

Rogner, Josef und Hoffelner, Horst

Differentielle Effekte einer mehrdimensionellen Sprachheilbehandlung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 6, S. 195-199

urn:nbn:de:bsz-psydok-28600

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Differentielle Effekte einer mehrdimensionellen Sprachheilbehandlung

Von Josef Rogner und Horst Hoffelner

Zusammenfassung

Vor und nach einer stationären Sprachheilbehandlung erhobene Daten von 181 sprachentwicklungsverzögerten Kindern zur sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung wurden einer empirischen Klassifikation unterzogen. Die gewonnenen Behandlungsverläufe sprechen für differentielle Behandlungseffekte und die Notwendigkeit einer theoretischen Integration einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung.

Bedingungen einer unauffälligen Sprachentwicklung sind nach Bloom und Lahey (1978) ein intaktes peripheres und zentrales Nervensystem, angemessene kognitive Fähigkeiten, emotionale Stabilität und sprachliche Stimulation. Diese mehrfache Determination der Sprachentwicklung ergibt eine mehrdimensionale Struktur von Sprachstörungen (vgl. Becker und Sovak, 1975; Knura, 1974; Luchsinger und Arnold, 1970; Seemann, 1974).

Ein bedeutsames Charakteristikum sprachentwicklungs-gestörter Kinder dürften Schwierigkeiten bei der Reiz-Integration sein (z.B. Braun, 1978; Wölk, 1979). Zu erklären ist dieser Befund etwa mit dem von Affolter (1975, 1977) vorgelegten Hierarchiemodell. In diesem werden Sprachstörungen auf primäre Wahrnehmungsstörungen zurückgeführt.

Im Zusammenhang mit der multiplen Verursachung von Sprachstörungen wird die Notwendigkeit einer interdisziplinär ausgerichteten, mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung betont (z.B. Flehinghaus, 1976; Schäfer, 1978; Werner, 1974; Wilken, 1978). Eine entsprechende Behandlungsform wird auch im Sprachheilzentrum Werscherberg/Bissendorf (Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt Weser-Ems) durch Zusammenarbeit von Erziehern, Gymnastiklehrerinnen, Heilpädagogen, Mediziner, Psychologen, Sozialpädagogen und Sprachtherapeuten realisiert. Im Rahmen dieser Behandlung erhobene Daten wurden von Hoffelner (1978) für eine beschreibende Statistik aufbereitet. Sie stellen die Grundlage für folgende orientierende Voruntersuchung dar.

die jeweiligen Voraussetzungen des sprachentwicklungs-gestörten Kindes. Als heuristisches Konzept ziehen wir dafür das Modell der Merkmal-Methoden-Interaktionen (z.B. Cronbach, 1975) heran.

Wenn wir unterstellen, daß die in o. a. Einrichtung stationär behandelten sprachentwicklungs-gestörten Kinder ein vergleichbares Behandlungsangebot erfahren (z.B. wurden alle Sprachtherapeuten an der gleichen Lehranstalt ausgebildet), ist zu fragen, ob sich differentielle Effekte dieser Behandlung nachweisen lassen. Zur orientierenden Prüfung dieser Frage haben wir Daten zum Sprachstatus und zur motorischen sowie kognitiven Entwicklung aus den Anfangs- und Abschlußuntersuchungen der im Zeitraum 1975–1977 behandelten Kinder einer Clusteranalyse unterzogen. Ziel einer Clusteranalyse ist die optimale Strukturierung einer Menge von Elementen. Auf der Basis einer gegebenen Ähnlichkeitsfunktion werden beispielsweise Personen mit bestimmten Merkmalen mittels eines spezifischen Algorithmus so zu Gruppen zusammengefaßt, daß ein möglichst kleiner Fehler bei der Gruppenbildung erfolgt (vgl. Steinhäusen und Langer, 1977). Berücksichtigt man die eingangs erwähnten Voraussetzungen einer ungestörten Sprachentwicklung, sind folgende Gruppen (Behandlungsverläufe) zu erwarten: (1) Kinder, bei denen Störungen in allen erfaßten Entwicklungsbereichen bestanden haben und abgebaut werden konnten und (2) Kinder mit einem erfolglosen Behandlungsverlauf. Die Daten zum Sprachstatus (Dyslalie, Dysgrammatismus) wurden den Berichten der jeweiligen Sprachtherapeuten entnommen. Diese Daten werden zwar mit einem einheitlichen Prüfmaterial erhoben, aber über ihre Reliabilität ist nichts bekannt. Der motorische Entwicklungsstand wurde mit einer Kurzform der „Lincoln-Oserecky-Skala“ (Eggert, 1971) gemessen; der kognitive bei der Anfangsuntersuchung mit dem non-verbalen Intelligenztest von Snijders-Oomen (1964), Serie P + Q, oder dem „French-Bilder-Intelligenztest“ (Hebbel und Horn, 1976) und bei der Abschlußuntersuchung mit dem „Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder“ (Hardesty und Priester, 1966). Die genannten Daten lagen auf Ordinalskalen-Niveau in vier Abstufungen vor und mußten aus programm-technischen Gründen dichotomisiert werden:

<i>Dyslalie</i>	: keine – partielle vs. multiple – universelle
<i>Dysgrammatismus</i>	: kein – leicht vs. mittel – schwer
<i>motorische Entwicklung</i>	: { (kleiner als – 1 Standardabweichung vs. größer oder gleich – 1 Standardabweichung)
<i>kognitive Entwicklung</i>	: { Standardabweichung)

Fernziel unserer Forschungsbemühungen ist eine Verbesserung der Adaptivität der Sprachheilbehandlung durch eine theoriegeleitete Anpassung der Behandlungsmethoden an

Der mit dieser Skalenregression einhergehende Informationsverlust dürfte die Verwendung unterschiedlicher Intelligenztests ausreichend kompensieren.

Abschließend wurden Unterschiede zwischen den empirisch gefundenen Behandlungsverlaufsformen hinsichtlich folgender Merkmale geprüft:

1. sozio-demographische Merkmale: städtischer Wohnbereich, manueller Beruf des Vaters, Kinderzahl
2. sprachbehinderte Geschwister
3. Geschlecht
4. weitere Daten zur Sprachheilbehandlung: ambulante Vorbehandlung, Aufnahmealter, Behandlungsdauer, Behandlungsabbruch
5. medizinische Daten: Hörschädigung, Cerebralparesen, zentrale Dysfunktionen
6. Verhaltensauffälligkeiten (nach Beobachtungsberichten): Aggressivität, Enuresis/Enkopresis, Konzentrationsstörungen, Hypermotorik, Ängstlichkeit.

Stichprobe: 181 sprachentwicklungsverzögerte Kinder, die sich zwischen 1975–1977 im Sprachheilzentrum Werscherberg in stationärer Sprachheilbehandlung befunden haben.

Methode: Zur Klassifikation des Behandlungsverlaufes wurde eine hierarchische Clusteranalyse mit dem „M-Koeffizienten“ als Distanzmaß und dem „Average Linkage“-Verfahren als Gruppierungsalgorithmus (vgl. Gediga, 1979) durchgeführt. Da ein statistisches Modell zur Signifikanzprüfung von Clusterlösungen bisher nicht vorliegt, muß die optimale Datenstrukturierung ähnlich wie bei der Faktorenanalyse über eine Inspektion des Fehlerwertanstiegs bei jedem Gruppierungsschritt bestimmt werden (vgl. Tücke, 1976). Unterschiede zwischen den Clustern hinsichtlich der o.a. Merkmale wurden je nach Voraussetzung mit einer einfachen Varianzanalyse oder dem χ^2 -Test geprüft. Als Irrtumswahrscheinlichkeit wurden 10% gewählt.

Ergebnisse

Gruppe A umfaßt Kinder mit schweren Störungen in allen erfaßten Entwicklungsbereichen bei der Eingangsdiagnose und einer erfolgreichen Modifikation der Sprachstörungen. Die motorischen Defizite dieser Kinder blieben weitgehend unbeeinflusst. Ihre kognitive Entwicklungsverzögerung konnte kaum modifiziert werden.

Gruppe B ist durch Kinder charakterisiert, die starke Entwicklungsstörungen im sprachlichen und motorischen Bereich bei ihrer Aufnahme aufwiesen und bei denen intellektuelle Defizite in allen Fällen und motorische Störungen bei der Mehrzahl der Fälle abgebaut werden konnten. Unbeeinflusst blieb bei diesen Kindern ausnahmslos der Dysgrammatismus und die Dyslalie.

Gruppe C—die umfangreichste Gruppe—weist Kinder auf, die bei der Entlassung aus der Sprachheilbehandlung in den erfaßten Entwicklungsbereichen fast keine Defizite mehr aufwiesen, obwohl eingangs schwere Sprachstörungen und bei einem Teil der Kinder zusätzlich motorische und intellektuelle Defizite festgestellt worden waren.

Gruppe D enthält Kinder, deren starkes Stammeln sehr häufig modifiziert werden konnte und die bei ihrer Entlassung keinen bzw. nur mehr einen geringen Dysgrammatismus und keine intellektuellen Rückstände mehr aufwiesen. Die bei fast allen Kindern dieser Gruppe festgestellten motorischen Ausfälle konnten nicht beeinflusst werden.

Gruppe E erfaßt jene Gruppe von Kindern, die eingangs ausnahmslos schwere sprachliche und intellektuelle Rückstände aufwiesen. Überwiegend waren auch motorische Störungen zu beobachten. Bei keinem dieser Kinder konnte der Dysgrammatismus und bei fast keinem die intellektuelle Entwicklungsstörung beeinflusst werden. Die Dyslalie und die motorischen Ausfälle konnten nur bei einem Teil der Kinder modifiziert werden.

Zu den Gruppen A, C und D wurden Kinder zusammengefaßt, bei denen fast immer die Dyslalie und ausnahmslos der Dysgrammatismus modifiziert werden konnte. Während bei den Kindern der Gruppe C alle motorischen und intellektuellen Defizite abgebaut werden konnten, blieben in Gruppe A intellektuelle Defizite fast immer und motorische Ausfälle häufig unbeeinflusst; ebenso in Gruppe D alle motorischen Störungen.

Die Gruppen B und E sind durch einen Mißerfolg bei der Behandlung des Dysgrammatismus und einen Teilerfolg bei der Behandlung der Stammelfehler charakterisiert. Sie unterscheiden sich durch die Häufigkeit erfolgreicher Veränderungen intellektueller Entwicklungsrückstände. Während bei den Abschlußuntersuchungen bei keinem Kind aus

Tabelle 1: Ergebnisse der Clusteranalyse von Daten aus Anfangs- und Abschlußuntersuchungen¹

Cluster	A	B	C	D	E	A-E
Merkmale	(N = 20)	(N = 19)	(N = 99)	(N = 27)	(N = 16)	(N = 181)
Dyslalie-Anfang	85	100	96	96	100	96
Dyslalie-Abschluß	0	68	5	11	44	16
Dysgramm.-Anfang	85	100	84	52	100	82
Dysgramm.-Abschluß	0	100	4	0	100	22
Motor.Entw.-Anfang	100	100	56	96	81	74
Motor.Entw.-Abschl.	65	37	0	100	44	30
Kogn.Entw.-Anfang	100	53	29	30	100	46
Kogn.Entw.-Abschl.	95	0	3	0	94	20

¹ Prozentwerte der jeweiligen Häufigkeiten

Tabelle 2: Unterschiede zwischen den Clustern des Behandlungsverlaufes

	A-E (N = 181)	A (N = 20)	B (N = 19)	C (N = 99)	D (N = 27)	E (N = 16)	p
Städt. Wohnbereich	43	60	37	41	37	50	< .05
Manueller Beruf	85	90	84	79	92	93	n. s.
des Vaters	3,92	4,20	4,10	3,85	3,59	4,38	n. s.
Kinderzahl ¹							
Sprachbehind.	29	35	32	28	30	25	n. s.
Geschwister	71	60	79	71	74	69	n. s.
Jungen							
Ambulante	29	20	21	26	48	38	n. s.
Vorbehandlung	79,12	79,35	77,42	78,69	58,74	84,13	< .10
Aufnahmealter ²							
Behandlungs-	11,97	11,65	11,95	11,77	12,93	13,94	n. s.
dauer ²							
Behandlungs-	17	5	58	10	19	19	< .001
abbruch	15	5	42	13	7	19	< .01
Hörschaden							
Cerebral-	7	10	16	4	7	13	n. s.
paresen							
Zentrale	49	50	58	40	67	63	< .10
Dysfunktion	12	15	11	15	4	0	n. s.
Aggressivität							
Enuresis/	20	10	26	15	41	19	< .05
Enkopresis							
Konzentrations-	39	40	53	30	52	50	n. s.
störungen	28	35	32	28	22	25	n. s.
Hypermotorik	22	15	37	23	15	13	n. s.
Ängstlichkeit							

¹ Mittelwerte² Mittelwerte in Monaten; die übrigen Angaben sind Prozentwerte.

Tabelle 3: Ergebnisse der Zerlegungen der Freiheitsgrade

Variable	Variabilität	FG	x ²	p
Behandlungsdauer	A x B	1	19,72	< .001
	(A + B) x C	1	8,64	< .005
	(A + B + C) x D	1	0,11	n. s.
	(A + B + C + D) x E	1	0,06	n. s.
Hörschaden	A x B	1	10,57	< .005
	(A + B) x C	1	2,18	n. s.
	(A + B + C) x D	1	1,30	n. s.
	(A + B + C + D) x E	1	0,20	n. s.
Enuresis/ Enkopresis	A x B	1	1,63	n. s.
	(A + B) x C	1	0,14	n. s.
	(A + B + C) x D	1	8,72	< .005
	(A + B + C + D) x E	1	0,01	n. s.
Zentrale Dysfunktion	A x B	1	0,24	n. s.
	(A + B) x C	1	2,02	n. s.
	(A + B + C) x D	1	4,56	< .05
	(A + B + C + D) x E	1	1,25	n. s.
Städtischer Wohnbereich	A x B	1	2,13	n. s.
	(A + B) x C	1	0,38	n. s.
	(A + B + C) x D	1	0,38	n. s.
	(A + B + C + D) x E	1	0,34	n. s.

Gruppe B mehr eine unterdurchschnittliche Leistung im Intelligenztest festgestellt werden konnte, traf dies noch auf fast alle Kinder aus Gruppe E zu.

Bedeutsame Unterschiede zwischen den Clustern fanden sich hinsichtlich Wohngebiet und Aufnahmealter sowie der Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen, Hörschädigungen, zentraler Dysfunktionen und von Enuresis/Enkopresis.

Multiple Mittelwertvergleiche über Scheffe-Tests ließen keine bedeutsamen Differenzen im Aufnahmealter zwischen den Clustern erkennen. Bei den Mehrfeldertafeln, bei denen eine bedeutsame Abweichung der Zellenbesetzungen von den Erwartungswerten aufgetreten war, wurde eine Zerlegung der Freiheitsgrade (Sachs, 1974) durchgeführt.

Die in Tabelle 3 dargestellten Ergebnisse zeigen einen bedeutsam häufigeren Behandlungsabbruch bei Cluster B im Vergleich mit A sowie von Cluster A und B im Vergleich mit C (der allerdings durch die starke Abweichung vom Erwartungswert in Cluster B signifikant wird). Auch bei der Häufigkeit von Hörschäden konnten überzufällige Unterschiede zwischen Cluster A und B gesichert werden. Bei Kindern aus den Clustern A, B und C ist seltener eine Enuresis bzw. Enkopresis zu beobachten als bei den Kindern aus Gruppe D. Ein entsprechender Unterschied findet sich auch hinsichtlich der Häufigkeit zentraler Dysfunktionen. Die a posteriori Analyse für den Wohnbereich ergab keine bedeutsamen Unterschiede.

Diskussion

Die Anzahl zusätzlicher Defizite der untersuchten sprachentwicklungsgestörten Kinder im Bereich der motorischen (74%) und der kognitiven Entwicklung (46%) verdeutlicht, daß Sprachstörungen häufig im Kontext anderer Entwicklungsstörungen auftreten. Eine Betrachtung der Ergebnisse der Abschlußuntersuchungen zeigt erfreuliche Behandlungsergebnisse.

Bei den Kindern, die sprachlich am wenigsten von der Behandlung profitieren konnten (Cluster B), lag häufig eine Hörschädigung vor (42%). In dieser Gruppe finden sich auch die meisten Behandlungsabbrüche, die fast immer mit einer Umschulung in eine Schule für Hörbehinderte bzw. Schwerhörige verbunden waren. Eine weitere Gruppe, bei der die Dyslalie nicht so häufig und der Dysgramatismus nicht modifiziert werden konnte, stellt Cluster E dar. Diese Kinder waren bei der Aufnahme schon relativ alt, was eventuell als Hinweis auf die Bedeutung einer möglichst frühzeitigen Sprachtherapie anzusehen ist. In dieser Gruppe sind auch häufig zentrale Dysfunktionen (63%) zu beobachten. Daß mit diesem Faktor jedoch die ungünstigen Behandlungsergebnisse dieser Gruppe nicht erklärt werden können, zeigt der Behandlungsverlauf der in Cluster D zusammengefaßten Kinder, bei denen ebenfalls häufig (67%) eine zentrale Dysfunktion gegeben war; und zwar bedeutsam häufiger als in den Clustern A, B und C zusammen. Bei diesen Kindern konnten nämlich die sprachlichen Auffälligkeiten sehr häufig abgebaut werden. Unterschiede zwischen Cluster D und E finden sich allerdings bezüglich der Häufig-

keit kognitiver Entwicklungsstörungen. Nimmt man noch Cluster C in den Vergleich von D und E mit auf, könnte man schließen, daß eine erfolgreiche Sprachheilbehandlung dann zu beobachten ist, wenn keine kognitive Entwicklungsstörung gegeben ist oder diese abgebaut werden kann.

Eine erfolgreiche Sprachheilbehandlung setzte also eine erfolgreiche Behandlung der kognitiven Entwicklungsstörungen voraus. Diese Schlußfolgerung wird jedoch durch den Behandlungsverlauf der in Cluster A zusammengefaßten Kinder relativiert. Denn bei diesen Kindern konnte eine erfolgreiche Modifikation der Sprachstörungen ohne Veränderung der kognitiven Entwicklungsstörungen erreicht werden. Eine erfolgreiche Behandlung sprachentwicklungsverzögerter Kinder muß also nicht notwendigerweise mit einem parallelen Abbau motorischer und kognitiver Entwicklungsstörungen einhergehen. Gegen diese Behauptung ist jedoch einzuwenden, daß möglicherweise die relevanten Veränderungen in diesen Entwicklungsbereichen mit den verwendeten Operationalisierungen gar nicht erfaßt worden sind. Eine weitere Erklärung des unerwarteten Befundmusters von Cluster A kann von einer Untersuchung Klinghammers (1971) abgeleitet werden. Klinghammer fand bei Kindern mit weit unterdurchschnittlichen Leistungen in einem nonverbalen Intelligenztest (Mosaiktest) eine normale Sprachleistung (Artikulation), wenn sogenannte „Kompensationsfaktoren“ (unauffälliges Arbeitsverhalten und unauffällige Merkfähigkeitsspanne sowie Konzentration) gegeben waren. In der von uns untersuchten Stichprobe finden sich allerdings keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der in diesem Zusammenhang relevanten Merkmale „Konzentrationsstörungen“ und „Hypermotorik“, so daß wir die genannte Erklärungsmöglichkeit nicht heranziehen können.

Das häufige Auftreten von Enuresis/Enkopresis der in Cluster D gruppierten Kinder im Vergleich mit der Vereinigung der Cluster A, B und C ist für uns vorerst nicht zu erklären; ebenso nicht die Unterschiede zwischen den Clustern bezüglich des Wohnortes.

Zusammenfassend erbrachte eine empirische Klassifikation der Behandlungsverläufe nicht die erwartete Lösung, daß eine erfolgreiche Sprachheilbehandlung notwendigerweise mit einem Abbau motorischer und kognitiver Entwicklungsstörungen einhergehen muß bzw. eine unauffällige Entwicklung in diesen Bereichen voraussetzt. Damit wird jedoch nicht in Frage gestellt, daß eine erfolgreiche Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen an eine Modifikation spezifischer kognitiver und motorischer Störungen gebunden ist. Problematisiert wird durch dieses Ergebnis allerdings ein relativ unverbundenes, theoriefernes Diagnostizieren von Entwicklungsstörungen z. B. im kognitiven und motorischen Bereich und eine Zuweisung von Kindern zu ebenso unverbundenen bereichsspezifischen Behandlungsmaßnahmen. Es ist also nicht nur eine mehrdimensionale, sondern auch eine durch eine Theorie integrierte, mehrdimensionale Behandlung sprachentwicklungsverzögerter Kinder zu fordern. Dafür notwendiges Bedingungs- und Änderungswissen (vgl. Kaminski, 1970) könnten etwa das Hierarchiemodell von Affolter (1975) und linguistische Theorien (vgl. Ihssen, 1977) liefern.

Summary

Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy

Data obtained before and after treatment of 181 speech handicapped children regarding their linguistic, motoric and cognitive development were submitted to empirical classification. The results indicate differentiated treatment effects and thus the need for a theoretical integration of multi-dimensional speech therapy is discussed.

Literatur

Affolter, F.: Wahrnehmungsprozesse, deren Störung und Auswirkung auf die Schulleistungen, insbesondere Lesen und Schreiben. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1975, 3, 223–234. – Ders.: Die Fehlentwicklung von Wahrnehmungsprozessen insbesondere im auditiven Bereich. In: E. Berger (Ed.), Teilleistungsschwächen bei Kindern. Bern, 1977. – Becker, K.-P. und Sovak, M.: Lehrbuch der Logopädie. Berlin, 1975. – Bloom, L. und Labey, M.: Language development and language disorders. New York 1978. – Braun, O.: Psycholinguistische Lernstörungen bei sprachbehinderten Kindern. Die Sprachheilarbeit, 1978, 23, 157–170. – Cronbach, L. J.: Wie kann Unterricht an individuelle Unterschiede angepaßt werden? In: R. Schwarzer und K. Steinhagen (Eds.), Adaptiver Unterricht. Wechselwirkungen zwischen Schülermerkmalen und Unterrichtsmethoden. München 1975. – Eggert, D., LOS KF18.: Lincoln-Oseretzky-Skala. Kurzform zur Messung des motorischen Entwicklungsstandes von normalen und behinderten Kindern im Alter von 5–13 Jahren. Weinheim 1971. – Flehinghaus, K.-H.: Zur interdisziplinären Rolle und Position der Sprachbehindertenpädagogik. Der Sprachheilpädagoge, 1976, 8, 1–12. – Gediga, G.: Hierarchische Klassifikation. Unveröffentlichtes Manuskript. Osnabrück 1979. – Hardesty, F. P. und Priester, H. J.: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Bern 1966. – Hebbel, G. und Horn, R.: French-Bilder-Intelligenz-Test (FBIT). Weinheim 1976. – Hoffelner, H.:

Statistische Analyse des Entlassungsjahrganges 1977. Unveröffentlichter Bericht. Bissendorf 1978. – Ihssen, W. B.: Die Bedeutung von Linguistik, Psycholinguistik und Soziolinguistik für die Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit, 1977, 22, 165–176. – Kaminski, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart 1970. – Klinghammer, H.-D.: Die Bedeutung einer Mehrfachbehinderung für die sprachliche Entwicklung. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Ed.), Sprachstörung und Mehrfachbehinderungen. Hamburg 1971. – Kmura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat, Sonderpädagogik. (Band 4). Gutachten und Studien der Bildungskommission. (Band 35). Stuttgart 1974. – Luchsinger, R. und Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. (Band 2). Wien 1970. – Schäfer, H.: Zur Frage der mehrdimensionalen Behandlung in stationären Einrichtungen für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche. Die Sprachheilarbeit, 1978, 23, 67–68. – Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin 1969. – Seemann, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1974. – Snijders-Oomen: Nicht verbale Intelligenzuntersuchung für Hörende und Taube. Groningen 1964. – Steinhausen, D. und Langer, K.: Clusteranalyse. Einführung in Methoden und Verfahren der automatischen Klassifikation. Berlin 1977. – Tücke, M.: Taxometrische Methoden unter besonderer Berücksichtigung des Wardschen Algorithmus. In: B. Rollett und M. Bartram (Eds.), Einführung in die hierarchische Clusteranalyse. Stuttgart 1976. – Werner, L.: Das sprachgeschädigte Kind in der Vorschulerziehung. Frankfurt 1975. – Wilken, E.: Mehrdimensionale Sprachförderung geistig behinderter Kleinkinder. In: G. Heese (Ed.), Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Berlin, 1978. – Wölk, L.: Das Lernverhalten sprachentwicklungsgestörter und sprachunauffälliger Kinder in vier nicht-verbalen Experimenten. Die Sprachheilarbeit, 1979, 24, 181–193.

Anshr. d. Verf.: Dr. phil. Josef Rogner, Universität Osnabrück FB 8, Seminarstraße 20, 4500 Osnabrück, Dr. phil. Horst Hoffelner, Sprachheilzentrum, Werscherberg, Abt. EFH, Postf. 40, 4516 Bissendorf 1 b. Osnabrück.