



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bachelorprogramm
Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorarbeit

Thema: Subjektive Theorien erfahrener Logopädinnen zur Gestaltung und Wirkung der therapeutischen Beziehung in der Kindersprachtherapie

Erstprüfer/in	Frau Prof. Dr. Hilke Hansen
Zweitprüfer/in	Frau Christina Haupt
Vorgelegt von	Frau Lara Schulte
Matrikelnummer	747684
Ausgabedatum	27.12.2019
Abgabedatum	07.02.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	II
INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
ZUSAMMENFASSUNG	VII
ABSTRACT	VIII
1 EINLEITUNG	9
1.1 ALLGEMEINE PROBLEMBESCHREIBUNG	10
1.2 THEORETISCHER HINTERGRUND	11
1.2.1 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG IN DER LOGOPÄDIE	11
1.2.2 SPRACHTHERAPEUTISCHE KINDERTHERAPIE- DATEN UND FAKTEN	12
1.2.3 GRUNDLAGEN UND EINFLUSSFAKTOREN DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG IN DER LOGOPÄDISCHEN KINDERTHERAPIE	14
1.2.4 ALTERSSPANNE VON SECHS BIS DREIZEHN JAHREN	16
1.2.5 ZUSAMMENARBEIT MIT DEN ELTERN	17
1.2.6 WIRKUNG VON BEZIEHUNGSGESTALTUNG	19
1.2.7 KOMPETENZEN UND PERSÖNLICHKEITSEIGENSCHAFTEN DER THERAPEUTIN	21
1.3 ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN	24
2 METHODE	25
2.1 FORSCHUNGSPROGRAMM SUBJEKTIVE THEORIEN	25
2.2 STRUKTURLEGEVERFAHREN SIEGENER-VARIANTE	27
2.3 FALLAUSWAHL UND FELDZUGANG	29
2.4 DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG	31
2.4.1 PROBLEMZENTRIERTES INTERVIEW	31
2.4.2 TRANSKRIPTION	36
2.4.3 DEDUKTIV- INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG	37
3 ERGEBNISSE	39
3.1 SUBJEKTIVE THEORIE L1	40
3.2 SUBJEKTIVE THEORIE L2	49
3.3 GEMEINSAMKEITEN DER SUBJEKTIVEN THEORIEN	58
3.4 UNTERSCHIEDE DER SUBJEKTIVEN THEORIEN	61

4	DISKUSSION	62
4.1	ERGEBNISDISKUSSION	62
4.2	METHODENDISKUSSION	63
4.3	FAZIT UND AUSBLICK	66
	LITERATURVERZEICHNIS	68
	ANHANG	73
	ANHANG A: EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN	74
	ANHANG B: KURZFRAGEBOGEN	76
	ANHANG C: INTERVIEWLEITFADEN	78
	ANHANG D: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT L1 (T.I. L1)	83
	ANHANG E: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT L2 (T.I. L2)	87
	ANHANG F: POSTSCRIPT	90
	ANHANG G: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV- INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG L1	91
	ANHANG H: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV- INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG L2	93
	ANHANG I: TABELLARISCHE BEZUGNAHME ZU DEN EINZELNEN UNTERFRAGEN	95

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DIE FÜNF HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN SPRACHTHERAPEUTISCHER KLIENTEN	13
ABBILDUNG 2: SPRACHTHERAPEUTISCHE VERORDNUNGEN UND KLIENTEN NACH FACHARZTGRUPPEN	14
ABBILDUNG 3: STRUKTURKARTEN	28
ABBILDUNG 4: STRUKTURBILD L1	40
ABBILDUNG 5: STRUKTURBILD L2	49

Abkürzungsverzeichnis

FST	Forschungsprogramm Subjektive Theorien
PZI	Problemzentriertes Interview
SES	Sprachentwicklungsstörung
SSES	Spezifische Sprachentwicklungsstörung

Zusammenfassung

Einleitung

Die Beziehungsgestaltung in der ambulanten logopädischen Kindertherapie wird als bedeutend vermutet, jedoch kann diese Vermutung aufgrund einer dürftigen Studienlage bisher nicht bestätigt werden. Diese Arbeit soll daher durch die Erhebung von zwei Subjektiven Theorien den Wissensstand dieser Thematik erweitern und unterstützen und zudem als mögliche Grundlage für weitere Forschungsvorhaben dienen. Die Subjektiven Theorien erfassen inhaltlich das Verständnis von einer positiven Beziehungsgestaltung, sowie die Möglichkeiten, eine Beziehung positiv zu gestalten. Außerdem wird auf positive und negative Einflussfaktoren und schließlich auf die Wirkung einer positiven Beziehungsgestaltung ausführlich eingegangen.

Methoden

Im Rahmen des Forschungsprogramms Subjektive Theorien (FST) wurden zunächst problemzentrierte Interviews mit zwei Logopädinnen durchgeführt. Das entstandene Datenmaterial wurde nach Kuckartz (2018) transkribiert und mittels der deduktiv- induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Schließlich wurde, als Bestandteil des FST, ein Strukturbild mittels des Strukturlegeverfahrens nach der Siegener-Variante angefertigt.

Ergebnisse

Beide Subjektiven Theorien gehen davon aus, dass eine positive Beziehungsgestaltung Basis für ein therapeutisch- methodisches Vorgehen ist und eine Voraussetzung zur Zielerreichung darstellt. Zudem sind verschiedene Einflussfaktoren, die die Beziehungsgestaltung positiv oder negativ beeinflussen können, Bestandteil beider Subjektiven Theorien.

Diskussion

Aufgrund der geringen Probandenanzahl, der Befragung ausschließlich weiblicher Probanden und der Begrenzung des Alters der Kinder auf sechs bis dreizehn Jahre, können die Ergebnisse dieses Forschungsprogramms nicht als repräsentativ gewertet werden, dienen jedoch als mögliche Ausgangslage weiterer Studien.

Abstract

Introduction

The design of the relationship in the outpatient speech and language therapy with children is assumed to be significant. Nevertheless there is only sparse evidence of that assumption. With the inquiry of two *Subjektive Theorien* this project should extend the current knowledge of this subject matter and it could be useful as basis for further studies. The content of the *Subjektive Theorien* includes the understanding of positive relationship-designs and ways of how to create a positive relationship between the patient and the therapist. Furthermore the positive and negative factors of influence and the effect of positive relationship-designs will be presented.

Methods

In the context of the research program *Subjektive Theorien*, an interview with each speech and language therapist had to be conducted. In this study a problem-centered interview was chosen. The resulting data was transcribed by the transcribing regulations of Kukartz (2018). Additionally the data was analyzed by the deductive- inductive category formation by Kukartz (2018). As part of the research program *Subjektive Theorien* a structure image of each subjective theories has been created. The process of the creation of the structure image was realized by guidelines of the *Siegener-Variante*.

Results

Both of the *Subjektive Theorien* consider, that a positive relationship- design could be the basis of the therapeutic- methodical work. It could also appear as a precondition of achieving therapy goals. Moreover the *Subjektiven Theorien* assume that numerous factors affect the relationship- design positively or negatively.

Discussion

This study only includes a small number of random samples. Furthermore it only concentrates on female interviewpartners and children at the age of six to thirteen. In consequence the results of this study cannot be considered as representative. Nevertheless the outcome and conclusion of this project could be useful for further studies.

1 Einleitung

In der logopädischen Praxis werden verschiedene Störungsbilder aus den Bereichen Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken behandelt. In der Tätigkeit als Logopädin stehen die Therapeutinnen in einem engen und professionellen Kontakt zu ihren Patientinnen aber auch zu deren Begleitpersonen. Innerhalb des intensiven therapeutischen Kontaktes, den die Logopädinnen zu ihren Patientinnen und gegebenenfalls auch deren Bezugspersonen aufbauen, kann die Beziehungsgestaltung eine wesentliche Rolle im therapeutischen Prozess spielen. Bisher finden sich in der Literatur jedoch nur wenige Studien zu diesem Thema. Der Fokus dieses Forschungsprojektes liegt daher auf der Beziehungsgestaltung in der ambulanten logopädischen Therapie mit Kindern zwischen sechs bis dreizehn Jahren, um die bisher geringen Erkenntnisse und Vermutungen zu dem Thema Beziehungsgestaltung zu erweitern. Im Mittelpunkt steht die Erfassung von subjektiven Theorien zweier Logopädinnen zu ihrem Verständnis von Beziehungsgestaltung. Es werden Informationen erfasst, wie die Logopädinnen Beziehungen positiv gestalten, welche fördernden und hemmenden Faktoren ihrer Meinung nach Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben können und welche Wirkung eine positive Beziehungsgestaltung haben kann.

Die vorliegende Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Zunächst erfolgt eine allgemeine Problembeschreibung zum Thema Beziehungsgestaltung in der Kindertherapie, gefolgt von einer ausführlichen Darlegung des theoretischen Hintergrundes. Außerdem werden das Forschungsziel und die Forschungsfrage mit ihren entsprechenden Unterfragen vorgestellt.

Im Zentrum des Kapitels *Methode* steht die Vorstellung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien, sowie des Strukturlegeverfahrens der Siegener-Variante, mit welcher die Forschungsdaten des Projektes erhoben wurden. Weiterhin wird auf die Themen Fallauswahl und Feldzugang näher eingegangen. Schließlich werden die für das Forschungsprogramm gewählten Instrumente der Datenerhebung und -auswertung vorgestellt.

Der Ergebnisteil widmet sich der Beschreibung und Auswertung der beiden erhobenen Subjektiven Theorien. Zudem werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Subjektiven Theorien erläutert.

Schließlich werden die Ergebnisse und die für dieses Projekt angewandten Methoden diskutiert und es folgt ein Fazit mit möglichen Ausblicken und Überlegungen für weitere Forschungsprojekte.

Anmerkung zum Sprachgebrauch:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Femininums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der femininen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1.1 Allgemeine Problembeschreibung

In der Literatur wird die therapeutische Beziehungsgestaltung in der Logopädie als bedeutend angenommen und als ein allgemeiner Wirkfaktor diskutiert (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 134). Empirische Forschung findet man für den Bereich der Logopädie, bis auf wenige qualitative Studien (z.B. Fourie u.a. 2011, Hansen 2009) jedoch kaum (vgl. Bernstein u. Ratner 2006: 260; Beier 2018: 206f.; Ebert u. Kohnert 2010: 134; Baumgartner 2008: 172). Es bestehen demnach erst wenige theoretische Überlegungen zur allgemeinen Wirkung von therapeutischen Beziehungsgestaltungsprozessen in der Logopädie, insbesondere in der Kindertherapie. Zu der Beziehungsgestaltung in der Erwachsenentherapie sind vergleichsweise bereits mehr Studien zu finden (vgl. Fourie u.a. 2011: 311). Insgesamt werden jedoch zumeist spezifische Wirkfaktoren untersucht, indem einzelne logopädische Therapiemethoden auf ihre Wirkung erforscht werden (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 143). Studien zu allgemeinen Wirkungseffekten einer positiv verlaufenden therapeutischen Beziehungsgestaltung in Bezug auf den Verlauf und das Outcome einer Therapie wurden bislang nur selten realisiert (vgl. Hansen 2016: 221).

Im Vergleich zur Logopädie wurde die Beziehungsgestaltung in dem Bereich der Psychotherapie deutlich häufiger erforscht. Die Allianz zwischen Patientin und Therapeutin wird als ein bedeutender Faktor für effektive psychotherapeutische Behandlungen angesehen (vgl. Wienke Totura u.a. 2018: 41). Studien belegen, dass eine positive therapeutische Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie einen Einfluss auf einen besseren Gesundheitszustand, beziehungsweise psychischen Zustand und auf das Behandlungsergebnis der Patientinnen hat (vgl. ebd.: 41ff.).

Auch Fourie u.a. (2011) beschreiben, dass es durchaus glaubhaft ist, dass die Qualität der Beziehungsgestaltung zwischen Patientin und Therapeutin in der Logopädie eine wichtige Prädiktorvariable für den Behandlungserfolg sei. Diese Theorie sei jedoch noch deutlich unerprobt (vgl. Fourie u.a. 2011: 311). Ebert und Kohnert (2010) postulieren, dass bei der unzureichenden Beachtung des allgemeinen Wirkfaktors *therapeutische Beziehungsgestaltung* wichtige Informationen für den Behandlungsverlauf und das Thera-

pieoutcome ignoriert werden, obwohl diese hilfreich sein könnten, um Behandlungseffekte zu maximieren (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 134).

Dem Thema der Beziehungsgestaltung und ihrer Wirkung in der logopädischen Therapie wird somit eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Bestätigt werden konnten bislang bestehende Vermutungen und Annahmen bisher kaum.

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich daher mit den Subjektiven Theorien zweier erfahrener Logopädinnen im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung und ihrer möglichen Wirkung in der ambulanten Therapie mit Kindern zwischen sechs und dreizehn Jahren, um zur Erforschung dieses Themas beizutragen.

1.2 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Abschnitten soll zunächst erläutert werden, was unter einer therapeutischen Beziehung im Allgemeinen zu verstehen ist. Weiterhin wird auf die sprachtherapeutische Kindertherapie eingegangen. Hierzu werden unter anderem allgemeine Rahmenbedingungen, sowie auch die am häufigsten zu behandelnden Störungsbilder in der logopädischen Therapie mit Kindern erläutert. Auch die therapeutische Beziehung in der logopädischen Kindertherapie mit ihren Besonderheiten wird in diesem Kapitel aufgeführt. Auf die in der Forschungsfrage benannte Altersspanne von sechs bis dreizehnjährigen Kindern und Jugendlichen wird ebenfalls im Verlauf eingegangen. Schließlich wird auch die Rolle der Eltern beschrieben, sowie mögliche Konsequenzen und Wirkungen einer positiv erfahrenen Beziehungsgestaltung. Weiterhin wird auf Kompetenzen und Persönlichkeitseigenschaften der Logopädin eingegangen, welche den Verlauf von Beziehungsgestaltungsprozessen positiv beeinflussen können.

1.2.1 Therapeutische Beziehung in der Logopädie

Die therapeutische Beziehung zwischen Logopädin und Patientin wird in der Literatur auch als Rapport (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 143) oder als eine Allianz bezeichnet (vgl. Bartels u. Voll 2013: 77; Haring u. Siegmüller 2018: 209). Die therapeutische Allianz zwischen Logopädin und Patientin soll zur Verbesserung der zu behandelnden Defizite und Störungen beitragen (vgl. Bartels u. Voll 2013: 77). Daher spielt die Qualität der Allianz eine erhebliche Rolle im Therapieverlauf (vgl. ebd.: 78). Wird die Beziehung als positiv erlebt, wird eine Basis für erfolgreiche Lern- und Therapieprozesse geschaffen (vgl. Büttner

u. Quindel 2013: 104; Hansen 2016: 218). Sie bietet im therapeutischen Prozess ein Grundelement für das Schaffen und Aufrechterhalten einer Zusammenarbeit zwischen Patientin und Therapeutin (vgl. Hansen 2016: 218).

„Die gezielte Reflexion und Gestaltung dieser zielorientierten Beziehung wird als eine zentrale Aufgabe professioneller Akteure thematisiert“ (Hansen 2016: 218). Auch Hansen (2009) geht davon aus, dass die Beziehungsqualität zwischen Patientinnen, Therapeutinnen und auch Angehörigen, wie z.B. Eltern oder Ehepartner, ein entscheidender Faktor für das Therapieoutcome ist (vgl. Hansen 2009: 116f.). Ferner geht Hansen (2009) in ihrer qualitativen Untersuchung von Arbeitstypen und –mustern in der ambulanten logopädischen Therapie von vier grundlegenden Arbeitstypen aus: Kontaktarbeit, Ausrichtungsarbeit, Kooperationsarbeit und Veränderungsarbeit. In der nachfolgenden Ausführung wird jedoch nur auf die Kontaktarbeit eingegangen. Innerhalb der Kontaktarbeit versuchen die an der Therapie beteiligten Personen auf verschiedene Arten einen Kontakt zueinander herzustellen, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Das heißt, dass der Kontaktaufbau einen Zweck erfüllen soll. Es soll eine professionelle Beziehungsebene geschaffen werden um den Therapieprozess positiv zu beeinflussen und im besten Fall gemeinsame Therapieziele erreichen zu können (vgl. ebd.: 116).

Wichtig im Rahmen der therapeutischen Beziehung ist ein professionelles Nähe- und Distanzverhalten. Als förderlich für eine positive Beziehung und eine Veränderungsbereitschaft scheint es zu sein, einen „guten Draht“ untereinander zu erzielen (vgl. ebd.: 132). Jedoch sollte eine gewisse Distanz weiter bestehen und nicht das Gefühl einer Freundschaft vermittelt werden, zumal die Behandlung und somit auch die therapeutische Beziehung auf eine bestimmte Zeitdauer, je nach Störungsbild und -verlauf, begrenzt ist (vgl. ebd.: 116).

1.2.2 Sprachtherapeutische Kindertherapie- Daten und Fakten

Die Bereiche Phonologie und Phonetik decken in der Kindersprachtherapie einen großen Teil der kindlichen Sprachstörungen ab. Weiterhin werden in der Behandlung mit Kindern häufig Sprachentwicklungsstörungen behandelt, aber auch Redeflussstörungen wie Stottern, myofunktionelle Störungen oder auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. o.J.,o.S.). Dies ist lediglich eine Auflistung von Störungsbildern, die in der Kindertherapie häufiger behandelt werden und umfasst somit keine vollständige Abbildung möglicher Störungen die in der Logopädie behandelt werden. Laut WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) wurde 2019 bei 55,2% der AOK-Versicherten die Diagnose „F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des

Sprechens und der Sprache“ (WIdO 2019: 18) gestellt. Unter der Diagnose F80 versteht man eine Entwicklungsstörung, die sich auf einen unphysiologischen Spracherwerb im frühen Entwicklungsalter bezieht (vgl. DIMDI 2018 o.S.). „Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden“ (ebd.). Eine Beeinträchtigung der Sprache und des Sprechens kann weitreichende Folgen, wie Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb oder Defizite auf zwischenmenschlicher und emotionaler Ebene nach sich ziehen (vgl. ebd.). Aus der nachfolgenden Abbildung 1 wird deutlich, dass im Vergleich zu anderen Diagnosen wie zum Beispiel einer Dysphagie oder einer Stimmstörung, die umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache am häufigsten diagnostiziert wird (Stand 2018).

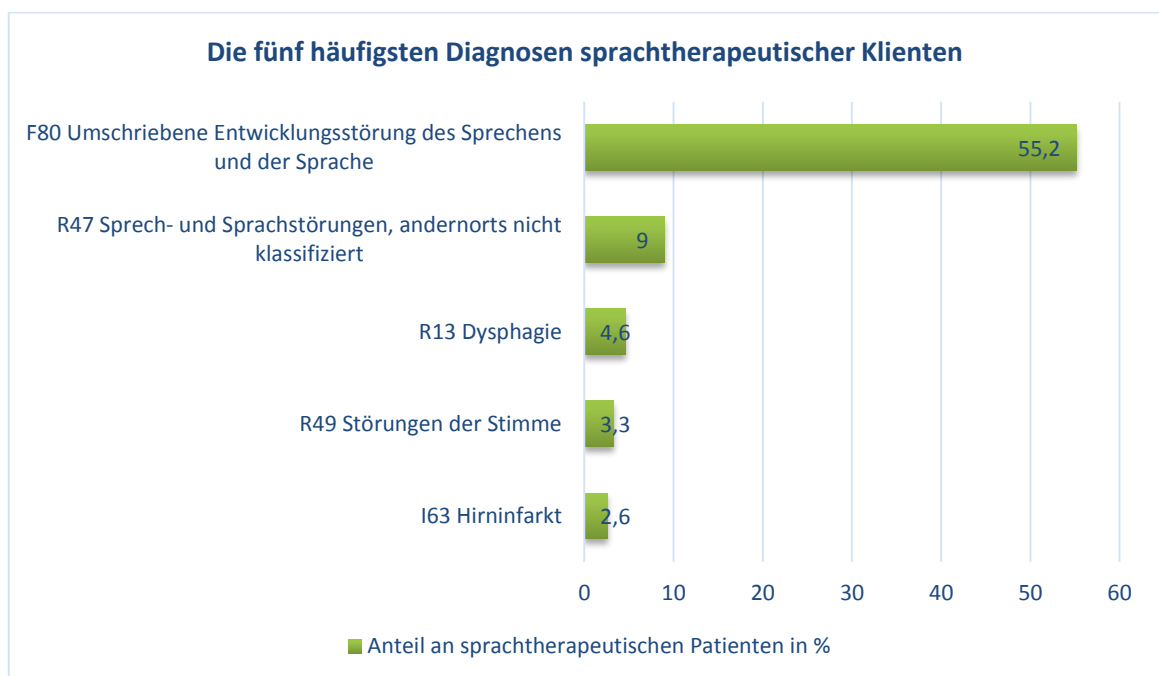


Abbildung 1: Die fünf häufigsten Diagnosen sprachtherapeutischer Klienten, Quelle: eigene Darstellung

Kinder- und Jugendärzte stellen die Facharztgruppe dar, die den überwiegenden Teil sprachtherapeutischer Heilmittelverordnungen ausstellt (vgl. WIdO 2019: 17). Die nachfolgende Abbildung 2 verdeutlicht grafisch, dass Kinderärzte im Vergleich zu Allgemeinmedizinern/ praktischen Ärzten, HNO- Ärzten, Psychiatern/ ärztlichen Psychotherapeuten/ Nervenärzten und weiteren Facharztgruppen den Großteil sprachtherapeutischer Verordnungen ausstellen. Kinder und Jugendliche stellen somit in der ambulanten logopädischen Praxis eine sehr große Patientengruppe dar.

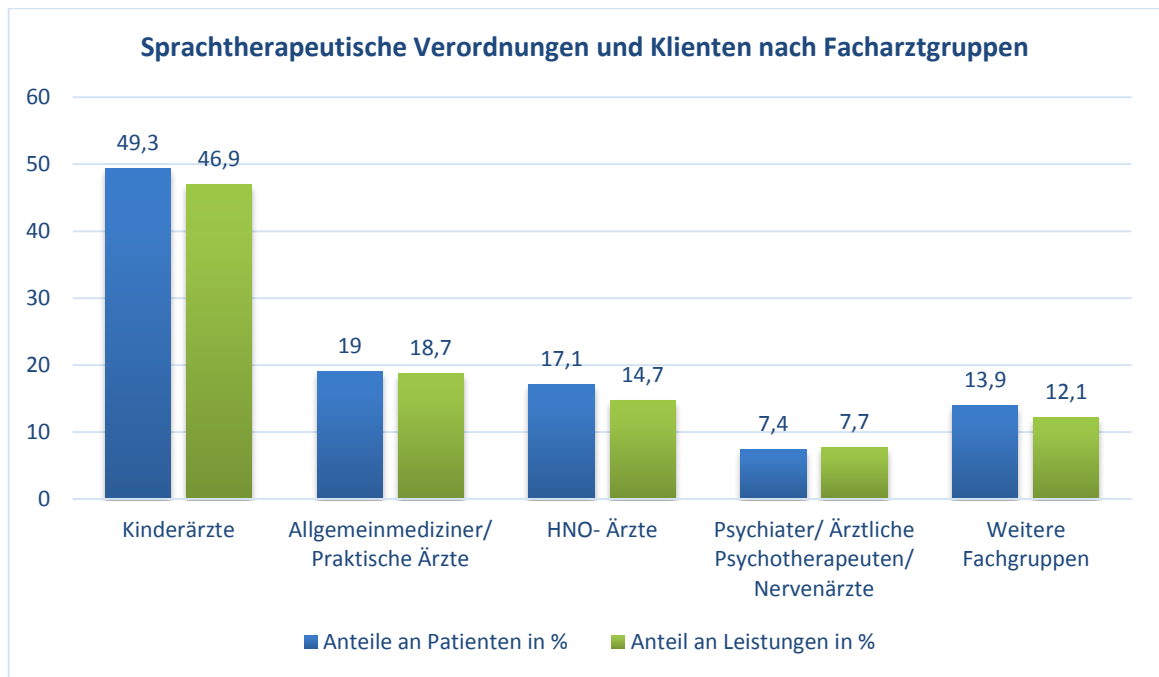


Abbildung 2: Sprachtherapeutische Verordnungen und Klienten nach Facharztgruppen, Quelle: eigene Darstellung

Je nach Störung, Schweregrad der Störung und Alter besucht das Kind einmal oder mehrmals wöchentlich die logopädische Praxis. In der Regel liegt die Therapiedauer bei 45 Minuten, sie kann aber auch für 30 oder 60 Minuten verordnet werden. Die Gesamtdauer der Behandlung weist große Unterschiede auf, sie kann Monate bis hin zu Jahren andauern. Therapeutin und Patientin verbringen somit häufig eine recht lange Zeitspanne miteinander, sodass eine gelungene Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung für die Patientin selber, aber auch für die Eltern und Therapeutin ist (vgl. Hansen 2009: 120).

1.2.3 Grundlagen und Einflussfaktoren der therapeutischen Beziehung in der logopädischen Kindertherapie

Kannengießer (2015) nennt drei wichtige Faktoren, welche zu Beginn einer Sprachtherapie wichtig sind. Zum einen sollte die Therapie auf *Befunde gestützt* sein, sodass vor Beginn der Therapie die Auffälligkeiten des Kindes intensiv und ausführlich diagnostiziert wurden. Weiterhin sollte die Therapie mit ihren Therapiezielen und -methoden *individuell* auf die jeweilige kindliche Patientin abgestimmt werden. *Spezifisch* sollte die Therapie ebenfalls gestaltet werden, wodurch zuvor gesetzte Ziele verfolgt werden, um spezifische sprachliche Strukturen oder Teilleistungen zu modifizieren und zu verbessern (vgl. Kannengießer 2015: 2). Diese Grundsätze sollten auch in der Erwachsenentherapie beachtet werden. Dennoch stellt die Kindersprachtherapie andere Anforderungen an die Therapie-

tin, als in der Erwachsenensprachtherapie. Kinder bringen andere Bedürfnisse mit in die Behandlung als erwachsene Klienten, sodass „die psychologischen Grundbedürfnisse des Kindes, das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Selbstwerterhöhung und schließlich Bindung“ (Baumgartner 2008: 174) geachtet werden sollten. Auch ihre Kognition ist noch in der Entwicklung, weshalb sie konkrete Sinneserfahrungen benötigen (vgl. Lohaus u. Vierhaus 2015: 116ff.). Therapeutinnen müssen daher Spiele, sowie andere Materialien altersentsprechend und attraktiv anbieten und in Interaktionen die entsprechende kognitive, soziale und auch emotionale Entwicklung beachten und dementsprechend adäquat handeln (vgl. ebd.).

Baumgartner (2008) beschreibt, dass Kinder und Jugendliche oft nicht aus ihrer eigenen Motivation zur Logopädie kommen, sondern aus der Motivation der Eltern (vgl. Baumgartner 2008: 167). Daher sei es von großer Bedeutung, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen eine solide therapeutische Beziehung aufzubauen, um ihre Motivation zu erhöhen und auf Basis einer freiwilligen Mitarbeit zusammenarbeiten zu können (vgl. ebd.). Die aktive Mitarbeit der jungen Patientin steht in engem Zusammenhang mit der Motivation und der Compliance und hat einen großen Einfluss auf das Therapieergebnis (vgl. Hammer u. Graf 2013: 11f.).

Wird die Beziehung als angenehm und gelungen empfunden, fühlt sich das Kind zudem wohl und kann sich auf kommunikativer, pragmatischer und sprachlicher Ebene angstfrei ausprobieren. Es kann in einer geschützten Therapiesituation, das Erlernte erproben und anwenden und wird dabei von der Therapeutin unterstützt (vgl. Baumgartner 2008: 167).

Dabei ist es seitens der Therapeutin auch wichtig, Zuversicht und Optimismus auszustrahlen, um das Kind oder den Jugendlichen weiterhin zur Mitarbeit zu motivieren (vgl. ebd.: 167f.). Voraussetzung für die Mitarbeit, aber auch die Bereitschaft zur Veränderung ist „eine stabile, vertrauenswürdige Beziehung“ (ebd.: 168). Motivation und Mitarbeit können dabei von verschiedenen Umweltfaktoren und Ressourcen positiv oder negativ beeinflusst werden. Faktoren wie schwierige persönliche Lebensumstände, fehlende oder inkorrekte Informationen zur Logopädie oder eine unzureichende Unterstützung durch die Eltern können negative Einflussfaktoren auf die Motivation, die Mitarbeit und auch die Beziehungsgestaltung sein (vgl. Grötzbach 2017: 25).

Auch das Zeitempfinden von Kindern unterscheidet sich von dem Erwachsener. Eine zu meist 45-minütige Therapie, kann dem Kind als äußerst langwierig erscheinen (vgl. ebd.: 64f.). Daher sollten die Therapiesequenzen spielerisch und für die Patientin ansprechend gestaltet werden, um das kindliche Zeitgefühl positiv zu beeinflussen. Baumgartner diskutiert zudem den Einfluss des therapeutischen Settings auf das Behandlungsergebnis. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema findet man in der Logopädie jedoch kaum (vgl. Baumgartner 2008: 309).

Als einen weiteren möglichen Einflussfaktor für den Behandlungserfolg und die Beziehungsgestaltung betrachtet Wildegger-Lack (2011) räumliche Aspekte. So bietet ein gut ausgestatteter Therapieraum dem Kind die Möglichkeit, verschiedene Spiele und Materialien frei auszuwählen und kann so einen Einfluss auf das Spiel- und Handlungssetting haben (vgl. Wildegger-Lack 2011: 42).

Auch „schnell wechselnde Gefühlslagen“ (ebd.: 64f.) des Kindes oder des Jugendlichen können der Logopädin ein hohes Maß an Konzentration und Beobachtungsfähigkeit, sowie Selbstsicherheit und Gelassenheit abverlangen (vgl. ebd.: 64f.).

Das Kind oder der Jugendliche wird zudem in den Therapiestunden, aber auch zuhause mittels häuslicher Übungen, immer wieder mit seinen Defiziten konfrontiert und muss sich immer wieder mit diesen auseinandersetzen (vgl. Hansen 2016: 218f.). Ein gegenseitig erbrachtes Vertrauen, sowie das Vertrauen in die Fachkompetenz der Logopädin können hierbei hilfreich sein (vgl. Baumgartner 2008: 170).

Es muss weiterhin bedacht werden, dass die in der Therapie entstehenden Interaktionen von alltäglichen Interaktionen des Kindes mit den Eltern oder Freunden deutlich abweichen. Während das Kind oder der Jugendliche in der Therapie etwas erzählt, kann es vorkommen, dass die Therapeutin die Patientin unterbricht, die Äußerungen berichtigt, bewertet oder mit der Patientin gemeinsam reflektiert. Dadurch werden innerhalb der therapeutischen Intervention zum Teil alltägliche Interaktionsregeln gebrochen. Daher ist es bedeutsam, „dass es den Beteiligten gelingt, eine Beziehung zu etablieren, in der die Übertretung alltäglicher Interaktionsregeln und systematisch unterschiedliche Kompetenzen akzeptierte Bestandteile sind“ (Hansen 2009: 122).

1.2.4 Altersspanne von sechs bis dreizehn Jahren

Wie bereits beschrieben unterscheidet sich die Therapie mit Kindern von der Therapie mit Erwachsenen. Aber auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich bezüglich des Alters deutlich. Es ergeben sich je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes andere Anforderungen an die Therapeutin. Daher wurde das Alter für dieses Forschungsprojekt auf sechs bis dreizehn Jahre eingegrenzt. Die Interviewpartnerinnen sollten sich daher im Wesentlichen auf diese Altersspanne fokussieren, was auch eine Erleichterung für die beiden befragten Logopädinnen sein sollte.

Die benannte Altersspanne beginnt mit sechs Jahren bei dem ungefähren Einschulalter (vgl. Landesregierung NRW 2015) und endet mit 13 Jahren, dem ungefähren Pubertätsbeginn. Laut einer Studie setzt bei den Jungen der Stimmbruch mit 13,1 Jahren und die erste Ejakulation mit 13,4 Jahren ein. Die Menarche beginnt bei den Mädchen in etwa mit

13,0 Jahren (vgl. Brix u.a. 2018: 70). Somit wurde die oberste Altersgrenze für die Bachelorarbeit auf 13 Jahre gesetzt.

Nach der psychoanalytischen Konzeption Sigmund Freuds sind Kinder bis zu einem Alter von sechs Jahren auf ihre Triebbefriedigung fokussiert. In der oralen Phase (0-1 Jahr) steht die Triebbefriedigung der Nahrungsaufnahme im Vordergrund, in der analen Phase (1-3 Jahre) liegt der Fokus auf der Nahrungsausscheidung. In der darauffolgenden phallischen Phase (3-6 Jahre) gewinnen die genitalen Zonen an Bedeutung. In der Latenzphase, die von sechs bis elf Jahre begrenzt wird, nimmt hingegen die intellektuelle Wissbegierde zu und Sachinteressen dominieren (vgl. Lohaus u. Vierhaus 2015: 11). Weiterhin fällt es Kindern mit zunehmendem Alter leichter, schlussfolgernd zu Denken und es gelingt ihnen besser, abstrakte Aufgaben zu lösen. Auch die metakognitiven Kompetenzen der Kinder steigen deutlich ab dem Grundschulalter. Es gelingt ihnen allmählich besser, sich mit Herausforderungen und Aufgaben auseinanderzusetzen (vgl. ebd.: 127f.). Die genannten Aspekte verdeutlichen, dass die logopädische Therapie mit jüngeren Kindern auf Grundlage des jeweiligen Entwicklungsniveaus anders gestaltet werden muss.

Weiterhin beschreiben Lohaus und Vierhaus, dass etwas ältere Kinder und Jugendliche über höhere kognitive Kompetenz verfügen als jüngere (vgl. ebd.: 129). Laut der kognitiven Theorie Jean Piagets gelingen sieben- bis elfjährigen Kindern in der sogenannten konkret- operationalen Stufe, realistische und logische Betrachtungen, sodass sich ein prozesshaftes Denken entwickelt. Die Kinder in dieser Stufe können sich auf mehrere Merkmale gleichzeitig konzentrieren und sie entwickeln Kompetenzen für das Planen und Koordinieren von Handlungen. Zudem entwickelt sich im späteren Verlauf der konkret- operationalen Stufe die Fähigkeit der Perspektivübernahme, sodass die Kinder Intentionen und Wünsche ihrer Mitmenschen wahrnehmen und berücksichtigen können (vgl. ebd.: 29). Dieser Aspekt ist von großer Bedeutung für eine gemeinsame Zusammenarbeit in der Logopädie und für die Gestaltung der Beziehung.

1.2.5 Zusammenarbeit mit den Eltern

Bisher wurde die Therapie mit Kindern beziehungsweise Jugendlichen eher kindzentriert gestaltet. Im Laufe der letzten Jahre hat sich nach und nach eine Verlagerung zu einer familienzentrierten Gestaltung gezeigt (vgl. Law u.a. 2019: 2; Buschmann 2013: 13). Das heißt, dass die Eltern, als in der Regel engste Bezugspersonen der Kinder, zunehmend in die logopädische Therapie integriert werden und Eltern und Therapeutin partnerschaftlich zusammenarbeiten (vgl. Buschmann 2013: 13). Zumeist sind es die Mütter, die ihre Kinder zur Logopädie begleiten und in die Therapie miteingebunden werden (vgl. Büttner u.

Quindel 2013: 158). Die Eltern sollten daher eine Offenheit und ein Vertrauen zur Therapeutin entwickeln können. Fühlen sich die Eltern bei der Therapeutin auf fachlicher wie auch auf zwischenmenschlicher Ebene gut betreut und können eine positive Beziehung zwischen ihrem Kind und der Logopädin beobachten, kann eine Zufriedenheit und ein Einverständnis zur Therapie resultieren. Zudem können die Eltern aktiv in den Therapieprozess und eine gemeinsame Arbeitsteilung mit eingebunden werden (vgl. Hansen 2009: 118ff.).

Wird ein Elternteil mit in die Therapie integriert, ist auch eine von den Eltern ausgehende Motivation zur Mitarbeit und zur Durchführung häuslicher Übungen möglich (vgl. Hansen 2016: 218f.). Die Unterstützung hat in der Regel einen fördernden Effekt auf die Compliance des Kindes. Fehlt jedoch die Unterstützung der Eltern, ergibt sich zumeist ein hemmender Einflussfaktor (Jakob u. Fischer 2013: 63f.). Es müssen hierbei jedoch die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe, Bildungs- und Sozialisationsniveaus bedacht werden, sodass nicht alle Kinder auf die gleiche Weise positiv unterstützt werden können (vgl. Buschmann 2013: 13).

Gelingt es, eine positive Beziehung zwischen Therapeutin, Bezugsperson und Kind herzustellen, sind alle Parteien motiviert und unterstützen sich, kann ein konstruktiver Einfluss auf das gemeinsame Arbeiten und das Erreichen von Therapiezielen resultieren (vgl. Baumgartner 2008: 170).

Judisch (2017) beschreibt in ihrer qualitativen Studie, dass es Eltern wichtig sei, eine vertrauensvolle und angenehme professionelle Beziehung zur Logopädin ihres Kindes aufzubauen. Sie legen Wert auf eine von Offenheit geprägte Kommunikation, welche auf die Eltern einen beruhigenden Einfluss hat (vgl. Judisch 2017: 9). Neben der verbalen Kommunikation verstehen die Erziehungsberechtigten auch schriftlich fixierte Informationen als bedeutend, sodass besprochene Themen oder Übungen nicht in Vergessenheit geraten (vgl. ebd.: 10). Außerdem sollte die Logopädin auf die Fragen und Bedürfnisse der Eltern eingehen, was eine positive Beziehung erleichtern kann (vgl. ebd.: 17).

Ferner legen Eltern auf kontinuierliche Verlaufsbesprechungen Wert, dadurch möchten sie erfahren, ob und inwieweit sich ihr Kind entwickelt hat (vgl. ebd.: 11).

Verschiedene Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften der Therapeutin wie Sachlichkeit, Freundlichkeit, Begeisterung/ Spaß, Verlässlichkeit und Geduld erleichtern für Eltern und Kind den Kontaktaufbau zur Logopädin (vgl. ebd.: 12f.). Buschmann (2013) ergänzt die Faktoren Achtung und Wertschätzung (vgl. Buschmann 2013: 13).

Eltern beobachten, wie es dem Kind im Kontakt mit der Therapeutin geht und wie es sich verhält. Dabei ist ihnen besonders wichtig, dass das Kind sich wohl fühlt (vgl. Judisch 2017: 10).

Insgesamt wird durch die Studie von Judisch (2017) deutlich, dass es den Eltern wichtig ist, dass es ihrem Kind in der logopädischen Therapie gut geht, dass es sich wohlfühlt und eine angenehme professionelle Beziehung zur Logopädin aufbaut. Ihnen ist aber auch wichtig, dass ein guter Kontakt zwischen ihnen selber und der Therapeutin entsteht. Die Eltern wollen sich mit ihren Fragen und Ängsten gut bei der Logopädin aufgehoben fühlen. Es handelt sich hierbei jedoch um eine qualitative Studie, in welcher lediglich zwei Mütter zu diesem Themengebiet interviewt wurden. Die Aussagen der Mütter können daher nicht auf die Gesamtheit der Eltern verallgemeinert werden.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Einbindung der Eltern in die Therapie und der Aufbau einer positiven Beziehungsebene zwischen Patientin, Eltern und Therapeutin einen fördernden Einflussfaktor für den Therapieprozess darstellen (vgl. Baumgartner 2008: 170).

1.2.6 Wirkung von Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeutin und Patientin wird als ein alltägliches und wesentliches Merkmal in den Gesundheitsfachberufen verstanden (vgl. Fourie u.a. 2011: 310) und als ein Wirkfaktor in der Literatur diskutiert (vgl. Steiner 2018: 57). Wie in der Problembeschreibung erläutert, bestehen jedoch kaum theoretische Überlegungen oder Belege zur Wirkung von Beziehungsgestaltung in der Kindersprachtherapie (vgl. z.B. Bernstein u. Ratner 2006: 260; Beier 2018: 206f.; Ebert u. Kohnert 2010: 134; Baumgartner 2008: 172). Insbesondere im Vergleich zur Psychotherapie wird die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie nur sehr selten berücksichtigt (vgl. Göldner u.a. 2017: 16). In der Recherche zu dieser Arbeit konnten unzählige Artikel und Studien zu dem Themenbereich der therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie gefunden werden, jedoch nur sehr wenige in der Logopädie. Zwar sind Ähnlichkeiten zum Beispiel bezüglich der Rahmenbedingungen und des therapeutischen Selbstverständnisses in der Psychotherapie und der Logopädie festzustellen (vgl. Göldner 2017: 12), dennoch ist unklar, inwieweit die beiden Fachgebiete bezüglich der therapeutischen Beziehungsgestaltung vergleichbar sind (vgl. Baumgartner 2008: 167).

In der Literatur wird beschrieben, dass das Augenmerk in der Logopädie vielmehr auf der Untersuchung und Erforschung von spezifischen Wirkfaktoren liegt, sodass primär spezifische sprachtherapeutische Maßnahmen und Methoden auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 143). Allgemeine Wirkfaktoren, wie die Beziehungsgestaltung, wurden bisher in der Kindersprachtherapie kaum untersucht (vgl. Bernstein Ratner 2006: 260; Beier 2018: 206f.; Ebert u. Kohnert 2010: 134). Es wird jedoch ange-

nommen, dass eine gelungene Beziehungsgestaltung die Patientenzufriedenheit (vgl. Hills u. Kitchen 2007: 99ff.), die Compliance (vgl. Bartels u. Voll 2013: 106; Steiner 2018: 57) und das therapeutische Behandlungsergebnis (vgl. Hall u.a. 2010: 1103ff.; Ebert u. Kohnert 2010: 133) beeinflussen kann. Steiner versteht die Beziehungsebene als einen entscheidenden Wirkfaktor im sprachtherapeutischen Kontext, da nur mit einer positiven Beziehung als Grundlage eine angemessene Kooperation zwischen der Therapeutin, der Patientin und auch den Eltern entstehen kann (vgl. Steiner 2018: 57). Eine angemessene Kooperation und Zusammenarbeit trägt dazu bei, eine „Aufnahmebereitschaft für Ressourcen“ (Baumgartner 2008: 170) zu entwickeln und ist somit eine Voraussetzung für die Zielerreichung in der Therapie (vgl. Steiner 2018: 57). Hansen (2016) ergänzt, dass die therapeutische Beziehung eine Basis ist, um sich auf Veränderungsprozesse, welche von Unsicherheiten, Anstrengungen und Ängsten begleitet werden, einlassen zu können (vgl. Hansen 2016: 219). Die positive Beziehung wird daher in der Literatur als ein Hilfsmittel oder auch Schmiermittel (vgl. Duchan u. Kovarsky 2011: 1) verstanden, um die Mitarbeit und Motivation in den logopädischen Übungssituationen zu unterstützen (Hansen 2016: 219). Die therapeutische Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin kann einen großen und entscheidenden Einfluss auf die Compliance der Patientin haben. Gelingt es nur schwer, eine positive gemeinsame Beziehungsebene aufzubauen, kann dies einen negativen Einfluss auf das gewünschte Behandlungsergebnis haben (vgl. Jakob u. Fischer 2013: 69). Daher ist es wichtig störungs- aber auch patientenorientiert zu arbeiten und der Patientin somit zu vermitteln, dass auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird. Die Patientin sollte zudem zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Compliance mit in die Planung der Behandlung und die Formulierung von Zielen eingebunden werden (vgl. ebd.). Die Patientinnen können sich dadurch in der Therapiesituation verstanden und wohlfühlen. Hansen (2016) beschreibt, dass die Patient-Therapeut-Beziehung als eine Art Schutzraum fungieren kann „der es Patienten ermöglicht, ihre eigene Bedürfnislage zu erkennen, Unsicherheit zu riskieren und Veränderungen geschützt zu erproben und umzusetzen“ (Hansen 2016: 220). Auch Katz-Bernstein und Subellok haben eine ähnliche Auffassung und sprechen von einem „safe-place“, in welchem sich die Kinder geschützt sprachlich entwickeln und öffnen können (vgl. Katz-Bernstein 2013: 166ff.; Subellok u.a. 2012: 88f.). Hansen (2016) ergänzt, dass eine positive Beziehung eine Veränderung auf sozial-kommunikativer oder emotionaler Ebene bewirken kann (vgl. Hansen 2016: 218f.). Die hier beschriebenen möglichen Wirkungen einer positiven Beziehungsgestaltung sind lediglich Vermutungen und wurden bisher nicht wissenschaftlich erforscht und belegt.

1.2.7 Kompetenzen und Persönlichkeitseigenschaften der Therapeutin

Die Rolle von Sprachtherapeutinnen mit ihren individuellen Kompetenzen und Eigenschaften wurde bisher kaum untersucht, obwohl vermutet wird, dass die Behandlerinnen einen äußerst wichtigen Einfluss auf Behandlungsergebnisse haben können (vgl. Ebert u. Kohnert 2010: 133ff.). In einer explorativen Studie stellen Ebert und Kohnert (2010) fest, dass manche Sprachtherapeutinnen im Vergleich zu anderen effektivere Therapien durchführten, unabhängig davon, welche Behandlungsmethode gewählt wurde. Man vermutet daher, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften der Therapeutin einen Einfluss auf die Effektivität der Behandlung haben können (vgl. ebd.: 135). Dennoch sind dies bisher nur Vermutungen, da nur unzureichende Studien und Untersuchungen zu diesem Thema in der Logopädie zur Verfügung stehen (vgl. ebd.: 135ff.). In der Psychotherapie bestehen hingegen zahlreiche Studien zu dieser Thematik. Wöller (2016) beschreibt, dass in Untersuchungen herausgefunden wurde, dass die Therapeutenpersönlichkeit und eine positive therapeutische Beziehung in der Psychotherapie mit ca. 80% den Therapieerfolg maßgeblich beeinflussen. Wichtige Therapeuteneigenschaften seien Flexibilität, Erfahrung, Respekt, Vertrauen, Zuversicht, Interesse, Wachheit, Freundlichkeit, Offenheit und Wärme (vgl. Wöller 2016: 106). Diese Ergebnisse können zwar als ein Vergleichswert dienlich sein, jedoch nicht vollständig von dem Bereich der Psychotherapie auf die Logopädie übertragen werden.

Fourie (2009) führte zu diesem Themenbereich für die Logopädie eine qualitative Studie durch, welche sich jedoch auf die Erwachsenentherapie begrenzte. Folgende therapeutische Kompetenzen wurden von den in der Studie interviewten Probanden als positiv empfunden: verständnisvoll, liebenswürdig, gebildet und inspirierend sein. Als für die Therapie fördernde therapeutische Verhaltensweisen wurden die folgenden Parameter festgehalten: zuversichtlich, beruhigend, zweckmäßig und befähigend sein (vgl. Fourie 2009: 989). Ferner werden patientenorientierte Gesprächskompetenzen als bedeutend für die Beziehungsgestaltung und als grundlegende logopädische Kompetenzen angesehen (vgl. Büttner u. Quindel 2013: 80). Beushausen und Grötzbach (2011) beschreiben, dass die Interaktion und die Beziehungsgestaltung wesentliche Faktoren für den Verlauf der Therapie darstellen (vgl. Beushausen u. Grötzbach 2011: 38). Empathie, das Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen, aktives Zuhören und Humor werden als wichtige Eigenschaften der Therapeutinnen angesehen (vgl. ebd.: 38ff.). Klemme u.a. (2015) ergänzen Optimismus, Akzeptanz der Patientin und das Herstellen einer Vertrauensbasis als therapeutische Verhaltensweisen und betrachten diese als eine therapeutische Grundhaltung (vgl. Klemme u.a. 2015: 64). Die Persönlichkeit, die individuellen Charaktereigenschaften, sowie kommunikative und soziale Kompetenzen der Logopädin beeinflussen die Gesprächs- und Beziehungsgestaltung ebenso. Beushausen und Grötzbach

(2011) sprechen hier von interpersonellen Fähigkeiten, welche die Therapieeffektivität beeinflussen (vgl. Beushausen u. Grötzbach 2011: 46). Die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeutin und Patientin wird im Rahmen des Clinical Reasoning durch das interaktive Reasoning unterstützt. Hierbei schafft der soziale Austausch eine Verbindung zwischen den beiden Personen und hilft der Logopädin, den Kontext der Patientin besser zu verstehen und entsprechend reagieren und agieren zu können (vgl. Klemme u.a. 2015: 63). Auf Grundlage dessen kann eine gut funktionierende, professionelle und tragfähige Beziehung entstehen. Diese ist „unerlässlich für die therapeutische Arbeit, bei der ein zielgerichtetes, gemeinsames Tun im Mittelpunkt steht“ (ebd.: 63f.). Demnach wird die therapeutische Beziehung als eine der wichtigsten Faktoren im Rehabilitationsprozess angesehen. Daher sollten Logopädinnen sich kontinuierlich darum bemühen, eine professionelle therapeutische Beziehung zu ihren Patientinnen zu gestalten und aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.: 64). Aus den zusammengetragenen Ergebnissen wird deutlich, dass unter anderem der Therapieerfolg nicht alleine von der Therapiemethode abhängt, sondern die Beziehungsgestaltung zwischen Logopädin und Patientin, sowie die Persönlichkeitseigenschaften der Therapeutin wesentlich dazu beitragen können. Für die Therapieeffektivität können unter anderem folgende Prädiktorvariablen festgehalten werden: „das Eingehen eines Arbeitsbündnisses und das Ermöglichen der Identifikation mit dem Therapeuten, sowie Therapeutenvariablen wie Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz, Echtheit.“ (Beushausen u. Grötzbach 2011: 48).

In einer qualitativen Studie von Fourie u.a. (2011) wurde die sprachtherapeutische Beziehung aus der Perspektive von sechs Kindern in einem Alter von fünf bis zwölf Jahren untersucht. In den dafür halbstrukturierten Interviews beschrieben die Kinder ihre Therapieerfahrungen in Bezug auf folgende Themen: die Logopädin als Quelle von Spiel und Spaß, Machtgefälle zwischen Therapeutin und Patientin, Vertrauen, Routinen und Rituale, Rolle der Logopädin sowie das äußere Erscheinungsbild der Therapeutin (vgl. Fourie u.a. 2011: 310). Die Rolle von Spielen und Spaß, aber auch kleinen Belohnungen in der Therapie, beschrieben einige der interviewten Kinder als relevant. Diese Faktoren scheinen eine motivierende Funktion bezüglich der Leistungen der Kinder zu haben (vgl. ebd.: 316). Zu dem Thema des Machtgefälles zwischen dem Kindklienten und der Logopädin beschrieb ein Mädchen, dass ihre Therapeutin ihr nie vor Augen hielt, dass sie ein Problem habe und, dass die Behandlerin einfache Wörter gewählt habe, sodass sie verstehen konnte, worum es in der Therapie ging. Die Therapeutin begegnete dem Mädchen somit auf Augenhöhe.

Ein anderes Kind beschrieb, dass sie die Logopädin sogar als eine Art Freundin auf Zeit ansah, der sie vertrauen konnte (vgl. ebd.: 316f.). Nicht alle Kinder sagten jedoch aus, dass sie ihren Behandlerinnen vertrauten. Ein Junge beschrieb beispielsweise, dass seine

Therapeutin mehrfach ein Versprechen gebrochen habe, wodurch er ihr nach einiger Zeit nur noch wenig Vertrauen schenken konnte (vgl. ebd.: 317f.).

Zu den Routinen und Ritualen gehörten für die Kinder zum Beispiel die Begrüßung des Kindes im Wartebereich, das Helfen beim Ablegen und Aufhängen der Jacke, das Abfragen der Befindlichkeit oder das Vergeben von Aufklebern für eine gute Mitarbeit. Diese Rituale haben die Kinder als sehr positiv empfunden, welche auch die Beziehungsebene positiv beeinflussten (vgl. ebd.: 318).

Bezugnehmend zum Rollenverständnis der Behandlerin machten einige der Kinder deutlich, dass sie nicht zwischen Therapeutin, Lehrerin oder Ärztin differenzieren konnten. Häufig wurden Sprachtherapeutinnen mit Lehrerinnen nahezu gleichgestellt (vgl. ebd.: 319).

Für einige Kinder spielte auch das physische Erscheinungsbild der Therapeutin eine Rolle. Zwei der Kinder beschrieben, dass sie hübsch sein sollte (vgl. ebd.: 320).

Das Ergebnis dieser Studie zeigt zusammenfassend, dass die meisten Kinder gerne zur Logopädie gingen und, dass eine positive Beziehung aufgebaut werden konnte, wenn die Therapie Spaß und Spiele implizierte. Spaß und Spiele können somit dazu beitragen eine gute Beziehung aufzubauen und zu gestalten. Viele Behandlerinnen sehen einen hilfreichen Zweck des Spielens, da Spielen den angeboren Antrieb zur Entwicklung von Selbstkontrolle, sowie von emotionaler und kognitiver Weiterentwicklung darstellt (vgl. ebd.). Auch Vertrauen wird als großer Einflussfaktor in der Therapie angesehen. Ohne eine Vertrauensbasis kann die Kooperationsbereitschaft des Kindes gemindert sein. Eine positive Beziehung kann daher nicht vollständig aufgebaut werden, wodurch das Erreichen von Therapiezielen erschwert wird (vgl. ebd.: 321). Die Routinen und Rituale werden zumeist am Anfang und Ende der Therapie eingebaut. Sie sollen den Kindern ein Gefühl des sich wohlfühlen Könnens vermitteln (vgl. ebd.). Das Rollenverständnis der Therapeutinnen ist vielen Kindern unklar. Die Behandlerin sollte daher versuchen, die Rolle jedes Einzelnen, der an der Therapie teilnimmt (Kind, Bezugsperson, Therapeutin), verständlich zu definieren. Es ist von hoher Bedeutung, dass sowohl die Kinder, als auch die Eltern die Funktion und den Zweck der Therapie verstehen, um eine Mitarbeit zu begünstigen und eine gute Beziehungsgrundlage zu schaffen (vgl. ebd.).

Insgesamt war den Kindern insbesondere wichtig, dass die Therapien von Spiel und Spaß, von Gleichwertigkeit und von Strukturen mittels Ritualen geprägt sind. Ferner ist es von großer Bedeutung, dass die Therapeutinnen die individuellen Ziele der Kinder erkennen und dass die Therapie in einer sicheren und vertrauten Umgebung stattfindet (vgl. ebd.: 322).

1.3 Ziel und Fragestellungen

Wie bereits erläutert, wird angenommen, dass die Beziehungsgestaltung in der Kindersprachtherapie ein wichtiger Wirkfaktor ist. Bisher konnte diese Annahme aufgrund der dürftigen Studienlage jedoch nur unzureichend bestätigt werden. Zudem sind Handeln und Interaktion im konkreten Therapieprozess nur schwer messbar. Daher wurden die Subjektiven Theorien als exploratives Forschungsdesign gewählt, um nähere Informationen zu diesem Thema aus individueller Sicht zweier erfahrener Logopädinnen zu erhalten und somit eine mögliche Orientierungshilfe für Therapeutinnen zu schaffen und einen Zugang zu den möglicherweise handlungsleitenden individuellen Theorien zu erhalten.

Mit diesem Ziel als Ausgangslage ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche Subjektiven Theorien haben zwei erfahrene Logopädinnen zur Gestaltung einer positiven Beziehung in der ambulanten logopädischen Therapie mit Kindern in einem Alter von sechs bis dreizehn Jahren?

Folgende Unterfragen können hierzu abgeleitet werden:

- Was kennzeichnet eine positive Beziehung in der logopädischen Therapie?
- Wie kann eine positive Beziehung erfolgreich gestaltet werden?
- Was unterstützt oder hemmt einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung?
- Welche Konsequenzen und Wirkungen hat eine positive Beziehungsgestaltung?

Die Subjektiven Theorien der beiden befragten Logopädinnen sollen abschließend miteinander verglichen werden. Dazu wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zeigen die beiden Subjektiven Theorien?

2 Methode

In diesem Kapitel wird die praktische Vorgehensweise des Forschungsprojektes detailliert beschrieben. Zunächst wird ausführlich auf das Forschungsprogramm Subjektive Theorien eingegangen, gefolgt von der Beschreibung des Strukturlegetverfahrens der Siegener-Variante. Zudem werden die Fallauswahl und der Feldzugang für das Projekt näher erläutert. Um eine Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit zu erzielen wird auf die Datenerhebung und -auswertung eingegangen. Die Daten wurden durch das problemzentrierte Interview (PZI) erhoben und schließlich nach den Transkriptionsvorgaben nach Kuckartz (2018) transkribiert und der deduktiv- induktiven Kategorienbildung kategorisiert.

2.1 Forschungsprogramm Subjektive Theorien

Zum jetzigen Forschungsstand bestehen nur unzureichende empirische Untersuchungen und Belege bezüglich der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeutin und kindlicher Patientin, sowie ungenügende Belege zum Verständnis und der Wirkung von Beziehungen. Daher wurden die Subjektiven Theorien als exploratives Forschungsdesign gewählt. Das methodische Vorgehen hat zum Ziel, „der Welt- und Selbstperspektive der Untersuchungspartner_innen möglichst nahekommen und die Rekonstruktionsadäquanz durch Rückversicherungen im Dialog zu validieren“ (Kindermann u. Riegel 2016: 4). Es kann „sich dabei unter dem Handlungsdruck der Alltagsrealität selbstverständlich nicht um systematisch abgesicherte intersubjektive Theorien (wie in der Wissenschaft) handeln, sondern nur um solche aus der je individuellen, subjektiven Sicht.“ (Mey u. Mruck 2010: 152). Mittels dieses Forschungsprogramms können somit relevante Erfahrungsberichte, Ideen oder Meinungen erfasst werden und als mögliche Grundlage für weitere Forschungsvorhaben dienen. Insbesondere dadurch, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung nicht direkt beobachtbar und durch Beobachtungen auswertbar ist, wurde bewusst das experimentelle Forschungsprogramm Subjektive Theorien gewählt, da es die Möglichkeit bietet auf der Basis des Erfahrungswissens von Therapeutinnen Antworten und Erkenntnisse zu erhalten.

Im Folgenden wird das Forschungsprogramm Subjektive Theorien (FST) ausführlich beschrieben. Das epistemologische Forschungsprogramm Subjektive Theorien nach Groeben, Wahl, Schlee und Scheele (1988) verfolgt einen anthropologischen Ausgangspunkt. Hier wird der Mensch, als Ausgangspunkt für die Modellierung des Forschungsansatzes,

als ein reflexives und selbstbestimmt handelndes Subjekt verstanden. Das FST verfolgt somit eine gegensätzliche Auffassung zum behavioristischen Ansatz, welcher davon ausgeht, dass Menschen durch äußere Reize gesteuert werden (vgl. May u. Mruck 2010: 151). Im Sinne des FST wird jedem einzelnen Menschen die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt zugesprochen, um schließlich „in der Reflexion dieses Beziehungsgefüges zu strukturierten und handlungsleitenden Einsichten zu kommen und so über strukturanaloge Funktionen zum wissenschaftlichen Theoretisieren zu verfügen“ (Kindermann u. Riegel 2016: 3).

Der grundlegende Ausgangspunkt des FST ist „die [mit anderen Personen kommunizierbare] subjektive, intentionale Sinndimension des Handelns“ (Groeben u. Scheele 2010: 153). Um diese Sinndimension des Handelns angemessen kommunizieren und reflektieren zu können, sind im Rahmen des FST zwei Phasen vorgesehen.

Die erste Phase umfasst die „Erhebung/Beschreibung der intentionalen Innensicht der/des Handelnden [und] das Verstehen der Gründe und Ziele“ (Mey u. Mruck 2010: 154). Für die hier vorliegende Bachelorarbeit wurden die Innensicht und letztlich die Inhalte der Subjektiven Theorien im Rahmen des FST zunächst durch Interviews mit zwei erfahrenen Logopädinnen erhoben. Bei der Erhebung der Inhalte wird für das FST häufig das halbstandardisierte Interview genutzt, um offene und hypothesen- und theoriegerichtete Fragen zu stellen (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 4). Für dieses Projekt wurde in Anlehnung an das problemzentrierte Interview (PZI) (Witzel 1982,1985) gearbeitet, um umfangreiche Narrationen der Interviewpartnerinnen hervorzurufen. Zusätzlich wurden aber auch theorie- und hypothesengeleitete Fragen gestellt (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 4), um dem Forschungsprogramm Subjektive Theorien gerecht zu werden. Die Inhalte des Interviews wurden vorbereitend für die nachfolgende Strukturlegesitzung von der Versuchsleiterin analysiert und mittels der deduktiv- induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Laut Groeben u.a. „extrahiert der Forscher [nach dem Interview] daraus die seiner Meinung nach wichtigsten Konzepte“ (Groeben u.a. 1988: 154), welche insbesondere durch qualitative Analyseverfahren erhoben werden (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 12). In einem zweiten Termin wurden die extrahierten Ergebnisse, welche auf Konzeptkarten festgehalten wurden, in eine strukturelle Beziehung gesetzt, wodurch ein sogenanntes Strukturbild entstand (vgl. ebd.: 5). Im Rahmen des zweiten Termins wurde somit eine kommunikative Validierung vorgenommen.

Die Vorgehensweise des Strukturlegens unterscheidet sich von Forschungsprogramm zu Forschungsprogramm. Zum einen kann sich die Forschungsleiterin dazu entscheiden, das Strukturbild selber zu erstellen und dieses von der Interviewpartnerin validieren zu lassen. Zum anderen besteht die häufiger gewählte Möglichkeit, das Strukturbild von der Untersuchungspartnerin selbst entwickeln zu lassen (vgl. ebd.: 10). In dem vorliegenden For-

schungsprojekt wurde die zweite Variante gewählt, sodass auch das Strukturbild rein subjektiv und ohne mögliche Beeinflussung durch die Interviewleiterin, von den Interviewpartnerinnen entworfen wurde. Das Strukturlegeverfahren, inklusive der Anfertigung des Strukturbildes, diente als eine graphische Visualisierung der Subjektiven Theorien (vgl. Scheele 1992: 3). Durch die beiden methodischen Schritte wurde demnach zunächst die Erhebung der kognitiven Inhalte der Subjektiven Theorien vorgenommen, welche anschließend in eine strukturelle Beziehung gesetzt wurden (vgl. ebd.). Nach Abschluss des Strukturlegens, sollten die Interviewpartnerinnen die ihrer Meinung nach wichtigsten Elemente zusammenfassend kommentieren (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 10).

Die zweite Phase des FST beinhaltet eine explanative Validierung, in welcher geprüft werden soll, „inwieweit sich die rekonstruierten subjektiven Theorien auch im tatsächlichen Handeln zeigen und damit handlungssteuernd wirken.“ (ebd. 2016: 3f.). Die zweite Phase des FST ist allerdings nicht zwingend vorgesehen (vgl. ebd.: 4). Dieser Aspekt des FST wird hier nicht näher erörtert, da eine anschließende explanative Validierung den Rahmen dieses Forschungsprojektes überschreiten würde.

2.2 Strukturlegeverfahren Siegenger-Variante

Für die Bachelorarbeit wurde als Strukturlegverfahren die Siegenger-Variante der Legestrukturen ausgewählt. Das Strukturlegeverfahren dient der Rekonstruktion und Darstellung der jeweiligen Subjektiven Theorien (vgl. Scheele 1992: 2). Im Rahmen der Strukturlegetechnik wird ein Strukturbild der Subjektiven Theorien erstellt. Im Folgenden wird das Legematerial näher erläutert.

Als Grundlage dienten die ausgewerteten Äußerungen der Logopädinnen aus den Interviews. Mittels der deduktiv- induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2018) wurden Kategorien für die essentiellen Inhalte des Interviews gebildet, welche auf sogenannten Inhaltskarten schriftlich festgehalten wurden. Die Inhaltskarten wurden im Rahmen der Strukturlegesitzung von den Interviewpartnerinnen mit Strukturkarten in eine strukturelle Verbindung gesetzt. Die Siegenger-Variante sieht eine Auswahl von sechs Strukturkarten, welche in untenstehender Abbildung (vgl. Abbildung 3) dargestellt werden, vor, um die komplexen Strukturen zu vereinfachen und zu reduzieren (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 14). Folgende Relationen für die Strukturkarten wurden genutzt: „zum Beispiel“, „das ist/ das heißt“, „führt zu“, „Voraussetzung für“, „aber“ und „Oberkategorie/ Unterkategorie“ (vgl. ebd.). Im oberen Teil der Strukturkarten wurden Symbole genutzt, wie beispielsweise ein Pfeil, stellvertretend für „das führt zu“ oder ein Gleichheitszeichen für „das

ist/ das heißt“. Im unteren Bereich der Karte wurden die oben genannten Relationen ausformuliert und schriftlich fixiert (vgl. ebd.).

=	→	<u>Manif.</u>
das ist/ das heißt	das führt zu	z.B.
/ \	<	~
Oberkategorie/ Unterkategorie	Voraussetzung für	aber

Abbildung 3: Strukturkarten, Quelle: eigene Darstellung

Zusätzlich konnten weitere Materialien genutzt werden, welche im Rahmen des FST bisher keine Anwendung fanden. Zu diesen Materialien zählen Bindfäden, sowie farbige und weiße Blankokarten, sowohl für Inhalts- als auch für Strukturkarten. Mittels dieser optischen Strukturierungshilfen können unter anderem wichtige Strukturen hervorgehoben werden (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 15). Die Interviewpartnerinnen nutzten die weißen Blankokarten um für sie sinnvolle Ergänzungen vorzunehmen. Die bunten Blankokarten nutzten sie insbesondere für Überschriften. Die Ergänzungen der Logopädinnen wurden in den Strukturbildern mittels einer kursiven Schrift hervorgehoben (vgl. Abbildung 4 und 5). Die beiden Logopädinnen nutzen die Bindfäden in diesem Forschungsprojekt um Verbindungen zwischen verschiedenen Inhaltskarten hervorzuheben.

Ein Verändern, Umsortieren und Aussortieren von Karten war jederzeit möglich (vgl. ebd.: 17). Insbesondere für die Strukturlegesitzung mit L2 war die Option des Veränderns und Umsortierens sehr hilfreich. Bis zum Ende der Strukturlegesitzung veränderte sie die Struktur immer wieder und fügte neue Karten hinzu oder legte neue Verbindungen.

Zudem müssen in der Siegener-Variante im Gegensatz zu beispielsweise der Heidelberger Struktur-Lege-Technik (Scheele 1992) nicht alle Inhaltskarten mittels Strukturkarten in Verbindung gesetzt werden. Dadurch soll begünstigt werden, dass ein Großteil der Inhaltskarten verwendet und in das Strukturbild integriert werden (vgl. Kindermann u. Riegel 2016: 15). Kindermann und Riegel halten die „Ergänzungen [für] sinnvoll, um der Komplexität und dem Anspruch des FST, die subjektive Logik der Untersuchungspartner_innen zu rekonstruieren, gerecht zu werden“ (ebd.: 13f.).

Sobald das Strukturbild für die Interviewpartnerin vollständig und zufriedenstellend ist, ist innerhalb der Siegener-Variante eine zusammenfassende Reflexion des Strukturbildes vorgesehen. Für die Bachelorarbeit wurde dieser Aspekt in Ansätzen umgesetzt. Für die Strukturlegesitzung haben die beiden Logopädinnen bereits einen hohen Zeitaufwand eingeplant, weshalb sich der Fokus in der zusammenfassenden Reflexion lediglich auf die

für die Interviewpartnerinnen individuellen, wichtigsten Aspekte bezog, beziehungsweise auf Aspekte, welche besonders prekär oder schwer verständlich waren und einer Erklärung bedurften. Hierdurch bot sich „eine letzte Gelegenheit zur kommunikativen Validierung des Strukturbildes, indem sie die optische Repräsentation mit ihrer individuellen Erklärungslogik abgleichen.“ (ebd.: 17).

Wie im theoretischen Hintergrund beschrieben sind die Beziehungsgestaltung und ihre möglichen Wirkfaktoren unzureichend erforscht. Daher sollte den Interviewpartnerinnen durch die Wahl der Siegener-Variante der Strukturlegeverfahren viel Freiraum durch mögliche Ergänzungen auf den Blankokarten, oder auch durch das Verbinden mit Bindfäden geboten werden, um so auch einen dynamischen Prozess der Strukturlegesitzung zu fördern. Die Logopädinnen mussten daher ihre Ideen und Vorstellungen nicht in ein starres Konstrukt einbinden.

2.3 Fallauswahl und Feldzugang

Für die Durchführung des FST wurden zwei Lehrlogopädinnen rekrutiert, welche gegenwärtig im logopädischen Patientenkontakt mit Kindern im Alter von sechs bis dreizehn Jahren stehen. Außerdem sollten die Interviewpartnerinnen mindestens zehn Jahre Berufserfahrung in der Behandlung von kindlichen Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen vorweisen können. Dieses Einschlusskriterium wurde gewählt, da sich im Rahmen des Clinical Reasoning deutliche Unterschiede der Fähigkeiten und Fertigkeiten von Expertinnen und Novizinnen zeigen. Expertinnen entwickeln sich stetig weiter und können durch langjährige, praktische Erfahrungen ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten verfeinern. Daraus resultierend können Expertinnen präzisere und korrektere logopädische Befunde stellen und können im Hinblick auf die Prognose den Patienten aussagekräftigere und verlässlichere Auskünfte geben. Novizinnen zeigen eine noch unflexible und mechanische Vorgehensweise (vgl. Klemme u.a. 2015: 77). Diese Vorgehensweise bezieht sich sowohl auf das reine Fachwissen bezüglich der Durchführung von Konzepten und Methoden, als auch auf die Interaktion mit den Patientinnen. In der Kommunikation und Gesprächsführung mit Patientinnen zeigen erfahrene Logopädinnen ein höheres Maß an Aufmerksamkeit beim Zuhören und schnellere und akkuratere Reaktionen auf die Informationen, die die Patientin vermittelt (vgl. ebd.). Studien zum Clinical Reasoning zeigen „dass erfahrene Therapeuten über ein ungeheuer großes Repertoire an subtilen Verhaltensweisen verfügen [...], und dass sie mittels verbaler und nonverbaler Kommunikationsstrategien ein gutes Verhältnis zum Patienten/Klienten aufbauen.“ (ebd.: 65). Durch die oben benannten

Einschlusskriterien soll sichergestellt werden, dass die beiden Interviewpartnerinnen durch einen großen Erfahrungsschatz in der Kindertherapie, umfangreiche und differenzierte Subjektive Theorien darlegen können.

Im Folgenden sollen die beiden Interviewpartnerinnen (L1 und L2) näher vorgestellt werden.

Die Interviewpartnerinnen waren der Verfasserin durch ihre Ausbildung bereits bekannt. Hierdurch verfügte die Interviewleiterin über Informationen des Werdeganges der zu interviewenden Logopädinnen. So konnte bereits eine Vorauswahl der in Frage kommenden Logopädinnen vorgenommen werden. Die Kontaktaufnahme mit den möglichen Interviewpartnerinnen erfolgte per E-Mail, in welcher Inhalt, Ziele und Umfang des Interviews und der Strukturlegesitzung kurz beschrieben wurden. Zwei von drei kontaktierten Logopädinnen sagten zu und erfüllten die Einschlusskriterien in vollem Umfang. Interviewpartnerin L1 ist seit 1995 staatlich anerkannte Logopädin und war vor ihrer sprachtherapeutischen Tätigkeit als Erzieherin tätig. Neben der Lehrfunktion an einer Fachschule für Logopädie ist L1 in einer logopädischen Praxis mit dem Schwerpunkt „Kindersprache“ tätig. Als Lehrlogopädin deckt sie die fachlichen Schwerpunkte myofunktionelle Störungen, kindliche Sprachstörungen und phonetische und phonologische Aussprachestörungen ab. L2 ist seit 2002 als Logopädin tätig. Sie arbeitete bis 2010 in einer logopädischen Praxis und wurde ab 2010 an einer Fachschule für Logopädie tätig, in welcher sie Therapien mit kindlichen Patienten durchführt. Sie behandelt insbesondere Kinder mit einer SES (Sprachentwicklungsstörung) oder SSES (spezifische Sprachentwicklungsstörung) mit besonderem Augenmerk auf die Sprachanbahnung. L2 weist unter anderem zahlreiche Fortbildungen in den Bereichen frühkindliche Sprachentwicklung und Therapie, sowie Sprachentwicklungsstörungen vor. Des Weiteren bildete sie sich zu dem Thema Supervision und Gesprächsführung fort. Als Lehrlogopädin unterrichtet sie die Fachbereiche Planung, Durchführung und Evaluation von Therapien; Qualitätssicherung in der Logopädie; Beratung, Befunderhebung und Dokumentation der Therapie; Mehrsprachigkeit in der Logopädie; Therapie von späten Sprechern; Lexikalische Störungen bei Kindern. Zudem übernimmt sie die Anleitung und Supervisionen im Fachbereich Kindersprache.

Da beide Interviewpartnerinnen als Lehrlogopädinnen tätig sind, kann zudem von einer ausdifferenzierten Reflexionsfähigkeit und -bereitschaft ausgegangen werden, was für die Erhebung der Subjektiven Theorien von großem Vorteil sein kann.

2.4 Datenerhebung und -auswertung

In dem folgenden Kapitel wird auf die Datenerhebung und -auswertung des empirischen Forschungsprojektes eingegangen. Zunächst wird das problemzentrierte Interview dargestellt und die Auswahl dieser Interviewform begründet. Weiterhin wird die Transkription nach Kuckartz (2018) näher erläutert. Schließlich wird die für dieses Projekt angewandte deduktiv- induktive Kategorienbildung beschrieben.

2.4.1 Problemzentriertes Interview

Das FST sieht für die Erfassung der Subjektiven Theorien Erhebungsinstrumente vor, welche den Untersuchungspartnerinnen Raum für „Selbstauskunft“ (Groeben u.a. 1988: 126) und „offene, freie, spontane Verbalisierung[en]“ (Groeben 1992: 57) bietet. Um diese Vorgaben im Rahmen des FST zu erfüllen, wurde für die Datenerhebung das problemzentrierte Interview von Andreas Witzel (1982, 1985) ausgewählt. Diese Interviewform zeigt sich in einer „Methodenkombination aus Interview, biografischer Methode, Gruppendiskussion und Fallanalyse“ (Misoch 2015: 71). Das zentrale Ziel des PZI ist die Erfassung subjektiver Sichtweisen, Meinungen, sowie Sinnkonstruktionen der interviewten Personen zu einem relevanten Thema bzw. Problem, um schließlich eine Theoriegenerierung zu diesem Problem erzeugen zu können (vgl. ebd.). Im Mittelpunkt steht die Narration. Das heißt, dass die Interviewpartnerinnen sich frei und spontan innerhalb eines großen Erzählspielraums äußern können sollten. Aufgabe der Interviewleiterin ist es dabei, falls notwendig, die Gesprächspartnerinnen immer wieder auf die eigentliche Problemstellung zurückzuführen (vgl. Buber u. Holzmüller 2007: 465). Charakteristisch für diese Form des Interviews ist ein induktiv- deduktives Vorgehen, sodass theoretisches Vorwissen, Wissen und Erkenntnisse, welche erst während des Projektes gewonnen wurden, miteinander verknüpft werden (vgl. Misoch 2015: 71f.). Nach Witzel sollten folgende drei grundlegende Prinzipien bei der Anwendung des PZI beachtet werden:

1) Problemzentrierung: Es besteht eine für die Gesellschaft relevante Problemstellung. Zu diesem Problem verfügt die Interviewleiterin bereits über theoretisches Vorwissen, sodass passende, theoretische, vertiefende und problemzentrierte Fragen gestellt werden können (vgl. ebd.: 72).

2) Gegenstandsorientierung: Es wird keine starre Vorgabe der Ausgestaltung des Interviews verlangt. Das heißt, dass die Ausgestaltung an die jeweiligen Anforderungen des Forschungsgegenstands angepasst wird (vgl. Buber u. Holzmüller 2007: 466). Diese Form des Interviews muss daher beispielsweise nicht als ein Leitfadeninterview durchgeführt werden, sondern kann flexibel als ein Gruppeninterview weitergeführt werden, wenn sich dieses für die Erfassung der Fragestellung und des Forschungsgegenstandes als vorteilhafter und gewinnbringender herausstellt (vgl. Misoch 2015: 72).

3) Prozessorientierung: Der Leitfaden für das Interview ist kein starres Konstrukt, welches in der verschriftlichten Form genauso verfolgt werden muss. Der Leitfaden kann sich demnach während des Prozesses der Interviewdurchführung entwickeln und verändern. „Der Leitfaden wird beim PZI nach jedem Interview überarbeitet und gegebenenfalls angepasst“ (Misoch 2015: 72).

Eine weitere Auffassung der Prozessorientierung konzentriert sich auf den Interviewprozess selbst, in welchem die Interviewleiterin das Interview flexibel durchführen soll. „In diesem Kontext bedeutet Prozesshaftigkeit das Sich- Einlassen des Interviewenden auf das prozesshafte Geschehen der sozialen Interaktion“ (Misoch 2015: 72).

Da für dieses Bachelorprojekt lediglich zwei Interviews durchgeführt wurden, soll für die Auswertung und für die Ergebnisse eine Vergleichbarkeit ermöglicht werden, daher wurde der Interviewleitfaden, gemäß der erstgenannten Auffassung von Prozessorientierung, nicht verändert. Die zweitgenannte Auffassung, das Sich- Einlassen auf das prozesshafte Geschehen, konnte jedoch im Rahmen des Projektes realisiert werden.

Ferner wurde das Prinzip der Problemzentrierung innerhalb der Bachelorarbeit erfüllt.

Die Gegenstandsorientierung fand Anwendung, indem zwar ein Leitfadeninterview entwickelt wurde, dieses jedoch mit seinen Fragen flexibel, spontan und situationsspezifisch aufgebaut war. Es wurden somit je nach Thema, Situation und Erzählfreude der Interviewten nicht ausschließlich identische Fragen gestellt.

Neben den drei grundlegenden Prinzipien des PZI, nennt Witzel vier grundlegende Elemente aus denen sich diese Interviewform zusammensetzt (vgl. Misoch 2015: 73).

1. Kurzfragebogen: Inhalt des Kurzfragebogens sind soziodemografische Daten wie das Alter, der Beruf etc. der interviewten Personen. Diese Daten sind für das Interview nicht von unmittelbarer Bedeutung und werden in der Regel vor dem Beginn des Interviews erfragt. Für dieses Forschungsprojekt wurde der Kurzfragebogen den Interviewpartnerinnen per E-Mail zugeschickt und der Interviewleiterin ausgefüllt zurückgesandt. Der Kurzfragebogen soll eine Entlastung bieten, sodass sich die am Interview beteiligten Personen ausschließlich auf das Herausarbeiten der Subjektiven Theorien konzentrieren können (vgl. ebd.).

Für dieses Projekt konnte der Fragebogen zudem als Überprüfungsinstanz genutzt werden, um sicherzustellen, dass die beiden Logopädinnen alle Einschlusskriterien erfüllen.

Folgende Informationen wurden mittels des Kurzfragebogens erfragt (vgl. Anhang B):

- Geschlecht
- Alter
- Berufsausbildung (Berufsbezeichnung, Dauer der Berufsausbildung, Dauer der Tätigkeit)
- Aktuelle Anzahl der Kindertherapien pro Woche
- Angabe der primär behandelten Störungsbilder
- 2 Einschätzungsskalen von eins bis sechs über:
 - o die Bedeutung der Beziehungsgestaltung in der Kindertherapie
 - o die Bedeutung der Beziehung zu den Eltern in der Kindertherapie

2. Aufzeichnung/ Speicherung: Die besprochenen Inhalte des Interviews sollen zum einen mittels Gesprächsprotokollen dokumentiert werden, zum anderen soll das Interview mittels einer Tonbandaufnahme festgehalten und schließlich vollständig transkribiert werden (vgl. Misoch 2015: 73). Das Aufzeichnen mittels einer Tonbandaufnahme hat den Vorteil, dass sich die Interviewleiterin mit ihrer vollen Aufmerksamkeit auf die Interviewpartnerin und den Verlauf und Ablauf des Interviews konzentrieren kann (vgl. Buber u. Holzmüller 2007: 470). Kuckartz (2018) ergänzt weiterhin, dass eine Tonbandaufnahme hilfreich ist für die nachfolgende Auswertung, da die Gesprächsinhalte genau festgehalten und sogar wörtliche Zitate genutzt werden können (Kuckartz 2018: 165). Weiterhin besteht nicht die Gefahr einer retrospektiven Verzerrung durch die Versuchsleiterin (vgl. ebd.).

Für dieses Projekt erfolgte die Aufzeichnung mit einem Smartphone. Wichtige Inhalte oder mögliche Nachfragen zu den Erzählungen wurden von der Interviewleiterin zusätzlich verschriftlicht. So konnten beispielsweise Nachfragen gestellt werden, ohne die Interviewpartnerinnen im Redefluss zu unterbrechen.

3. Leitfaden: Vor der Durchführung des Interviews soll ein Leitfaden erstellt werden, welcher als Strukturierungshilfe dient, aber auch eine Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet (vgl. ebd.).

Der Leitfaden (vgl. Anhang C) wurde unter anderem auf Grundlage der Literaturrecherche erstellt. Insbesondere für die theorie- und hypothesengeleiteten Fragen war die vorangegangene Literatursichtung unabdingbar.

4. Postscript: Nach Durchführung des Interviews soll ein sogenanntes Postscript erstellt werden. Inhalt des Postscript ist „eine schriftliche (kurze) Skizze der Gesprächssituation, der Stimmung, eventueller verbaler oder nonverbaler Besonderheiten, die während der Interviewdurchführung aufgefallen sind“ (Kuckartz 2018: 165.).

Das Postscript (vgl. Anhang F) wurde im direkten Anschluss an die Interviews erstellt, sodass mögliche Äußerungen oder nonverbale Auffälligkeiten nicht in Vergessenheit geraten konnten.

Das problemzentrierte Interview sieht weiterhin verschiedene Fragetypen vor, welche zum einen Narrationen evozieren und zum anderen ein besseres Verständnis des Erzählten erzielen sollen (vgl. Kuckartz 2018: 165). Witzel (2000) unterscheidet erzählgenerierende und verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien (vgl. Witzel 2000: 5). Die verschiedenen Kommunikationsstrategien sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Erzählgenerierenden Kommunikationsstrategien

a) Einleitungsfrage:

Zu Beginn des Interviews soll zunächst eine erzählgenerierende Einleitungsfrage gestellt werden. Diese Frage soll die Thematik des Interviews beinhalten, sowie einen hohen erzählgenerierenden Anspruch erfüllen (vgl. Misoch 2015: 73f.). Für dieses Projekt wurde folgende Einleitungsfrage gewählt: „In Ihrer jahrelangen Arbeit als Logopädin haben Sie sicher ganz unterschiedliche Erfahrungen im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren kleinen Patienten gemacht. Können Sie Sich an die Arbeit mit einem Kind erinnern, mit welchem Sie die Beziehung als sehr gut und positiv erlebt haben? Erzählen Sie gerne ausführlich“. Mittels dieser Einleitungsfrage wird den Logopädinnen nochmals das Thema des Projektes dargelegt. Weiterhin werden durch die Frage persönliche Erfahrungen der Logopädinnen erfragt. Zum einen bietet das einen leichteren Einstieg für die Interviewpartnerinnen und zum anderen werden bereits ihre subjektiven Sichtweisen erfragt. Diese Frage ist zudem sehr offen gestellt, sodass die Logopädinnen frei und umfangreich antworten können. Der letzte Teil der Frage „Erzählen Sie gerne ausführlich“ vermeidet zudem eine klassische Frage- Antwort- Situation (vgl. Witzel 2000: 5).

b) Allgemeine Sondierungen:

Die Interviewleiterin stellt Nachfragen, um so die Erfahrungsberichte zu detaillieren, zu verdeutlichen und die Erinnerungen an diese Erfahrungen anzuregen (vgl. Misoch 2015: 74.). In dem Interview wurde als Beispiel einer allgemeinen Sondierung folgende Frage gestellt: „Nun haben Sie viele Beispiele und Situationen beschrieben, in denen es um die therapeutische Beziehung mit 6-13 jährigen Kindern ging. Erzählen Sie gerne ausführlich, was die Arbeit mit dieser Altersgruppe so besonders macht.“.

c) Ad- hoc- Fragen:

Diese Frageform wird gestellt, wenn Aspekte im Interview nicht angesprochen werden, diese jedoch für die Gesamtsicht der subjektiven Sicht bzw. des Problems von Bedeutung sein könnten (vgl. ebd.). Innerhalb des Interviews wurde beispielsweise die folgende Ad-hoc-Frage gestellt: „Können Sie sich auch vorstellen, dass bestimmte Rahmenbedingungen, Settings oder andere Faktoren auch einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben können?“.

Verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien

Spezifische Sondierungen:

Die spezifischen Sondierungsfragen zeichnen sich dadurch aus, dass das Vorwissen der Interviewleiterin oder das Wissen, das in dem Interview erworben wurde in der Fragestellung Beachtung findet. Witzel spricht hierbei von dem Aspekt der Deduktion (vgl. Witzel 2000: 6).

Die spezifische Sondierung kann auf verschiedene Arten Anwendung finden. Zum einen in Form der sogenannten Zurückspiegelung. Erzähltes wird den Interviewten zurückgespiegelt. Das ermöglicht den Interviewten eine Reflexion ihrer Äußerungen oder auch einer möglichen Behauptung oder Korrektur ihrer Aussagen. Somit erfolgt eine kommunikative Validierung (vgl. ebd.). Weiterhin können Verständnisfragen gestellt werden, wenn beispielsweise widersprüchliche oder ausweichende Aussagen getroffen wurden. Diese Fragen sollen somit einer Klärung dienen und laut Witzel (2000) Alltagsselbstverständlichkeiten der interviewten Personen aufbrechen (vgl. ebd.). Innerhalb der spezifischen Sondierung können zudem Konfrontationsfragen Anwendung finden. Diese Frageform kann zu einer detailreicheren und reflektierteren Sichtweise der Interviewten verhelfen. Jedoch sollte bei der Anwendung von Konfrontationsfragen ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewten bestehen, da ansonsten eine Rechtfertigungshaltung provoziert werden könnte (vgl. ebd.).

Für dieses Forschungsprojekt wurde vor der Durchführung der eigentlichen Interviews ein Pre- Interview mit einer anderen Logopädin durchgeführt. Durch das Pre- Interview konnte überprüft werden, ob die Fragen adäquat, präzise, verständlich und erzählgenerierend gestellt wurden, wodurch sich die Möglichkeit bot den Interviewleitfaden gegebenenfalls zu verändern. Der Interviewleitfaden wurde nach dem Pre- Interview nicht mehr verändert, da keine Fragen oder Unsicherheiten bei der Interviewpartnerin auftraten, sie auf die Fragen entsprechend passende Antworten geben konnte und die Forschungsfrage, sowie die entsprechenden Unterfragen (vgl. Kapitel 1.3) beantwortet werden konnten.

2.4.2 Transkription

Für die Auswertung der Interviews und Strukturlegesitzung wurden die auf Tonband aufgenommenen Inhalte nach den Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018: 164) transkribiert. Neben dem Interview wurden auch die Äußerungen innerhalb der Strukturlegesitzung transkribiert, da während des Prozesses des Strukturlegens bereits relevante Äußerungen fielen. Weiterhin erwies sich die Transkription der Äußerungen während der zusammenfassenden Reflexion des Strukturbildes als sinnvoll. Mittels der Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018) wird bestimmt, in welcher Form geäußerte, verbale Inhalte verschriftlicht werden (vgl. ebd.: 166). Diese Regeln legen demnach fest, wie und ob beispielsweise Sprechpausen, Intonation, Dialekte, Mimik, Gestik, Räuspern, Husten, Lachen etc. erfasst werden (vgl. ebd.). Der Transkriptionsvorgang in sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekten erweist sich häufig als sehr zeitaufwändig (vgl. ebd.: 164). Im Rahmen der Bachelorarbeit wurde daher mit einem einfachen Transkriptionssystem gearbeitet, was nach Kuckartz für viele Forschungsprozesse zumeist ausreicht (vgl. ebd.: 167).

Im Folgenden werden die einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz (vgl. ebd.: 167f.) dargelegt, welche um weitere Vorschläge von Dresing und Pehl (2015) ergänzt wurden.

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heißt an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so´n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmung, beziehungsweise bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.

7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, zum Beispiel „B4:“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, zum Beispiel (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten, wie auch der interviewten Person, werden in Doppelklammern notiert, zum Beispiel ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

2.4.3 Deduktiv- induktive Kategorienbildung

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurde für die Auswertung der Interviews die deduktiv- induktive Kategorienbildung nach Kuckartz (2018) ausgewählt.

Kuckartz beschreibt, dass je umfangreicher das bestehende Vorwissen, je präziser die Forschungsfrage und das Forschungsziel ist, desto eher können bereits vor der Datenauswertung Kategorien gebildet werden (vgl. Kuckartz 2018: 63), was einer deduktiven Vorgehensweise gleicht. Bei der deduktiven Vorgehensweise, von Kuckartz auch A-priori- Kategorienbildung genannt, bestehen bereits vor der Analyse der Interviews Kategorien. Die Kategorien werden demnach „unabhängig vom erhobenen Datenmaterial [...] auf der Basis einer bereits vorhandenen inhaltlichen Systematisierung gebildet“ (ebd.: 64). Kuckartz postuliert, dass die Kategorien erschöpfend sein müssen, sodass bezüglich der Forschungsfrage keine wichtigen Inhalte übersehen werden (vgl. ebd.: 70). Um die Zuordnung und Abgrenzung zu den einzelnen Hauptkategorien zu erleichtern und zu gewährleisten, werden Kategoriendefinitionen formuliert (vgl. ebd.).

Im Vergleich zur deduktiven Herangehensweise werden in der induktiven Kategorienbildung die Kategorien unmittelbar aus dem Material abgeleitet und stehen nicht schon vor der Datenanalyse fest (vgl. ebd.: 72). Durch die Datenauswertung am Material würden, sollten mehrere Personen die induktive Codierung durchführen, sich nicht die gleichen Kategorien ergeben (vgl. ebd.: 72f.). Kuckartz weist daher daraufhin, dass im Gegensatz zur deduktiven Kategorienbildung im Rahmen der induktiven Vorgehensweise kein Anspruch von Intercoder und Intracoder- Übereinstimmung besteht (vgl. ebd.).

Wird in Forschungsprojekten mit der qualitativen Inhaltsanalyse gearbeitet, wird oft eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung genutzt (vgl. ebd.: 95). Insbesondere bei der Nutzung von strukturierenden Mitteln, wie einem Interviewleitfaden, werden häufig Mischformen der Kategorienbildung angewandt. Oft wird zunächst deduktiv vorgegangen und es werden Kategorien aus dem Leitfaden des Interviews abgeleitet. Die Bildung weiterer Kategorien und Subkategorien erfolgt induktiv und somit am Material (vgl. ebd.: 72). Im Folgenden soll nun näher auf die deduktiv- induktive Kategorienbildung eingegangen werden.

Bei der deduktiv- induktiven Mischform der Kategorienbildung werden zunächst deduktiv Hauptkategorien gebildet (vgl. ebd.: 95ff.). Die Kategorienanzahl ist in der Regel recht gering, mehr als zehn bis zwanzig Hauptkategorien sollten nicht bestehen (vgl. ebd.: 97). Die Hauptkategorien „fungieren als eine Art Suchraster, d.h. das Material wird auf das Vorkommen des entsprechenden Inhalts durchsucht und grob kategorisiert“ (ebd.: 96).

Bei diesem Forschungsprojekt wurde nach den oben genannten Angaben der deduktiv-induktiven Kategorienbildung gearbeitet (vgl. Anhang G und H). Die Hauptkategorien wurden anhand des Interviewleitfadens und der unter 1.3 dargestellten Fragestellungen gebildet, sodass die folgenden Hauptkategorien festgelegt wurden:

- Verständnis von einer positiven Beziehung
- Therapeutische Gestaltung positiver Beziehung
- Unterstützende Faktoren einer positiven Beziehungsgestaltung
- Hemmende Faktoren einer positiven Beziehungsgestaltung
- Wirkung einer positiven Beziehungsgestaltung
- Sonstiges

Bei der Analyse der Interviews wurde das gesamte Datenmaterial hinsichtlich der Hauptkategorien gesichtet.

Die Kategorie Sonstiges wurde für dieses Forschungsprojekt, wie auch in der Literatur empfohlen (vgl. ebd.: 66), hinzugenommen, um mögliche bedeutende Aspekte in die Analyse mit aufnehmen zu können, welche keiner der oben genannten Kategorien zuzuordnen ist.

Im Anschluss der Festlegung der Hauptkategorien werden zu den einzelnen Hauptkategorien passende Subkategorien direkt aus dem Material abgeleitet. Die Hauptkategorien werden somit differenziert und präzisiert (vgl. ebd.: 95). Beim Kodieren wird das Datenmaterial Zeile für Zeile und somit sequenziell durchgearbeitet und es werden einzelne Sequenzen und Textabschnitte passenden Kategorien zugeordnet. Textpassagen, die für das Forschungsprojekt nicht relevant sind, werden nicht kodiert (vgl. ebd.: 102).

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus den Interviews und den Strukturlegesitzungen von L1 und L2 dargestellt. Nach Vorstellung der Subjektiven Theorien mit den dazugehörigen Strukturbildern, werden diese verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht.

Im Folgenden benannte Zitate aus den Interviews und den Strukturlegesitzungen sind mit den Kürzeln T.I. (Transkript Interview) und T.S. (Transkript Strukturlegesitzung) gekennzeichnet.

Exemplarisch sind in den Anhängen D und E Ausschnitte aus beiden Interviews zu finden.

3.1 Subjektive Theorie L1

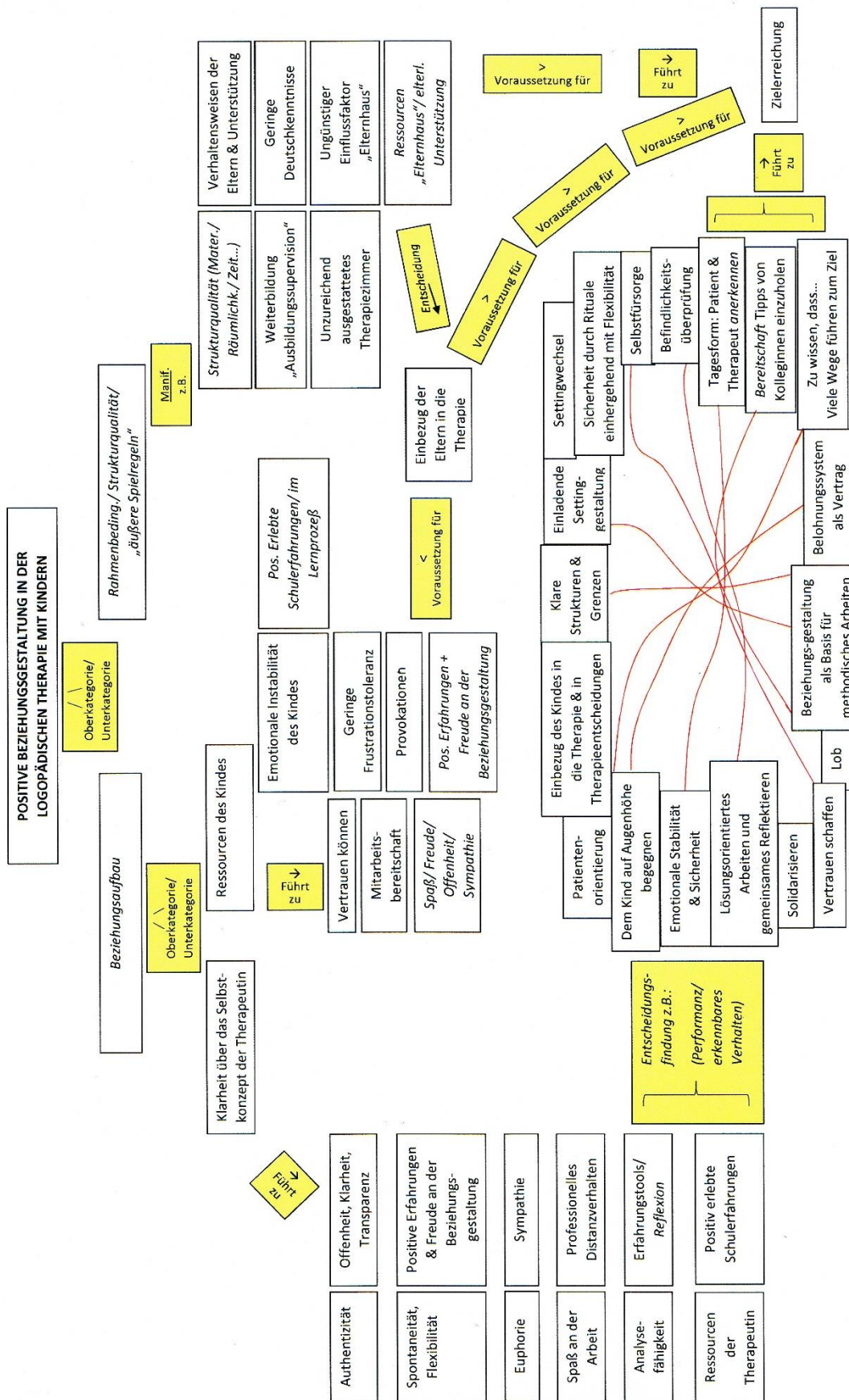


Abbildung 4: Strukturbild L1, Quelle: eigene Darstellung

L1 geht von zwei wesentlichen Kategorien aus, welche die Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie beeinflussen. Dazu zählt sie zum einen den Beziehungsaufbau und zum anderen Rahmenbedingungen, Strukturqualitäten und äußere Spielregeln.

Rahmenbedingungen/ Strukturqualitäten/ äußere Spielregeln

Im Folgenden soll zunächst auf die Rahmenbedingungen, Strukturqualitäten und äußere Spielregeln eingegangen werden. Unter diesen Begriffen versteht L1 zum Beispiel „sowas wie eben Material, Räumlichkeiten, wie viel Zeit habe ich mit dem Klienten? Aber eben auch, was bringt der Klient als Rahmenbedingungen mit, Verhaltensweisen der Eltern“ (T.S. L1: Z. 81-83). Das heißt, dass neben den Materialien, den Räumlichkeiten und der Zeit auch die Verhaltensweisen der Eltern und die Unterstützung durch die Eltern Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben können. L1 nimmt in ihren Therapiesitzungen wahr, „dass die Kinder ab Stunde eins sehr genau beobachten, wie verhält sich meine Mama [...], wie verhält sich meine Mama im Kontakt mit der Behandlerin. Und (..) Eltern und ihre Kinder in der Regel da ja auch sehr, sehr eingespielt als Team sind. Das heißt, die Mama muss gar nicht sagen, Frau so und so finde ich echt total doof. Wenn die Mama es fühlt und denkt, reicht das aus, damit das Kind es bemerkt. Und dann wird es mir nicht vertrauen. Das ist so. Haben die aber die Chance immer wieder mit mir zusammen zu sein und zu arbeiten und wir können Regelungen finden, das heißt ich kann Beziehungsaufbau mit der Mutter starten, habe ich gleichzeitig das Kind mit im Boot“ (T.I. L1: Z. 153-161).

L1 empfindet es als positiv, wenn die Eltern in die Therapie integriert werden. Sie beschreibt, „dass sie engagierter die Behandlung mittragen (...), sie sind thematisch einfach viel, viel mehr drin, verstehen viel mehr was da passiert, sie können sich Interventionen bei mir anschauen, bestimmte Dinge üben wir auch gemeinsam“ (T.I. L1: Z. 126-129).

Stellt das Elternhaus einen ungünstigen Einflussfaktor dar, bestehen nur geringe Deutschkenntnisse der Eltern oder sind die Eltern nicht motiviert, dann wird, so L1, „unser Beziehungsgestaltung, zwischen dem Klienten und mir deutlich mitbeeinflusst“ (T.S. L1: Z. 86-87). L1 beschreibt, dass eine fehlende Unterstützung der Eltern den therapeutischen Handlungsdruck deutlich steigert. Sie äußerte in dem Interview: „wenn da so wirklich so grundlegende Veränderungen in der Beziehung entstehen, ist es für mich ganz, ganz oft die Situation, dass ich feststelle (..) irgendjemand macht hier gerade seinen Job nicht, irgendjemand übernimmt seine Verantwortung nicht (..). Der Druck wächst bei mir, meinen Aufgaben nicht gerecht werden zu können, weil jemand anderes im Boot nicht mitrudert“ (T.I. L1: Z. 100-104).

Bringen die Eltern auf der anderen Seite positive und fördernde Unterstützungsmöglichkeiten mit in die Therapie, wird auch die Beziehungsgestaltung mit dem Kind fördernd beeinflusst. L1 äußert, dass es insgesamt wichtig ist, die Eltern mit einzubinden, unabhängig davon, welche Ressourcen die Eltern mitbringen. Die Interviewpartnerin versteht den Ein-

bezug der Eltern als eine Voraussetzung für das Erreichen der therapeutischen Ziele und für einen positiven Einfluss auf die Ressourcen des Kindes und somit letztendlich für den Prozess der Beziehungsgestaltung.

Als unterstützenden Faktor für die Gestaltung der Beziehungsebene nennt die interviewte Logopädin zudem ein gut ausgestattetes und großes Therapiezimmer, sowie die von ihr absolvierte Weiterbildung „Ausbildungssupervision“. L1 „profitiere [...] sehr von dieser Weiterbildung „Ausbildungssupervision“. Weil das so grundlegend angelegt war, dass man dieses Wissen [...] auf jeglichen Beziehungskontext übertragen kann [...] da sind wirklich so ein paar Tools entstanden, was Gesprächsformen angeht, was den Aufbau einer Gesprächssituation angeht, was das sich selber nochmal reflektieren angeht“ (T.I. L1: Z. 484-490).

Beziehungsaufbau: Ressourcen des Kindes – Klarheit über das Selbstkonzept der Therapeutin

In der Oberkategorie Beziehungsaufbau unterscheidet L1 den Aspekt der Ressourcen des Kindes, sowie den Aspekt der Klarheit über das Selbstkonzept der Therapeutin.

Zur Oberkategorie Beziehungsaufbau erläutert L1, dass sowohl die Ressourcen des Kindes, als auch die Klarheit über das Selbstkonzept der Therapeutin wichtig sind, um eine Beziehung aufbauen zu können.

Ressourcen des Kindes:

Die interviewte Logopädin sieht die Ressourcen des Kindes nicht ausschließlich als positive Eigenschaften, Kompetenzen oder Fähigkeiten des Kindes an. Viel mehr versteht sie unter Ressourcen verschiedene Komponenten, die die Patientin in die Therapie mitbringt, unabhängig von der Wertigkeit positiv oder negativ.

Zu den Ressourcen des Kindes zählt L1 eine emotionale Instabilität des Kindes. Sie äußerte: „ein emotional absolut instabiles Kind [Hervorhebung im Original] [...], der eine Woche kommt (..) und bereit ist mit mir etwas zu machen und so wie gestern kommt und dann ist Papa plötzlich nicht als Begleiter dabei, sondern Mama und schon habe ich eine völlig andere Situation“ (T.I. L1: Z. 239-243). Die emotionale Instabilität aber auch umgekehrt, die emotionale Stabilität des Kindes sind somit Faktoren, die die Beziehungsgestaltung maßgebend beeinflussen können.

Zudem gehöre eine geringe Frustrationstoleranz zu den Ressourcen, sowie auch Provokationen. Insbesondere vom Kind ausgehende Provokationen erlebt L1 als besonders herausfordernd und anspruchsvoll für sich selber und letztlich für die Beziehungsgestaltung. Die Interviewpartnerin beschreibt, dass sie nach Situationen, die mit vielen Provokationen besetzt sind, zunächst ihrer Wut freien Lauf lassen muss, entweder für sich alleine oder durch Einbezug ihrer Kolleginnen. Erst danach sei es für sie wieder möglich, in eine

Ursachen- und Lösungsanalyse zu gehen und zu überlegen, was könnte ein Auslöser sein, „gibt es eine Hypothese, was passiert da, findet die mich einfach kacke sag ich mal und reagiert deswegen darauf? Habe ich eine Hypothese, habe ich Informationen die mir sagen, liegt das noch woanders, kennt dieses Kind die Arbeitssituation nicht und reagiert deswegen darauf?“ (T.I. L1: Z. 478-481).

Als weitere Ressource benennt L1 positive Erfahrungen und Freude an der Beziehungsgestaltung. Haben die Kinder in ihren bisherigen Erfahrungen Kontaktaufnahme- und Beziehungsgestaltungsprozesse bisher positiv erlebt, vereinfache das die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess mit dem Kind immens und man brauche „nur die nette Spieltante sein ((lacht)) die ein bisschen nett lächelt und schon funktioniert das gut“ (T.I. L1: Z.17-18). Somit könne sich auch die Bereitschaft, sich auf Therapieinhalte einzulassen erhöhen.

Positiv erlebte Schulerfahrungen können, nach Aussage von L1, einen weiteren fördernden Faktor für die Beziehungsgestaltung darstellen. Denn die Kinder im Alter von sechs bis dreizehn Jahren „sind geprägt durch schulische Erfahrungen [...] und [...] es ist wichtig sich darauf auszurichten. Kinder, die positive schulische Erfahrungen haben [...] da anzudocken ist oft förderlich. [...] Kinder, die das als positiv erlebt haben, dieses ich kann das schaffen usw. die kann man damit gut kriegen und klar machen, hey, wir sind in sowas Ähnlichem miteinander unterwegs“ (T.I. L1: Z. 667-683).

L1 weist darauf hin, dass je nachdem, welche Ressourcen die Patientin mitbringt, diese dazu beitragen können, dass das Kind der Therapeutin vertrauen kann, bereit ist mitzuarbeiten, an der Behandlung Spaß und Freude hat, der Therapie offen gegenüber eingestellt ist und dass eine Sympathie der Behandlerin gegenüber entsteht. Zu dem Aspekt des vertrauen Könnens äußerte L1: „im therapeutischen Prozess gibt es immer [Hervorhebung im Original] kritische Momente, wo ein Klient einem einfach mal vertrauen muss, weil man gerade irgendetwas Komisches macht. Ich mache mal ein Beispiel [...] eine laterale Produktion die ich mit ihm ausprobieren wollte. Wir legen mal einen (...) Zahnstocher auf die Zunge und du probierst mit Zahnstocher drin ssssss [...] und es ging und er hat das geschafft, für den Moment tatsächlich klar zu haben, die Logopädin sitzt neben mir, die hält mich und die probiert das und jetzt [...] gebe ich mich mal ganz in die Hand von ihr“ (T.I. L1: Z. 652-662). Der Therapeutin vertrauen können sei daher wiederum sehr zielführend.

Klarheit über das Selbstkonzept der Therapeutin:

Neben den Ressourcen des Kindes ist, wie bereits erwähnt, das Selbstkonzept der Therapeutin in dieser Subjektiven Theorie von Relevanz. Die Therapeutin muss sich, laut L1, im Klaren darüber sein, „wer bin ich [Hervorhebung im Original] in dieser Rolle, was ist da für mich wichtig, wie will ich sein, was ist für mich stimmig, was ist für mich passig, was

denke ich, wie eine gelungene Beziehungsgestaltung sich darstellt?“ (T.S. L1: Z. 124-126). Macht sich die Logopädin Gedanken über ihr Selbstkonzept, sollte sie sich mit verschiedenen Parametern auseinandersetzen. Diese Parameter werden im Folgenden näher beschrieben.

Zum einen nennt L1 den Aspekt der eigenen Offenheit. Offenheit bedeutet für sie, offen mit sich selber zu sein und sich zu fragen „wie viel Bock habe ich eigentlich auf Beziehungsgestaltung? Ist das was, was ich als positiv, bereichernd, erfrischend, belebend empfinde? Oder ist das für mich eher anstrengend (..), fordernd, kostet mich das Kraft?“ (T.S. L1: Z. 129-131). Darüber sollte die Behandlerin Klarheit gewinnen und diese Klarheit nutzen, um in einen transparenten und authentischen Kontakt mit der Klientin zu treten. Die Interviewte betont hierbei, dass es nicht den einen richtigen Weg und die eine richtige Lösung gibt sondern, dass jede Therapeutin individuell für sich entscheiden muss, wie sie in den Kontakt mit ihren Patientinnen geht und die Therapie und Beziehung gestaltet.

Als einen unterstützenden Faktor versteht die Interviewpartnerin positiv erlebte Schulerfahrungen. L1 erachtet diese nicht nur auf der Patientinnenseite, sondern auch auf der Therapeutinnenseite für wichtig. Sie erklärt, dass sie es als Lehrlogopädin für wichtig erachtet, welche persönlichen Erfahrungen insbesondere während der Logopädieausbildung gesammelt wurden und „wie habe ich da (..) Beziehungsgestaltung erlebt, und darf ich da frei agieren oder muss ich da vorgegebenen Normen entsprechen“ (T.S. L1: Z. 154-155).

Zudem sein auch positiv erlebte Erfahrungen in Beziehungsgestaltungprozessen im privaten wie auch im beruflichen Kontext bedeutend. Denn „wenn man selber positive Erfahrungen gesammelt hat in der Beziehungsgestaltung, dass einem das natürlich flotter von der Hand geht und man aus mehr Ressourcen schöpfen kann, als wenn man negative [Hervorhebung im Original] Erfahrungen im Koffer hat“ (T.S. L1: Z. 140-143).

Den Spaß an der Arbeit sieht L1 als eine Grundlage für die Therapie. Die Interviewpartnerin sagt daher aus: „was immer positiv wirkt, ist der eigene Spaß [...]. Also, dass man Freundlichkeit ausstrahlt, Spaß ausstrahlt, Lust an dem was man da macht“ (T.I. L1: Z. 325-327).

Als weiteren Parameter der die Beziehungsgestaltung unterstützen kann nennt die interviewte Logopädin Spontaneität und Flexibilität. Darunter versteht L1, dass spontan zum Beispiel das Therapiesetting gewechselt wird, wenn das Kind am Tisch unruhig und unkonzentriert ist. Die beiden Faktoren sein daher wichtig, da die Therapie und die Beziehungsgestaltung oft nicht geplant und vorbereitet werden können, denn es „ist letztendlich ja eine spontane Entscheidung zu gucken, was braucht der heute“ (T.I. L1: Z. 196-197).

L1 führt als weiteren bedeutungsvollen Faktor in der Beziehungsgestaltung ein professionelles Distanzverhalten an. Der Logopädin muss bewusst sein, dass sie mit ihrer Klientin

innerhalb einer Arbeitsbeziehung und keiner Freundin oder einer Verwandten zusammenarbeitet. Sie muss sich von der Patientin abgrenzen können und sich auch über die zeitliche Begrenzung der therapeutischen Beziehung im Klaren sein. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die Therapeutin nicht nachtragend sein sollte, sodass „wenn man mal miteinander gebockt hat, es danach wieder gut werden kann. Ja also, dass die auch erleben, nur weil die jetzt einmal gesagt hat Stopp, so nicht, dass es danach auch wieder Spaßig werden kann, wir wieder gut miteinander sein können. Also man darf auch nicht die beleidigte Leberwurst dann sein“ (T.I. L1: Z. 369-373).

Als weitere Ressourcen benennt L1 ihre Erfahrungstools, sowie ihre Reflexions- und Analysefähigkeit. Ist eine Beziehungsgestaltung weniger gut gelungen, sind diese Fähigkeiten bedeutend, um auf sachlicher Ebene Gründe für die Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zu finden. In der Analyse benötigt die Logopädin „einen stillen Moment, in dem ich für mich überlege, was ist da passiert. Was ist Auslöser, gibt es eine Hypothese, was passiert da, findet die mich einfach kacke sag ich mal und reagiert deswegen darauf? Habe ich eine Hypothese, habe ich Informationen die mir sagen, liegt das noch woanders, kennt dieses Kind die Arbeitssituation nicht und reagiert deswegen darauf? Mag die Mama mich nicht [...]? Also, es muss erstmal so eine Analyse geben“ (T.I. L1: Z. 477-483).

Die interviewte Therapeutin empfindet zudem die eigene Euphorie als bedeutend für die Beziehungsgestaltung. „Man muss Bock haben ((lacht)), auf das, was man da macht (..). Und es muss einem was bedeuten, an der Entwicklung von jemanden anderen teilzuhaben. Ich glaube, wenn das für einen selber bedeutungslos ist, ist man nicht gut in der Beziehungsgestaltung“ (T.S. L1: Z. 183-186). Durch die Euphorie, die L1 mit in die Therapie bringt, bemerke sie, dass es die Kinder mitnehme, die Kinder sich öffnen können und die Bereitschaft zur Mitarbeit erhöht werde.

Zudem ist, so L1, eine Grundsympathie den Patienten gegenüber ausschlaggebend für einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung. Bei manchen Kindern sei diese Sympathie schnell da, denn es „gibt einfach auch die Kinder die reinkommen und wo man denkt, dich mag ich ((lacht)). Und es gibt auch die Kinder, die reinkommen, wo man denkt, okay du wirst ein Stück Arbeit für mich werden ((lacht)). Also, Sympathien sind hier auch nochmal irgendwo wichtig“ (T.I. L1: Z. 29-32).

Entscheidungsfindung

Die benannten Komponenten, die L1 dem Selbstkonzept der Therapeutin zugeordnet hat, führen, so L1, zu einer Entscheidungsfindung bezüglich der Gestaltung der Therapie und der Gestaltung der Beziehung. Die Therapeutin sollte sich demnach unter anderem darüber Gedanken machen, wie sie sich in der Therapie verhalten möchte. Möchte sie beispielsweise klare Grenzen setzen und/ oder sich mit der Patientin solidarisieren? Wie möchte sie mit Schwierigkeiten umgehen oder insgesamt die Therapie aufbauen? Auf die

von L1 genannten verschiedenen Entscheidungsparameter (siehe Abbildung 4: kreisförmige Anordnung der Inhaltskarten) soll nun eingegangen werden.

Die verschiedenen Parameter hat L1 willkürlich durch Bindfäden miteinander verbunden. Die einzelnen Verbindungen sind daher nicht relevant. L1 äußerte, dass sie mittels der Bindfäden lediglich ein Netzwerk darstellen wollte, um zu verdeutlichen, dass alle Aspekte zusammenhängen.

Zu den Entscheidungsparametern gehört für L1 eine einladende Settinggestaltung, zu der sich die Therapeutin Gedanken machen muss. Denn startet die Logopädin „direkt mit einer logopädischen Anforderung, die die richtig blöd finden, verläuft oft die Behandlung unter diesem Druck, oh Gott ich will da gar nicht hin, das ist doof. Starte ich mit einem positiven Setting, von: wir haben Spaß zusammen, wir machen Quatsch zusammen, wir haben ein schönes Spiel zusammen gespielt und im günstigsten Fall vielleicht auch schon mit einer ganz kleinen ersten Herausforderung, dann werden die beim nächsten Mal auch wieder mit mehr Spaß kommen“ (T.I. L1: Z. 617-623). Zu der Settinggestaltung zählt die Interviewpartnerin auch die Spielauswahl. Für L1 ist hierbei offenes Spielmaterial von großer Bedeutung, welches sie flexibel und variantenreich einsetzen kann.

In diesem Zusammenhang sieht L1 einen Settingwechsel innerhalb der Therapie als hilfreich an. Sie beschreibt, „dass man eben nicht nur am Tisch sitzt sondern, dass man ein bisschen wechselt in der Settinggestaltung (..), dass wir als Behandlerinnen selber mal das Popöchen so ein bisschen hochkriegen“ (T.I. L1: Z. 165-168). Denn „viele Kinder können einfach nicht 45 Minuten auf dem Stuhl sitzen. Und ich glaube es tut den Kindern gut, einen Wechsel zu haben, Veränderung zu haben“ (T.I. L1: Z. 169-171).

Zudem sei es wichtig zu entscheiden, ob das Kind ritualisierte Abläufe für ein Gefühl von Sicherheit benötigt. „Ich glaube, dass es für die Kinder wichtig ist, wenn sie reinkommen, die Idee darüber zu haben, wie sieht der Raum aus, wo ist mein Stuhl, wo muss ich hin und was ist das, was jetzt erstmal passieren wird? Und auf der Ebene dann eben zu gucken, was brauchst du denn heute, wie bist du heute drauf, wie geht es dir heute? Diese Kombi glaube ich, ist ganz, ganz wichtig“ (T.I. L1: Z. 188-193).

Die Therapie und die Beziehung müssen daher patientenorientiert und flexibel gestaltet werden.

Ferner äußerte sich L1 zu Belohnungssystemen, welche sie jedoch nicht als zwingend erforderlich ansieht. Sie selber arbeite aber gerne mit Süßigkeiten als Belohnung für gute Mitarbeit. Die Behandlungen profitieren, laut L1, sowohl von Belohnungen, als auch von Lob.

Als einen elementaren Parameter führt L1 das Thema der Selbstfürsorge an. Es muss einem selber in der Behandlung und der therapeutischen Beziehung gut gehen. Denn „man spielt so auf diesem Instrument von Beziehungsgestaltung so viel“ (T.I. L1: Z. 755-756).

Immer wieder geht man auf zunächst fremde Menschen zu und „geht eine hohe Intimität ein“ (T.I. L1: Z. 753) und beendet diese nach einiger Zeit wieder. Die interviewte Logopädin beschreibt, dass sie viel Herzblut in die Therapie, in den Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung investiert, sie dabei jedoch auf ihr eigenes Wohl achten muss. Das bedeutet, dass sie immer wieder ihre eigene Befindlichkeit, aber auch die ihrer Patientinnen überprüfen sollte. Für Kinder, die Schwierigkeiten haben ihre Befindlichkeit verbal zu kommunizieren, nutzt L1 häufig „Einschätzstränge“ (T.I. L1: Z. 518) beziehungsweise Befindlichkeitsskalen. „Das finde ich, funktioniert immer ganz gut, um so einen Einblick zu kriegen, wie geht es meinem Gegenüber wirklich“ (T.I. L1: Z. 524-525).

Geht es der Patientin, aber auch der Therapeutin gut, kann das die Basis für emotionale Stabilität und Sicherheit und schließlich auch Vertrauen bieten.

Einhergehend damit ist auch der Aspekt des Solidarisierens bedeutend. L1 beschreibt, dass die Therapeutin ihrer Patientin durch das Solidarisieren verdeutlicht, dass sie nicht gegeneinander arbeiten, sondern miteinander und dass sie ihre Klientin unterstützt.

Der Verlauf der Therapie und der Beziehungsgestaltung kann, laut L1, auch immer wieder von der Tagesform der Patientin und/oder der Therapeutin negativ oder positiv beeinflusst werden. Daher empfindet die interviewte Logopädin es als wichtig, dass das Kind in die Therapie und die Therapieentscheidungen bewusst und aktiv miteinbezogen wird. L1 schildert, dass insbesondere Kinder in einem Alter von circa neun bis dreizehn Jahren eher zielorientiert arbeiten und „viel mehr Selbstbestimmung in der Behandlung haben möchte[n]. Also Freiräume, wo sie sagen können, das möchte ich jetzt so und so machen“ (T.I. L1: Z. 693-695).

Auch einen Perspektivenwechsel sieht L1 für die Beziehungsgestaltung als hilfreich an. Dieser kann beispielsweise in dem Sinne umgesetzt werden, dass das Kind in die Rolle des Erwachsenen- Ichs schlüpft und das Kind die Therapeutin korrigiert oder das Kind anstelle der Therapeutin, der Mutter die Aufgaben und Übungen erklärt.

In diesem Zusammenhang weist L1 zudem darauf hin, dass es äußerst bedeutend ist, dem Kind auf Augenhöhe zu begegnen. Sie gibt an, dass „das elementar [Hervorhebung im Original] Wichtige in der Beziehungsgestaltung mit der Altersgruppe ist, dass man sie nicht wie Kleinkinder behandelt, sondern, dass sie verstehen oder erleben und fühlen, ich werde hier ernst genommen“ (T.I. L1: Z. 674-677).

L1 postuliert jedoch auch, dass der Patientin nicht immer diese Freiräume gegeben werden können. In besonderen Fällen ist es auch notwendig, klare Strukturen und Grenzen zu setzen „und auch mal zu sagen, hier ist Stopp und hier ist der Spaß vorbei, weil, du machst deinen Job gerade nicht“ (T.I. L1: Z. 367-368). Sollte es zu so einer oder einer ähnlichen Situation kommen, ist es der Interviewpartnerin zufolge sinnvoll, in eine ge-

meinsame Reflexion zu gehen, um letztlich wieder lösungsorientiert zusammenarbeiten zu können.

Sollte es zu Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung kommen, bestehen diese immer wieder oder dauerhaft und waren die bisherigen Versuche, die Beziehungsgestaltung zu verbessern nicht erfolgreich, kann es laut L1 hilfreich sein, Tipps von Kolleginnen einzuholen, denn der Interviewpartnerin zufolge führen viele Wege zum Ziel.

Letztlich, so L1, entscheidet die Beziehungsgestaltung über das methodische Vorgehen. Es ist demnach wichtig, dass „ich erstmal diese Beziehungsgeschichte klar haben muss und dann kann ich auch methodisch weiter gucken. Ich glaube, umgekehrt wird es nicht funktionieren. Ich glaube, dass die Methoden variabel sind aber, dass die Beziehungsgestaltung davor steht“ (T.S. L1: Z. 230-233).

Outcome

Schließlich äußerte L1: „Und am Schluss [Hervorhebung im Original] steht dann im günstigsten Fall, wenn alles das zusammenkommt und zusammenführt, die Zielerreichung“ (T.S. L1: Z. 269-271).

Insgesamt sind in dieser Subjektiven Theorie die Therapeutin, die Patientin und die Eltern wesentliche Bestandteile und Einflussfaktoren der Beziehungsgestaltung. Jede der drei Parteien bringt ihre Ressourcen, aber auch hemmenden Faktoren mit in die Therapie. Zudem wird die Beziehungsgestaltung durch Strukturqualitäten wie durch individuelle Grundsätze der jeweiligen Therapeutin bezüglich der Therapie- und Beziehungsgestaltung beeinflusst. Je nach Ausprägung der Ressourcen oder hemmenden Faktoren kann die Beziehungsgestaltung positiv oder negativ beeinflusst werden. Besteht ein gutes Zusammenspiel zwischen Logopädin, Patientin und Eltern und konnten unterstützende Einflussfaktoren wie zum Beispiel gute Strukturqualitäten genutzt und/oder geschaffen werden, führt dies zu einer positiven Beziehungsgestaltung und letztlich zur Zielerreichung der Therapie.

3.2 Subjektive Theorie L2

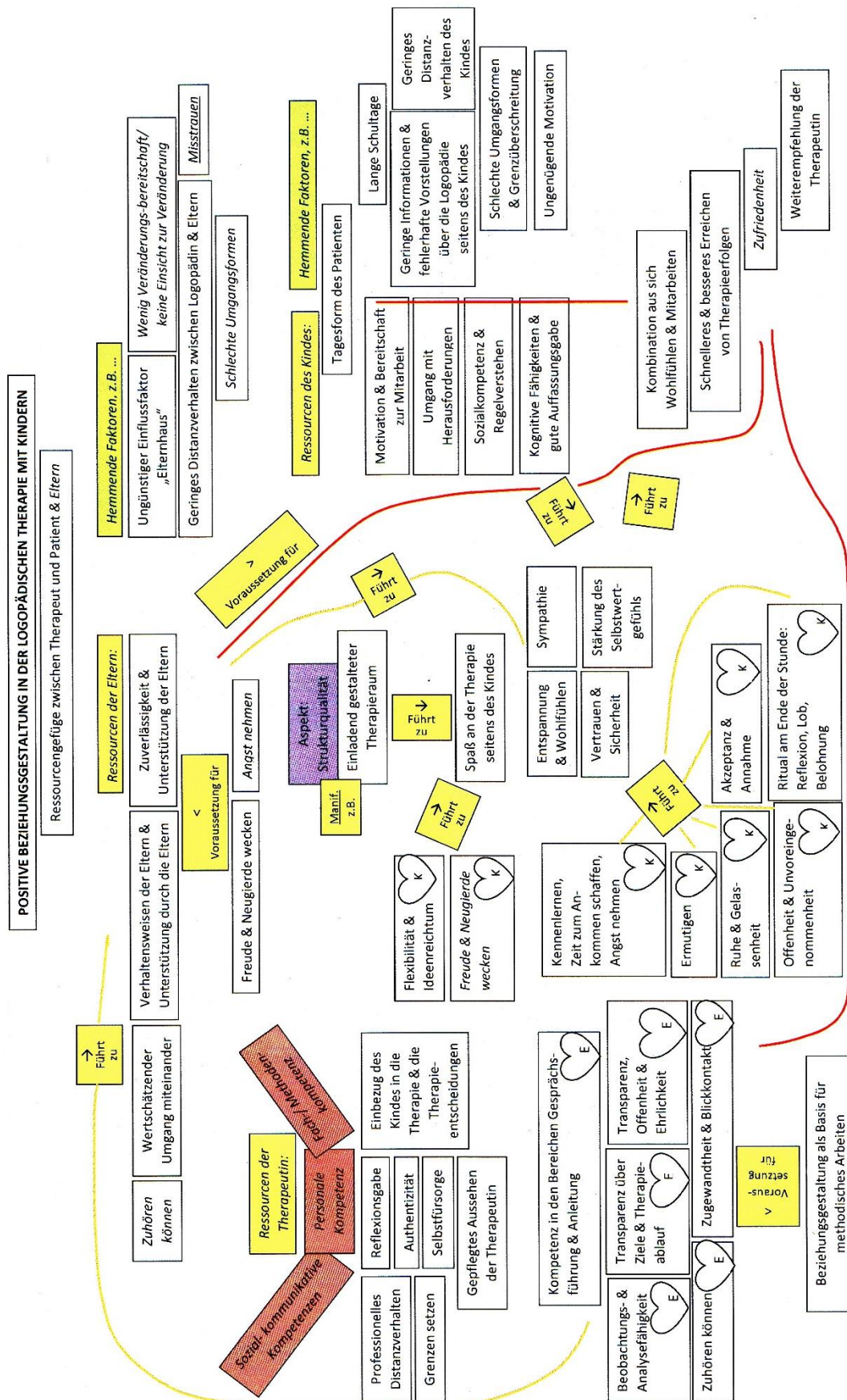


Abbildung 5: Strukturbild L2, Quelle: eigene Darstellung

Interviewpartnerin L2 geht in der Kindertherapie von einem Ressourcengefüge der Therapeutin, der Eltern und des Kindes aus. Die Eltern versteht sie als bedeutende Instanz, welche das Beziehungsgefüge ihres Kindes zur Logopädin wesentlich mit beeinflussen können. In diesem Gefüge besitzen die drei Komponenten Eltern, Therapeutin und Kind Ressourcen, welche die Beziehungsgestaltung positiv unterstützen können. Die befragte Logopädin benennt auch mögliche hemmende Faktoren durch die Patientin und die Eltern.

Im Folgenden wird zunächst ausführlich auf die von L2 benannten Ressourcen der Therapeutin eingegangen.

Ressourcen der Therapeutin

L2 unterscheidet in sozial-kommunikative, personale und Fach- und Methodenkompetenz. Die im Strukturbild unter den Kompetenzkarten angeordneten Inhaltskarten wurden den einzelnen Kompetenzen willkürlich zugeordnet.

Zu den Ressourcen der Therapeutin zählt die Befragte unter anderem ein professionelles Distanzverhalten, „also zu wissen, was gehört zu meiner Rolle, was nicht und wie verhalte ich mich in meiner Rolle“ (T.S. L2: Z. 25-26). Zu der Distanz zählt sie auch, dass sie bei Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung den Auslöser nicht bei sich sucht und sich nicht fragt „Was hab ich falsch gemacht“ (T.I. L2: Z. 179), sondern in die Reflexion geht und nach möglichen Gründen sucht. Eine weitere Auffassung der Distanz beschreibt die Logopädin folgendermaßen: „dass ich erstmal abschütteln durfte von, ich mache ganz alles weg und alles wieder heil. Kann ich auch gar nicht, dazu braucht es ja auch noch ganz andere Bedingungen“ (T.I. L2: Z. 551-553). Die Behandlerin sollte demnach nicht den Druck und den Anspruch einer vollständigen Heilung aufbauen, sondern eine gewisse Distanz zur Patientin und ihrem Störungsbild bewahren. Verringert sich das Distanzverhalten, kann es zu einem Mitleiden der Therapeutin kommen, wodurch ein professionelles und lösungsorientiertes Arbeiten erschwert wird.

Als zusätzliche Ressource bezeichnet sie die Fähigkeit, Grenzen setzen zu können, wobei das eine „Typfrage“ (T.S. L2: Z. 39) und nicht immer zwingend erforderlich sei. Werden von der Patientin jedoch Grenzen überschritten, muss gegebenenfalls eine Problemansprache folgen. Auch „das gehört zu meiner Rolle. Ich kann nicht immer nur die Liebe, Nette und Verständnisvolle sein, sondern ich darf auch mal aufzeigen, wo sind meine Grenzen“ (T.I. L2: Z. 720-722).

Auch die Authentizität als personale Kompetenz der Logopädin und eine Reflexionsgabe, durch welche die Behandlerin sachlich reflektieren und nach Gründen für eine erschwerte Beziehungsgestaltung suchen kann, sind wesentliche Therapeutenkompetenzen.

Die Logopädin darf hierbei ihre eigene Selbstfürsorge nicht außer Acht lassen. Die Interviewpartnerin beschreibt, dass von der Klientin und den Eltern nicht alles als selbstver-

ständig verstanden werden darf. Es ist auch für die Behandlerin selber bedeutend, ein Feedback oder Lob zu erhalten oder einfach zu sehen, dass das Kind Spaß hatte. Das Lob kann auch in Form einer Rückmeldung der Eltern sein, dass ihr Kind gerne zur Logopädie kommt.

Zudem spielt bei der Subjektiven Theorie von L2 ein gepflegtes Aussehen der Therapeutin eine Rolle. Sie „habe zum Beispiel eine Allergie gegen ((lacht)), ich sag das jetzt mal, weil ich das alles schon gesehen habe. Ich habe gerade eine Therapeutin vor Augen die da immer in so Wollsocken rumläuft [...] und [...] einfach so ein Erscheinungsbild hat, was ich selber so nicht gerade als gepflegtestes empfinden würde. Das also, so banal das klingt, aber das spielt tatsächlich auch bei mir mit rein. Weil es sagt mir etwas über die Person aus“ (T.I. L2 Z. 387-392). Es ist demnach schwierig mit einer Person, die einen nicht besonders gepflegten Eindruck macht, eine professionelle Beziehung einzugehen.

Als weitere bedeutende Ressource von Therapeutinnen versteht L2 die Kompetenz, das Kind in die Therapie und die Therapieentscheidungen miteinzubinden. Die Klientin darf jederzeit mitteilen, was sie gerne macht, was ihr Spaß macht, aber auch was ihr weniger gut gefällt. Das Kind darf somit Anteile der Therapiegestaltung mitbestimmen. In einer therapeutischen Beziehung ist es somit wichtig „dass ich nicht nur vorgebe sondern, dass ich dann auch höre, was möchte mein Patient eigentlich auch erreichen“ (T.I. L2: Z. 545-547). Zusätzlich sollte dem Kind nicht das Gefühl vermittelt werden, dass über es geredet wird. Der Kontakt und die Gespräche sollten demnach nicht ausschließlich elternezentriert sein, sondern es ist schon ab der ersten Therapiestunde wichtig, dass das Kind „das Gefühl erhält, du bist wichtig und hier geht es um dich jetzt in dem Gespräch und was du weißt oder wozu du was wissen möchtest oder wozu du auch was sagen möchtest, das kannst du auch sagen“ (T.I. L2: Z. 63-66).

Für das Kind wichtige Ressourcen der Therapeutin

Die Logopädin zählt weitere Komponenten zu den Ressourcen der Therapeutin, welche sie in dem Strukturbild mit einem /K/ und einem Herzen versehen hat (vgl. Abbildung 5). Diese Ressourcen wertet L2 als besonders wichtig für die Beziehungsgestaltung mit dem Kind. Für das Kind seien ermutigende Verhaltensweisen, Ruhe und Gelassenheit sowie Offenheit und Unvoreingenommenheit wichtig.

Unter Offenheit und Unvoreingenommenheit versteht L2 die Bereitschaft sich aufeinander einzulassen, aber auch die Fähigkeit, anzusprechen, was einen selber störe oder was einem gefalle. Diese Offenheit sollte von beiden Seiten, von dem Kind und auch der Therapeutin, ausgehen. Die interviewte Logopädin empfindet es als „ganz wichtig, dass das Kind auch etwas über mich weiß, also ich gebe auch gerne ein bisschen was über mich preis. Die werden ja oft ausgefragt ohne Ende, aber ich finde auch wichtig, dass die wissen, wie heiße ich eigentlich, wie darfst du mich ansprechen. Ich lasse auch gerne mal

durchblitzen was ich mag“ (T.I. L2: Z. 488-491). Dadurch könne sich das Kind von der Logopädin willkommen und angenommen fühlen.

Dies geht einher mit den Begriffen Akzeptanz und Annahme. Diesen beiden Faktoren hat L2 in dem Interview eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Patientin solle das Gefühl vermittelt bekommen, dass sie in der Therapie so sein darf wie sie ist. Sie werde somit angenommen und akzeptiert wie sie ist, mit all ihren Ressourcen, aber auch mit ihren gegebenenfalls schwierigen Verhaltensweisen.

Zudem sei es wichtig, dem Kind beziehungsweise Jugendlichen Zeit zu geben anzukommen und die Therapeutin kennen zu lernen. Die Patientin könne sich insbesondere in den ersten Therapiestunden die Praxis und den Therapieraum ansehen, die Therapeutin beobachten und sich einen Eindruck über sie verschaffen. In dem Zusammenhang ist es für die Interviewpartnerin grundlegend, dem Kind die Angst, falls vorhanden, zu nehmen.

Weiterhin solle das Kind aus der Behandlung „mit einem guten Gefühl gehen. Auch ganz wichtig einmal spiegeln von Erfolgserlebnissen, was war gut, was war stark und wenn das nur ist, dass man sagt du hast dich heute so doll angestrengt oder toll mitgemacht“ (T.I. L2: Z. 503-505). Neben dem Lob können auch Aufkleber oder Süßigkeiten als Belohnungssystem für gute Mitarbeit vergeben werden.

Als weitere für das Kind wichtige Ressourcen der Therapeutin benennt L2 die vier Kompetenzen: Flexibilität, Ideenreichtum, Freude und die Fähigkeit, Neugierde zu wecken.

Mit den Kompetenzen der Flexibilität und des Ideenreichtums verbindet die Interviewte Gedanken wie, „für mich gibt es nicht die eine Lösung, wie ich immer vorgehe, sondern es gibt für mich die Lösung für das stille Kind, es gibt für mich die Lösung für den Nachvorneprescher“ (T.I. L2: Z. 301-303). Die Therapeutin solle demnach flexibel und kreativ reagieren können.

Zusammengefasst sind folgende Ressourcen der Therapeutin von hoher Bedeutung für die Beziehungsgestaltung mit der Patientin: Kennenlernen, Zeit zum Ankommen schaffen, Angst nehmen, ermutigen, Ruhe und Gelassenheit, Akzeptanz und Annahme, Offenheit und Unvoreingenommenheit, Rituale am Ende der Stunde in Form von Reflexion, Lob oder Belohnung. Zusätzlich sind die Ressourcen Flexibilität, Ideenreichtum, Freude und die Fähigkeit Neugierde zu wecken fördernd für den Prozess der Beziehungsgestaltung.

Wirkung der für das Kind wichtigen Ressourcen der Therapeutin

Es wird zunächst auf die Wirkung folgender Ressourcen der Therapeutin eingegangen: Kennenlernen, Zeit zum Ankommen schaffen, Angst nehmen, ermutigen, Ruhe und Gelassenheit, Akzeptanz und Annahme, Offenheit und Unvoreingenommenheit, Rituale am Ende der Stunde: Reflexion, Lob oder Belohnung.

Die genannten Ressourcen können laut der Interviewpartnerin einen wesentlichen Einfluss auf einen Entspannungs- und Wohlfühlfaktor haben, sodass das Kind oder der Jugendliche gerne zur Logopädie kommt und merkt „die ist gar nicht so schlimm, das scheint ja hier ein ganz cooler Ort zu sein und die da sitzt ist auch ganz nett“ (T.I. L2: Z. 72-73).

Weiterhin können sie zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls der Klientin beitragen und ein Gefühl des „ich kann was, ich mache das toll“ (T.I. L2: Z.165) erzeugen.

Zudem könne auch die gegenseitige Sympathie durch die Ressourcen der Therapeutin maßgebend beeinflusst werden. Die interviewte Behandlerin beschreibt Sympathien als Basis für die Beziehungsgestaltung, denn wenn „mir jemand hochgradig unsympathisch ist, hätte ich ein ganz blödes Gefühl. Also Sympathien müssen da sein“ (T.I. L2: Z. 384-385).

Auch das Entstehen einer gemeinsamen Vertrauensbasis hänge von den Ressourcen der Therapeutin ab. „Vertrauen ist für mich die Grundlage [Hervorhebung im Original] (...) der positiven Beziehungsgestaltung, weil, wenn das Kind mir vertraut, dann wird es sich öffnen, dann wird es Bereitschaft zeigen mitzuarbeiten und das führt dann wiederum dazu, dass wir vorankommen und eben auch die therapeutischen Ziele in den Vordergrund kommen können“ (T.S. L2: Z. 238-242).

Die vier Ressourcen Flexibilität, Ideenreichtum, Freude und die Fähigkeit Neugierde zu wecken, führen laut L2 bei dem Kind zum Spaß an der Therapie.

Strukturqualität

Der Spaß an der Therapie werde zudem von der Strukturqualität eines einladend gestalteten Therapieraums beeinflusst. Die interviewte Logopädin vertritt die Meinung, dass eine ansprechende Ausstattung, ein angenehmes Erscheinungsbild, eine angemessene Sauberkeit und vielfältiges Material für ein Gefühl im Sinne von „hier ist es ja schön, ich finde es hier angenehm“ (T.S. L2: Z. 302) sorgt. Somit wirke sich die Atmosphäre der Umgebung auf die Freude an der Therapie aus, aber auch wiederum auf den Wohlfühlfaktor und somit letztlich auf die Beziehungsgestaltung.

Für die Eltern wichtige Ressourcen der Therapeutin

In dem vorangegangenen Abschnitt wurde auf die Ressourcen der Therapeutin eingegangen und es wurden die Kompetenzen hervorgehoben, welche insbesondere für das Kind bedeutend sein können. Im folgenden Abschnitt sollen die Kompetenzen der Logopädin betrachtet werden, welche für L2 in Bezug auf die Eltern von hoher Wichtigkeit sind. Diese Kompetenzen wurden in der Strukturlegesetzung von L2 mit dem Graphem /E/ und einem Herz hervorgehoben (vgl. Abbildung 5).

Die für die Eltern relevanten Ressourcen der Therapeutin können, so L2, zu den folgenden hilfreichen Ressourcen der Eltern führen: Zuhören können, wertschätzender Umgang miteinander, Verhaltensweisen der Eltern, Zuverlässigkeit und Unterstützung durch die Eltern.

Als äußerst hilfreiche Ressource der Therapeutin benennt L2 den Bereich der Gesprächsführung und Anleitung. Hierbei geht es unter anderem darum, verständlich zu erklären, worum es in der Therapie geht und weshalb eine Therapie notwendig ist.

Damit einhergehend sei auch ein transparentes, offenes und ehrliches Verhalten wichtig. Die Therapeutin müsse transparent und offen darstellen, was die Inhalte und Ziele der Therapie sind und wie sich der Therapieablauf gestalten, damit Eltern nachvollziehen können, was in der Therapie geschehen wird.

Als weitere Ressource benennt L2 die Fachkompetenz Beobachtungs- und Analysefähigkeiten. Die Therapeutin beobachtet und schätzt das Verhalten ihres Gegenübers ein und bildet Hypothesen, sodass die Behandlerin zum Beispiel bei Schwierigkeiten versucht herauszufinden, worin die Schwierigkeit begründet ist und welche Lösungsmöglichkeiten es gibt. Zumeist findet sie „Bedingungen im Umfeld des Kindes. Und wenn ich merke, (..) dass (..) die Vorrang haben, dann spreche ich das auch an [...] es kann dazu führen, dass wir thematisch etwas ändern, es kann dazu führen, dass wir die Rahmenbedingungen ändern, es kann dazu führen, dass wir eine Pause machen, es kann dazu führen, dass eine Therapie auch manchmal beendet wird und irgendetwas anderes Vorrang bekommt, eine andere Therapieform vielleicht“ (T.I. L2: Z. 634-640).

Unterstützend für die Analysefähigkeit bezeichnet sie die Kompetenz des Zuhörens. Hierbei ist bedeutend die Eltern, aber auch das Kind in ihren Äußerungen nicht zu unterbrechen, sondern sie ernst zu nehmen und dies durch Blickkontakt und Zugewandtheit zu unterstützen. Die drei Interaktionsmerkmale Zugewandtheit, Blickkontakt und Zuhören können versteht L2 als eine Grundlage für einen Dialog, eine Interaktion und somit ein Miteinander.

Die soeben benannten Ressourcen der Therapeutin bezeichnet L2 als bedeutende Komponenten zur Gestaltung einer positiven Beziehung.

Die Beziehungsgestaltung versteht die interviewte Therapeutin als Basis für das methodische Arbeiten. „Methode funktioniert nur, wenn Beziehungsgestaltung da ist, das ist immer [Hervorhebung im Original] die Basis. Also, ich kann noch so tolle Methoden haben und 50 Fortbildungen gemacht haben, wenn ich nicht in der Lage bin ((lächelt)), dann laufen mir die Leute weg, dann fühlen die sich nicht wohl“ (T.I. L2: Z. 452-455). Mit der Schaffung einer positiven Beziehungsgestaltung könne es der Therapeutin gelingen eine Offenheit des Kindes bzw. des Jugendlichen zu erzielen und letztlich das therapeutische Vorgehen günstig zu beeinflussen.

Ressourcen der Eltern

L2 spricht an, dass die Eltern in der Kindertherapie häufig in den Therapieprozess miteingebunden werden, sodass verschiedene Verhaltensweisen der Eltern die Beziehungsgestaltung unterstützen können. „Letztendlich macht das ja auch ganz viel aus, ob die Mutter vielleicht auch eine Ruhe ausstrahlt, eine Gelassenheit, Vertrauen ausstrahlt oder auch, ob die dem Kind hinten rum sagt, das bringt ja sowieso nichts“ (T.I. L2: Z. 416-419). Demnach spiele die Einstellung der Eltern zur Therapie eine große Rolle, genauso wie das zuverlässige Besuchen der Therapie und eine regelmäßige Durchführung der häuslichen Übungen.

Wirkung der Ressourcen der Eltern

Die Verhaltensweisen Zuverlässigkeit und Unterstützung durch die Eltern sieht die Interviewpartnerin als eine wesentliche Voraussetzung, um bei der Klientin Freude und Neugierde zu wecken und Angst zu nehmen. Diese Komponenten stehen wiederum in unmittelbarer Verbindung mit dem Aufbauen von Vertrauen und Sicherheit auf der Patientenseite. Nehmen die Eltern ihrem Kind die Angst und wecken Neugierde, könne ein Entspannungs- und Wohlfühlfaktor und eine Stärkung des Selbstwertgefühls resultieren, sowie Sympathien entstehen.

Durch das Strukturbild wird somit deutlich, dass sowohl die Ressourcen der Eltern als auch der Therapeutin Einfluss auf die Faktoren Entspannung, Wohlfühlen, Vertrauen, Sicherheit, Sympathien und Stärkung des Selbstwertgefühls des Kindes nehmen.

Hemmende Faktoren der Eltern

Nicht alle Eltern, so L2, bringen positive Ressourcen mit in die Therapie, sondern können die Beziehungsgestaltung durch hemmende Faktoren negativ beeinflussen und stellen damit einen ungünstigen Einflussfaktor dar. Die Eltern tragen eine hohe Verantwortung für das Gelingen der Therapie mit ihren Zielen, aber auch für das Gelingen einer positiven Beziehungsgestaltung. Daher seien eine geringe Veränderungsbereitschaft und eine ausbleibende Einsicht für Veränderung hochgradig hemmend für die therapeutische Beziehung.

Bestehe keine Motivation seitens der Eltern oder misstrauen diese sogar der Therapeutin, werde die Gestaltung der Beziehung zum Kind und zu den Eltern deutlich erschwert. Kinder seien oft sehr sensibel und spürten, wenn ihre Eltern ihrer Logopädin kein Vertrauen schenken. Ist das der Fall, gelänge es den Kindern oft selber schwer sich zu öffnen und Vertrauen aufzubauen.

Zusätzlich vertritt die Interviewpartnerin die Meinung, dass auch schlechte Umgangsformen der Eltern oft auf die Kinder übertragen werden. „Das ist immer ganz schlecht, wenn die Eltern das schon mitbringen“ (T.S. L2: Z. 78-79). Werden demnach allgemeingültige,

alltägliche Umgangsformen im häuslichen Umfeld ignoriert, werde auch hier ein erschwerender Faktor auf die Beziehungsgestaltung einwirken.

Ein möglicher hemmender Faktor könne zudem ein geringes Distanzverhalten zwischen der Logopädin und den Eltern sein. Beginnen die beiden Parteien sich zu duzen und über private Themen auszutauschen, kann es für die Therapeutin erschwerend sein, objektiv Schwierigkeiten anzusprechen.

Die Interviewpartnerin geht davon aus, dass die Ressourcen der Eltern eine Voraussetzung für die Ressourcen ihres Kindes darstellen. Im Folgenden soll daher näher auf die Ressourcen, aber auch auf die hemmenden Faktoren des Kindes eingegangen werden.

Hemmende Faktoren des Kindes

Die Tagesform der Patientin kann, so L2, hierbei sowohl hemmend als auch unterstützend sein. Krankheit, Müdigkeit und lange Schultage können beispielsweise zu einer Tagesform beitragen, die die Therapie und die Beziehungsgestaltung eher negativ beeinflussen. L2 beschreibt, dass die Schultage insbesondere ab der fünften Klasse immer länger werden und nach der Schule noch Hausaufgaben fertiggestellt werden müssen. Wenn schließlich noch nach der Schule eine Logopädiepraxis besucht werden müsse, sei eine hohe Motivation notwendig, um Fortschritte zu erzielen. Mit einer niedrigen Eigenmotivation sei es zum einen schwierig, therapeutische Inhalte zu vermitteln und zum anderen „spürt man das auch immer auf der Beziehungsebene“ (T.I. L2: Z. 593-594) und es sei schwierig sich aufeinander einzulassen.

Wie auch bei den Eltern, führt L2 an, erschweren schlechte Umgangsformen und Grenzüberschreitungen die Beziehungsgestaltung, aber auch ein geringes Distanzverhalten des Kindes. Wenn Grenzen überschritten werden „dann ist das sehr anstrengend. Und dann kann ich mich nicht mehr auf das konzentrieren, was eigentlich wichtig ist. Und dann fällt es mir manchmal auch schwer, mich auf die netten Seiten meines Gegenübers zu konzentrieren“ (T.I. L2: Z. 607-610).

Erschwerend für die Beziehungsgestaltung komme hinzu, wenn die kindliche Patientin nur geringe Informationen und/ oder fehlerhafte Vorstellungen über die Logopädie habe. Häufig hätten die Kinder keine Vorstellung davon, was eine Logopädin ist und was diese macht. Zudem hat die interviewte Logopädin die Befürchtung, „dass da auch ganz viele Spukgespenster auch im Kopf rumspuken. Ist das jetzt, wie beim Arzt, muss ich da den Mund aufmachen? Passiert da was? Tut das weh?“ (T.I. L2: Z. 77-79). Es herrsche daher zunächst eine große Ungewissheit beim Kind beziehungsweise Jugendlichen, wodurch die Beziehungsgestaltung zunächst gehemmt werden kann.

Ressourcen des Kindes

Die Patientin kann zudem auch viele Ressourcen mitbringen, welche die therapeutische Beziehung positiv beeinflussen können. Zu nennen sei hier laut L2 ein guter Umgang mit Herausforderungen. Denn „kleine Herausforderungen, Erfolge haben, dafür gelobt, positiv verstärkt zu werden, das ist was, wo [...] Kinder gut drauf anspringen“ (T.I. L2: Z. 108-110) und was sie zur Mitarbeit motivieren kann.

Wie bereits beschrieben, spielt laut L2 auch der Faktor der Eigenmotivation eine Rolle. Sei diese vorhanden, bestenfalls im hohen Maße, werde die gemeinsame Zusammenarbeit deutlich erleichtert.

Zu dem Thema der Sozialkompetenz äußerte L2: „eine gute Beziehung hängt für mich auch schon davon ab, wie gut die Kinder in [...] ihren sozialen Kompetenzen sind“ (T.I. L2: Z. 309-310). Verfüge das Kind über Sozialkompetenzen, vereinfache dies den Kontaktaufbau und schließlich die Beziehungsgestaltung. Hierbei sei jedoch auch ein gewisses Regelverstehen in der Zusammenarbeit mit anderen Personen bedeutend.

Ein unterstützender Faktor finde sich zudem in guten kognitiven Fähigkeiten und einer guten Auffassungsgabe der Klientin. Mit Hilfe dieser Fähigkeiten falle es dem Kind beispielsweise leichter, sich im Rahmen von Reflexionsprozessen während der Therapie adäquat zu äußern.

Outcome

Die benannten Ressourcen des Kindes können genauso, ebenso wie die Ressourcen der Eltern und der Therapeutin zu den Faktoren Entspannung, Wohlfühlen, Vertrauen, Sicherheit, Sympathie und Stärkung des Selbstwertgefühls auf der Kindesseite führen. Diese Faktoren wiederum führen ebenfalls in Verbindung mit dem Ressourcengefüge der Therapeutin, Patientin und Eltern zu folgenden Outcomes:

- Kombination aus sich Wohlfühlen in der Therapie und in der therapeutischen Beziehung
- Schnelleres und besseres Erreichen von Therapieerfolgen
- Zufriedenheit
- Weiterempfehlung der Therapeutin

Insgesamt können die soeben genannten vier Outcomes aus einer positiven Beziehungsgestaltung resultieren.

Zusammengefasst geht L2 in ihrer Subjektiven Theorie von einem Ressourcengefüge der Therapeutin, des Kindes und der Eltern aus. Die Beziehungsgestaltung wird durch die jeweiligen Ressourcen positiv beeinflusst. Hemmende Faktoren der Eltern und Kinder können jedoch einen negativen Einfluss auf den Beziehungsgestaltungsprozess nehmen.

Bestimmte Ressourcen der Eltern und der Therapeutin können dazu führen, dass sich das Kind sicher, entspannt und wohl fühlt und Sympathien, Vertrauen und eine Stärkung des Selbstwertgefühls entstehen.

Bringen alle drei Parteien, Therapeutin, Kind und Eltern, hilfreiche Ressourcen mit in die Therapie und konnte eine positive Beziehung gestaltet werden, können die folgenden Outcomes entstehen: Kombination aus sich Wohlfühlen und Mitarbeiten, schnelleres und besseres Erreichen von Therapieerfolgen, Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Therapeutin.

3.3 Gemeinsamkeiten der Subjektiven Theorien

Die Zusammensetzung und Verbindung der einzelnen Elemente der durch L1 und L2 erstellten Strukturbilder unterscheidet sich in wenigen einzelnen Aspekten, stimmen jedoch in einem Großteil der Aspekte überein.

Sowohl L1 als auch L2 benennen als Grundstein und Rahmen für einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung die gemeinschaftliche Zusammenarbeit von Logopädin, Patientin und Eltern. Beide sehen es als wesentlich und hilfreich an, die Eltern ihrer Patientinnen in die Therapie und den Beziehungsgestaltungsprozess miteinzubeziehen. Die Verhaltensweisen der Eltern und die Unterstützung durch die Eltern können die Beziehungsgestaltung deutlich positiv beeinflussen. Sie können beispielsweise Vertrauen, Sympathie und Freude bei ihrem Kind positiv bedingen und unterstützen.

Beide Interviewpartnerinnen äußerten übereinstimmend, dass das Elternhaus gegebenenfalls auch einen negativen Einflussfaktor darstellen kann. L1 und L2 beschreiben, dass die Einstellung der Eltern zur Logopädie und zur Therapeutin maßgebend sei, denn Kinder beobachten, wie sich die Eltern in der Therapie und im Umgang mit der Logopädin verhalten. L1 äußerte diesbezüglich, dass die Mutter gar nicht sagen müsse „Frau so und so finde ich echt total doof. Wenn die Mama es fühlt und denkt, reicht das aus, damit das Kind es bemerkt. Und dann wird es mir nicht vertrauen“ (T.I. L1: Z.156-158). L2 macht in dem Interview ähnliche Aussagen, sodass die Rolle der Eltern für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung für beide Interviewpartnerinnen von sehr hoher Bedeutung ist.

Neben den Eltern verstehen L1 und L2 Strukturqualitäten als Einflussfaktoren für die Beziehungsgestaltung. Zu den Strukturqualitäten zählt L1 Material, Räumlichkeiten und Zeit. L2 empfindet einen einladend gestalteten Therapieraum, wodurch die von L1 genannten Aspekte Räumlichkeiten und Materialien impliziert sind, als bedeutenden Faktor. Werden dem Kind einladende Strukturqualitäten geboten, können diese als Mittel für Offenheit und

Vertrauen genutzt werden. L1 spricht davon, dass Spiele auch als eine Art Türöffner (vgl. T.I. L1: Z. 623) für die Beziehungsgestaltung fungieren können.

Weiterhin empfinden beide Interviewpartnerinnen die Tagesform der Patientin, wobei L1 auch von der Tagesform der Therapeutin spricht, als einen Einflussfaktor. Je nachdem wie gut oder schlecht die Tagesform ist, wird die Beziehungsgestaltung gut oder weniger gut gelingen.

Sollten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung aufgrund der Tagesform oder anderer Faktoren bestehen, sei es, so L1 und L2, wichtig zu reflektieren und zu analysieren, was zu diesen Schwierigkeiten geführt haben könnte. Beide sind der Meinung, dass die Fehlersuche und die Suche nach den Gründen für die Schwierigkeiten nicht bei ihnen selber als Logopädin beginnen sollte. Es sollte eine Reflexion und Analyse mit einer nötigen Distanz durchgeführt werden, um mögliche Gründe objektiv zusammentragen zu können. Diese Auffassung resultierte aus beiden Interviews.

Neben der Analyse- und Reflexionsfähigkeit stimmen L1 und L2 auch in anderen Ressourcen und Kompetenzen der Therapeutin überein. Beide sagten aus, dass die Logopädin in dem Prozess der Beziehungsgestaltung offen, transparent und authentisch agieren sollte. Erst dadurch könne sich auch das Kind der Therapeutin und dem Prozess der Beziehungsgestaltung gegenüber öffnen.

Auch die Flexibilität verstehen beide interviewte Logopädinnen als hilfreiche Ressource für die Gestaltung einer positiven Beziehung. Verfügen Therapeutinnen über diese Kompetenz kann individuell auf die Patientin eingegangen und geschaut werden, was das Kind in dem Therapieprozess benötigt.

Dabei ist beiden interviewten Logopädinnen wichtig, dass ihre Patientinnen aktiv in die Therapie und die Therapieentscheidungen eingebunden werden. Auch die Kinder sollten in der Therapie äußern dürfen, was sie gerne machen möchten und was ihnen Spaß macht. Auch dadurch können letztlich Spaß und Freude beim Kind resultieren, welche L1 und L2 als einen positiv unterstützenden Faktor für die Beziehungsgestaltung ansehen.

Beide Interviewpartnerinnen sehen auch ein professionelles Distanzverhalten als bedeutend an. L1 äußerte diesbezüglich: „wer bin ich in dieser Rolle, was ist da für mich wichtig, wie will ich sein, was ist für mich stimmig, was ist für mich passig“ (T.S. L1: Z.124-125). L2 hat eine ähnliche Auffassung der professionellen Distanz und ist der Meinung, dass es wichtig sei, „zu wissen, was gehört zu meiner Rolle, was nicht und wie verhalte ich mich in meiner Rolle“ (T.S. L2: Z. 25-26).

Wenn es um Gesprächsführungskompetenzen geht, machen L1 und L2 deutlich, dass diese bedeutend für den therapeutischen Prozess und auch insbesondere für die Gestaltung der Beziehung mit den Eltern ist. L2 spricht hierbei konkret von Kompetenzen in den Bereichen Gesprächsführung und Anleitung. L1 sprach über die Weiterbildung Ausbil-

dungssupervision, in welcher die Gesprächsführung eine große Rolle spielte. Diese Ausbildung empfand sie für den therapeutischen Kontext als sehr hilfreich.

L1 und L2 sind sich einig, dass eine gemeinsame Vertrauensbasis grundlegend für eine gelungene positive Beziehungsgestaltung ist. Um einer zunächst fremden Person vertrauen zu können, müssen jedoch auch, so L1 und L2, Sympathien für das Gegenüber bestehen.

Den beiden interviewten Logopädinnen ist es wichtig, dass es dem Kind im Rahmen der Beziehungsgestaltung gut geht und es Spaß und Freude hat. Dennoch müssen in manchen Situationen auch Grenzen gesetzt werden. Wenn das Kind Grenzen überschreitet, sprechen beide Logopädinnen das an und verdeutlichen dem Kind, dass es auch in der Therapie Regeln gibt. Problemansprachen und das Setzen von Grenzen sehen L1 und L2 somit auch als einen Teil der Beziehungsgestaltung an.

Ferner ist für L1 und L2 die Selbstfürsorge von hoher Bedeutung. Es ist beiden Logopädinnen sehr wichtig, dass das Kind sich in der Beziehungsgestaltung wohl fühlt. Es ist aber auch bedeutend, dass es der Logopädin selber in der Beziehung gut geht. Dabei spielen die Faktoren Anerkennung, Lob und Feedback für die Logopädin eine große Rolle.

Weiterhin sind sowohl L1, als auch L2 der Meinung, dass die Beziehungsgestaltung die Grundlage für die therapeutische Arbeit bildet. Das heißt, dass ein methodisches-therapeutisches Arbeiten nahezu unmöglich ist, wenn zuvor keine positive Beziehung gestaltet wurde. Beziehungsgestaltung stellt somit eine Voraussetzung und Basis für das methodisch-logopädische Arbeiten dar.

Ist die Beziehungsgestaltung positiv verlaufen, kann dieses, laut L1 und L2, eine Zielerreichung der logopädischen Therapie positiv beeinflussen.

Zusammenfassend ist es für L1 und auch für L2 wichtig, dass Logopädin, Kind und Eltern eng miteinander zusammenarbeiten. Dabei ist es wichtig, dass das Kind Spaß an der Therapie hat und sich wohl im Rahmen der Beziehungsgestaltung fühlt. Genauso wichtig ist es für die beiden Interviewpartnerinnen aber auch, dass es der Therapeutin selber in der Beziehungsgestaltung gut geht. Kommen fördernde Ressourcen, Einflussfaktoren und Strukturqualitäten zusammen, können beim Kind Freude, Spaß, Vertrauen, Mitarbeitsbereitschaft und Sicherheit entstehen und schlussendlich eine positive Beziehungsgestaltung, die die Zielerreichung maßgebend und positiv beeinflussen kann.

3.4 Unterschiede der Subjektiven Theorien

Insgesamt zeigen sich in den beiden Subjektiven Theorien nur wenige Unterschiede. Die Strukturbilder unterscheiden sich im Aufbau, die Inhalte decken sich jedoch fast identisch. Stellenweise wurden Teilaspekte weiter ausdifferenziert oder allgemeiner gehalten. L1 und L2 benannten beispielsweise das Elternhaus als einen möglichen negativen Einflussfaktor. L2 differenzierte dies noch weiter aus, indem sie folgende Aspekte hinzufügte: wenig Veränderungsbereitschaft/ keine Einsicht zur Veränderung, Misstrauen und schlechte Umgangsformen. Eine komplementäre Auffassung besteht diesem Beispiel zufolge nicht, es wurde lediglich eine weitere Differenzierung vorgenommen.

Was sich jedoch in den Subjektiven Theorien unterscheidet, steht in direktem Zusammenhang mit der Persönlichkeit der Logopädin. L1 beschreibt, dass sie selber sehr euphorisch ist und mit viel Spaß und Freude in die Therapie geht, was ihrer Meinung nach für manche Personen manchmal zu viel sei. Sie beschreibt, dass es wichtig sei, „dass man Freundlichkeit ausstrahlt, Spaß ausstrahlt, Lust an dem was man da macht [...]. Das ist glaube ich tatsächlich Grundlage (...). Immer im richtigen Maß. Das ist aber eine individuelle Frage. Ich glaube, dass ich an manchen Stellen [...] für uns Deutsche, mit unserem Verständnis manchmal glaube ich drüber bin. Ich würde, glaube ich, in so ein amerikanisches System passen ((lacht)), eher so JAAAAA, SUPER DAS IST SO GUT [Hervorhebung im Original] [...] meine Wahrnehmung ist aber, dass da die Eltern vielleicht manchmal ein bisschen irritiert sind [...] Aber ich merke, dass es die Kinder mitnimmt, dass es etwas ist, was sie öffnet, [...] was die Bereitschaft zu sagen, okay, ich mache mal mit, das das steigert“ (T.I. L1: Z. 326-340).

L2 hingegen empfindet Ruhe und Gelassenheit als ihre Ressource, um eine positive Beziehung gestalten zu können. Sie äußerte im Interview: „also ich glaube, ich kann gut ruhig, Ruhe und Gelassenheit ausstrahlen. Egal wie doll der Kolben brennt ((lacht)), ich bleibe erstmal ruhig. Ich glaube, dass das Vielen gut tut“ (T.I. L2: Z. 558-560).

Beide Interviewpartnerinnen beschreiben aber, dass jede Logopädin ihre eigene Rolle, ihre eigene Art des Umgangs finden muss, die letztlich auch zu ihrer Persönlichkeit passt.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der möglichen Wirkung einer positiven Beziehungsgestaltung. L1 beschreibt, dass eine positive Beziehungsgestaltung, welche unter anderem von Ressourcen, hemmenden Faktoren oder auch Strukturqualitäten beeinflusst wird, die Zielerreichung der Therapie deutlich unterstützen kann. Denn „jegliche Beziehungsgestaltung die ich mache hat das Ziel, dass die Arbeit funktioniert [...] letztendlich (..) hat es immer das Ziel, dass es am Ende logopädisch und im therapeutischen Prozess funktioniert“ (T.I. L1: Z. 609-612). Somit kann die Beziehungsgestaltung „einen Einfluss auf die Zielerreichung haben“ (T.I. L1: Z. 666).

L2 sieht die Beziehungsgestaltung ebenfalls als einen bedeutenden Einflussfaktor für die Zielerreichung. Ergänzend nennt sie neben der Zielerreichung weitere Aspekte, die durch eine positive Beziehungsgestaltung positiv beeinflusst werden können. Zu diesen Aspekten zählt sie: Kombination aus sich Wohlfühlen und Mitarbeiten, Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Therapeutin.

L2 äußerte, sie „brauche Beziehung, damit der Patient überhaupt bereit ist mit mir zu arbeiten“ (T.I. L2: Z. 649-650). Beziehungsgestaltung ist somit eine Voraussetzung für die Mitarbeit, aber auch notwendig, um ein Gefühl des sich Wohlfühlens hervorzurufen.

Ferner ging L2 in dem Interview darauf ein, dass „je besser die Beziehungsgestaltung, desto besser auch der Therapieerfolg, bin ich ganz [Hervorhebung im Original], ganz sicher. Oder ich glaube, dass das auch eine Auswirkung hat auch auf, auf die Zeit [...] Dass das vielleicht auch sogar schneller geht“ (T.I. L2: Z. 651-655).

Auch eine Zufriedenheit des Kindes und der Eltern, sowie die Weiterempfehlung der Therapeutin kann „ein ganz netter Nebeneffekt ja auch immer [sein], dieses, wir empfehlen Sie weiter oder man spürt, es, es zieht letztendlich sogar auch andere an, wenn sich das weiterspricht“ (T.I. L2: Z. 656-658).

4 Diskussion

In der Diskussion werden zunächst die wichtigsten Ergebnisse und Aussagen des Forschungsprojektes mit Bezug auf die theoretischen Annahmen zusammengefasst. Des Weiteren wird auf die Forschungsfragen eingegangen und es wird die Wahl und Durchführung der Methoden kritisch beurteilt. Im Anschluss wird unter anderem ein Fazit mit Ideen für weitere Forschungsprojekte formuliert.

4.1 Ergebnisdiskussion

Zu den zentralen Ergebnissen der Subjektiven Theorien von L1 und L2 zählt, dass die Gestaltung der Beziehung nicht nur die Therapeutin und die Patientin betrifft, sondern auch die Eltern. Die Interviewpartnerinnen, aber auch Autoren wie zum Beispiel Busch-

mann (2013) verstehen den Einbezug der Eltern in die Beziehungsgestaltung als einen möglichen unterstützenden Einflussfaktor.

Weitere unterstützende Einflussfaktoren für die Gestaltung einer positiven Beziehung finden sich insbesondere in den Ressourcen der Therapeutin, aber auch denen der Eltern und Kinder. Weiterhin können verschiedene Strukturqualitäten, wie verschiedene Materialien oder eine ansprechende und patientenorientierte Settinggestaltung den Prozess der Beziehungsgestaltung unterstützen.

Wie bereits im theoretischen Hintergrund beschrieben, wird die Beziehungsgestaltung auch als Basis für erfolgreiche Lern- und Therapieprozesse und als Einflussfaktor für das Therapieoutcome vermutet (vgl. z.B. Büttner u. Quindel 2013: 104; Hansen 2016: 218; Hansen 2009: 116f.; Baumgartner 2008: 170; Hall u.a. 2010: 1103ff.; Ebert u. Kohnert 2010: 133). Diese Vermutung wird durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen gestützt. Auch sie gehen davon aus, dass eine positive Beziehungsgestaltung maßgebend für die Zielerreichung ist. Die interviewte Logopädin L2 ergänzt, dass die Therapieziele gegebenenfalls sogar schneller und besser erreicht werden können. Sie vertritt zudem die Meinung, dass eine positive Beziehungsgestaltung einen erheblichen Einfluss auf die Mitarbeit und ein Gefühl des Wohlfühlens bei den Patientinnen, sowie auf die Weiterempfehlung der Therapeutin hat.

Ferner wird die Beziehungsgestaltung in der Literatur als ein Hilfsmittel für die methodische Arbeit verstanden (vgl. Duchan u. Kovarsky 2011: 1). L1 und L2 messen der Beziehungsgestaltung einen weitaus höheren Wert bei. Sie gehen davon aus, dass das methodische Arbeiten ohne die Herstellung einer positiven Beziehungsgestaltung nahezu unmöglich ist und deutlich erschwert wird und somit die Grundlage für methodisches Arbeiten darstellt.

Die unter Kapitel 1.3 dargestellte Forschungsfrage mit den jeweiligen Unterfragen konnten umfassend beantwortet werden. Eine differenzierte Auflistung der Ergebnisse mit Bezugnahme zu den einzelnen Fragen findet sich in Anhang I.

4.2 Methodendiskussion

Fallauswahl

Für dieses Forschungsprogramm wurden lediglich zwei Probandinnen rekrutiert. Eine Verallgemeinerung auf die Gesamtheit der Logopädinnen und Logopäden ist somit nicht gegeben.

Des Weiteren sind die beiden Probandinnen Lehrlogopädinnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Lehrlogopädinnen in ihrer Reflexionsfähigkeit differenzierter, als

ausschließlich in einer logopädischen Praxis praktizierende Logopädinnen sind. Für die Bachelorarbeit mit lediglich zwei Probandinnen wurde dieser Fakt als Vorteil gewertet, um differenziertere Subjektive Theorien erheben zu können. Um ein repräsentativeres Ergebnis zu erzielen, könnte es hilfreich sein Subjektive Theorien mit Logopädinnen und Logopäden ohne die Funktion der Lehrlogopädie zu erfassen.

Zudem arbeiten beide Interviewpartnerinnen in derselben Logopädieschule. Beide Logopädinnen wurden gebeten, sich untereinander nicht auszutauschen und beide meldeten zurück, dass kein Austausch stattfand. Dennoch ist nicht gänzlich auszuschließen, dass es einen Austausch gegeben hat. In diesem Fall könnte das Ergebnis verzerrt sein.

Forschungsprogramm Subjektive Theorien

Für die Forschungsfrage und das Forschungsvorhaben hat sich das explorative Forschungsprogramm Subjektive Theorien angeboten. Durch das Interview und das Strukturlegetechnikverfahren, als Teil des FST, kann das Wissen der Probanden angeregt oder auch rekonstruiert werden (vgl. Scheele 1992: 4). Außerdem wird mittels der Strukturbilder eine bessere Übersichtlichkeit und Verständlichkeit als auf sprachlichem Wege erreicht.

Das FST wurde jedoch auf dieses Forschungsprojekt angepasst. Wie unter Kapitel 2.1 beschrieben, konnte die zweite Phase des FST mit der explanativen Validierung im Rahmen der Bachelorarbeit nicht durchgeführt werden. Die zweite Phase soll überprüfen, ob die gefallenen Äußerungen und letztlich auch das Strukturbild, realitätsnah und angemessen sind (vgl. ebd.: 5). Für weitere mögliche Forschungsprojekte kann es sinnvoll sein, die explanative Validierung durchzuführen, denn inwieweit die Subjektiven Theorien handlungsleitend sind, kann durch Auslassung der zweiten Phase nur vermutet werden.

Siegener- Variante

Die Siegener- Variante weist, wie unter Kapitel 2.2 beschrieben, Unterschiede im Vergleich zu anderen Verfahren wie der Heidelberger Strukturlegetechnik auf. In der Siegener- Variante werden beispielsweise zusätzliche Blankokarten, farbige Karten und Wollfäden für die Interviewpartnerinnen zur Verfügung gestellt.

Insbesondere die Erweiterung durch die Blankokarten und farbigen Karten stellte sich als wichtig und hilfreich für die Interviewpartnerinnen dieses Projektes und ihrer Strukturbilder heraus. Dadurch konnten L1 und L2 noch wichtige Aspekte der Beziehungsgestaltung ergänzen und verdeutlichen. Auch die Wollfäden nutzten beide Logopädinnen.

L2 äußerte hin und wieder eine kurzzeitige Überforderung während des Strukturlegetechnikprozesses. Diese lässt sich jedoch nicht zwingend auf die zusätzlichen Materialien zurückführen. Es entstand der Eindruck, dass bei L2 die Schwierigkeit bestand, eine Übersichtlichkeit zu bewahren, da sie gerne alle Inhaltskarten miteinander verbunden hätte. Dennoch

empfand sie die Strukturlegesitzung als ein hilfreiches Mittel zur Erfassung von Daten, welches sie auch selber in Unterrichtssituationen im Rahmen der Lehrlogopädie nutzen möchte.

L1 empfand die Strukturlegesitzung als hilfreiche und positive Erfahrung und als gute Möglichkeit, in eine Reflexion der zumeist automatisierten Verhaltensweisen, Denkmuster, Reaktionen und Handlungen zu kommen.

Die Strukturlegetechnik der Siegener- Variante sieht neben der Tonbandaufnahme auch eine Aufzeichnung der Legesitzung mittels Handkamera vor. Für dieses Projekt wurde, aufgrund des technischen Aufwands auf die Nutzung der Handkamera verzichtet und lediglich die Tonbandaufnahmen zur Auswertung der Daten genutzt. Während der Strukturlegesitzung wurde das Umlegen oder Ergänzen von Karten schriftlich dokumentiert und in den Transkripten festgehalten, sodass keine wichtigen Informationen verloren gehen konnten.

Problemzentriertes Interview

Das PZI ist durch das Hervorrufen von Narrationen mit diesem Forschungsprogramm gut vereinbar. Dennoch wurde nur in Anlehnung an das PZI gearbeitet. Es wurden erzählgenerierende Fragen, wie beim PZI vorgesehen, gestellt. Zusätzlich wurden aber auch einzelne theoriegeleitete Fragen gestellt, um den Vorgaben des FST gerecht zu werden. Bei den theoriegeleiteten Fragen muss eine mögliche Beeinflussung der Interviewpartner beachtet werden. In den für dieses Projekt durchgeführten Interviews entstand nicht der Eindruck, dass die Aussagen durch diese Frageform beeinflusst oder in eine bestimmte Richtung gelenkt wurden.

Die Fragestellungen schienen für die Interviewpartnerinnen gut verständlich gewesen zu sein, da keine Nachfragen oder unpassenden Antworten geäußert wurden.

Datenauswertung

Für die Datenauswertung erwies sich die Transkription nach Kuckartz (2018) (vgl. Kapitel 2.4.2) als ausreichend.

Mittels der deduktiv- induktiven Kategorienbildung wurden die Transkripte analysiert, um Rückschlüsse zur Beantwortung der unter 1.3 dargestellten Forschungsfragen ziehen zu können. Durch das sequenzielle Durcharbeiten des Datenmaterials, kann verhindert werden, dass wichtige Inhalte keine Beachtung finden. Auch die Aufnahme der Kategorie *Sonstiges* erwies sich als sinnvoll für Themenbereiche und Aspekte, die nicht unmittelbar den Hauptkategorien zugeordnet werden können. Der für L1 und L2 wichtige Aspekt der Selbstfürsorge konnte somit in das Kategoriensystem aufgenommen und letztlich in das Strukturbild integriert werden.

Aufgrund der Auswertung durch die Interviewleiterin und deren eigenständiger Kategoriebildung, besteht die Gefahr einer subjektiven Einflussnahme durch die Interviewleiterin. Daher wurde in der Auswertung darauf geachtet, die Kategorien eng am Datenmaterial zu bilden und zu benennen.

4.3 Fazit und Ausblick

Insgesamt macht diese Arbeit deutlich, dass die Beziehungsgestaltung in der Literatur und auch als Ergebnis dieser Arbeit als wichtig für den Therapieprozess und das Therapieoutcome empfunden wird. Eine positive Beziehungsgestaltung wird von beiden Interviewpartnerinnen als Basis für das methodische Arbeiten gewertet. Aufgrund der vermuteten hohen Bedeutung, welche der Beziehungsgestaltung auch in der bisher vorliegenden Literatur zugeschrieben wird, wäre es wünschenswert, wenn sich weitere Studien mit dieser Thematik beschäftigen, insbesondere, da durch diese Arbeit die Vielschichtigkeit der Beziehungsgestaltung in der Logopädie nicht vollständig dargestellt werden konnte. Auch die Interviewpartnerinnen erklärten, dass noch viele weitere Aspekte zu der Beziehungsgestaltung gehören, diese aber aufgrund der vorgegebenen Zeit und der Komplexität nicht in die Subjektiven Theorien eingebunden werden konnten. Die Logopädinnen empfinden die von ihnen in der Strukturlegesitzung benannten Aspekte jedoch als Kernelemente für die Gestaltung einer positiven Beziehung.

Die in den Interviews benannten Aspekte die nicht in das Strukturbild integriert wurden, erscheinen der Verfasserin dieser Arbeit jedoch als interessante Ergänzungen. Beispielsweise beschreibt L1, dass viele Aspekte in der Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Eltern die Beziehungsgestaltung erschweren können. Einige hemmende Faktoren wurden im Ergebnisteil bereits beschrieben. Diese hemmenden Faktoren von denen L1 und L2 gesprochen haben, versuchen sie durch Analysen und Hypothesenbildungen zu ermitteln, um so Problemlösungen finden zu können. Laut L1 gibt es jedoch einige grundlegende Faktoren, die Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung nach sich ziehen können, für welche die Logopädin jedoch wenig oder keine Veränderungshandhabe hat. Hierzu können laut L1 und L2 Aspekte wie der kulturelle Hintergrund und die kulturelle Prägung, unterschiedliche Wertevorstellungen oder auch Erziehungsvorstellungen zählen. Die an der Therapie Beteiligten bringen demnach auch Anteile ihrer individuellen Biografie und Sozialisation mit in den Beziehungsgestaltungsprozess, sodass die Logopädin oft unter anderem mit viel Intuition und Feinfühligkeit ihren Patientinnen und gegebenenfalls deren Eltern gegenüberzutreten sollte.

Viele der in der Fachliteratur beschriebenen Annahmen zur Beziehungsgestaltung in der Logopädie finden sich in den Ergebnissen des vorliegenden Forschungsprojektes wieder. Allerdings muss bedacht werden, dass für dieses Forschungsprojekt lediglich zwei Interviewpartnerinnen rekrutiert wurden. Ein Forschungsprojekt mit einer größeren Stichprobe wäre sinnvoll, um belegbarere Ergebnisse zu erzielen.

Weiterhin wurde die Altersspanne der untersuchten Klientengruppe für diese Bachelorarbeit auf sechs bis dreizehn Jahre begrenzt. Die Erforschung der Beziehungsgestaltung mit anderen Altersgruppen wäre interessant, um die Wissenslage für dieses Themengebiet ausdifferenzieren und komplettieren zu können.

Obwohl der Beruf der Logopädin hauptsächlich von Frauen ausgeübt wird, wäre es im Sinne der Repräsentativität sinnvoll auch die Sichtweisen von männlichen Logopäden zu erfassen. Männliche Logopäden könnten beispielsweise aufgrund ihrer geschlechterspezifischen Sozialisation andere Sichtweisen äußern und gegebenenfalls weitere hilfreiche Ergänzungen mitteilen.

Auch eine Forschungsfrage in Bezug auf das Geschlecht von Klienten und Klientinnen könnte Aufschluss darüber geben, ob es in dieser Hinsicht geschlechterspezifische Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung gibt.

Eine interessante Ergänzung könnten zudem Studien zur Beziehungsgestaltung in stationären Rehabilitationszentren sein. Hier stehen die Kinder und oft auch die Eltern täglich und über mehrere Wochen im Kontakt mit ihren Logopädinnen. Daher besteht ein intensiver Therapieprozess, in welchem die Beziehungsgestaltung von hoher Bedeutung sein kann. Zudem könnte sich die Beziehungsgestaltung durch den täglichen Kontakt auf ganz andere Weise entwickeln und zu weiteren Vor- oder auch Nachteilen führen.

Als Anregung könnte die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Setting als konkrete Lerneinheit oder als konkreter Teilbereich einer Lerneinheit in die Logopädie-Ausbildung integriert werden. Verschiedene von L1 und L2 benannte Bereiche und Faktoren, die sie für die Beziehungsgestaltung für wichtig erachten, sind auch in der empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in NRW (2006) zu finden. Bestandteile der Ausbildungsrichtlinie sind beispielsweise die Bereiche Gesprächsführung, Anleitung, Beratung, patientenorientierte Therapieplanung und -durchführung (vgl. empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Logopädieschulen in NRW 2006: 3ff.). In der Ausbildung sind diese Faktoren Bestandteil, sie beziehen sich jedoch nicht explizit auf Beziehungsgestaltung und die möglicherweise daraus resultierenden Wirkungen. Eine Aufnahme des Themas Beziehungsgestaltung in die Logopädie-Ausbildung könnte eine hilfreiche und gewinnbringende Ergänzung sein.

Literaturverzeichnis

Bartels, M., Voll, S. (2013): Welche Bedeutung hat das Patienten-Therapeutenverhältnis für die Compliance. In: Hammer, S. (Hrsg.): Mein Patient macht nicht mit - was nun. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 77-108

Baumgartner, S. (2008): Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung. München: Ernst Reinhardt Verlag

Beier, J. (2018): Zur Beziehung von Befund und Befinden in der evidenzbasierten Logopädie - ein Plädoyer für die Betrachtung allgemeiner Wirkfaktoren. In: Haring, R., Siegmüller, J. (Hrsg.): Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung. Berlin Heidelberg: Springer, S. 197-214

Bernstein Ratner, N. (2006): Evidence-Based Practice: An Examination of Its Ramifications for the Practice of Speech-Language Pathology. In: Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 37 (4), S. 257-267

Beushausen, U., Grötzbach, H. (2011): Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Elsevier GmbH

Brix, N., Ernst, A., Henriksen, T. B., Lauridsen, L. L. B., Olsen, J., Parner, E., Ramlau-Hansen, C. H., Støvring, H. (2018): Timing of puberty in boys and girls: A population-based study. In: Paediatric and Perinatal Epidemiology, 33, S. 70-78

Buber, R., Holzmüller, H. H. (Hrsg.) (2007): Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen. Wiesbaden: Gabler

Buschmann, A. (2013): Zusammenarbeit mit den Eltern - Chance und Herausforderung. In: Sprache, Stimme, Gehör, 37, S. 13

Büttner, C., Quindel, R. (2013): Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch. 3., überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Verlag

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (o.J.): Sprachförderung oder Sprachtherapie- Welche Kinder brauchen was. Zugriff am 29.09.2019 auf: <https://www.dbl-ev.de/service/europaeischer-tag-der-logopaedie/2013/sprachfoerderung-oder-sprachtherapie-welche-kinder-brauchen-was/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2018): Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Zugriff am 29.09.2019 auf: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f80-f89.htm>
- Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2015): Ministerin Löhrmann: Einschulungsalter mit sechs Jahren aus pädagogischer Sicht uneingeschränkt positiv. Zugriff am 30.09.2019 auf: <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/ministerin-loehrmann-einschulungsalter-mit-sechs-jahren-aus-paedagogischer-sicht>
- Duchan, J. F., Kovarsky, D. (2011): Rapport and Relationships in Clinical Interactions. In: *Topics in Language Disorders*, 31 (4), S. 297-299
- Ebert, K. D., Kohnert, K. (2010): Common factors in speech-language treatment: An exploratory study of effective clinicians. In: *Journal of Communication Disorders*, 43 (2), S. 133-147
- Fourie, R. J. (2009): Qualitative study of the therapeutic relationship in speech and language therapy perspectives of adults with acquired communication and swallowing disorders. In: *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44 (6), S. 979-999.
- Fourie, R., Crowley, N., Oliviera, A. (2011): A Qualitative Exploration of Therapeutic Relationships from the Perspective of Six Children Receiving Speech-Language Therapy. In: *Topics in Language Disorders*, 31 (4), S. 310-324
- Göldner, J., Hansen, H., Wanetschka, V. (2017): Die therapeutische Beziehung in der Sprachtherapie. In: *Forum Logopädie*, 31 (5), S. 12-19

- Groeben, N. (1992): Die Inhalts-Struktur-Trennung als konstantes Dialog-Konsens-Prinzip. In: Scheele, B. (Hrsg.): Struktur-Lege-Verfahren als Dialog-Konsens-Methodik. Ein Zwischenfazit zur Forschungsentwicklung bei der rekonstruktiven Erhebung Subjektiver Theorien. Münster: Aschendorff, S. 42-89
- Groeben, N., Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.155-165
- Groeben, N., Wahl, D., Scheele, J., Scheele, B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Tübingen: Francke
- Grötzbach, H. (2017): Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., Ferreira, M. L. (2010): The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. In: Physical Therapy, 90 (8), S. 1099-1110
- Hammer, S., Graf, F., (2013): Welche Rolle spielt der Patient. In: Hammer, S. (Hrsg.): Mein Patient macht nicht mit - was nun. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 9-29
- Hansen, H. (2009): Therapiearbeit. Eine qualitative Untersuchung der Arbeitstypen und Arbeitsmuster ambulanter logopädischer Therapieprozesse. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Hansen, H. (2016): Kooperation in der Sprachtherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 213-231.
- Haring, R., Siegmüller, J. (Hrsg.) (2018): Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen. Berlin: Springer Verlag
- Hills, R., Kitchen, S. (2007): Satisfaction with outpatient physiotherapy: Focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. In: Physiotherapy Theory and Practice, 23 (1), S. 1-20

- Jakob, K., Fischer, K. M., (2013): Welche Rolle spielt der Patient. In: Hammer, S. (Hrsg.): Mein Patient macht nicht mit - was nun. Idstein: Schulz-Kirchner, S. 49-76
- Judisch, M. (2017): Parent perspectives on effectiveness of speech language pathologists during home visits for early intervention. In: Iowa Research Online, S. 1-26
- Kannengießler, S. (2015): Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. 3., überarbeitete Aufl. München: Elsevier GmbH
- Katz-Bernstein, N., Gahleitner, S. B., Pröll-List, U. (2013): Das Konzept des „Safe Place“ in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Resonanzen- E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 2, S. 165-185
- Kindermann, K., Riegel, U. (2016): Subjektive Theorien von Lehrpersonen. Variationen und methodische Modifikationen eines Forschungsprogramms. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 17 (1), S. 1-34
- Klemme, B., Köster, J., Kruse, A., Kunze, K., Siegmann, G. (2015): Clinical Reasoning. Therapeutische Denkprozesse lernen. 2., überarbeitete Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa
- Law, J., Kouba Hreich, E., Levickis, P., Lyons, R., Matic, A., Messarra, C., Rodríguez-Ortiz, I. R., Stankova, M. (2019): Working with the parents and families of children with developmental language disorders: An international perspective. In: Journal of Communication Disorders, 82, S. 1-12
- Lohaus, A., Vierhaus, M. (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. 3., überarbeitete Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag
- Misoch, S. (2015): Qualitative Interviews. Berlin/München/Boston: de Gruyter

Scheele, B. (1992): Struktur-Lege-Verfahren als Dialog-Konsens-Methodik. Ein Zwischenfazit zur Forschungsentwicklung bei der rekonstruktiven Erhebung Subjektiver Theorien. Münster: Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung GmbH & Co

Springer, L., Zückner, H. (2006): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Logopädieschulen in NRW. Zugriff am 25.10.19 auf <https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/ausbildungsrichtlinien-logopaedie-nrw.pdf>, S. 1-162

Steiner, J. (2018): Ressourcenorientierte Logopädie. Perspektiven für ein starkes Netzwerk in der Therapie. Bern: Hogrefe Verlag

Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Barfeck-Wichitill, K., Starke, A. (2012): DortMuT (Dortmunder Mutismus Therapie): eine (sprach)therapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. L.O.G.O.S. interdisziplinär, 20 (2), S. 84-96

Wienke Totura, C., Fields, S., Karver, M. (2018): The role of the Therapeutic Relationship in Psychopharmacological Treatment Outcomes: A Meta-analytic Review. In: Psychiatric Services, 69 (1), S. 41-47

Wildegger-Lack, E. (2011): Therapie von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen (3-10 Jahre). München: Ernst Reinhardt Verlag

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2019): Heilmittelbericht 2019. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Zugriff am 29.09.2019 auf: https://wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_hmb_2019.pdf

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1 (1), S. 1-9

Wöller, W. (2016): Der ausreichend gute Therapeut. In: Psychotherapeut, 61 (2), S. 105-109

Anhang

ANHANG.....	73
ANHANG A: EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN	74
ANHANG B: KURZFRAGEBOGEN	76
ANHANG C: INTERVIEWLEITFADEN	78
ANHANG D: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT L1 (T.I.L1)	83
ANHANG E: EXEMPLARISCHER INTERVIEWAUSSCHNITT L2 (T.I.L2)	87
ANHANG F: POSTSCRIPT	90
ANHANG G: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV-INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG L1	91
ANHANG H: EXEMPLARISCHER AUSSCHNITT DER DEDUKTIV-INDUKTIVEN KATEGORIENBILDUNG L2	93
ANHANG I: TABELLARISCHE BEZUGNAHME ZU DEN EINZELNEN UNTERFRAGEN	95

Anhang A: Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten



Name der Forscherin: Lara Schulte
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Bachelor- Studienprogramm Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Kontaktdaten: Hochschule Osnabrück
Anschrift: Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück
E-Mail: Lara.schulte@hs-osnabrueck.de

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für das Forschungsprojekt:

Subjektive Theorien zweier erfahrener Logopädinnen zur positiven Beziehungsgestaltung in der ambulanten logopädischen Therapie mit Patienten im Alter von sechs bis dreizehn Jahren

Frau Lara Schulte hat am _____ mit mir _____ (Name Probandin) ein ausführliches Informationsgespräch über Art, Umfang und Bedeutung des oben genannten Projektes geführt. Verantwortlicher Träger des Projektes ist die Hochschule Osnabrück.

Das Projekt soll wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen eines wissenschaftlichen Praxisprojektes mit anschließender Bachelorarbeit dienen.

Mir ist erläutert worden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Mir ist insbesondere bekannt, zu welchem Zweck in welchem Umfang, auf welcher Rechtsgrundlage, wie lange meine Daten gespeichert werden und welche Rechte ich gegenüber der verantwortlichen Stelle hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten habe. Ein entsprechendes Informationsschreiben habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönlichen Nachteil schriftlich oder mündlich widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht. Hierüber erhalte ich eine Nachricht.

Ich erkläre mich bereit, an dem obengenannten Forschungsprojekt teilzunehmen und willige in die hiermit verbundene und mir bekannte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Soweit besondere personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO, wie etwa Gesundheitsdaten, erhoben werden, bezieht sich meine Einwilligung auch auf diese Angaben.

Das Informationsschreiben vom _____ und ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Probandin

Anhang B: Kurzfragebogen



HOCHSCHULE
OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kurzfragebogen für das Forschungsprojekt:

Subjektive Theorien zweier erfahrener Logopädinnen zur positiven Beziehungsgestaltung in der ambulanten logopädischen Therapie mit Patienten im Alter von sechs bis dreizehn Jahren

Name der verantwortlichen Forscherin: Lara Schulte

Name der Fakultät: Hochschule Osnabrück

Kontaktadresse: Albrechtstraße 30, 49076 Osnabrück

E-Mail: Lara.schulte@hs-osnabrueck.de

Im Rahmen des obengenannten Forschungsprojektes, möchte ich Sie bitten den Kurzfragebogen bis zu unserem Interview am 14.11.2019 vollständig auszufüllen. Bei Fragen wenden Sie sich gerne unter obengenannter Mailadresse an mich.

Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Beruf	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Alter	Zwischen 30 und 35 <input type="checkbox"/> Zwischen 36 und 41 <input type="checkbox"/> Zwischen 42 und 47 <input type="checkbox"/> Zwischen 48 und 53 <input type="checkbox"/> Zwischen 54 und 59 <input type="checkbox"/> Zwischen 60 und 65 <input type="checkbox"/>
Berufsausbildung(en)	Berufsbezeichnung(en): Dauer der Berufsausbildung(en): Wann haben Sie die Ausbildung(en) abgeschlossen?

	Wie viele Jahre sind bzw. waren Sie in dem(n) Beruf(en) tätig?						
Wie viele Kinder im Alter von 6 – 13 Jahren behandeln Sie zurzeit pro Woche?							
Welche logopädischen Störungsbilder behandeln Sie in der Kindersprachtherapie vorwiegend?							
<p>Geben Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 6 an:</p> <p>Für wie wichtig erachten Sie die Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie mit Kindern?</p>	<table border="1" data-bbox="571 949 1418 1050"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>1= nicht wichtig, 6= hochgradig wichtig</p>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6		
<p>Geben Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 6 an:</p> <p>Für wie wichtig erachten Sie die Beziehung zu den Eltern in der logopädischen Therapie mit Kindern?</p>	<table border="1" data-bbox="571 1375 1418 1476"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>1= nicht wichtig, 6= hochgradig wichtig</p>	1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6		

Anhang C: Interviewleitfaden

Einstieg:

- Kurzer Smalltalk, nach Wohlbefinden der Interviewpartnerin fragen etc.
- Einwilligungs- und Aufklärungsschreiben von der Interviewpartnerin unterschreiben lassen (beide Schreiben wurden den Interviewpartnerinnen vor dem Termin zum Durchlesen zugeschickt)
- Kurze Einführung zur Rahmengestaltung und Zeitplanung
 - o Ablauf des Interviews
 - o Hoher Stellenwert kommt der detaillierten Beschreibung von Beispielen und Einzelfällen zu
 - o Nach dem Einverständnis fragen, das Tonbandgerät anzustellen

Einstiegsstatement:

(Einstellen des Tonbandgerätes)

Bevor wir mit unserem Interview starten, möchte ich vorher noch gerne kurz über die Inhalte und Ziele meines Forschungsprojekts berichten. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich mich dazu entschlossen, über die Beziehungsgestaltung in der Logopädie mit Kindern zu schreiben. In der Psychotherapie beispielsweise findet man sehr viel Literatur zu diesem Thema, leider jedoch weniger in unserem Arbeitsfeld. Ich möchte daher, durch Ihre Mithilfe und Ihre Erfahrungen, mehr zum Thema positive Beziehungsgestaltung erfahren. Hierbei geht es nicht um richtige oder falsche Aussagen oder Meinungen. Es geht mir um Ihre persönliche Sichtweise, Ihr Verständnis von und Ihre Ideen zu der Beziehungsgestaltung. Es interessieren mich also vor allem Ihre ganz persönlichen Erfahrungen, seien es gute oder weniger gute, die sie mit Kindern im Alter von sechs bis dreizehn Jahren gemacht haben. Ich würde mich darüber freuen, wenn Sie Ihre Sicht so detailliert wie möglich schildern.

Haben Sie ansonsten noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Forschungsprojektes?

1. *In Ihrer jahrelangen Arbeit als Logopädin haben Sie sicher ganz unterschiedliche Erfahrungen im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren kleinen Patienten gemacht. Können Sie Sich an die Arbeit mit einem Kind erinnern, mit welchem Sie die Beziehung als sehr gut und positiv erlebt haben? Erzählen Sie gerne ausführlich.*

Mögliche Nachfragen

- Bitte erzählen Sie mir doch mehr zu dem Kind (Alter, Störungsbild, schon vorher in logopädischer Behandlung gewesen?, Störungsbewusstsein,...).
- Was hat dieses Kind in Ihnen ausgelöst?
- Was hat bei diesem Fall die Beziehung so bedeutsam gemacht?
- Weshalb könnte die Beziehungsgestaltung mit diesem Kind so gut gelungen sein? Welche Gründe können Sie Sich hierzu vorstellen?
 - o Welche Ressourcen hat das Kind/ haben die Eltern/ haben Sie mitgebracht?
 - o Sie haben nun als Gründe genannt. Können Sie Sich vorstellen, dass auch bestimmte Rahmenbedingungen oder andere Faktoren einen Einfluss gehabt haben könnten?
- Können Sie bitte noch darauf eingehen, inwieweit die Eltern des Kindes in der Therapie und der Beziehungsgestaltung involviert waren?
- Berichten Sie gerne noch genauer, was genau Sie zu der Beziehungsgestaltung beigetragen haben, bzw. was genau Sie gemacht haben, damit diese gelingt.
- Was meinen Sie, hat die positive Beziehung in der Arbeit mit... bewirkt? Welche Auswirkungen und Konsequenzen haben sich beispielsweise ergeben? Erzählen Sie gerne genau.
- Sie haben erzählt, dass das Kind Monate zu Ihnen zur Therapie kam. Hat sich die Beziehung im Laufe dieser Zeit verändert? (oder nach der Therapiepause?)
- Gab es innerhalb des Therapiezeitraumes auch mal Situationen oder Erlebnisse, in welchen die Beziehungsgestaltung schwierig war? Erzählen Sie gerne ausführlich.

2. *Jetzt haben Sie mir von Ihren positiven Erfahrungen mit ihrer Patientin/ ihrem Patienten erzählt. Mich würde nun eine Fallgeschichte interessieren, in welcher Sie die Beziehungsgestaltung als besonders herausfordernd empfunden haben. Fällt Ihnen da ein Beispiel ein, über welches Sie ausführlich berichten können?*

Mögliche Nachfragen

- Können Sie mir das Kind genauer beschreiben (Alter, Störungsbild, schon vorher in logopädischer Behandlung gewesen?, Störungsbewusstsein,...) ?
 - Bitte beschreiben Sie mir doch noch weiter, wie sich der Verlauf der Therapie und der Beziehungsgestaltung entwickelt hat. Was hat sich verändert und wie erklären Sie sich die Veränderung?
 - Welche Gründe könnte der schwierige Verlauf dieser Beziehungsgestaltung gehabt haben? Haben Sie Ideen dazu?
 - Erzählen Sie gerne noch genauer, was Sie dann getan haben, um eine Verbesserung zu erzielen und wie ... darauf reagiert hat.
 - Wenn Verbesserung: Können Sie sich vorstellen, weshalb genau... bei dem Kind geholfen hat?
 - Wenn keine Verbesserung: Können Sie sich vorstellen, weshalb... bei dem Kind nicht hilfreich war?
 - Haben Sie daraufhin weitere Versuche vorgenommen, um eine Verbesserung der Beziehung zu erzielen? Wenn ja, welche und warum genau diese?
 - Haben sich die Schwierigkeiten im Laufe der Behandlung verändert? Wenn ja, in welcher Weise und woran haben Sie das gemerkt?
3. *Sie haben nun unterschiedliche Situationen zur Ihren persönlichen Erlebnissen mit Beziehungsgestaltungsprozessen beschrieben. Wenn Sie jetzt einmal auf Ihre Schilderungen zurückblicken, können Sie zusammenfassen, was Sie unter einer positiven Beziehung mit Kindern in der Logopädie verstehen?*

Mögliche Nachfrage

- Wann würden Sie sagen, dass eine Beziehungsgestaltung positiv verlaufen ist?

4. *Im Hinblick auf Ihre Erfahrungen, was meinen Sie trägt zu einer positiven Beziehungsgestaltung bei? Was ist aus Ihrer Sicht wichtig?*

Mögliche Nachfragen

- Können Sie mir näher beschreiben, welche Faktoren bei der Beziehungsgestaltung für Sie essenziell sind und welche eher nebensächlich?
 - Welche Rolle spielen nach Ihren Erfahrungen die Eltern in Bezug auf die Beziehungsgestaltung?
 - Können bestimmte Rahmenbedingungen oder Settings einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?
 - Bereiten Sie sich auf die Beziehungsgestaltung mit Ihren Patienten vor? Wenn ja, schildern Sie mir gerne ausführlich wie Sie sich vorbereiten.
 - Gibt es bestimmte Eigenschaften oder Verhaltensweisen, die Sie mit in die Therapie bringen und welche sich Ihrer Meinung nach positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirken?
 - In der Literatur wird u.a. die Persönlichkeit der Therapeutin im Rahmen der Beziehungsgestaltung genannt. Welche Ihrer Persönlichkeitseigenschaften könnten für die Beziehungsgestaltung mit Ihren Patienten hilfreich sein und warum gerade diese?
5. *Sie haben ja bereits ein Beispiel für eine schwierige Beziehungsgestaltung genannt. Bitte versuchen Sie einmal zu umschreiben, was einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung hemmen oder verhindern kann.*
6. *Wenn Sie Ihre Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern noch einmal zusammenfassen: Wozu trägt eine positive Beziehung bei, welchen Einfluss hat sie auf die Therapie?*

Mögliche Nachfragen

- Erzählen Sie gerne noch ausführlicher, was eine positiv gestaltete Beziehung in dem Kind auslösen kann und welche Auswirkungen daraus resultieren.
 - o In der Literatur wird die Beziehungsgestaltung als Grundlage für Mitarbeit, Motivation und Veränderungsbereitschaft (vgl. Baumgartner 2008: 230 ff.), (vgl. Hammer 2013: 77ff.) angesehen. Was halten Sie von dieser Auffassung?

- Die positive Beziehungsgestaltung wird auch als ein Hilfsmittel bzw. auch „Schmiermittel“ verstanden, um die therapeutische Intervention und das Erreichen der logopädischen Ziele zu begünstigen (vgl. Baumgartner 2008: 170), (vgl. Duchan u. Kovarsky 2011: 297). Wie sehen Sie das?/ Wie stehen Sie zu der Aussage?
 - Nun haben Sie erzählt welche Effekte die positive Beziehung für Ihre Patienten haben. Wie verhält sich das bei Ihnen? Was löst eine positive Beziehungsgestaltung bei Ihnen aus und welche Auswirkungen resultieren daraus?
7. *Nun haben Sie viele Beispiele und Situationen beschrieben, in denen es um die therapeutische Beziehung mit 6-13 jährigen Kindern ging. Erzählen Sie gerne ausführlich, was die Arbeit mit dieser Altersgruppe so besonders macht.*

Mögliche Nachfragen

- Welche besondere Problematik oder Chance sehen Sie?
 - Wenn Sie jetzt nochmal genauer über die Beziehungsgestaltung mit diesem Patientenkollektiv nachdenken, welchen Anforderungen waren und sind Sie persönlich ausgesetzt? Erzählen Sie gerne ausführlich.
 - Sie haben erzählt, dass... beschreiben Sie gerne genauer wie Sie damit umgegangen sind.
8. *Wir haben jetzt viele Situationen durchgesprochen, viele Aspekte beleuchtet, die bei einer positiven Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie mit Kindern von Bedeutung sind. Gibt es noch etwas, was Ihnen abschließend wichtig ist?*

Anhang D: Exemplarischer Interviewausschnitt L1 (T.I. L1)

1 I: In Ihrer jahrelangen Arbeit als Logopädin haben Sie sicher ganz unterschiedliche
2 Erfahrungen im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren kleinen Patienten gemacht.
3 Können Sie Sich an die Arbeit mit einem Kind erinnern, mit welchem Sie die Bezie-
4 hung als sehr gut und positiv erlebt haben? Erzählen Sie gerne ausführlich.

5 L1: Ich muss kurz überlegen (..) ja, (..) also ich finde, die gibt es immer wieder. Mir
6 fällt es gerade schwer ein spezielles Kind irgendwie (..) auf dem Schirm zu haben.
7 Ich versuche gerade die Kinder, die ich aktuell behandle, mir kurz vorzustellen und
8 da sind schon auch einige dabei, wo ich sagen würde, das gelingt im Moment gut
9 (...). Wobei ich auch viele habe, die herausfordernd ((lacht)) sind. Ja, aber da fallen
10 mir einige ein. Ich beschreibe mal, was ich denke, was was gut war. Also was natür-
11 lich immer günstig ist ist, wenn ein Kind von sich aus emotional stabil ist. Das heißt,
12 wenn ein Kind von sich aus schon mitbringt, die Freude am Kontakt (..), also, so
13 Stichwort Offenheit. Ich glaube, dass das oft zusammenhängt mit, mit positiv ge-
14 machten Erfahrungen und mit einer inneren Sicherheit. Dass die Kinder also, ja das,
15 das was man so allgemein so ein Urvertrauen nennen würde, dass die also Kon-
16 taktaufnahme, Beziehungsgestaltung für sich größtenteils als positiv erfahren ha-
17 ben. Das macht es leicht, da braucht man dann nur die nette Spieltante sein
18 ((lacht)), die ein bisschen nett lächelt und schon funktioniert das gut. Und ich weiß
19 nicht, ob das jetzt auch schon Bestandteil der Frage ist, dann ist das Arbeiten natür-
20 lich auch leicht. In dem Moment, in dem wir eben nicht auf dem Arbeitsfeld wie ge-
21 stalten wir unsere Beziehung, wer hat welche Erwartungen, in dem Moment, wo das
22 nicht als komplexes Thema mit im Raum steht, kann man natürlich relativ schnell
23 zielorientiert arbeiten. Ich würde schon sagen, dass ich oft die Erfahrung mache,
24 dass die emotional stabilen Kinder die, die Interesse an Beziehungsebene haben,
25 die, die sich gerne einlassen, dass das oft auch die sind, die sich gerne auch auf In-
26 halte einlassen und auch auf neue Inhalte einlassen. Und eine hohe Bereitschaft
27 haben zu sagen, ja, okay, ich gucke mal, was da so kommt. Das ist natürlich auch
28 wieder sehr zielführend. (..) und klar, es gibt immer auch den, den eigenen Aspekt.
29 Den zu verleugnen wäre falsch. Es gibt einfach auch die Kinder, die reinkommen
30 und wo man denkt, dich mag ich ((lacht)). Und es gibt auch die Kinder, die rein-
31 kommen, wo man denkt, okay du wirst ein Stück Arbeit für mich werden ((lacht)). Al-
32 so, Sympathien sind hier auch nochmal irgendwo wichtig. Ja, und man selber eben
33 auch, also finde ich, fände ich falsch das außen vor zu lassen, weil man selber ist
34 Bestandteil dieser Beziehung, die man da eingeht und da gibt es eben Kinder, da
35 fällt es leichter und es gibt Kinder da fällt es schwerer.

36 I: Sie haben ja jetzt unter anderem berichtet, dass es Kinder gibt, da ist es Ihnen
37 nicht weiter schwer gefallen, eine gelungene Beziehungsgestaltung aufzubauen. Ist
38 das denn manchmal bei diesen Kindern auch gewesen, dass sich die Beziehung im
39 Laufe der Zeit verändert hat?

40 L1: Also, ich finde da gibt es sowohl so Einzelausreißersituationen, wo dann ir-
41 gendwas an dem Tag nicht funktioniert hat, wo wirklich ganz begrenzt man eigent-
42 lich gut miteinander unterwegs ist, die Beziehungsebene geklärt ist, positiv verläuft,
43 man gut miteinander so im, im therapeutischen Prozess ist und wo dann irgendet-
44 was Aktuelles gerade dazwischen haut. Das kann tatsächlich ein Thema sein, das
45 vom Kind mitgebracht wird, manchmal offen, auch wirklich wo klar ist, der ist heute
46 nicht gut drauf, über die Begleitperson vielleicht schon irgendwie kommuniziert.
47 Gerne auch mal so Sachen wie, oh, das Kind brütet gerade irgendeine Krankheit
48 aus, wo man merkt okay, das ist heute auch einfach auch nicht belastbar. Oder,
49 dass Verhaltensreaktionen anders sind. Tatsächlich, auch hier finde ich, muss man
50 sich selber im Fokus behalten. Man selber ist auch nicht jeden Tag gleich drauf und
51 da gibt es halt, finde ich auch, auch im eigenen Leben Situationen, die einen belas-
52 ten und wo man dann merkt, okay, ich kann heute nicht so sprudelig, freundlich, vol-
53 ler, wie sagt man, Esprit sein ((lacht)) oder kann heute nicht so gut anbieten, bin
54 heute nicht so geduldig wie sonst. Auch das finde ich gibt es, so eigene Schwan-
55 kungen, die sich dann zeigen. Das finde ich, ist so das eine Thema und das andere
56 Thema wirklich auch so Prozessverläufe, wo man gut miteinander startet und wo
57 man merkt, okay, ab jetzt verändert sich die Beziehungsebene und zwar dauerhaft.

58 I: Wenn dem so ist, dass sich die Beziehungsebene tatsächlich dann dauerhaft ver-
59 ändert, was machen Sie dann? Versuchen Sie dann etwas zu verändern? Und
60 wenn ja, was?

61 L1: (..) das Erste was ich mache, ich habe gerade tatsächlich auch jemanden vor
62 Augen. Das Erste was ich mache, ist erstmal eine Analyse. Ich versuche erstmal für
63 mich herauszufinden, so, was passiert hier gerade? Ich, ich für mich empfinde es oft
64 als etwas Gegenseitiges. Es ist oft so, dass (..), dass man ja irgendwie so ein paar
65 Erlebnisse dann miteinander hatte und dann kommt so der Moment, an dem man ir-
66 gendwann so sagt, Stopp, hier (..) verändert sich gerade etwas und zwar nicht güns-
67 tig, was ist los? Und wenn, wenn ich diese Analyse betreibe ist es oft so, dass es
68 etwas Gegenseitiges ist. Dass ich merke, es ist eine Veränderung beim Kind und ich
69 habe darauf reagiert zum Beispiel. Oder, dass ich merke, ich bin eigentlich mit et-

70 was unzufrieden, habe das (...) aber nicht an die nicht an den Adressaten gebracht,
71 der es eigentlich ist und habe dadurch meine Beziehungsgestaltung verändert.
72 Nochmal ein typisches Beispiel, jemand der mir jetzt gerade vor Augen ist, wo ich
73 merke, ich bin überfordert in der Behandlung, weil mir die Unterstützung der Eltern
74 fehlt. Das ist mir ganz wichtig, die Unterstützung der Eltern. Also, dass, dass man
75 da wirklich zu Dritt zusammenarbeitet. Also das Kind, die Mama oder der Papa und
76 ich eben. Das ist ganz wichtig für die Beziehungsgestaltung. Ja und ich erlebe einen
77 ganz, ganz großen Druck im Moment, weil ich die vielen, vielen Themen dieses Kin-
78 des sehe. Das ist ein Geschwisterkind, ich habe schon das erste Kind letztendlich
79 intensiv begleitet, die Eltern intensiv begleitet auf dem Weg anzuerkennen, dieses
80 Kind hat wirklich grundlegende Themen im Bereich Lernen, sie müssen sich anders
81 aufstellen, sie müssen das anerkennen, sie müssen die Betreuung des Kindes ver-
82 ändern. Dieses Kind wäre in einem, ist in einem Regelkindergarten nicht gut aufge-
83 hoben, das braucht eine integrative Geschichte und, und, und. Das schon ein sehr
84 zäher Prozess war und ich jetzt den kleinen Bruder habe. Dasselbe Thema in deut-
85 lich größerer Auswirkung (...). Und ich jetzt sogar Eltern habe, die jetzt beide Vollzeit
86 berufstätig sind, noch weniger Bereitschaft da ist, sich diesem Thema zuzuwenden,
87 ich nur noch die Oma als Gegenüber habe, die mit den Achseln zuckt und sagt, ich
88 bringe das Kind eigentlich nur hierhin ((lacht)). So, und ich gerade merke, Stopp. Ich
89 merke, da verändert sich etwas in unserer Beziehung, ich fordere viel mehr von dem
90 Kind, ich, ich gerate immer mehr so in die die Situation, ihn tatsächlich klar zu for-
91 dern und zu sagen (klatscht) Stopp! Jetzt! Komm! Los! Ne, da Druck aufzubauen,
92 weil ich diesen Druck spüre. Weil ich merke, das läuft hier gar nicht gut und ich krie-
93 ge niemanden, der da seine Verantwortung tatsächlich übernimmt und die landet
94 gerade voll bei mir. Und ich merke den Druck, der, der kommt mir in diese Bezie-
95 hung gerade rein. Von daher finde ich, Analyse ist immer so der erste Schritt der
96 stattfinden muss und von da aus finde ich, gibt es immer wieder so, so diese Klä-
97 rung, wer ist mein eigentlicher Ansprechpartner, das heißt, wirklich just gestern
98 ((lacht)) habe ich da eine, eine Intervention gestartet, die sich an die Eltern richtet
99 und merke, wie mich das entspannt wieder im Umgang mit dem Kind. (4) Von daher
100 finde ich, so, wenn da so wirklich so grundlegende Veränderungen in der Beziehung
101 entstehen, ist es für mich ganz, ganz oft die Situation, dass ich feststelle (...), irgend-
102 jemand macht hier gerade seinen Job nicht, irgendjemand übernimmt seine Verant-
103 wortung nicht (...). Der Druck wächst bei mir, meinen Aufgaben nicht gerecht werden
104 zu können, weil jemand anderes im Boot nicht mitrudert. Das ist am häufigsten finde
105 ich so die Situation, dass sich die Beziehung zum Kind als Klienten verändert. Das
106 Zweite würde ich sagen, ist wenn ich feststelle, dass die Kinder (...), dass die Kinder

107 den Spaß verlieren. (6) Genau den Spaß am eigenen Prozess, am eigenen Lern-
108 prozess verlieren, entweder gar nicht haben oder eben im therapeutischen Prozess
109 verlieren. Auch da ist Analyse finde ich immer so der erste Schritt, dass ich einmal
110 eben gucken muss, was passiert hier gerade, habe ich ein Kind, was einfach in die-
111 sem Lernprozess nicht weitergehen will, kann oder gibt es andere Gründe. Auch da
112 eben oft, muss das Kind immer wieder von vorne anfangen, weil in der Woche nicht
113 geübt wurde zum Beispiel und das ist dann einfach eine frustrierende Lernerfahrung
114 für das Kind.

Anhang E: Exemplarischer Interviewausschnitt L2 (T.I. L2)

1 I: In Ihrer jahrelangen Arbeit als Logopädin haben Sie sicher ganz unterschiedliche
2 Erfahrungen im Hinblick auf die Beziehung zu Ihren kleinen Patienten gemacht.
3 Können Sie Sich an die Arbeit mit einem Kind erinnern, mit welchem Sie die Bezie-
4 hung als sehr gut und positiv erlebt haben? Erzählen Sie gerne ausführlich.

5 L2: Ganz konkret, müsste ich ein bisschen überlegen. Ich glaube, dass ich das ganz
6 große Glück habe oder vielleicht auch ein bisschen meine Kompetenzen da eine
7 Rolle spielen, dass das eigentlich in der Regel kein Thema ist, sondern mir gut ge-
8 lingt, schnell eine gute Beziehungsebene zu schaffen (...). Und in ganz, ganz selte-
9 nen Ausnahmefällen braucht es schon mal länger, aber ich glaube, dass das dann
10 auch besondere Kinder mit besonderen Bedürfnissen sind (...). Lassen Sie mich
11 mal überlegen, jemanden Konkretes (...). Ja, ich hätte da ein Kind. Das Kind wurde
12 mir nämlich angekündigt am Telefon als, die ist ganz schüchtern, kann gut sein,
13 dass die gar nicht mitmacht, die braucht ein bisschen. Und insofern war ich schon
14 ein bisschen vorgewarnt oder eingestiebt von der Mutter und ich merkte aber schon
15 in der Art und Weise wie die Mutter das betont hat und erzählt hat, hat die das auch
16 öfter schon mal so erlebt. Vielleicht ein stilles Kind, das erstmal gar nicht so den
17 Mund aufmacht und sich gar nicht traut, zum Beispiel beim Arzt oder im Kindergar-
18 ten länger braucht. Da hatte ich natürlich das Glück, dass ich mir im Vorfeld schon
19 ein bisschen Gedanken machen konnte, wie machst du das jetzt? Und wie, wie wirst
20 du mit diesem Kind umgehen? Und ich habe mich im Vorfeld gefragt, was wird die
21 brauchen? Was braucht ein Kind, das ängstlich ist? Und das vielleicht auch unsicher
22 ist. Ich hab dann überlegt, ich habe Hypothesen aufgestellt, was könnte sein, womit
23 könnte das zu tun haben, warum das im Vorfeld schon so gesagt wird und (...) habe
24 mir gedacht, vielleicht hat das auch etwas mit der Bindung zur Mama zu tun. Das
25 war eine Hypothese, also Loslösung und so weiter. Oder sie gehört vielleicht zu den
26 Kindern, die, die tatsächlich erst einmal Zeit brauchen, die beobachten müssen, die
27 vielleicht auch sehr klug sind und erstmal über das Beobachten ihre Sicherheit be-
28 kommen und vielleicht auch herausfinden wollen, wer sitzt mir da gegenüber und
29 was soll ich hier überhaupt und was, was macht das mit mir? Und das war tatsäch-
30 lich die richtige Hypothese. Also ich konnte sehr schnell sehen, die selber haben ei-
31 gentlich kein, kein Thema. Die Mutter war jetzt nicht der, der (...) verhätschelnde
32 Typ, ich lass- nicht- los- Typ, sondern die war schon eigentlich ganz taff, und die
33 Kleine war tatsächlich jemand, die Zeit braucht um anzukommen, erstmal mich ken-
34 nenzulernen und auch irgendwo wissen musste, schon in diesem Alter, was machen
35 wir denn hier, worum wird es denn gehen? Und wie bin ich der begegnet? Jetzt

36 muss ich nochmal überlegen (...). Genau, ich habe sie von Anfang an miteinbezo-
37 gen, aber erstmal auf eine passive Art und Weise, das heißt, ich habe sie immer
38 angesprochen, aber ohne (...) die Erwartung, dass sie mir jetzt schon gleich antwor-
39 ten muss. Ich habe ihr immer Angebote gemacht, ich habe mich erstmal vorgestellt,
40 ich habe ihr, ihr und der Mama, die Praxis gezeigt. Guck mal hier arbeiten wir, hier
41 wird gespielt, aber auch geübt, wir üben mit den Kindern oder ich übe mit den Kin-
42 dern am Sprechen. Also, wir sind schon irgendwo auf die Metaebene auch gegang-
43 en, aber das soll immer Spaß machen. Das ist mir ganz wichtig, dass die Kinder
44 die hier hinkommen das auch als schön empfinden und Spaß haben können, und du
45 kannst mir jederzeit sagen, was dir Spaß macht und du kannst mir jederzeit sagen,
46 was dir nicht gefällt. Und dann sah ich schon so ein bisschen, mh, cool ((lacht)). Ich
47 lass, hab ihr oder auch ganz vielen anderen Kindern, die Zeit gelassen, die Praxis
48 erstmal anzugucken und ein, ein super Trick ist, auch einmal die Schränke aufzu-
49 machen ((lacht)) und dann zu zeigen, guck mal, das haben wir alles da. Das heißt,
50 ich versuche auch ein bisschen die Vorfreude und Neugierde zu wecken. Und die-
51 ses Kind hatte, da kann ich mich bis heute dran erinnern, sehr mit dem Einkaufsla-
52 den geliebäugelt. Obwohl die schon in der ersten Klasse war, fand die das sehr an-
53 sprechend. Das sah ich schon, dass der Blick da immer hinging. Das heißt, ich hatte
54 sie da im Auge, das Beobachten, im Auge haben, wieder das Überlegen, was geht
55 wohl gerade in ihr vor, ich glaube die findet das ganz spannend (...). Das war dann
56 mein Vorschlag, wenn du das nächste Mal kommst, wäre das etwas, sollen wir da-
57 mit spielen? Und das war, also das der erste Stein den ich im Brett hatte. Da kam
58 sofort ein sehr verständnisvolles Nicken. Also, die Idee war schon mal gut. Okay
59 (Pause 4 sec.). Genau, das Zweite, was vielleicht noch wichtig ist, ist neben dem
60 erstmal sich beschnuppern lassen, auch die Möglichkeit, nicht die Möglichkeit, also
61 mir war wichtig, dass sie nicht das Gefühl hat wir reden über sie. Also, das ist ja
62 auch eine Falle in, in die man tappen kann, dass man nur die Mutter oder die Be-
63 zugsperson die mitgekommen ist anguckt, sondern, dass sie von Anfang an das Ge-
64 fühl erhält, du bist wichtig und hier geht es um dich jetzt in dem Gespräch und was
65 du weißt oder wozu du was wissen möchtest oder wozu du auch was sagen möch-
66 test, das kannst du auch sagen. Und dann gibt es immer schon so Fragen, man hat
67 ja auch irgendwann Routine mit den Anamnesebögen, wo ich weiß, diese Frage, die
68 richte ich jetzt einfach direkt an das Kind. Wenn es um das Essen ging oder was
69 spielst du gerne? Was machst du gerne? Also, sowas richte ich dann immer direkt
70 an das Kind. (...) und ich erlebe, dass (...), dass sich so Kinder wie auch die, wie die-
71 ses Mädchen, jetzt eigentlich innerhalb der Stunde schon relativ entspannt. Dass
72 die erstmal erleben, ohh, die ist gar nicht so schlimm, das scheint ja hier ein ganz

73 cooler Ort zu sein und die da sitzt ist auch ganz nett. Die kommen ja mit, häufig mit
74 ganz wenig Vorinformation. Logopädie, so ein komisches Wort. Wer hat das schon
75 im Alter von sechs, sieben oder acht Jahren gehört. Was ist das überhaupt? Und
76 dann will auch noch vielleicht der Kinderarzt oder der Kieferorthopäde, dass ich das
77 mache. Also, was kann das sein? Und ich glaube, dass da auch ganz viele Spukge-
78 spenster auch im Kopf rumspuken. Ist das jetzt, wie beim Arzt, muss ich da den
79 Mund aufmachen? Passiert da was? Tut das weh? Dass solche Sachen tatsächlich
80 auch eine Rolle spielen (..). Und für mich ist immer wichtig, schon in der allerersten
81 Stunde die Angst zu nehmen. Und (..) so dieses dieses, dieses, ja, letztendlich die-
82 ses, dass dieses Vertrauen was wir einfach brauchen für die, für die therapeutische
83 Beziehung oder letztendlich überhaupt auch für die Wirkung der Therapie, dass da
84 schon der Grundpfeiler gelegt wird. Um das für Kinder zu sagen, hier, hier tut mir
85 keiner was, hier, hier ist ein Ort an, dieser safe-place, an dem wir zwar arbeiten,
86 aber da wird das so gemacht. Die, die hat mich im Blick und guckt was mag ich und
87 versucht das auf mich abzustimmen. Also, das ist die Botschaft, die ich in der ersten
88 Stunde ausschicke. Und darauf kommt man meistens schon relativ schnell dann so
89 ein responsives Verhalten. (...) Beziehung ist ja immer zweiseitig, aber am Anfang
90 bin ich schon diejenige, die in der Regel die Anker auswirft. Das wäre jetzt erstmal
91 so das, was mir zu ihr ein einfällt, weil sich das so schön entwickelt hat. Also, diese
92 Befürchtung, die die Mutter hatte, ach, die wird sowieso nicht sprechen und die ist
93 ganz schüchtern und das kennen wir, hat sich so schnell in Luft auf- aufgelöst hat
94 (..). Ja, ja und sich wirklich herausstellte, dass sie auch ganz clever war, das war
95 auch ein ganz schönes Arbeiten, das ging dann auch ganz schnell, das war eine
96 phonologische Störung (...) und ja.

Anhang F: Postscript

Interview L1:

- L1 war sehr offen im Interview
- L1 hat ihr persönliches Interesse an dem Thema vor und nach dem Interview angesprochen
- L1 berichtet zum Ende des Interviews, dass sie dieses als sehr angenehm und positiv erlebt hat. Sie konnte mittels des Interviews über viele automatisierte Vorgänge nachdenken und verschiedene Situationen und Verhaltensweisen reflektieren
- Es fiel L1 zunächst schwer explizite Beispiele zu nennen. Nach und nach vielen ihr konkrete Beispiele ein.
- L1 hat viel gestikuliert
- L1 hat sehr viel von sich aus erzählt, sodass keine Nachfragen gestellt werden mussten um den Erzählfluss aufrecht zu erhalten
- Viele mögliche Nachfragen mussten nicht gestellt werden, da diese bereits von L1 beantwortet wurden
- Insgesamt musste in dem Interview mit L1 oft flexibel und spontan nachgefragt werden. Es wurden einige Fragen gestellt die nicht in dem Interviewleitfaden standen, aber wichtig für den Kontext erachtet wurden

Interview L2:

- L2 verhielt sich im Vergleich zu L1 ruhiger und bedachter. Sie hat sich die Fragen in Ruhe angehört, oft zunächst über passende Antworten nachgedacht und hat sich dann erst geäußert
- L2 fielen schnell viele konkrete Beispiele ein
- Im Erzählprozess hielt L2 wenig Blickkontakt, sie war viel mit ihren Überlegungen „beschäftigt“
- In dem Interview mit L2 wurden deutlich mehr mögliche Nachfragen aus dem Interviewleitfaden gestellt. Insgesamt konnte sich stärker an dem Interviewleitfaden orientiert werden als bei L1

Anhang G: Exemplarischer Ausschnitt der deduktiv- induktiven Kategorienbildung L1

Hauptkategorie: VERSTÄNDNIS VON EINER POSITIVEN BEZIEHUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen darüber, was die Logopädin unter einer positiven Beziehung versteht und welche Aspekte und Merkmale sich in einer positiven Beziehung wiederfinden.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Beziehungsgestaltung als Basis für methodisches Arbeiten

- „wenn die Beziehungsebene nicht geklärt ist und individuell geklärt ist, dass das therapeutische Arbeiten fast nicht möglich ist (...). Auf jeden Fall wird die, wird das Ergebnis geringer ausfallen solange die Beziehungsebene individuell nicht geklärt ist“ (Z. 630-633)
- Vgl. auch: (Z. 605-612), (Z. 642-646)

Hauptkategorie: THERAPEUTISCHE GESTALTUNG POSITIVER BEZIEHUNG

Definition:

Umfasst Aussagen, wie die Logopädin die therapeutische Beziehung gestaltet, um einen positiven Verlauf der Beziehung zu erreichen. Dazu können Strategien und Vorgehensweisen zählen.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Einbezug des Kindes in die Therapie und in Therapieentscheidungen

- „ich glaube, [...] dass die Altersgruppe 9-13 viel, viel mehr Selbstbestimmung in der Behandlung haben möchte. Also Freiräume, wo sie sagen können, das möchte ich jetzt so und so machen.“ (Z. 693-695)
- Vgl. auch: (Z. 209-211), (Z. 696-698), (Z. 698-704)

Hauptkategorie: UNTERSTÜTZENDE FAKTOREN EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen über Aspekte, welche einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie unterstützen können. Hierzu zählen z.B. Strukturqualitäten, Rahmenbedingungen, Ressourcen des Kindes, der Therapeutin, der Eltern, Einflussfaktoren oder Persönlichkeitseigenschaften.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Verhaltensweisen der Eltern und Unterstützung durch die Eltern

- „meine Wahrnehmung ist, dass die Kinder ab Stunde eins sehr genau beobachten,

wie verhält sich meine Mama, [...] wie verhält sich meine Mama im Kontakt mit der Behandlerin. Und (..) Eltern und ihre Kinder in der Regel da ja auch sehr, sehr eingespielt als Team sind. Das heißt, die Mama muss gar nicht sagen, Frau so und so finde ich echt total doof. Wenn die Mama es fühlt und denkt reicht das aus, damit das Kind es bemerkt. Und dann wird es mir nicht vertrauen. [...] Haben die aber die Chance, immer wieder mit mir zusammen zu sein und zu arbeiten und wir können Regelungen finden, das heißt, ich kann Beziehungsaufbau mit der Mutter starten, habe ich gleichzeitig das Kind mit im Boot.“ (Z. 152-161)

- Vgl. auch: (Z. 126-129)

Hauptkategorie: HEMMENDE FAKTOREN EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen über Aspekte, welche einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie hemmen können. Hierzu zählen z.B. ungünstige Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren oder Verhaltensweisen.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Tagesform: Patient und Therapeut

- „hier finde ich, muss man sich selber im Fokus behalten. Man selber ist auch nicht jeden Tag gleich drauf und da gibt es halt, finde ich auch, auch im eigenen Leben Situationen, die einen belasten und wo man dann merkt, okay, ich kann heute nicht so sprudelig, freundlich, voller, wie sagt man, Esprit sein ((lacht)) oder kann heute nicht so gut anbieten, bin heute nicht so geduldig wie sonst.“ (Z. 49-54)
- Vgl. auch: (Z. 40-44), (Z. 44-46), (Z. 47-49), (Z. 243-245)

Hauptkategorie: WIRKUNG EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst Aussagen über die Effekte, die eine positiv verlaufende Beziehungsgestaltung haben kann. Dazu zählen Aussagen, die eine direkte Wirkung auf das Kind und dessen Therapie hat, wie auch die Konsequenzen die sich für die Logopädin und Eltern ergeben.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Zielerreichung

- „Also Beziehungsgestaltung hat letztendlich eben auch einen Einfluss auf die Ziel, also kann einen Einfluss auf die Zielerreichung haben.“ (Z. 665-666)
- Vgl. auch: (Z. 219-223), (Z. 223), (Z. 630-633)

Anhang H: Exemplarischer Ausschnitt der deduktiv- induktiven Kategorienbildung L2

Hauptkategorie: VERSTÄNDNIS VON EINER POSITIVEN BEZIEHUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen darüber, was die Logopädin unter einer positiven Beziehung versteht und welche Aspekte und Merkmale sich in einer positiven Beziehung wiederfinden.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Ressourcengefüge zwischen Therapeut und Patient

- „ich sehe so vor meinem geistigen Auge eine Waage ((lächelt)). Auf der einen Seite sitze ich, wahrscheinlich kippt die Waage ein bisschen mehr in meine Richtung ((lacht)). [...] ich glaube, ich würde auf meiner Seite ganz viele Ressourcen um mich rumlegen“ (Z. 291-294)

Hauptkategorie: THERAPEUTISCHE GESTALTUNG POSITIVER BEZIEHUNG

Definition:

Umfasst Aussagen, wie die Logopädin die therapeutische Beziehung gestaltet, um einen positiven Verlauf der Beziehung zu erreichen. Dazu können Strategien und Vorgehensweisen zählen.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Akzeptanz und Annahme

- „das ist ganz wichtig, Stichwort Annahme, dass man erstmal so sein darf wie man ist und dass man dann eben Ideen entwickelt und wie können wir jetzt trotzdem zueinander finden und miteinander arbeiten“ (Z. 150-152)
- Vgl. auch: (Z. 296-297)

Hauptkategorie: UNTERSTÜTZENDE FAKTOREN EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen über Aspekte, welche einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie unterstützen können. Hierzu zählen z.B. Strukturqualitäten, Rahmenbedingungen, Ressourcen des Kindes, der Therapeutin, der Eltern, Einflussfaktoren oder Persönlichkeitseigenschaften.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Einladend gestalteter Therapieraum

- „Mein Rahmen ist immer mein Therapieraum zum Beispiel. Wenn ich mich da wohl

fühle [...] und der so gestaltet ist, dass ich weiß, okay hier, [...] würde ich es hier ziemlich cool finden, [...] hier sieht's nett aus. Das heißt, der ist ganz schön vielleicht eingerichtet und hier sind Sachen, die einen Aufforderungscharakter haben, irgendwie ein paar coole Spielsachen, vielleicht ein paar nette Bücher oder Bilder. Dann löst das was in mir aus, das triggert mich vielleicht wieder und das macht mich neugierig und das macht mich so somit auch wieder offen“ (Z. 367-375)

Hauptkategorie: HEMMENDE FAKTOREN EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst subjektive Aussagen über Aspekte, welche einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung in der logopädischen Therapie hemmen können. Hierzu zählen z.B. ungünstige Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren oder Verhaltensweisen.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Geringe Informationen und fehlerhafte Vorstellungen über die Logopädie seitens des Kindes

- „Die kommen ja mit, häufig mit ganz wenig Vorinformation. Logopädie, so ein komisches Wort. Wer hat das schon im Alter von sechs, sieben oder acht Jahren gehört. Was ist das überhaupt?“ (Z. 73-75)
- Vgl. auch: (Z. 76-77), (Z. 77-79)

Hauptkategorie: WIRKUNG EINER POSITIVEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Definition:

Umfasst Aussagen über die Effekte, die eine positiv verlaufende Beziehungsgestaltung haben kann. Dazu zählen Aussagen, die eine direkte Wirkung auf das Kind und dessen Therapie hat, wie auch die Konsequenzen die sich für die Logopädin und Eltern ergeben.

Subkategorie mit Ankerbeispiel:

Weiterempfehlung der Therapeutin

- „Und ein ganz netter Nebeneffekt ja auch immer, dieses, wir empfehlen Sie weiter oder man spürt, es, es zieht letztendlich sogar auch andere an, wenn sich das weiterspricht“ (Z. 656-658)
- Vgl. auch: (Z. 167)

Anhang I: Tabellarische Bezugnahme zu den einzelnen Unterfragen

➤ Was kennzeichnet eine positive Beziehung in der logopädischen Therapie?

L1	L2
<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit von Therapeutin, Patientin und Eltern - Beziehungsgestaltung als Basis für methodisches Arbeiten - Wenn Vertrauen aufgebaut werden konnte 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit von Therapeutin, Patientin und Eltern - Beziehungsgestaltung als Basis für methodisches Arbeiten - Wenn Vertrauen und Sicherheit aufgebaut werden konnten - Wenn sich das Kind entspannen und wohlfühlen kann - Wenn Sympathien bestehen

➤ Wie kann eine positive Beziehung erfolgreich gestaltet werden?

L1	L2
<ul style="list-style-type: none"> - Durch den Einbezug des Kindes in die Therapie und die Therapieentscheidungen/ Patientenorientierung/ dem Kind auf Augenhöhe begegnen - Durch Spontaneität und Flexibilität der Logopädin - Durch Euphorie - Durch Authentizität - Durch Offenheit, Klarheit, Transparenz - Durch Spaß - Durch Analysefähigkeit, Erfahrungstools und Reflexion - Durch das Schaffen von Vertrauen - Durch Sympathien - Durch einladende Settinggestaltung und Settingwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> - Durch den Einbezug des Kindes in die Therapie und die Therapieentscheidungen - Durch Flexibilität und Ideenreichtum der Logopädin - Durch Ruhe und Gelassenheit - Durch Authentizität - Durch Offenheit und Unvoreingenommenheit - Durch Spaß - Durch Beobachtungs- und Analysefähigkeit und Reflexion - Durch das Schaffen von Vertrauen und Sicherheit - Durch Sympathien - Durch einen einladend gestalteten Therapieraum

<ul style="list-style-type: none"> - Durch Sicherheit mittels Ritualen - Durch klare Strukturen und Grenzen - Durch lösungsorientiertes Arbeiten und gemeinsames Reflektieren - Durch das Verhalten des Solidarisiere-rens - Durch Lob - Durch Belohnungssysteme als Vertrag - Durch Befindlichkeitsüberprüfungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Rituale - Durch das Setzen von Grenzen - Durch das Wecken von Freude und Neugierde - Durch das Schaffen von Zeit zum An-kommen - Durch das Nehmen von Angst - Durch Ermutigungen - Durch Akzeptanz und Annahme - Durch Zugewandtheit und Blickkon-takt - Durch die Kompetenz des Zuhörens - Durch einen wertschätzenden Um-gang miteinander - Durch Transparenz, Offenheit und Ehrlichkeit - Durch die Stärkung des Selbstwertge-fühls des Kindes
--	--

➤ Was unterstützt oder hemmt einen positiven Verlauf der Beziehungsgestaltung?

L1	L2
<p>Fördernde Faktoren der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensweisen der Eltern und Un-terstützung - Ressourcen „Elternhaus“/ elterliche Un-terstützung <p>Fördernde Strukturqualitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material, Räumlichkeiten, Zeit 	<p>Fördernde Faktoren der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensweisen der Eltern und Un-terstützung durch die Eltern - Zuhören können - Wertschätzender Umgang miteinander - Zuverlässigkeit und Unterstützung der Eltern - Freude und Neugierde für die Thera-pie beim Kind wecken - Dem Kind seine Angst nehmen

<p>Fördernde Faktoren des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiv erlebte Schulerfahrungen - Positive Erfahrungen und Freude an der Beziehungsgestaltung - Vertrauen können - Mitarbeitsbereitschaft - Spaß/ Freude/ Offenheit/ Sympathie <p>Fördernde Faktoren der Logopädin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klarheit über das Selbstkonzept der Therapeutin - Authentizität - Offenheit, Klarheit, Transparenz - Spontaneität, Flexibilität - Positive Erfahrungen und Freude an der Beziehungsgestaltung - Euphorie - Spaß an der Arbeit - Professionelles Distanzverhalten - Analysefähigkeit - Erfahrungstools/ Reflexion - Positiv erlebte Schulerfahrungen - Zu wissen, dass viele Wege zum Ziel führen - Selbstfürsorge - Bereitschaft Tipps von Kolleginnen einzuholen 	<p>Fördernde Faktoren des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gute Tagesform des Kindes - Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit - Guter Umgang mit Herausforderungen - Sozialkompetenz und Regelverstehen - Kognitive Fähigkeiten und gute Auffassungsgabe <p>Fördernde Faktoren der Logopädin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozial- kommunikative, personale, Fach-/Methodenkompetenz - Professionelles Distanzverhalten - Grenzen setzen - Authentizität - Selbstfürsorge - Gepflegtes Aussehen der Therapeutin - Kompetenz in den Bereichen Gesprächsführung und Anleitung - Beobachtungs- und Analysefähigkeit, Reflexionsgabe - Flexibilität und Ideenreichtum - Zuhören können - Ruhe und Gelassenheit - Dem Kind die Angst nehmen können - Ermutigen - Akzeptanz und Annahme - Zugewandtheit und Blickkontakt - Freude und Neugierde wecken können - Offen und unvoreingenommen sein
<p>Hemmende Rahmenbedingungen/ Strukturqualitäten/ „äußere Spielregeln“:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringe Deutschkenntnisse 	<p>Hemmende Faktoren der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ungünstiger Einflussfaktor „Elternhaus“

<ul style="list-style-type: none"> - unzureichend ausgestattetes Therapiezimmer - ungünstiger Einflussfaktor „Elternhaus“ <p>Hemmende Ressourcen des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Instabilität des Kindes - geringe Frustrationstoleranz - Provokationen - Tagesform von Patientin und Logopädin 	<ul style="list-style-type: none"> - Geringes Distanzverhalten zwischen Logopädin und Eltern - Wenig Veränderungsbereitschaft/ keine Einsicht zur Veränderung - Misstrauen - Schlechte Umgangsformen <p>Hemmende Faktoren des Kindes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tagesform der Patientin - Lange Schultage - Geringe Informationen und fehlerhafte Vorstellungen über die Logopädie seitens des Kindes - Geringes Distanzverhalten des Kindes - Schlechte Umgangsformen und Grenzüberschreitung - Ungenügend Motivation
---	---

➤ Welche Konsequenzen und Auswirkungen hat eine positive Beziehungsgestaltung?

L1	L2
<ul style="list-style-type: none"> - Zielerreichung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kombination aus sich Wohlfühlen und Mitarbeiten - schnelleres und besseres Erreichen von Therapieerfolgen - Zufriedenheit - Weiterempfehlung der Therapeutin