



Sozial-emotional schwieriges Verhalten in der Kindersprachtherapie

Jürgen Kohler

1 Einleitung

Wahrscheinlich hat jede Sprachtherapeutin 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 oder Gerbig et al., 2018) und als unbestritten gilt (vgl. auch Grimm, 2012 oder Grohnfeldt, 2018). 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 mit den sozial-emotional auffälligen Phänomenen, welche Sprachtherapeutinnen bei ihrer Arbeit mit Kindern wahrnehmen und mit den Maßnahmen und Interventionen, die sie dabei ergreifen.

2 Methode

Die Grundlage für diese Auseinandersetzung mit dem wahrgenommenen sozial-emotional schwierigen Verhalten sind empirische Daten. Zunächst wurden anhand einer qualitativen Dokumentenanalyse (Hoffmann, 2018; Mayring, 2016) eines Fachbuches berufstägliche Handlungsweisen von Sprachtherapeutinnen untersucht. Bei dem Fachbuch handelte sich um die „Handlungsorientierte Therapie (HOT)“ von Weigl & Reddemann-Tschaikner (2009). Dabei wurden im Rahmen einer deduktiven Inhaltsanalyse einzelne Textstellen mit Hilfe der Theorie der kognizierten Kontrolle (Frey & Jonas, 2002) hinsichtlich ihrer emotionalen Bedeutung für die Kinder interpretiert.

Kern des vorliegenden Artikels sind aber die zusammengefassten Ergebnisse von qualitativen Interviews (Flick et al., 2012) mit Sprachtherapeutinnen (N=10) und zwei Gruppendiskussionen (Bohnsack, 2003), die ebenfalls mit Sprachtherapeutinnen (insgesamt N=12) durchgeführt wurden. Bei diesen Befragungen bzw. Diskussionen stand im Vordergrund, welche sozial-emotionalen Schwierigkeiten die Sprachtherapeutinnen in ihrer Praxis wahrnehmen und vor allem, wie sie damit umgehen. Auch diese Inhaltsanalyse war vornehmlich deduktiv angelegt. Die Interpretation erfolgte unter der Perspektive von verschiedenen Theorien, die für den Gegenstand von sozial-emotionalen Problemen Erklärungen anbieten.

3 Sprachtherapeutische Handlungsweisen, welche Emotionen der Kinder beeinflussen

Die *Theorie der kognizierten Kontrolle* (Frey & Jonas, 2002) gilt seit geraumer Zeit als wichtiger Beitrag zur Erklärung von emotional-motivationalen Prozessen. Daher wurde sie als Analysemittel der Textstellen des Fachbuches benutzt. 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 Inhaltsanalyse des Fachbuches bediente sich einer Mischung aus verschiedenen zentralen Begrifflichkeiten dieser Theoriegruppe. Im Folgenden werden diese zentralen Begrifflichkeiten benannt und kurz erklärt, um dann mit ihrer Hilfe den Zusammenhang von berufstäglichen sprachtherapeutischen Handlungen mit den Emotionen der Kinder darzulegen.

3.1 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. 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 Orangestückchen. 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 & Redemann-Tschaikner, 2009, S. 69).

3.2 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. Hierzu ein 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 & Redemann-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“), dann 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. Der Effekt für die Qualität der Emotionen ist nicht so einfach darstellbar wie bei der primären Kontrolle. Eine Gesetzmäßigkeit wird unten in Kapitel 3.3 dargestellt.

„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 Zusam-

menhang 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 & Redemann-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 Abb. 1 in Anlehnung an Frey und Jonas (2002) veranschaulicht den Zusammenhang der bisher genannten zentralen Begriffe aus der Theorie der kognitiven Kontrolle.

3.3 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

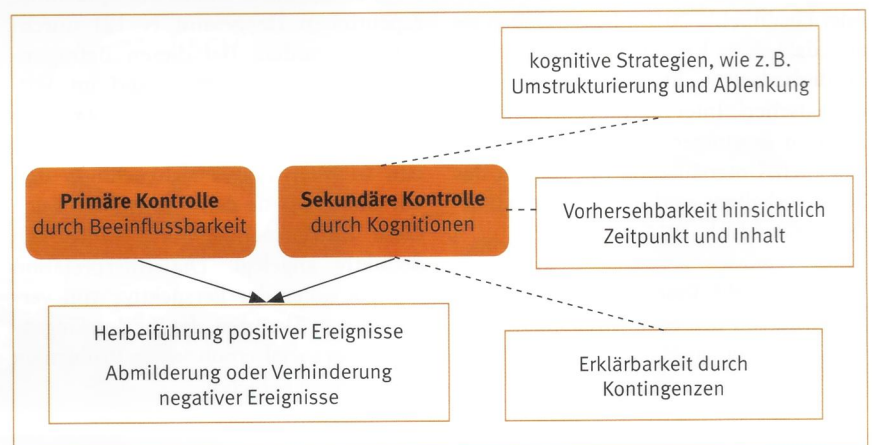


Abb. 1: Primäre und sekundäre Kontrolle im Rahmen der Theorie der kognitiven Kontrolle (in Anlehnung an Frey & Jonas, 2002, S. 16)

das subjektive Empfinden von internaler und externaler 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 Umstände 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 Erklärungsmuster mit negativen Folgen für die Emotionalität wahrscheinlich, da sie weniger primäre Kontrollerfahrungen im Bereich Sprache machen.

Tab. 1: Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Rotter (1966)

Kontrollüberzeugungen	
internale Kontrolle betrifft im Selbst liegende Umstände, wie z. B. eigene Fähigkeit oder Anstrengung	externale Kontrolle betrifft äußere Umstände, wie z. B. Glück, Zufall, mächtige andere Personen

Neben der Selbstwirksamkeit als emotional positivem 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 Fachbei-

trägen 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 kognitiven Kontrolle fokussiert die damit verbundene emotional-motivationale Bedeutung.

3.4 Zwischenfazit

Die Auswahl des Fachbuches 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 kognitiven 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 kognitiven Kontrolle sollen lediglich eine Ordnung anbieten, da diese in den nachfolgenden Kapiteln den theoretischen Rahmen bildet.

4 Wahrnehmung und Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie

Eigentlich wäre spätestens an dieser Stelle eine Reflexion oder zumindest eine Definition von sozial-emotionalen Schwierigkeiten vonnöten (vgl. Ahrbeck & Willmann, 2010 oder Fröhlich-Gildhoff, 2018). Darauf wird absichtlich verzichtet. Der Ausgangspunkt sollen die von den Praktikerinnen subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten sein und in den von ihnen gewählten Begrifflichkeiten dargelegt werden. Während im vorhergehenden Kapitel der Umgang mit schwierigen Emotionen nur an wenigen Beispielen angedeutet wurde, stehen diese im folgenden Kapitel im Fokus. Dafür wurden Sprachtherapeutinnen mittels

Einzelinterviews befragt und in Gruppendiskussionen zum Austausch ange-regt. Zwei zentrale Fragestellungen leiten die Gespräche:

1. Welches sozial-emotional schwieriges Verhalten begegnet Ihnen in Ihrem Berufsalltag?
2. Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um?

Die Ergebnisse werden an dieser Stelle gemeinsam dargelegt, weil die Auswertungen dieser Erhebungsmethoden im Ergebnis sich quasi deckten, so dass sie gut zusammengefasst werden können. Zuerst werden die Reflexionen über das sozial-emotional auffällige Verhalten der Kinder dargestellt und danach der Umgang der Therapeutinnen damit.

Die Reflexionen werden mit verschiedenen emotionspsychologischen Theorien analysiert, erklärt oder ihnen zugeordnet.

4.1 Reflexionen über das sozial-emotional auffällige Verhalten der Kinder

Es wurden äußerst umfangreiche und facettenreiche Reflexionen gegeben, so dass sie hier schlagwortartig in Tabellenform und mit einer aus der Theorie der Verhaltensauffälligkeit (Fröhlich-Gildhoff, 2013) abgeleiteten Ordnung wiedergegeben werden (siehe Tab. 2).

Die erste Ordnungsebene ist durch die Gegenüberstellung von *internalisierenden vs. externalisierenden* Verhaltensweisen gekennzeichnet. Diese Einteilung ist bei Verhaltensauffälligkeiten weit verbreitet (Fröhlich-Gildhoff, 2013). *Externalisierend* meint von der Person aus „nach außen gerichtet“. Der Mensch zeigt also ein für das äußere Umfeld deutlich bemerkbares und auffälliges Verhalten. Prototypisch ist aggressives oder impulsives, motorisch unruhiges Verhalten ebenso wie dissoziales Verhalten (z.B. Stehlen). *Internalisierend* meint „nach innen gerichtet“. Typisch ist ängstliches Verhalten oder Scham, oft verbunden mit sozialem Rückzug oder auch Depression. Dieses Verhalten ist für die Umwelt weniger auffällig oder vordergründig störend, stellt jedoch für die betroffene Person i.d.R. eine emotionale Belastung dar.

Die zweite Ordnungsebene bezieht sich auf die Erklärungen der Sprachtherapeutinnen zu den Verhaltensweisen. Diese wurden in den Interviews und in den Gruppendiskussion häufig gleich mitgenannt und werden in der Tab. 2 bei-

spielhaft aufgeführt. Weitere Bezüge zur Emotionspsychologie werden im Text fortlaufend hergestellt.

Bei dem Versuch Ordnung zu schaffen fällt auf, dass einige Begriffe als Verhaltensweisen aber auch Erklärungen und damit mehrmals (in verschiedenen Zellen der Tab.) 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 Tab. 2 eine erste Orientierung hinsichtlich den sozial-emotional auffälligen Verhaltenswei-

Tab. 2: Sozial-emotional auffälliges Verhalten in der Sprachtherapie und mögliche Erklärungen dafür aus der Perspektive von Sprachtherapeutinnen

Verhaltensauffälligkeiten in der Sprachtherapie von Sprachtherapeutinnen genannt	
internalisierend	externalisierend
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ängstliches Verhalten ▪ passives Verhalten ▪ reglose Mimik zeigen (Pokerface) ▪ Blickkontakt vermeiden ▪ sich schämen ▪ sich abwerten ▪ schweigen, verstummen ▪ sich extrem schüchtern verhalten ▪ vermeiden ▪ zurückhaltend agieren ▪ verschreckt ▪ extrem vorsichtig handeln 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verbal und körperlich aggressives Verhalten ▪ wütend- aufbrausend-impulsives Verhalten ▪ Grenzen austesten ▪ rechthaberisches Verhalten ▪ auf eigene Meinung fixieren ▪ rigides Verhalten ▪ kompromissloses Verhalten ▪ manipulatives Verhalten ▪ verweigern ▪ oppositionelles Verhalten ▪ gegen Regeln verstoßen ▪ ablenken ▪ provozieren ▪ beleidigen ▪ weinen ▪ jemand anderen ignorieren
<p>Erklärungen (sowohl für <i>internalisierendes</i> als auch <i>externalisierendes</i> Verhalten):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überforderung ▪ überhöhte Erwartungen (von Bezugspersonen oder von den Kindern an sich selbst) ▪ Angst ▪ Scham ▪ Mobbing ▪ Vermeidung ▪ Krankheit (z. B. ADHS) ▪ Verwöhnung 	

sen, welche Sprachtherapeutinnen wahrnehmen und mit denen sie offensichtlich umgehen müssen.

4.2 Reflexionen über den Umgang der Therapeutinnen mit dem sozial-emotional schwierigen Verhalten

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 Tab. 3 werden die Nennungen relativ ungeordnet aufgelistet. Erst in den nachfolgenden Ausführungen werden mögliche Interpretationen gegeben.

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 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 schon zuvor dargestellten theoretischen Zugänge und Begrifflichkeiten (u. a. mit der Theorie der kognitiven Kontrolle, den Begriffen *internalisierend vs. externalisierend* oder *primäre* und *sekundäre* Emotionen) und zusätzlich mit dem Konstrukt der *Emotionsregulation* (vgl. Kasten 1) eine theoretische Annäherung an die Emotionspsychologie 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 im folgenden Text Bezug genommen.

Tab. 3: Schlagwortartige Auflistung aller von Sprachtherapeutinnen genannten Umgangsweisen mit sozial-emotional schwierigem Verhalten

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. der 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

Kasten 1

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. Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Vorschläge, wie in der Psychotherapie z. B. Angststörungen oder posttraumatische Schwierigkeiten unter dieser Perspektive 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.

4.2.1 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 Po-

tential, 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 alle 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 Emotionsregulation

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 3. 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 Eltern-

trainings (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) 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 Überlicksarbeiten zur Emotionsregulation (vgl. Kullik & Petermann, 2012 oder In-Albon, 2013) nicht beschrieben. Genaueres 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).

Lüdtke (2012) sieht in der Verbindung von Emotion und Sprache ein Axiom in der Sprachtherapedidaktik und betrachtet dabei die Funktion der Kleingruppe im therapeutischen Setting als fundamental.

Der emotionale Effekt der Gruppenbildung liegt dem alltagsprachlichen „Geteiltes Leid ist halbes Leid“ nahe, wenn Klienten mit ähnlichen (Sprach-) Problemen sich austauschen können. Alltagsprachliche Formulierung 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. 2) 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 alltagsprachlicher 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 die negative Emotion sich 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 kontrollierten 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 Vielfaltigkeit 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 4. 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 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 Tab. 4 fasst die im Zuge dieser Reflexion genannten Begrifflichkeiten zusammen.

Tab. 4: Auflistung der Selbstreflexionen von Sprachtherapeutinnen in Schlagwörtern

Selbstreflexion der Sprachtherapeutinnen	
1.	Unsicherheit
2.	Gefühl der Hilflosigkeit
3.	Zweifel an eigener Kompetenz
4.	Zweifel am logopädischen Modell, welches die therapeutische Intervention maßgeblich definiert
5.	sprachtherapeutische Übungstherapie greift zu kurz
6.	Ärger
7.	Wut
8.	Anspannung
9.	Genervtsein
10.	Mitleid
11.	Traurigkeit
12.	Erstaunen
13.	spontane Handlungsimpulse (z. B. ohne viel Überlegen ein Kind in den Arm nehmen)
14.	Auch bei wenigen Fällen von sozial-emotional schwierigem Verhalten beschäftigen diese Fälle die Therapeutinnen stark.

Einige Begriffe aus Tab. 4 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. Abb. 1) nicht nur intern (= Zweifel an eigener Kompetenz), sondern auch extern formuliert. Im logopädischen Modell als einem von der externen Fachumwelt vorgeschlagenen Instrument, wird dabei eine Unzulänglichkeit zugeschrieben, auf die sozial-emotionalen Schwierigkeiten des Klientels 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 Tab. 3, 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 Tab. 4 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.

6 Weiterführende Diskussion der Ergebnisse samt Methodenkritik

Die Ergebnisse der Selbstreflexionen dieser Stichprobe von Sprachtherapeutinnen sind überwiegend negativ und deuten auf eine große emotionale Belastung der Therapeutinnen hin. Man weiß allerdings nicht, ob diese Selbstreflexionen für die Gesamtheit der Sprachtherapeutinnen gilt. Einzelinterviews und insbesondere die Methode der Gruppendiskussion haben nicht das Potential, allgemeingültige Ergebnisse zu generieren. Zwar können diese Methoden 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 bei Einzelinterviews sind. Insofern lohnt es sich Beschreibungen von unabhängig voneinander entstandenen Erhebungen miteinander zu vergleichen, um die Vielfalt der Positionen erfassen zu können. An dieser Stelle sollen deshalb für die weitere Diskussion zwei Szenarien gegenübergestellt werden, die unabhängig voneinander von zwei Sprachtherapeutinnen beschrieben wurden.

6.1 Zwei Fallbeispiele im Vergleich

Es handelt sich im nachfolgenden Kasten 2 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 2

Fallbeispiel 1:

Die Teilnehmerin einer Gruppendiskussion erzählt von einem älteren männlichen Kind, 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 abzubrechen. 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 werden 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 Therapiektionen aus. Im Interview erklärt sie, dass sie als Logopädin zuständig für die Artikulationstherapie sei. Sie erwartet 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 von oben 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, siehe auch oben unter 4.1) 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 Goldner 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 Handlungsfeldern 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 auch bei Scham und Vermeidung im Zusammenhang mit Artikulationsstörungen funktioniert, auch wenn dies hochplausibel erscheint. Das gilt ebenfalls für die meisten anderen Umgangsweisen, die in Tab. 3 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 4.2.1 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 Mo-

dellen 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 keinen 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 dieselbe Aufgabe: Sie müssen irgendwie mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten umgehen. Sie haben gar keine Wahl, weil die Probleme in vielen Fällen einfach da sind. Immer wo ein Defizit behandelt wird, entsteht mit erhöhter Wahrscheinlichkeit ein Gefühl von Kontrollverlust bei den Betroffenen mit mehr oder weniger starken Auswirkungen auf der sozial-emotionalen Ebene. Vielleicht lässt sich die Grenze zur Psychotherapie oder zur auf Verhaltensauffälligkeit spezialisierten Sonderpädagogik im Schweregrad der sozial-emotionalen Probleme 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 hier abschließend diskutiert werden soll, ist die schon oben gestellte nach der Qualifikation.

Zum einen scheinen Sprachtherapeutinnen eine Vielzahl von Umgangsweisen zu pflegen, die bewährten Inter-

ventionen der Psychotherapie oder der spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zugeordnet werden können. Dies wurde beispielhaft durch die Analyse der Umgangsweisen mit emotionspsychologischen Theorien in Kapitel 4.2.1 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?

7 Zusammenfassung und Ausblick

Die hier vorgestellten Daten aus Einzelinterviews und Gruppendiskussionen haben einen ersten Einblick zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten in der Kindersprachtherapie gebracht und deren Diskussion angeregt. Diese qualitativen Methoden haben das Potential, Hypothesen zu generieren. Die Ergebnisse haben insofern den Charakter von Vermutungen, die ob ihrer Gültigkeit geprüft werden sollten. Zusammenfassend können folgende Vermutungen formuliert werden:

- Handlungen in sprachtherapeutischen Settings und sprachtherapeutische Interventionen sind durchdrungen von dem Einfluss auf die Emotionalität der Klienten.
- Sprachtherapeutinnen sehen sich mit einer Vielfalt an emotional-schwierigem Verhalten konfrontiert.
- Die Umgangsweisen der Sprachtherapeutinnen mit den Schwierigkeiten sind ebenso vielfältig.

- Die Umgangsweisen sind bekannten und bewährten Methoden aus der Psychotherapie und spezialisierten Heil- bzw. Sonderpädagogik zuzuordnen.
- Sprachtherapeutinnen wenden offensichtlich diese Methoden ebenfalls an, wobei nicht sicher ist, wie genau sie diese Methoden umsetzen.
- Zentrales Umgangsmittel ist das Gespräch.
- Es gibt sprachtherapeutische Ansätze, die einer Bearbeitung der emotionalen Ebene näherstehen als andere.
- Es werden Ansätze aus Nachbardisziplinen in die Sprachtherapie integriert oder mit ihr kombiniert, um sozial-emotionale Schwierigkeiten zu bearbeiten.
- Es gibt Umgangsweisen, die von den Sprachtherapeutinnen kritisch betrachtet werden und auch solche, die ihnen wenig nützlich erscheinen.
- Die Wirksamkeit aller Umgangsweisen in der Sprachtherapie ist ungewiss.
- 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.
- Es gibt sehr unterschiedliche berufliche Selbstverständnisse im Umgang mit den sozial-emotionalen Schwierigkeiten.
- Die Anforderungen an den Berufsstand der Sprachtherapeutin zum Umgang mit sozial-emotionalen Schwierigkeiten sind unklar.
- 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.

Zur Überprüfung einiger dieser Hypothesen möchte der Autor eine größer angelegte Fragebogenstudie unter Sprachtherapeutinnen durchführen und hofft auf Kooperationen und rege Teilnahme. Wer daran Interesse hat und sich beteiligen will, soll sich melden bei: juergen.kohler@hfh.ch

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 Enzyklopädie.

Böcker, J. (2018). *Emotionsfokussierte Therapie*. Paderborn: Junfermann.

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 Elterntermin 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.

Eismann, G. & Lammers, C.H. (2017). *Therapie-tool Emotionsregulation*. Weinheim/Basel: Psychologie Verlags Union.

Fabian, E. (2015). *Humor und seine Bedeutung in der Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Flick, U., von Kardoff, E. & Krupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. 3. Auflage. Hamburg: Rowohlt.

Frey, D., & Jonas, E. (2002). Theorie der kognitiven 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.

Grimm, H. (2012). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

Grohnfeldt, M. (2017). Zur Komplexität von Sprachentwicklungsstörungen, kognitiven und sozial-emotionalen Störungen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.): *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien*, 161-169. Stuttgart: Kohlhammer.

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.

Hoffmann, N. (2018). *Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.

Hildebrand, M. & Kowalczyk, C. (1999). *Wenn ich fließend sprechen könnte: Lebensgeschichten von Stotternden*. Idstein: Schulz-Kirchner.

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.

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). Emotion und Sprache. Theoretische Grundlagen für die sprachtherapeutisch-logopädische Praxis. *SAL-Bulletin Nr. 143*, 5-22.

Mayring, P. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.

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. (2018). *Lernen. Grundlagen und Anwendungen* (2. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Rogers, C. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer

Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

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.

Zum Autor

Prof. Dr. phil. Jürgen Kohler arbeitet als Senior Lecturer an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) mit Schwerpunkten in der Lehre von Forschungsmethoden, Redeflussstörungen, Entwicklungs- und Lernpsychologie sowie Diagnostik. Sein aktueller Schwerpunkt in der Forschung liegt im Bereich der Redeflussstörungen. Er ist logopädisch-praktisch tätig im Bereich Stottern und Aphasie in der Lehr-Therapie-Praxis der HfH sowie in einer logopädischen Praxis in Konstanz.

Danksagung

Dank an alle Sprachtherapeutinnen, die bei den Interviews und Gruppendiskussionen mitgemacht haben und Dank an alle Studierende und Kolleginnen, welche die Interviews durchgeführt und sich an der Auswertung (auch der Gruppendiskussionen) beteiligt haben.

Korrespondenzadresse

juergen.kohler@hfh.ch

DOI dieses Beitrags:
10.2443/skv-s-2021-56020210101
www.doi.org

Magazin-Originalbeiträge

Reihe von Informationsheften über Sprachstörungen

Die Informationsreihe der dgs zu Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen ist in den zurückliegenden Jahren erfolgreich gelaufen und ständig ergänzt worden. Die Broschüren eignen sich sowohl zur Öffentlichkeitsarbeit als auch zur Unterstützung von Beratung und Therapien. Folgende Hefte werden angeboten:



- Heft 1: **Stimmstörungen bei Kindern**
- Heft 2: **Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen**
- Heft 3: **Störungen des Spracherwerbs**
- Heft 4: **Förderung des Spracherwerbs**
- Heft 5: **Aphasie**
- Heft 6: **Myofunktionelle Störungen**
- Heft 7: **Dysarthrie/Dysarthrophonie**
- Heft 8: **Stottern bei Kindern**
- Heft 9: **Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen**
- Heft 10: **Gestörter Schriftspracherwerb**
- Heft 11: **Dysphagien**
- Heft 12: **Sprachentwicklung bei Mehrsprachigkeit**
- Heft 13: **Inklusion: Mit Sprache teilhaben**

Bestellungen werden nur schriftlich oder per Fax entgegengenommen. Ein Einzelheft ist gegen eine Schutzgebühr von € 1,- zuzüglich Portokosten unter der unten angegebenen Adresse zu beziehen. Bei größeren Bestellungen wird ein Rabatt gewährt. Fragen Sie bei Interesse nach. Wir informieren Sie gerne.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) · Werderstr. 12 · 12105 Berlin
 Telefon: 030/661 6004 · Telefax: 030/661 6024 · E-Mail: info@dgs-ev.de · Homepage: www.dgs-ev.de