bilden. Da die Menge der dargestellten Werte sehr groß ist und um die Systematik der Zahlen leichter erkennen zu können, wurde mit Farben gearbeitet.

Mittelwerte ab 4 sind rot unterlegt, von 3 bis 3.99 ist orange unterlegt, von 2 bis 2.99 ist violett unterlegt und Werte von 1 bis 1.99 sind blau unterlegt. Standardabweichungen werden hier nicht angegeben, weil sie für die Interpretation nur einen sekundären Wert haben.

Außerdem wurde der Gesamtmittelwerte der ganz rechten Spalte benutzt, um eine absteigende Rangreihe in der Tabelle zu verwirklichen. Dadurch ist die Relevanz der Erklärungen und Gründe von oben nach unten über alle Störungsbilder hinweg visuell gekennzeichnet. Gleichzeitig ist durch die Systematik der Kreuztabelle der Stellenwert einzelner Erklärungen / Gründe pro Störungsbild in den einzelnen Zellen ersichtlich.

Kommentiert [A61]: nur Frauen?

Kommentiert [A62R61]: Hier hätte ein grosses I in TeilnehmerInnen erscheinen müssen

hat gelöscht: .

hat gelöscht:

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

Kommentiert [A63]: Warum?

Kommentiert [A64R63]: Ja gute Frage. Die Antwort ist aber recht lang... Standardabweichungen bei einer so engen Ordinalskala sind an den Rändern immer kleiner als bei mittigen Mittelwerten. Insofern zeigen die mittigen Mittelwerte meistens eine durch die Standardabweichung ausgedrückte höhere Uneinigkeit der Befragten. Interessant sind die zweigipfligen (also nicht Normalverteilten) Verteilungen. Diese waren aber so selten, dass hier von der Erwähnung abgesehen wurde.

hat gelöscht: ss

Erklärung bzw. Gründe für Sozial-emotionale Schwierigkeit	Alle Störungsbilder															Gesamtmittelwert
	Stat Kenn	SES	Aussprache	Stottern	Mutismus	Aphasie	Schluck	Stimme	SES & Mehrsprachig	LRS	SEB	VED	MFS	Dysarthrie	Sprechapraxie	
	N	244	60	19	20	38	17	17	36	27	22	28	19	11	10	
Vermeidung	M	3.64	3.78	4.47	4.74	3.15	2.76	3.24	3.53	3.92	3.77	3.92	3.74	3.00	3.30	3.60
Zweifel an sich	M	3.16	3.29	3.47	3.84	4.11	3.65	3.25	3.06	3.54	2.86	3.93	3.53	3.73	4.60	3.60
Anspannung	M	3.36	3.15	3.76	3.95	3.49	3.41	3.71	3.23	3.42	3.45	4.00	3.68	3.18	3.60	3.50
Überforderung von aussen	M	3.66	3.05	3.24	3.58	3.66	2.82	3.53	3.43	3.60	3.55	3.59	4.00	2.82	3.30	3.40
Hilflosigkeit	M	3.15	2.84	2.63	3.32	3.83	4.06	3.00	3.12	2.88	2.95	3.93	2.89	3.36	4.30	3.30
Unsicherheit	M	3.20	3.29	3.44	4.21	3.00	2.94	3.12	3.29	3.19	2.68	3.42	3.47	3.00	3.40	3.30
Verweigerung	M	3.67	3.72	3.53	3.95	2.35	2.82	2.76	3.50	3.38	4.23	3.77	3.58	2.64	2.80	3.30
Angst vor etwas	M	2.67	2.78	4.06	4.47	3.06	3.59	3.00	2.71	2.76	2.55	2.68	3.26	3.73	3.20	3.20
Scham	M	2.70	2.93	4.22	3.84	3.49	3.47	2.88	2.53	3.15	2.33	3.62	3.21	4.00	4.20	3.20
SS als Ursache	M	3.26	2.59	3.61	2.58	4.23	2.33	2.88	3.09	2.96	3.19	4.46	2.11	3.10	4.60	3.20
Traurigkeit	M	2.46	2.48	2.38	2.63	3.83	3.88	3.75	2.70	2.68	2.27	2.84	2.16	3.55	4.20	3.00
Furcht	M	2.51	2.38	3.53	3.84	3.12	3.12	3.33	2.65	2.46	2.57	2.33	2.84	2.91	3.44	2.90
Konzentrations- probleme	M	3.34	2.87	2.56	1.47	3.49	1.94	1.60	3.15	3.88	3.19	3.04	3.00	2.55	2.70	2.80
Leistungsdruck	M	2.70	2.76	3.37	3.16	2.63	1.94	3.12	2.77	3.13	2.62	2.88	2.74	2.55	2.50	2.80
Lustlosigkeit	M	2.92	2.83	2.82	2.26	2.29	2.71	2.60	2.76	4.00	3.09	2.72	2.84	2.45	2.50	2.80
Wut	M	2.90	2.54	2.81	1.76	2.94	2.65	2.35	2.74	2.59	2.86	3.68	2.42	2.64	3.50	2.70
fehlende Motivation	M	2.77	2.83	2.72	2.05	2.06	2.19	2.00	2.51	3.73	3.23	2.50	2.63	2.36	2.30	2.60
sich unterschätzen	M	2.12	2.46	2.31	3.11	1.91	1.88	2.13	1.86	2.76	2.00	2.13	3.16	1.55	2.20	2.60
Krankheit	M	2.48	2.12	2.56	1.56	2.43	2.92	2.43	2.00	3.35	3.68	2.12	2.44	3.10	2.22	2.50
Ausgrenzung	M	2.51	2.24	3.25	2.74	2.70	2.50	2.25	2.20	2.27	2.50	2.92	2.37	2.55	2.00	2.50
Erziehungsfehler	M	3.19	2.95	2.75	2.53	1.31	1.08	1.38	3.39	3.36	3.47	2.48	3.44	1.09	1.38	2.40
sich abwerten	M	2.10	2.33	2.26	2.53	2.86	2.12	2.35	1.78	2.80	1.85	2.72	2.42	2.45	3.20	2.40
Depression	M	1.53	1.60	2.12	1.72	3.58	3.53	2.94	1.58	1.70	1.63	1.64	1.28	3.91	4.00	2.30
Schüchternheit	M	2.16	2.21	2.71	3.95	1.83	1.41	1.82	2.38	2.19	1.81	2.40	2.68	1.82	1.80	2.20
sich überfordern	M	2.02	2.02	1.89	2.26	2.34	2.59	3.00	1.63	2.08	1.64	2.14	2.21	2.36	2.50	2.20
Ängstlichkeit	M	1.95	2.11	2.83	3.61	1.88	1.94	1.63	1.97	2.12	2.00	1.60	2.79	1.82	1.67	2.10
sich überschätzen	M	2.06	2.38	2.06	1.32	1.91	2.82	1.75	2.13	2.32	1.68	2.00	1.95	2.91	1.30	2.00
introvertiert	M	1.72	1.78	2.17	2.89	1.80	1.59	1.75	1.74	2.00	1.38	1.88	2.32	1.55	1.50	1.90
Passivität	M	1.87	1.65	1.82	2.32	1.76	1.65	1.73	2.09	2.42	2.14	1.67	1.84	1.82	2.10	1.90
Übervorsicht	M	1.75	1.80	1.89	3.16	1.97	2.12	1.71	1.73	2.00	1.45	1.40	2.47	1.64	2.20	1.90
Verwöhnung	M	2.34	2.43	2.06	2.26	1.11	1.00	1.56	2.74	2.52	2.79	2.00	1.89	1.00	1.00	1.90

Tabelle 3. Mittelwerte (M) der Skala 1 bis 5 der eingeschätzten Gründe und Erklärungen pro Störungsbild bei N = 568 Fällen (einige Fälle fließen in diese Auswertung doppelt ein und zwar dort, wo pro Fall mehr als ein Störungsbild genannt wurde)  
SES = SprachEntwicklungsStörung; LRS = LeseRechtschreibStörung; SEB = SprachEntwicklungsBehinderung; VED = VerbaleEntwicklungsDyspraxie; MFS = MyoFunktionelleStörung.

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

### Zellenweise Analyse zu Tabelle 3

Jeder Mittelwert kann auch hier in Bezug zur angelegten Skala interpretiert werden und den qualitativen Bezeichnungen der Zahlen von 1 bis 5 zugeordnet werden, wobei  
1 = nicht relevant, 2 = etwas relevant, 3 = mittel relevant, 4 = ziemlich relevant und 5 = sehr relevant bedeuten.



### Zeilenweise Analyse zu Tabelle 3

Die zeilenweise Analyse betrifft die Störungsbildabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit der Erklärungen, die im Folgenden beispielhaft angeboten wird:

- **Vermeidung** hat über alle Störungsbilder hinweg hohe Mittelwerte. Es dominiert die Farbe orange ( $M = 3$  bis  $3,99$ ). Einzig bei den Schluckstörungen ist ein Mittelwert unter 3 zu verzeichnen. Vermeidung hat den höchsten Gesamtmittelwert. Das Phänomen Vermeidung scheint einen herausragenden Stellenwert innerhalb der sozial-emotionalen Schwierigkeiten zu haben, denn dieses Phänomen wurde auch schon bei der freien Nennung von vorherrschenden sozial-emotionalen Problemen am häufigsten genannt (vgl. Abbildung 7).
- Bei **Überforderung von aussen, Anspannung, Zweifel an sich** dominiert ebenfalls die Farbe orange ( $M = 3$  bis  $3,99$ ). Es gibt nur wenige Mittelwerte unter 3. Diese Phänomene belegen hinter Vermeidung die oberen Plätze in der Rangreihe.
- Merkmale, welche als relativ feste Persönlichkeitsmerkmale gelten wie **Introversion** oder **Passivität** weisen durchgehend relativ niedrige Mittelwerte auf und erscheinen daher als schwache Erklärungen. Bei der zeilenweisen Ansicht dominieren die Farben blau ( $1-1,99$ ) und violett ( $2-2,99$ ). Diese Phänomene belegen in der Rangreihe untere Plätze.
- **Angst vor etwas** ist bei Erwachsenen etwas höher als bei Kindern. Ausnahme hierbei ist Mutismus und Stottern. Bei Mutismus ist **Angst** das Kardinalsymptom. Es wundert daher nicht, dass es mit  $M = 4,47$  einen sehr hohen Mittelwert zeigt. Bei Stottern ist die **Angst** vor dem Kontrollverlust ebenfalls ein zentrales und altersunabhängiges Element zur Erklärung der pathologischen Dimension dieser Redeunflüssigkeit.
- **Depression** ist bei den zentralen Sprach- und Sprechstörungen Aphasie, Dysarthrie, Schluckstörung und Sprechapraxie hoch. Bei Aphasie und Sprechapraxie liegen ebenfalls hohe Werte bei **SS als Ursache**, so dass die **Depression** höchstwahrscheinlich als eine Folge der Sprachstörung zu interpretieren ist.
- Die Erklärung **Erziehungsfehler** spielt bei Erwachsenen (Aphasie, Dysarthrie, Stimme, Schlucken) keine Rolle.
- **Lustlosigkeit** spielt insgesamt eine eher weniger bis mittelmässige Rolle über alle Störungsbilder hinweg. Eine Ausnahme stellt das Störungsbild LRS ( $M = 4,00$ ) dar. Es belegt den herausragenden Spitzenplatz im Vergleich mit den anderen logopädischen Störungsbildern.
- Die **Sprachstörung als Ursache** hat bei drei Störungsbildern sehr hohe Mittelwerte. Das ist (wie schon erwähnt) die Aphasie ( $M = 4,23$ ) sowie die Sprechapraxie ( $M = 4,60$ ) und ausserdem noch die Verbale Entwicklungsdyspraxie ( $4,46$ ). Ansonsten sind die Farben orange und violett beinahe gleichhäufig zu sehen und es ist daher von einer mittleren Relevanz dieser Erklärung auszugehen.

### Spaltenweise Analyse zu Tabelle 3

Die Spaltenweise Analyse bringt die Konzentration auf das einzelnen Störungsbild. Hierzu werden beispielhaft drei Störungsbilder herausgegriffen.

Die **Sprechapraxie** hat mit sechs Mittelwerten über dem Wert 4 die grösste Häufigkeit von hohen Mittelwerten überhaupt. Es bietet sich bei den drei Erklärungen **Hilflosigkeit** ( $M = 4,30$ ), **Sprachstörung als Ursache** ( $M = 4,60$ ) und **Depression** ( $M = 4,00$ ) an, eine zeitliche Abfolge zwischen diesen drei Erklärungen zu vermuten und den Rückgriff auf das theoretische Modell der kognizierten Kontrolle zu machen: Zunächst war die Sprachstörung mit einem hochgradig unkontrollierbaren Artikulationsdefizit der Auslöser für ein Gefühl der Hilflosigkeit. Wenn diese Hilflosigkeit länger besteht, ist die Gefahr gross, dass sich eine Depression bildet.

Auch der **Mutismus** hat drei sehr hohe Mittelwerte. Da Mutismus als eine Angststörung definiert wird, ist es nicht verwunderlich und hochplausibel, dass die **Angst vor etwas** ( $M = 4,47$ ), die **Unsicherheit** ( $M = 4,21$ ) und die **Vermeidung** ( $M = 4,74$ ) die hohen Mittelwerte haben.

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: .

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

Kommentiert [A65]: Interpretation? Quelle?

Kommentiert [A66R65]: Nein, keine Interpretation, sondern eine Versprachlichung der Auswertung. Das bei Mutismus das Kardinalsymptom Angst ist sollte tatsächlich mit einer Quelle belegt werden

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

Kommentiert [A67]: Ausdruck

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

Bei **Dysarthrie** scheint *Scham* ( $M = 4,00$ ) eine herausragende Rolle zu spielen und könnte im Zusammenhang mit anderen sozial-emotionalen Schwierigkeiten als eine Erklärung für die ebenfalls eher starke Tendenz zur Depression ( $M = 3,91$ ) gelten.

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Nicht Kursiv

hat gelöscht: ,

#### 4.5 Umgangsweisen

**Frage 5:** Wie gehen Sprachtherapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigem Verhalten ihrer Klienten um, welches sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zeigt?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Umgangsweisen angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen der Voruntersuchung genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= nicht relevant) bis 5 (= sehr relevant) für ihre gedanklich vorgestellten Fälle einschätzen.

Die Darstellung der Mittelwerte erfolgt pro Störungsbild wieder in Form einer Kreuztabelle (vgl. Tabelle 4). Auch hier dient die Relevanz über alle Störungsbilder hinweg in Form eines Gesamtmittelwertes (ganz recht Spalte) zur Bildung einer absteigenden Rangreihe der Umgangsweisen.

hat gelöscht: .



	Alle Störungsbilder																
Umgangsweisen mit sozial- emotional schwierigem Verhalten	Stat Kenn	SES	SES & Mehrsprachig	LRS	SEB	VED	MFS	Dysarthrie	Sprechpraxie	Aussprache	Stottern	Mutismus	Aphasien	Schlucken	Stimme	Gesamtmittelwert	
	N	244	36	27	22	28	19	11	10	60	19	20	38	17	17	568	
Empathisch sein	M	4,43	4,42	4,54	4,65	4,68	4,26	4,55	4,60	4,44	4,63	4,67	4,69	4,76	4,75	4,58	
Interessen des Klienten	M	4,37	4,31	4,29	4,48	4,54	4,21	4,00	3,30	3,97	4,74	4,78	4,39	4,24	4,13	4,27	
Verständnis zeigen	M	3,84	3,53	4,33	4,00	4,32	4,06	4,45	4,50	3,84	3,89	4,11	4,44	4,65	4,44	4,17	
Loben	M	4,22	4,28	4,43	4,41	4,61	4,21	3,45	3,80	4,12	4,26	4,11	4,03	3,65	4,19	4,13	
Gespräch führen	M	3,47	3,33	4,21	3,45	3,81	3,79	4,27	4,10	3,63	4,32	3,47	4,19	4,47	4,19	3,91	
Schwierigkeit anpassen	M	4,11	4,11	4,25	4,48	4,32	3,68	3,91	3,70	3,69	3,63	3,72	4,11	3,47	3,31	3,89	
Emotionen benennen	M	3,75	3,61	4,04	4,25	3,85	3,53	3,27	3,80	3,72	4,11	4,17	4,06	4,18	3,94	3,88	
Humor einsetzen	M	3,81	3,72	4,00	3,95	4,27	3,95	3,36	3,60	3,66	4,05	4,39	3,92	3,76	3,69	3,87	
Belohnen	M	4,06	4,19	4,08	4,41	3,59	4,16	2,82	3,50	3,91	3,89	4,06	3,50	3,18	3,44	3,77	
Wahlmöglichkeiten anbieten	M	3,55	3,54	3,75	3,76	4,07	3,47	2,73	3,00	3,29	4,11	4,00	3,44	3,71	3,27	3,55	
Zeit geben	M	3,43	3,40	3,17	3,70	4,00	3,42	3,27	3,80	3,23	3,32	4,06	3,89	3,29	3,25	3,52	
Interdiszi. Zusammenarbeit	M	3,58	3,72	3,33	4,14	3,71	2,84	3,73	3,20	2,86	3,16	3,67	3,50	4,00	2,69	3,44	
spielerisches Element	M	4,15	4,00	3,61	4,24	4,56	3,79	1,45	2,50	3,88	3,89	4,61	2,66	1,82	2,40	3,40	
Bezugspersonenarbeit	M	3,61	3,74	3,05	3,90	3,80	3,29	2,91	3,50	3,37	4,17	4,22	2,79	3,35	1,94	3,40	
Auftragsklärung	M	3,06	3,15	3,71	3,59	2,81	2,83	3,27	3,11	2,85	4,00	3,72	3,37	4,18	3,63	3,38	
Kreative Elemente einsetzen	M	3,74	3,94	3,22	3,85	4,16	3,05	2,00	2,40	3,57	3,50	4,50	2,92	2,41	3,13	3,31	
Regeln einführen	M	3,74	3,51	3,96	3,62	3,81	3,79	2,09	1,44	3,76	3,63	2,89	2,09	3,06	2,31	3,12	
Grenzen setzen	M	3,73	3,46	4,00	3,64	3,63	3,47	2,00	1,78	3,69	3,37	2,72	2,06	2,65	2,19	3,03	
Trösten	M	3,09	3,03	2,78	2,85	3,35	3,00	2,27	3,70	3,00	2,35	2,44	3,25	3,35	2,94	2,96	
Visualisierung	M	3,10	3,26	2,96	3,71	3,04	3,00	1,70	2,50	3,00	3,06	2,78	2,53	2,38	3,06	2,86	
Dampf ablassen	M	2,84	2,69	2,86	2,84	3,35	2,05	2,45	2,71	2,64	3,05	2,50	3,03	3,59	3,14	2,84	
Coaching / Supervision	M	3,00	2,94	2,59	3,74	3,24	2,50	2,27	2,40	2,54	2,89	3,06	2,79	2,75	2,69	2,81	
verschiedene Sichtweisen	M	2,25	2,27	3,08	2,70	2,44	2,11	2,73	3,33	2,38	3,17	3,24	3,46	2,93	3,06	2,80	
Entspannungsverfahren	M	2,43	2,61	2,58	2,79	2,38	2,68	3,27	2,90	2,33	2,68	2,22	2,58	3,65	3,50	2,76	
Negative Konsequenzen	M	2,69	2,57	3,21	2,76	2,19	2,63	2,27	1,40	2,51	2,95	2,11	2,19	2,82	2,50	2,49	
Verhalten spiegeln	M	2,55	2,44	2,96	3,00	2,22	1,94	2,91	1,90	2,29	2,94	2,28	2,25	2,35	2,63	2,48	
Auszeit geben	M	2,72	2,56	2,09	2,85	2,85	2,68	2,18	2,80	2,50	2,21	1,94	2,52	2,24	2,31	2,46	
Therapievertrag	M	2,21	2,16	3,08	2,10	2,42	2,26	1,73	1,60	2,43	3,58	2,83	2,20	2,53	2,44	2,40	
Reizarme Umgebung schaffen	M	2,93	3,06	2,54	3,09	2,71	3,00	1,64	1,90	2,63	2,47	1,56	2,17	1,88	1,50	2,36	
Ablenken	M	2,57	2,37	2,04	3,24	2,48	2,47	1,73	2,70	2,41	2,21	2,28	2,03	2,06	2,00	2,33	
Massregeln	M	2,57	2,53	2,48	2,73	2,26	2,58	1,91	1,33	2,35	2,28	1,44	1,53	1,53	1,60	2,08	
Bücher nutzen	M	2,29	2,77	1,83	2,30	2,00	2,18	1,09	1,33	1,98	2,37	3,24	1,86	1,94	1,88	2,08	
Gruppensetting nutzen	M	1,92	1,83	1,92	1,90	1,59	2,06	1,55	1,22	1,49	2,72	2,53	1,67	1,41	1,31	1,79	
Ignorieren	M	1,94	1,86	2,09	2,20	1,81	1,84	1,73	1,60	1,71	1,79	1,78	1,44	1,29	1,19	1,73	
Metaphorik nutzen	M	1,69	1,40	1,67	1,67	2,00	1,56	1,27	1,40	1,68	1,76	2,00	1,63	1,41	1,81	1,64	
Festhalten	M	1,50	1,52	1,21	1,55	1,46	1,63	1,30	1,43	1,33	1,11	1,06	1,17	2,24	1,25	1,44	
lauter werden	M	1,67	1,69	1,29	1,68	1,38	1,68	1,18	1,30	1,39	1,44	1,22	1,14	1,29	1,13	1,44	
Drohen	M	1,45	1,56	1,46	1,76	1,23	1,58	1,10	1,00	1,29	1,16	1,17	1,03	1,18	1,00	1,44	
Zwang ausüben	M	1,32	1,29	1,45	1,40	1,12	1,42	1,00	1,00	1,14	1,11	1,17	1,00	1,12	1,00	1,44	

Tab. 4: Mittelwerte (*M*) der Skala 1 bis 5 der eingeschätzten Umgangsweisen pro Störungsbild bei *N* = 568 Fällen (auch hier fließen einige Fälle in die Auswertung doppelt ein und zwar dort, wo pro Fall mehr als ein Störungsbild genannt wurde)  
SES = SprachEntwicklungsStörung; LRS = LeseRechtschreibStörung; SEB = SprachEntwicklungsBehinderung; VED = VerbaleEntwicklungsDyspraxie; MFS = MyoFunktionelleStörung

#### Zellenweise Analyse zu Tabelle 4

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A68]: wie wird die VED von Sprechapraxie abgegrenzt?

Kommentiert [A69R68]: Das gelingt aus meiner Perspektive nicht völlig. Sprechapraxie und VED habe keine kategoriale hohe Trennschärfe. Allerdings wird VED eher im Kindersprachbereich und Sprechapraxie eher im neurologischen Bereich der erworbenen Sprechstörungen benutzt. Meine subjektives Fachbegriffsverständnis ist aber nicht so wichtig. Die beiden Begriffe wurden von den Logopädinnen genannt und daher aufgenommen.

Jeder Mittelwert kann auch hier in Bezug zur angelegten Skala interpretiert werden und den qualitativen Bezeichnungen der Zahlen von 1 bis 5 zugeordnet werden wobei 1 = nicht relevant, 2 = etwas relevant, 3 = mittel relevant, 4 = ziemlich relevant und 5 = sehr relevant bedeuten.

#### Zeilenweise Analyse zu Tabelle 4

Die zeilenweise Analyse betrifft die Störungsbildabhängigkeit bzw. -unabhängigkeit der Erklärungen, die im Folgenden wieder beispielhaft angeboten wird:

##### Störungsbildunabhängige Umgangsweisen

Es zeigen sich die sozial-erwünschten Umgangsweisen eines pädagogisch-therapeutischen Berufes ganz oben in der Rangreihe. In diesen Zeilen dominiert die Farbe **Rot** bei **Empathisch sein** und **Verständnis zeigen**. Demgegenüber stehen die für einen therapeutischen Beruf sozial unerwünschten Umgangsweisen wie **Zwang ausüben** und **Drohen** ganz unten auf der Rangliste und haben Mittelwerte nahe bei 1. In den Zeilen erscheint die Farbe **Blau** durchgehend.

hat gelöscht: rot

hat gelöscht: blau

##### Störungsbildabhängige Umgangsweisen

Interessanter sind die mittleren Rangreihen mit einer höheren Varianz zwischen den Mittelwerten und somit einer störungsbildabhängigen Bedeutung der Umgangsweisen. Es werden z.B. *Kreative Elemente* bei Mutismus ( $M = 4,50$ ) und bei VED ( $M = 4,16$ ) offensichtlich als sehr relevant eingeschätzt, während es bei den Zentralen Sprach- und Sprechstörungen Schlucken ( $M = 2,41$ ), Sprechapraxie ( $M = 2,40$ ) und Dysarthrie ( $M = 2,00$ ) eine eher untergeordnete Rolle spielt. Insgesamt setzen Logopädinnen bei den kindersprachlichen Störungsbildern SES ( $M = 3,74$ ), SES & Mehrsprachigkeit ( $M = 3,94$ ), Aussprache ( $M = 3,57$ ), SEB ( $M = 3,85$ ) und auch bei Stottern ( $M = 3,50$ ) die *kreativen Elemente* eher gehäuft ein. Für einen eher mittelmäßig häufigen Einsatz sprechen die Mittelwerte bei Aphasie ( $M = 2,92$ ), LRS ( $M = 3,22$ ), MFS ( $M = 3,05$ ) und bei Stimmstörungen ( $M = 3,13$ ).

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: M=

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

#### Spaltenweise Analyse zu Tabelle 4

Die spaltenweise Analyse bringt die Konzentration auf das einzelnen Störungsbild bzw. den Vergleich zwischen den Störungsbildern. Hierzu wird beispielhaft die Häufigkeit der hohen Mittelwerte pro Störungsbild verglichen. Hier ragt der **Mutismus** mit 12 Mittelwerten über 4 heraus, was für eine hohe Relevanz und einen hohen Bedarf an Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten dieses Störungsbildes spricht. Dagegen spricht für eine eher geringe Relevanz von Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten die Anzahl von lediglich zwei Mittelwerten über 4 beim Störungsbild **Aussprache**.

##### 4.5.1. Reaktionen und eigene Betroffenheit der Logopädinnen

**Frage 5.1:** Welche Reaktionen werden durch den Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihres Klientels bei den Logopädinnen selbst ausgelöst?

Diese Frage zielt auf die Selbstreflexion der Logopädinnen zur eigenen Betroffenheit ab. Sie wurden im Fragebogen im Zusammenhang mit dem imaginierten Klienten gefragt *Was hat das sozial-emotional schwierige Verhalten bei Ihnen ausgelöst?*

Es waren wieder Items vorgegeben, welche von den Logopädinnen der Einzelinterviews und den Gruppendiskussionen genannt worden waren. Die Einschätzungsskala ging wieder von 1 (=nicht relevant) bis 5 (=sehr relevant).

Tab. 5 zeigt die Mittelwerte (M) samt Standardabweichungen (SD) der ausgelösten Reaktionen bzw. Betroffenheit in absteigender Wertigkeit.

Reaktion bzw. Betroffenheit der Logopädinnen bei $N = 437$ Fällen	$M$	$SD$	Zusammenhang mit Berufserfahrung	
			Spearman rho	p-Wert
Empathie	4,15	0,83	0	0,945
Ansporn, das Problem zu lösen	3,97	0,86	0	0,971
Zuversicht	3,5	0,95	0,14	0,005
Gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende	3,1	1,20	-0,07	0,201
Mitleid	2,9	1,22	-0,13	0,01
Hilflosigkeit	2,88	1,06	-0,17	0,001
Unsicherheit	2,67	1,06	-0,23	<0,001
Erstaunen	2,57	1,04	0,04	0,399
Genervt sein	2,51	1,13	0,04	0,443
Zweifel an eigener Kompetenz	2,49	1,07	-0,07	0,157
Spontaner Handlungsimpuls (z.B. Klient in Arm nehmen)	2,45	1,14	0,04	0,383
Ärger	2,39	1,15	0,04	0,417
Freude	2,23	1,32	0,09	0,08
Traurigkeit	2,03	1,03	-0,04	0,38
Impuls, Klient abzugeben	1,84	1,07	0,01	0,835
Aggression	1,56	0,86	0,16	0,399

**Tabelle 5:** Mittelwerte ( $M$ ) samt Standardabweichungen ( $SD$ ) bei einer Skala von 1 bis 5 der ausgelösten Reaktionen bzw. Begrifflichkeiten der eigenen Betroffenheit von Logopädinnen im Zusammenhang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ihrer Klienten bei  $N = 479$  Fällen in absteigender Relevanz von oben nach unten. Der Zusammenhang mit der Berufserfahrung, welche in den beiden letzten Spalten dargestellt ist, wird später unter 4.5.5.7 näher erläutert.

#### 4.5.2. Wirksamkeitsempfinden

**Frage 5.2:** Als wie wirksam schätzen Logopädinnen ihre Umgangsweisen ein?

Da die subjektive Einschätzung von der eigenen Wirksamkeit besser interpretiert werden kann, wenn sie in Relation zu etwas steht, wurden die Logopädinnen im Fragebogen gebeten, die Wirksamkeit der von Ihnen praktizierten Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit der subjektiv empfundenen Wirksamkeit ihrer sprachtherapeutischen Massnahmen einzuschätzen.

Das Item mit einer 7-stufigen Skala zur Einschätzung lautete wie folgt:

*Im Vergleich mit dem Effekt meiner sprachtherapeutischen Interventionen sind die Effekte meiner Umgangsweisen mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten ...*

1=sehr viel geringer / 2= kleiner / 3= geringfügig kleiner / 4= gleichgroß / 5= geringfügig grösser / 6= grösser / 7= sehr viel grösser

Abb. 8 zeigt die Verteilung der Antworten von  $N = 210$  Logopädinnen als Balkendiagramm.

hat formatiert ... [3]

hat formatiert ... [2]

Kommentiert [A70]: Signifikanzen kennzeichnen

hat formatiert ... [4]

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

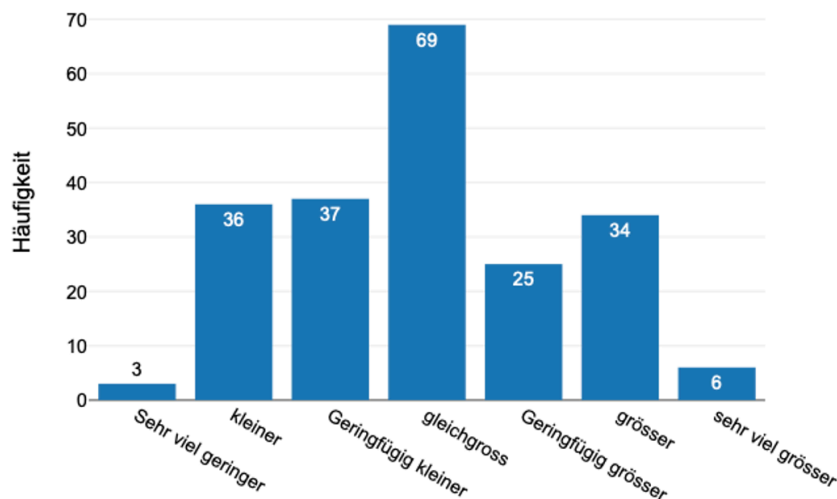


Abb. 8: Verteilung der Häufigkeiten auf einer 7-stufigen Skala der subjektiv empfundenen Wirksamkeit der Umgangsweisen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit der subjektiv empfundenen Wirksamkeit der sprachtherapeutischen Maßnahmen

Der Mittelwert dieser Verteilung liegt bei  $M = 3.97$ , die Standardabweichung bei  $M = 1.42$ . Da bei der 7-stufigen Skala der cut-off-Wert bei 4 liegt, kann man sagen, dass die Logopädinnen ihre Wirksamkeit im Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Mittel gleich gross einschätzen wie die Wirksamkeit ihrer sprachtherapeutischen Maßnahmen.

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

#### 4.5.3. Nachbardisziplinen und pädagogisch-therapeutische Ansätze

**Frage 5.3:** Welche Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutische Ansätze nennen Logopädinnen, die ihnen beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten hilfreich sind?

Abbildung 9 zeigt die Häufigkeit der Nennungen von Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutischen Ansätzen. Insgesamt wurden  $N = 149$  Nennungen gezählt, wobei von den  $N = 338$  Logopädinnen der Gesamtstichprobe  $N = 108$  eine oder mehrere Disziplinen bzw. Ansätze genannt haben.

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

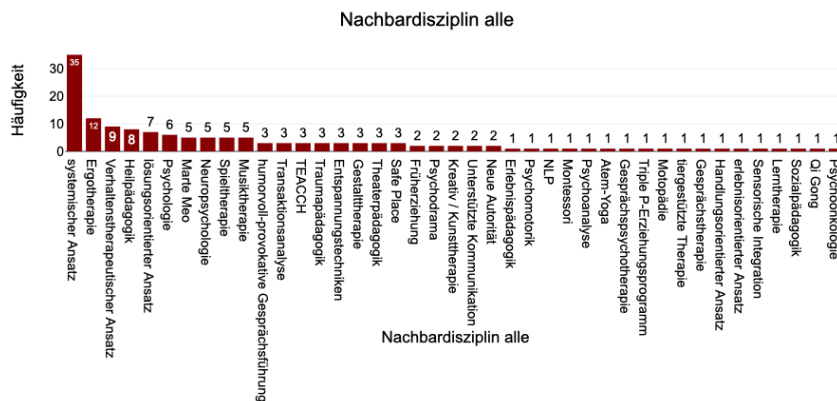


Abbildung 9. Häufigkeiten von Nachbardisziplinen bzw. pädagogisch-therapeutischen Ansätze, welche beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie als hilfreich genannt werden.

hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

#### 4.5.4. Berufliches Selbstverständnis

**Frage 5.4** Welches berufliche Selbstverständnis geht mit dem Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten einher?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde den Logopädinnen Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis angeboten, welche von den Kolleginnen in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen der Voruntersuchung genannt worden waren. Die Teilnehmerinnen am Fragebogen konnten diese auf einer Skala von 1 (= Aussage trifft nicht oder kaum zu) bis 5 (= Aussage trifft absolut oder beinahe absolut zu) einschätzen.

hat gelöscht:

Tabelle 6 zeigt die zu bewertenden Aussagen und die Auswertung durch Mittelwerte in absteigender Reihenfolge hinsichtlich des Zutreffens samt den Standardabweichungen.

hat gelöscht: .

Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis N = 219 Logopädinnen	M	SD	Zusammenhang mit Berufserfahrung	
			Spearman Rho	p-Wert
Mir ist die therapeutische Beziehung zu meinen Klienten wichtig	4,8	0,43	-0,01	0,816
Mir ist das Wohlbefinden meiner Klienten wichtig	4,73	0,46	-0,13	0,017
Mir ist es wichtig, für meine Klienten eine motivierende Atmosphäre zu schaffen	4,58	0,56	-0,04	0,487
Ich finde, dass eine ganzheitliche und eine sprachstörungsspezifische Betrachtungsweise sich nicht ausschließen	4,42	0,81	0,16	0,002
Der Mensch, der zu mir in die Therapie kommt, ist mir wichtiger als die Sprachstörung, die er mitbringt.	4,14	0,87	0,1	0,064

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

In meinen Therapiektionen sollen die Klienten Spass haben	4,08	0,7	-0,08	0,127
Ich fühle mich als Anwältin meiner Klienten, auch was eine mögliche sozialemotionale Problematik angeht, welche im Zusammenhang mit dem Sprachproblem existiert	3,68	1,16	0,26	<0,001
Ich erwarte von meinen Klienten, dass sie Motivation zur Zusammenarbeit mitbringen	3,52	0,9	-0,28	<0,001
Ich finde, die sprachstrukturellen Ansätze haben in der Logopädie gegenüber den ganzheitlichen Ansätzen ein Übergewicht	3,14	0,95	-0,14	0,006
Ich bin als Logopädin primär für die Sprache und erst sekundär für die sozial-emotionale Schwierigkeit verantwortlich	2,6	1,07	-0,16	0,003

Tabelle 6: Aussagen von  $N = 219$  Logopädinnen zu ihrem beruflichen Selbstverständnis, welche auf einer Skala von 1 (trifft nicht oder kaum zu) bis 5 (trifft absolut oder beinahe absolut zu) bewertet wurden und so der Grad des Zutreffens der Aussagen durch Mittelwerte abgebildet werden kann. Der zahlenmässig dargestellte Zusammenhang zur Berufserfahrung in den zwei Spalten ganz rechts wird später unter 4.5.5.6. näher erläutert.

#### 4.5.5. Personenspezifische Unterschiede und Zusammenhänge

Frage 5.5: Gibt es personenspezifische Unterschiede bzw. Zusammenhänge bei der Beantwortung der Fragen 5.1 bis 5.4?

##### 4.5.5.1. Unterschied zwischen Logopädinnen mit und ohne Fortbildung bei den Reaktionen

Frage 5.5.1: Gibt es einen Unterschied in den Reaktionen auf die Klienten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?

Diese Frage wurde durch Unterschiedsrechnungen pro Reaktion beantwortet. Dafür wurden zwei Gruppen gebildet. Eine Gruppe (1) bestand aus Logopädinnen, welche andere pädagogisch-therapeutischen Ansätze oder Nachbardisziplinen als hilfreich benannt hatten. Die andere Gruppe (2) bestand aus Personen, die das nicht getan hatten. Für jede Reaktion wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der die Mittelwertsunterschiede zwischen den genannten Gruppen inferenzstatistisch bestimmte.

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse dieser Auswertung.

Kommentiert [A71]: Vorgaben APA, s. oben

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A72]: was hat das mit Fortbildungen zu tun (s. Titel?)

Kommentiert [A73R72]: Solche Logopädinnen, welche eine pädagogisch-therapeutische Ansatz als hilfreich benennen, haben eine Fortbildung zu diesem Ansatz besucht.

Kommentiert [A74]: Warum nichtparametrisch?

Kommentiert [A75R74]: Weil die Reaktionen und die Betroffenheit auf einer Ordinalskala eingeschätzt wurden

hat gelöscht: .

Reaktionen bzw. Betroffenheit auf sozial-emotional Schwierigkeiten der Klienten	Andere pädagogisch- therapeutische Ansätze	N	M	SD	Test- statistiken	<i>p</i> -Werte des U-Tests zweiseitig
Hilflosigkeit	Ja	105	2,79	1,04	U= 5344 Z=-0,28	0,792
	nein	104	2,88	1,11		
Mitleid	ja	104	2,87	1,26	U=5234 Z=-0,29	0,778
	nein	103	2,93	1,27		
Freude	ja	101	2,32	1,33	U=4892 Z=-0,4	0,704
	nein	100	2,26	1,38		
Traurigkeit	ja	102	2	1,11	U=5163 Z=-0,1	0,927
	nein	102	1,93	0,95		
Ärger	ja	103	2,3	1,22	U=4942 Z=-0,77	0,465
	nein	102	2,18	1,21		
Aggression	ja	103	1,61	0,9	U=4718 Z=-1,36	0,252
	nein	101	1,47	0,83		
Erstaunen	ja	103	2,52	1,06	U=5140 Z=-0,03	0,982
	nein	100	2,54	1,07		
Spontaner Impuls (z.B. in Arm nehmen)	ja	102	2,47	1,19	U=5129 Z=-0,05	0,959
	nein	101	2,44	1,12		
Zweifel an eigener Kompetenz	ja	104	2,38	0,98	U=5265 Z=-0,09	0,928
	nein	102	2,41	1,15		
Unsicherheit	ja	105	2,49	1	U=5039 Z=-0,77	0,464
	nein	102	2,6	1,07		
Empathie	ja	103	4,13	0,99	U=4862 Z=-0,98	0,358
	nein	102	4,09	0,78		
Genervt sein	ja	104	2,45	1,27	U=5179 Z=-0,3	0,772
	nein	102	2,38	1,09		
Impuls, Klient abzugeben	ja	103	1,77	0,95	U=5041 Z=-0,55	0,619
	nein	102	1,75	1,07		
Zuversicht	ja	104	3,57	1,03	U=4959 Z=-0,97	0,359
	nein	103	3,48	0,94		

hat gelöscht: w

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Reaktionen bzw. Betroffenheit auf sozial-emotional Schwierigkeiten der Klienten	Andere pädagogisch-therapeutische Ansätze	N	M	SD	Test-statistiken	p-Werte des U-Tests zweiseitig
Gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende	ja	105	2,93	1,13	U=5320	
	nein	102	2,9	1,21	Z=-0,08	0,936
Ansporn, das Problem zu lösen	ja	100	4	0,91	U=4680	
	nein	101	3,86	0,91	Z=-1,15	0,285

Tab. 7: Mittelwertvergleich von Reaktionen auf sozial-emotional schwieriges Verhalten (Bezug ist die Skala von 1 bis 5) zwischen Logopädinnen, welche andere pädagogisch-therapeutische Ansätze oder Nachbardisziplinen als hilfreich benannt haben und Logopädinnen, die das nicht gemacht haben.

Es gibt keinen Unterschied in den einzelnen Reaktionen zwischen den beiden Gruppen. Alle U-Tests sind nicht signifikant und weisen hohe Irrtumswahrscheinlichkeiten aus. Daher wurde auf die Berechnung von Effektstärken verzichtet.

#### 4.5.5.2 Unterschied zwischen Logopädinnen mit und ohne Fortbildung beim Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.2: Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die eine Nachbardisziplin bzw. einen pädagogisch-therapeutischen Ansatz im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als hilfreich nennen und den Logopädinnen, welche keine solche Hilfe nennen?

Für die Beantwortung dieser Frage wurde ein Mann-Whitney-U-Test zwischen den zwei gebildeten Gruppen (vgl. 4.5.5.1) mit der Variablen zur Wirksamkeitseinschätzung (vgl. 4.5.2. und Abb. 8) gerechnet. Das Ergebnis ist in Tab. 8 dargestellt.

	Andere Ansätze	N	M	SD	Test-statistik	p-Wert des U-Tests	Effektstärke (Pearson Korrelation)
<b>Wirksamkeitsempfinden auf einer 7-stufigen Skala bewertet.</b>	ja	208	4,3	1,41	Mann-Whitney U = 15917 Z = -4,93	<0,001	r = 0,24
	nein	210	3,63	1,35			

Tab. 8: Mittelwertsunterschied des subjektiven Wirksamkeitsempfinden (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) zwischen Logopädinnen, die andere pädagogisch-therapeutische Ansätze als hilfreich benannt haben und solchen, die das nicht gemacht haben.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist hochsignifikant ( $p = <0,001$ ). Die Effektgröße beträgt  $r = 0,24$ . Nach Cohen (1988) ist das ein **kleiner** Effekt. Anders ausgedrückt: Es empfinden sich Logopädinnen, welche einen weiteren pädagogischen Ansatz in ihrer logopädischen Arbeit integrieren als etwas wirksamer im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten als Kolleginnen, die keinen weiteren Ansatz einsetzen.

hat gelöscht: w

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A76]: gleiche Frage

hat gelöscht: wert

Kommentiert [A78R77]: Das stimmt. Ich habe so manche formale Vorgabe der APA nicht korrekt beachtet.

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: knapp mittelmäßiger



#### 4.5.5.3. Unterschied zwischen Logopädinnen mit verschiedenen Grundausbildungen beim Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.3: Gibt es einen Unterschied im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten zwischen Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Hochschule absolviert haben und Logopädinnen, die Ihre Grundausbildung an einer Fachschule absolviert haben?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein Mann-Whitney-U-Test zwischen den Logopädinnen mit Hochschulausbildung und den Logopädinnen mit Fachschulausbildung gerechnet. Tab. 9 zeigt das Ergebnis.

	Akademisches Niveau der Grund- ausbildung	N	M	SD	p-Wert des U- Tests
Vergleich <b>Wirksamkeit</b> Umgang mit soz-emo und Wirksamkeit Sprachtherapie auf einer 7-stufigen Skala bewertet.	Fachschule	112	3,94	1,53	0,582
	Hochschule	90	4,03	1,34	

**Tabelle 9:** Mittelwertunterschied der subjektiv empfundenen Wirksamkeit (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) zwischen Logopädinnen mit unterschiedlichem akademischem Niveau ihrer Grundausbildung

Dieser Mittelwertvergleich zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Auf die Berechnung der Effektstärke wurde daher verzichtet.

#### 4.5.5.4. Zusammenhang zwischen Wirksamkeitsempfinden und Berufserfahrung

Frage 5.5.4: Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und der Berufserfahrung von Logopädinnen?

Diese Frage wurde durch eine Korrelationsrechnung mit dem Spearman rho beantwortet. Die Tabelle 10 zeigt das Ergebnis.

N = 203 Logopädinnen	Spearman rho	p-wert (2-seitig)
<b>Korrelation zwischen Berufserfahrung und Wirksamkeitsempfinden beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten</b>	0,21	<0,001

**Tabelle 10:** Zusammenhang zwischen Berufserfahrung in Jahren und Wirksamkeitsempfinden (Skala von 1-7) von Logopädinnen bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten

Der hochsignifikante Zusammenhang ist gering ( $\rho = 0,21$ ). Es besteht folgende Tendenz: Je größer die Berufserfahrung desto höher das Wirksamkeitsempfinden im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten.

#### 4.5.5.5 Zusammenhang zwischen Arbeitskontext und Wirksamkeitsempfinden

Frage 5.5.5: Gibt es einen Zusammenhang im Empfinden der Wirksamkeit beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten und dem Arbeitskontext von Logopädinnen?

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

Kommentiert [A79]: Beschriftung oben

hat gelöscht: .

hat gelöscht: h

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: ,

Kommentiert [A80]: s. oben

hat gelöscht: .

hat gelöscht: :

hat gelöscht: ss

Um diese Frage zu beantworten, wurde der **Kruskal-Wallis-Test** gerechnet. Die unterschiedlichen Arbeitskontexte wurden als Gruppen betrachtet. Das Ergebnis wird in Tab. 11 dargestellt.

Wirksamkeitsempfinden					
Arbeitskontexte	N	M	SD	Mittlerer Rang	p-Wert des Kruskal Wallis
Praxis	97	3,87	1,57	84,92	0,643
Schule	26	3,81	1,5	83,6	
Sonderschule	14	4,21	1,25	97,46	
Ausbildung	22	4,23	1,41	96,39	
Klinik	17	4,29	1,45	98,85	
Total	176	3,97	1,5		

**Tabelle 11:** Mittelwertunterschiede der subjektiv empfundenen Wirksamkeit (Bezug ist eine siebenstufige Skala von 1 bis 7) in Abhängigkeit vom Arbeitskontext.

Der *p*-Wert von 0,643 sagt aus, dass es keinen **signifikanten Unterschied** zwischen den Gruppen der Arbeitskontexte gibt. Auch die paarweise Berechnung von Gruppenunterschieden mit dem Dunn-Test ergab keine signifikanten Unterschiede. Auf eine Darstellung dieser Statistik wird daher verzichtet, ebenso auf die Berechnung der Effektstärken.

#### 4.5.5.6. Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und beruflichem Selbstverständnis

Frage 5.5.6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Logopädinnen und ihrem beruflichen Selbstverständnis beim Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten?

Die einzelnen Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis (vgl. Tab. 6) wurden mit der Berufserfahrung mittels Spearman Rho korreliert. In der Tab. 6 sind die Ergebnisse aufgeführt. Von den insgesamt zehn Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis stehen sechs in einem signifikanten Zusammenhang mit der Berufserfahrung. Alle Zusammenhänge sind gering ( $\rho$  zwischen 0,1 und 0,3). Die beiden Aussagen mit dem höchsten Zusammenhang zur Berufserfahrung seien an dieser Stelle hervorgehoben. Es bestehen folgende Tendenzen:

Je größer die Berufserfahrung desto geringer ist die Erwartung an die Motivation des Klienten ( $\rho = -0,28$  mit  $p = <0,0001$ ).

Je grösser die Berufserfahrung desto mehr fühlen sich die Logopädinnen als Anwältin ihrer Klientinnen ( $\rho = 0,26$  mit  $p = <0,0001$ )

#### 4.5.5.7. Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Reaktionen der Logopädinnen

Frage 5.5.7: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung von Logopädinnen und ihren Reaktionen auf das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten?

Kommentiert [A81]: warum?

hat gelöscht: w

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

Kommentiert [A82]: s. oben

hat gelöscht: .

Kommentiert [A83]: Zusammenhangshypothese?

Kommentiert [A84R83]: Eher eine Unterschiedshypothese, deshalb wurde auch der Kruskal Wallis gerechnet.

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: systematischen

hat formatiert: Schriftart: Kursiv

hat gelöscht: ss

Die einzelnen Reaktionen wurden in Tabelle 7 aufgeführt. Dort ist die Tabelle auch mit den Korrelationswerten bestückt, die den Zusammenhang zwischen den einzelnen Reaktionen und der Berufserfahrung ausdrückt. Insgesamt gibt es keine oder nur schwache Zusammenhänge. Davon sind nur wenige signifikant. Auch für die Reaktion **Unsicherheit** mit dem höchsten Korrelationswert von -0,27 gilt nach Cohen (1988) ein geringer Zusammenhang mit der Berufserfahrung. In Worten ausgedrückt besteht folgende Tendenz für diese Korrelation: Je größer die Berufserfahrung der Logopädinnen ist, desto weniger verunsichert sie das sozial-emotional schwierige Verhalten ihrer Klienten.

hat gelöscht: .

hat gelöscht: ,

hat gelöscht: noch

hat gelöscht: ss

## 5. Diskussion

Bei der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse muss man die induktive Grundlage der Daten vor Augen haben. Was abgebildet wird, ist die Wahrnehmung der Logopädinnen. Auffällig ist, dass bei der Gewichtung der Erklärungen für sozial-emotionale Schwierigkeiten die anlagebezogenen Faktoren wenig Relevanz haben. Solche als relativ feste Persönlichkeitsmerkmale bekannten Faktoren wie «Introversion» oder «Ängstlichkeit» werden in der Erklärung von den sozial-emotionalen Schwierigkeiten schwach gewichtet (vgl. Tabelle 3). So etwas wie «Temperament» oder «Charakter», welches prototypische Konstrukte einer trait-basierten Erklärung für Verhalten sind, standen allerdings im Fragebogen auch gar nicht zur Auswahl. Sie waren bei den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen nicht aufgetaucht und damit bei der daraus abgeleiteten Konstruktion des Fragebogens nicht aufgenommen worden.

hat gelöscht: .

Der Umgang der Logopädinnen mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten ist ebenfalls nur als Konstrukt bzw. in Abhängigkeit der Wahrnehmung von Logopädinnen zu interpretieren. Was tatsächlich passiert, kann man mit einer Befragung nicht unmittelbar erkennen. Die Rekonstruktion des Geschehens mittels Befragung ist insofern indirekt und insbesondere nicht objektiv. Durch die Befragung vieler Logopädinnen erfährt die Subjektivität der Logopädinnen aber eine Unabhängigkeit von der einzelnen Fachperson und damit eine gewisse Objektivierung. Die Bildung von Mittelwerten drücken diese Unabhängigkeit und Form von Objektivität aus. Die Ergebnisse sprechen insofern für sich, wenn man Mittelwerte einer Skala, Prozentzahlen und Häufigkeiten als Gewichtung und im Vergleich untereinander interpretiert. Dies geschah im Ergebnisteil des vorliegenden Artikels. Hier noch einige weiterführende Schlussfolgerungen:

Die Vermeidung scheint nicht nur beim Phänomen Stottern ein herausragendes Problem zu sein, sondern besitzt bei den anderen logopädischen Handlungsbereichen offensichtlich ebenfalls einen hohen, problematischen Stellenwert (vgl. Abb.5, Abb.6, Abb. 7 und Tab. 3). Wenn das so ist, sollten Strategien in die logopädischen Therapie Einzug finden, um das Problem der Vermeidung anzugehen. Eventuell können Prinzipien aus der Nicht-Vermeidungs-Therapie des Stotterns auch für andere logopädischen Handlungsfelder gewinnbringend sein.

Innerhalb der Sprachheilpädagogik bzw. -therapie können die Ergebnisse zu weiteren Diskussionen führen. Lütke (2012) sieht in der Verbindung von Emotion und Sprache ein Axiom in der Sprachtherapiedidaktik und betrachtet dabei die Funktion der Kleingruppe im therapeutischen Setting als fundamental. Der Umgangsweise „Gruppenarbeit“ bei sozial-emotionalen Schwierigkeiten wird aber in der Logopädie nur wenig Beachtung geschenkt (vgl. Tab. 4). Welche Rahmenbedingungen braucht es, um die in der Sprachheilpädagogik geforderte und in der Psychotherapie vorgeschlagene Kleingruppenbildung (z.B. Petermann & Petermann, 2015) auch in der Logopädie zu etablieren?

Man kann noch weitere Umgangsweisen entdecken, die in der Pädagogik von Verhaltensauffälligkeiten (Fröhlich-Gildhoff, 2018) einen wichtigen Stellenwert haben, in der logopädischen Therapie aber eher unterrepräsentiert sind. Das ist z.B. der Einsatz sachgerechter Bücher und Materialien (vgl. Tabelle 4), welche sozial-emotionale Schwierigkeiten thematisieren. Der Einsatz von solchen Materialien könnte relativ schnell und einfach umgesetzt werden, denn solche Bücher gibt es leicht zugänglich auf dem Büchermarkt (z.B. Mathys, 2021; Botved, Gräßer & Hovermann, 2016; Manske & Löffel,

hat gelöscht: .

2018). Etwas schwerer zugänglich sind Materialien aus einschlägigen Programmen zur Förderung der Emotionsregulation (z.B. Petermann & Petermann, 2016; Heinrichs, Lohaus & Maxwell, 2017; Denk-Wege, 2022). Solche Materialien und die dort beschriebenen Vorgehensweisen haben ihren Nutzen i.d.R. durch eine empirische Überprüfung unter Beweis gestellt und gelten daher als evidenzbasiert. Sie könnten eventuell auch für die logopädische Therapie in adaptierter Form einen Nutzen haben.

hat formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Der hochgewichtete Faktor „therapeutische Beziehung“ (vgl. Tabelle 6) im Selbstverständnis der Logopädinnen findet in der aktuellen Diskussion (z.B. Hansen & Grohnfeldt, 2021) seine Entsprechung. Diese Diskussion und der damit einhergehende Professionalisierungsversuch in der Beziehungsgestaltung entspricht der berufsbezogenen Einstellung vieler Logopädinnen, wenn es um den Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der logopädischen Arbeit geht.

hat gelöscht: .

Einige wenige deduktive Interpretationen wurden ebenfalls im Zuge der Ergebnisdarstellung angeboten. Diese wurden auf Grundlage der im Theorieteil dargestellten Theorien vorgenommen. So wurde an einer Stelle die Theorie der erlernten Hilflosigkeit aus der Theoriegruppe der kognitiven Kontrolle benutzt, um das Entstehen von Depression bei den zentralen Sprach- und Sprechstörungen zu erklären (vgl. die spaltenweise Analyse der Tab. 3). Man kann die favorisierten Umgangsweisen der Logopädinnen mit den Handlungsvorschlägen aus der Emotionsregulationstherapie (z.B. Lammers, 2015 oder Eckert et.al., 2019) vergleichen und Gemeinsamkeiten feststellen: Im Gespräch (vgl. Tabelle 4) *Emotionen benennen* (ebenfalls Tabelle 4) sind z.B. wichtige Strategien in dieser Therapieform. Darüber hinaus könnte man auch Theorien aus der Soziologie oder die Genderperspektive anlegen, um die Daten zu interpretieren (Becker & Kortendiek, 2010).

hat gelöscht: .

hat gelöscht: .

hat formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

hat formatiert: Schriftart: 11 Pt.

Hierzu folgendes Beispiel: Ist die Ablehnung von Aggression (vgl. Tab. 5) eine geschlechtsspezifisch weibliche Reaktion und das manchmalige Sich-Zugestehen von Hilflosigkeit und Unsicherheit (vgl. ebenfalls Tab. 5) ebenfalls eine typisch weibliche Form der Selbstreflexion? Interpretiert man die Ergebnisse für *Hilflosigkeit* und *Unsicherheit* aus Perspektive der Gefahr eines Burn-out für helfende Berufe (Senders & Senders, 2013), stimmen deren Mittelwerte nahe des cut-off Wertes von 3 bei der fünfstufigen Skala nachdenklich. Dazu gehört auch der relativ hohe Wert für *gedankliche Beschäftigung nach Arbeitsende*, da die *Rumination von Gedanken* ebenfalls als Merkmal für Burn-out gilt. Die ab 4.5.1 gerechneten personenspezifische Unterschiede (z.B. Nutzung von anderen pädagogisch-therapeutischen Ansätzen bzw. Zusammenhänge (Berufserfahrung und Wirksamkeitsempfinden) sind oft nicht signifikant oder wenn signifikant, dann ihrer Effektstärke gering bis mittelmäßig. Trotzdem sind Tendenzen deutlich sichtbar. So steht die Berufserfahrung und der Einsatz von anderen therapeutischen Ansätzen in einem Zusammenhang mit dem Wirksamkeitsempfinden von Logopädinnen, wenn es um das Management von sozial-emotionalen Schwierigkeiten in deren Berufsalltag geht. Die hier beispielhaft angeregten Diskussionen können auch relevant für die Gestaltung von Ausbildung sein oder für die berufspolitische Diskussion von Zuständigkeit in der Logopädie. Logopädinnen schreiben im Mittel über 40% ihrer Klientel das Etikett «mit sozial-emotionaler Schwierigkeit behaftet» zu (vgl. Abb. 1). Wenn man diese Zahl als hoch betrachtet, ruft das nach einer erhöhten Beachtung des Phänomens in der Grundausbildung. Dafür spricht auch, dass sich ca. ein Drittel der Logopädinnen (108 von 338, vgl. 4.5.3. und Abb. 9) aus der Gesamtstichprobe Zusatzqualifikationen holen, um den Anforderungen im sozial-emotionalen Bereich gerecht zu werden. Der subjektiv wahrgenommene Erfolg spricht für diese Weiterqualifizierung, denn diese Logopädinnen empfinden sich als wirksamer im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten im Vergleich mit den Kolleginnen, die keine weitere Qualifikation angeben (vgl. 4.5.5.2 und Tab. 8).

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: s

hat gelöscht: s

Die hier vorgestellten Diskussionspunkte sind als Anregung zu betrachten. Es gibt noch viele weitere Möglichkeiten, die Ergebnisse der Befragung mit den unterschiedlichsten theoretischen Perspektiven zu interpretieren und Schlussfolgerungen zu ziehen.

## 5.1 Abschließende Methodenkritik

hat gelöscht: ss

#### 5.1.1. Datenerhebung:

Der Fragebogen ist sehr ausführlich. Das hat wahrscheinlich zu der relativ hohen Abbruchquote von fast 40% geführt und dazu, dass Teilnehmerinnen den Fragebogen nur teilweise bearbeitet haben. Ein technisches Problem des Datenerhebungstool hat wahrscheinlich ebenfalls zu unvollständigen Datensätzen geführt: Die Umfrage konnte nach einer halbstündigen Pause nicht weitergeführt werden, sondern musste wieder neu gestartet werden.

Die Stichprobe ist selektiv. Es haben nur Logopädinnen mitgemacht, die motiviert waren, den Fragebogen auszufüllen und die dem Thema wahrscheinlich eine gewisse Bedeutung zuschreiben. Die Selektivität beeinträchtigt die Verallgemeinerungswürdigkeit der Ergebnisse.

#### 5.1.2 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der qualitativen Daten (= Antworten auf offene Fragen) zu einheitlichen Begrifflichkeiten, welche dann zur skalierten Einschätzung benutzt wurden, ist diskussionswürdig. Hierzu zwei Beispiele: Es wurde z.B. «Artikulationsstörung» und «phonologische Störung» zu «Aussprache» zusammengefasst oder der Begriff «Verweigerung» wurde bei der Zählung von Häufigkeiten der Erklärungen dem Begriff «Vermeidung» untergeordnet und nicht gesondert aufgeführt. Die Reduktion des reichhaltigen qualitativen Materials führte also schon in der Phase der Datenaufbereitung aus Gründen der Auswertungseffizienz zu einer Einschränkung der sachlich-inhaltlichen Differenziertheit.

Bei der Nennung vom Störungsbild der imaginierten Fälle wurden bei Mehrfachnennungen diese im Datensatz belassen. Einige Fälle sind also durch die Mehrfachnennung höher gewichtet als andere und die analytische Trennung zwischen den Störungsbildern ist nicht vollkommen unabhängig voneinander. So sind beispielsweise viele Fälle unter «Aussprache» auch Teil der Kategorie «SES» und einige Fälle der Kategorie «Sprechapraxie» finden sich auch unter «Aphasie».

#### 5.1.3 Datenauswertung

Die geringen Fallzahlen bei einigen Störungsbildern sind problematisch. Ist die Grenze von mindestens zehn Fällen angemessen?

Bei der Berechnung des Mittelwertsunterschied im Wirksamkeitsempfinden zwischen Logopädinnen mit vs. ohne Nutzung eines zusätzlichen pädagogischen Ansatzes (siehe unter 4.5.5.2) musste auf Grundlage der Fälle gerechnet werden. Da einige Logopädinnen mehr als nur einen Fall einbrachten, sind diese Logopädinnen in ihrem Wirksamkeitsempfinden höher gewichtet als Logopädinnen, die nur einen Fall einbrachten. Man darf aber davon ausgehen, dass sich dieser Störeffekt zwischen den beiden Gruppen nivelliert und daher keine Auswirkung auf die Berechnung der Signifikanz oder der Effektgrösse hatte.

Eigentlich wären Poweranalysen zur Findung optimaler Stichprobengrösse für die Inferenzstatistik wünschenswert. Die notwendige Schätzung der Effektstärken war aber nicht möglich, weil keine ähnlichen Studien bekannt sind. Die Berechnung des vermeintlich optimalen Stichprobenumfangs mit den berechneten Effektstärken im Nachhinein zeigte, dass die meisten Teilstichproben zu groß waren, die Irrtumswahrscheinlichkeiten also als zu klein eingeschätzt wurden. Relevant ist das für die vorliegenden Daten bei der Zusammenhangsberechnung «Wirksamkeit mit Berufserfahrung», (vgl. Tab. 10), der Zusammenhangsberechnung einzelner «Aussagen des Selbstverständnisses mit Berufserfahrung» (vgl. Tab. 6) und der Zusammenhangsberechnung einzelner «Reaktionen der Logopädinnen mit Berufserfahrung» (vgl. Tab. 5). Außerdem wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit bei der Unterschiedsberechnung zwischen den Nutzern und Nicht-Nutzern von alternativen therapeutischen Ansätzen und der abhängigen Variablen «Wirksamkeitsempfindung» unterschätzt (vgl. Tab. 8). Die Irrtumswahrscheinlichkeiten sind bei diesen Berechnungen aber so klein (meist  $<0,001$ ), dass man davon ausgehen darf, dass auch bei kleineren Stichproben die kritische Signifikanzgrenze von 0,05 unterschritten

hat gelöscht: 10

hat gelöscht: ss

hat gelöscht: ss

worden wäre. Ausserdem sind die von der Stichprobengrösse unabhängigen Effektstärken das wichtigere statistische Maß.

## Literaturverzeichnis

- Auszra, L., Hermann, I.R. & Greenberg, L.S. (2017). Emotionsfokussierte Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, R. & Kortendiek, B. (2010) (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung – Theorie, Methoden, Empirie*. 3. Auflage., Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaft.
- Böcker, J. (2018). Emotionsfokussierte Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Botved, A., Gräßer, M & Hovermann, E. (2016). *Gefühle benennen mit Kindern und Jugendlichen*. Kartenset. Weinheim: Beltz.
- Brandstätter, V., Schüller, J. Puca, R.M. & Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Denk-Wege. (2022). *Denk-Wege: Programm zur Förderung personaler und sozialer Kompetenzen*. <https://www.xn--gewaltprvention-an-schulen-nhc.ch/index.html>
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2002). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). *Therapietool Emotionsregulation*. Weinheim / Basel: Psychologie Verlags Union.
- Falkal, P. & Wittchen, U. (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Flick, U. (2008). *Triangulation*. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.
- Frey, D., & Jonas, E. (2002): Theorie der kognizierten Kontrolle. In: Frey, D. & Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie* Band 3. 2. überarbeitete & erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. (3. aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3–24). Guilford Press.
- Haase, C.M. & Heckhausen, J. (2012). Motivation. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hansen, H. & Grohnfeldt, M. (2021). Die therapeutische Beziehung in der Logopädie/Sprachtherapie. *Forum Logopädie* 6, 8-12.
- Heinrichs, N., Lohaus, A. & Maxwell, J. (2017). *Emotionsregulationstraining (ERT) für Kinder im Grundschulalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Hildebrand, M. & Kowalczyk, C. (1999). Wenn ich fließend sprechen könnte: Lebensgeschichten von Stotternden. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hülshoff, T. (1999) Emotionen. München: E. Reinhardt.
- In-Albon, T. (Hrsg) (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohler, J. & Braun, W. (2020). *Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung bei beginnendem Stottern. Die Erforschung und Entwicklung von RedeflussKompass und StotterKompass zu einem digitalen Instrumentarium*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kohler, J. (2021a): Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie. In: *Praxis Sprache*, 1, 9–20.
- Kohler, J. (2021b). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie und der Stellenwert von Emotionen in der Fachliteratur und Selbstverständnissen von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten. *Logopädie-schweiz* 03/21, 4 – 38.

hat formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

hat gelöscht :

Kommentiert [A85]: Jahrgang?



- Kohler, J. (2022, 2. Dez). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der srh-Berufsfachschule für Logopädie, Heidelberg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Heidelberg, Deutschland.
- Kohler, J. (2023a, 7. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Koblenz und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Koblenz, Deutschland.
- Kohler, J. (2023b, 9. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Oldenburg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Oldenburg, Deutschland.
- Kohler, J. (2023c, 10. Februar). Der Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Logopädie. Gemeinsame Weiterbildung der Berufsfachschule für Logopädie Hamburg und der Hochschule für Heilpädagogik, Zürich. Hamburg, Deutschland.
- Kraft, E., Hersperger, M. & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimension der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93, 1485 – 1489.
- Krampen, G. (1982): Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Zürich: Hogrefe.
- Kullik, A. & Petermann, F. (2012). Emotionsregulation im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.
- Lammers, C-H. (2015). *Emotionsfokussierte Methoden*. Weinheim: Beltz.
- Lüdtke, U. (2012) Sprachdidaktiktheorie. In O. Braun & U. Lüdtke (Hrsg.), *Behinderung – Bildung – Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 8: Sprache und Kommunikation* (S. 449-491). Stuttgart: Kohlhammer.
- Manske, C. & Löffel, H. (2018). *Ein Dino zeigt Gefühle. Bilderbuch mit pädagogischem Begleitmaterial*. Mebes & Noack.
- Mathys, S. (2021). *Hallo Welt! Sozio-emotionales Lernen. 65 aktivierende Spiele*. Schubi-Verlag.
- Natke, U., & Alpermann, A. (2010): Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. Bern: Huber.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003): Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2015). *THERAPIE-TOOLS. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (2., neu ausgestattete Ausgabe). Weinheim Basel: Beltz.
- Petermann F. & Petermann, U. (2016). *Emotionstraining in der Schule. Ein Programm zur Förderung der emotionalen Kompetenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2018): Lernen. Grundlagen und Anwendungen. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56 – 67.
- Schmidt-Azert, L., Peper, M & Stemmler, G. (2014). Emotionspsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. (2016): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen*. Heidelberg: Springer.
- Tagung (2022): Emotionsregulation in der Logopädie. 18. Juni. Zürich, Schweiz.
- Ude, G. E.; Prüß, H.; Richardt, K.; Neumann, S. (2016). Die Angst vor dem Sprechen – eine Untersuchung zur Wirksamkeit des Angstabbau im Rahmen der Bonner Stottertherapie; *Forschung Sprache* 2, 20-35

Seite 8: [1] hat gelöscht Autor

Seite 25: [2] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [3] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [4] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [5] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [5] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [5] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv

Seite 25: [6] hat formatiert Autor

Schriftart: Kursiv



# Zusammenfassende Bewertung des **Artikels 2** von **Gutachter D**

## Bewertungsgrundlage zur Begutachtung empirischer Forschung

Dies sind einige Fragen, die Sie bei der Begutachtung des zu bewertenden Beitrags berücksichtigen sollten. Denken Sie daran, dass Kritik sowohl **positive** als auch **negative** Beurteilungen umfassen kann. Versuchen Sie, Bewertungen, die sich auf das **Design** und die **Durchführung** der Studie selbst beziehen, von Bewertungen, die sich auf die **Darstellung** (z.B. Aufbau) und die **Schreibweise** (z.B. Stil) beziehen, voneinander abzugrenzen.

Ihre Begutachtung sollte in Form von **Ankreuzen** und möglichen **Kommentaren** erfolgen. Darüber hinaus sollte ein kurzer abschließender Kommentar zur Bewertung im Hinblick auf eine Veröffentlichung in Forschung Sprache enthalten sein.

**Manuskript: Sozial-emotionale Schwierigkeiten in der Sprachtherapie aus Sicht von Logopädinnen**

### Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um

- ☐ ein Übersichtsreferat
- ☒ eine empirische Studie
- ☐ einen Praxisbeitrag
- ☐ einen Weiterbildungsbeitrag
- ☐ sonstiges: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

### Das folgende Gutachten nimmt insbesondere Bezug auf:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> das bearbeitete Thema                               | <input type="checkbox"/> den Praxisbezug                              |
| <input type="checkbox"/> die Gliederung                                      | <input checked="" type="checkbox"/> die verwendete Methode            |
| <input checked="" type="checkbox"/> die theoretische Fundierung              | <input type="checkbox"/> die Darstellung des Materials                |
| <input checked="" type="checkbox"/> die berücksichtigte Literatur            | <input checked="" type="checkbox"/> die Darstellung der Ergebnisse    |
| <input checked="" type="checkbox"/> die sprachliche Prägnanz der Darstellung | <input checked="" type="checkbox"/> die Interpretation der Ergebnisse |
| <input checked="" type="checkbox"/> die Aussagekraft der Abbildungen         | <input type="checkbox"/> die Diskussion                               |
| <input type="checkbox"/> die Aussagekraft der Zusammenfassung                | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                             |

### 1. Einleitung

- ☒ Vom Autor/Von der Autorin wurde ein Forschungsgebiet mit einer sprachheilpädagogischen Problematik erkannt/benannt.
- ☐ Die Absicht der Studie/des Artikels wird deutlich.

- ☐ Der Autor/die Autorin liefert eine ausreichende und überzeugende Begründung für die Studie.

**Möglicher Kommentar:**

In der ersten Überschrift wird zwar eine Einleitung angekündigt, eine inhaltliche Einleitung fehlt jedoch. Die Autor:innen beginnen direkt mit dem Theoretischen Hintergrund.

## 2. Kontext/ Hintergrund

- ☐ Der Beitrag enthält aktuelle und relevante Studien und bezieht sich auf vorherige Studien zur aktuellen Forschungsthematik.

nein

- ☐ Es gibt eine kritische Bewertung über eine reine Zusammenfassung der Ergebnisse hinaus (Stärken und Schwächen anderer Studien).

nein

**Möglicher Kommentar:**

Der Beitrag verzichtet auf die Einbeziehung anderer Studien zur Thematik. In der Tat wird mit dem Beitrag eine Forschungslücke angegangen, aber z.B. zur Frage der Komorbidität von Sprach- und Verhaltensstörungen gibt es vorliegende Studien. Einige Abschnitte sind mit Quellenbelegen gut bestückt, in anderen – durchaus zentralen – Abschnitten fehlen Quellenbelege dagegen völlig.

**Kommentiert [A1]:** Das Vorliegen solcher Studien wird im „Hintergrund“ angedeutet. Es ist für die vorliegende Studie nicht wichtig, denn die Beschäftigt sich mit der Wahrnehmung und dem Umgang von Logopädinnen und nicht mit der Komorbidität von Sprach- und Verhaltensstörung.

## 3. Konzeptioneller/ Theoretischer Rahmen

- ☐ Es wird ein konzeptioneller/theoretischer Rahmen nachvollziehbar dargestellt.

Nein, der theoretische Rahmen ist in sich nicht konsistent. Es werden Terme unterschiedlicher Reichweiten (Theorien, Konzepte und sogar Disziplinen) nicht aufeinander aufbauend aneinandergereiht dargestellt.

- ☐ Die Auswahl der Theorie bzw. des Konzeptes ist hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen gerechtfertigt.

Nein, s. Kommentar

- ☐ Es wurden passende Hypothesen bzw. Fragestellungen vom konzeptionellen oder theoretischen Rahmen abgeleitet.

Nein, kaum Bezug

- ☐ Anhand der Hypothesen oder der Problematik werden die Variablen, die Forschungsmethode und die Population abgeleitet.

teils

**Möglicher Kommentar:**

Der theoretische Rahmen ist für sich genommen eine inkonsistente, eklektische, lückenhafte Darstellung.

Noch dazu passt der theoretische Rahmen nur in geringem Maße auf die Fragestellungen. Eine Vielzahl an Fragestellungen ist vorhanden, diese werden jedoch nicht nach übergeordneten

**Kommentiert [A2]:** Der theoretische Rahmen ist insofern konsistent, als er sich mit den zentralen Elementen von sozial-emotionalen Schwierigkeiten beschäftigt und diese aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten kann. Dies wird im Rahmen der Theorievorstellung auch als Begründung für die Wahl der Theorien angeführt. Dass hinzugezogenen Theorien, welche ein Thema oder einen Gegenstand erklären können, dieselbe Reichweite haben müssen, verstehe ich nicht. Sie müssen auch nicht aufeinander aufbauen. Im Gegenteil: wenn die Theorien verschiedene Wurzeln haben (z.B. Tiefenpsychologisch vs. Kognitivistisch) können sie sich ergänzen oder im Sinne einer Theorietriangulation denselben Gegenstand auf verschiedenen Arten sich gegenseitig ergänzend erklären.

**Kommentiert [A3]:** Das ist auch gar nicht die erkenntnistheoretische Vorgehensweise gewesen. Die Fragen wurden aus den induktiv gefundenen Wahrnehmungen der Logopädinnen abgeleitet. Diese Form der Theoriebildung lässt mit voller Absicht die von aussen herangetragen existierenden Theorien erstmal im Hintergrund. Ausserdem: Fragen und Hypothesen müssen sich nicht zwingend aus Theorien ableiten, sondern entstehen aus einem Erkenntnisinteresse, das zunächst auch a-theoretisch sein kann. Die hier formulierte Anforderung verstehe ich als eine Ableitung aus einer paradigmatisch-quantitativ Denkweise, welche als absolut gesetzt wird.

**Kommentiert [A4]:** Zu dem Bewertung inkonsistent wurde oben schon Stellung genommen. Die eklektische Vorgehensweise liegt in der Natur der Sache. Es gibt für jeden Gegenstand eine Auswahl von Theorien, die man anlegen kann. Die Lückenhaftigkeit entsteht dann, wenn man eine feste Vorstellung von der Theorienlandschaft hat, die angelegt werden muss.

Aspekten geclustert und sich nicht ausreichend hergeleitet im theoretischen Hintergrund. In den Forschungsfragen zentrale Variablen zur Professionalisierung und Profession wie z.B. Berufserfahrung oder Ausbildungsort (u.a.) werden im Vorfeld überhaupt nicht diskutiert. Da der zentrale Begriff der sozialen-emotionalen Schwierigkeit nicht definiert wird, bleibt die Darstellung eine der subjektiven Theorien. Auch wenn das durchaus möglich ist, so sollte es unter diesem Aspekt theoretisch reflektiert werden, was jedoch nicht erfolgt.

#### 4. Probanden bzw. Informationsquelle

- ☐ Die Probanden bzw. Informationsquellen der Studie werden nachvollziehbar und in wissenschaftlichem Stil beschrieben (Methode zur Auswahl, Merkmale...).
- ☒ Die Größe der Stichprobe ist adäquat und repräsentativ bzw. wird nachvollziehbar begründet.
- ☒ Mögliche Tendenzen/Schwierigkeiten aufgrund der ausgewählten Methode oder einer nicht ausreichend großen Teilnehmeranzahl bzw. Rücklaufquote werden explizit diskutiert.

##### Möglicher Kommentar:

Eine tabellarische Darstellung wäre sehr viel leser:innenfreundlicher. Der Beschreibung der Merkmale der Stichprobe kann nur schwer gefolgt werden. Die Beschreibung der Auswahl von Beispielkunden durch die FB-TN und deren Einschätzung lässt eine Einordnung der Antworten im Sinne einer Repräsentanz nicht zu, was die Interpretation der statistischen Auswertungen schwierig macht.

#### 5. Instrumente, Messungen und Vorgehen

- ☒ Das Vorgehen zur Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben, so dass eine Wiederholung des Vorgehens möglich wäre.
- ☐ Es findet eine eindeutige Beschreibung der Erhebungsinstrumente und deren Verwendung statt.
- ☐ Die Erhebungsinstrumente sind den Fragestellungen angemessen und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgewählt.
- ☐ Die Auswertungsmethode wird deutlich erklärt und ist den Fragestellungen angemessen.
- ☐ Falls zwei Gruppen verglichen werden: Die Teilnehmer wurden randomisiert einer Gruppe zugeteilt.
- ☐ Falls Therapie/Förderung stattfand: Die Interventionen werden ausreichend detailliert beschrieben.

##### Möglicher Kommentar:

Das gesamte Vorhaben, zu der die vorliegende Studie nur einen Teil darstellt, erscheint ambitioniert. Die Abbildung dazu hat Unschärfen (z.B. Hypothesengenerierung) Der Fragebogen ist für die Gutachter nicht einsehbar (nur als Zusammenfassung). Die im Text erwähnte induktive

**Kommentiert [A5]:** Hier scheint der Gutachter das erste mal die subjektive Theorien der Logopädinnen als durchaus möglichen theoretischen Rahmen einzuräumen, aus dem heraus die Fragestellungen abgeleitet werden dürfen. Was meint der Gutachter nun mit „sollte es unter diesem Aspekt theoretisch reflektiert werden“? Verlangt er hier eine erkenntnistheoretische Reflexion des Vorgehens? In Anbetracht des zuvor immer wieder eingeforderten Bezug zu existierenden Theorien als Grundlage für die Fragestellungherleitung wäre eine erkenntnistheoretische Einbettung wichtig gewesen. Aber: das ist nicht üblich und würde den Rahmen eines jeden wissenschaftlichen Artikels völlig sprengen. Es werden in der Regel keine fundamental erkenntnistheoretischen Ausführungen zur Wahl von Forschungsmethoden in den Artikeln gemacht.

**Kommentiert [A6]:** Diese Einschränkung trifft für jede ad-hoc-Stichprobe zu. Die allermeisten Stichproben im Bereich der Sprachtherapie sind ad-hoc-Stichproben

**Kommentiert [A7]:** Das tut mir leid, ist aber nicht meine Schuld. Der Redaktionsleitung der Zeitschrift lag der Fragebogen vor und es war explizit vereinbart, dass den Gutachtern dieser vorgelegt wird. Der nicht vorliegende Fragebogen ist tatsächlich ein schwerwiegendes Manko im Prozess dieses Peer-review-Verfahrens.

Ableitung aus vorherigen Forschungsarbeiten muss geglaubt werden. Das im Text ausgedrückte Negieren von deduktiven Kategorieableitungen muss im Hinblick auf die in den Fragestellungen angesprochenen Merkmalen von Profession und Professionalisierung als methodischer fauxpas gedeutet werden. Denn hierzu liegt ausreichend Forschungsmaterial vor, das eine deduktive Orientierung möglich gemacht hätte.

**Kommentiert [A8]:** Diese Aussage finde ich irritierend. Formuliert der Gutachter hier den Anspruch, der vollständigen Nachvollziehbarkeit der vorgängigen Datenerhebung in diesem Artikel? Die vorherigen Forschungsarbeiten werden durch Quellangaben nachvollziehbar gemacht.

**Kommentiert [A9]:** Ja, es wäre eine deduktive Orientierung möglich gewesen. Sie muss aber nicht sein. Insofern ist es auch kein Fauxpas. Im Übrigen werden deduktive Orientierungen im Diskussionsteil des Beitrags angeboten und der Rückbezug auf die eingangs ausgeführten Theorien gemacht. So wird die Nützlichkeit der Theorieauswahl deutlich gemacht. Am Ende des Diskussionsteils wird hervorgehoben, dass diese deduktive Orientierung gewinnbringend sein kann. Die Offenheit der Theoriwahl beim deduktiven Vorgehen wird expliziert. Der Wert der Theorietriangulation lebt geradezu von dieser Offenheit.

## 6. Ergebnisse

- ☐ Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt.
- ☐ Die Ergebnisse werden ausreichend deskriptiv und nachvollziehbar dargestellt.
- ☐ Die Untersuchung bezieht sich auf die ursprünglichen Hypothesen/Fragestellungen.
- ☐ Falls Unterschiede zwar statistisch signifikant, praktisch allerdings gering sind, verweist der Autor/die Autorin auf diesen Aspekt.
- ☐ Die verwendeten Abbildungen und Tabellen sind erforderlich und selbsterklärend. Es fehlen keine Informationen.

### Möglicher Kommentar:

Die Ergebnisdarstellung entspricht teilweise nicht hinreichend den wissenschaftlichen Standards und muss unbedingt überarbeitet werden. Die Abbildungen sind schlecht lesbar und nicht selbsterklärend. Der Umgang mit Zahlenwerten ist nicht präzise (Dezimalstellen, Dezimaltrenner, Bezeichnung, Maße der zentralen Tendenz) oder zumindest zu diskutieren.

## 7. Diskussion und Schlussfolgerungen

- ☐ Es gibt eine angemessene Interpretation der Ergebnisse und eine auf dem Forschungsproblem basierende Diskussion.
- ☐ Der Autor/Die Autorin diskutieren alternative Erklärungen für die Ergebnisse.
- ☐ Die Ergebnisse werden in Beziehung zu früheren Studien gesetzt und diskutiert.
- ☐ Der Autor/die Autorin diskutiert methodische Grenzen/Limitationen der Studie.
- ☐ Es werden konkrete Vorschläge für zukünftige Untersuchungen geliefert.
- ☐ Es werden konkrete Auswirkungen auf die Praxis und bestehende Konzepte diskutiert.
- ☐ Die Schlussfolgerungen werden insgesamt klar und basierend auf den Ergebnissen formuliert.
- ☐ Die Schlussfolgerungen sind sinnvoll.

### Möglicher Kommentar:

Die in der Diskussion vollmundig proklamierte Objektivierung kann weder inhaltlich, noch untersuchungsmethodisch, noch statistisch bestätigt werden. Hier wäre eine vorsichtig, realistische Einschätzung der Limitationen angebracht.

**Kommentiert [A10]:** Wie der Gutachter zur polemisch formulierten Abwertung „vollmundig proklamiert“ im Zusammenhang mit der Objektivierung kommt erschliesst sich mir nicht. Hier die Textstelle zur Objektivierung im Diskussionsteil:

Die Rekonstruktion des Geschehens mittels Befragung ist insofern indirekt und insbesondere nicht objektiv. Durch die Befragung vieler Logopädinnen erfährt die Subjektivität der Logopädinnen aber eine Unabhängigkeit von der einzelnen Fachperson und damit eine gewisse Objektivierung. Ist das eine vollmundig proklamierte Objektivierung? Die Polemik entbehrt aus meiner Perspektive jeglicher Grundlage und ist eines Gutachtens nicht würdig

#### 8. Weitere Aspekte:

- ☒ Ethik: Die Untersuchung/Diagnostik/Interventionen waren ethisch vertretbar.

#### 9. Sprache/Zitation:

- ☐ Der Beitrag ist in wissenschaftlichem Stil geschrieben.

Nicht durchgehend

- ☐ Die Zitation entspricht den wissenschaftlichen Kriterien (APA-Style).

#### Möglicher Kommentar:

Die Kriterien nach APA werden nicht konsequent **eingehalten**. Eine sprachliche Überarbeitung (Einheitlichkeit, Stil, Orthographie, Grammatik, Textgrammatik) erscheint notwendig.

Kommentiert [A11]: Das stimmt

#### 10. **Abschließende Bewertung:**

- ☐ Ihr Manuskript ist **uneingeschränkt** für die Publikation geeignet.
- ☐ Bitte reichen Sie Ihr Manuskript **nach einer Überarbeitung** zusammen mit einer Dokumentation der Überarbeitungen in einem response Letter to the editor wieder bei der Redaktion ein.
- ☒ Ihr Manuskript ist **nicht** für die Publikation in xxx geeignet.
- ☒ Wir verweisen auf die **markierten Einwände** bzw. **Verbesserungsvorschläge** des Gutachters, die wir bei der Überarbeitung **auf jeden Fall** zu berücksichtigen bitten.

#### Abschließender Kommentar:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

#### **Verbesserungsvorschläge für den Autor:**

Der Beitrag greift grundsätzlich eine bedeutsame und aktuell diskutierte Frage auf und versucht sich mit einer umfangreichen Fragebogen-Erhebung dieser Frage anzunehmen. In dem Beitrag steckt schon sehr viel Arbeit – das sieht man. Dennoch muss er m. E. umfangreich überarbeitet werden und genügt in der vorliegenden Form den publizistischen Ansprüchen von Forschung Sprache nicht.

Eine Einleitung in die Thematik inkl. Problemstellung am Anfang ist notwendig – auch um den anschließenden theoretischen Hintergrund einordnen zu können. Der Theorieteil passt nur sehr partiell zu den Fragestellungen und muss daher komplett und weitreichend überarbeitet werden. Aktuelle Studien zur Thematik müssen eingebunden werden. Diese gibt es sowohl für den Kinderbereich als auch zum Stottern bei Erwachsenen, auf das im Beitrag überproportional verwiesen wird.

Die Darstellung der Fragestellungen (und bitte auch Hypothesen) sollte hinsichtlich der Lesbarkeit überarbeitet werden. Gerne Clustern und Absätze einbauen.

Die Beschreibung der Methodik muss deutlich genauer werden (welche statistischen Verfahren kommen zum Einsatz und warum bei welchen Limitationen), die Stichprobenbeschreibung ist sehr unübersichtlich und wäre m.E. durch eine ergänzende Tabelle und gekürzten Text deutlich verständlicher. Die Instrumentenbeschreibung ist unvollständig und die Durchführung der Untersuchung versteckt sich unter anderen Überschriften. Insgesamt muss hier nochmal überarbeitet werden, welche Informationen wo hingehören.

Die Ergebnisse sollten in Unterüberschriften mit sprechenden Titeln thematisch gebündelt werden. Die Abbildung sind teilweise schwer lesbar, in ihrer Aussage teils unklar und nicht intuitiv zu erfassen. Bitte auf eine neutrale Ergebnisdarstellung ohne Interpretation achten. Die Darstellung von statistischen Werten bitte sprachlich den wissenschaftlichen Standards anpassen und im Sinne der Leser:innenfreundlichkeit kürzen bzw. verdichten.

In der Diskussion wäre es hilfreich, ebenfalls mit Unterüberschriften zu arbeiten. Eine Interpretation bezugnehmend auf die Literatur findet größtenteils statt.

Ein abschließendes Fazit fehlt.

Neben der Tatsache, dass an etlichen Passagen dringend notwendige Quellenangaben fehlen, ist das Literaturverzeichnis an einigen Stellen fehlerhaft (s. Dokument). Das muss nochmal ergänzt, vollständig geprüft und an die APA-Vorgaben angepasst werden.