

Der lösungsorientierte Ansatz in  
der Logopädie-Therapie  
bei Kindern im Primarschulalter  
in der Regelschule

Entwicklung eines Leitfadens  
für die Logopädie-Praxis



# BACHELORARBEIT

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich

Departement 2, Studiengang 13/16

Eingereicht von: Jana Zraggen

Begleitung: Andrea Geigenberger

22. Februar 2016



**INMITTEN VON SCHWIERIGKEITEN  
LIEGEN GÜNSTIGE GELEGENHEITEN.**  
Albert Einstein

Titelbild: Zugriff am 14.2.2016 unter <http://www.familiesteiner.de/wandern/archtallaine/>

**Abstract**

Der lösungsorientierte Ansatz wird in der Logopädie als Werkzeug für die Beratung verwendet. Es gibt Logopädinnen und Logopäden, die diesen Ansatz auch in der Therapie mit Kindern anwenden. Da dazu kaum Literatur vorhanden ist, stellt sich die Forschungsfrage, wie der lösungsorientierte Ansatz in der logopädischen Therapie konkret verwendet wird. Um dies zu beantworten werden Interviews mit drei Logopädinnen, die den Ansatz verwenden, durchgeführt und mit einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Als Ergebnis werden mögliche Umsetzungsformen aber auch Grenzen und Anpassungen des lösungsorientierten Ansatzes bezüglich der Logopädie erfasst und zu einem Leitfaden für die praktische Arbeit in der Logopädie-Therapie zusammengestellt. Als weiterführende Forschung wäre interessant zu analysieren, ob die Logopädie durch diesen Ansatz effizienter therapiert und bei Kindern schnellere Ergebnisse erreicht als bei der Therapie ohne Verwendung dieses Ansatzes.

### **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt den drei engagierten Logopädinnen für ihre Bereitschaft, sich interviewen zu lassen und einen Einblick in ihre logopädisch lösungsorientierte Praxis zu geben.

Weiter danke ich José Amrein, Agath, Florian, und Sandra ganz herzlich für das Gegenlesen und Korrigieren meiner Bachelorarbeit.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>9</b>
1.1 Einführung ins Thema: Aufzeichnung der Ausgangslage.....	9
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit.....	9
1.3 Aufbau der Bachelorarbeit .....	10
<b>2. Theoretische Grundlagen des lösungsorientierten Ansatzes und der Logopädie .....</b>	<b>12</b>
2.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der Theorie .....	12
2.1.1 Grundlagen und Begriffsdefinition.....	12
2.1.2 Grundannahmen und Lehrsätze.....	14
2.1.3 Der Therapeut, seine Fähigkeiten und seine Interventionen .....	16
2.1.4 Wirksamkeit und Kritik.....	20
2.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei Kindern in der Theorie .....	21
2.2.1 Warum passt der lösungsorientierte Ansatz auch in die Therapie mit Kindern? .....	21
2.2.2 Voraussetzungen beim Kind für den lösungsorientierten Ansatz .....	22
2.2.3 Lösungsorientierte Therapie als Prozess.....	23
2.3 Grundlagen der Logopädie .....	28
2.3.1 Das Berufsbild der Logopädie .....	29
2.3.2 Menschenbilder in der Logopädie .....	29
2.3.3 Fähigkeiten der Logopädin.....	30
2.3.4 Das Kind in der Logopädie-Therapie .....	31
2.3.5 Logopädie-Therapie als Prozess .....	32
2.4 Synthese: Eine Zusammenfügung der theoretischen Grundlagen des Ansatzes und der Logopädie .....	34
2.4.1 Das Menschenbild und die innere Haltung.....	35
2.4.2 Fähigkeiten der Therapeutin.....	35
2.4.3 Fähigkeiten des Kindes.....	36

2.4.4	Störungsbilder .....	37
2.4.5	Therapeutischer Prozess .....	37
<b>3.</b>	<b>Methodisches Vorgehen im Forschungsprozess.....</b>	<b>42</b>
3.1	Darstellung und Begründung des Forschungsvorgehens .....	42
3.1.1	Datenerhebung: Interview .....	42
3.1.2	Datenaufbereitung: Transkription .....	44
3.1.3	Datenauswertung: Zusammenfassende Inhaltsanalyse.....	44
<b>4.</b>	<b>Darlegung der Interview-Analyse .....</b>	<b>47</b>
4.1	Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie.....	47
4.1.1	Persönliche Meinung der Therapeutinnen zum lösungsorientierten Ansatz .....	47
4.1.2	Innere Haltung der Beteiligten.....	47
4.2	Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz und dem Kind .....	47
4.2.1	Vorteile für das Kind.....	47
4.2.2	Kind als Experte .....	48
4.2.3	Notwendige Fähigkeiten und Anforderung an das Kind .....	48
4.2.4	Grenzen des Ansatzes beim Kind .....	48
4.2.5	Adaption an das Kind .....	49
4.3	Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz und der Logopädin .....	49
4.3.1	Fähigkeiten der Logopädin.....	49
4.3.2	Unterschied zur klassischen Logopädie-Therapie.....	49
4.3.3	Vorteile für die Logopädin.....	49
4.3.4	Mögliche Schwierigkeiten für die Logopädin.....	50
4.3.5	Planung und Durchführung der Logopädie-Therapie .....	50
4.4	Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern .....	50
4.4.1	Lösungsorientierte Diagnostik in der Logopädie-Therapie .....	50
4.4.2	Lösungsorientierte Ziel-Definition in der Logopädie-Therapie .....	51
4.4.3	Lösungsorientierte Therapie der sprachlichen Fähigkeiten.....	51
4.5	Ergebnisse zum kreativen lösungsorientierten Ansatz.....	52

<b>5. Beantwortung der Forschungsfrage .....</b>	<b>53</b>
5.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der logopädischen Diagnostik.....	53
5.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei der Definition von Therapie-Zielen.....	54
5.3 Die lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten .....	55
5.4 Leitfaden für den lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Praxis .....	57
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>58</b>
6.1 Diskussion der wichtigsten Ergebnisse.....	58
6.1.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der logopädischen Diagnostik .....	58
6.1.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei der Definition von Therapie-Zielen.....	58
6.1.3 Die lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten.....	59
6.2 Konsequenzen mit dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie .....	60
6.3 Ausblick für die weiterführende Forschung .....	60
6.4 Kritische Reflexion der Bachelorarbeit .....	61
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>62</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>63</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>66</b>

# 1. Einleitung

## 1.1 Einführung ins Thema: Aufzeichnung der Ausgangslage

Der lösungsorientierte Ansatz ist in der logopädischen Elternberatung bekannt und wird von einigen Logopädinnen verwendet. Die Literatur über die Beratung und Gesprächsführung in der Logopädie verweist bereits auf den lösungsorientierten Ansatz als Werkzeug (z.B.: Büttner & Quindel, 2005, S. 120-135). Bei diesem Ansatz handelt es sich um eine Form der Gesprächstherapie. Dabei wird nicht allzu viel über das Problem gesprochen, sondern es werden möglichst schnell konkrete Lösungen dazu formuliert. Der Klient ist dabei Experte seiner selbst und bestimmt seine Ziele. Die lösungsorientierte Haltung ist grundsätzlich hoffnungsvoll bezüglich Lösungen zu einem Problem. Sie geht von der Annahme aus, dass jeder Mensch die nötigen Ressourcen hat, um sich zu verändern (vgl. Büttner & Quindel, 2005, S. 120-132).

Der lösungsorientierte Ansatz eignet sich jedoch nicht nur für die Beratung, sondern auch für die logopädische Therapie von sprachlichen Fähigkeiten. Einige Logopädinnen wenden diesen Ansatz bereits in ihrer Logopädie-Therapie mit Kindern an. Leider gibt es zu diesem Thema noch keine Literatur (Ausnahme z.B.: Amrein, J. (2009). Neue Ideen für die Stottertherapie. Praxisbezogene Spiele, kreative Interventionen, wirkungsvolle Gesprächsformen.). Die persönliche Erfahrung der Autorin dieser Arbeit zeigte, dass dieser Ansatz eine wirkungsvolle Unterstützung der Logopädie-Therapie ist. Sie sieht den Vorteil darin, dass dem Kind die Ziele und Fortschritte aufgezeigt werden und dies das Kind motiviert. Zudem wird ein aktives Mitwirken des Kindes bei der Lösungs-Gestaltung ermöglicht und erwartet. Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich darum mit der praktischen Umsetzung des lösungsorientierten Ansatzes auch im Therapie-Bereich der Logopädie.

## 1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

Aus dieser Ausgangslage ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

**Wie kann der lösungsorientierte Ansatz in der Logopädie-Therapie mit Kindern in der Primarschule - basierend auf Praxiserfahrungen von drei Logopädinnen und theoretischen Grundlagen zum Ansatz - verwendet werden?**

Für die Beantwortung dieser Frage werden die einzelnen Aspekte des lösungsorientierten Ansatzes theoretisch betrachtet und mit Hilfe von Interviews mit Fachpersonen auf ihre praktische Integration in die logopädischen Aufgabenbereiche

- Diagnostik,
- Zieldefinition
- und Therapie von sprachlichen Fähigkeiten

hin beurteilt.

Die Fragestellung ist absichtlich nur auf die Therapie von sprachlichen Fähigkeiten mit Kindern im Primarschulalter in der Regelschule eingegrenzt. Das Alter der Primarschulkinder beträgt zwischen 5 und 12 Jahren. Wenn im Verlauf dieser Arbeit das Primarschulalter erwähnt wird, gelten obige Altersangaben. Der Begriff „Therapie der sprachlichen Fähigkeiten“ beinhaltet alle Bereiche, welche in der Logopädie therapiert werden. Daher wird für eine bessere Leserlichkeit ausschliesslich dieser Begriff für die Bereiche der Sprache, Sprechens, Lesen, Schreiben, etc. verwendet. Im Begriff „Logopädie-Therapie“ werden die Aspekte, welche die Beratung und die systemische Therapie betreffen, aufgrund der eingegrenzten Fragestellung, bewusst ausgeklammert. Es wird an dieser Stelle aber explizit erwähnt, dass die Elternarbeit und die Arbeit mit dem Umfeld im lösungsorientierten Ansatz letztlich auch von grosser Bedeutung sind.

Die Zielsetzung dieser Bachelorarbeit ist es, Erkenntnisse über die spezifische Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie-Therapie zu erhalten. Auf der Basis dieser Ergebnisse wird ein Leitfaden für Logopädinnen erstellt. Dieser soll Vorteile des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie aufzeigen und dadurch zur Anwendung des Ansatzes in der Logopädie-Therapie mit Primarschulkindern anregen. Dazu wird der lösungsorientierte Ansatz zuerst kurz erklärt. Des Weiteren wird aufgezeigt, wie eine lösungsorientierte Diagnostik, Zieldefinition und Therapie in der Logopädie aussehen kann. Nicht zuletzt gibt der Leitfaden auch praxisnahe Ideen.

### 1.3 Aufbau der Bachelorarbeit

Die Bachelorarbeit ist in fünf Teile gegliedert. Im ersten Teil (Kapitel 2) werden

- die theoretischen Grundlagen des lösungsorientierten Ansatzes,
- der Ansatz in der Therapie mit Kindern
- und der Ansatz in der Logopädie

behandelt.

Dazu wurde betreffende Literatur studiert und die darin relevanten Aspekte im Hinblick zur Fragestellung aufgeführt. Weiter werden theoretische Erkenntnisse zusammengetragen und analysiert, welche Aspekte des lösungsorientierten Ansatzes und seiner Theorie sich auf die Logopädie übertragen lassen. Durch diese Synthese ergeben sich Fragen, welche durch die Theorie nicht oder nur ungenügend beantwortet werden können.

Im Teil (Kapitel 3) wird das Forschungsdesign vorgestellt. Es werden nämlich Interviews mit Logopädinnen, welche den lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie mit Kindern verwenden, durchgeführt und ausgewertet. Dadurch werden die theoretischen Ergebnisse mit praxisorientierten Erkenntnissen ergänzt.

Diese Ergebnisse aus der Interview-Analyse werden im Kapitel 4 dargestellt.

Kapitel 5 beantwortet schliesslich die Forschungsfrage.

Im letzten Teil (Kapitel 6) werden die wichtigsten Erkenntnisse nochmals zusammengetragen, kritisch reflektiert und durch Interpretationen der Autorin ergänzt. Im Anhang befindet sich schliesslich der Leitfaden für eine lösungsorientierte Logopädie-Therapie. Dafür werden die wichtigsten Erkenntnisse aus der Theorie-Synthese und der Interview-Analyse zu einem strukturierten Leitfaden zusammengetragen.

In der Bachelorarbeit werden der besseren Leserlichkeit wegen keine Doppelformen (z.B. Therapeut/-innen) verwendet. Sie ist um eine möglichst gleichmässige Verwendung der beiden Geschlechter bemüht und es sind darum immer beide Geschlechter angesprochen. Da die Berufsgruppe der Logopädie eindeutig mehr aus Frauen als aus Männern besteht, wird für eine bessere Leserlichkeit nur das weibliche Geschlecht für den Begriff „Logopädinnen“ verwendet. Selbstverständlich sind aber immer auch die männlichen Berufskollegen gemeint.

## 2. Theoretische Grundlagen des lösungsorientierten Ansatzes und der Logopädie

In diesem Kapitel wird zuerst der lösungsorientierte Ansatz vorgestellt. Es werden dazu charakteristische Merkmale und die Umsetzungsmöglichkeiten des Ansatzes aufgezeigt. Und die wichtigsten Aspekte betreffend der Fragestellung ausgewählt. In einem weiteren Schritt werden diese Aspekte betreffend der lösungsorientierten Therapie bei Kindern angeschaut und im Hinblick auf die Fragestellung mit auf das Primarschulalter relevante Themen ergänzt. In einem nächsten Unterkapitel wird auf die für die Logopädie charakteristischen Merkmale eingegangen und das Augenmerk auf die Umsetzung und den Prozess, die eine logopädische Therapie durchlaufen sollte, gelegt.

Da die zwei Themenbereiche auf ihre theoretische Umsetzung und Verwendung hin angeschaut werden, werden in einem letzten Schritt die zwei Bereiche übereinandergelegt und mit inhaltlichem Bezug zur Fragestellung analysiert. Diese Synthese zeigt einerseits Bereiche auf, in denen der lösungsorientierte Ansatz auf die Logopädie hin theoretisch angewendet werden kann. Andererseits werden auch Bereiche genannt, bei denen eine solche Übertragung auf Grenzen stösst oder sich dazu noch Fragen ergeben. Diese Fragen werden anschliessend auch in den Interviews berücksichtigt.

### 2.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der Theorie

Zuerst wird kurz erklärt, wie der lösungsorientierte Ansatz entstanden ist und welche Grundhaltungen er beinhaltet. Danach wird angeschaut, über welche Fähigkeiten die lösungsorientierte Therapeutinnen selber verfügen sollen. Weiter werden die lösungsorientierten Interventionen, die eine Therapeutin verwenden kann, aufgelistet und erklärt. Zuletzt wird der lösungsorientierte Ansatz kritisch beleuchtet und auf seine Wirksamkeit analysiert. Diese Inhalte sind dann Grundlage für das darauffolgende Kapitel 2.2 „Der lösungsorientierte Ansatz bei Kindern in der Theorie“. Dieses befasst sich gezielt mit dem Ansatz in der Therapie mit Kindern. Es geht nur noch auf spezifische Inhalte, die junge Klienten betreffen ein und verweist, wo nötig, auf das lösungsorientierte Grundlagenkapitel.

#### 2.1.1 Grundlagen und Begriffsdefinition

Der Ansatz ist eine lösungsfindende Therapieform, die sich nicht lange mit der problemorientierten Frage „Was ist die Ursache des Problems?“ beschäftigt. Anstatt dessen fragt sie „Wie konstruieren wir Lösungen?“ (vgl. Walter & Peller, 2004, S. 17-21). Der Ansatz nimmt für sich in Anspruch, dass er nur wenig Zeit braucht. Erstens benötigt er keine Zeit, um Ursachen zu finden, wie dies herkömmliche Ansätze tun (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 29). Zweitens werden die Kompetenzen und Ressourcen der Klientin möglichst schnell fokussiert und diese gezielt für die Lösung von Problemen eingesetzt. Schon innerhalb der ersten Therapie-Stunde werden Lösungen erarbeitet und Anstösse gegeben, damit sich der eigentliche Verände-

rungsprozess im Alltag der Klientin direkt entwickeln kann. Deshalb wird der Ansatz auch lösungsorientierte Kurzzeittherapie genannt (vgl. Bamberger, 2005, S. 16).

Die Begründerin, Insoo Kim Berg und Peter De Jong (2008), schreiben im Vorwort ihres Buchs „Lösungen (er-)finden“ eine treffende Aussage über ein Ziel des Ansatzes:

Dies Buch handelt davon, wie KlientInnen interviewt werden. Es bietet eine Palette von Fertigkeiten .... Erstens, sie dienen dazu, KlientInnen zu unterstützen, eine Vision einer befriedigenden Zukunft zu entwickeln. Zweitens, sie leitet KlientIn wie PraktikerIn dazu an, gemeinsam ein tieferes Verständnis von den Stärken und Ressourcen der KlientIn zu entwickeln, die die KlientIn nutzen kann, die Vision Wirklichkeit werden zu lassen. (S. 19)

### **Die Begründung des lösungsorientierten Ansatzes**

Der Ansatz wurde in den 1980er Jahren von den Psychotherapeuten Steve de Shazer und Insoo Kim Berg und ihren Kollegen in Milwaukee (USA) entwickelt (vgl. Steiner, 2013, S. 13). Dieser Ansatz wurde nicht auf der Grundlage einer Theorie entwickelt sondern basiert auf den Beobachtungen in vielen Therapiegesprächen mit Klienten. Die Therapeuten beobachteten die Fragen, Verhaltensweisen und Emotionen, die Klienten dazu bewegten, Lösungen zu generieren und anzuwenden (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 22). Die Therapeuten richteten dabei ihre Aufmerksamkeit nur auf das, was nützlich war. Deshalb wiesen De Shazer und Berg darauf hin, dass sie wenig über die Funktionsweise der Interventionen wissen und sich auf das Herauskrystallisierten des für die Klienten Nützlichen fokussierten (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 39-40). Die Wurzeln des lösungsorientierten Ansatzes liegen in den frühen Forschungen des Mental Research Institut (MRI) in Kalifornien, in der Philosophie von Ludwig Wittgenstein und im buddhistischen Denken. Auch der psychotherapeutische Ansatz von Milton H. Eriksons hat den lösungsorientierten Ansatz massgeblich beeinflusst (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 22). So wird beispielsweise der systemische Ansatz, den auch Erikson verfolgte, in der Haltung des lösungsorientierten Ansatzes miteinbezogen (vgl. Bamberger, 2005, S. 16). In diesem Ansatz wird der Mensch als beziehungsorientiertes Wesen gesehen. Sein Verhalten ist interaktives Geschehen, somit Aktion und Reaktion. Für das Verstehen von Konflikten und psychischen Problemen interessieren vor allem der Lebenskontext und weniger das Individuum selbst. Deshalb werden wichtige Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen (vgl. Bamberger, 2005, S. 6-7).

### **Arbeitsfelder für den lösungsorientierten Ansatz**

Der von De Shazer und Berg entwickelte lösungsorientierte Ansatz wurde in der Zwischenzeit von ihnen selbst aber auch von anderen Personen weiterentwickelt. Er findet in der heutigen Zeit in verschiedenen Settings, wie in Schulen, Gefängnissen, klinischen Bereichen und Unternehmen Verwendung. Dabei wird im klinischen Setting der Ansatz für Drogenabhängigkeit, häusliche Gewalt, Traumata und Ehe- und Familienprobleme als hilfreich betrachtet. Der Ansatz wird bei der Therapie von allen Alters-Gruppen verwendet (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 23).

## Begriffsdefinitionen

Für die Art und Weise, wie De Shazer und Berg arbeiten, gibt es in der Literatur und Praxis verschiedene Begriffe. Im Original wird dieser Ansatz „Solution Focused Brief Therapy“ (SFBT) genannt. In der deutschen Übersetzung wird daraus „lösungs-fokussierte“ oder „lösungsorientierte Kurztherapie“. In der Schweiz setzte sich der Begriff „lösungsorientierter Ansatz“ durch (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 17). Deswegen wird in dieser Arbeit der Begriff „lösungsorientierter Ansatz“ verwendet. Selbst wenn in den Literaturquellen andere, gleichbedeutende Bezeichnung verwendet werden, wird in der vorliegenden Bachelorarbeit der Klarheit wegen der Begriff „lösungsorientierter Ansatz“ geschrieben. In Zitaten wird jedoch der Originalbegriff gebraucht.

### 2.1.2 Grundannahmen und Lehrsätze

#### Die zwölf Grundannahmen des lösungsorientierten Ansatzes

Um den lösungsorientierten Ansatz in seinen Grundgedanken und seiner Haltung zu verstehen, wird im Folgenden kurz auf die von John L. Walter und Jane E. Peller zusammengetragenen zwölf Grundannahmen eingegangen und zur besseren Verständlichkeit mit anderen Literaturquellen ergänzt:

1. *Der positive Fokus:* Die Therapeutin spricht mit der Klientin vermehrt über das Positive, also über das, was bereits funktioniert. Und bespricht mit ihr das, was die Klientin in Zukunft tun will. Sie formt dadurch eine mentale Repräsentation der Problemlösung. Der Lösungsweg wird durch diese mentale Erfahrung realistischer für die Klientin. Sie ist dadurch eher angeregt, den Weg zur Lösung zu gehen (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 27-28).
2. *Ausnahmen sind Wegweiser zu Lösungen:* Das Vorhandensein von Ausnahmen vom Problem, auch wenn sie noch so klein sind, zeigt ein Potential auf, eine Lösung zu konstruieren (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 29-31).
3. *Änderung tritt immer auf:* Die Vertreter des lösungsorientierten Ansatzes sind der Meinung, dass es nicht nützlich ist, zuerst über die Stabilität des unveränderten Problems zu sprechen, um dann Erklärungen zu suchen, wie man dieses verändern kann. Sie plädieren darum zur nützlicheren Annahme, dass Änderung immer auftritt und sehen in dieser Annahme die Notwendigkeit, die Klientin zu unterstützen, Entwicklungswege zu erkennen und diese auszuwählen (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 32-33).
4. *Kleine Änderungen können zu einer grösseren Veränderung führen:* Menschen versuchen bei ihren Problemen immer wieder dieselbe Lösung – teilweise auch immer wieder erfolglos – aus. Wenn man bei den angewendeten Lösungsmustern eine kleine Änderung einführt, kann sich die Klientin in verschiedenen Situationen gleichzeitig verändern. Zudem gehen Walter und Peller von der Annahme aus, dass sich die Klienten nach einer erfolgreichen Bewältigung einer Situation in einem Zustand befinden, in dem sie auf ihre Ressourcen einen einfacheren Zugriff haben. Dies wiederum kann helfen, andere und schwierigere Probleme zu lösen. Das Wesentliche ist, dass

man das Problem durch kleine Änderungen im Lösungsvorgehen Schritt für Schritt lösen kann (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 35-37).

5. *Klientinnen sind immer kooperativ:* „Wenn wir KlientInnen beim Wort nehmen und darauf vertrauen, dass sie ihr Problem lösen wollen, können wir davon ausgehen, dass sie versuchen, es auf dem besten Wege, den sie im Moment kennen, zu lösen“ (Walter & Peller, 2004. S. 41). Die Therapeutin sollte flexibel und kooperativ sein und die jeweilige Denkweise und das Handeln der Klientin in Bezug auf ihre Probleme möglichst wertungsfrei akzeptieren (Walter & Peller, 2004. S. 38-41).
6. *Menschen haben Ressourcen:* Probleme existieren nur, weil Menschen ihre Situation als problematisch betrachten und an ihren, als problematisch betrachten, fehlgeleiteten Handlungsabläufen festhalten. Der Mensch ist aber eigentlich fähig, seine Probleme zu lösen, da jeder sein Handeln prinzipiell verändern kann. Die Therapeutin kann die Klientin dabei unterstützen Handlungsänderungen in die vom Klient gewünschte Zielrichtung zu erreichen (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 41-42).
7. *Bedeutung und Erfahrung sind interaktional konstruiert:* Wir betrachten unsere Erfahrungen, also auch Probleme, Ziele und Lösungen mit einer gewissen positiven oder negativen Haltung. Wenn wir diese Haltung ändern, dann verändert sich auch unser Problem. Beispielsweise kann sich durch unsere Betrachtungsweise ein nicht lösbares Problem zu einer durchaus veränderbaren Situation wandeln. Oder ein Problem kann sogar plötzlich nicht mehr existieren, wenn sich dessen Bedeutung für die Klientin ändert (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 42-44).
8. *Handlungen und Beschreibungen sind zirkulär:* Die Beschreibung eines Problem bestimmt zugleich die Art der Lösung oder Handlung. So zum Beispiel, wenn eine Lehrperson das Verhalten des Kindes als böse kategorisiert, darum eine Massnahme ergreift und das Kind zum Beispiel vor die Tür stellt. Die Lehrperson hätte anders reagiert, wenn sie dem Verhalten des Kindes die Bedeutung des unabsichtlichen Lautseins zugeschrieben hätte (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 44).
9. *Die Bedeutung einer Botschaft ist die Antwort, die man erhält:* Die Verantwortung für eine klare Kommunikation liegt beim Therapeuten, nicht beim Klienten. So erfährt der Therapeut in der Antwort des Klienten, welche Bedeutung resp. Wirkung die Kommunikation des Therapeuten, beim Klient hervorruft. Wenn sich nun die Antwort des Klienten, von dem was der Therapeut als hilfreich sieht, abweicht, dann sollte er in der Kommunikation etwas anderes machen (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 45-46). Das heisst, dass die Ablehnung vom Klienten aus zeigt, dass das therapeutische Vorgehen und Angebot nicht in seine Wahrnehmung passt (vgl. Steiner, 2013, S. 69).
10. *Der Klient ist der Experte:* Der Therapeut kann zwar dem Klienten vorschlagen, dass er doch ein bestimmtes Ziel verfolgen solle. Schlussendlich entscheidet aber der Klient, welche Ziele und Lösungen er verfolgen will. Wenn er ein Problem zwar erkennt, aber beschliesst, gegenwärtig nicht an diesem zu arbeiten, ist das seine berechnete Entscheidung. Da diese freie Haltung gegenüber den Zielen gerade bei Kindern oder Klienten, die zur Therapie gezwungen werden, an ihre Gren-

zen stösst, wird im lösungsorientierten Ansatz in der Vorgehensweise zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Klienten unterschieden. So schaut man bei unfreiwilligen Klienten, ob man unter diesen erzwungenen Umständen trotzdem ein Ziel mit dem Klienten definieren kann (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 46-48).

11. *Ganzheitlichkeit*: Der lösungsorientierte Ansatz geht davon aus, dass jede Änderung im Definieren eines Ziels oder einer Lösung, die zukünftigen Interaktionen - auch die des sozialen Umfeldes - beeinflusst (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 48-49). „Daher ist es nicht erforderlich, jedE am Problem Beteiligte dabei zu haben, wenn man eine Änderung in die gewünschte Richtung anstrebt“ (Walter & Peller, 2004. S. 49).

12. *Mitgliedschaft in einer Behandlungsgruppe*: Die Therapiegruppe beinhaltet alle Personen, die der Meinung sind, dass ein Problem oder Ziel besteht. Also auch die Therapeutin und Zuweisenden, wie Eltern, Lehrpersonen und Schulsozialarbeiterinnen. Dabei wird diese Gruppe nicht als Quelle des Problems angeschaut, sondern es wird nur das Problem selbst betrachtet (vgl. Walter & Peller, 2004. S. 50-51).

### Drei Leitsätze, um Lösungen zu konstruieren

Die oben beschriebenen Grundannahmen können durch die drei folgenden Leitsätze, welche sich auf das Konstruieren von Lösungen beziehen, ergänzt werden. Diese Leitsätze spiegeln sich in der inneren Haltung der Therapeutin wider:

- „Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren“
- „Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun“
- „Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren“

(De Shazer & Dolan, 2015, S. 23)

### 2.1.3 Der Therapeut, seine Fähigkeiten und seine Interventionen

#### Fähigkeiten des Therapeuten

Mit dem lösungsorientierten Ansatz anerkennt der Therapeut das Expertentum des Klienten vorbehaltlos (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 48). „Wenn Sie als PraktikerIn Ihre KlientInnen in die Lage versetzen möchten, ExpertInnen für ihr eigenes Leben zu sein, dann müssen Sie wissen, wie Sie Ihren eigenen Bezugsrahmen weitestgehend beiseite stellen und den Ihrer KlientInnen untersuchen können“ (De Jong & Berg, 2008, S. 51). Damit die Klientin die Rolle der „eigenen Expertin“ einnehmen kann, nimmt die Therapeutin die Haltung des „Nicht-Wissens“ ein (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 51). Der Begriff des „Nicht-Wissens“ definieren Anderson und Goolishian (1992) folgend:

Das heisst, die Handlungen und die Haltungen des Therapeuten drücken eher das Bedürfnis aus, mehr über das zu erfahren, was gesagt wurde, als vorgefasste Meinungen

und Erwartungen über den Klienten, das Problem oder das, was geändert werden sollte, zu übermitteln. (Anderson und Goolishian, 1992; zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 51)

Die Kommunikationsfertigkeiten zuzuhören, Fragen zu formulieren, Einzelheiten zu erfragen und offene Fragen zu stellen, helfen, sich in die Position des „Nicht-Wissens“ zu versetzen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 51-59). Auch die Fähigkeit des Therapeuten bewusst zu schweigen ist hilfreich für den Klienten. Denn Pausen während dem Gespräch, geben dem Klienten Raum zur Reflektion und Zeit zur Suche einer Antwort (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 30-31). Die lösungsorientierte Therapeutin gibt oft die vom Klienten verwendeten Schlüsselwörter wieder (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 58). Sie kann aber auch das, was der Klient gesagt hat, nochmals zusammenfassen oder paraphrasieren. Bei der Paraphrasierung wird, im Unterschied zur Zusammenfassung, nur noch das Wesentliche wiederholt (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 61-64).

Eine wichtige Fähigkeit für den lösungsorientierten Ansatz ist die „Lösungs-Sprache“ der Therapeutin. Die Lösungs-Sprache befasst sich mit den Möglichkeiten, sich zu verändern. Zu Beginn der Therapie verwenden die Klienten oft die Problem-Sprache. Das heisst, sie thematisieren das, was sie an sich oder anderen nicht mögen und beschreiben ihr Problem. Durch gezielte Fragen soll die Therapeutin die Klienten animieren, ihren Blickwinkel zu ändern und über mögliche Lösungen zu sprechen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 93-95). So verwenden sie eher eine positive Sprache und können eventuell die Einstellung übernehmen, dass Probleme vergänglich sind (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 24-25).

### **Allgemeine Interventionen**

*Positive, kollegiale und auf eine Lösung gerichtete Einstellung:* Die Haltung des Therapeuten ist positiv, respektvoll und optimistisch. Er ist generell davon überzeugt, dass der Mensch über Resilienzen verfügt und seine Ressourcen für eine Veränderung einsetzen kann (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 27).

*Suche nach früheren Lösungen:* Der Therapeut nimmt an, dass die meisten Klienten schon zuvor viele Probleme gelöst haben. Auch wenn es sich dabei um eine andere Situation handelte, ergibt sich daraus, dass der Klient grundsätzlich fähig ist, Probleme zu lösen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 27).

*Fragen statt Direktiven oder Deutungen:* Im lösungsorientierten Ansatz werden selten direkt Interpretationen und Konfrontationen vorgenommen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 28).

*Auf die Gegenwart und Zukunft gerichtete Fragen anstelle von Fragen, die auf die Vergangenheit fokussieren:* De Shazer und Dolan (2015) begründen diese Aussage folgendermassen: „Probleme werden am besten dadurch gelöst, dass man sich auf das konzentriert, was bereits funktioniert, und darauf, wie der Klient sich sein Leben vorstellt, und sie werden nicht dadurch gelöst, dass man sich auf die Vergangenheit und den Ursprung der Probleme konzentriert“ (S. 28).

*Reframing:* Es kann sein, dass sich im Gespräch keine Lösungsansätze oder Tendenzen herausbilden. Dann macht es Sinn, das Problem oder das Symptom unter einem anderen Blickwinkel zu betrachten und umzudeuten. Ein Beispiel für die Umdeutung - auch Reframing genannt - wäre, wenn der Klient erfährt, dass

seine verschlossene Art den Mitmenschen gegenüber in anderen Situationen durchaus positiv ist, weil er dadurch den anderen Raum gibt. Oder es wird ihm bewusst, dass sein Problem eine Herausforderung ist, die sein Lebenskonzept erweitern kann und eine Entwicklungschance darstellt. Dadurch ergibt sich ein neuer Bezugs- und Bedeutungsrahmen (vgl. Bamberger, 2005, S. 99-100).

*Komplimente und Anerkennung:* Dies ist ein wesentlicher Punkt des lösungsorientierten Ansatzes. Denn durch Komplimente wird dem Klienten aufgezeigt, was er trotz seiner schwierigen Problemen bereits schon Nützliches tut. Durch den Fokus auf seine Ressourcen wird er zur Veränderung ermutigt. Ebenso wird ihm durch Anerkennung signalisiert, dass ihm zugehört wurde und man an ihm interessiert ist (Berg und Dolan, 2001: zitiert nach De Shazer & Dolan, 2015, S. 28).

*Sanfte Anstöße zu Handlungen, die schon funktioniert haben:* Nachdem frühere Lösungen für Probleme und Ausnahmen von Problemen entdeckt worden sind, wird der Klient ermutigt, seine erfolgreichen Handlungen fortzusetzen oder eine Veränderung, auf die der Klient selbständig gekommen ist, anzugehen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 27-29). Ganz nach dem Motto: „Wenn etwas funktioniert, mach mehr davon. Wenn etwas nicht funktioniert, mach etwas anderes“ (Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 29). Der Therapeut gibt nur selten Vorschläge und Aufgaben, die nicht auf Lösungen und Ausnahmen vom Problem des Klienten selbst beruhen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 29).

### **Spezifische Interventionen und Vorgehensweisen**

Der lösungsorientierte Ansatz bietet für die Konstruktion von Lösungen, verschiedene Fragen-Typen an. Diese werden aber nicht in einer vorgeschriebenen Reihenfolge verwendet, sondern werden passend zur jeweiligen Situation ausgewählt (vgl. Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 25).

*Einstiegsfrage:* Zu Beginn des Therapiegesprächs wird dem Klienten folgende Einstiegsfrage gestellt: „Was müsste im heutigen Gespräch geschehen, damit du sagen kannst, es hat sich gelohnt?“ Diese Frage konstruiert zu Beginn des Gesprächs den Rahmen und legt das Ziel des Klienten für die Therapie-Stunde fest. Die Frage soll ihm das Gefühl geben, dass es auf ihn ankommt. Der Therapeut hält sich an die Themenvorgabe des Klienten (vgl. Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 25).

*Wunderfrage:* Die Formulierung der Wunderfrage kann unterschiedlich ausfallen. Eine mögliche Variante ist folgende: „Nach einem normalen Tag gehst du ins Bett und schläfst ein. Während der Nacht zaubert die Fee mit ihrem Zauberstab ein Wunder. Sie zaubert dir nämlich eine Lösung für dein Problem. Du merkst das aber nicht, weil du ja schläfst. Am nächsten Morgen wachst du auf und weisst immer noch nicht, dass die Fee gezaubert hat. Woran merkst du jetzt den Tag über, dass ein Wunder geschehen ist und sich damit dein Problem verändert hat?“ (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 25). Weil sich durch die Wunderfrage in der Fantasie des Klienten an der problembelasteten Situation etwas geändert hat, hilft ihm diese Frage, trotz seinen für ihn in Realität scheinbar unlösbaren Problemen, mögliche Lösungsideen und kleinschrittige Ziele für sich auszudenken (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 30-31). Die Wunderfrage kann Erwachsene als auch Kinder motivieren und kann dadurch Voraussetzung für die Frage sein, was

dazu beigetragen werden kann, um dieses Wunder teilweise wahr werden zu lassen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 277).

*Skalierungsfrage:* Mit Hilfe der Skalierungsfrage werden die Klienten aufgefordert, ihre Beobachtungen über ihre früheren Erfahrungen oder eine Beurteilung der momentanen Situation, sowie eine Einschätzung ihrer zukünftigen Möglichkeiten auf einer Skala von Eins bis Zehn einzuschätzen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 171). Die Eins steht für die negative, die Zehn steht für die absolut positive Einschätzung der Situation. So könnte zum Beispiel die Therapeutin das Kind fragen: „Wie gute Laune hast du momentan von Eins bis Zehn? Die Eins wäre, wenn du eine ganz schlechte Laune hast und zum Beispiel deswegen andere Kinder schlägst. Die Zehn bedeutet, dass du hast gute Laune hast. Du kannst darum die Kinder, die dich nerven, ignorieren?“ Auf die Antwort des Kindes (eine Zahl unter 5) könnte die Psychologin fragen: „Was kann dir helfen, damit du die 5 erreichst?“ Man kann die Skalierungsfrage in vielen verschiedenen Situationen auch selber anwenden, um sein eigenes Verhalten zu reflektieren oder zu überwachen. Bei den angegebenen Skala-Werten handelt es sich aber nicht um eine objektive Bewertung. Es ist vielmehr eine subjektive Einschätzung, die wiederum von der momentanen Verfassung der Person abhängig ist (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 44-45). Die Skalierungsfrage hat zwei wesentliche Anwendungsmöglichkeiten: Wenn man sie in jeder Therapiesitzung verwendet, hilft sie bei der Beurteilung von Lösungen und dem Aufzeigen von Fortschritten. Zum anderen kann man den Fokus auf vergangene Lösungen und Ausnahmen legen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 32).

*Den Zustand der Zufriedenheit beschreiben:* „Wo müsstest du auf der Skala sein, damit du zufrieden mit deiner Situation wärst und sie kein Problem mehr für dich darstellt?“ (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 26).

*Frage nach den Ausnahmen:* Es gibt Ausnahmen in der Vergangenheit des Klienten, bei denen das Problem eigentlich hätte da sein können, aber damals für eine gewisse Zeit trotzdem nicht vorhanden war. In der lösungsorientierten Therapie werden diese Ausnahmen als Hinweis für eine Lösung gesehen. Die Klienten werden deshalb gefragt, wann das Problem das letzte Mal ein bisschen weniger belastend war. Den Therapeuten interessiert, was damals anders war beziehungsweise, was man tun kann, damit dies zukünftig öfters passiert (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 27).

*Bewältigungsfrage:* Solche Fragen können wie folgt gestellt werden: „Wie haben Sie ihrer Meinung nach schon so viele schwierige Situationen, wie die, die Sie gerade beschrieben haben, bewältigt? ... „Die meisten Menschen hätten schon längst aufgegeben. Was hält Sie aufrecht?“ (Steiner & Berg, 2013, S. 48). In einer scheinbar ausweglosen Situation zeigt die Antwort auf diese Frage dem Klienten seine Stärken auf (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 48).

*Beziehungsfrage:* Dabei handelt es sich um systemische Fragen, die das Umfeld des Klienten miteinbeziehen (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 28). Der Klient soll seine Situation einmal mit den Augen seiner

direkten Mitmenschen betrachten. Dies ermöglicht eine Aussenperspektive auf seine. Die daraus gewonnenen Einsichten werden für die Lösungsfindung miteinbezogen (vgl. Bamberger, 2005, S. 92, 300).

*Hypothetische Frage:* Damit der Klient auf noch nicht wahrgenommene Optionen hingewiesen wird und deren Auswirkung gedanklich durchspielen kann, werden hypothetische Fragen gestellt. Solche Fragen und Annahmen können wie folgt aufgebaut sein: „Angenommen, dass.... Was würde passieren, wenn...?“ (vgl. Caby & Caby, 2011b, S. 35; Bamberger, 2005, S. 297).

*Veränderungsfrage:* Der Therapeut stellt am Anfang des Gesprächs die Frage, ob schon Veränderungen aufgefallen und eingetreten sind oder sich abzeichnen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 29).

*Unterbrechung:* Gegen Ende des Gespräches legt der Therapeut eine Pause ein. In dieser Pause nimmt sich der Therapeut Zeit, um das Gespräch nochmals durchzugehen und zusammenzufassen. Er formuliert Komplimente und auch einige Vorschläge und fasst hilfreiche Gedanken, die er aus dem Gespräch gehört hat, zusammen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 47; Steiner & Berg, 2013, S. 49).

*Experimente und Hausaufgaben:* Um Themen und Lösungsideen aus der Therapie-Stunde in den Alltag zu transferieren, werden am Ende des Gesprächs mögliche Experimente vorgeschlagen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 135). Basierend auf bereits erkannten Ausnahmen vom Problem, Gedanken und Gefühle des Klienten, werden Experimente empfohlen, die ihn seinem Ziel näher bringen. Er kann sich aber auch selber Hausaufgaben ausdenken (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 37-38). Konkrete Beispiele solcher Aufgaben sind in Kapitel 2.2.3 „Lösungsorientierte Therapie als Prozess“ zu finden.

#### **2.1.4 Wirksamkeit und Kritik**

Die Wirksamkeit einer Therapiemethode wurde zu Beginn in Milwaukee durch Studien erforscht. Diese ergaben, dass zwischen 80% und 85% der befragten Klienten ihre eigenen Therapieziele erreicht hatten. Die mit der Therapie zufriedenen Klienten gaben an, dass sie ihr Ziel in durchschnittlich vier Sitzungen erreichten (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 26-27).

De Shazer und Dolan verweisen auf Gingerich und Eisengart (2000). Letztere analysierten Studien über den lösungsorientierten Ansatz auf ihre Wissenschaftlichkeit hin. Von fünf Studien, die als gut kontrolliert beurteilt wurden, stellen alle fünf signifikant positive Ergebnisse fest (Gingerich und Eisengart, 2000; zitiert nach De Shazer & Dolan, 2015, S.229-230). Sie „... verweisen darauf, dass SFBT bei einer grossen Bandbreite von Anliegen nützlich sein kann, doch bedarf diese vorläufige Schlussfolgerung weitere sorgsamer Untersuchungen.“ (Gingerich und Eisengart, 2000; zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 360).

Betreffend die Wirksamkeit des lösungsorientierten Ansatzes bei Schulkindern liegen zurzeit keine Studien-Ergebnisse vor (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 27).

Auch aufgrund der noch nicht belegten Wirksamkeit des Ansatzes machen sich kritische Stimmen bemerkbar. Diese bemängeln, dass die Formel „Lösungen konstruieren anstatt Probleme analysieren“ für komplexe Problemen zu simpel sei. Ein anderer Einwand lautet, dass die Interventionen des lösungsorien-

tierten Ansatzes auf die verschiedensten Probleme nicht einfach universell anwendbar seien. Auch die Technik, die lediglich Fragen an Fragen reiht, müsse hinterfragt werden (vgl. Bamberger, 2005, S. 266). Auf solche Vorwürfe antwortete De Shazer wie folgt:

Nur weil das, was der Klient beklagt, kompliziert ist, muss die Lösung nicht gleichermaßen kompliziert sein. Damit die Lösung rasch auftaucht, empfiehlt es sich, die ‚Vision‘ oder Schilderung einer erfreulichen Zukunft zu entwerfen, die sich dann sozusagen in der Gegenwart breitmachen kann. (De Shazer, 2010, S. 13)

Der lösungsorientierte Ansatz behauptet, dass er wisse was hilft. Für De Shazer ist das, was funktioniert entscheidend und ihn interessiert nicht, warum dies so ist (vgl. Bamberger, 2005, S. 267).

Kritiker bemängeln, dass es unseriös sei, mit wenigen Gesprächen tiefgreifende Probleme lösen zu wollen (vgl. Bamberger, 2005, S. 266). Darauf entgegnet De Shazer und Dolan, dass der lösungsorientierte Ansatz nicht als tief, im herkömmlichen Sinne einer detaillierten Beschreibung der negativen Seelenzustände, beschrieben werden kann. Anstatt dessen wollen die lösungsorientierten Therapeutinnen ein tiefes Verständnis von der gewünschten Veränderungen im Alltags des Klienten erhalten (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 229).

## 2.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei Kindern in der Theorie

Dieses Kapitel beleuchtet den lösungsorientierte Ansatz bei Kindern. Zuerst wird begründet, warum dieser Ansatz auch bei Kindern angewendet werden kann. Danach werden die Voraussetzungen, die das Kind dazu benötigt angeschaut. Zum Schluss werden die lösungsorientierten Prozesse, wie Diagnostik, Zieldefinition und Therapie betrachtet.

### 2.2.1 Warum passt der lösungsorientierte Ansatz auch in die Therapie mit Kindern?

Auf die Frage, ob der lösungsorientierte Ansatz eigentlich auch bei Kindern angewendet werden kann, antworten Steiner und Berg (2013): „Die lösungsorientierte Kurztherapie und Kinder passen unseres Erachtens gut zusammen, weil es viele Ähnlichkeiten gibt zwischen der Art, wie Kinder denken und der Welt einen Sinn verleihen, und den Annahmen und Vorgehensweisen der SFBT [Solution Focused Brief Therapy, Anm. d. Verf.]“ (S. 37). Ihre Aussage wird dadurch begründet, dass Kinder sehr selten nach den Ursachen ihrer Probleme fragen, sondern Probleme nach der Versuch-Irrtum-Strategie lösen. Auch die grundsätzliche Haltung des lösungsorientierten Ansatzes kann man mit der Haltung eines Kindes vergleichen. Denn das Kind interessiert sich nur für das, was funktioniert und denkt in Visionen (vgl. ebd.).

Die Pädagogen Marianne und Kaspar Baeschlin sehen beim lösungsorientierten Ansatz bei Kindern einen Vorteil:

Der Entwicklungsweg ist anspruchsvoll, mühsam und oft frustrierend. Lernen ist sehr anstrengend. Damit die Kinder nicht aufgeben, brauchen sie immer wieder Ermutigung.

Hoffnung und Vertrauen, dass das, was man plant, gelingen kann, ist eine wichtige Voraussetzung, um überhaupt zu beginnen. Darum ist es hilfreicher mit den Kindern darüber zu reden, was sie können als über das, was sie nicht können. (Baeschlin & Baeschlin, 2008b, S. 16)

## 2.2.2 Voraussetzungen beim Kind für den lösungsorientierten Ansatz

Der lösungsorientierte Ansatz macht keine bestimmten Angaben zu konkreten Voraussetzungen, die ein Kind benötigt. Hinweise darauf macht der Psychotherapeut Manfred Vogt, welcher auch mit Kindern mit dem lösungsorientierten Ansatz arbeitet, im Interview einer anderen Bachelorarbeit:

Auf den Grad der geistigen Entwicklung, auf den Grad der sprachlichen Entwicklung, auf den Grad der Konzentrationsfähigkeit. Wie weit können die überhaupt einem Gespräch folgen, das gilt zu führen, ja.... Also da muss ich eigentlich gucken, wie alt ist das Kind, wo steht das Kind, was hat es für eine Auffassung von dem, weshalb es überhaupt hier ist, .... (Manfred Vogt, 2013; zitiert nach Simon & Tschudin-Leisi, 2013, S. 107-108)

Aufgrund der Entwicklungsvarianz und der fehlenden Angaben über vorausgesetzte Fähigkeiten für den lösungsorientierten Ansatz in der Literatur befasst sich der nachfolgende Abschnitt mit den in der Entwicklungspsychologie zentral diskutierten Fähigkeiten. Dies sind, wie auch Vogt erwähnt hat, die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten. Sie werden durch die emotionalen Fähigkeiten ergänzt, da diese mit den kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten eng in Beziehung stehen.

### Kognitive und emotionale Voraussetzung

Das Kind muss verstehen, dass Personen nicht nur Verursacher, sondern auch Betroffene von Handlungen sein können. Piaget nennt dies die „Psychologische Kausalität“. Dies ist Voraussetzung, um mit einem Kind über sein eigenes Verhalten oder das der anderen sprechen zu können (vgl. Zollinger, 1997, S. 27).

Eine weitere Fähigkeit, die das Kind benötigt, ist die der räumlich-zeitlichen Orientierung Organisation (vgl. Zollinger, 1997, S. 27). Das Kind weiss, dass es eine Vergangenheit, ein Jetzt und eine Zukunft gibt. Nur so kann das Kind sich zur Skalierungsfrage, Ausnahmefrage oder Wunderfrage eine Vorstellung bilden.

Piaget bemerkt, um sich vorzustellen, wie ein anderer Mensch auf eine bestimmte Verhaltensweise reagieren könnte, muss das Kind aus seinem Egozentrismus heraus treten und die Perspektiven anderer Menschen einnehmen können. Diese Fähigkeit zeigt sich ansatzweise bei Kindern im Kindergartenalter und wird im Laufe der Primarschulzeit gefestigt (vgl. Siegler, DeLoache & Eisenberg, 2005, S. 190).

Die metakognitiven Fähigkeiten sind zentral im lösungsorientierten Ansatz. So muss das Kind zum Beispiel bei der Skalierungsfrage sich selbst reflektieren. Es soll seine jetzige Problematik in Beziehung zu seinen zukünftigen Zielen und zu seiner vergangenen Ausgangslage setzen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 44-45). Diese Fähigkeiten sind Teil der Metakognition, d.h. „Nachdenken über das Denken“ (Flavell, 2000; zitiert

nach Berk, 2005, S. 310), die eigenen Gedanken und die mentale Aktivität. Für diese Fähigkeiten braucht das Kind die zuvor erwähnten inneren Repräsentationen der Welt, das Gedächtnis, die Fähigkeit des Problemlösens und das Wissen, dass Annahmen und Wünsche das menschliche Verhalten beeinflussen können (vgl. Berk, 2005, S. 310-311).

Das Selbstverständnis resp. Selbstkonzept, das heisst das Wissen über die Eigenheit des eigenen Selbst (Muster von Attributen, Fähigkeiten, Einstellungen, Wertvorstellungen der eigenen Person), muss beim Kind in einem Mindestmass vorhanden sein. Es soll erkennen können, dass es selber unterschiedliche Gefühlszustände hat benennen (Heyman & Gelman, 1999; zitiert nach Berk, 2005, S. 331-332).

### **Sprachliche Voraussetzung**

Um die lösungsorientierten Fragen der Therapeutin beantworten zu können, muss das Kind zuerst die Frage verstehen und den Gegenstand über den man spricht kognitiv repräsentieren können (vgl. Zollinger, 1997, S. 75). Für das Beantworten der Frage, braucht das Kind einen entsprechenden Wortschatz, um über sein eigenes Seelenleben zu sprechen und seine Absichten zu formulieren. Beispielsweise sollte es in der Lage sein, zur Bezeichnung „schüchtern“ die dazu passenden Motive und Gefühle zu benennen (vgl. Berk, 2004, S. 331-332).

## **2.2.3 Lösungsorientierte Therapie als Prozess**

### **Lösungsorientierte Diagnostik**

Die lösungsorientierte Therapie sieht die problemorientierte Diagnostik, bei dem das Problem möglichst genau verstanden werden will, als überflüssig und hinderlich. Der lösungsorientierte Ansatz hingegen wird kritisiert, dass seine Diagnostik beim Verstehen des Problems zu oberflächlich sei (vgl. Burr, 1999, S. 33-34).

Mögliche lösungsorientierte Diagnostik-Schritte, wie sie Burr sieht, werden nachfolgend dargestellt:

1. *Formulierung und Verstehen der Beschwerde*: Dabei wird nach Auffassung der lösungsorientierten Diagnostik die Beschwerde auf ihre Lösbarkeit untersucht. Es soll herausgefunden werden, ob die Beschwerde aus mehreren Teilen besteht, welche mehr oder weniger miteinander verbunden sind. Auch ist es nützlich, herauszufinden, wer von den Beteiligten die Notwendigkeit einer Therapie sieht (vgl. Burr, 1999, S. 37-39).
2. *Diagnose-Tests und -Ergebnisse*: Tests und übliche Untersuchungsverfahren sind weiterhin erforderlich. Auch mit diagnostischen Tests kann man lösungsorientiert vorgehen. Burr weist dazu auf folgende Punkte hin:
  - Fähigkeiten des Kindes erfassen
  - Herausfinden, wie das Kind sich und seinen Umwelt wahrnimmt
  - Herausfinden, wie weit eine Entwicklung schon in Richtung des gewünschte Ziels fortgeschritten ist

(vgl. Burr, 1999, S. 39-41).

Im Unterschied zur traditionellen Anwendung versucht ressourcenfokussierende Diagnostik bei der Durchführung und Auswertung jedoch nicht, verborgene Konflikte aufzudecken oder weitere noch nicht benannte Aspekte der Beschwerde zu finden, sondern fragt, welche Ressourcen sich in dem Dargestellten ausdrücken und wenn möglich, welche davon hilfreich in Bezug auf die Beschwerde sein könnten. (Burr, 1999, S. 41)

3. *Erfahrungen(mit)teilen*: Im lösungsorientierten Ansatz werden in einem Befundgespräch den Eltern und dem Kind die therapeutischen Beobachtungen mitgeteilt und geschaut, ob diese den Beteiligten auch schon aufgefallen sind. Der Therapeut spricht mehrheitlich über die Ressourcen des Kindes. Dennoch werden die Schwierigkeiten thematisiert, dies aber in einer positiven Form. Zum Beispiel sagt der Therapeut: „Ihr Mädchen hat sich beim Benennen von verschiedenen Gegenständen sehr fest angestrengt. Ich kann mir vorstellen, dass sie das stören könnte, wenn sie nach Wörtern suchen muss. Können Sie meine Beobachtung nachvollziehen, oder ist diese neu für Sie?“ Es wird dann nicht wie bei der traditionellen Diagnostik eine Diagnose gestellt und daraus therapeutische Konsequenzen abgeleitet. Sondern als nächster Schritt wird gemeinsam nach ersten Anzeichen einer Lösung gesucht (vgl. Burr, 1999, S. 41-42).
4. *Expertenschaft verhandeln*: Als Erstes wird gefragt, welche Erwartungen die Eltern ans Gespräch haben. So weiss der Therapeut, was er für die Eltern tun kann. Weiter teilt er die Grenzen seiner eigenen Expertenmöglichkeiten mit und weist darauf hin, dass zudem die Anzahl Therapie-Stunden beschränkt ist. Darum wird an das zielgerichtete Handeln der Eltern und des Kindes appelliert. Es wird verhandelt, wer welche Ressourcen zur Behebung einer Beschwerde beiträgt. Burr betont, dass mit Hilfe von lösungsorientierten Fragen eine Lösungsebene erreicht wird und man nicht beim Problem hängen bleibt. Somit kann eine konkrete Lösung hervorgebracht werden. Zum Schluss wird herausgefunden, wer, was, wie und wann tun kann, damit Schritte zum Ziel hin möglich sind (vgl. Burr, 1999, S. 42-43).

Die Reihenfolge der vorerwähnten Diagnostik-Schritte ist nicht zwingend. Es ist individuell, in welcher Phase der Therapie die jeweilige Technik angewendet werden soll (vgl. Burr, 1999, S. 43-44).

Der Zusammenhang der Diagnostik und Therapie ist kein linearer Vorgang, wie folgende Grafik zeigt (vgl. Burr, 1999, S. 43-44).

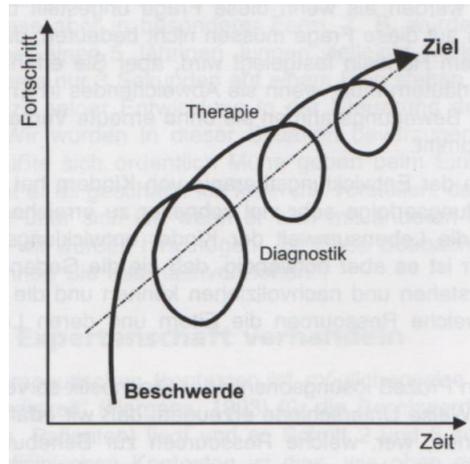


Abbildung 1: Lösungsorientierte Therapie als Prozess (Burr, 1999, S. 44)

### **Ziele definieren: Das Kind ist unfreiwilliger Klient und zugleich sein eigener Experte**

„In all den Jahren unserer praktischen Arbeit haben wir nie von einer Situation gehört, in der ein Kind eine Person vom Fach angerufen und gesagt hat: ‚Ich habe ein Verhaltensproblem und brauche Hilfe.‘“ (De Jong & Berg, 2008, S. 269). Kinder, die von den Eltern oder der Lehrperson aus in die Therapie gehen müssen, ob sie wollen oder nicht, werden im lösungsorientierten Ansatz „unfreiwillige Klienten“ genannt. Dabei zeigt der Begriff auf, dass nicht unbedingt das Kind unfreiwillig in der Therapie, sondern die Situation des Kindes unfreiwillig ist (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 259). Die Ziele kommen meist nicht vom Kind selbst, sondern werden von den Involvierten festgelegt. Das Kind soll diese vorgegebenen Ziele anerkennen und verfolgen. Das kann für das Kind schwierig sein, wenn es nicht seine eigenen Ziele sind (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38).

Wie die erwachsenen Klientinnen sind auch die Kinder Experte ihrer Person. Es ist zwar klar, dass es in einem gewissen Grad auch die Aufgabe des Erwachsenen ist, zu schauen, dass sich das Kind auf der richtigen Bahn befindet. Trotzdem soll das Kind mitbestimmen und entscheiden dürfen. Dabei kann die Therapeutin es zu wohlgeformten Zielen und Handlungen anregen und mit Fragen dem Kind verschiedene Blickwinkel auf die Situation aufzeigen. Schliesslich wird aber vom Kind bestimmt, welche Handlungen und Lösungswege es wählt (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69).

Der lösungsorientierte Ansatz befindet sich bezüglich der Zieldefinition anfänglich in einem Dilemma. Zum einen gibt es da das Kind, welches unfreiwilliger Klient ist und fremd-festgelegte Ziele verfolgen soll (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 259; Steiner & Berg, 2013, S. 38). Andererseits gestaltet die Therapeutin die Gespräche möglichst so, dass das Kind Experte seiner selbst ist. Das heisst, es kann selbst entscheiden, welches Ziel es verfolgen will. Denn man muss davon ausgehen, dass das Kind das fremd vorgegebene Ziel nicht für wichtig hält (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69). Um mit dieser widersprüchlichen Situation umzugehen, gibt es praxisorientierte Hinweise:

- Es hilft dem Kind, wenn zu Beginn der Therapie jeder Schritt erklärt wird. Der Grund und das Positive der Zielsetzung sollen aufgezeigt werden (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38).
- Als Therapeutin ist es wichtig, die Sichtweise des Kindes zu seiner eigenen Situation zu kennen. Dafür kann die Skalierungsfrage zur Beurteilung der Situation verwendet werden (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 274).
- Das Kind wird auch befragt, ob es selber hilfreiche Ideen kennt (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 274).
- Mit Fragen kann der Therapeut dem Kind verschiedene Blickwinkel aufzeigen. Er regt es zu wohlgeformten Zielen und Handlungen an. Schlussendlich wird aber vom Kind selbst bestimmt, welche Handlungen und Lösungswege es wählt (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69).

Marianne und Kaspar Baeschlin (2008b) meinen dazu:

Wenn Kinder merken, dass sie für ein eigenes Ziel arbeiten, macht ihnen das Ganze Sinn und sie sind bereit, ihre momentane Unlust zu überwinden. Daher lohnt es sich, mit ihnen über ihre Wünsche, Ziele und Visionen zu sprechen und sie zu fragen, wie wir sie allenfalls unterstützen könnten. (S. 14)

### **Therapie: Interventionen aus dem lösungsorientierten Ansatz für Kinder**

Der lösungsorientierte Ansatz mit Erwachsenen und der lösungsorientierte Ansatz mit Kindern sind sich sehr ähnlich (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 28). Die oben beschriebenen, allgemeinen und spezifischen Interventionen für Erwachsene können auch in der Therapie mit Kindern verwendet werden. Die Interventionen und ihre sprachlichen Formulierungen werden an die individuellen sprachlichen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Kindes angepasst (Steiner & Berg, 2003; zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 278). Es wird jedoch in der Literatur auf gewisse Interventionen verwiesen, die sich nicht für Kinder eignen. So wird die Verwendung der Frage „Was sich verbessert hat“ nicht für jüngere Kinder empfohlen, da diese noch nicht in der Lage sind, eine Verbesserung in Worte zu fassen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 52). Auch die Bewältigungsfrage ist wegen der Komplexität und Abstraktheit für Kindern weniger geeignet (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 48).

### **Therapie: Kreative Umsetzung**

Die lösungsorientierten Interventionen können einerseits sprachlich umgesetzt werden. Andererseits gibt es auch eine kreative Umsetzung. Denn für Kinder ist es zum Teil noch schwierig, differenziert über ihre eigenen Emotionen und Wahrnehmungen zu sprechen. Da Kinder über ein beschränktes Vokabular und nur über begrenzte Ausdrucksmöglichkeiten verfügen, kommunizieren sie mithilfe von Bewegungen, Blicken, Fantasien und anderen kreativen Modi (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 37). Nachfolgend werden konkrete, kreative Interventionen für eine kindgerechte Kommunikation aufgezeigt:

*Visualisieren der Ressourcen, Probleme, Lösungen oder des Ziels:* Steiner und Berg weisen darauf hin, dass es für ein Kind hilfreich sei, wenn es die Lösung benennen kann und dabei eine konkrete Vorstellung hat, wie das Problem langsam zu einer Lösung wird (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 99). Mithilfe einer Cartoon-

Zeichnung kann das Kind oder die Therapeutin in Schritten den Problemlösungs-Prozess visualisieren. Bei dieser Zeichnung stellt das erste Bild die Problemsituation dar. Im zweiten Bild wird das Tier, das bei der Lösung mithilft gezeichnet, gefolgt von der Situation, in welcher die neue Lösung ausprobiert werden soll. Im letzten Bild wird das Ziel dargestellt (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 116). Als Symbol für sein Problem oder seine Lösung kann das Kind eine Fantasiefigur, ein Tier oder ein Naturereignis als Stellvertreter wählen. Mit dieser Figur wird das abstrakte Problem oder die Lösung für das Kind fassbarer. Es kann als Folge davon besser darüber sprechen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 99). „Die meisten Kinder zwischen sieben und zehn können z.B. problemlos ein Tier nennen, in dem sie sich selbst, ihre Probleme oder den gewünschten Zustand nach der Veränderung repräsentiert fühlen“ (Steiner & Berg, 2013, S. 99-100). „Bei jüngeren Kindern formuliert man am besten vorsichtig Vorschläge, damit sie diese zurückweisen oder entsprechend ihren eigenen Ideen verändern können ...“ (Steiner & Berg, 2013, S. 102).

*Externalisieren des Geschehens:* Mithilfe von Handpuppen und Rollenspielen kann man die Situation des Kindes bildlich darstellen. Es kommt zu einer Externalisierung des Geschehens. Das heisst, in der Rolle des gewählten Tieres kann das Kind auf Distanz zu seinem momentanen oder zukünftigen Verhalten gehen. Es kann so durch das Tier sprechen und die Wirkung seines Verhaltens auf das Gegenüber ausprobieren (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 103). Ein weiteres Mittel für die Externalisierung sind selbsterfundene Geschichten oder Bilderbücher. Auch hier werden aus sicherer Distanz Schwierigkeiten und Erfolge einer Figur verfolgt (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 106-107).

*Ressourcenarbeit:* Damit das Kind seine Ressourcen wahrnimmt und darüber nachdenkt, gibt es im kreativen Ansatz verschiedene Ideen dazu. Falls dem Kind keine eigenen Stärken in den Sinn kommen, kann man ihm eine Beobachtungsaufgabe geben. Es soll dazu in seinem Alltag das Gute an sich finden oder beobachten, wann das Problem schwächer wird oder nicht auftaucht (vgl. Caby & Caby, 2011a, S. 63-64). Bei der Suche nach Ressourcen kann ab acht Jahren ein Steckbrief ausgefüllt werden. Darin sind eine Personenbeschreibung, einfache Dinge die das Kind kann, interaktionelle Fähigkeiten, Grundfertigkeiten in der Schule und die häuslichen Fertigkeiten enthalten. Zuletzt steht, was das Kind erreichen möchte und welche zuvor aufgezählten Fertigkeiten dafür hilfreich sind (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 127-128). Um gefundene Ressourcen zu visualisieren, können diese gemalt oder von einem Tier verkörpert werden. Eine andere Möglichkeit wäre, für jede gefundene Stärke oder positive Situation Holzklötze aufzutürmen. Zum Schluss erhält man so einen Erfolgsturm, gebaut aus den Ressourcen des Kindes (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 132).

*Skalierungstechniken:* Steiner und Berg haben die Erfahrung gemacht, dass Kinder mithilfe von Zahlen im Vergleich zu Worten einfacher kommunizieren. Dem Kind kann gezeigt werden, wie es mit der Skalierungsfragen in verschiedenen Situationen sein eigenes Verhalten bewerten kann (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 44-45). Die Skalierungsfrage kann erst dann bei Kindern angewendet werden, wenn sie eine Vorstellung von hoch und niedrigen Zahlen haben (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 275). Für Kinder, die dieses Verständnis noch nicht haben, kann mit verschiedenen Materialien „mehr“ oder „weniger“ angezeigt werden. So visualisiert zum Beispiel ein Luftballon, den man mehr oder weniger aufbläst, ob der Mut des

Kindes grösser oder kleiner geworden ist. Oder das Kind kann anhand eines Seils aufzeigen, wie weit das Kind zurzeit von seinem Ziel entfernt ist (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 133).

*Experimente:* Das Experiment ist eine Situation, in der das Kind etwas versuchen respektive ausprobieren kann. Es basiert meist auf Ausnahmen vom ursprünglichen Problem, welche das Kind seinem Ziel näher bringen. Das Entscheidende dabei ist, wie die Personen aus seinem Umfeld auf das veränderte Verhalten des Kindes reagieren. Die Erfahrungen im Experiment können nachhaltig auf das Kind und sein Umfeld wirken. Darum soll das Kind dazu aufgefordert werden, gut auf die Reaktion der Bezugspersonen zu achten. Experimente geben die Möglichkeit, eigene Lösungsideen in einem klaren Rahmen auszuprobieren. Um das Kind zu einer Verhaltensveränderung zu motivieren, kann das Experiment in ein Spiel integriert werden. So kann das Kind zum Beispiel immer am Morgen eine Münze werfen. Je nachdem, welche Münzseite oben liegt, verhält sich das Kind unterschiedlich. Entweder verhält es sich so wie immer oder es probiert heimlich ein neues Verhalten aus. Ein ähnliches Experiment, das man an die Wunderfrage anhängt, ist die Aufgabe „So tun als ob ein Wunder geschehen wäre“. Das Kind soll das durch das Wunder verursachte andere Verhalten an einem selbst bestimmten Zeitpunkt ausprobieren (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 135-136).

*Mehr von den Dingen tun, die funktionieren:* Eine Hilfestellung, damit das Kind sein erstrebtes Verhalten nicht vergisst, ist die Technik „Anker setzen“. Bei dieser Übung werden Situationen, bei denen das Kind das erwünschte Verhalten bereits zeigte, verwendet. Das Kind wird aufgefordert, die Augen zu schliessen und sich in eine bestimmte Situation hineinzudenken. Es soll sich die damit verbundenen Geräusche, Farben, Gerüche, Körperempfindungen und Emotionen vorstellen und diesen einen Namen geben (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 139).

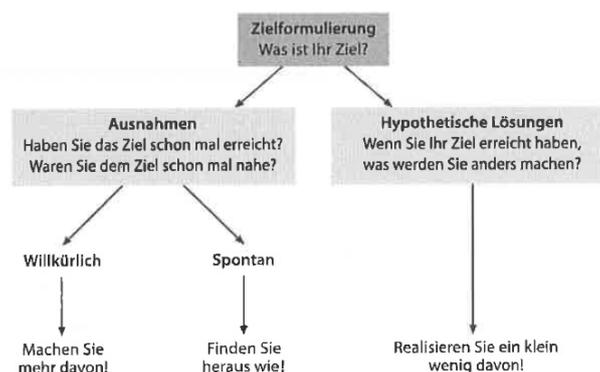


Abbildung 2: Konstruktion von Lösungen (Büttner & Quindel, 2005, S. 127)

## 2.3 Grundlagen der Logopädie

Analog zu den Kapiteln 2.1 „Der lösungsorientierte Ansatz“ und 2.2 „Der lösungsorientierte Ansatz bei Kindern“ werden im vorliegenden Kapitel ähnliche und relevante Themen aus Sicht der Logopädie behandelt. Da die Fragestellung dieser Arbeit auf das Primarschulalter eingrenzt ist, werden auch im Kapitel

Logopädie nur relevante Aspekte für die Therapie mit Kindern dieses Alters erwähnt. Es wird jedoch nicht der gleiche Aufbau wie beim lösungsorientierten Ansatz sondern einen für die Logopädie nützlicheren Aufbau verwendet. Da in oben erwähnten Kapiteln ähnliche Inhalte angeschaut werden, können trotz unterschiedlichem Aufbau im Kapitel 2.4 „Synthese: Eine Zusammenfügung der theoretischen Grundlagen des Ansatzes und der Logopädie“ Vergleiche angestellt werden.

In diesem Kapitel wird das Berufsbild der Logopädie beleuchtet. Zudem wird die Rolle des Menschenbilds der Logopädin beleuchtet, da der lösungsorientierte Ansatz sein eigenes Menschenbild hat. Da in der Logopädie im Vergleich zum lösungsorientierten Ansatz ganz bestimmte Störungsbilder behandelt werden, sind die in der Primarschule relevanten Störungen in kürze definiert. Weiter liegt der Fokus auf den Aufgabenbereichen und den Prozessen des logopädischen Handelns. Somit können im nachfolgenden Kapitel 2.4 „Synthese: Eine Zusammenfügung der theoretischen Grundlagen des Ansatzes und der Logopädie“ die therapeutischen Prozesse des lösungsorientierten Ansatzes und diejenigen der Logopädie miteinander verglichen werden

### 2.3.1 Das Berufsbild der Logopädie

Die Logopädie befasst sich mit den verschiedenen Erscheinungsformen von Sprach-, Sprech-, Rede- Stimm und Schluckstörungen. Ihre Aufgabenbereiche sind Diagnostik sowie Prävention, Therapie, Beratung und Rehabilitation (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 41). Diese Teilbereiche sind aber in der Praxis nicht klar voneinander abgegrenzt. Es ist vielmehr ein Prozess, bei dem die Diagnostik, Beratung und Therapie wechselwirkend aufeinander bezogen sind (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62).

Laut Grohnfeldt ist es für das sprachtherapeutische Handeln in der Praxis notwendig, dass man über grundlegende Kenntnisse aus den Fachdisziplinen wie Linguistik und Phonetik, Medizin, Sprachheilpädagogik und Psychologie verfügt. Nur so kann man das Individuum mit seinem Störungsbild im Rahmen der Logopädie-Therapie ganzheitlich erfassen und therapieren (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 40).

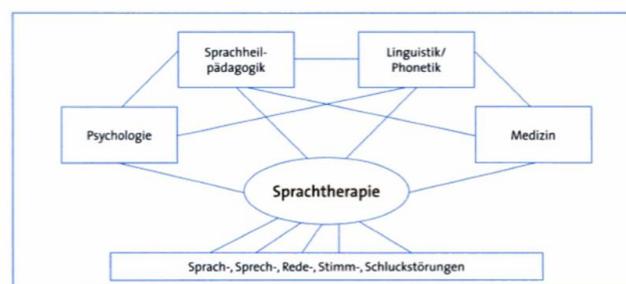


Abbildung 3: Aufgabenbereiche und Standorte der Sprachtherapie (Grohnfeldt, 2012, S. 41)

### 2.3.2 Menschenbilder in der Logopädie

Es gibt verschiedene Menschenbilder, welche die jeweilige Auffassung über das Wesen und die Bestimmung des Menschen enthalten. Sie sind Ausdruck unserer Grundüberzeugung und Werthaltung. Sie beeinflussen unser Denken und Handeln und somit auch das therapeutische Denken und Handeln. Das Men-

schensbild des Therapeuten beeinflusst die Wahrnehmung der Störungsbilder von Sprachstörungen. Es hat auch Einfluss auf die Art des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens, auf das didaktische und methodische Grundverständnis und auf die Wahl der Institutionalisierung (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 55-56). Grohnfeldt ist der Überzeugung, dass jeder einzelne Therapeut sein eigenes Menschenbild und Konstrukt theoretischer Vorannahmen für sich finden und immer wieder neu reflektieren sollte (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 61).

### 2.3.3 Fähigkeiten der Logopädin

Die Kompetenzen einer Logopädin liegen im fachlichen, fachwissenschaftlichen und therapie-didaktischen Bereich. Zudem verfügt sie über kommunikative, pädagogische und psychologische Fähigkeiten (vgl. Baumgartner, 2008, S. 49). Baumgartner stellte die von Baumgartner und Füssenich (2002), Katz-Bernstein (2007) und von Michels und Dittrich (2004) erwähnten Kompetenzen zusammen. Eine kompetente Logopädin sollte

- Sicherheit vermitteln,
- volle Zuwendung und Aufmerksamkeit geben,
- Wärme und Engagement ausstrahlen,
- auf der selben Wellenlänge wie das Kind kommunizieren, ohne zu dominieren,
- die Situation transparent halten,
- in der Situation präsent sein,
- das Kind bei der Bewältigung seiner aktuellen Sprach-Probleme unterstützen,
- die soziale Lernumgebung beachten,
- die kindlichen Spiel- und Handlungen feinfühlig begleiten,
- die aktuellen oder lebensgeschichtlichen Beziehungsthemen sehen und nimmt die Übertragung und Gegenübertragung wahr

(Baumgartner & Füssenich, 2002; Katz-Bernstein, 2007; Michels & Dittrich, 2004; zitiert nach Baumgartner, 2008, S. 50).

Die Logopädin hat ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Anleiten, Führen, Selbstorganisation und sozial-emotionaler Bindung. Damit erreicht sie ein lernerfolg-versprechendes Arbeitsklima und eine hohe Lernbereitschaft des Kindes, so dass die Störung des Lernvorgangs minimiert wird (vgl. Baumgartner, 2008, S. 50).

### 2.3.4 Das Kind in der Logopädie-Therapie

#### Störungsbilder

Da in dieser Arbeit die Störungsbilder von Kindern in logopädischer Behandlung angesprochen werden, sind im Folgenden die häufigsten Störungen aufgelistet und kurz erklärt.

*Spezifische Sprachentwicklungsstörung:* Die Sprachentwicklungsstörung ist die häufigste Sprachstörung bei Kindern. Diese zeigt sich vor allem im Vorschul- und Primarschulalter als verzögerter Erwerb oder als strukturelle Abweichung zu einem regulären Spracherwerb (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 92-93). Die Störung kann sich in den Bereichen des Sprachverständnisses, der Aussprache, des Wortschatzumfangs, sowie der Wortbedeutung-Erfassung, Wortfindung, Grammatik und Kommunikation zeigen (vgl. Niebuhr-Siebert & Wiecha, 2012, S. 60). Die jeweiligen Erscheinungsformen sind meist Mischformen und treten selten isoliert auf. Im Allgemeinen geht der Sprachentwicklungsstörung ein verspäteter Sprachbeginn voraus. Oft zeigt sich eine syntaktisch-morphologische Störung (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 92).

*Aussprachestörung:* „Aussprachstörungen können isoliert oder im Rahmen einer Sprachentwicklungsstörung auftreten“ (Fox & Kalmar, 2007; zitiert nach Grohnfeldt, 2012, S. 86). Bei der Aussprachstörung wird zwischen Phonetik und Phonologie unterschieden. Kinder mit einer phonetischen Störung haben Mühe, einen einzelnen Laut korrekt zu bilden. Bei einer phonologischen Störung handelt es sich um eine Beeinträchtigung des phonologischen Regelsystems. Sie kann zu Unverständlichkeit oder zu Bedeutungsunterschieden führen. So zum Beispiel wenn ein Kind „Tasse“ anstatt „Kasse“ sagt (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 86-91).

*Semantik-Lexikalische Störung:* Sie ist häufig Teil einer Sprachentwicklungsstörung. Die Störung zeigt sich im semantischen und lexikalischen Bereich. Im mentalen Lexikon sind Einträge für die Wortform und Bedeutung fehlend oder beeinträchtigt (semantischer Bereich). Beim Abruf von Wortbedeutungen können Störungen auftreten, zum Beispiel als Zugriffs- oder Wortfindungsstörung (lexikalischer Bereich) (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 101).

*Lese-Rechtschreib-Störung:* Die Schriftsprachentwicklung ist gestört und verlangsamt. Das Lesen bzw. Schreiben kann isoliert oder gemeinsam betroffen sein (vgl. Niebuhr-Siebert & Wiecha, 2012, S. 273).

*Störung des Redefluss:* Die Störungsbilder Stottern, Poltern und Mutismus gehören zu den Redeflussstörungen. Beim Stottern zeigt sich eine Unterbrechung im Redefluss. Im Moment des Stotterns weiss der Betroffene zwar, was er sagen will. Er ist jedoch nicht in der Lage, die erforderliche Artikulation auszuführen (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 120). Das Poltern zeigt sich in einem überhasteten, unrhythmischen Sprechen, was sich in Auslassungen und Verschmelzungen von Lauten und Silben zeigt (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 127). Bei Mutismus handelt es sich um das Schweigen trotz der grundsätzlichen Möglichkeit zum Sprechen. Er tritt nach abgeschlossener Sprachentwicklung auf (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 132).

### 2.3.5 Logopädie-Therapie als Prozess

#### Logopädische Diagnostik

Einer der oben bereits erwähnten Aufgabenbereiche der Logopädie ist die Diagnostik. Grohnfeldt teilt diese in drei Phasen ein.

1. Bei der ersten Phase wird ein Screening (z.B. eine Schuleingangsuntersuchung) durchgeführt. Dazu nimmt man eine grobe Einschätzung des Sprachstandes vor. Diese dient einer ersten Klassifikation einer allfälligen, sprachlichen Anomalität (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62).
2. Die nachfolgende Interventionsdiagnostik ist ein hypothesengeleitetes Vorgehen. Dabei werden förderdiagnostisch Ressourcen erfasst, um schliesslich individuelle Lernvoraussetzungen für eine Therapieplanung zu definieren. Dieser Prozess findet wiederholend und entwicklungsbegleitend statt (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62).
3. Die dritte Phase ist die Systemdiagnostik. Bei dieser wird das familiäre Umfeld, die übergreifenden Lebensbedingungen und der gesellschaftliche Kontext mittels einer Personen-Umfeld-Analyse erfasst (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62). Dadurch wird das Störungsbild in einen übergeordneten Kontext gestellt. Damit kann die Komplexität des Störungsbildes durchschaubarer gemacht werden (vgl. Grohnfeldt, 2002, S. 22). Dies kann die Zielsetzung und das therapeutische Vorgehen ausschlaggebend beeinflussen (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62).

Die logopädische Diagnostik kann man, wie es Braun (2002) aufzeigt, auch als Prozess beschreiben: „Die logopädische Befunderhebung erfolgt in einem kontinuierlichen diagnostischen Prozess, in dem alle therapie relevanten Daten zu den sprachlichen und kommunikativen Auffälligkeiten und Fähigkeiten erfasst, beschrieben und interpretiert werden“ (S. 31). Für eine methodische Befunderhebung werden Anamnese, Spiel- und Gesprächssituationen, Sprach- und Verhaltensbeobachtungen, Spontansprachanalysen und informelle und standardisierte Prüfungsverfahren zur Einschätzung des sprachlichen und nicht sprachlichen Entwicklungsstandes eingesetzt (vgl. Braun, 2002, S. 31-32). Dabei wird einerseits die individuelle Sprachentwicklung im sozialen Kontext erfasst. Andererseits besteht immer auch eine Orientierung an externen Vergleichsdaten, wie zum Beispiel bei einem sprachlichen Test, der die Leistung des Individuums mit den Normwerten vergleicht (vgl. Grohnfeldt, 2002, S. 23-24). Zum Schluss wird die Diagnose gestellt und Schwerpunkte, Indikationen und therapeutische Massnahmen festgelegt (vgl. Braun, 2002, S. 31-32). Die Logopädin soll in der Lage sein die Symptome, wissenschaftliche Erkenntnisse, persönliche Erklärungen zur Ursache und zum Behandlungsziel, zu vorhandenen und noch zu entwickelnden Fähigkeiten, mitzuteilen (vgl. Baumgartner, 2008, S. 27-28).

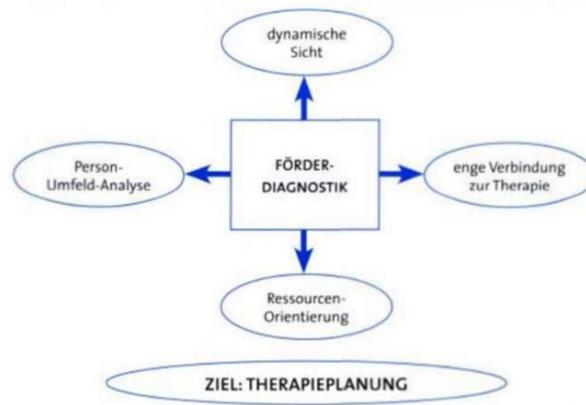


Abbildung 4: Förderdiagnostische Aspekte (Grohnfeldt, 2007)

Da die logopädische Diagnostik als hypothesengeleitetes Vorgehen resp. Prozess zu verstehen ist, endet der diagnostische Prozess nach der Eingangsuntersuchung hier nicht einfach. Sondern die erhaltenen diagnostischen Informationen sind nun Grundlage für die weitere Datenbeschaffung. Durch die ständige Kontrolle der aktuellen und nachfolgenden Massnahmen - auch Verlaufskontrolle genannt - erfolgt ein permanentes Feedback. Die Evaluation der Diagnose-Ergebnisse führt zu einer Anpassung der Hypothese und der therapeutischen Massnahmen (vgl. Grohnfeldt, 2002, S. 21).

Im Allgemeinen wird zum Schluss eine Therapie-Kontrolle gemacht, um zu sehen, ob die Ziele in genügendem Mass erreicht wurden und darum die Therapie beendet werden kann. Durch Initiatoren oder Kostenträgern der Therapie kann am Ende einer Therapie oder -Phase ein logopädischer Bericht gefordert werden. Er beinhaltet den gesamten Therapie-Verlauf mit der Ausgangssituation, den therapeutischen Leitzielen, Methoden, Schritten sowie den Ergebnissen. Er soll für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar sein (vgl. Schoor, 2002, S. 67-68).

### Zieldefinition

Ziele werden zum Beispiel nach den Kriterien der SMART-Formel durch die Logopädin festgelegt und aufgeschrieben. Diese Formel entwickelte der englischen Ökonom M.F. Drucker und steht für „specific, measurable, achievable, realistic, timed“. Für die Therapie-Ziele werden von Wildegger-Lack folgende Übersetzung verwendet (vgl. Wildegger-Lack, 2011, S. 46):

- **Spezifisch:** Die Zielformulierung ist konkret, genau und präzise.
- **Messbar:** Das Ziel kann auf seine Erreichbarkeit überprüft werden.
- **Attraktiv:** Das Ziel hat für das Kind einen Nutzen.
- **Realistisch:** Das Ziel kann im festgelegten Zeitraum erreicht werden.
- **Terminiert:** Der Zeitpunkt in dem das Ziel überprüft werden soll, wird festgelegt.

### Logopädische Therapie

Anhand des diagnostizierten Störungsbildes, der erstellten Hypothese und den erfassten Lernvoraussetzungen entscheidet man sich für eine einzelne oder für mehrere kombinierbare Methoden für die Thera-

pie. Bei der Methodenkombination werden verschiedene Methoden miteinander verbunden. Es muss aber theoriegeleitet überprüft werden, welche Methoden kombinierbar sind. So schliessen sich beispielsweise das problem- und das lösungsorientierte Vorgehen gegenseitig aus (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 65). Bei der indirekten und direkten Methode hingegen ist eine Kombinationen möglich. Die direkte Methode beinhaltet Übungen und metasprachliche Didaktik, die zu explizitem Wissen führen (vgl. Kannengieser, 2012, S. 167). Die Logopädin gibt bei dieser Methode das Ziel der logopädischen Übung, die Art und Häufigkeit der Stimulierung und Verstärkung, die Hierarchie der Hilfestellungen, etc. vor. Bei der indirekten Form orientiert sich die Logopädin an den Wünschen und Interessen des Kindes und an seinem natürlichen Spracherwerb. Es soll ein impliziertes Wissen beim Kind erreicht werden (vgl. Schrey-Dern, 2006, S. 114; Kannengieser, 2012, S. 167).

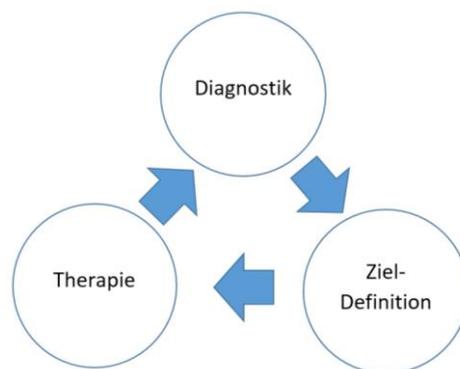


Abbildung 5: Logopädischer Prozess

## 2.4 Synthese: Eine Zusammenfügung der theoretischen Grundlagen des Ansatzes und der Logopädie

In diesem Kapitel wird analysiert, welche Aspekte des lösungsorientierten Ansatzes und seiner Theorie sich auf die Logopädie übertragen lassen.

Dazu werden immer aus Sicht der Logopädie gleiche Aspekte der beiden Bereiche verglichen und Übereinstimmungen und Gegensätze analysiert sowie Fragen zu Unklarheiten formuliert. Da sich die Fragestellung der Bachelorarbeit nur auf Kinder im Primarschulalter bezieht, werden auch nur solche Aspekte beleuchtet, die für die Therapie mit Kindern in diesem Alter relevant sind. Deshalb wird nicht mehr von einem Klienten gesprochen, sondern vom Kind. Die aus der Synthese hervorgehenden theoretischen Erkenntnisse werden als Grundlage für die Interviews über die Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Praxis der Logopädie-Therapie verwendet. Zudem werden in der Synthese aufkommende Fragen in die Interviews einbezogen. So ergibt sich einen Vergleich der Theorie des lösungsorientierten Ansatzes und der Praxis der Logopädie.

Zuerst werden die Menschenbilder beider Bereiche verglichen. Danach werden die Fähigkeiten der Therapeuten und des Kindes betrachtet. Zum Schluss werden für die Logopädie relevanten therapeutischen Prozesse, das heisst die Diagnostik, Zieldefinition, Therapie und Beratung angeschaut. Zwischen den

therapeutischen Interventionen des lösungsorientierten Ansatzes und der direkten und indirekten Methode der Logopädie werden Parallelen gezogen.

#### 2.4.1 Das Menschenbild und die innere Haltung

Der lösungsorientierte Ansatz hat eine bestimmte Sichtweise auf den Menschen. Die wichtigsten Kerngedanken werden nochmals zusammengefasst:

- Der Fokus liegt auf dem Positiven (vgl. Walter & Peller, 2004, S. 27)
- Es gibt immer Ausnahmen vom Problem, diese sind Wegweiser zur Lösung (vgl. Walter & Peller, 2004, S. 29-31)
- Veränderung tritt immer auf (vgl. Walter & Peller, 2004, S. 32)
- Kleine Schritte können zu einer grossen Veränderung führen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 24)
- Jedes Kind hat Ressourcen, um sich zu verändern (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 28)
- Das Kind ist sein eigener Experte (vgl. Steiner, 2013, S. 68)
- „Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren“ (De Shazer & Dolan, 2015, S. 23)
- „Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun“ (De Shazer & Dolan, 2015, S. 23)
- „Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren“ (De Shazer & Dolan, 2015, S. 23)

Jede Logopädin hat ein eigenes Menschenbild aufgebaut. Dieses beeinflusst sie in ihrem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen und in ihrem didaktischen und methodischen Grundverständnis (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 55-56). Die Grundhaltung des lösungsorientierten Ansatzes sollte demnach von der Logopädin übernommen werden.

Als Beispiel würde eine Logopädin mit den Eltern thematisieren, dass es auch immer eine Ausnahme vom Problem gibt, und dass sie sich als Erster nun gemeinsam auf die Suche nach dieser positiven Ausnahme machen.

**Frage für das Interview:** Welche Vorteile hat die lösungsorientierte Haltung in der Logopädie?

#### 2.4.2 Fähigkeiten der Therapeutin

Im Kapitel 2.3.3 „Fähigkeiten der Logopädin“ wurden die von Baumgartner bei anderen Autoren zusammengetragenen Kompetenzen einer Logopädin aufgelistet (vgl. Baumgartner, 2008, S. 50). Nun stellt sich die Frage, ob die Logopädin die gleichen Fähigkeiten braucht, wie eine lösungsorientierte Therapeutin.

Die wichtigsten Fähigkeiten der lösungsorientierten Therapeuten werden wie folgt aufgelistet:

- Haltung des „Nicht-Wissens“ (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 51)

- Wirkliches Interesse mehr über das zu erfahren, was das Kind sagt (Anderson und Goolishian, 1992: zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 51)
- Seine vorgefasste Meinung zum Kind, zum Problem und zur „richtigen“ Lösung zurückhalten (Anderson und Goolishian, 1992: zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 51)
- Zuhören, Fragen formulieren, Einzelheiten erfragen und offene Fragen stellen (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 51-59)
- Fähigkeit des Schweigens (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 30-31)
- Die verwendeten Schlüsselwörter des Klienten wiedergeben (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 58)
- Das was der Klient gesagt hat nochmals zusammenfassen oder paraphrasieren (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 61-64)
- „Lösungs-Sprache“ verwenden (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 93-95)

Diese oben aufgelisteten Fähigkeiten sind vor allem solche der Gesprächsführung. In der Logopädie sind diese auch gefordert (z.B.: Die Situation transparent halten, auf derselben Wellenlänge kommunizieren, ohne zu dominieren.). Weiter sind auch solche Fähigkeiten bei der Logopädin notwendig, die eine optimale Sprachtherapie ermöglichen (z.B.: Das Kind bei der Bewältigung seiner aktuellen Sprach-Probleme zu unterstützen, die soziale Lernumgebung beachten, die kindlichen Spiel- und Handlungen feinfühlig begleiten) (vgl. Baumgartner, 2008, S. 50). Somit können die Fähigkeiten des lösungsorientierten Ansatzes die logopädischen Kompetenzen zwar ergänzen, jedoch nicht ablösen.

### 2.4.3 Fähigkeiten des Kindes

Die Literatur zum lösungsorientierten Ansatz gibt keine Angaben zu den Voraussetzungen beim Kind. Darum wird im Folgenden versucht, solche Fähigkeiten auf der Basis von entwicklungspsychologischen Erkenntnissen aufzulisten. In einem weiteren Schritt wird angeschaut, ob ein Logopädie-Kind im Primarschulalter grundsätzlich über diese erforderlichen Fähigkeiten verfügt:

Das Kind

- kann über sein eigenes Verhalten und das von anderen Personen sprechen (vgl. Zollinger, 1997, S. 27).
- weiss, dass es eine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gibt.
- kann die Perspektive anderer Menschen einnehmen (vgl. Siegler, DeLoache & Eisenberg, 2005, S. 190).
- kann sich selbst reflektieren (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 44-45).
- hat ein Selbstkonzept (vgl. Berk, 2005, S. 331-332).
- verfügt über einen Wortschatz, um über seine Gefühle und sein Seelenleben zu sprechen und Absichten zu formulieren (vgl. Berk, 2005, S. 331).
- versteht einfache lösungsorientierte Fragen (vgl. Zollinger, 1997, S. 75).

Primarschulkinder, welche in der Logopädie sind, haben meist keine gravierenden kognitiven Störungen und weisen im Allgemeinen die oben genannten kognitiven Fähigkeiten auf. Da die Kinder aber im Sprachverständnis oder beim Wortschatz Probleme haben, kann es sein, dass sie die lösungsorientierten Fragen nicht verstehen können oder keine Wörter für ihr psychisches Empfinden oder ihre Absichten zur Verfügung haben. Dies kann bei einer spezifischen Spracherwerbstörung, bei einer isolierten semantisch-lexikalisch oder phonetisch-phonologischen Störung der Fall sein.

Da diese Aufzählung nicht vom lösungsorientierten Ansatz her kommt, sondern von der Theorie der Entwicklungspsychologie zusammengetragen wurde, werden die Interviewten zu diesem Thema befragt. Somit kann eine Verbindung zur Praxis in der Logopädie hergestellt werden und die wichtigsten Fähigkeiten nach deren Meinung herausgearbeitet werden.

**Frage für das Interview:** Welche Fähigkeiten braucht das Kind für die Therapie mit dem lösungsorientierten Ansatz?

#### 2.4.4 Störungsbilder

In der Logopädie gibt es verschiedene Störungsbilder, die jeweils andere therapeutische Inhalte und Methoden verlangen. Der lösungsorientierte Ansatz erhebt den Anspruch, dass er mehrheitlich für jeden Klienten und jede Art der Störung geeignet ist. Steiner und Berg sind überzeugt, dass der Ansatz durch das Anpassen an das jeweilige Individuum bei jüngeren Kindern bis hin zu Erwachsenen verwendet werden kann (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 23). Somit sollte der Ansatz auch bei Störungsbildern in der Logopädie mit Primarschüler anwendbar sein. Diese auf die Theorie gestützte Aussage wird im Interview geprüft.

**Frage für das Interview:** Kann man mit Kindern im Primarschulalter lösungsorientiert arbeiten? Kann der Ansatz bei allen Störungsbildern verwendet werden?

#### 2.4.5 Therapeutischer Prozess

Die Logopädie-Therapie basiert auf einem bestimmten Prozess-Schema. Wobei die Durchführung mancher Teilprozesse für die Logopädin zwingend ist (z.B. hypothesengeleitete Diagnostik). Nachfolgend wird analysiert, ob der lösungsorientierte Ansatz grundsätzlich auf die einzelnen Prozesse der Logopädie anwendbar ist.

##### Lösungsorientierte Diagnostik in der Logopädie-Therapie

*Ziel der Diagnostik:* Das Ziel der logopädischen Diagnostik ist es, eine Diagnose zu stellen und Schwerpunkte, Indikationen und therapeutische Massnahmen festzulegen. Dazu können die Methoden Anamnese, Sprach- und Verhaltensbeobachtung, Spontansprachanalyse sowie informelle und standardisierte Testverfahren verwendet werden (vgl. Braun, 2002, S. 31-32). Bei der logopädischen Diagnostik geht es nicht nur um die Klassifikation von Störungen, sondern auch um das Erfassen von Ressourcen, die für

therapeutische Massnahmen als Ansatzpunkt dienen (vgl. Grohnfeldt & Ritterfeld, 2000, S. 39). Zusätzlich setzt sich die Logopädin mit den Symptomen der Störung, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und persönlichen Erklärungen zur Ursache, dem erwünschten Behandlungsziel und den vorhandenen und noch zu entwickelnden Fähigkeiten, auseinander (vgl. Baumgartner, 2008, S. 27-28).

In der lösungsorientierten Diagnostik werden, wie in der Logopädie, die Ressourcen des Kindes erfasst, jedoch wird keine Diagnose gestellt. In einem Befundgespräch mit Eltern und dem Kind spricht die Therapeutin mehrheitlich über die Ressourcen des Kindes. Dennoch werden auch Schwierigkeiten kommuniziert. Dies macht die Therapeutin jedoch in einer positiven Form. Sie regt im Gespräch zum zielgerichteten Handeln der Eltern und des Kindes an, denn die Wirkungsmöglichkeiten der Logopädin selbst sind begrenzt. Zum Schluss findet man heraus, wo schon Anzeichen einer Lösung zu sehen sind (vgl. Burr, 1999, S. 41-42).

*Standardisierte Tests:* In der logopädischen Diagnostik wird mit Hilfe von standardisierten Tests die Leistung des Kindes mit Normwerten verglichen und sprachliche Auffälligkeiten und Fähigkeiten erfasst und interpretiert (vgl. Grohnfeldt, 2002, S. 23-24). Der lösungsorientierte Ansatz schliesst die Verwendung von standardisierten Tests nicht aus, da sie zum Teil zwingend sind. Er verwendet jedoch die Ergebnisse nicht wie in der traditionellen Diagnostik dazu, um noch nicht bekannte Aspekte der Probleme zu finden. Vielmehr sucht er möglichst solche Ressourcen, die für die Problemlösung hilfreich sein können (vgl. Burr, 1999, S. 39-42). Burr nimmt auf vier Punkte Bezug, die trotz des vorgegebenen diagnostischen Ablaufs eine lösungsorientierte Diagnostik ermöglichen:

- Fähigkeiten des Kindes erfassen
- Herausfinden, wie das Kind sich und seinen Umwelt wahrnimmt
- Herausfinden, wie weit eine Entwicklung schon in Richtung auf das gewünschte Ziel fortgeschritten ist
- Konzentration auf die Lösungssuche durch alle Beteiligten

(vgl. Burr, 1999, S. 39-41)

Die Sichtweise der Logopädie und des lösungsorientierten Ansatzes in der Diagnostik zeigen übereinstimmende Punkte aber auch Abweichungen. Die sprachlichen Ressourcen und das erwünschte Behandlungsziel kann man mit der ressourcen- und lösungsorientierten Sichtweise erfassen. Jedoch widerspricht die lösungsorientierte Sichtweise, dass die Ursache des Problems und deren Aspekte nicht wesentlich sind mit der Aufgabe der Logopädin, wissenschaftliche Erkenntnisse und eine persönliche Erklärung zur Ursache zu kennen resp. zu haben.

**Frage für das Interview:** Inwiefern kann man die logopädische Diagnose mithilfe von lösungsorientierter Diagnostik stellen?

### Der lösungsorientierte Ansatz bei der Definition von Therapie-Zielen

Der Entscheid, ob ein Kind Logopädie-Therapie benötigt, wird erfahrungsgemäss von der Logopädin im Gespräch mit den Eltern und eventuell unter Einbezug der Lehrperson bestimmt. Die Ziele für das Kind werden aufgrund der Diagnose-Ergebnisse durch die Logopädin formuliert und festgelegt (vgl. Braun, 2002, S. 31-32). In der lösungsorientierten Therapie dagegen wird das Ziel oder gewünschtes Verhalten nicht durch die Therapeutin allein sondern durch das Umfeld definiert (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38). Es ist deutlich, dass die Aufgabe der Erwachsenen darin besteht, in einem gewissen Grad zu schauen, ob sich das Kind auf dem richtigen Entwicklungsweg befindet (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69). Somit ist das Kind in der Logopädie - wie auch in der lösungsorientierten Therapie - ein unfreiwilliger Klient. Im lösungsorientierten Ansatz ist das Kind allerdings auch Experte seiner Situation und soll mitbestimmen und entscheiden dürfen. Die Therapeutin verhält sich darum so, dass das Kind sein eigener Experte sein kann. Es soll vorzugsweise selbst entscheiden, welche Handlungen und Lösungswege wichtig sind wichtig ist und es verfolgen will (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69). Um das Expertentum des Kindes trotz seiner unfreiwilligen Situation und den vorgegeben Zielen zu berücksichtigen, sind folgende Interventionen des lösungsorientierten Ansatzes hilfreich:

- Es hilft dem Kind, wenn zu Beginn der Therapie jeder Schritt der Therapie erklärt wird. Zusätzlich sollte der Grund für die Zielsetzung und der Nutzen davon aufgezeigt werden (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38).
- Man kann mit dem Kind über seine eigenen Wünsche, Ziele und Visionen sprechen und sich fragen, wie man es allenfalls unterstützen könnte. Wenn Kinder für ein eigenes Ziel arbeiten, sind sie motivierter (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008b, S. 14).
- Die Therapeutin erfragt die Sichtweise des Kindes zum vorgegebenen Ziel und zu seiner eigenen Situation. Dazu kann beispielsweise die Skalierungsfrage benutzt werden (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 274).
- Das Kind wird auch befragt, ob es selber hilfreiche Ideen kennt (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 274).
- Die Therapeutin regt das Kind zu wohlgeformten Zielen und Handlungen (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69) im Rahmen der logopädischen Therapie an (vgl. Büttner & Quindel, 2005, 121). Mit Fragen kann sie ihm verschiedene Blickwinkel auf die Situation aufzeigen. Schlussendlich wird aber vom Kind bestimmt, welche Handlungen und Lösungswege es wählt (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69).

Als Synthese der beiden Bereiche bietet sich an, dass die Logopädie-Therapeutin das Kind anregt, eigene Ziele zu entwickeln und sprachliche Lösungsvorschläge einzubringen.

**Frage für das Interview:** Inwiefern kann das Kind Experte seiner sprachlichen Fähigkeiten sein?

Wie wird das Kind in die Zieldefinition eingebunden?

### Die lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten

Bei der Therapie von sprachlichen Fähigkeiten werden eine einzelne oder mehrere kombinierbare, geeignete Fördermethoden von der Logopädin ausgewählt. Diese Entscheidung trifft sie anhand des diagnostizierten Störungsbildes, der erstellten Hypothese und den erfassten Lernvoraussetzungen (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 65). Es wird zwischen der direkten oder indirekten Methode unterschieden. Diese können isoliert oder als Methoden-Kombination verwendet werden. Die direkte Methode beinhaltet von der Logopädin vorgegebene Übungen, Stimulierung und Hilfestellungen. Sie verwendet dazu eine metasprachliche Didaktik. Das Ziel ist der Aufbau von explizitem Wissen des Kindes für den Übungsgegenstand (vgl. Kannengieser, 2012, S. 167). Für den lösungsorientierten Ansatz ist das metasprachliche Reflektieren sehr charakteristisch. Darum passt dieser Ansatz zur direkten Methode der Logopädie.

Der lösungsorientierte Ansatz beinhaltet aber auch, dass das Kind Experte ist und man auf seine Bedürfnisse eingeht. Diese Merkmale finden sich in der indirekten Methodik der Logopädie wieder. Dort orientiert sich die Logopädin an den Wünschen und Interessen des Kindes und an seinem natürlichen Spracherwerb. Dabei soll ein impliziertes Wissen beim Kind erreicht werden. Dies steht wiederum deutlich im Gegensatz zur lösungsorientierten Therapie (vgl. Schrey-Dern, 2006, S. 114; Kannengieser, 2012, S. 167). Wenn sich die Logopädin dazu entscheidet, ausschliesslich die indirekte Methode in der Therapie zu verwenden, passen die lösungsorientierten Fragen und die Selbstreflexion nicht dazu.

Wenn man den lösungsorientierten Ansatz und die direkte Methode gleichzeitig anwenden will, muss die Therapeutin von ihren strikten Vorgaben etwas abrücken und die individuellen Wünschen und Ideen für Ziele, Übungen und Inhalte des Kindes berücksichtigen. Denn das Kind ist in einem gewissen Bereich Experte für sich selbst. Die lösungsorientierten Fragen und die Selbstreflexion eignen sich für die direkte Methode.

### Therapeutische Techniken

Der lösungsorientierte Ansatz verwendet verschiedene Interventionen, um mit dem Kind über Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder Problemen zu sprechen. In der Logopädie-Therapie wird anstatt über Persönlichkeitsmerkmale und psychologische Inhalte, wie dies im lösungsorientierten Ansatz geschieht, hauptsächlich über die Sprache des Kindes gesprochen. Wie beim lösungsorientierten Ansatz kann in der Logopädie über Fähigkeiten, Verhaltensweisen oder sprachliche Probleme gesprochen werden. Man beschränkt sich aber vor allem auf die Sprache und die logopädischen Inhalte. Darum eignen sich für die Logopädie-Therapie grundsätzlich alle Fragen des Ansatzes. Wie in der lösungsorientierten Therapie sind die Fragen auch in der Logopädie je nach Situation und Kind verwendbar oder anzupassen.

Wenn das Kind Mühe hat differenziert über seine eigenen Emotionen und Wahrnehmungen zu sprechen oder ein beschränktes Vokabular und somit begrenzte Ausdrucksmöglichkeiten hat, kann man mithilfe von kreativen Umsetzungsformen kommunizieren (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 37). Im Hinblick auf die Störungsbilder der Logopädie, kann das notwendig sein.

**Frage für das Interview:** Wie kann der lösungsorientierte Ansatz bei der Therapie von sprachlichen Fähigkeiten konkret angewendet werden? Welche Frage-Typen haben sich in der Praxis bewährt? Welche kreativen Umsetzungsmöglichkeiten haben sich in der logopädischen Praxis bewährt?

### 3. Methodisches Vorgehen im Forschungsprozess

#### 3.1 Darstellung und Begründung des Forschungsvorgehens

Aufgrund der Fragestellung dieser Bachelorarbeit wird ein qualitatives Forschungsmodell ausgewählt. Heutzutage ist die qualitative Sozialforschung weitgehend anerkannt (vgl. Helfferich, 2004, S. 7). Im Sinne dieses Forschungsmodelles wird als erstes relevante Literatur analysiert und für die Arbeit wichtige Themen zusammengetragen. Die Erkenntnisse aus der Synthese der Themen lösungsorientierter Analyse bei Kindern und der Logopädie werden aufgeführt. Dabei aufkommende Fragen werden beim Erstellen des Interview-Leitfadens berücksichtigt. Die Interviews werden mittels einer qualitativ zusammenfassenden Inhaltsanalyse, wie Mayring (2008) es aufzeigt, untersucht. Das Ziel dieser Analyse ist, das Textmaterial auf seine wesentlichen Inhalte zu reduzieren und strukturiert darzustellen. In diesem Prozess wird durch systematisches Reduzieren des Originaltextes ein Kategoriensystems gebildet (vgl. Mayring, 2008, S. 74). Die Erkenntnisse der Interviewanalyse werden im Kapitel 4 „Darlegung der Interview-Analyse“ dargestellt. Diese Ergebnisse und die Erkenntnisse aus den theoretischen Grundlagen und der Synthese sind Basis für den Leitfaden für eine lösungsorientierte Logopädie-Therapie. Der Leitfaden ist im Anhang 6 zu finden.

##### 3.1.1 Datenerhebung: Interview

Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist die Verbindung mit der logopädischen Praxis und die konkrete Umsetzung des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie. Für die Untersuchung dieses Forschungsgegenstandes werden drei Logopädinnen, welche diesen Ansatz in ihren logopädischen Therapien anwenden, interviewt. Da sich die Logopädinnen durch ihr Praxiswissen zur Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie als Expertinnen auszeichnen, wird ein leitfadenorientiertes Experteninterview durchgeführt (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 104; Meuser & Nagel, 2005, S. 80). Denn die Forschungsfrage kann nur mithilfe von Expertenwissen beantwortet werden und dadurch ist der Bezug zur Praxis hergestellt (vgl. Meuser & Nagel, 2005, S. 75). Für das Gespräch wird ein halbstandardisierter Interviewleitfaden mit den zu stellenden Fragen verwendet. Durch diese relativ offen gestaltete Situation, kann die Sichtweise der befragten Logopädin besser zur Geltung kommen (vgl. Flick, 2007, S. 194). „Damit werden subjektive Theorien des Befragten über den Untersuchungsgegenstand rekonstruiert...“ (Flick, 1989; zitiert nach Flick, 2007, S. 203).

##### Stichprobenwahl

Da ein Experteninterview durchgeführt wird, ist bei der Auswahl der Fachpersonen bereits bekannt, dass es Logopädinnen sind und sie Informationen zur Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie-Praxis geben können. Dies zeichnet sie demnach als Expertinnen aus. Diese Art der Stichprobenwahl, wird deduktive Stichprobenziehung genannt (vgl. Reinders, 2005, S. 136-137).

Die Auswahlkriterien der Fachpersonen sind:

- Mindestens 5 Jahre Berufserfahrung als Logopädin mit Primarschul-Kindern
- Mindestens 2 Jahre Erfahrungen in der Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie-Therapie mit Primarschulkindern

Folgende drei Logopädinnen werden interviewt:

*Interviewerin A:* Therapeutin A war viele Jahre als Logopädin, vor allem im Primarschul-Bereich in einem logopädischen Dienst tätig. Seit etwa zwei Jahren ist sie pensioniert. Den lösungsorientierten Ansatz hat sie sieben Jahre in der Logopädie-Therapie angewendet. Durch einen mehrtägigen Kurs, der die lösungsorientierte Arbeit beleuchtete und im kollegialen Austausch vertiefte sie Ihr entsprechendes Wissen.

*Interviewerin B:* Therapeutin B ist seit vielen Jahren als Logopädin im logopädischen Dienst tätig. Ihr Klientel erstreckt sich vom Frühbereich bis zur zweiten Primarklasse. Den lösungsorientierten Ansatz lernte sie in einem Kurs kennen. Zudem befasste sie sich mit lösungsorientierter Literatur. Sie bezieht den Ansatz seit zwei Jahren regelmässig und mehrmals wöchentlich in ihr logopädisches Handeln mit ein.

*Interviewerin C:* Therapeutin C ist freiarbeitende Logopädin in ihrer eigenen Praxis für Kinder im Frühbereich bis Mitte Primarschulalter. Sie verwendet den lösungsorientierten Ansatz seit 4 Jahren in ihren Therapien. Den Ansatz lernte sie an einem mehrtägigen Kurs für lösungsorientierte Arbeit kennen. Sie bildete sich mit Literatur von Manfred Vogt, Therese Steiner und Marianne und Kaspar Baeschlin weiter.

### **Interview-Leitfaden**

Für die qualitative Forschungsmethode wird meist ein Leitfaden für das Interview erstellt. Dieser Leitfaden enthält die Fragen, welche nötig sind, um die für die Forschungsfrage relevanten Themen zu besprechen. Damit ist zwar ein Katalog von Fragen vorgegeben, jedoch kann dieser verlassen werden, um ein Thema mit spontanen Fragen genauer zu beleuchten. Bei den qualitativen Forschungsmethoden können verschiedene Interviewtypen verwendet und miteinander kombiniert werden. Eine isolierte Form eines Interviewtyps findet sich sehr selten (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 100-101).

Die Fragen für den Interview-Leitfaden werden mithilfe des SPSS-Prinzips ausgewählt. Die Abkürzung „SPSS“ steht für die vier Schritte „Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren“. Im ersten Schritt werden alle Fragen gesammelt, welche für die Forschungsfrage von Interesse sind. Dazu werden die Erkenntnisse der theoretischen Grundlagen und die darin aufkommenden Fragen aufgegriffen und daraus möglichst viele Fragen generiert. In einem nächsten Schritt werden die Fragen geprüft, reduziert und strukturiert. Dabei werden alle Faktenfragen, die das bereits vorhandene Vorwissen abfragen gestrichen. Denn diese werden bereits durch die theoretischen Grundlagen beleuchtet. Fragen, welche sich nicht dazu eignen, offene Antworten zu erzeugen oder Erzählungen zu unerwarteten Zusammenhängen zuzulassen, werden aussortiert. Im dritten Schritt werden die verbleibenden Fragen nach inhaltlichen Aspekten und Forschungsinteresse sortiert und zu Fragebündeln zusammengefasst. Zuletzt werden diese im dritten Schritt erfassten Fragebündel in eine möglichst einfache Erzählaufforderung umformuliert, so dass Einzel-

aspekte untergeordnet (= subsumiert) werden können. Das heisst, dass die Frage den Interviewpartner zum Erzählen von möglichst vielen interessierenden Aspekten animieren soll. Im Interview-Leitfaden werden diese Erzählaufforderungen ausformuliert.

Zusätzlich zu den Fragen, werden noch passende Vertiefungsfragen notiert. Diese kommen zur Anwendung, wenn die Interviewpartnerin dieses Thema nicht schon von alleine anspricht. Diese Fragen werden gestellt, wenn das Interview etwas ins Stocken gerät und es einen neuen Impuls braucht.

Das Interview ermöglicht mithilfe dieses Leitfadens ein offenes Gespräch, bei dem die Interviewten ihre Erfahrungen und persönlichen Sichtweisen spontan aussprechen können und ihre Antworten immer noch zur Forschungsfrage passen (vgl. Helfferich, 2005, S. 182-185). Der Interview-Leitfaden befindet sich in Anhang 1.

### **Interview-Durchführung**

Das Interview wird jeweils einzeln mit den drei ausgewählten Logopädinnen durchgeführt. Der Leitfaden dient als Grundlage für das Interview. Je nach Gesprächsverlauf können die Fragen in unterschiedlicher Reihenfolge gestellt werden (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 100-101). Das Interview findet entweder am Telefon oder in der Wohnung der Befragten statt und dauert 45 bis 60 Minuten. Die Interviewten unterschreiben vor dem Gespräch eine Einverständniserklärung für die Verwendung des Interviews im Rahmen der Bachelorarbeit und werden über den Ablauf des Gesprächs aufgeklärt. Das Gespräch wird tontechnisch digital aufgezeichnet.

#### **3.1.2 Datenaufbereitung: Transkription**

Um die Interviews auszuwerten, wird das erhobene Datenmaterial zuerst aufbereitet. Dazu werden die digitalen Aufzeichnungen transkribiert. Damit der Inhalt der Aussage leichter erfassbar ist, wird das schweizerdeutsche Interview in Schriftsprache und grammatikalisch korrekter Form übersetzt und transkribiert (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 136). Die beteiligten Personen werden in der Transkription mit einem Kürzel bezeichnet. Dabei steht „I“ für die Interviewerin, „A“ für die Logopädin A, „B“ für die Logopädin B und „C“ für die Logopädin C. Weil nur der Inhalt der Aussagen der Logopädinnen für die Bachelorarbeit wesentlich ist, werden nicht-sprachlichen Äusserungen (z.B. „hm...“), Wiederholungen, Füllwörter, Betonungen und Pausen weggelassen, da dies am Inhalt der Antworten nichts verändert. Anmerkung der Autorin werden in Klammern geschrieben. Am linken Rand werden die Zeilen nummeriert, damit Bezugnahmen auf bestimmte Textstellen überprüfbar sind (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 135)

#### **3.1.3 Datenauswertung: Zusammenfassende Inhaltsanalyse**

Da der Fokus auf dem Inhalt der Aussagen liegt, werden die Transkriptionen mithilfe der qualitativ zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Bei dieser Inhaltsanalyse wird der Inhalt des Textmaterials auf das Wesentliche zusammengefasst. Durch diese systematische Reduktion wird ein Kategoriensystem gebildet (vgl. Mayring, 2008, S. 74).

*Schritt 1-Textrelevanz:* Hier wird das aufbereitete Ausgangsmaterial Zeile für Zeile durchgearbeitet und untersuchungsrelevante Textstellen festgelegt (vgl. Mayring, 2008, S. 61). Ableitend von der Fragestellung wird festgelegt, welche Textstellen für diese Arbeit relevant sind. In dieser Arbeit sind es Aussagen zu den folgenden Themenbereichen:

- Der lösungsorientierter Ansatz in der Logopädie
- In den logopädischen Arbeitsfeldern
- Der lösungsorientierter Ansatz das Kind
- Die Logopädin
- Der kreative lösungsorientierte Ansatz

Die für die Fragestellung irrelevanten Aussagen werden weggestrichen (vgl. Mayring, 2008, S. 61).

*Schritte 2 -Paraphrasen:* Nun wird das ausgewählte Textmaterial in zusammenhängende Aussagen aufgeteilt, die jeweils eine Analyseeinheit ergeben. Solch eine Einheit kann zwischen einem oder mehreren Sätzen lang sein. Die einzelne Analyseeinheit wird in einem weiteren Schritt paraphrasiert. Das heisst, der Inhalt wird auf die Kern-Aussage reduziert und in eine knappe, beschreibende Form umgeschrieben. Die Analyseeinheit und die dazugehörige Paraphrase werden in einer Tabelle schriftlich festgehalten und mit der entsprechenden Zeilennummer des Interviewtextes versehen. So kann die Analyseeinheit dem Interviewkontext zugeordnet werden (vgl. Mayring, 2008, S. 61).

*Schritt 3 -Bildung von Unterkategorien:* Als nächstes werden die Paraphrasen miteinander verglichen und solche, die gleiche oder ähnliche Inhalte haben, einer gleichen Unterkategorie zugeordnet. Die Unterkategorien an sich sind von den Paraphrasen hergeleitet. Dieser Vorgang heisst induktive Kategorienbildung (vgl. Mayring, 2008, S. 75). Bei einer Unterkategorie handelt es sich um einen Begriff oder Satz, der die Paraphrase abstrakter und allgemeiner umschreibt (vgl. Hug & Poscheschnik, 2010, S. 151).

*Schritt 4 -Bildung von Kategorien:* Aus den im Inhalt ähnliche Unterkategorien werden wiederum Kategorien induktiv hergeleitet.

*Schritt 5 - Bildung von Hauptkategorien:* Zuletzt wird nun - im Hinblick auf die Fragestellung und den behandelten Themenbereichen - den thematisch gleichen Kategorien eine Hauptkategorie zugeordnet. Im Zweifelsfall werden im Prozess der Paraphrasen- und Kategorienbildung die theoretischen Grundlagen zu Hilfe genommen (vgl. Mayring, 2008, S. 62).

Für ein besseres Verständnis der Auswertungsmethode und des Kategoriensystems wird ein Beispiel dazu gezeigt.

Tabelle 1: Beispiel für den Aufbau des Kategoriensystems

<b>Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind</b>			
<b>Originaltext</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Unterkategorien</b>	<b>Kategorie</b>
Das Kind muss die Sprache verstehen und sich so äussern, dass auch ich es verstehen kann. Es muss reflektieren können: Was will ich verändern? Dazu braucht es eine gewisse Reife. (C 71)	Kind muss Sprache verstehen und sich so ausdrücken, dass man es versteht  Sich selbst reflektieren können, was es verändern will	Kommunikative Fähigkeiten  Selbstreflexion	<b>Notwendige Fähigkeiten des Kindes</b>

Das Resultat der Inhaltsanalyse ist ein strukturiertes Kategorien-System. Der Inhalt wird von der Paraphrase über die Unterkategorien und Kategorien bis hin zur Hauptkategorie zunehmend allgemeiner (vgl. Mayring, 2008, S. 76).

Durch alle oben erwähnten Schritte wird der Inhalt der Interviews für den anschliessenden Ergebnisteil zunehmend strukturiert und auf die wesentlichsten Inhalte reduziert (vgl. Mayring, 2008, S. 74). Die Tabelle mit den Originaltexten und dem Kategoriensystem befindet sich im Anhang 5.

## 4. Darlegung der Interview-Analyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviewanalyse aufgeführt. Die Interviews wurden, wie im Kapitel 3 „Methodisches Vorgehen“ beschrieben, systematisch analysiert. Die erhaltenen Paraphrasen zu den jeweiligen Themen werden in Textform mit Blick auf die Forschungsfrage aufgeführt. Für den besseren Lesefluss, werden nur wenige Originaltextauszüge zitiert. Die Hauptkategorien des Kategoriensystems repräsentieren die Themenbereiche und bilden die Unterkapitel des nachfolgenden Ergebnistextes. Die vollständigen Transskripte befinden sich in Anhang 2 bis 4.

### 4.1 Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie

#### 4.1.1 Persönliche Meinung der Therapeutinnen zum lösungsorientierten Ansatz

Im Allgemeinen hat Logopädin C mit diesem Ansatz sehr gute Erfahrungen gemacht (C|3). Der Ansatz ist für die Logopädie-Therapie, für die Elternarbeit und für die Therapie mit älteren Kindern ein gutes Werkzeug (B|3). Logopädin A sieht einen Nutzen für alle Beteiligten (A|3). Sie sagt, dass man aufgrund der Beachtung der Bedürfnisse aller Beteiligten mehr gemeinsam handelt (A|20).

#### 4.1.2 Innere Haltung der Beteiligten

Die in der Logopädie-Therapie Beteiligten konzentrieren sich aufgrund des lösungsorientierten Ansatzes auf das Positive und schauen vorwärts auf Lösungen (C|94), (C|95). Die Ursache der Sprachstörung ist unwichtig (C|97), trotzdem werden deren Schwierigkeiten von der Betrachtung nicht ausgeschlossen (C|95). Die Beteiligten haben die Haltung und Überzeugung, dass „... Menschen sich zu jeder Zeit ändern können“ (C|94). Logopädin C sagt dazu: „Man legt einfach los und konzentriert sich auf eine Veränderung und Lösungen“ (C|98). Dabei ist wichtig, dass die Eltern und das Kind wissen, dass sie „... fähig sind, selber einen Weg zu finden, um etwas zu verändern. Und nicht: Dank der Therapeutin ist es viel besser“ (C|99).

### 4.2 Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz und dem Kind

#### 4.2.1 Vorteile für das Kind

Der Vorteil des lösungsorientierten Ansatzes für das Kind sehen die Interviewerin C und B darin, dass das Kind mitbestimmen kann und aktiv beteiligt ist (C|106), (C|111), (B|64). Ergänzend erwähnt Interviewerin B, dass das Kind auch in seiner Selbstreflexion gefördert wird (B|72). Sie sagt: „Ich habe gemerkt, wenn ich den Kindern Fragen stelle und sie sich selber einschätzen lasse, dass sie dann involvierter und aktiver im Geschehen sind“ (B|64). Die Logopädin A erwähnt, dass dieser Ansatz bei Kindern, welche Widerstand gegenüber der Therapie leisten, motivierend wirkt (A|12).

#### 4.2.2 Kind als Experte

Das Thema des Expertentums des Kindes wurde in der Synthese behandelt und es ergab sich die Frage, inwiefern das Kind in der Logopädie-Therapie sein eigener Experte sein kann? Da das Kind sich selbst am besten versteht (A|33) ist das Kind in der Logopädie-Therapie Experte seiner selbst. Es arbeitet aktiv an der Lösung mit und macht diese dadurch auch zu seiner eigenen. (A|97). Beispielsweise sucht das Kind konkrete Übungsfelder in seinem Alltag (C|130) oder es hat eigene Lösungs-Ideen (C|155). Das Kind wird zu seiner Meinung, Einschätzung und Beurteilung über den aktuellen sprachlichen Stand befragt (A64). Interviewerin C weist auf eine Schwierigkeit bei der Berücksichtigung des Expertentum des Kindes hin: „... Wie kommen wir trotz Mitbestimmung des Kindes zum Ziel, an welchem wir arbeiten?“ (C|106).

#### 4.2.3 Notwendige Fähigkeiten und Anforderung an das Kind

Die notwendigen Fähigkeiten des Kindes sieht Logopädin A in den kognitiven, emotionalen und kommunikativen Bereichen (A|38). Zudem erwähnt Interviewte C, dass das Kind die Sprache der Logopädin verstehen muss. Es sollte sich ferner so ausdrücken können, dass die Logopädin das Kind und seine Äusserungen inhaltlich versteht (C|71). Zudem soll das Kind seine Stärken und Schwächen wahrnehmen und sich selbst reflektieren können (A|38), (C|71). Logopädin B zufolge soll sich das Kind mithilfe Fragen der Logopädin bewusst werden, wann das Problem auftritt und was es für die Entschärfung des Problems verändern will. Es muss dafür ein Störungsbewusstsein haben (B|65). Das Kind soll Lösungen im Therapie-Prozess mitbestimmen können (B|65).

#### 4.2.4 Grenzen des Ansatzes beim Kind

Es werden verschiedene Aspekte als Grenze des lösungsorientierten Ansatzes bei Kindern gesehen.

In der Synthese kam die Frage auf, ob sich der Ansatz bei Kindern im Primarschulalter eignet. Die Logopädin A findet, dass der Ansatz erst bei Kindern ab 9 bis 10 Jahren einsetzbar ist (A|91). Im Gegensatz dazu meinen die Logopädinnen B und C, dass sich der Ansatz für alle Kinder im Primarschulalter resp. ab 5 bis 6 Jahren eignet (C|96), (B|8). Diese Aussagen zeigen, dass der Ansatz individuell und nach dem eigenen Ermessen der Logopädin bei unterschiedlichem Alter angewendet werden kann. Somit kann die Fragestellung aus der Synthese nicht genau beantwortet werden.

Eine weitere Frage aus der Synthese lautet: Kann der Ansatz bei allen Störungsbildern verwendet werden? Ein komplexes Störungsbild in den Bereichen Grammatik-Syntax, Phonetik und Phonologie wird von Logopädin A als Grenze gesehen (A|50), (A|78). Denn aufgrund des komplexen Störungsbildes wissen diese Kinder oft nicht, worin ihr Problem besteht. Durch das mangelnde Störungsbewusstsein können sie nicht sagen, was sie erreichen wollen (A|78). Die Interviewerin B findet, dass der Einsatz vom Einzelfall abhängt und sie die Anwendung in diesen Bereichen darum nicht grundsätzlich ausschliessen würde. Es brauche viel Einfühlungsvermögen, wann der Ansatz angewendet werden kann und Intuition diesbezüglich sei wichtig. (B|14). Diese unterschiedlichen Aussagen, geben keine eindeutige Antwort auf die obige Frage.

„Das Kind sollte sich einmal selbst einschätzen. Es hat gesagt, dass alles gut sei und dadurch die Frage abgeblockt. Es schaute nicht hin und verdrängte, warum es in der Therapie ist. (...) Er will es mit mir momentan nicht anschauen. Das ist eine Grenze und hier kann ich den lösungsorientierten Ansatz mit dem Kind im Moment nicht anwenden“ (B|80). Das Zitat verdeutlicht, dass die Logopädinnen B und C die Grenze des Ansatzes bei Kindern sieht, die abblocken oder lösungsorientierte Fragen verweigern (C|142), (C|146).

#### **4.2.5 Adaption an das Kind**

Wenn das Kind zu jung ist, arbeitet die Logopädin C wenigstens mit den Eltern lösungsorientiert (C|142). Interviewte B erzählt, dass sie bei kognitiv schwachen Kindern Vereinfachungen der Formen machen muss. So benutzt sie beispielsweise die Skala ohne Zahlen und nur mit zwei verbalen Stufen. Diese Kinder können ihr sagen, ob es für sie „ganz schlimm“ oder „weniger schlimm“ ist (B|39).

### **4.3 Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz und der Logopädin**

#### **4.3.1 Fähigkeiten der Logopädin**

Die Logopädin ist ressourcenorientiert. Zum Beispiel wenn ein Kind hauptsächlich seine negativen Seiten sieht, zeigt sie ihm seine Fähigkeiten und Stärken auf (A|86).

Sie fragt das Kind in jeder Stunde, ob es in der Zwischenzeit etwas ausprobiert hat, oder ob eine andere Lösung gesucht werden muss (C|133). In dem sich die Logopädin zurück nimmt und die Lösung nicht von Anfang an aufzeigt, müssen alle Beteiligten aktiv mitdenken (B|22), (B|27). Die Logopädin ist trotz allem immer noch Expertin für logopädische Hilfestellungen (A|30).

Die Logopädin B weist auf die Gefahr hin, dass man, wenn man den Ansatz zu wenig dem eigenen Stil entsprechend und nur nach Lehrbuch durchführe, nicht mehr authentisch wirke (B|58).

#### **4.3.2 Unterschied zur klassischen Logopädie-Therapie**

Der Unterschied des lösungsorientierten Ansatzes gegenüber dem klassischen Ansatz in der Logopädie ist, dass die Logopädin mehr Fragen stellt und zur Klärung nochmals nachfragt und dabei nicht locker lässt (C|156).

#### **4.3.3 Vorteile für die Logopädin**

In der Synthese ergab sich die Frage, welches die Vorteile der lösungsorientierten inneren Haltung der Logopädin seien. Logopädin A sieht diese beim Umgang mit Widerstand bei Kindern. Der lösungsorientierte Ansatz funktioniert bei Widerstand in der Therapie sehr gut (A|12). Ein anderer Vorteil für die Logopädin ist, dass sie durch die Haltung des lösungsorientierten Ansatzes entlastet wird, weil ein gewisser Druck von ihr abfällt. Denn sie muss nicht schon von Anfang an ausgereifte Lösungen anbieten (B|54). Logopä-

die B findet, wenn eine gewisse Bereitschaft vorhanden ist, kann dieser Ansatz von Logopädinnen gelernt und geübt werden (B|35).

#### 4.3.4 Mögliche Schwierigkeiten für die Logopädin

Der unklare, weil teils spontane und die durch Beteiligten beeinflusste Verlauf eines lösungsorientierten Gespräches kann für manche Logopädinnen eine Verunsicherung verursachen und dadurch eine Schwierigkeit darstellen (B|56).

#### 4.3.5 Planung und Durchführung der Logopädie-Therapie

Die Logopädin geht bewusst auf die aktuellen Bedürfnisse des Kindes ein (C|17). Dadurch ist die Logopädin in der Therapie-Stunde flexibel und nicht auf eine Methode fixiert (C|17), (C|112). Mehr als auf der Methode liegt der Schwerpunkt auf dem Ziel (C|112). Logopädin A und B wenden den lösungsorientierten Ansatz eher ungeplant an (A|69), (B|15) und stellen spontane Fragen (B|16). Logopädin A macht auf das Kind zugeschnittene kleine Therapie-Schritte (A|68), (A|85).

## 4.4 Ergebnisse zum lösungsorientierten Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern

### 4.4.1 Lösungsorientierte Diagnostik in der Logopädie-Therapie

Die Frage, inwiefern man den lösungsorientierten Ansatz für eine logopädische Diagnostik verwenden kann, wurde schon in der Synthese in Kapitel 2.4 gestellt. Im Interview haben die Logopädinnen darauf Folgendes geantwortet:

Für eine Ressourcenorientierung - auch schon beim Anamnese-Gespräch - kann die Logopädin folgende Fragen stellen: „Wo läuft es auch schon anders? Gibt es Situationen, in denen es weniger auftritt? Was hat sich schon bewährt? Was haben Sie ausprobiert?“ (C|188).

Die Interviewte A berichtet, dass sie Ergebnisse von standardisierten und nicht standardisierten, defizit-orientierten Tests mithilfe der Skalierung lösungsorientiert einschätzt (A|126). Logopädin B fokussiert sich bei Abklärungen auf Ressourcen und Defizite des Kindes (B|107), (B|114). Sie verwendet den Ansatz beispielsweise bei Anamnesegesprächen bei Kindern mit einer Redeflussstörung (B|96). In den Berichten versucht die Logopädin C über das zu schreiben, was das Kind bereits kann (C|184).

Es gibt auch Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes in der logopädischen Diagnostik. Logopädin B findet es wichtig, dass man Defizite des Kindes erkennt. Darum gehört der lösungsorientierte Ansatz für sie eher in die Beratung und Therapie (B|99), (B|105). Bei der Sprachstanderfassung verwendet sie den Ansatz nicht (B|99).

#### 4.4.2 Lösungsorientierte Ziel-Definition in der Logopädie-Therapie

Aus dem Synthese-Teil kommt die Frage, wie das Kind in die Zieldefinition eingebunden wird? Logopädin C legt das Ziel selbst fest und kommuniziert dies dann dem Kind (C|199). Die Interviewte A geht bei der Zieldefinition so vor, dass sie die Ziele für das Kind selbst festlegt (A|143). In diesen Situationen ist das Kind nicht sein Experte. Logopädin A fragt jedoch das Kind in einem zweiten Schritt nach seiner Meinung zum Ziel, handelt das Ziel mit dem Kind aus und passt es seinen Bedürfnissen an (A|145). Das neu ausgehandelte Ziel spricht sie nochmals hörbar für beide aus und schreibt es auf (A|145). So wie es der lösungsorientierte Ansatz vorsieht, verifiziert sie die Ziele immer wieder (A|143). Die Logopädin B befragt dazu das Kind mit Hilfe der Skalafragen: „Wo willst du hin? Was braucht es damit du einen Schritt weiter kommst?“. Sie passt mit ihm zusammen ein Ziel an oder legt es neu fest (B|119). Wenn ein Kind beispielsweise besser lesen können möchte, sucht sie Material zum Wunschthema des Kindes (B|156). Durch dieses Aushandeln und Fragenstellen kann das Kind mitbestimmen und wird zum Experten.

#### 4.4.3 Lösungsorientierte Therapie der sprachlichen Fähigkeiten

Die konkrete Umsetzung des lösungsorientierten Ansatzes in der logopädischen Therapie ist das zentrale Thema dieser Arbeit. In der Synthese wurde gefragt, wie dieser Ansatz konkret in der Praxis verwendet wird. Diese Frage wurde durch alle drei Logopädinnen beantwortet:

Bei der Therapie der sprachlichen Fähigkeiten können das Kind und die Therapeutin die sprachlichen Fähigkeiten und Probleme des Kindes einschätzen (B|163), oder es werden lösungsorientierte Fragen gestellt. Beispielsweise wird das Kind gefragt, was es ausprobiert hat und man schaut mit Hilfe der Skalierung, ob sich etwas am Problem und seiner Situation verändert hat. Ebenso kann man durch die Veränderungs-Frage das Kind auf mögliche Veränderungen hin befragen: „Was hast du anders gemacht?“ (C|158). Danach kann die Logopädin fragen: „Was hast du gemacht, dass du einen Schritt vorwärts gekommen bist? Was könntest du sonst noch machen? Was braucht es, um einen Laut auch im Alltag anzuwenden?“ (C|151).

Die Interviewte stellt dem Kind systemische Fragen zu seinen sprachlichen Fähigkeiten: „Was hat sich auch im Umfeld verändert? Ist jemandem aufgefallen, dass du anders sprichst?“ (C|158).

Die Logopädin B berichtet, dass sie mit dem Kind gemeinsam Abmachungen trifft. Diese werden immer wieder evaluiert (B|164).

Der Zeitpunkt des Einsatzes des lösungsorientierten Ansatzes benennen Logopädin A und B gleich. Bei ihnen wird der Ansatz dann eingesetzt, wenn sie in der Therapie anstehen. Logopädin A verwendet ihn, wenn das Kind bei der sprachlichen Übung nicht mehr weiter kommt oder etwas schief gegangen ist. In dieser Situation stellt sie beispielsweise dem Kind die hypothetische Frage, wie es das Kind gemacht hätte, wenn es gut gegangen wäre (A|156). Logopädin B verwendet den lösungsorientierten Ansatz, wenn sie bei der Nachbereitung der Stunde merkt, dass man in der Therapie ansteht. Dann überlegt sie sich, was sie vom Ansatz das nächste Mal übernehmen könnte (B|170).

Einen anderen Nutzen des Ansatzes in der Praxis spricht die Logopädin B an: „Allein schon wenn man sich einschätzen muss und über Themen, die einen beschäftigen, spricht, wird eine hohe sprachliche Leistung abverlangt. Nur schon das ist eine intensive sprachliche Übung“ (B|145). Sie weist durch dieses Beispiel darauf hin, dass durch die Verwendung des lösungsorientierten Ansatzes auch sprachliche Fähigkeiten der Kinder gefordert sind. Zum einen ist dies das Sprachverständnis, um die lösungsorientierten Fragen zu verstehen (B|150). Die Kinder lernen dabei, sich auszudrücken und gezielt etwas zu beschreiben (B|147). Andererseits werden die schriftsprachlichen Fähigkeiten gefordert, wenn die Kinder lösungsorientierte Fragen vorlesen (B|148).

#### **4.5 Ergebnisse zum kreativen lösungsorientierten Ansatz**

Den kreativen lösungsorientierten Ansatz verwenden die Logopädin A, B und C.

Logopädin C setzt dazu bei jüngeren Kindern Handpuppen und Fantastier-Zeichnungen ein. So beispielsweise bei einem sechsjährigen stotternden Jungen. Es wurden Handpuppen, welche stellvertretend für sein Stotter-Problem stehen, ausgesucht und via dieser Handpuppen über das Problem gesprochen. Oder es wird ein Fantastier gezeichnet, das dem Kind in schwierigen Situationen helfen könnte (C|87). Logopädin C versucht die Fähigkeiten und Stärken des Kindes zu visualisieren. Beispielsweise kann das Kind für jeden Finger seiner Hand eine Stärke aufzählen (C|173).

Interviewte A verwendet Zeichnungen, Ressourcen-Steckbriefe und -Schatzkisten (A|180). Sie sieht den kreativen lösungsorientierten Ansatz als Mittel, um ein Gespräch mit dem Kind anzustossen. Das Gespräch selber findet sie aber wichtiger, als die kreative Umsetzung an sich (A|201).

Logopädin B verwendet spontan Elemente aus dem Rollenspiel (B|16).

## 5. Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Kapitel wird, die zu Beginn der Arbeit gestellte Forschungsfrage beantwortet:

**Wie kann der lösungsorientierte Ansatz in der Logopädie-Therapie mit Kindern in der Primarschule - basierend auf Praxiserfahrungen von drei Logopädinnen und theoretischen Grundlagen zum Ansatz - verwendet werden?**

Die Ergebnisse aus der Theorie-Synthese und der Interview-Analyse zeigen verschiedene Möglichkeiten der Umsetzung und Integration des Ansatzes in

- der logopädischen Diagnostik,
- der Zieldefinition und
- der Therapie von sprachlichen Fähigkeiten.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden diese Ergebnisse aus der Synthese und Analyse nachfolgend zu Antworten zu den drei Bereichen zusammengetragen.

### 5.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der logopädischen Diagnostik

In der lösungsorientierten logopädischen Diagnostik liegt der Fokus bei den Fähigkeiten des Kindes (vgl. Burr, 1999, S. 39). Wie in der klassischen Logopädie wird auch hier nach solchen Ressourcen gesucht, welche bei der Problemlösung hilfreich sein können (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62). Bei der lösungsorientierten logopädischen Diagnostik wird jedoch auch noch immer wieder mit dem Kind geschaut, wie weit seine Entwicklung schon in die Richtung zum gewünschten Ziel hin fortgeschritten ist. Schliesslich suchen die Beteiligten gemeinsam nach Lösungen (vgl. Burr, 1999, S. 41-42). Die interviewte Logopädin B gibt Ideen, welche die lösungsorientierte Theorie nicht gibt. Denn sie schätzt die Ergebnisse der logopädischen Tests mithilfe der Skalierung lösungsorientiert ein (A|126).

In der Logopädie müssen Diagnosen gestellt und in der Regel Berichte verfasst werden. Darum muss die lösungsorientierte Diagnostik an diesen Grundauftrag der Logopädie angepasst werden. Dieser verlangt, dass man sich auch mit Defiziten des Kindes befasst. Denn, um Anspruch auf Therapie zu erhalten, müssen Defizite ausgewiesen werden (vgl. Schoor, 2002, S. 67-68). Dadurch werden nicht nur Stärken und Ressourcen des Kindes fokussiert, wie es im lösungsorientierten Ansatz eigentlich vorgesehen ist, sondern es werden auch die Schwächen des Kindes beleuchtet (B|99), (B|105). Die lösungsorientierte Theorie und die interviewte Logopädin B sagen, dass bei der lösungsorientierten Diagnostik auch Schwierigkeiten des Kindes erfasst werden (B|114), (B|105), (vgl. Burr, 1999, S. 41-42). Diese werden dann aber in einer positiven Form kommuniziert (vgl. Burr, 1999, S. 42).

**Fazit:** Zusammenfassend kann man sagen, dass der lösungsorientierten Ansatz auch im Bereich der logopädischen Diagnostik zur Anwendung kommen kann. Es werden für die Begründung des Therapie-Anspruchs wie verlangt Defizite ausgewiesen. Zugleich fokussiert man sich aber auch auf die Ressourcen, welche für Lösungen und eigene Ziele des Kindes hilfreich sind (vgl. Burr, 1999, S. 41). Zusätzlich wird mit dem Kind immer wieder geschaut, wie weit es schon zum Ziel fortgeschritten ist. Schliesslich suchen die Beteiligten und das Kind gemeinsam nach Lösungen (vgl. Burr, 1999, S. 39-42).

## 5.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei der Definition von Therapie-Zielen

Beim lösungsorientierten Ansatz ist das Kind der Experte seiner eigenen Situation. Deshalb soll es bei Zielen mitbestimmen und mitentscheiden dürfen. Es soll sagen, welches Ziel es wichtig findet und verfolgen will (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69). Das Kind kann unterschiedlich stark bei der logopädischen Zieldefinition miteingebunden werden. Nachfolgend werden verschiedene Möglichkeiten respektive Umsetzungsgrade der Mitsprache aus der lösungsorientierten Theorie und aus der Praxis der interviewten Logopädinnen aufgezeigt:

- Die Logopädin kann die Ziele für das Kind festlegen. Der Grund und der Nutzen des Zieles werden ihm aufgezeigt (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38). In einem weiteren Schritt wird das Kind zu seiner Meinung, über seine Situation und das vorgegebene Ziel befragt (z.B. mithilfe der Skalafrage). Zum Schluss handelt die Logopädin das Ziel mit dem Kind aus und passt es gegebenenfalls an (A|145).
- Durch Fragen öffnet die Logopädin beim Kind verschiedene Blickwinkel auf das Problem. Sie regt das Kind zu wohlgeformten Zielen und Handlungen im Rahmen der logopädischen Therapie an. Schliesslich wird vom Kind möglichst allein bestimmt, welche Handlungen es machen und welche Lösungswege es gehen möchte (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69; Büttner & Quindel, 2005, 121).
- Die Logopädin regt das Kind an, eigene sprachliche Ziele zu entwickeln und Lösungsvorschläge einzubringen. So kann das Kind beispielsweise mithilfe der Skalafrage erarbeiten, wie es einen Schritt weiter kommen kann und welche Unterstützung es dazu braucht (B|119), (B|156).

**Fazit:** Das Kind wird bei der logopädischen Zieldefinition miteinbezogen. Ziele sind für alle Beteiligten transparent. Zu den von der Logopädin vorgegeben Zielen kann das Kind seine Meinung äussern und über diese verhandeln (A|145). Das Kind kann mithilfe von Fragen der Logopädin ein eigenes sprachliches Ziel entwickeln (B|119), (B|156).

### 5.3 Die lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten

Der lösungsorientierte Ansatz bietet verschiedene Frage-Typen an, welche bei Kindern in der Therapie verwendet werden können. Diese sind im Kapitel 2.1.3 „Der Therapeut, seine Fähigkeiten und seine Interventionen“ genauer erklärt. Die typischen lösungsorientierten Fragen eignen sich auch für die Logopädie-Therapie. Denn die interviewten Logopädinnen haben gesagt, dass sie die Interventionen

- Skalierung,
- Frage nach den Ausnahmen,
- Beziehungsfrage,
- hypothetische Frage,
- Veränderungsfrage,
- Experimente und Hausaufgaben und
- Komplimente und Anerkennung

bei der Therapie von sprachlichen Fähigkeiten einsetzen. Nachfolgend werden diese Frage-Typen kurz erläutert und mit logopädisch-spezifischen Aspekten ergänzt. Diese Aufzählungen werden mit den Interventionen aus der lösungsorientierten Theorie ergänzt, da auch diese in der Therapie theoretisch angewendet werden können, auch wenn sie nicht von den interviewten Logopädinnen explizit genannt wurden.

*Einstiegsfrage:* Zu Beginn der Therapie wird dem Kind folgende Einstiegsfrage gestellt: „Was müsste in der Therapie geschehen, damit du sagen kannst, es hat sich gelohnt?“. Diese Frage konstruiert zu Beginn des Gesprächs den Rahmen und legt das Ziel des Kindes fest. Die Frage soll ihm das Gefühl geben, dass es auf es selber ankommt (vgl. Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 25).

*Skalierung:* Mit Hilfe der Skala schätzen das Kind und die Logopädin die sprachlichen Fähigkeiten und Probleme des Kindes ein. Der frühere und der aktuelle Stand einer Fähigkeit werden verglichen, sprachliche Fortschritte festgestellt und aufgezeigt (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 31-32). Als weiteren Schritt kann das Kind die Zahl nennen, welche einen Stand ausdrückt, mit dem es zufrieden ist und mit der die Situation für das Kind kein Problem mehr darstellt (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 26).

*Wunderfrage:* Das Kind entwickelt in Gedanken Ideen, was es braucht, damit das Wunder teilweise wahr wird. Diese Frage hilft ihm, mögliche Lösungsideen und Ziele für sich auszudenken. Das Kind hat damit bereits schon in Gedanken eine positive Veränderung kreiert und wird dadurch motiviert, sein Problem anzugehen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 30-31; De Jong & Berg, 2008, S. 277).

*Frage nach den Ausnahmen:* Es gibt Situationen beim Kind, in welchen das sprachliche Problemverhalten eigentlich hätte da sein können, aber es für eine gewisse Zeit nicht vorhanden war. Diese Ausnahmen werden als Hinweis für eine Lösung gesehen (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 27).

*Beziehungsfrage:* Das Kind wird aufgefordert, seine Situation einmal mit den Augen seiner Bezugspersonen zu sehen. Dies ermöglicht ihm, seine Problemsituation von aussen zu betrachten. Die daraus gewonnenen Einsichten werden für die Lösungsfindung miteinbezogen (vgl. Bamberger, 2005, S. 92, 300).

*Hypothetische Frage:* Das Kind wird gefragt: „Was wäre wenn du in der Schule immer das ‚R‘ sagen könntest?“. Durch diese Frage, wird das Kind auf andere Lösungswege für sprachliche Probleme hingewiesen. Es erhält die Möglichkeit, deren Auswirkung gedanklich durch zu spielen (vgl. Bamberger, 2005, S. 297)

*Veränderungsfrage:* Das Kind wird gefragt, ob und was sich an seinen sprachlichen Fähigkeiten und seiner Situation verändert hat (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 29).

*Experimente und Hausaufgaben:* Für einen Transfer der Lösungsidee und der geübten sprachlichen Fähigkeiten von der Therapie-Stunde in den Alltag, werden mögliche Experimente mit dem Kind erarbeitet oder vorgeschlagen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 135).

*Reframing:* Durch das Reframing (Umdeutung) wird das Problem oder das Symptom unter einem anderen Blickwinkel betrachtet. Ein Beispiel dazu wäre, wenn die Logopädin dem Kind sagt, dass seine zurückhaltende Art in gewissen Situationen durchaus positiv ist, weil es dadurch zuerst gut zuhört und auf andere Kinder und ihre Äusserungen Rücksicht nimmt (vgl. Bamberger, 2005, S. 99-100).

*Komplimente und Anerkennung:* Dies ist ein wesentlicher Punkt des lösungsorientierten Ansatzes. Durch Komplimente wird der Fokus auf die Ressourcen des Kinds gelegt. Es wird ihm aufgezeigt, was es trotz seiner Probleme bereits schon Nützliches tut. Es wird dadurch zur Veränderung (vgl. Berg und Dolan, 2001; zitiert nach De Shazer & Dolan, 2015, S. 28).

Die lösungsorientierten Fragen müssen nicht nach bestimmten Vorgaben angewendet werden. Sie können vielmehr je nach Kind und Situation verwendet und angepasst werden (vgl. Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 25). Beispielsweise können lösungsorientierte Fragen zum Zug kommen, wenn das Kind bei einer sprachlichen Übung nicht mehr weiter kommt (A|156). Oder sie werden eingesetzt, wenn die Logopädin merkt, dass der Therapiefortschritt stagniert (B|170).

Wird der lösungsorientierte Ansatz zusammen mit der indirekten oder direkten Methode aus der Logopädie verwendet, ist dies ein Methodenmix. In diesem Fall muss die Logopädin überprüfen, ob der lösungsorientierte Ansatz zu der verwendeten logopädischen Methode passt und diesen gegebenenfalls anpassen (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 65). Denn der lösungsorientierte Ansatz beinhaltet einerseits Aspekte der indirekten Methode andererseits auch Aspekte der direkten Methode.

**Fazit:** Die lösungsorientierten Fragen können in der logopädischen Therapie hilfreich verwendet werden. Durch die Fragen muss das Kind sich selbst reflektieren. Es wird metasprachlich und mit einem positiven Fokus über Ziele und Lösungsmöglichkeiten gesprochen und Veränderungen aufgezeigt.

## **5.4 Leitfaden für den lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Praxis**

Der Leitfaden basiert auf einer Synthese von Erfahrungen interviewter Logopädinnen und der Theorie des lösungsorientierten Ansatzes bei Kindern. Das Dokument erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll vielmehr eine erste Anregung für eine lösungsorientierte Logopädie-Therapie geben.

Abhängig von der persönlichen Neigung der Logopädin und den Voraussetzungen des Kindes können die vorliegenden Ideen erweitert und individuell angepasst werden.

Der Leitfaden ist im Anhang 6 zu finden.

## 6. Diskussion

Zum Schluss der Arbeit werden die wichtigsten Antworten zur Forschungsfrage kurz erläutert und kritisch reflektiert. Danach wird auf die Konsequenzen für die logopädische Therapie, die sich aus den Erkenntnissen ergeben, eingegangen. Weiter werden mögliche weiterführende Forschungsfragen und -Vorgehen, die sich aus dieser Bachelorarbeit ableiten lassen, vorgestellt. Und zum Schluss wird die Arbeit selbst kritisch reflektiert und auf mangelnde Punkte eingegangen.

### 6.1 Diskussion der wichtigsten Ergebnisse

#### 6.1.1 Der lösungsorientierte Ansatz in der logopädischen Diagnostik

Der lösungsorientierten Ansatz kann im Bereich der logopädischen Diagnostik zur Anwendung kommen. Für die Diagnose-Stellung werden Defizite, wie dies der Logopädie auch aufgetragen ist, immer noch ausgewiesen (B|99), (B|105). Dennoch liegt der Fokus mit dem Ansatz auch auf den Ressourcen des Kindes. Denn es wird nach solchen Stärken gesucht, welche hilfreich für die Lösungen und die eigenen Ziele des Kindes sind (vgl. Burr, 1999, S. 41). Dieses Vorgehen ist eigentlich auch in der klassischen Logopädie zu finden (vgl. Grohnfeldt, 2012, S. 62). Das Einschätzen der diagnostischen Ergebnisse aus Tests oder Beobachtungen mit der Skalafrage, um immer wieder mit dem Kind zu schauen, wie weit es schon zum Ziel fortgeschritten ist (vgl. Burr, 1999, S. 39), stellt aber mit dem lösungsorientierten Ansatz eine neue Sichtweise für die Logopädie dar. Auch das Suchen nach Lösungen zusammen mit dem Kind (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69) ist für die Logopädie-Therapie eher neu.

*Kritische Interpretation:* Ich frage mich, wie weit man bei der Diagnostik in die Tiefe gehen muss, um dem Anspruch einer logopädischen Diagnose im klassischen Sinn (detailliertes Aufzeigen der Defizite) gerecht zu werden. Eine mögliche Antwort wäre, dass die lösungsorientierte Diagnostik die logopädie-typische Diagnostik nicht ablösen kann. Ich finde, dass der lösungsorientierte Ansatz die klassische Diagnostik bereichert. Die Ressourcenfokussierung hilft meines Erachtens für die Zielfindung, Lösungssuche und Motivationsförderung.

#### 6.1.2 Der lösungsorientierte Ansatz bei der Definition von Therapie-Zielen

Das Kind wird mit dem lösungsorientierten Ansatz bei der logopädischen Zieldefinition aktiv miteinbezogen. Auch in dem Fall, in welchem die Logopädin das Ziel vorgibt, wird offen darüber gesprochen. Das Kind wird aufgefordert, seine Meinung zum Ziel zu äussern. Ziele können verhandelt werden und die Logopädin passt diese gegebenenfalls an die Bedürfnisse des Kindes an (A|145). Eine andere Form der lösungsorientierten Zieldefinition ist, dass das Kind mithilfe von Fragen der Logopädin ein eigenes sprachliches Ziel entwickelt (B|119), (B|156).

*Kritische Interpretation:* Ich sehe den lösungsorientierten Ansatz als hilfreiches Werkzeug, um an echten, für das Kind nachvollziehbaren Zielen zu arbeiten. Echt in dem Sinne, dass das Kind und sein näheres Um-

feld bei der Zielsetzung einbezogen werden und dadurch alle Beteiligten motiviert sind, mitzuarbeiten. Durch das lösungsorientierte Gespräch wird das Ziel transparent kommuniziert und so dem Kind bewusst gemacht. Die Bereitschaft des Kindes am Ziel zu arbeiten ist meiner Meinung nach dadurch positiv beeinflusst. Ich sehe aber die Gefahr, dass die Logopädin nur die Wünsche des Kindes bedient, wenn es nur allein für die Zieldefinition massgeblich ist. Denn es könnte passieren, dass das vom Kind gewählte Ziel logopädisch nicht relevant ist. Hilfreich könnte es hier meines Erachtens sein, dass das Hauptziel von der Logopädin bestimmt wird, das Kind aber in der Lösungsfindung seinen Möglichkeiten entsprechend einbezogen wird.

### 6.1.3 Die lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten

Die logopädische Arbeit respektive die klassischen Interventionen haben mit dem lösungsorientierten Ansatz immer noch eine unveränderte, wichtige Bedeutung. Die lösungsorientierten Fragen können aber in der logopädischen Therapie bei Gesprächen über den Übungsgegenstand hilfreich sein. Durch die Fragen wird das Kind aufgefordert, sich selbst in den Übungen zu reflektieren. Es wird metasprachlich und mit einem positiven Fokus über Ziele und Lösungswege gesprochen.

Der lösungsorientierte Ansatz ist sehr sprachbasiert und benötigt dadurch gewisse sprachliche Fähigkeiten. Gerade diese Fähigkeiten sind in der Logopädie bei Kindern zum Teil sehr schwach. Daher soll der Einsatz des lösungsorientierten Ansatzes abhängig von kognitiven, emotionalen und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes, seines Störungsbewusstseins und seiner Bereitschaft angewendet werden. Leider ergaben sich bezüglich des Alters und der Störungsbilder, bei welchem der Ansatz verwendet werden kann, keine eindeutigen Angaben.

*Kritische Interpretation:* Ich sehe einen positiver Aspekt darin, dass durch die gesteigerte Selbstreflexion des Kindes seine Selbstwahrnehmung verbessert wird. Dies kann sich wiederum auf die Wahrnehmung der eigenen sprachlichen Fähigkeiten auswirken. Ich empfehle, wenn das Kind eine sprachliche Aufgabe nicht bewältigen kann, mit ihm zu reflektieren, wo es sich auf dem Weg befindet und was es als nächsten Schritt machen kann. Dies motiviert das Kind wiederum für die nächsten Schritte und es zeigt ihm auf, dass es sich auf einem Weg befindet. Durch lösungsorientierte Fragen übergibt man dem Kind Verantwortung für sein eigenes Handeln. Der lösungsorientierte Ansatz hilft bei Widerstand des Kindes gegenüber der Therapie sehr gut, weil er mit seinem Fokus auf die Ressourcen des Kindes motivierend wirkt.

Ich mache gewisse Vorbehalte beim häufigen Verwenden von Komplimenten. Denn es besteht die Gefahr einer Abstumpfung und Komplimente beim Kind könnten ihre motivierende Wirkung verlieren.

Ein weiterer kritischer Punkt ist das häufige Stellen von ähnlichen Fragen. Es kann sein, dass das Kind mit der Zeit typische Fragen erkennt und merkt, welche Antworten von ihm erwartet werden und es antwortet eventuell nicht mehr mit der eigenen Meinung.

Es kann zudem sehr anstrengend und herausfordernd für die Kinder sein, ständig Fragen aussagekräftig zu beantworten.

## 6.2 Konsequenzen mit dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie

Mit dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie wird mit dem Kind weiterhin klassisch-logopädisch gearbeitet. Anders ist jedoch die ressourcen- und lösungsorientierte Sichtweise und die Annahme, dass sich jedes Kind verändern kann (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 28). Diese Haltung beeinflusst das Handeln im ganzen logopädischen Prozess. Das Kind wird mit dem Ansatz deutlich stärker in die Zieldefinition und Lösungsfindung miteinbezogen. Zudem wird es in die Reflexion der Wirkung der Massnahmen involviert. Dadurch ist das Kind an der Therapie-Gestaltung aktiv beteiligt. Auf Basis der Metakommunikation werden dem Kind die Ziele und Lösungen verdeutlicht. Daher weiss das Kind, wo es steht und welches Ziel es wie erreichen kann. Die Logopädin zeigt dem Kind auf, dass es selbst Verantwortung trägt und eigene Ressourcen besitzt, um sein Ziel zu erreichen. Es wird durch wohltdosierte und nachvollziehbare Komplimente und Anerkennung durch die Logopädin motiviert. Der aktuelle Stand des Kindes wird immer wieder erfasst und somit die Fortschritte für alle Beteiligten aufgezeigt.

## 6.3 Ausblick für die weiterführende Forschung

Die Meinungen und Erfahrungen der Logopädinnen deuten darauf hin, dass der lösungsorientierte Ansatz für die Logopädie-Therapie einen Gewinn darstellt. Denn sie berichteten begeistert von den Vorteilen dieser Kombination aus klassischer und lösungsorientierter Therapie. Der ursprüngliche lösungsorientierte Ansatz hat die Absicht, dass die Therapiedauer kürzer ist als bei herkömmlichen Psychotherapien. Für die Logopädie würde dies heissen, dass sich in kürzerer Zeit Therapie-Erfolge einstellen und dadurch die Therapie schneller beendet werden könnte.

Diese zwei Aspekte sind Ausgangslage für folgende weiterführende Forschungsfragen:

- Ist die lösungsorientierte Logopädie-Therapie im Vergleich zu der klassischen Logopädie effizienter und benötigt sie weniger Therapie-Stunden?
- Sind die Kinder mit dem Ansatz aktiver und intensiver gefördert als in der klassischen Logopädie-Therapie?

Um diese beiden Fragen zu beantworten, sollten die Praxiserfolge einer Gruppe, welche klassische Logopädie-Therapie erfahren, mit einer Gruppe, welche lösungsorientierte Therapie erhält, verglichen werden. Der Vergleich von Erfolg ist immer schwierig, vor allem bei ungleichen Bedingungen. Damit die Ausgangslage beider Therapien gleich ist, werden die zwei Kinder-Gruppen in ihren Merkmalen möglichst gleich aufgestellt. Beispielsweise wird die Entwicklung von Kindern mit Lese-Rechtschreib-Störung im Alter von 8 bis 12 Jahren gemessen.

## 6.4 Kritische Reflexion der Bachelorarbeit

Bei der Transkription der Interviews wurde ersichtlich, dass gewisse Aussagen der Logopädinnen für die Forschungsfrage wichtige Aspekte nur streifen. Bei solchen wertvollen Aussagen wurde leider nicht oder zu wenig nachgefragt. Gerade bei Thema der konkreten Umsetzung und Anwendung des Ansatzes in der Logopädie-Therapie hätte noch genauer nachgefragt werden können. Dadurch sind die Aussagen teilweise sehr allgemein. Es wäre für die Erstellung des Leitfadens interessant gewesen, wenn die Interviewten solche Aussage noch konkretisiert hätten. Zudem widersprachen sich einige Aussagen der gleichen Logopädin. Dies führte dazu, dass nicht klar ist, welche der beiden Aussagen nun richtig ist. Hilfreicher wäre hier das halbstandardisierte Interview mit der Struktur-Lege-Technik gewesen. Bei dieser Art werden immer zwei Interviews mit der gleichen Person aber zeitlichem Abstand durchführt. Beim zweiten Interview geht man dabei auf Aussagen, welche beim ersten Interview gemacht wurden, noch mehr ein. Dadurch werden Unklarheiten eher aufgedeckt und Aussagen werden klarer und aussagekräftiger (vgl. Flick, 2007, S. 205).

Die Auswertung der Transkriptionen konnte nicht in allen Punkten der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring berücksichtigen. Es wäre nämlich noch vorgesehen, dass man im Kategoriensystem nicht alle Originaltexte aufführt, sondern sich nur auf ein Ankerbeispiel beschränkt (vgl. Mayring, 2008, S. 96). Dies einschränkende Auswahl wurde in dieser Arbeit nicht gemacht, da dadurch wichtige Zitate verloren gegangen wären, die beim Erkenntnisteil der Interviews relevant sind.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lösungsorientierte Therapie als Prozess (Burr, 1999, S. 44).....	25
Abbildung 2: Konstruktion von Lösungen (Büttner & Quindel, 2005, S. 127).....	28
Abbildung 3: Aufgabenbereiche und Standorte der Sprachtherapie (Grohnfeldt, 2012, S. 41) .....	29
Abbildung 4: Förderdiagnostische Aspekte (Grohnfeldt, 2007).....	33
Abbildung 5: Logopädischer Prozess.....	34

## Literaturverzeichnis

- Bamberger, G. G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Baeschlin, K. & Baeschlin, M. (2008a). *Band 1. Einfach, aber nicht leicht. Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen* (durchgesehener und ergänzter Neudruck). In Schriftenreihe: *Einfach, aber nicht leicht*. Winterthur: Zentrum für lösungsorientierte Beratung.
- Baeschlin, K. & Baeschlin, M. (2008b). *Band 2. Fördern und Fordern. Lösungsorientiertes Denken und Handeln im erzieherischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen* (Nachdruck). In Schriftenreihe: *Einfach, aber nicht leicht*. Winterthur: Zentrum für lösungsorientierte Beratung.
- Baumgartner, S. (2008). *Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung*. München: Reinhardt.
- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie* (3. Aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Braun, O. (2002). Selbstverständnis förderdiagnostischen Vorgehens. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (S. 29-62). Stuttgart: Kohlhammer.
- Burr, W. (1999). Schau mal, was schon da ist! Ressourcenfocussierende Diagnostik. In Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte kreative Kindertherapie* (S. 31-45). Dortmund: Borgmann.
- Büttner, C. & Quindel, R. (2005). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch*. Heidelberg: Springer.
- Caby, F. & Caby, A. (2011a). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Tipps und Tricks für kleine und grosse Probleme vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter* (2., durchgesehene Auflage). Dortmund: Borgmann Media.
- Caby, F. & Caby, A. (2011b). *Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste, Teil 2. Weitere systemisch-lösungsorientierte Interventionen für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder Familien*. Dortmund: Borgmann Media.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2008). *Lösungen (er)finden* (6. verbesserte und erweiterte Auflage). Dortmund: Modernes Lernen.
- De Shazer, S. (2010). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie* (10. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- De Shazer, S. & Dolan Y. (2015). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute* (4. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Reinbek bei Hamburg : Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Grohnfeldt, M. & Ritterfeld, U. (2000). Grundlagen der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 1. Selbstverständnis und theoretische Grundlagen* (S. 15-46). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grohnfeldt, M. (2002). Diagnostik, Prävention und Evaluation in der Sprachheilpädagogik und Logopädie. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (S. 17-28). Stuttgart: Kohlhammer.

- Gronfeldt, M. (2007). *Lexikon der Sprache*. Zugriff am 14.2.2016 unter <https://books.google.ch/books?hl=de&id=vTiouWkZfc8C&q=f%C3%B6rderdiagnostik#v=snippet&q=f%C3%B6rderdiagnostik&f=false>
- Gronfeldt, M. (2012). *Grundlagen der Sprachtherapie und Logopädie*. München: Reinhardt.
- Helfferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung von Interviews* (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung von Interviews* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hug, T. & Poscheschnik, G. (2010). *Empirisch Forschen. Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Wien: Huter & Roth KG.
- Kannengieser, S. (2012). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (2. Auflage). München: Elsevier.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. neu ausgestattete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Meuser & Nagel (2005). ExpertInneninterviews vielfach erprobt, wenig bedacht. In B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (S. 71-93) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Niebuhr-Siebert, S. & Wiecha, U. (2012). *Kindliche Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Gezielte Elternberatung* (1. Auflage). München: Elsevier.
- Reinders, H. (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg.
- Schoor, U. (2002). Möglichkeiten der Gutachtenerstellung. In Gronfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (S. 63-76). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schrey-Dern, D. (2006). *Sprachentwicklungsstörungen : logopädische Diagnostik und Therapieplanung*. Stuttgart: Thieme.
- Siegler, R., DeLoache, J. & Eisenberg, N. (2005). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (1. Auflage). München: Elsevier, Spektrum, Akademischer Verlag.
- Steiner, Th. (2013). *Jetzt mal angenommen.... Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (2. unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Steiner, Th. & Berg, I. K. (2013). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (6. unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Simon, R. & Tschudin-Leisi, N. (2013). *Lösungsfokussierte Psychomotorik. Ein Leitfaden*. Veröffentlichte Bachelorarbeit, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (2004). *Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch* (6. unveränderte Auflage). Dortmund: Modernes Lernen.

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

Zollinger, B. (2000). *Spracherwerbsstörungen: Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie* (6. unveränderte Auflage). Bern: Haupt.

## **Anhang**

**ANHANG 1: Interview Leitfaden**

**ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A**

**ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B**

**ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C**

**ANHANG 5: Interviewanalyse-Tabelle (Kategoriensystem)**

**ANHANG 6: Leitfaden zu einer lösungsorientierten Logopädie-Therapie**

## ANHANG 1: Interview Leitfaden

### Einleitungstext

Vielen Dank, dass du dir heute Zeit genommen hast, mit mir ein Gespräch zu führen. Das Interview werde ich dann im Rahmen meiner Bachelorarbeit auswerten.

Die Einverständniserklärung hast du bereits gelesen und unterschrieben. Danke nochmals dafür.

Ich untersuche mögliche Anwendungen des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie-Therapie. Mich interessieren deine Erfahrungen die du schon mit dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie gemacht hast.

Für unser Interview habe ich ein paar offene Fragen formuliert. Du darfst einfach frei erzählen, was dir zum jeweiligen Thema in den Sinn kommt, oder was du wichtig findest.

Wenn von deiner Seite keine Fragen bestehen, beginnen wir das Interview.

**Tonbandgerät einschalten.**

Übergeordnetes Thema	Leitfrage	Vertiefungsfragen
Lösungsorientierter Ansatz und Logopädie-Therapie	<p><b>Was machst du für Erfahrungen mit dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie?</b></p> <p><b>Worin siehst du die Chancen des lösungsorientierten Ansatzes für die Logopädie-Therapie?</b></p> <p><b>Wo siehst du Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie-Therapie?</b></p>	<p>Wie passen die lösungsorientierte Arbeit und die logopädische Therapie zusammen?</p> <p>Wo siehst du für dich als Logopädin die Vorteile mit der Arbeit des lösungsorientierten Ansatzes?</p> <p>Welches sind die Hauptschwierigkeiten? Sind Anpassungen nötig, um diese Schwierigkeiten zu überwinden?</p>
Haltung	<b>Was sind die positiven Aspekte der lösungsorientierten Haltung in der Logopädie-Therapie?</b>	
Lösungsorientierter Ansatz bei Kinder	<p><b>Welche Vorteile bringt der lösungsorientierter Ansatz für das Kind in der Logopädie-Therapie?</b></p> <p><b>Das Kind ist der Experte seiner Situation. Machst du solche Erfahrungen? Wenn ja, welche?</b></p>	Inwieweit kann das Kind Experte seiner Probleme sein?
Aufgabenbereiche und Prozesse in der Logopädie	<b>Bei welchen Aufgabenbereichen der Logopädie siehst du Schwierigkeiten bei der Verwendung des lösungsorientierten Ansatzes?</b>	<p>Wie vereinbarst du in der Diagnostik die Defizitorientierung, die aus den Störungsbildern entsteht mit der Ressourcenorientierung des lösungsorientierten Ansatzes?</p> <p>Wie bindest du das Kind mit dem lösungsorientierter Ansatz in der Zieldefinition mit ein?</p>

## ANHANG 1: Interview Leitfaden

<b>Therapie an den sprachlichen Fähigkeiten</b>	<b>Wie verwendest du den lösungsorientierten Ansatz bei der Therapie der sprachlichen Fähigkeiten?</b>	Welche Methoden eignen sich besonders gut?
<b>Kreative Interventionen</b>	<b>Welche kreativen Umsetzungen bei der Verwendung des lösungsorientierten Ansatzes haben sich bei dir am besten bewährt?</b>	
<b>Schluss-Text</b> Gibt es noch einen wichtigen Punkt, über den wir nicht gesprochen haben? Möchtest du noch etwas ergänzen? <i>Tonband aus.</i> Dank.		

## ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A

1 I: Ich fange am besten mit einer offenen Frage an: Welche Erfahrungen hast du mit  
2 dem lösungsorientierten Ansatz in der Logopädie-Therapie gemacht? #00:05:52-6#

3 A: Ganz einfach, immer gute. Bei Kindern, bei Eltern, für mich. Es war mir klar, dass  
4 das, was ich da mache, für alle gut ist. Ich habe besonders geschätzt, dass man sich  
5 gegenseitig Einstellungen, Erwartungen, und Zielsetzungen mitteilt. Zum Beispiel  
6 beim Eingangsgespräch, bei dem man zurück aber auch vorwärts schaut. Man  
7 versucht im gleichen Zug immer wieder miteinander den Weg zur Lösung zu suchen,  
8 aufzuzeigen und bekannt zu geben. Das geht, wenn Eltern in der Therapie  
9 anwesend sind. Ich spreche jetzt besonders von dem Ansatz, bei dem ich das Kind  
10 auf herantastend Art abgeholt habe: Da bin ich, da bist du. Wir kennen uns noch  
11 nicht, wir werden einander kennen lernen, wir müssen irgendwie einen Weg suchen.  
12 Ich habe diese Art sehr ideal gefunden. Ich habe immer wieder gemerkt, wie gut,  
13 dass dieser Ansatz bei den Kindern, welche Widerstand gegenüber der Therapie  
14 gehabt haben, funktioniert. Also Kinder, die schon länger in der Logopädie waren  
15 oder irgendwie dachten: „Ach jetzt muss ich schon wieder gehen.“ Also es ist ein  
16 optimaler Umgang mit Widerstand in der Therapie. Bei diesen Kindern habe ich es  
17 sehr bewusst angewendet. #00:08:10-2#

18 I: Du bist schon auf das Positive zu sprechen gekommen. Siehst du sonst noch  
19 Chancen dieses Ansatzes in der Logopädie? #00:08:22-3#

20 A: Das Wichtigste war für mich, dass man mit diesem Ansatz weg vom Behandeln  
21 kommt. Das Wort Behandlung kommt immer noch vor in der Logopädie: Das Kind ist  
22 in der Behandlung oder ich behandle das Kind. Zu meiner Zeit war das ein häufig  
23 gebrauchtes Wort gewesen. Mir hat das noch nie gefallen: Da ist jemand der an  
24 jemanden etwas tut. Diese Ansicht wurde aufgebrochen: Man handelt nun aufgrund  
25 der Bedürfnisse aller Beteiligten. Es ist nicht mehr ein Behandeln, sondern ein  
26 miteinander Handeln. Einschätzungen, bei denen wirklich alle beteiligt sind und nicht  
27 ein Gefälle besteht. Also es gibt schon ein Gefälle, aber eher im Sinne von „Wohin  
28 gehen wir miteinander?“ #00:09:55-8#

29 I: Was verstehst du unter dem Wort Gefälle? #00:09:55-8#

30 A: Das Gefälle, ich bin ja die Expertin im Bereich von Hilfestellungen. Ich  
31 verstehe, was beim Lernen, bei Sprache, bei Störungsbildern etc. abläuft. Das Kind  
32 ist aber Experte von sich selbst. Die Eltern sind wiederum Experte vom Kind. In dem  
33 Sinne, dass sie für das Kind sorgen und es behüten. Es gibt auch ein Gefälle vom  
34 Kind zu mir, denn es versteht sich selbst, wie ich es nicht verstehen kann. In diesem  
35 Sinne das Gefälle: Ich möchte ihm eigentlich nicht in seinem Wachsen rein funken.  
36 #00:11:09-4#

37 I: Kann möglich sein. #00:11:09-4#

38 A: Ich komme natürlich aus der früheren Zeit, in der es oft noch ganz stark war: „Du  
39 kommst zu mir und ich weiss wohin es geht.“ Der Heilungsgedanke war da und ist  
40 auch bei den Eltern manchmal noch da: „Sie kann das, sie bringt das in Ordnung.“  
41 Da muss ich sagen es kommt mir erst jetzt in den Sinn, dass es auch gut ist  
42 gegenüber jenen Eltern, die solche Erwartungen haben, aufzuzeigen, wo für ich  
43 zuständig bin und was das Kind und die Eltern beitragen können. #00:12:21-5#

## ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A

44 I: Wo siehst du bei der Verwendung dieses Ansatzes in der Logopädie Grenzen?  
45 #00:12:31-3#

46 A: Ich habe erfahren, dass das Alter des Kindes wichtig ist. Das Kind muss  
47 entwicklungspsychologisch oder von der Reife her reflektieren und sich dazu in den  
48 Fähigkeiten und in den Schwächen wahrnehmen können. Es muss kognitiv,  
49 emotional und in der Kommunikation fähig sein, diese Schritte zugehen. Dies hat  
50 aber auch mit den Bereichen der Sprachstörung zu tun. Ich fand es schwierig mit  
51 Kindern mit grammatikalischen, syntaktischen und phonetisch-phonologischen  
52 Störungsbildern. Diese Kinder haben oft nicht gemerkt, was nicht gut war oder wo  
53 das Problem lag, weil sie kein Störungsbewusstsein hatten. Einfach weil es vom  
54 Störungsbild her nicht möglich war. Dort habe ich den lösungsorientierten Ansatz  
55 nicht anwenden können. #00:14:23-2#

56 I: Also nur Teilbereiche aus dem lösungsorientierten Ansatz nicht oder gar nichts  
57 davon? #00:14:34-6#

58 A: Ich habe es bewusst nicht angewendet. Bei meinen Überlegungen bei  
59 Therapie-Beginn oder wenn ich für mich reflektierte, wie es weiter geht und ob der  
60 Ansatz überhaupt möglich ist. Ich habe natürlich auch noch andere Ansätze, andere  
61 therapeutische Möglichkeiten gehabt und diese einfließen lassen. Das ist eher  
62 verschwommen und eine Mischung. Das kann man nicht klar trennen. Zum Teil  
63 waren es Fähigkeiten, die ich hatte, die vielleicht aus diesem Ansatz kamen, aber  
64 schon bei mir integriert waren und welche ich nicht bewusst eingesetzt habe. Es  
65 kann sein, dass ich in der Therapie zu einem Kind gesagt habe: „Jetzt schauen wir  
66 einmal, wo du stehst. Was findest du selbst?“ Bei einem sechsjährigen Kind mit  
67 phonetisch-phonologischer Störungen habe ich gesagt: „Wir schauen in einem  
68 halben Jahr nochmals, wo du stehst.“ Hier habe ich solche Ansätze hinein gebracht,  
69 aber sehr herunter gebrochen und individuell ans Kind angepasst. Ich habe den  
70 Ansatz in diesem Fall ganz spontan angewendet. Ich vermische gerne verschiedene  
71 Ideen und Ansätze, die helfen mit einem sechsjähriges Kind umzugehen, so dass es  
72 auch in einem halben Jahr Freude hat, in die Therapie zu kommen. #00:16:16-4#

73 I: Wo liegt die Schwierigkeit, wenn ein Kind kein oder ein geringes  
74 Störungsbewusstsein hat und du wendest bei ihm den lösungsorientierten Ansatz  
75 an? #00:16:33-6#

76 A: Ich frage mich, ob das Kind weiss, wohin es gehen will. Zum Beispiel ein Kind mit  
77 einer Lese-Rechtschreib-Störung weiss, dass es fließender lesen und dabei weniger  
78 Fehler machen will. Ganz im Gegensatz dazu ein Kind, dass nicht merkt, was sein  
79 Problem ist und wie sich das im Alltag auswirkt. Aber das sind ja oft die komplexen  
80 Störungsbilder, bei denen ein Kind viele sprachliche Ebenen hat, die ineinander  
81 gehen. Bei dem es auch irgendwie intellektuell nicht begreifen kann, was da geht.  
82 Also kann es auch nicht wissen, wohin es gehen will. Ausser ich teile ihm das in  
83 kleine Portionen mit. Das sind solche Methoden, die ich sowieso als logopädisches  
84 Handwerk verstehe. Da braucht es eigentlich nicht diesen lösungsorientierten  
85 Ansatz. Ich zeige einfach kleine Therapie-Schritte und -Ziele auf, aber zugeschnitten  
86 auf das Kind. Wenn zum Beispiel ein Kind mit einer semantischen Störung schon  
87 sagen kann, dass es die Wörter nicht findet, dann zeige ich dem Kind in kleinen  
88 Schritten auf, was es schon kann und gelernt hat. #00:18:53-8#

## ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A

89 I: Du hast gesagt, dass es auf das Alter ankommt. Könntest du dort ein konkretes  
90 Alter nennen? #00:19:10-2#

91 A: Ich würde sagen so ab neun, zehn Jahren. #00:19:14-9#

92 I: Gut, gehen wir einen Schritt weiter. Du hast die innere Haltung schon  
93 angesprochen. Welche Vorteile bietet die lösungsorientierte, innere Haltung in der  
94 Logopädie-Therapie? #00:19:36-9#

95 A: Das mit dem Behandeln und Handeln. Das, was in der Therapie zwischen dem  
96 Kind und mir abläuft, ist wie gekippt. Das Kind ist Teil der Lösung und das ist wichtig.  
97 Weil es ein Teil der Lösung ist, hat es auch Anteil an der Lösung. Es tut etwas für die  
98 Lösung und es ist nicht nur das passive Empfangen: Statt „Du machst etwas und  
99 dann ist es gut.“ ist es eigentlich „Du kannst mitgestalten.“ Das ist ein  
100 Paradigmen-Wechsel. Dies ist auch schon die Antwort auf die nächste Frage,  
101 betreffend die Vorteile, die sich für das Kind ergeben. Man sollte den Eltern und dem  
102 Kind bewusst machen, was es selber macht. Im Sinn der Reflexion: „Wo stehen wir?  
103 Wohin gehen wir? Was machst du? Wie geht es dir? Was denkst du?“ Das war mir  
104 sehr wichtig. #00:22:04-7#

105 I: Das Eine ist die Therapie mit dem Kind, das Andere sind die verschiedenen  
106 Prozesse in der Logopädie. Bei welchen Prozessen siehst du Schwierigkeiten, den  
107 lösungsorientierten Ansatz anzuwenden? #00:22:59-4#

108 A: Mir ist in den Sinn gekommen, dass der Ansatz in den Raster von  
109 Standortgesprächen nicht immer hinein gepasst hat. Dort habe ich dann  
110 Anpassungsleistungen machen müssen. #00:23:35-1#

111 I: Hat es nicht in das Raster des Standortgespräches oder nicht zu den Personen, die  
112 an dem Gespräch teilnehmen, gepasst? #00:23:45-2#

113 A: Es hat auch an den anderen Personen gelegen. Denn diese legen sich ja auf  
114 diesen Raster fest. Es sind zum Teil andere Fragestellungen oder Items oder andere  
115 Gesprächsführungen. Dort musste ich den lösungsorientierten Ansatz ein bisschen  
116 zurückstellen oder adaptieren. #00:24:10-9#

117 I: Die Diagnostik ist, um Störungsbilder zu erfassen, vermehrt defizitorientiert und der  
118 lösungsorientierte Ansatz aber ressourcenorientiert. Wie kann man diese zwei  
119 Gegensätze miteinander vereinbaren oder verwenden? #00:24:52-8#

120 A: Ich habe ein standardisiertes Verfahren verwendet und sagen wir einen PR  
121 (Prozentrang) von zwanzig erhalten. Oder mir bei einem nicht standardisierten  
122 Verfahren- zum Beispiel bei einem Diktat - die Rechtschreibung angeschaut. Auch  
123 bei Screening-Untersuchungen habe ich es angewendet. Und das ergab ungefähr in  
124 einer Skala von null bis zehn eine Vier. Und dieses Ergebnis habe ich dann  
125 mitgeteilt. Der Test an sich ist nicht lösungsorientiert sondern viel mehr die  
126 Einschätzung nur von mir. Diese Tests braucht es auch. Das ist meist der Beginn. Ich  
127 habe nach einem halben Jahr Therapie den Test nochmals gemacht und die Skala  
128 nochmals genommen: „Schau jetzt bist du von der Drei auf die Fünf gekommen.“ Ich  
129 habe die Test-Werte zum Teil einfach hingelegt und gesagt: „Das kann man etwa so  
130 auf der Skala einschätzen.“ Ich habe festgestellt, dass es nicht wirkt, wenn ich die

## ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A

131 Ergebnisse von standardisierten Verfahren und die dabei erfassten Defizite nicht  
132 kommuniziere. Für das bin ich ja auch da. Ich sage klar: „Es wäre gut, wenn wir  
133 miteinander arbeiten und ein Ziel vereinbaren können oder Schritte für das Ziel  
134 definieren. Wenn du und deine Eltern wollen, dann gehen wir den Weg.“ Die Fakten  
135 auf den Tisch legen und den Eltern nichts vormachen ist kombinierbar mit dem  
136 lösungsorientierten Ansatz. Ich sage gegenüber den Eltern und Kindern auch oft:  
137 „Das ist eine Momentaufnahme, das ist jetzt und es kann übermorgen, in einem  
138 halben Jahr oder einem Jahr schon ganz anders aussehen.“ Es bleibt aber immer  
139 viel Unbekanntes, das sich erst im Verlaufe der Therapie zeigt und klärt.  
140 #00:27:09-5#

141 I: Ich habe eine Frage betreffend die Zieldefinition. Wie bindest du das Kind  
142 lösungsorientiert in die Definition von Zielen mit ein? #00:27:29-7#

143 A: Ich habe die SMART-Formel\* verwendet. Das habe ich dem Kind offengelegt -  
144 darum auch das genannte Alter-, dass wir daran spezifisch mithilfe des  
145 lösungsorientierten Settings arbeiten, also dass wir es immer wieder messen. Ich  
146 habe Ziele eigentlich immer laut ausgesprochen und schriftlich niedergelegt, was wir  
147 im Gespräch herausgefunden haben. Dann habe ich zurückgefragt: „Stimmt das?  
148 Wollen wir es so machen?“ Oder auch wieder die SMART-Formel\* angewendet, im  
149 Sinne von: „Ich mache dir einen Vorschlag. Stimmt das für dich? Gehen wir  
150 nochmals einen Schritt zurück, ist das besser?“ Ich habe das mit dem Kind  
151 ausgehandelt. #00:29:15-7#

152 I: Wie verwendest du in der Therapie der sprachlichen Fähigkeiten den  
153 lösungsorientierten Ansatz? #00:29:37-1#

154 A: Ich habe das zu wenig präsent. Das ist nicht immer bewusst der lösungsorientierte  
155 Ansatz. Sondern das, was ich immer schon bei meinen Therapien machte. Wie zum  
156 Beispiel das Zurückmelden von dem, was momentan vor sich gegangen ist: „Kannst  
157 du mir sagen, wo du stecken geblieben bist? Was ist jetzt in diesem Moment  
158 passiert? Was wäre, wenn es gut gegangen wäre? Welche Gefühle wurden bei dir  
159 ausgelöst?“ Das sind die Fragestellungen, welche immer dann gestellt werden, wenn  
160 man ansteht. #00:31:04-1#

161 I: Wie sieht die Arbeit mit dem Umfeld der Kinder im Primarschulalter aus? Es  
162 können Eltern aber auch Lehrpersonen sein. #00:31:29-6#

163 A: Dort waren die Eltern von der Sorge und dem Interesse her sehr präsent. Es hat  
164 eigentlich nichts mit dem lösungsorientierten Ansatz zu tun, sondern vielmehr mit der  
165 Therapie. Wenn es darum ging zu wissen, wie es abläuft, dann kamen sie mit.  
166 Vielleicht auf meine Einladung hin oder bei den jüngeren Kindern jedes zweite Mal  
167 der Therapie. Viele Primarschulkinder wollten ohne Eltern in die Therapie. Es kam  
168 eher auf die Überlegung drauf an: „Ist es sinnvoll, wenn die Mutter in der Therapie  
169 dabei ist, oder nicht?“ #00:35:46-8#

170 I: Haben die Eltern auch Ziele gehabt, an denen sie selbst arbeiteten? #00:35:58-3#

171 A: Nein, nur das Kind hatte Ziele. Ziele der Eltern habe ich in die Therapie nicht  
172 miteinbezogen. Der lösungsorientierten Ansatz habe ich eher bei  
173 Beratungsgesprächen oder bei Standortbestimmung gemacht und zum Beispiel

## ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A

174 gefragt: „Klappt es, dass der Vater am Abend eine Geschichte erzählt? Ist das  
175 möglich? Ist das Buch, welches ich mitgab, angekommen oder nicht?“ Dies aber nur  
176 bei Eltern von jüngeren Kindern, welche eine Sprachstörung im mündlichen Bereich  
177 hatten. #00:36:49-4#

178 I: Dann kommen wir schon zu den letzten Fragen. Hast du auch  
179 Persönlichkeitsentwicklung beim Kind gemacht? #00:37:07-1#

180 A: Man kann es nicht vermeiden, das fließt mit rein. Ich habe ein paar Bilder von  
181 Kindern, bei denen ich persönlichkeitsstärkend mit Zeichnungen und  
182 Ressourcen-Steckbriefe gearbeitet habe: „Deine Stärken. Was gefällt dir? Was hast  
183 du gerne?“ Oder wir haben eine Schatzkiste gemacht und dort tolle Fähigkeiten und  
184 Erfahrungen und das, was das Kind gerne macht, hineingelegt. #00:38:31-8#

185 I: Gibt es gewisse Fähigkeiten oder Persönlichkeitsaspekte, die sich dafür eignen,  
186 wenn du findest, dass das Kind in der Persönlichkeit noch Stärkung braucht?  
187 #00:40:04-0#

188 A: Zum Beispiel bei älteren Kindern, die jahrelang in der Logopädie am gleichen  
189 arbeiten müssen. Da muss man das Kind auch mal stärken und nicht immer den  
190 Fokus auf das legen, was es nicht kann, sondern auf das, was es kann. Ich erinnere  
191 mich an ein Kind, das aus der Sprachheilschule zurück in die fünfte Klasse kam. Es  
192 hatte intensivste Therapien gehabt und musste dann in der Regelschule schon  
193 wieder in die Logopädie. Diese Kinder müssen durchhalten können und man muss  
194 sie darum stärken. Man muss auch beachten, dass das Umfeld des Kindes nicht  
195 immer positive Gefühle hat. Das ist nicht nur ein Thema für die Logopädin alleine,  
196 denn ich bin ja nicht eine Retterin des Kindes. Es braucht mehrere Personen, welche  
197 mit dem Kind und Umfeld arbeiten. #00:42:12-9#

198 I: Ich stelle noch die letzte Frage. Man kann ja auch kreativ lösungsorientiert  
199 arbeiten. Welche Methode hat sich bei dir am besten bewährt oder welche findest du  
200 wichtig? #00:42:36-1#

201 A: Das Gespräch finde ich wichtiger, als die kreativen Umsetzungen. Diese kreativen  
202 Ideen waren meist ein Anstoss und Unterstützung für das Gespräch. #00:43:09-4#

203 I: Es gibt ja auch noch das Visualisieren. #00:43:23-1#

204 A: Das habe ich ab und zu schon gebraucht. Bilder sind Grundlagen für Fragen.  
205 Wobei ich das nicht viel angewendet habe.

206 I: Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Ich danke dir für das Gespräch.

## **ANHANG 2: Transskript Interview Logopädin A**

### **\* Anmerkung zu SMART-Formel:**

Diese Formel entwickelte der M.F. Drucker. Wildegger-Lack übersetzen sie folgend:

- **Spezifisch:** Die Zielformulierung ist konkret, genau und präzise.
- **Messbar:** Das Ziel kann auf seine Erreichbarkeit überprüft werden.
- **Attraktiv:** Das Ziel hat für das Kind einen Nutzen.
- **Realistisch:** Das Ziel kann im festgelegten Zeitraum erreicht werden.
- **Terminiert:** Der Zeitpunkt in dem das Ziel überprüft werden soll, wird festgelegt.

(vgl. 2011, S. 46)

### ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B

1 I: Welche Erfahrungen machst du mit dem lösungsorientierten Ansatz in der  
2 Logopädie-Therapie? #00:05:05-5#

3 B: Grundsätzlich ist es für die Elternarbeit und für die Therapie mit älteren Kindern  
4 positiv. Bei den Kleinen benutze ich mehr das Spiegeln. Der lösungsorientierte  
5 Ansatz ist für mich ein Werkzeug vor allem für die Elternarbeit und die älteren Kinder.  
6 #00:05:57-8#

7 I: Wie alt sind die älteren Kinder? #00:06:04-1#

8 B: Ich habe Kinder bis 8 Jahre. Bei denen kann ich gut Fragen stellen oder sie sich  
9 selber einschätzen lassen. Also so im Primarschulalter. #00:06:31-9#

10 I: Ab wann kannst du nebst dem Spiegeln auch noch andere Methoden anwenden?  
11 #00:06:46-4#

12 B: Eher im Primarschulalter. Im Kindergartenalter eher nicht. Ich habe nämlich  
13 schwere Fälle und dann ist es schwierig, es anzuwenden. Diese Kinder sind oft nicht  
14 so weit. Aber es kommt eben immer auf das Kind an und darum würde ich es nicht  
15 grundsätzlich ausschliessen. Ich muss die Möglichkeit beim Kind spüren und mache  
16 das eher intuitiv und ungeplant. Ich sitze nicht hin und denke nach, ob ich den  
17 lösungsorientierten Ansatz anwenden soll. Sondern ich stelle spontan Fragen oder  
18 verwende Elemente aus dem Rollenspiel. #00:07:34-2#

19 I: Wo siehst du die Vorteile des lösungsorientierten Ansatzes in der Logopädie? Du  
20 bist schon auf ein paar Punkte eingegangen. Siehst du noch weitere Vorteile?  
21 #00:07:47-1#

22 B: Mir gefällt der Grundgedanke, dass ich mich als Logopädin zurücknehme und  
23 nicht schon von Anfang an die fertige Lösung bereit habe. Es ist nicht sinnvoll, wenn  
24 die Eltern warten, bis ich die Lösung aufzeige. Das Kind und die Eltern sollen mithilfe  
25 meiner Fragen Lösungen finden. In der Ausbildung zur Logopädin wurde uns das  
26 nicht so gelehrt. Dort haben wir gelernt, dass man als Therapeutin die Lösung  
27 vorgibt. Die Umsetzung des Fragestellens und sich selbst Zurückhaltens ist eine  
28 grosse Chance damit alle Beteiligten mitdenken. Ich beobachte, dass ich mich nun  
29 öfter zurücknehme und dadurch die anderen mitdenken müssen. Meine  
30 Grundhaltung hat sich durch den Ansatz geändert. Ich habe eine andere Wirkung auf  
31 die Beteiligten, wenn ich mich nicht ins Zentrum stelle und mehr hinhöre. #00:09:41-  
32 8#

33 I: Siehst du auch gewisse Grenzen dieses Ansatzes in der Logopädie-Therapie?  
34 #00:09:50-5#

35 B: Ich glaube dieser Ansatz ist grundsätzlich von Logopädinnen lern- und übbar.  
36 Aber es muss trotzdem eine gewisse Bereitschaft zum Ausprobieren vorhanden sein.  
37 Ich denke, die Grenze liegt viel mehr beim Alter der Kinder, also bei den ganz  
38 Kleinen. Da arbeite ich vermehrt mit den Eltern. Darum kann man diesen Ansatz bei  
39 allen Fällen anwenden. Denn es eröffnet so viele neue Wege. Bei behinderten  
40 Kindern, die kognitiv nicht nachkommen, kann man nicht alle Fragen des  
41 lösungsorientierten Ansatzes stellen. Hier kann ich jedoch fragen: „Wie schlimm ist  
42 es für dich? Ganz schlimm oder weniger schlimm?“ Man passt die Skala an den

### ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B

43 kognitiven Fähigkeiten des Kindes an. Ich denke, es gibt immer einen Weg, etwas  
44 von diesem Ansatz miteinfließen zu lassen. #00:11:44-9#

45 I: Du hast viel über die innere Haltung erzählt. Siehst du noch einen weiteren  
46 positiven Aspekt der lösungsorientierten Haltung in der Logopädie-Therapie?  
47 #00:12:11-0#

48 B: Ich lache dadurch viel mehr mit den Kindern. Es löst sich mehr auf, wenn man  
49 provoziert, eine Geschichte erzählt oder einen Witz macht. Wir lachen oft und das  
50 lockert die Therapie-Situation auf. Vorher war es viel ernster. Man hat getestet und  
51 dann war man verbissen an dem Ziel dran. #00:13:17-0#

52 I: Was denkst du, was macht der lösungsorientierte Ansatz aus, dass du mit den  
53 Kindern plötzlich so viel lachst? #00:13:29-8#

54 B: Man verschiebt dadurch den Fokus. Ich muss nicht alles schon von Anfang an  
55 wissen und gehe dadurch lockerer an das Ganze heran. Ich behalte dadurch Energie  
56 und das merkt man mir an. Es gibt Leute, denen macht die Verwendung des  
57 lösungsorientierten Ansatzes Angst, weil der Verlauf der Gespräche zu wenig  
58 vorhersehbar ist. Wenn man den lösungsorientierten Ansatz wirklich lehrbuchmässig  
59 und verbissen anwendet, dann kommt es beim anderen nicht authentisch an. In  
60 meinen Augen könnte dies eine Grenze sein. #00:16:24-4#

61 I: Welche Vorteile siehst du für das Kind, wenn man den lösungsorientierten Ansatz  
62 in der Logopädie-Therapie verwendet? Du hast dazu schon ein paar Dinge genannt.  
63 Hast du noch eine Ergänzung? #00:16:54-1#

64 B: Ich habe gemerkt, wenn ich den Kindern Fragen stelle und sie sich selber  
65 einschätzen lasse, dass sie dann involvierter und aktiver im Geschehen sind. Für  
66 mich ist es ein Ziel, dass das Kind mithilfe der Fragen selber spüren kann. Gerade  
67 beim Stottern oder bei Lese-Rechtschreibstörungen sollen sie darüber nachdenken,  
68 wie und wann es vermehrt auftritt und was sie ändern wollen. Sie gehen so  
69 bewusster an die Therapie heran und bekommen die Lösung nicht auf dem Tablett  
70 serviert. Ich brauche ihre Antwort, denn ich lebe ja nicht in ihrem Körper. Durch das  
71 Involviertsein erhalten sie mehr Kompetenz. Kinder müssen ernst genommen  
72 werden. Man muss hinhören, was sie zu berichten haben. Ich staune, wie gut Kinder  
73 sich selber reflektieren können. Mit dem Ansatz kann man diese Ressource an  
74 stupsen. In der Ausbildung wurde mir beigebracht, dass ich die ganze Therapie-  
75 Lektion führen solle. Das Kind hatte dadurch keine Freiräume. Der lösungsorientierte  
76 Ansatz gibt mir und dem Kind mehr Freiheit und Möglichkeiten, in denen etwas  
77 entstehen kann. #00:18:54-9#

78 I: Wie weit kann ein Kind Experte seiner Situation sein? #00:19:24-3#

79 B: Ich habe das auch noch nicht so richtig herausgefunden. Ich denke da an ein  
80 Kind, das Mühe beim Lesen und Schreiben hat. Das Kind sollte sich einmal selbst  
81 einschätzen. Es hat gesagt, dass alles gut sei und dadurch die Frage abgeblockt. Es  
82 schaute nicht hin und verdrängte, warum es in der Therapie ist. Das Kind machte  
83 dadurch den Eindruck, als wäre er noch nicht bereit für die Therapie. Zu Hause und  
84 in der Schule ist das Lesen und das Schreiben aber ein grosses Thema. Es will es  
85 mit mir momentan nicht anschauen. Das ist eine Grenze und hier kann ich den

### ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B

86 lösungsorientierten Ansatz mit dem Kind im Moment nicht anwenden. Denn, wenn  
87 man darauf besteht, bringt es nichts. Da müsste man anders heran gehen.  
88 #00:20:59-7#

89 I: Wo siehst du Schwierigkeiten, den lösungsorientierten Ansatz in den  
90 logopädischen Aufgabenbereichen anzuwenden? #00:21:33-6#

91 B: Meinst du ganz sprachspezifisch? #00:21:40-6#

92 I: Zum Beispiel Diagnostik, Beobachten oder Beraten, solche Aufgabenbereiche der  
93 Logopädie. #00:22:04-6#

94 B: Für die Beratung und Anamnesegespräche finde ich es ganz wichtig. Ich frage  
95 dadurch mehr und höre besser hin. In der Diagnostik zum Beispiel beim  
96 Anamnesegespräch, wenn ich einen begrenzten Zeitraum habe, ist es schwierig. Es  
97 kommt immer drauf an, welche Störung es ist. Wenn es sich um eine  
98 Redeflussstörung handelt, dann würde ich die Fragen des Ansatzes integrieren.  
99 Wenn ich hingegen den Sprachstand erfassen muss, benutze ich es nicht. Für mich  
100 gehört es mehr in die Beratung und den Therapie-Prozess, als in die Diagnostik  
101 hinein. #00:23:44-9#

102 I: In der Diagnostik ist man vermehrt defizitorientiert, um die Störungsbilder zu  
103 erfassen. Der lösungsorientierte Ansatz ist aber ressourcenorientiert. Wie kann man  
104 diese Gegensätze miteinander vereinbaren? #00:24:14-7#

105 B: Man kommt ja nicht in die Logopädie, wenn man keinen Therapiebedarf hat. Es ist  
106 in den meisten Fällen ein Defizit vorhanden. Dieses Defizit kann man am Anfang des  
107 Prozesses nicht einfach ausblenden. Bei der Abklärung schaue ich aber auch gerne  
108 die Stärken an und frage, was das Kind gut kann. Die Eltern sind von dieser Frage  
109 meist überrascht und müssen oft zuerst überlegen. Dann habe ich auch viele Eltern,  
110 die nicht hinschauen wollen und bewusst wegschauen. Sie haben zum Teil das  
111 Gefühl, dass ich ihnen etwas Böses antun will oder dass sie selbst etwas Falsches  
112 gemacht hätten. Das sind schwierige Situationen, wenn sie nur darauf fokussiert  
113 sind, was nicht funktioniert. Mit diesem Ansatz im Hintergrund konnte ich besser  
114 schwierige Elterngespräche führen. Meiner Meinung nach passt also der Ansatz in  
115 die Diagnostik. Denn wenn ich meine Abklärungen mache, schauen wir gemeinsam  
116 auf das was nicht geht aber immer auch auf das was geht. Es braucht beides.  
117 #00:26:01-3#

118 I: Wie bindest du das Kind beim Definieren der Ziele ein? #00:26:15-4#

119 B: Ich arbeite oft mit der Skala von eins bis zehn: „Wo willst du hin? Was braucht es  
120 damit du ein Schritt weiter kommst?“ So kann man mit einem Kind Ziele festlegen.  
121 Die Eltern binde ich dabei mit ihren eigenen Zielen noch nicht ein. Weil ich noch nicht  
122 weiss, wie ich das umsetzen soll. Es ist aber sicherlich ein persönliches Ziel von mir.  
123 #00:27:07-5#

124 I: Ich muss nachfragen. Meinst du, dass die Eltern selber auch Ziele haben?  
125 #00:27:31-4#

126 B: Ich frage die Eltern, wo sie ihr Kind sehen. Ich bin noch nicht so weit, dass wir

### ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B

127 festlegen, dass wir in drei Monaten wieder zusammensitzen und schauen, wo wir  
128 sind. #00:28:09-2#

129 I: Wie sieht bei dir bei Primarschülern die Umfeld-Arbeit und Elternarbeit aus?  
130 #00:28:23-8#

131 B: Ich habe in letzter Zeit viel mit Lehrpersonen und Eltern zu tun. Vor allem bei  
132 Lese- und Schreib-Problemen in den ersten zwei Schuljahren. Dann probiere ich  
133 durch Fragen an die Lehrpersonen herauszufinden, was man modellieren oder  
134 anpassen könnte, damit es für das Kind in der Schule wieder funktioniert. Ich  
135 probiere das zu indizieren, aber es kann auch auf Widerstand treffen. Eine  
136 Lehrperson hat einmal gesagt, dass sie das nicht machen wolle. Ein andere  
137 Lehrperson hat sich dafür sehr viele Sachen überleget und in ihren Unterricht  
138 eingebunden. Es braucht schon eine gewisse Bereitschaft des Umfelds zur Mitarbeit.  
139 Die Eltern fragen mich oft, wie es in der Therapie läuft, wo das Kind steht und was  
140 sie noch machen können. Ich versuche Rückmeldungen zu geben, wenn ich sehe,  
141 dass sie zu Hause oft üben und das Kind unterstützen. Ich suche das Gespräche mit  
142 den Eltern und beziehe das Ganze mit ein. #00:30:31-1#

143 I: Wie verwendest du den lösungsorientierten Ansatz in der Therapie von  
144 sprachlichen Fähigkeiten? #00:30:49-6#

145 B: Allein schon wenn man sich einschätzen muss und über Themen, die einen  
146 beschäftigen, spricht, wird eine hohe sprachliche Leistung abverlangt. Nur schon das  
147 ist eine intensive sprachliche Übung. Die Kinder lernen sich auszudrücken und  
148 gezielter zu beschreiben. Ich benutze auch lösungsorientierte Frage-Karten. Die  
149 älteren Kinder können diese selber lesen, somit ist das Lesen auch schon dabei.  
150 Man deckt dadurch schon einige sprachliche Bereiche ab. Bei den Kleinen geht es  
151 um das Sprachverständnis, wenn sie meine Fragen verstehen und beantworten  
152 sollen. #00:32:59-0#

153 I: Welche Methoden wendest du im Primarschulbereich an? #00:34:25-2#

154 B: Ich brauche das Skalierungssystem mit den Kindern. Ich stelle Fragen zu den  
155 Bedürfnissen und Zielen des Kindes und wir machen uns dann zusammen auf  
156 diesen Weg. Wenn ein Kind sagt, dass es besser lesen will, dann suche ich Material  
157 zu einem vom Kind gewünschten Thema. Ich beziehe das Kind immer in diesen  
158 Suchprozess mit ein. Ich orientiere die Eltern auch transparent über die Themenwahl  
159 der Kinder, damit keine falschen Erwartungen aufkommen. Auch die Lehrpersonen  
160 informiere ich darüber. #00:35:46-7#

161 I: Gibt es sonst noch etwas, das du brauchst, um die sprachlichen Fähigkeiten  
162 lösungsorientiert zu therapieren? #00:36:17-5#

163 B: Ich stelle oft die Fragen: „Stört dich das? Wie ist das für dich?“ Dann gebe ich  
164 Rückmeldung und schaue, wie es darauf antwortet. Wir vereinbaren eine  
165 Abmachung und ich erinnere dann auch später daran: „Das haben wir ja abgemacht.  
166 Wie ist das für dich? Stimmt das für dich noch?“ Für mich ist das Kind Experte seiner  
167 selbst. Ich bin nicht die Allwissende. #00:37:07-6#

168 I: Bindest du den lösungsorientierten Ansatz, wenn du gerade an einer

### ANHANG 3: Transskript Interview Logopädin B

- 169 logopädischen Aufgabe oder einem Spiel bist, auch mit hinein? #00:37:24-6#
- 170 B: Nicht spontan. Wenn ich in der Nachbearbeitung der Therapie-Stunde merke,  
171 dass wir anstehen, dann überlege ich mir, ob ich etwas vom Ansatz in die nächste  
172 Stunde hinein nehmen kann. #00:38:16-0#
- 173 I: Warum brauchst du den lösungsorientierten Ansatz bei Kindern mit  
174 Spracherwerbsstörungen nicht? #00:39:22-9#
- 175 B: Ich habe viele kleine Kinder, die nicht reden. Da arbeite ich an den sprachlichen  
176 Basis-Fähigkeiten. Da bin ich nur von der Haltung her gesehen lösungsorientiert. Da  
177 kann ich nicht mit Methoden des lösungsorientierten Ansatzes arbeiten. Es ist zu früh  
178 für diese Kinder. Aber dafür mit den Eltern. #00:40:39-8#
- 179 I: Du wendest es bewusst bei Lese-Rechtschreib- und Redefluss-Störungen an?  
180 #00:40:50-9#
- 181 B: Ja, da habe ich auch die grösseren Kinder. Darum habe ich das im Fragebogen so  
182 angegeben. #00:41:34-9#
- 183 I: Wie ist das bei den Primarschülern? Was hat sich dort bewährt, um an der  
184 Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten? #00:42:41-1#
- 185 B: Ich versuche, dass sie sich selber wahrnehmen, als eine Person, welche etwas zu  
186 sagen hat. Sie sollen wissen, dass sie Fehler machen dürfen. Dann lobe ich viel und  
187 stärke dadurch. Eigentlich auch das vorher erwähnte Paket mit den Fragen, der  
188 Selbsteinschätzung und durch meiner Art. Ich habe viele positive Rückmeldungen  
189 von Eltern bekommen. Obwohl sie wissen, dass ich nicht klassisch übe. Sie sagen:  
190 „Er hat aufgemacht, er kann es besser in der Schule, er kommt gerne zu ihnen. Er ist  
191 ein anderes Kind, er steht anders in der Welt.“ Ich merke, die ganze Methode trägt  
192 Früchte. #00:43:45-3#
- 193 I: Was verstehst du unter nicht klassisch üben? #00:43:52-8#
- 194 B: Wenn ein Kind mit einer Aussprachestörung zu mir kommt, dann schaue ich noch  
195 weiter, was sonst noch da ist. Klassisch ist für mich, wenn man schon im Voraus  
196 weiss, wie man die Therapie machen will. #00:44:20-3#
- 197 I: Ich komme zur letzten Frage. Es gibt beim lösungsorientierten Ansatz auch  
198 kreative Umsetzungen. Verwendest du einen solchen kreativen Ansatz? #00:45:56-  
199 6#
- 200 B: Ich zeichne viel auf. Auch die Erwachsenen haben gerne eine aufgezeichnete  
201 Skalierung. Dann sieht man, wo das Kind steht. Ich versuche immer wieder einen  
202 Weg zu finden, wie man lösungsorientierte Sachen in die Therapie einflechten kann.  
203 Das ist dann oft auch ein kreativer Weg. #00:46:35-6#
- 204 I: Dann wären wir mit dem Interview zu Ende. #00:47:41-6#

#### ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C

1 I: Welche Erfahrungen machst du mit dem lösungsorientierten Ansatz in der  
2 Logopädie? #00:02:51-2#

3 C: Ich mache sehr gute Erfahrungen. Die Mitarbeit des Kindes, aber auch ich als  
4 Therapeutin bin viel aktiver. Auch im Elterngespräch mache ich damit gute  
5 Erfahrungen. Ich verwende dabei oft die Skalierungsfrage. Die Eltern schätzen damit  
6 die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes ein. Es soll geklärt werden, ob man am  
7 gleichen Ziel arbeitet. Ich hatte ein vierjähriges Mädchen. Bei ihm war zuerst die  
8 Loslösung von der Mutter und danach erst die Sprache das Thema. Im Gespräch war  
9 wichtig, dass man abgemacht hat, wie das Kind sich von der Mutter loslösen kann.  
10 Für das Kind war es so einfacher, weil auf beiden Seiten klarere Verhältnisse  
11 geschaffen wurden. Je klarer die Abmachungen sind und diese auch immer wieder  
12 geklärt werden, desto schneller kommt man vorwärts. Das Kind kann sich mit der  
13 Skala einschätzen: Wo stehe ich? Es kommt manchmal vor, dass man als  
14 Therapeutin das Kind ganz anders einschätzt und man ist dann verwundert über die  
15 Einschätzung des Kindes. #00:05:07-6#

16 I: Wie merkst du, dass du als Therapeutin aktiver bist? #00:05:19-1#

17 C: Man ist viel präsenter und geht mehr auf die Bedürfnisse des Kindes ein. Man hat  
18 nicht schon fest im Hinterkopf, was man in der Stunde umsetzen will. Man sollte  
19 flexibel sein. Manchmal sind andere Sachen für das Kind interessanter oder stehen  
20 eher an. #00:06:06-5#

21 I: Siehst du noch andere Vorteile dieses Ansatzes in der Logopädie? #00:06:19-1#

22 C: Es ist ein guter Ansatz für die Umfeld-Arbeit mit Lehrpersonen oder anderen  
23 Fachpersonen, die miteinbezogen werden. Man arbeitet dadurch auf die Lösung hin  
24 und schaut nicht nur, wie gross das Problem ist. Es gibt einen anderen Blickwinkel  
25 und eine andere Haltung. Man kann die Lehrpersonen zu einer solchen Haltung  
26 ermuntern. Ohne dass man Ratschläge erteilt, kann man einen anderen Blickwinkel  
27 öffnen. #00:07:18-5#

28 I: Wie schaffst du einen anderen Blickwinkel? #00:07:27-6#

29 C: Anhand der Skalierung kann man den Eltern aufzeigen, wo das Kind steht: Ah es  
30 ist schon auf Stufe 4 und nicht mehr auf der 3. Oh dann ist das Kind ja schon eine  
31 Stufe weiter gekommen. Die Eltern sind manchmal so im Problem drin, dass sie gar  
32 nicht realisieren, dass das Kind Fortschritte macht. #00:08:13-0#

33 I: Ich frage gleich mal bei diesem Thema weiter: Wie sieht deine Arbeit mit dem  
34 Umfeld des Kindes aus? #00:08:27-6#

35 C: Ich biete den Eltern einmal im Monat an, dass sie in der Therapie eine halbe  
36 Stunde dabei sind, um anstehende Sachen zu besprechen. Manchmal wird es viel  
37 gebraucht und dann gibt es wieder eine lange Pause. Ich sage den Eltern aber auch  
38 immer wieder, dass sie mein Angebot für ein solches Gespräch nützen können.  
39 Vorher habe ich diese Gespräche ausserhalb der Therapie gemacht. Die Eltern  
40 mussten extra ein Baby-Sitter organisieren. Nun ist es für beide Seiten einfacher. Die  
41 Eltern sind entspannter und wissen, dass wenn etwas ansteht, sie jeder Zeit davon  
42 Gebrauch machen können. So kann man immer wieder dran bleiben und konkret ein

#### ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C

43 Thema oder Erziehungsfragen besprechen. Man kann ihnen eine Idee geben, wie sie  
44 anders reagieren können. Es kann zu viel Zeit verstreichen, wenn man ein Gespräch  
45 nur alle halben Jahre macht. #00:10:56-2#

46 I: Wie beziehst du den lösungsorientierten Ansatz bei den Eltern oder dem Umfeld  
47 von Primarschülern mit ein? #00:11:21-1#

48 C: Im Elterngespräch geht es darum, die Eltern miteinzubeziehen und zu fragen, wo  
49 die Schwierigkeiten liegen oder was dringend ist. Dort sind die Eltern sehr wichtig. Da  
50 man sich einmal im Monat trifft, kann man etwas ausprobieren und allenfalls eine  
51 andere Umsetzungsmöglichkeit finden. Die Elternarbeit auf dieser Stufe ist sehr  
52 wichtig, da die Mütter die Kinder in die Therapie bringen. Dadurch gibt es immer  
53 wieder kurze Gespräche. Da kann man Sachen anbringen, die gerade wichtig sind.  
54 So sind sie wirklich im Prozess dabei. #00:13:22-2#

55 I: Welche Methoden haben sich bewährt, so dass die Eltern in diesen Prozess hinein  
56 kommen? #00:13:26-9#

57 C: Ich fange das Gespräch mit der Frage an: Was steht an? Was möchten Sie gerne  
58 besprechen? Was ist wichtig? Was hat sich gegenüber letztem Mal verändert? Wir  
59 nehmen die Skala wieder hervor, damit wir schauen können, ob wir schon wieder  
60 eine Stufe weitergekommen sind. Und so ist man schnell im Gespräch drin. Ich frage  
61 auch: Welche Idee war nützlich, was nicht? Die Eltern beginnen von selbst, Ideen zu  
62 entwickeln. Zu merken, was gut läuft. Von diesem machen wir mehr. Oder wenn  
63 etwas nicht gut läuft, dass wir dann etwas anderes finden. Und nicht bei etwas  
64 verharren, obwohl es nicht klappt. Ich finde es wichtig, bei den Elterngesprächen viel  
65 Humor hinein zu bringen. Es entspannt beide Seiten. Man nimmt es nicht schwer und  
66 kann sich darüber ein Bisschen lustig machen. #00:16:20-5#

67 I: Wo siehst du die Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes in der  
68 Logopädie-Therapie? #00:16:30-8#

69 C: Ich sehe die Grenze bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung, also bei  
70 kleinen Kindern. Ich finde, es braucht ein gewisses Alter. Ich habe auch einen fünf-  
71 bis sechsjährigen Jungen, bei dem ich Teile des Ansatzes einfließen lasse. Das  
72 Kind muss die Sprache verstehen und sich so äussern, dass auch ich es verstehen  
73 kann. Es muss reflektieren können: Was will ich verändern? Dazu braucht es eine  
74 gewisse Reife. Wenn die Kinder zu klein sind, geht der Weg über die Eltern.  
75 #00:17:40-4#

76 I: Ab welchem Alter, würdest du sagen, kann man den lösungsorientierten Ansatz  
77 verwenden? #00:17:45-7#

78 C: Ich hatte einen Jungen im Kindergartenalter. Er war sehr vife und weit entwickelt.  
79 Er konnte sich viele Gedanken machen. Wir haben zusammen bewusst geschaut, wo  
80 er die Laute „S“ und „CH“ auch mal ausprobieren kann und wann er seinen „Nuggi“  
81 (Schnuller) nicht mehr braucht. Er hat gesagt, nach den Osterferien bräuchte er ihn  
82 nicht mehr. Ich habe ihm schon im Vorherein versucht, das schmackhaft zu machen,  
83 aber er hat gesagt: „Nein an Ostern mache ich das erst.“ Und das hat dann auch  
84 funktioniert. #00:19:07-7#

#### ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C

85 I: Siehst du Anpassungen, die man machen muss, um die Grenzen zu überwinden?  
86 #00:19:19-4#

87 C: Bei kleineren Kindern macht man das mehr handlungsorientiert. Zum Beispiel  
88 beim sechsjährigen, stotternden Jungen: Welche Handpuppe kann für sein  
89 Stotter-Problem stehen? Welches Tier könnte ihm helfen? Er hat ein Fantasietier  
90 gezeichnet, das ihn in schwierigen Situationen unterstützen kann. Es geht mehr  
91 über die Handlung. #00:20:41-8#

92 I: Welche positiven Aspekte der lösungsorientierten inneren Haltung siehst du in der  
93 Logopädie? #00:21:04-3#

94 C: Man schaut vorwärts. Man konzentriert sich auf das Positive und darauf, dass  
95 Menschen sich zu jeder Zeit ändern können. Man gewichtet die Stärken. Man  
96 konzentriert sich auf die Lösung und versucht, die Schwierigkeiten nicht einfach  
97 verschwinden zu lassen. Man muss die Ursache nicht immer wissen: Warum sich  
98 das Kind so schwierig verhält, ist nicht wichtig. Man legt einfach los und konzentriert  
99 sich auf eine Veränderung und Lösungen. Dass man sich eingesteht, dass jedes  
100 Kind und jeder Erwachsene viele Ressourcen haben und darum fähig sind, selber  
101 einen Weg zu finden, um etwas zu verändern. Und nicht: Dank der Therapeutin ist es  
102 viel besser. Man kann immer wieder ein Stein ins Rollen bringen und das Angebot  
103 machen. #00:22:49-8#

104 I: Welche Vorteile für das Kind siehst du, wenn du den lösungsorientierten Ansatz in  
105 der Logopädie verwendest? #00:22:59-3#

106 C: Sie sind viel aktiver in der Therapie drin und bestimmen viel mit. Für die  
107 Therapeutin stellen sich dann aber folgende Fragen: Wie kommen wir trotz  
108 Mitbestimmung des Kindes zum Ziel, an welchem wir arbeiten? Bei kleinen Kindern  
109 ist dies eine Herausforderung, denn heute interessieren sie sich für das, morgen für  
110 jenes. Da muss man sich als Therapeutin irgendwie auch einbringen. Man sucht den  
111 Weg zusammen. Man hat als Therapeutin nicht ein Programm, das man strikt  
112 durchführen muss. Die Kinder haben grossen Einfluss darauf. Für uns als  
113 Logopädie-Therapeutinnen ist es schön. Wir sind nicht auf eine einzelne Methode  
114 fixiert, sondern haben ein Ziel, das wir verfolgen müssen. #00:24:55-5#

115 I: Du hast gesagt, es besteht die Gefahr, dass man als Logopädin nicht mehr beim  
116 Ziel bleibt. Wie machst du das, dass dies nicht passiert? #00:25:12-6#

117 C: Bei Schulkindern ist es einfacher, weil man sagen kann: Du wählst jetzt zwar  
118 etwas selber aus, aber wir bleiben heute auch noch am anderen dran. Bei den  
119 kleineren Kindern fehlt das Verständnis, warum sie in der Logopädie sind. Ich  
120 versuche sie dann wieder heran zu holen oder sie über Handpuppen wieder zurück  
121 zu führen. In der Rolle sage ich dann: Komm wir müssen an dem hier noch weiter  
122 arbeiten. Je mehr Cabaret ich mache und in die Figur eintauche, desto besser kommt  
123 es bei den Kindern an. Auch hier finde ich den Humor sehr wichtig. #00:28:02-7#

124 I: Inwieweit kann ein Kind Experte seiner Situation sein? #00:28:27-8#

125 C: Dazu kommt mir ein stotternder Junge in den Sinn. Wir haben Situationen  
126 gesucht, in welchen er auch einmal ausserhalb der Therapie, in der es für ihn ja

#### ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C

127 immer gut lief, sein Stottern ausprobieren konnte. Manchmal stotterte er und  
128 manchmal nicht, völlig unbekümmert. Er wollte sich im Kindergarten mehr melden.  
129 Wir haben für seinen Wunsch konkrete Situationen - zum Beispiel im  
130 Kindergartenkreis - gesucht, in welchen er das machen kann. Das sind Situationen,  
131 die nur das Kind selbst bestimmen kann: Wo wage ich mich, das zu machen? Es  
132 geht darum, mit dem Kind Situationen und Übungsfelder zu suchen und konkret zu  
133 schauen, wo das Kind dies das nächste Mal ausprobieren will. Denn es weiss, dass  
134 ich in der nächsten Therapie-Stunde wieder frage, ob es dies nun schon ausprobiert  
135 habe, oder ob eine andere Situation gesucht werden muss. Das Verhaltensmuster zu  
136 ändern liegt einzig in der Macht des Kindes. Wir fragen, was sie dazu brauchen und  
137 stellen den Kindern die Werkzeuge dafür zur Verfügung. #00:31:13-2#

138 I: Was meinst du mit: Was sie noch dazu brauchen? #00:31:17-2#

139 C: Ich denke an ein Mädchen mit Mutismus, das in der Therapie schon laut geflüstert  
140 hat. Zuerst mit einem Tier und dann mit mir. Ich wollte weiter gehen und einen  
141 nächsten Schritt im Umfeld Schule wagen. „Was brauchst du dazu? Soll das Tier auf  
142 den Pausenplatz oder ich in die Schule mitkommen?“ Das Kind hat aber diese  
143 Fragen abgeblockt und wollte von sich aus nicht weiter gehen. Daraufhin haben wir  
144 die Therapie abgebrochen. Denn es stellte sich die Frage, ob man in der Therapie  
145 einfach schöne Stunden zusammen hat, aber es keine weiteren Fortschritte mehr  
146 gibt. Da sehe ich schon die Grenzen, die man sich eingestehen muss. Wenn das  
147 Kind noch nicht bereit ist für den nächsten Schritt, macht es keinen Sinn, einfach zu  
148 warten. #00:33:00-8#

149 I: Wie bindest du den lösungsorientierten Ansatz bei der Therapie der sprachlichen  
150 Fähigkeiten im Primarschulalter ein? #00:33:40-0#

151 C: Ich frage: „Was hat sich verändert? Was hast du ausprobiert?“ Man schaut mit der  
152 Skalierungsfrage, ob sich etwas verändert hat. Und dann fragt man: „Was hast du  
153 gemacht, dass du einen Schritt vorwärts gekommen bist? Was könntest du sonst  
154 noch machen? Was braucht es, um einen Laut auch im Alltag anzuwenden?“  
155 Meistens kommen von den Kindern gute Ideen, ein Erinnerungs-Band oder  
156 Glückstein, die es während der Woche an den Laut erinnern. Dass ich als  
157 Therapeutin viel frage und nicht locker lasse, das ist der Unterschied zu den  
158 Therapiestunden ohne lösungsorientierten Ansatz. Diese Fragen helfen: „Was hast  
159 du anders gemacht? Was hat sich auch im Umfeld verändert? Ist jemandem  
160 aufgefallen, dass du anders sprichst?“ #00:35:31-9#

161 I: Arbeitest du auch an der Persönlichkeitsentwicklung bei Primarschulkindern in der  
162 Logopädie-Therapie? #00:36:07-9#

163 C: Ja, sehr stark. Die Kinder sollen wagen, etwas Schwieriges zu bewältigen. Zum  
164 Beispiel nicht nur gewohnte, sondern auch schwierigere Aufgaben zu lösen. Es sind  
165 dabei die kleinen Schritte, die ihnen zeigen, dass sie es schaffen können. Das gibt  
166 ihnen ein Erfolgserlebnis. Das ist dieser Ansatz, dass man immer wieder in kleinen,  
167 dem Kind angepassten Schritten auf den Weg geht. #00:40:13-6#

168 I: Es gibt verschiedene Aufgabenbereiche der Logopädie. Siehst du Schwierigkeiten  
169 in einem bestimmten Aufgabenbereich, den lösungsorientierten Ansatz zu  
170 verwenden? #00:40:53-6#

#### ANHANG 4: Transskript Interview Logopädin C

171 C: Ich finde bei Spracherwerbsstörung muss man das Alter berücksichtigen.  
172 Entweder arbeitet man intensiv mit den Eltern zusammen oder setzt  
173 handlungsorientierte Elemente um. Zum Beispiel durch Aufzählen von Stärken und  
174 Fähigkeiten. Am Anfang ist dies sehr schwierig. Mit der Zeit und wenn man sie  
175 ermuntert, kommen ihnen plötzlich viele Sachen in den Sinn. Das unterstützt das  
176 Kind und es sagt sich: „Ah, ich kann so vieles.“ Am besten ist es, wenn das Kind  
177 diese Stärken und Fähigkeiten gleich sehen kann. Zum Beispiel für jeden Finger eine  
178 Stärke aufzählen oder bei der Sonne für jeden Sonnenstrahl. Das dient auch  
179 gleichzeitig als Rückmeldung für die Eltern und sie merken: „Oh, mein Kind kann so  
180 viel!“ #00:42:59-8#

181 I: In der Diagnostik ist man vermehrt defizit-orientiert, um Störungsbilder zu  
182 benennen und beim lösungsorientierten Ansatz aber ressourcen-orientiert. Wie gehst  
183 du damit um? #00:43:23-0#

184 C: Ja, Tests zeigen Defizite auf. Sie werden aber für Berichte verlangt. In den  
185 Berichten versuche ich dann auch möglichst das zu schreiben, was die Kinder bereits  
186 können. Ich muss zugeben, ich formuliere die Berichte so, dass der Antrag bewilligt  
187 wird. Ich würde aber eigentlich gerne noch mehr darüber schreiben, was beim Kind  
188 schon klappt. Bei Elterngesprächen verwende ich die Ressourcenorientierung auch  
189 bei der Anamnese: „Das sind die Schwierigkeiten, die sie benannt haben. Wo läuft es  
190 auch schon anders? Gibt es Situationen in denen es weniger auftritt? Was hat sich  
191 schon bewährt? Was haben sie ausprobiert?“ Ich versuche im Gespräch  
192 herauszufinden, was bereits gut klappt beim Kind. Ich versuche, den Bericht  
193 möglichst sachlich zu formulieren und Fakten aufzuzeigen. Mir ist es wichtig, darauf  
194 hinzuweisen, auch an der Persönlichkeit zu arbeiten. Denn nicht nur die Sprache ist  
195 wichtig, damit sich das Kind behaupten kann. #00:45:53-5#

196 I: Wie bindest du das Kind beim Definieren der Ziele lösungsorientiert mit ein?  
197 #00:46:16-4#

198 C: Beim Beispiel des stotternden Kindes war die Frage, wo man das Gelernte  
199 konkret umsetzt. Oder man nimmt bei einer phonetisch-phonologischen Störung ein  
200 Laut und sagt dem Kind, dass man bewusst an diesem Laut übt und ihn dann  
201 bewusst in verschiedenen Situationen anwendet. Es ist wichtig, dass es sich nicht  
202 nur im Logopädie-Raum abspielt. Ich gebe den Kindern jede Woche eine kleine  
203 Aufgabe mit, mit der sie das in ihrem Alltag bewältigen müssen. #00:47:47-3#

204 I: Definierst du diese Aufgabe, oder macht ihr das zusammen? #00:47:58-2#

205 C: Bei Lauten mache ich das, aber den Umsetzungsrahmen kann das Kind  
206 bestimmen. Ich hatte einen Jungen, bei dem wir mit einer klassischen Übung auf  
207 einem Blatt ein Laut übten. Er hat diese Aufgabe nicht gern gemacht. Dann haben  
208 wir geschaut, wie man das mit Bewegung umsetzen kann. #00:49:05-7#

209 I: Dann wären wir schon am Ende des Interviews. Gibt es wichtige Punkte, die wir  
210 noch nicht angesprochen haben? Oder möchtest du noch etwas ergänzen?  
211 #00:49:24-7#

212 C: Ich denke wir haben alle Sachen besprochen.

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in der Logopädie			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich mache sehr gute Erfahrungen. (C 3)		Positive Erfahrungen	<b>Persönliche Meinung der Therapeutin</b>
Ganz einfach, immer gute. Bei Kindern, bei Eltern, für mich. Es war mir klar, dass das, was ich da mache, für alle gut ist. (A 3)	Ansatz ist gut für Kinder, Eltern und Logopädin	Nutzen für alle Beteiligten	
Grundsätzlich ist es für die Elternarbeit und für die Therapie mit älteren Kindern positiv. Der lösungsorientierte Ansatz ist für mich ein Werkzeug vor allem für die Elternarbeit und die älteren Kinder. (B 3)	Für Therapie mit älteren Kindern und Elternarbeit ein gutes Werkzeug	Gutes Werkzeug für Elternarbeit und ältere Kinder	
Man schaut vorwärts. (C 94)	Blick nach vorne	Zukunftsorientiert	<b>Innere Haltung der Beteiligten</b>
Man konzentriert sich auf das Positive und darauf, dass Menschen sich zu jeder Zeit ändern können. Man gewichtet die Stärken. (C 94)	Positives sehen Veränderungen sind immer möglich	Ressourcenorientierung Veränderungspotential	
Man konzentriert sich auf die Lösung und versucht, die Schwierigkeiten nicht einfach verschwinden zu lassen. (C 95)	Fokus liegt auf der Lösungen ohne die Schwierigkeiten zu verkennen	Schwierigkeiten wahrnehmen und Fokus auf Lösungen	
Man legt einfach los und konzentriert sich auf eine Veränderung und Lösungen. (C 98)	Fokus auf Veränderung und Lösungen	Veränderung und Lösungen	
Man muss nicht immer die Ursache wissen: Warum sich das Kind so schwierig verhält, ist nicht wichtig. (C 97)	Ursache ist nicht wichtig	Fokus weg von Ursache	
Man handelt nun aufgrund der Bedürfnisse aller Beteiligten. Es ist nicht mehr ein Behandeln, sondern ein miteinander Handeln (A 20).	Gemeinsames Handeln aufgrund Bedürfnisse aller Beteiligten	Gemeinsames Handeln	
Dass man sich eingesteht, dass jedes Kind und jeder Erwachsene viele Ressourcen haben und darum fähig sind, selber einen Weg zu finden, um etwas zu verändern. Und nicht: Dank der Therapeutin ist es viel besser. (C 99)	Eltern und Kind haben Ressourcen für Veränderung Nicht die Therapeutin ist ausschlaggebend	Ressourcenorientierung Veränderungspotential Erfolg durch alle Beteiligten	
Ich sage gegenüber den Eltern und Kindern auch oft: „Das ist eine Momentaufnahme, das ist jetzt und es kann übermorgen, in einem halben Jahr oder einem Jahr schon ganz anders aussehen.“ (A 134)	Veränderung ist möglich	Veränderungspotential	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Sie sind viel aktiver in der Therapie drin und bestimmen viel mit. (C 106)	Kinder sind in der Therapie aktiver und bestimmen mit	Das Kind bestimmt mit Kind ist aktiv beteiligt	<b>Vorteile für das Kind</b>
Man hat als Therapeutin nicht ein Programm, das man strikt durchführen muss, die Kinder haben grossen Einfluss darauf. (C 111)	Kinder haben Einfluss auf das Therapie-Programm	Das Kind bestimmt mit Kind ist aktiv beteiligt	
Ich habe gemerkt, wenn ich den Kindern Fragen stelle und sie sich selber einschätzen lasse, dass sie dann involvierter und aktiver im Geschehen sind. (B 64)	Kinder werden durch Fragen und Selbsteinschätzung aktiver	Das Kind bestimmt mit Kind ist aktiv beteiligt	
Ich staune, wie gut Kinder sich selber reflektieren können. Mit dem Ansatz kann man diese Ressource an stupsen. (B 72)	Ansatz fördert bei Kindern Kompetenz der Selbstreflexion	Fördert Selbstreflexion	
Ich habe immer wieder gemerkt, wie gut, dass dieser Ansatz bei den Kindern, welche Widerstand gegenüber der Therapie gehabt haben, funktioniert. Also Kinder, die schon länger in der Logopädie waren oder irgendwie dachten: „Ach jetzt muss ich schon wieder gehen.“ Also es ist ein optimaler Umgang mit Widerstand in der Therapie. Bei diesen Kindern habe ich es sehr bewusst angewendet. (A 12)	Ansatz funktioniert sehr gut bei Widerstand in der Therapie	Guter Umgang mit Widerstand in der Therapie	
Das Kind muss die Sprache verstehen und sich so äussern, dass auch ich es verstehen kann. Es muss reflektieren können: Was will ich verändern? Dazu braucht es eine gewisse Reife. (C 71)	Kind muss Sprache verstehen und sich so ausdrücken, dass man es versteht  Sich selbst reflektieren können, was es verändern will	Kommunikative Fähigkeiten  Selbstreflexion	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich habe erfahren, dass das Alter des Kindes wichtig ist. Das Kind muss entwicklungspsychologisch oder von der Reife her reflektieren und sich dazu in den Fähigkeiten und in den Schwächen wahrnehmen können. Es muss kognitiv, emotional und in der Kommunikation fähig sein, diese Schritte zugehen. (A 38)	Alter des Kindes ist wesentlich  Das Kind soll seine Stärken und Schwäche wahrnehmen  Das Kind braucht kognitive, emotionale und kommunikative Fähigkeiten	Stärken und Schwächen wahrnehmen  Kognitive Fähigkeiten Kommunikative Fähigkeiten Emotionale Fähigkeiten	<b>Notwendige Fähigkeiten des Kindes</b>
Für mich ist es ein Ziel, dass das Kind mithilfe der Fragen selber spüren kann. Gerade beim Stottern oder bei Leserechtschreibstörungen sollen sie darüber nachdenken, wie und wann es vermehrt auftritt und was sie ändern wollen. Sie gehen so bewusster an die Therapie heran und bekommen die Lösung nicht auf dem Tablett serviert. (B 65)	Durch Fragen soll Kind merken, wann Problem auftritt und was es verändern will  Kind kann Lösung im Therapie-Prozess mitbestimmen	Kind hat Störungsbewusstsein  Kind kann Lösung mitbestimmt	<b>Anforderung an das Kind</b>
Es gibt auch ein Gefälle vom Kind zu mir, denn es versteht sich selbst, wie ich es nicht verstehen kann. (A 33)	Kind versteht sich selbst am besten	Kind ist Experte für sich selbst	<b>Kind als Experte</b>
Das Kind kann sich mit der Skala einschätzen: Wo stehe ich? Es kommt manchmal vor, dass man als Therapeutin das Kind ganz anders einschätzt und man ist dann verwundert über die Einschätzung des Kindes. (C 12)	Einschätzung der Therapeutin und des Kindes stimmen nicht immer überein	Kind schätzt sich selbst anders ein	
Es kann sein, dass ich in der Therapie zu einem Kind gesagt habe: „Jetzt schauen wir einmal, wo du stehst. Was findest du selbst?“ (A 64)	Aktueller Stand anschauen und das Kind zu seiner Meinung fragen	Kind schätzt sich selbst ein	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Meistens kommen von den Kindern gute Ideen, ein Erinnerungs-Band oder Glückstein, die es während der Woche an den Laut erinnern. (C 155)	Kinder haben gute Ideen	Kind kann Lösung mitbestimmen	<b>Kind als Experte</b>
Das sind Situationen, die nur das Kind selbst bestimmen kann: Wo wage ich mich, das zu machen? Es geht darum, mit dem Kind Situationen und Übungsfelder zu suchen und konkret zu schauen, wo das Kind dies das nächste Mal ausprobieren will. (C 130)	Gemeinsame Suche nach konkreten Übungsfeldern im Alltag des Kindes	Kind kann Lösung mitbestimmen	
Weil es ein Teil der Lösung ist, hat es auch Anteil an der Lösung. Es tut etwas für die Lösung und es ist nicht nur das passive Empfangen: Statt „Du machst etwas und dann ist es gut.“ ist es eigentlich „Du kannst mitgestalten.“ (A 97)	Kind arbeitet aktiv an der Lösung mit	Kind kann Lösung mitbestimmen	
Für die Therapeutin stellen sich dann aber folgende Fragen: Wie kommen wir trotz Mitbestimmung des Kindes zum Ziel, an welchem wir arbeiten? Bei kleinen Kindern ist dies eine Herausforderung, denn heute interessieren sie sich für das, morgen für jenes. Da muss man sich als Therapeutin irgendwie auch einbringen. (C 106)	Herausforderung des Miteinbeziehens des Ziels der Therapeutin	Grenze der Mitbestimmung des Kindes bei der Definition von relevanten Zielen	
Aber es kommt eben immer auf das Kind an und darum würde ich es nicht grundsätzlich ausschliessen. Ich muss die Möglichkeit beim Kind spüren und mache das eher intuitiv und ungeplant. (B 14)	Es hängt vom Kind ab	Anwendung abhängig vom Einzelfall	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich sehe die Grenze bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung, also bei kleinen Kindern. Ich finde, es braucht ein gewisses Alter. Ich habe auch einen fünf- bis sechsjährigen Jungen, bei dem ich Teile des Ansatzes einfließen lasse. (C 69)	Sprachentwicklungsstörung und Alter ist eine Grenze  So ca. ab 5 bis 6 Jahren	Sprachentwicklungsstörung als Grenze  Alter als Grenze	<b>Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes</b>
Ich würde sagen so ab neun, zehn Jahren. (A 91)	Ab 9, 10 Jahren möglich	Alter als Grenze	
Bei denen kann ich gut Fragen stellen oder sie sich selber einschätzen lassen. Also so im Primarschulalter. (B 8)	Im Primarschulalter, lösungsorientierte Fragen beantworten und sich selbst einschätzen	Im Primarschulalter anwendbar	
Im Kindergartenalter eher nicht. Ich habe nämlich schwere Fälle und dann ist es schwierig, es anzuwenden. Diese Kinder sind oft nicht so weit. (B 12)	Wird bei schweren Fällen im Kindergartenalter nicht verwendet	Grenze bei schweren Fällen	
Ich fand es schwierig mit Kindern mit grammatikalischen, syntaktischen und phonetisch-phonologischen Störungsbildern. Diese Kinder haben oft nicht gemerkt, was nicht gut war oder wo das Problem lag, weil sie kein Störungsbewusstsein hatten. Einfach weil es vom Störungsbild her nicht möglich war. Dort habe ich den lösungsorientierten Ansatz nicht anwenden können. (A 50)	Kinder mit grammatikalisch-syntaktischen und phonetisch-phonologischen Störungen haben vermehrt kein Störungsbewusstsein	Grenzen bei mangelndem Störungsbewusstsein	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ganz im Gegensatz dazu ein Kind, das nicht merkt, was sein Problem ist und wie sich das im Alltag auswirkt. Aber das sind ja oft die komplexen Störungsbilder, bei denen ein Kind viele sprachliche Ebenen hat, die ineinander gehen. Bei dem es auch irgendwie intellektuell nicht begreifen kann, was da geht. Also kann es auch nicht wissen, wohin es gehen will. (A 78)	Beim komplexen Störungsbild kennt Kind sein Problem oft nicht. Es weiss dadurch nicht, was es erreichen will	Grenze bei mangelndem Störungsbewusstsein und fehlendem Ziel	<b>Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes</b>
Das Kind sollte sich einmal selbst einschätzen. Es hat gesagt, dass alles gut sei und dadurch die Frage abgeblockt. Es schaute nicht hin und verdrängte, warum es in der Therapie ist. (...) Zu Hause und in der Schule ist das Lesen und das Schreiben aber ein grosses Thema. Er will es mit mir momentan nicht anschauen. Das ist eine Grenze und hier kann ich den lösungsorientierten Ansatz mit dem Kind im Moment nicht anwenden. (B 80)	Kind streitet seine Probleme ab und blockt ab	Grenze bei einem Kind, das abblockt	
Das Kind hat aber diese Fragen abgeblockt und wollte von sich aus nicht weiter gehen. (C 142)	Kind blockt lösungsorientierte Fragen ab	Grenze bei Verweigerung des Kindes	
Da sehe ich schon die Grenzen, die man sich eingestehen muss. Wenn das Kind noch nicht bereit ist für den nächsten Schritt, macht es keinen Sinn, einfach zu warten. (C 146)	Die Grenze ist, wenn das Kind den nächsten Schritt nicht machen will	Grenze bei einem Kind, das abblockt	
Wenn die Kinder zu klein sind, geht der Weg über die Eltern. (C 74)	Wenn Kinder zu klein, dann wird mit den Eltern gearbeitet	Lösungsorientierte Elternarbeit bei zu jungen Kindern	<b>Adaption</b>

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und das Kind			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Bei behinderten Kindern, die kognitiv nicht nachkommen, kann man nicht alle Fragen des lösungsorientierten Ansatzes stellen. Hier kann ich jedoch fragen: „Wie schlimm ist es für dich? Ganz schlimm oder weniger schlimm?“ Man passt die Skala an den kognitiven Fähigkeiten des Kindes an. (B 39)	Skala wird an kognitiven Fähigkeiten des Kindes angepasst	Skala ohne Zahlen	<b>Adaption</b>

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und die Logopädin			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Wenn zum Beispiel ein Kind mit einer semantischen Störung schon sagen kann, dass es die Wörter nicht findet, dann zeige ich dem Kind in kleinen Schritten auf, was es schon kann und gelernt hat. (A 86)	Dem Kind seine Fähigkeiten aufzeigen	Ressourcenorientierung	<b>Fähigkeiten der Logopädin</b>
Denn es weiss, dass ich in der nächsten Therapie-Stunde wieder frage, ob es dies nun schon ausprobiert habe, oder ob eine andere Situation gesucht werden muss. (C 133)	Logopädin fragt Kind, ob es etwas ausprobiert hat	Fragen stellen und Nachfragen	
Mir gefällt der Grundgedanke, dass ich mich als Logopädin zurücknehme und nicht schon von Anfang an die fertige Lösung bereit habe. (B 22)	Sich zurücknehmen und muss fertige Lösung nicht am Anfang haben	Sich zurücknehmen	
Die Umsetzung des Fragestellens und sich selbst Zurückhaltens ist eine grosse Chance, damit alle Beteiligten mitdenken. (B 27)	Durch das Zurücknehmen und Fragen stellen, denken alle Beteiligten mit	Sich zurücknehmen Beteiligte miteinbeziehen	
Wenn man den lösungsorientierten Ansatz wirklich lehrbuchmässig und verbissen anwendet, dann kommt es beim anderen nicht authentisch an. (B 58)	Nicht authentisch, wenn man Ansatz nur nach Lehrbuch macht	Authentizität zeigen	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und die Logopädin			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Das Gefälle, ich bin ja die Expertin im Bereich von Hilfestellungen. Ich verstehe, was beim Lernen, bei Sprache, bei Störungsbildern etc. abläuft. (A 30)	Logopädin ist Experte für Hilfestellungen.	Logopädin ist Expertin	<b>Fähigkeiten der Logopädin</b>
Es gibt Leute, denen macht die Verwendung des lösungsorientierten Ansatzes Angst, weil der Verlauf der Gespräche zu wenig vorhersehbar ist. (B 56)	Verlauf der Gespräche ist mit dem Ansatz unklar	Unklarer Gesprächsverlauf	<b>Mögliche Schwierigkeiten</b>
Dass ich als Therapeutin viel frage und nicht locker lasse, das ist der Unterschied zu den Therapiestunden ohne lösungsorientierten Ansatz. (C 156)	Fragen stellen und nicht locker lassen ist der Unterschied zur Therapie ohne lösungsorientiertem Ansatz	Fragen sind zentral	<b>Unterschied zur klassischen Logopädie-Therapie</b>
Ich frage dadurch mehr und höre besser hin. (B 94)	Mehr Fragen stellen und Hinhören	Fragen sind zentral Zuhören	
Ich habe immer wieder gemerkt, wie gut, dass dieser Ansatz bei den Kindern, welche Widerstand gegenüber der Therapie gehabt haben, funktioniert. Also Kinder, die schon länger in der Logopädie waren oder irgendwie dachten: „Ach jetzt muss ich schon wieder gehen.“ Also es ist ein optimaler Umgang mit Widerstand in der Therapie. Bei diesen Kindern habe ich es sehr bewusst angewendet. (A 12)	Ansatz funktioniert sehr gut bei Widerstand in der Therapie	Guter Umgang mit Widerstand in der Therapie	<b>Vorteil für Logopädin</b>
Ich muss nicht alles schon von Anfang an schon wissen und gehe dadurch lockerer an das Ganze heran. (B 54)	Am Anfang kein Druck, da Logopädin nicht alles wissen muss	Entlastung der Logopädin	
Ich glaube dieser Ansatz ist grundsätzlich von Logopädinnen lern- und übbar. Aber es muss trotzdem eine gewisse Bereitschaft zum Ausprobieren vorhanden sein. (B 35)	Anwendung des Ansatzes ist lern- und übbar	Ansatz ist lern- und übbar	
Man ist viel präsenter und geht mehr auf die Bedürfnisse des Kindes ein. Man hat nicht schon fest im Hinterkopf, was man in der Stunde umsetzen will. Man sollte flexibel sein. (C 17)	Logopädin geht auf die Bedürfnisse des Kindes ein  Flexibilität in der Therapie-Stunde	Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen  Flexibilität in Methode	<b>Planung und Durchführung</b>

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz und die Logopädin			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Für uns als Logopädie-Therapeutinnen ist es schön. Wir sind nicht auf eine einzelne Methode fixiert, sondern haben ein Ziel, das wir verfolgen müssen. (C 112)	Nicht auf Methoden fixiert, sondern verfolgt das Ziel	Flexibilität in Methode Zielorientierung	Planung und Durchführung
Ich habe den Ansatz in diesem Fall ganz spontan angewendet. (A 69)	Ansatz kann Spontan angewendet werden	Anwendung spontan	
Ich sitze nicht hin und denke nach, ob ich den lösungsorientierten Ansatz anwenden soll. Sondern ich stelle spontan Fragen oder verwende Elemente aus dem Rollenspiel. (B 16)	Spontanes anwenden von Fragen und Elemente aus dem Rollenspiel	Anwendung spontan	
Ich muss die Möglichkeit beim Kind spüren und mache das eher intuitiv und ungeplant. (B 15)	Lösungsorientierte Arbeiten intuitiv und ungeplant anwenden	Anwendung spontan	
Hier habe ich solche Ansätze hinein gebracht, aber sehr herunter gebrochen und individuell ans Kind angepasst. (A 68)	Ansatz individuell ans Kind anpassen	Individuelle Anpassung	
Ich zeige einfach kleine Therapie-Schritte und -Ziele auf, aber zugeschnitten auf das Kind. (A 85)	Auf das Kind zugeschnittene, kleine Therapie-Schritte	Kleine Therapie-Schritte Individuelle Anpassung	

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Bei Elterngesprächen verwende ich die Ressourcenorientierung auch bei der Anamnese: „Das sind die Schwierigkeiten, die sie benannt haben. Wo läuft es auch schon anders? Gibt es Situationen in denen es weniger auftritt? Was hat sich schon bewährt? Was haben sie ausprobiert?“ Ich versuche im Gespräch herauszufinden, was bereits gut klappt beim Kind. (C 188)	Bei Anamnese werden lösungsorientierte Fragen zu Ausnahmen und bewährten Lösungen gestellt	Lösungsorientierte Fragen bei der Anamnese	Diagnostik
Für die Beratung und Anamnesegespräche finde ich es ganz wichtig. (B 94)	Ansatz bei Beratung und Anamnesegespräch wichtig	Werkzeug für Beratung und Anamnese	
Es kommt immer drauf an, welche Störung es ist. Wenn es sich um eine Redeflussstörung handelt, dann würde ich die Fragen des Ansatzes integrieren. (B 96)	Ansatz bei Anamnese bei Kindern mit Redeflussstörung	Anamnese von Redeflussstörungen	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich habe nach einem halben Jahr Therapie den Test nochmals gemacht und die Skala nochmals genommen: „Schau jetzt bist du von der Drei auf die Fünf gekommen.“ (A 126)	Einschätzung der Tests mit der Skalierung	Testergebnisse lösungsorientiert einschätzen	Diagnostik
Ich habe ein standardisiertes Verfahren verwendet und sagen wir einen PR (Prozentrang) von zwanzig erhalten. Oder mir bei einem nicht standardisierten Verfahren- zum Beispiel bei einem Diktat - die Rechtschreibung angeschaut. Auch bei Screening-Untersuchungen habe ich es angewendet. Und das ergab ungefähr in einer Skala von null bis zehn ein Vier. Und dieses Ergebnis habe ich dann mitgeteilt. Der Test an sich ist nicht lösungsorientiert sondern viel mehr die Einschätzung nur von mir. (A 120)	Ergebnisse der standardisierten und nicht standardisierten Tests und Screening-Untersuchen mit Skalierung lösungsorientiert einschätzen	Testergebnisse lösungsorientiert einschätzen	
Bei der Abklärung schaue ich aber auch gerne die Stärken an und frage was das Kind gut kann. (B 107)	Bei Abklärung Stärken anschauen	Ressourcenorientierung	
Meiner Meinung nach passt also der Ansatz in die Diagnostik. Denn wenn ich meine Abklärungen mache, schauen wir gemeinsam auf das was nicht geht aber immer auch auf das was geht. (B 114)	Fokus auf Defizite und Ressourcen richten	Fokus auf Defizite und Fokus auf Ressourcen	
Die Fakten auf den Tisch legen und den Eltern nichts vormachen ist kombinierbar mit dem lösungsorientierten Ansatz. (A 134)	Defizite aufzeigen ist mit dem lösungsorientierten Ansatz kombinierbar	Logopädin zeigt Defizite auf	
Wenn ich hingegen den Sprachstand erfassen muss, benutze ich es nicht. (B 99)	Ansatz nicht bei Sprachstanderfassung verwenden	Nicht geeignet für Sprachstanderfassung	
Für mich gehört es mehr in die Beratung und den Therapie-Prozess, als in die Diagnostik hinein. (B 99)	Vor allem in der Beratung und in der Therapie, weniger in der Diagnostik	Ansatz nicht in der Diagnostik verwenden	
Es ist in den meisten Fällen ein Defizit vorhanden. Dieses Defizit kann man am Anfang des Prozesses nicht einfach ausblenden. (B 105)	Erkennen des Defizits ist wichtig	Defizite wahrnehmen	
In den Berichten versuche ich dann auch möglichst das zu schreiben, was die Kinder bereits können. (C 184)	In Berichten Fokus auf Ressourcen des Kindes richten	Ressourcenorientierte Berichte	Berichte

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich habe die SMART-Formel verwendet. Das habe ich dem Kind offengelegt - darum auch das genannte Alter-, dass wir daran spezifisch, mithilfe des lösungsorientierten Settings, arbeiten. Also dass wir es immer wieder messen. (A 143)	Ziele durch Logopädin definiert und immer wieder gemessen	Logopädin definiert und misst Ziele	<b>Ziele definieren</b>
Oder man nimmt bei einer phonetisch-phonologischen Störung ein Laut und sagt dem Kind, dass man bewusst an diesem Laut übt und ihn dann bewusst in verschiedenen Situationen anwendet. (C 199)	Logopädin kommuniziert dem Kind das von ihr festgelegte Ziel	Logopädin definiert Ziele	
Oder auch wieder die SMART-Formel angewendet, im Sinne von: „Ich mache dir einen Vorschlag. Stimmt das für dich? Gehen wir nochmals einen Schritt zurück, ist das besser?“ Ich habe das mit dem Kind ausgehandelt. (A 148)	Meinung des Kindes zu den von der Logopädin definierten Zielen  Ziele aushandeln	Kind beurteilt vorgegebene Ziele  Ziele aushandeln	
Ich arbeite oft mir der Skala von eins bis zehn: „Wo willst du hin? Was braucht es damit du ein Schritt weiter kommst?“ So kann man mit einem Kind Ziele festlegen. (B 119)	Mit Fragen und Skala Ziele mit Kind festlegen	Kind definiert Ziele	
Ich brauche das Skalierungssystem mit den Kindern. Ich stelle Fragen zu den Bedürfnissen und Zielen des Kindes und wir machen uns dann zusammen auf diesen Weg. (B 154)	Mit Skalierung wird Ziel des Kindes festgelegt	Kind definiert Ziele	
Wenn ein Kind sagt, dass es besser lesen will, dann suche ich Material zu einem vom Kind gewünschten Thema. (B 156)	Logopädin sucht Material zum vom Kind gewünschten Ziel und Thema	Kind definiert Ziele und Thema	
Ich habe Ziele eigentlich immer laut ausgesprochen und schriftlich niedergelegt, was wir im Gespräch herausgefunden haben. (A 145)	Gemeinsam besprochene Ziele aussprechen und aufschreiben	Ziele artikulieren und aufschreiben	
Ich stelle oft die Fragen: „Stört dich das? Wie ist das für dich?“ (B 163)	Kind soll seine sprachliche Fähigkeiten und Probleme einschätzen	Kind schätzt sprachliche Fähigkeiten ein	<b>Therapie der sprachlichen Fähigkeiten</b>
Dann gebe ich Rückmeldung und schaue, wie es darauf antwortet. (B 163)	Logopädin schätzt sprachlichen Fähigkeiten des Kindes ein	Rückmeldungen an das Kind	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich frage: „Was hat sich verändert? Was hast du ausprobiert?“ Man schaut mit der Skalierungsfrage, ob sich etwas verändert hat. Und dann fragt man: „Was hast du gemacht, dass du einen Schritt vorwärts gekommen bist? Was könntest du sonst noch machen? Was braucht es, um einen Laut auch im Alltag anzuwenden?“ (C 151)	Durch lösungsorientierte Fragen und Skalierung reflektiert das Kind sein Weg zum sprachlichen Ziel  Fragen zu Veränderungen, Ausprobierten Sachen, Verhalten und nächsten Schritten	Mittels Fragen und Skalierung sprachliche Ziele reflektieren	Therapie der sprachlichen Fähigkeiten
Diese Fragen helfen: „Was hast du anders gemacht? Was hat sich auch im Umfeld verändert? Ist jemandem aufgefallen, dass du anders sprichst?“ (C 158)	Fragen betreffend die Wahrnehmung durch das Umfeld des Kindes	Systemische Fragen	
Wir vereinbaren eine Abmachung und ich erinnere dann auch später daran: „Das haben wir ja abgemacht. Wie ist das für dich? Stimmt das für dich noch?“ (B 164)	Abmachungen mit dem Kind treffen und später evaluieren	Abmachungen treffen und evaluieren	
Nicht spontan. Wenn ich in der Nachbearbeitung der Therapie-Stunde merke, dass wir anstehen, dann überlege ich mir, ob ich etwas vom Ansatz in die nächste Stunde hinein nehmen kann. (B 170)	Wenn Nachbearbeitung zeigt, dass man ansteht, den Ansatz gezielt einsetzen	Bei Stagnation Ansatz gezielt einsetzen	
„Kannst du mir sagen, wo du stecken geblieben bist? Was ist jetzt in diesem Moment passiert? Was wäre, wenn es gut gegangen wäre? Welche Gefühle wurden bei dir ausgelöst?“ Das sind die Fragestellungen, welche immer dann gestellt werden, wenn man ansteht. (A 156)	Wenn man ansteht, hypothetische Fragen stellen	Bei Stagnation Ansatz gezielt einsetzen	
Es ist wichtig, dass es sich nicht nur im Logopädie-Raum abspielt. Ich gebe den Kindern jede Woche eine kleine Aufgabe mit, mit der sie das in ihrem Alltag bewältigen müssen. (C 201)	Das Problem auch im Alltag bewältigen lernen	Experimente und Aufgaben	
Allein schon wenn man sich einschätzen muss und über Themen, die einen beschäftigen, spricht, wird eine hohe sprachliche Leistung abverlangt. Nur schon das ist eine intensive sprachliche Übung (B 145)	Selbstreflektion und Themen besprechen erfordern hohe sprachliche Leistung	Sprachlicher Ausdruck	
Die Kinder lernen sich auszudrücken und gezielter zu beschreiben. (B 147)	Gezielte Beschreibung erfordert sprachlichen Ausdruck	Sprachlicher Ausdruck	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Lösungsorientierter Ansatz in den logopädischen Arbeitsfeldern			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich benutze auch lösungsorientierte Frage-Karten. Die älteren Kinder können diese selber lesen, somit ist das Lesen auch schon dabei. (B 148)	Lösungsorientierte Fragen vorlesen	Lesen	Therapie der sprachlichen Fähigkeiten
Bei den Kleinen geht es um das Sprachverständnis, wenn sie meine Fragen verstehen und beantworten sollen. (B 150)	Kleinere Kinder müssen Fragen verstehen und beantworten	Sprachverständnis Sprachlicher Ausdruck	

Hauptkategorie: Kreativer lösungsorientierter Ansatz			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Man kann es nicht vermeiden, das fließt mit rein. Ich habe ein paar Bilder von Kindern, bei denen ich persönlichkeitsstärkend mit Zeichnungen und Ressourcen-Steckbriefe gearbeitet habe: „Deine Stärken. Was gefällt dir? Was hast du gerne?“ Oder wir haben eine Schatzkiste gemacht und dort tolle Fähigkeiten und Erfahrungen und das, was das Kind gerne macht, hineingelegt. (A 180)	Persönlichkeitsstärkend arbeiten mit Zeichnungen, Ressourcen-Steckbriefen und Schatzkisten	Zeichnungen Ressourcen-Steckbriefen Schatzkisten	Umsetzungen
Zum Beispiel beim sechsjährigen, stotternden Jungen: Welche Handpuppe kann für sein Stotter-Problem stehen? Welches Tier könnte ihm helfen? Er hat ein Fantasietier gezeichnet, das ihn in schwierigen Situationen unterstützen kann. Es geht mehr über die Handlung. (C 87)	Kreativer Ansatz bei jüngeren Kindern mit Handpuppen und Fantasietiere	Handpuppen Fantasietiere	
Zum Beispiel durch Aufzählen von Stärken und Fähigkeiten. Am Anfang ist dies sehr schwierig. Mit der Zeit und wenn man sie ermuntert, kommen ihnen plötzlich viele Sachen in den Sinn. Das unterstützt das Kind und es sagt sich: „Ah, ich kann so vieles.“ Am besten ist es, wenn das Kind diese Stärken und Fähigkeiten gleich sehen kann. Zum Beispiel für jeden Finger eine Stärke aufzählen oder bei der Sonne für jeden Sonnenstrahl. (C 173)	Visualisieren von Stärken	Visualisieren	
Das Gespräch finde ich wichtiger, als die kreativen Umsetzungen. (A 201)	Gespräch ist wichtiger als kreative Umsetzung	Gespräch hilfreicher	
Diese kreativen Ideen waren meist ein Anstoss und Unterstützung für das Gespräch. (A 201)	Kreative Ideen sind Anstoss für Gespräche	Anstoss für Gespräche	

## ANHANG 5: Interviewanalyse

Hauptkategorie: Kreativer lösungsorientierter Ansatz			
Originaltext	Paraphrase	Unterkategorien	Kategorie
Ich sitze nicht hin und denke nach, ob ich den lösungsorientierten Ansatz anwenden soll. Sondern ich stelle spontan Fragen oder verwende Elemente aus dem Rollenspiel. (B   16)	Spontanes anwenden von Elementen aus dem Rollenspiel	Rollenspiel	<b>Umsetzungen</b>



**LEITFADEN  
ZU EINER LÖSUNGSORIENTIERTEN  
LOGOPÄDIE-THERAPIE**

Jana Zraggen

Der vorliegende Leitfaden basiert auf den Ergebnissen der Bachelorarbeit „Der lösungsorientierte Ansatz in der Logopädie-Therapie bei Kindern im Primarschulalter in der Regelschule - Entwicklung eines Leitfadens für eine lösungsorientierte Sprachtherapie“ von Jana Zraggen aus dem Jahr 2016.

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass bei der Verwendung der weiblichen Form, selbstverständlich immer auch das andere Geschlecht miteingeschlossen ist.

Titelbild: Zugriff am 14.2.2016 unter <http://www.familiesteiner.de/wandern/archtallaine/>

## INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis .....	3
1 Einleitung .....	4
2 Grundsätze: Der lösungsorientierten Ansatz in Kürze.....	4
3 Der lösungsorientierte Ansatz in den Bereichen der Logopädie .....	5
3.1 Diagnostik: Deckt sie nur Defizite auf oder zeigt sie doch auch Lösungen? .....	5
3.2 Therapie-Ziele: Wer definiert das Ziel, die Logopädin oder das Kind? .....	5
3.3 Lösungsorientierte Therapie von sprachlichen Fähigkeiten .....	6
3.3.1 Fragen über Fragen! .....	6
3.3.2 Eigentlich sieht alles besser aus, als es scheint! .....	8
3.3.3 Eine Prise Kreativität! .....	8
4 Voraussetzungen, ANPASSUNGEN und förderliche Faktoren für den Ansatz .....	9
6 Vorteile und Konsequenzen für die Logopädie: Der Druck fällt ab! .....	10
7 Literaturempfehlungen: Einstieg in den lösungsorientierten Ansatz.....	10
Literaturverzeichnis.....	11

## 1 EINLEITUNG

Der lösungsorientierte Ansatz ist in der logopädischen Elternberatung seit längerem bekannt und wird in der Regel schon praktiziert. Der Einbezug des sozialen Umfeldes ist für den lösungsorientierten Ansatz sehr wichtig. Dies wird im vorliegenden Leitfaden jedoch nicht mehr explizit ausgeführt. Vielmehr geht es in diesem Leitfaden darum, die Anwendung des Ansatzes nun auch in der logopädischen Therapie von sprachlichen Fähigkeiten mit Kindern anzuwenden. Er soll Inspirationsquelle sein und Anhaltspunkte sowie Ermutigung für die Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes geben.

Der Leitfaden basiert auf einer Synthese von Erfahrungen interviewter Logopädinnen und der Theorie des lösungsorientierten Ansatzes bei Kindern. Das Dokument erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll vielmehr eine erste Anregung für eine lösungsorientierte Logopädie-Therapie geben.

Abhängig von der persönlichen Neigung der Logopädin und den Voraussetzungen des Kindes können die vorliegenden Ideen erweitert und individuell angepasst werden.

## 2 GRUNDSÄTZE: DER LÖSUNGSORIENTIERTEN ANSATZ IN KÜRZE

**DIE INNERE HALTUNG:** Lösungsorientierte Logopädin geht davon aus, dass jedes Kind Ressourcen hat, sich zu verändern (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 28). Die „Lösungs-Sprache“ der Therapeutin richtet sich durch bestimmte Fragen auf das Positive und die Ausnahmen vom Problem (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 93-96). Das heisst, sie legen ihren Fokus auf das, was bereits klappt. Die Ursachen eines Problems werden dabei nicht eingehend betrachtet (vgl. Burr, 1999, S. 41). Vielmehr richtet sich der Blick darauf, wie man in kleinen Schritten das Ziel erreichen kann.

Auf der Basis der Grundprinzipien

- „Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren.“
- „Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun.“
- „Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren.“

sucht man Lösungen (De Shazer & Dolan, 2015, S. 23).

**DAS KIND IST EXPERTE SEINER SELBST:** Der lösungsorientierte Ansatz sieht jedes Kind als seinen eigenen Experten (vgl. Steiner, 2013, S. 68). Es kennt seine Situation und Gefühle selbst am besten. Die Logopädin bringt mit gezielten Fragen das Kind dazu, seine Situation zu reflektieren oder das Problem durch einen neuen Blickwinkel anders zu betrachten. Zusammen suchen sie nach möglichen Lösungswegen (vgl. Steiner, 2013, S. 69). Schliesslich reflektiert das Kind mithilfe der Logopädin, welche Fortschritte es schon gemacht hat und was es selber dazu beitragen kann, damit es noch einen Schritt weiter kommt.

**HALTUNG DES NICHTWISSENS DER LOGOPÄDIN:** Damit das Kind in der Therapie die Rolle seines eigenen Experten einnehmen kann, nimmt die Therapeutin die Haltung des Nichtwissens ein (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 51). Das heisst, sie stellt ihre eigene Meinung und Lösungen zum Kind und dem Problem hin-

ten an (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 30-31). Sie konfrontiert das Kind nur in seltenen Fällen schon zu Beginn der therapeutischen Begleitung mit ihrer Interpretation der Problemsituation. Anstatt dessen zeigt sie dem Kind und dessen Betrachtungsweise Offenheit und echtes Interesse (vgl. Anderson und Goolishian, 1992; zitiert nach De Jong & Berg, 2008, S. 51). Sie stellt viele Fragen und hakt bei Unklarheiten nach. Trotzdem bleibt die Logopädin Expertin für logopädische Hilfestellungen.

## 3 DER LÖSUNGSORIENTIERTE ANSATZ IN DEN BEREICHEN DER LOGOPÄDIE

### 3.1 DIAGNOSTIK: DECKT SIE NUR DEFIZITE AUF ODER ZEIGT SIE DOCH AUCH LÖSUNGEN?

In der lösungsorientierten Diagnostik liegt der Fokus bei den Fähigkeiten des Kindes. Es wird abgeklärt, wie weit die Entwicklung schon in die Richtung zum gewünschten Ziel hin fortgeschritten ist (vgl. Burr, 1999, S. 39). So kann beispielsweise schon im Anamnese-Gespräch gefragt werden:

- „Gibt es Situationen in denen es weniger auftritt?“
- „Was wurde bereits ausprobiert und was hat sich bewährt?“

Das Ergebnis eines standardisierten Tests – wie er in der Regel von der logopädischen Diagnostik verlangt ist - wird mithilfe der Skalierungsfrage (siehe Kapitel 3.3.1) lösungsorientiert eingeschätzt. Dazu wird nach solchen Ressourcen gesucht, die bei der Problemlösung hilfreich sein können. Dennoch werden auch die diagnostizierten Schwierigkeiten den Beteiligten mitgeteilt. Dies geschieht aber in einer positiven Form. So sagt zum Beispiel die Logopädin zum Kind, dass es sich beim Benennen von Gegenständen sehr viel Mühe gegeben hat. Sie könne sich aber vorstellen, dass es das Kind nervt, wenn es so oft nach Begriffen suchen muss. Zum Schluss sucht man, wo schon Anzeichen einer Lösung zu sehen sind (vgl. Burr, 1999, S. 41-42).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass man in der lösungsorientierten Diagnostik zwar Defizite anschaut, sich aber vor allem auf die Ressourcen konzentriert, um möglichst machbare Lösungen mithilfe aller Beteiligten zu finden.

### 3.2 THERAPIE-ZIELE: WER DEFINIERT DAS ZIEL, DIE LOGOPÄDIN ODER DAS KIND?

Das Kind ist der Experte seiner eigenen Situation, deshalb soll es bei Zielen mitbestimmen und sich für mögliche Handlungen und Lösungswegen entscheiden dürfen (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69). Es soll sagen, welches Ziel es wichtig findet und verfolgen will. Wenn Kinder für ein eigenes Ziel arbeiten, sind sie erwiesenermaßen motivierter (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008b, S. 14).

Das Kind kann unterschiedlich stark bei der logopädischen Zieldefinition miteingebunden werden. Nachfolgend werden verschiedene Möglichkeiten respektive Umsetzungsgrade der Mitsprache gezeigt:

- Die Logopädin kann die Ziele für das Kind festlegen. Der Grund und der Nutzen des Zieles werden ihm von ihr aufgezeigt (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 38). In einem weiteren Schritt

fragt sie das Kind zu seiner Meinung zum vorgegebenen Ziel und zu seiner Situation (z.B.: mithilfe der Skalafrage). Das Kind wird befragt, ob es selber hilfreiche Ideen kennt (vgl. De Jong & Berg, 2008, S. 274). Zum Schluss handelt die Logopädin das Ziel mit dem Kind aus und passt es gegebenenfalls an.

- Durch Fragen zeigt die Logopädin dem Kind verschiedene Blickwinkel auf die Problemsituation auf. Sie regt das Kind zu wohlgeformten Zielen und Handlungen im Rahmen der logopädischen Therapie an. Schliesslich wird vom Kind möglichst allein bestimmt, welche Handlungen und Lösungswege es gehen möchte (vgl. Steiner, 2013, S. 68-69).
- Die Logopädin regt das Kind an, eigene Ziele zu entwickeln und sprachliche Lösungsvorschläge einzubringen. So kann das Kind beispielsweise mithilfe der Skalafrage erarbeiten, wie es einen Schritt weiter kommen kann und welche Unterstützung es dazu braucht (vgl. Zraggen, 2016).

### 3.3 LÖSUNGSORIENTIERTE THERAPIE VON SPRACHLICHEN FÄHIGKEITEN

#### 3.3.1 FRAGEN ÜBER FRAGEN!

**DIE EINSTIEGSFRAGE:** Zu Beginn der Therapie kann dem Kind folgende Einstiegsfrage gestellt werden:

- „Was müsste in der Therapie geschehen, damit du sagen kannst, es hat sich gelohnt?“

Diese Frage konstruiert zu Beginn des Gesprächs den Rahmen und legt das Ziel des Kindes fest. Die Frage soll ihm das Gefühl geben, dass es auf es selbst ankommt (vgl. Baeschlin, & Baeschlin, 2008a, S. 25).

**SKALIERUNGSFRAGE:** Mit Hilfe der Skala von 1 bis 10 schätzen das Kind und die Logopädin die sprachlichen Fähigkeiten und Probleme des Kindes ein. Die Eins steht dabei für die absolut negative, die Zehn steht für die höchst positive Beurteilung der Situation. Man kann mit Hilfe der Skala den früheren und den aktuellen Stand einer sprachlichen Fähigkeit vergleichen. Verwendet man sie sogar in jeder Therapiestunde, kann man Fortschritte gut sichtbar aufzeigen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 31-32). Bei den angegebenen Skala-Werten handelt es sich aber nicht um eine objektive Bewertung. Es ist vielmehr eine subjektive Einschätzung des Kind zu seiner Situation (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 45-46). Die Logopädin fragt dazu beispielsweise:

- „Wie würdest du dein „r“, das du eben gesagt hast, von eins bis zehn einschätzen?“
- „Auf welcher Stufe bist du nun mit deiner Situation angekommen?“
- „Bei welcher Zahl warst du ganz am Anfang der Therapie?“
- „Was hast du gemacht, dass du einen Schritt vorwärts gekommen bist?“
- „Was könntest du machen, um nochmals einen Schritt weiter zu kommen?“

Als weiteren Schritt kann das Kind die Zahl nennen, bei welcher es einen Stand erreicht hat, mit dem es zufrieden ist (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 26).

**DIE WUNDERFRAGE:** Die Wunderfrage kann unterschiedlich formuliert werden, eine mögliche Variante ist folgende:

„Probiere dir mal Folgendes vorzustellen: Am Abend gehst du ganz müde ins Bett und schläfst schnell ein. Während der Nacht kommt eine liebe Fee zu dir. Sie zaubert dir eine Lösung für dein Problem. Du merkst das aber nicht, weil du ja schläfst. Am nächsten Morgen wachst du auf und weißt immer noch nicht, dass die Fee für dich gezaubert hat. Woran merkst du jetzt den Tag über, dass ein Wunder geschehen ist und sich damit dein Problem verändert hat?“

(vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 25)

Nach dieser Frage, kann das Kind sich überlegen, was es braucht, um dieses Wunder teilweise wahr werden zu lassen. Dieser Gedankengang hilft ihm, mögliche Lösungsideen für sich auszudenken. Das Kind hat damit bereits schon in Gedanken eine positive Veränderung gesehen und wird dadurch motiviert, sein Problem anzugehen (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 30-31; De Jong & Berg, 2008, S. 277).

**FRAGE NACH DEN AUSNAHMEN:** Es gibt Situationen beim Kind, in welchen das Problem eigentlich hätte da sein können, aber es für eine gewisse Zeit nicht vorhanden war (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 27). Nach diesen Ausnahmen kann wie folgt gefragt werden:

- „Wann war das Problem das letzte Mal etwas weniger belastend?“
- „Ist es manchmal irgendwie anders, sodass das Problem weniger oder überhaupt nicht auftritt?“
- „Was ist dann anders, wenn das Problem nicht vorhanden ist?“
- „Was müsste passieren, damit dies öfters auftritt?“

(Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 27)

Diese Ausnahmen werden als Hinweis für eine Lösung gesehen. Die Logopädin interessiert, was man tun kann, damit dies zukünftig öfters passiert (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 27).

**BEZIEHUNGSFRAGE:** Das Kind wird aufgefordert, seine Situation einmal mit den Augen seiner Bezugspersonen zu betrachten. Dies ermöglicht ihm, seine Problemsituation von aussen zu sehen. Die daraus gewonnenen Einsichten des Kindes sind für die Lösungsfindung zentral (vgl. Bamberger, 2005, S. 92, 300). Entsprechende Fragen sind zum Beispiel:

- „Was würde deine Mutter dazu sagen?“
- „Was würde deine Mutter sagen, wie du einen Schritt weiter kommen könntest?“ (vgl. Baeschlin & Baeschlin, 2008a, S. 28)
- „Ist jemandem aufgefallen, dass du anders sprichst? Wie hat er reagiert darauf?“

**HYPOTHETISCHE FRAGE:** Durch diese Frage-Typ, wird das Kind auf neue Lösungswege hingewiesen. Es erhält die Möglichkeit deren Auswirkung gedanklich durch zu spielen (vgl. Bamberger, 2005, S. 297).

- „Wenn es gut gegangen wäre, wie hättest du es gemacht?“
- „Angenommen, du könntest diese Wörter bereits schreiben, was wäre dann anders?“
- „Was würde passieren, wenn...?“ (vgl. Caby & Caby, 2011b, S. 35)

**DIE VERÄNDERUNGSFRAGE:** Das Kind wird gefragt, ob sich in der Zwischenzeit etwas am Problem und seiner Situation verändert hat (vgl. De Shazer & Dolan, 2015, S. 29).

- „Hat sich in der Zwischenzeit etwas verändert?“
- „Was hast du anders gemacht?“
- „Was wäre auch noch hilfreich gewesen?“

**EXPERIMENTE UND HAUSAUFGABEN:** Für einen Transfer der Lösungsideen und der geübten sprachlichen Fähigkeiten von der Therapie-Stunde in den Alltag, werden mögliche Experimente vorgeschlagen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 135). Eine mögliche Frage wäre:

- „Was braucht es, damit du den Laut noch mehr zu Hause und in der Schule verwendest?“

### 3.3.2 EIGENTLICH SIEHT ALLES BESSER AUS, ALS ES SCHEINT!

**REFRAMING:** Durch das Reframing (Umdeutung der Situation) wird das Problem oder das Symptom unter einem anderen Blickwinkel betrachtet. Ein Beispiel dazu wäre, wenn die Logopädin dem Kind sagt, dass seine zurückhaltende Art in anderen Situationen durchaus positiv ist. Weil es dadurch zuerst gut zuhört und so auf andere Kinder und ihre Äusserungen Rücksicht nimmt (vgl. Bamberger, 2005, S. 99-100).

**KOMPLIMENTE UND ANERKENNUNG:** Durch Komplimente wird der Fokus auf die Ressourcen des Kinds gelegt. Es wird ihm aufgezeigt, was es trotz seiner Probleme bereits schon Nützliches tut und kann es wird dadurch in seinem Selbstwert gestärkt und zu Veränderungen ermutigt (vgl. Berg und Dolan, 2001; zitiert nach De Shazer & Dolan, 2015, S. 28).

Die lösungsorientierten Fragen werden nicht nach bestimmten Vorgaben angewendet. Sie können je nach Kind und Situation angepasst werden. Beispielsweise können diese Fragen zum Zug kommen, wenn das Kind bei einer sprachlichen Übung nicht mehr weiter kommt. Oder sie werden motivierend eingesetzt, wenn die Logopädin merkt, dass der Therapiefortschritt stagniert.

### 3.3.3 EINE PRISE KREATIVITÄT!

Die lösungsorientierten Fragen können nicht nur sprachlich, sondern auch kreativ mittels anderer Formen umgesetzt werden. Wenn das Kind beispielsweise Mühe hat, differenziert über seine eigenen Emotionen und seine Wahrnehmungen zu sprechen - also ein beschränktes Vokabular und somit begrenzte Ausdrucksmöglichkeiten hat - kann es sich durch kreative Formen eher mitteilen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 37). Die kreative Umsetzung kann auch Anstoss für ein lösungsorientiertes Gespräch sein. Nachfolgende finden sich Beispiele dazu:

**VISUALISIEREN:** Für das Kind kann es hilfreich sein, wenn es zum Problem oder zur Lösung ein konkretes Bild hat (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 116). So kann eine Zeichnung (z.B. ein Fantasietier), welche als Symbol für das Problem oder die Lösung stehen, die Situation dem Kind veranschaulichen. Das abstrakte Problem oder die Lösung wird dadurch für das Kind benennbar und es kann besser darüber sprechen (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 99).

**EXTERNALISIEREN DES GESCHEHENS:** Mithilfe von Handpuppen und Rollenspielen kann man die Situation des Kindes mit Figuren darstellen. In der Rolle des gewählten Tieres geht das Kind auf Distanz zu seiner momentanen oder zukünftigen Situation und nimmt es aus dieser neutraleren Position eher wahr respektive an (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 103, 106-107).

**RESSOURCENARBEIT:** Damit das Kind seine Ressourcen wahrnimmt und darüber nachdenkt, gibt es im kreativen Ansatz verschiedene Ideen. Für die Suche nach Ressourcen hilft ein Steckbrief des Kindes. Darin sind eine Personenbeschreibung und Dinge, zu denen das Kind fähig ist (z.B. sprachliche Fähigkeiten) beschrieben oder gezeichnet. Zuletzt steht im Steckbrief, welches sprachliche Ziel das Kind erreichen möchte und welche zuvor aufgezählten Fertigkeiten dafür hilfreich sind (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 127-128).

**SKALIERUNGSTECHNIKEN:** Für Kinder, die noch kein Verständnis von Zahlen haben, kann mit verschiedenen Materialien „mehr“ oder „weniger“ symbolisiert werden. Zum Beispiel zeigt das Kind anhand eines Seils auf, wie weit es zurzeit von seinem Ziel entfernt ist. Oder das Kind kann mithilfe eines Luftballons, den man mehr oder weniger aufbläst, zeigen, ob sein Mut grösser oder kleiner geworden ist (vgl. Steiner & Berg, 2013, S. 133).

#### 4 FÖRDERLICHE FAKTOREN UND ANPASSUNGEN FÜR DEN ANSATZ

Für den lösungsorientierten Ansatz benötigt es Voraussetzungen, die beachtet werden müssen:

Das Kind benötigt gewisse kognitive, emotionale und sprachliche Fähigkeiten, um lösungsorientierte Fragen sprachlich, kognitiv und emotional zu verstehen und Antwort und Lösungsideen zu formulieren.

Bei Kindern mit Sprachverständnis- oder der -Produktionsstörungen kann es zu Verständnisproblemen auf beiden Seiten kommen. Der kreative Ansatz kann in solchen Situationen unterstützend wirken und die Kommunikation erleichtern.

Der Ansatz muss nicht streng nach Lehrbuch angewendet werden. Individuelle Anpassung des Ansatzes an die Situation und das Kind liegen im Ermessen der Logopädin und sind auch zu empfehlen.

## 6 VORTEILE UND KONSEQUENZEN FÜR DIE LOGOPÄDIE: DER DRUCK FÄLLT AB!

Der lösungsorientierte Ansatz hilft bei Widerstand des Kindes gegenüber der Therapie sehr gut, weil er mit seinem Fokus auf die Ressourcen des Kindes motivierend wirkt.

Ein anderer Vorteil für die Logopädin ist, denn sie muss nicht schon von Anfang an ausgereifte und erfolgversprechende Lösungen anbieten. Dadurch fällt ein gewisser Druck von ihr ab und sie wird entlastet, weil alle Beteiligten mitdenken und an den Lösungen mitarbeiten.

Mit dem lösungsorientierten Ansatz wird die Fähigkeit des Kindes zur Selbstreflexion gefördert.

## 7 LITERATUREMPFEHLUNGEN: EINSTIEG IN DEN LÖSUNGSORIENTIERTEN ANSATZ

Um den Ansatz vertiefter kennen zu lernen, empfiehlt es sich, Workshops oder Kurse zu diesem Thema zu besuchen. Folgende Literatur ermöglicht auch einen guten Einblick in die Praxis des lösungsorientierten Ansatzes mit Kindern:

- **Kaspar und Marianne Bäschlin:** Schriftreihe „Einfach, aber nicht leicht“
- **Therese Steiner:** „Jetzt mal angenommen... Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“
- **Therese Steiner und Insoon Kim Berg:** „Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern“
- **José Amrein:** Neue Ideen für die Stottertherapie. Praxisbezogene Spiele, kreative Interventionen, wirkungsvolle Gesprächsformen.
- **Manfred Vogt-Hillmann und Walter Burr:** „Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte kreative Kindertherapie“

## LITERATURVERZEICHNIS

Bamberger, G. G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Baeschlin, K. & Baeschlin, M. (2008a). *Band 1. Einfach, aber nicht leicht. Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen* (durchgesehener und ergänzter Neudruck). In Schriftenreihe: *Einfach, aber nicht leicht*. Winterthur: Zentrum für lösungsorientierte Beratung.

Baeschlin, K. & Baeschlin, M. (2008b). *Band 2. Fördern und Fordern. Lösungsorientiertes Denken und Handeln im erzieherischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen* (Nachdruck). In Schriftenreihe: *Einfach, aber nicht leicht*. Winterthur: Zentrum für lösungsorientierte Beratung.

Braun, O. (2002). Selbstverständnis förderdiagnostischen Vorgehens. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (S. 29-62). Stuttgart: Kohlhammer.

Burr, W. (1999). Schau mal, was schon da ist! Ressourcenfocussierende Diagnostik. In Vogt-Hillmann, M. & Burr, W. (Hrsg.), *Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte kreative Kindertherapie* (S. 31-45). Dortmund: Borgmann.

De Jong, P. & Berg, I. K. (2008). *Lösungen (er)finden* (6. verbesserte und erweiterte Auflage). Dortmund: Modernes Lernen.

De Shazer, S. (2010). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie* (10. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

De Shazer, S. & Dolan Y. (2015). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute* (4. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer.

Schoor, U. (2002). Möglichkeiten der Gutachtenerstellung. In Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation* (S. 63-76). Stuttgart: Kohlhammer.

Steiner, Th. (2013). *Jetzt mal angenommen.... Anregungen für die lösungsfokussierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (2. unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

Steiner, Th. & Berg, I. K. (2013). *Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern* (6. unveränderte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

Walter, J. L. & Peller, J. E. (2004). *Lösungsorientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch* (6. unveränderte Auflage). Dortmund: Modernes Lernen.