

Warum wirkt Therapie?

Zur Entwicklung und Geschichte der Kindersprachtherapie

Julia Siegmüller

ZUSAMMENFASSUNG. Der vorliegende Beitrag beschreibt die Einflüsse auf die Kindersprachtherapie seit den „vortheoretischen Jahren“, d.h. dem Zeitraum vor 1980. In chronologischer Reihenfolge wird der Einfluss von verschiedenen Wissenschaften auf die Logopädie an der Kindersprache reflektiert und jeweils vom theoretischen Modell zur Umsetzung in Therapie dargestellt. So soll deutlich werden, warum sich wann welche Therapieform entwickelte. Als Ergebnis steht das heutige Repertoire von therapeutischen Ansätzen und Methoden, die parallel eingesetzt werden (können). Der AnwenderIn dieser Methoden soll der Beitrag helfen, die eigene Einstellung zu einer Therapieform und der dahinterliegenden Theorie zu konkretisieren.

Schlüsselwörter: Sprachentwicklungsstörung – Therapie von Sprachentwicklungsstörung – Sprachheilpädagogik – Psycholinguistik – Modellorientierte Therapie – evidenzbasierte Praxis

Einleitung

Die Kindersprachtherapie bildet seit den 1970er Jahren ein wichtiges Standbein von logopädischen Praxen. Viele leben heute weitgehend von ihrem Kinder-Patientenstamm. Trotzdem ist es schwer für die niedergelassenen PraktikerInnen, das Wie und Warum der Therapie über die Jahre zu verfolgen. Dies liegt nicht zuletzt an der immer noch bestehenden Kluft zwischen Theorie und Praxis, die zur Folge hat, dass neue Theorien bzw. Perspektiven auf Sprachentwicklungsstörungen nicht oder nur teilweise in therapeutischen Konzepten erklärt und umgesetzt werden.

Angesichts der heutigen Ansprüche von verschiedenen Seiten der Gesellschaft an logopädische Therapie (von Suchodoletz 2002), ist es wichtig, über Einflüsse und Phasen der Kindersprachtherapie zu reflektieren und so Güte, Aktualität und Modellrahmen von Ansätzen bewerten zu können. In diesem Beitrag werden die Einflüsse von der vortheoretischen Zeit (bis 1970er Jahre) bis heute dargestellt. Grundsätzlich werden folgende Einflussphasen unterschieden:

- vortheoretische Zeit
- Einfluss sprachheilpädagogischer Arbeiten (1980er Jahre)
- Einfluss der Psycholinguistik (1990er Jahre, „psycholinguistische Wende“)
- Übernahme aus der modellorientierten Aphasologie (kognitiv neuropsychologischer Ansatz)

- Einfluss der Patholinguistik
- Einfluss der evidenzbasierten Medizin (evidenzbasierte Praxis)
- Logopädische Theoriebildung

Grundsätzlich ist die Einsicht relativ neu, dass Therapie nicht nur Handwerk ist, sondern auch einer theoretischen Einbettung bedarf. Diese Einsicht geht in Deutschland mit der Akademisierungsphase der Logopädie (Modellklausel 2009-2017) einher. Für die Entwicklung der logopädischen Theoriebildung an sich ist dies hilfreich, zeigt aber auch auf, dass bisher aus dem eigenen Fach heraus nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen können.

Bestehendes Wissen stammt vor allem aus Qualifizierungsarbeiten. Jeder Beitrag dazu kann hochwertig sein, ersetzt aber keine systematische Forschung, wie sie an den universitären Instituten der wissenschaftlichen Disziplinen möglich ist, die über die letzten Jahrzehnte Einfluss auf die Logopädie hatten. Letztendlich steht die Debatte darüber noch aus, was Therapie ist und wie sie wirkt, wie sich logopädische Theorien selbst verstehen und voneinander abgrenzen.

Ob diese Debatte stattfinden wird und wie intensiv sie das Fach wissenschaftlich und praktisch voranbringt, wird nicht zuletzt von der Finanzierung der (Fach-)Hochschulen abhängen, an denen die Logopädie als neue wissenschaftliche Disziplin angesiedelt ist.

Prof. Dr. Julia Siegmüller studierte von 1991-1996 Allgemeine Linguistik, Germanistik, Sprachheilpädagogik und Erziehungswissenschaft an der Universität Bremen. Von 1996 bis Sommer 2007 arbeitete sie an der Universität Potsdam im Studiengang Patholinguistik. Dort umfassten ihre Aufgaben die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden im Bereich der Diagnostik und Therapie kindlicher Sprachstörungen. 2008 beendete sie dort ihre Promotion. Seit Herbst 2007 leitet sie das Logopädische Institut für Forschung (LIN.FOR) an der EWS in Rostock.



Die Überlegungen zu einer Theorie von logopädischer Therapie – also Fragen nach dem Warum von Therapiewirkung – kennzeichnen den Übergang von der Einstellung, Therapie als Handwerk zu begreifen, zu der Idee, Therapie als komplexe Aufgabe zu verstehen (Pahn et al. 2010). Diese besteht in der Abbildung von (grundsätzlich lückenhaften) Datenpunkten auf das kognitive, abstrakte Wissen, um daraus Interpretationen abzuleiten, die anschließend in strukturierten, zielorientierten Arbeitshandlungen umgesetzt werden.

Die Qualität der einzelnen Interventionsphasen ist immens abhängig von dem Wissen und der Einstellung der behandelnden Fachperson und der jeweiligen Interpretation der vorliegenden diagnostischen Daten. Hierbei ist immer Theorie im Spiel – diese beginnt bei der Gewichtung der verschiedenen diagnostischen Informationen (Abwägen der einzelnen Diagnostikergebnisse), ist ausschlaggebend für die anschließende Formulierung eines Therapieziels (welches Symptom wird warum behandelt) und schließlich für die Frage, wie ein Ziel erreicht werden soll (methodische Umsetzung). Jede TherapeutIn

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autorin auf 42. Jahreskongress des dbl 2013 in Erfurt

hat eine eigene Einstellung zu diesen Fragen, was nichts anderes ist als die persönliche theoretische Position.

Dieser Beitrag soll helfen, über die eigenen und anderen – häufig weitgehend unbewussten – theoretischen Einstellungen im Bereich der Kindersprachtherapie zu reflektieren. Der chronologische Ablauf der Einflussphasen (Tab. 2, S. 4) auf die Kindersprachtherapie soll helfen, sich selbst und die eigene Berufsbiografie einzuordnen und zu positionieren.

Vortheoretische Zeit (vor 1980)

Die logopädische Kindersprachtherapie ist älter als ihre Theoriebildung. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Handlungskonzepte vor ihrer theoretischen Untermauerung entstanden (Baumgartner 2008). Tatsächlich entstand in dieser Zeit eine Reihe von therapeutischen Methoden, deren Einsatz heute noch alltäglich ist bzw. zumindest noch ab und zu stattfindet. Nach der Einteilung von Dannenbauer (2002, 136) können hierzu die behavioristischen, die didaktischen und auch die mechanistischen Methoden gezählt werden (Tab. 1).

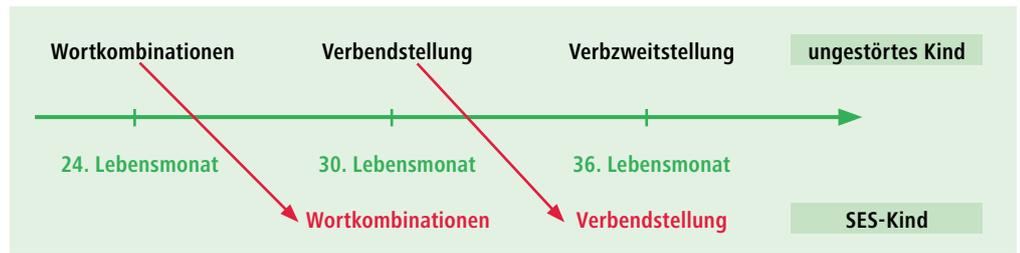
Gemeinsame Merkmale dieser methodischen Vorgehensweisen sind a) die übende Grundhaltung in der Sprachtherapie und b) die Produktionsorientierung der Therapie. Beides entspricht dem normalen Verständnis von Therapie zu jener Zeit. Sprache und Sprechen wurden noch nicht konsequent getrennt. Sprache zu therapieren folgte der Idee, Sprache zu trainieren. Die Vergleichsdimension war die Sprache der Erwachsenen. Daher waren alle Abweichungen in der kindlichen Sprache per se ein gleichrangiges Symptom. Fehler in der Sprachproduktion des Kindes (Aussprachfehler, Fehlbenennungen von Wörtern oder morphologische Fehler) fallen von jeher mehr auf als fehlende Strukturen oder rezepptive Defizite, was den hauptsächlichen Therapiegegenständen dieser Zeit entspricht:

- Aussprachetherapie/Artikulationstherapie (Dyslalie, Sigmatismus),
- Dysgrammatismus/morphologische Therapie (Kasus, Plural, Tempus),
- Wortschatzdefizite, teilweise allgemein als Sprachentwicklungsstörung bezeichnet.

■ Tab. 1: Methodengruppen in der Kindersprachtherapie nach Dannenbauer (2002, 136)

Methodengruppe	Beschreibung
Behavioristisch	Imitation und Verstärkung
Didaktisch	Explizite Instruktion und bewusste sprachliche Problemlösung
Mechanistisch	Einschleifen von Sprachroutinen

■ Abb. 1: Ein normales Zwischenstadium der Sprachentwicklung wird durch zu langes Auftreten zum Symptom einer Störung



Das Üben von Sprache bestand im Bewusstmachen von Sprache, um dem Kind auf einer bewussten Ebene zu verdeutlichen, wie und warum man Sprache (auf eine bestimmte Art) einsetzt. Sprache wurde in ihrer Komplexität gesteigert: von der Laut- (bei Aussprachstörungen) auf Silben- und Wortebene, dann folgten Satz- und Textebene. Diese Steigerungshierarchie bestand ebenfalls bei Sprachverständnisstörungen (Amorosa & Noterdaeme 2003) sowie bei grammatischen Störungen.

Im Dysgrammatismus wurde viel mit Satzmusterübungen gearbeitet (auch „Drill“ genannt, Paul 2007). Die Steigerung erfolgte vom kurzen zum langen Satz, während die Satzkomplexität zweitrangig war. Eine Folge in dieser Zeit war, dass Therapieziel und Therapiemethode eine Einheit bildeten: So bestand z.B. die Anschauung, dass Dysgrammatismus nur durch das Üben von Sätzen überwunden werden kann.

Bereits aus dieser kurzen Abhandlung wird deutlich, dass sich Sprachtherapie an Kinder richtete, die im Durchschnitt älter waren als die, die heute die typische Klientel einer Praxis bilden. Das typische Therapiekind der 1970er Jahre kam mit der Einschulungsuntersuchung zur Logopädin oder ging bereits zur Schule. In dieser Zeit entstanden aber auch einige therapeutische Traditionen, die sich bis heute halten und vielfach den Praxisalltag mitbestimmen:

- Sprache ist von Motorik abhängig (z.B. Olbrich 1996).
- Sprache muss mit allen Sinnen begreifbar werden.
- Die Verarbeitung von nichtsprachlichen auditiven Reizen ist eine Voraussetzung für die Verarbeitung von sprachlichen Reizen.

Auch strukturell bildeten sich Traditionen heraus, die pauschale Anwendung finden:

- Sprachtherapie zweimal pro Woche ist besser als einmal pro Woche (z.B. Dannenbauer 2002, 161).
- Sprachtherapie sollte Hausaufgaben enthalten (z.B. Wendlandt 2002).
- Sprachtherapie bei jüngeren Kindern wirkt besser als bei älteren Kindern. (Dazu gibt es nur sehr wenige Belege. Ein Beleg für die Therapie von Late Talkern findet sich bei Siegmüller et al. 2010.)

Einfluss der Sprachheilpädagogik

In den 1980er und frühen 1990er Jahren erfuhr die Sprachtherapie große Umwälzungen in theoretischer und methodischer Hinsicht. Im Einklang mit einer generellen Abwendung von der Verschulung der frühen Kindheit in der Pädagogik und der Hinwendung zu kindgerechtem Vorgehen in einer sinntragenden Interaktion zwischen Kind und Therapeutin griff vor allem Dannenbauer die Modellierungsmethode auf und stellte sie in der deutschen Kindersprachtherapie als Entwicklungsproximale Therapie vor (Dannenbauer & Künzig 1991).

Auf der Basis interaktionistischer Gedankengänge bekam die Grammatiktherapie damit einen umschreibbaren theoretischen Rahmen. Gleichzeitig wurde durch die Erkenntnisse der Psycholinguistik (Clahsen 1986, 1988) der ungestörte Spracherwerb als Phänomen eines bestimmten Lebenszeitraums zur relevanten Vergleichsdimension der Kindersprachtherapie. Sprachliche Symptome wechselten von Abweichungen zu Phänomenen, die für eine gewisse Phase normal waren und nur durch ihr zu langes Auftreten den Status einer Auffälligkeit erhielten (Abb. 1).

Durch diese Einteilung können auch der Schweregrad und die Erscheinungsweise einer Störung beurteilt werden (Leonard 1998): Es kann sich um eine Verzögerung handeln (das Kind ist langsamer in seiner Entwicklung, es ist aber noch Eigenentwicklung zu sehen) oder es liegt eine Stagnation vor (keine Ei-

genentwicklung mehr). Der Grad der Verzögerung bzw. der Stagnationspunkt in Bezug zum chronologischen Alter gibt Aufschluss über den Schweregrad des Problems.

Die Sprachtherapie folgte nun in ihrem Ablauf im Idealfall dem ungestörten Spracherwerb und ebenso wurden Grundprinzipien der Sprachverarbeitung in die Sprachtherapie übernommen. So entstand durch das Modellieren zum ersten Mal in der Kindersprachtherapie eine grundlegende und begründete Ausrichtung auf die Förderung des Sprachverstehens, die der Produktionsförderung zeitlich vorausgeht: „Dieses rezepptive Wissen muss durch Modellieren immer wieder aktiviert werden, bis es einen Grad der Verfügbarkeit erreicht hat, dass es produktionsleitend werden kann“ (Dannenbauer 2002, 152).

Im Vordergrund stand jetzt die individuelle Anpassung an das Kind mit Raum für seine Eigenheiten. Der Dialog als grundlegendes Prinzip zum Verstehen von Sprache ersetzte den Bewusstmachungsprozess und verhinderte so das Aufkommen einer Therapiesprache und des formelhaften Trainings von Sprache. Ebenso sollte Druck vom Kind abgewendet werden. So entstand mit der Entwicklungsproximalen Therapie ein indirekter Therapieansatz, der immer noch einer der beliebtesten und bekanntesten Therapieansätze des deutschen Sprachraums ist. In seinem Fokus lagen und liegen die grammatischen (syntaktischen und morphologischen) Störungsbilder, ebenso wurde ein Konzept zur Semantik (Füssenich 2002) sowie eines zur Phonologietherapie entwickelt (Hacker 2002, Hacker & Wilgermeir 1999).

Einfluss der Psycholinguistik

In den 1990er Jahren nahm der Einfluss der Psycholinguistik auf die Sprachtherapie im Kindersprachbereich und in der Aphasologie zu. Vorherrschend waren generative Ansätze, die alle von einer mehr oder weniger expliziten Angeborenheit von grammatischen Kategorien oder Operationen ausgingen (Pinker 1984) und damit auch als nativistisch bezeichnet werden können (Ambridge & Lieven 2011). Unterschiedlich betrachtet wurde die Frage, wie vollständig die grammatische Kompetenz im Kind bereits von Beginn an angelegt ist. So geht die starke Kontinuitätshypothese davon aus, dass das Kind bereits über vergleichbar vollständiges grammatisches Wissen verfügt wie Erwachsene. Fehler werden als Performanzprobleme verstanden, die aufgrund einer noch nicht voll entwickelten Verarbeitungsfähigkeit entstehen (Weissenborn

1994). Die Konsequenzen aus einem solchen theoretischen Rahmen sind unter anderem:

- Der Erwerbsverlauf ist bei jedem Kind gleich.
- Das Kind entwickelt sich vorrangig aus sich selbst heraus, externe Faktoren spielen eine nur untergeordnete Rolle.
- Stockt der Erwerbsverlauf, so bleibt das Kind im Erwerb stehen (Stagnationspunkt).

Der Einfluss der Psycholinguistik auf die Kindersprachtherapie war zweischrittig. Beginnend mit neuen diagnostischen Konzepten (Clahsen 1986, Clahsen & Hansen 1991), die Alternativen zu testpsychologischen Vorgehensweisen boten, folgten wenig später die ersten Therapieansätze (Hansen 1994, 1996; Penner & Kölliker Funk 1998).

Die diagnostische Vorgehensweise, aus Spontansprachdaten grammatisch auffälliger Kinder Schlüsse auf deren Entwicklungsstand zu ziehen, stammt aus der Grundlagenforschung. Auf diese Weise wurde auch der Verlauf der Grammatikentwicklung beschrieben. Zentral zum Verständnis dieser Diagnostik ist das Konzept der Stagnation: Das sprachauffällige Kind bleibt im Erwerbsverlauf stehen. Um entwicklungschronologisch korrekt eingreifen zu können, muss dieser Punkt diagnostisch ermittelt werden.

In der Spontansprachanalyse ersetzte also der theoretische Rahmen, der die Entwicklungsmeilensteinefolge beschreibt, die ungestörte Normgruppe (Yule 1987). Spontansprachanalysen wurden nicht normiert. So behielten sie immer den Nimbus der subjektiven Einschätzung. Nichtsdestotrotz ist der Einfluss dieser Gedankenwelt auf die Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen groß: Theorie wird zum Interpretationsrahmen von Diagnostik (Leonard & Eyer 1996) und verliert diesen Bezug auch nicht wieder.

Für die Kindersprachtherapie wurden Mitte der 1990er Jahre die ersten psycholinguistischen Therapiekonzepte publiziert. Nun wurde nicht nur das grundlegende therapeutische Vorgehen theoretisch begründet (siehe Einfluss der Sprachheilpädagogik) sondern jedes einzelne Therapieziel. Weiterhin bestand die Orientierung an den ungestörten Entwicklungsphasen, d.h. die Abfolge der Therapieziele veränderte sich je nach theoretischer Position des Therapieansatzes.

Diese Entwicklung zeigte sich vor allem in der Dysgrammatismustherapie. Geht man nach Hansens Ansatz vor, der auf Clahsens Theorie basiert, so steht die morphologische Therapie im Vordergrund, um das Kind in die Verbzweitstellung zu führen (Hansen 1996). Folgt man hingegen Penner und Kölliker Funk (1998), so steht eine syntaktische Therapie im Vordergrund, wobei das Kind durch

spezifischen Input auf die erste Position im Satz aufmerksam gemacht werden soll. Auch in der Phonologietherapie entwickelte sich eine Debatte um die theoretische Fundierung. Hier stand allerdings die Frage der Modellorientierung im Vordergrund, die im nächsten Abschnitt beschrieben wird.

Nicht gelöst wurde von den nativistischen Ansätzen das Problem, wie die Wirkung von Therapie definiert bzw. prognostiziert werden kann, da aus der theoretischen Annahme hervorgeht, dass sich das Kind vorrangig aus sich selbst heraus entwickelt. Der normale Alltagsinput als externer Einflussfaktor wird im Nativismus als zu fehlerhaft und zu gering beschrieben, um als primärer Motor für den Erwerb gelten zu können (Gleitman & Newport 1995).

Wie kann dann also eine notwendigerweise von außen kommende Therapie methodisch so eingreifen, dass Wirksamkeit überhaupt erwartet werden kann? Aus dem theoretischen Rahmen heraus sind für diese Frage keine Antworten ableitbar. So besteht durch den Einfluss der generativen Psycholinguistik zwar die direkte Beziehung zwischen Diagnostik und Theorie, für die Therapie wird diese Beziehung aber nicht vollständig entwickelt.

Einfluss der modellorientierten Aphasietherapie

Parallel mit der Zunahme der linguistischen Einflüsse auf die Grammatiktherapie nahm in den 1990er Jahren die Orientierung an Verarbeitungsmodellen der Sprache zu. Hierdurch wurde der Fokus der Therapieforschung sowie der Entwicklung von Therapieansätzen auf Wortfindungsstörungen, Phonologische Bewusstheit, Lese-Rechtschreib-Störungen und auch die Phonologie erweitert. Die Grammatik war nun nicht mehr die einzige sprachliche Ebene, die eine transparente theoretische Einbettung erfuhr.

Die einflussreichsten Modelle waren und sind das Logogen-Modell (Morton 1980, Patterson & Shewell 1987), das Levelt-Modell (Levelt 1989) sowie das Sprechverarbeitungsmodell (Stackhouse & Wells 1997). Diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie Dual- oder Mehrrouthenmodelle sind, in denen die Sprachverarbeitung seriell abläuft (für das Logogen-Modell siehe Stadie et al. 1994). Das psycholinguistische Sprechverarbeitungsmodell von Stackhouse und Wells unterscheidet sich insofern von den beiden erstgenannten, da es das einzige Modell ist, das für die Kindersprache aufgestellt wurde. Sowohl das Logogen-Modell als auch das Levelt-Modell stammen aus der modellorientierten Aphasologie und werden dort auch heute erfolgreich

angewendet (Stadie & Schröder 2009). Die Adaption an Phänomene der Kindersprache begann in den späten 1990er Jahren (Temple 1997) und reicht bis in aktuelle Publikationen (Brandenburger & Klemenz 2009).

Sprach- und Sprechverarbeitung werden auf diese Weise für die Praxis gut vorstellbar und bieten besonders transparente Möglichkeiten, Therapie auf Theorie abzubilden. Damit einher geht ein Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Sprachstörungen: Die Interpretation der (fehlenden) Erwerbsdynamik geht zurück und an diese Stelle tritt die detaillierte Beschreibung von Momentaufnahmen (snapshots) des aktuellen Zustands in der Sprachverarbeitung. Entwicklung als zeitliches Phänomen ist in dieser Art Modell nicht darstellbar.

Als Hilfe können verschiedene Momentaufnahmen nebeneinandergelegt werden, dies kann z.B. die Wirkung einer Therapiephase belegen. Jedoch ist aus den Routenmodellen kein Nachweis ableitbar, wie das Kind von einem Zustand zum anderen gekommen ist. Die Beziehung zwischen der Therapie und der Theorie wurde durch den Einfluss dieser Modelle letztendlich weniger stark als durch die Einflussphasen zuvor.

Das einflussreichste Modell auf die Kindersprachtherapie ist das Modell von Stackhouse und Wells (1997). In Deutschland

findet es vor allem durch den P.O.P.T-Ansatz (Fox 2004) Verbreitung, der heute der bekannteste und erfolgreichste Ansatz zur Behandlung von phonologischen Aussprachstörungen ist.

Daraus folgt für die Kindersprachtherapie heute, dass die phonologischen Störungen weniger entwicklungsorientiert behandelt werden als grammatische, lexikalische oder semantische Störungsbilder. Das für die Logopädie klassische Verständnis, Aussprachstörungen als etwas eigenes neben der Sprachentwicklungsstörung zu sehen (wie es sich auch in den Curricula der Schulen und Hochschulen widerspiegelt), wird so unterstützt.

Fox und Dodd (2001) sehen diese Problematik und wirken ihr entgegen, indem sie empirisch belegen, wie lange phonologische Ersetzungsprozesse im ungestörten Spracherwerb vorkommen dürfen. Damit wird die zielgenaue Therapiekonzeption sichergestellt. Die Frage, wie die Therapie aussieht, um sie in ihrem methodischen Vorgehen ebenfalls theoretisch umschreibbar zu gestalten, bleibt jedoch offen.

Patholinguistischer Einfluss

Die Patholinguistik gewinnt ihren Einfluss in den frühen 2000er Jahren. Im theoretischen Modellrahmen kommt mit der Patholinguisti-

sche Therapie (PLAN, Siegmüller & Kauschke 2006) der emergenzorientierte Gedanke in die Kindersprachtherapie (neben PLAN wird noch ein weiteres, emergenzorientiertes Konzept entwickelt: Schlesiger 2009).

Das Emergenzmodell (Hirsh-Pasek & Golinkoff 1996) bietet die Möglichkeit, den therapeutischen Prozess theoretisch abzuleiten, indem neben der Zielvorgabe auch die therapeutischen Methoden theoretisch begründbar werden. Dies führt zu einer erneuten Hinwendung zu indirekten Therapiemethoden, da sich diese aus dem im Emergenzmodell angenommenen Entwicklungsprozess ableiten lassen. Ein Fortschritt in der Sprachentwicklung entsteht im emergenzorientierten Denken durch die Interaktion zwischen inneren und äußeren Faktoren, indem der von außen kommende Input mit den Sprachverarbeitungsfähigkeiten des Kindes interagiert (Kauschke 2007). In der Sprachtherapie führt der therapeutisch verstärkte Input (als „Inputspezifizierung“) dazu, dass auch ein Kind mit schwächeren Sprachverarbeitungsfähigkeiten in der Lage ist, das entwicklungsauslösende Potenzial im Input wahrzunehmen (Evans 2001).

Entwicklungsprozesse, die in der Kindersprachtherapie ausgelöst werden, werden im Rahmen des Emergenzmodells nicht als so gleichartig betrachtet wie in nativistischen

■ Tab. 2: Überblick über die Einflüsse auf die Kindersprachtherapie von den 1970er Jahren bis in die heutige Zeit

	Vortheoretische Zeit	Einfluss der Sprachheilpädagogik	Einfluss der Psycholinguistik	Einfluss der Modellorientierten Aphasietherapie	Einfluss der Patholinguistik
Definition Rolle des Kindes in der Entwicklung	Keine Definition	Spracherwerb im Dialog/ in der sprachlichen Interaktion Natürlichkeit als Bedingung für den Lernerfolg	Nativismus: Kind hat eine passive Rolle in seiner eigenen Entwicklung	Keine Definition	Uneindeutige Definition: Kind ist aktiver an Entwicklung beteiligt
Definition Störung	Keine funktionelle Definition der Störung	Keine eigene Definition, wird aus der Psycholinguistik übernommen	Sprache unabhängig von Kognition, angeborene Erwerbsreihenfolge	Hypothese des selektiven Defizits: modulare, räumlich eng umgrenzte Störungen in einzelnen Modulen	Emergenzmodell: Entwicklungsstörung = fehlende Interaktion zwischen internen und externen Faktoren
Definition Einwirkung durch Therapie	Training von kurzen zu langen Sätzen Steigerung von Laut- bis Textebene	Zielstrukturen	Keine Definition	Keine Definition	Verstärkung des externen Faktors Input
Definition therapeutische Information an das Kind	Keine Definition	Aktivierung von Wissen zur Verarbeitung und Ausdifferenzierung bis zur Produktion	Keine Definition	Therapeutische Information wird über Stimulauswahl determiniert	entwicklungsauslösende Informationen
methodische Umsetzung	Satzmusterübung Pattern Drill Play	Modellierung und Inputspezifizierung im natürlichen Dialog eingesetzt	Therapiemethoden orientieren sich am normalen Erwerbsmechanismus: Inputspezifizierung	Übende Therapie	Methodenvielfalt, entwicklungsauslösende und -festigende Methoden

Theorien postuliert. *Hollich* und Kollegen (2000, 143) zitieren in einem der grundlegenden Artikel zum Emergenzmodell *Thelen* und *Smith*: „There is no plan“). Entwicklungsprozesse entstehen konstruktiv, dabei wird dem Kind eine aktivere Rolle zugeschrieben als in nativistischen Ansätzen. So werden Variationen in der Verlaufsauer und dem unterschiedlich langen Verbleib von Kindern auf Zwischenstufen erklärt. Die grundlegende Verlaufsreihenfolge wird jedoch nicht als variabel betrachtet.

Sprachentwicklungsstörungen sind Misserfolge bei der Bewältigung einer bestimmten Stufe des Spracherwerbs. Das Kind scheitert beim grammatischen oder phonologischen Regelerwerb (Stagnation) oder kann sein Lexikon nur gehemmt aufbauen, was sich im Profil eines verzögerten Wortschatzerwerbs zeigen kann (Verzögerung). Ebenso können sich Profile ergeben, in denen das Kind phonologisch und morphologisch mehr Fehler macht als ungestörte Kinder dies tun.

Der patholinguistische Einfluss richtete sich von Beginn an gleichzeitig auf Diagnostik und Therapie. Aus einer möglichst entwicklungsorientierten Diagnostik im Rahmen einer Kombination von Elizitierungstests und Spontansprachdaten (*Kauschke & Siegmüller* 2010) sollten sich direkte Informationen für die Therapieableitung ergeben.

Im PLAN werden die verschiedenen Störungsbilder der Kindersprache unter einem einheitlichen, theoretisch abgeleiteten

Vorgehen gefasst (*Siegmüller & Kauschke* 2006). Die Therapieprinzipien des PLAN sehen eine grundsätzliche Theorieableitung für Therapien sowie entwicklungschronologisches und aktivierendes Vorgehen unter der Betrachtung von allen sprachlichen Ebenen im rezeptiven und produktiven Bereich vor. Hieraus ergibt sich ein Fokus auf der Ermittlung des individuellen Störungsprofils, das sich über einzelne, aber auch alle sprachlichen Ebenen ziehen kann.

Anders als in früheren Programmen sind therapeutische Methoden nicht an bestimmte sprachliche Ebenen gebunden, sondern frei für das Erreichen entwicklungschronologisch adäquater Ziele einsetzbar. Sie werden vielmehr in ihren besonderen Stärken beschrieben, so wird z.B. der Inputspezifizierung eine entwicklungsauslösende Funktion zugeschrieben, während die produktive Übung zur Festigung bereits ausgelöster Prozesse eingesetzt werden sollte (*Kauschke & Siegmüller* 2012).

Einfluss der evidenzbasierten Medizin/evidenzbasierten Praxis

Der Einfluss der evidenzbasierten Medizin (EBM) wird in den letzten 15 Jahren immer deutlicher. Die Idee der EBM liegt im gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der aktuell besten externen, wissenschaftlich belegten Handlungsweise zur Versorgung eines individuellen Patienten (*Sackett et al.* 1996). Damit wird der aktuelle Forschungsstand für die Behandlung jedes einzelnen Patienten in der Praxis zum Maßstab der Versorgungsqualität.

Spätestens seit dem Beitrag von *Rott* (2013) in Forum Logopädie im Januar dieses Jahres ist klar, dass die Methoden zur Ermittlung der aktuell besten Evidenz ab sofort zum Handwerkszeug jeder Logopädin gehören (sollten). EBM richtet sich gegen anekdotische, traditionelle, zufällige und nicht-wissenschaftliche Begründungen für die Versorgung von Patienten. In der Logopädie werden nun viele langgepflegte therapeutische Traditionen infrage gestellt.

Fachgeschichtlich betrachtet erhält die Empirie in der Kindersprachtherapie durch die EBM eine höhere Gewichtung als dies bisher der Fall war. Empirische Ergebnisse stehen nun mindestens gleichwertig neben Theorien und den sich daraus ergebenden Interpretationsrahmen.

Die Neudefinition der Rollen von Theorie und Empirie wird in der Zukunft die Weiterentwicklungen in der Kindersprachtherapie bestimmen. Je wichtiger der rein empirische Beleg gewertet wird (statistischer Beleg der Wirksamkeit), desto mehr muss von For-

schungsseite auf eine saubere theoretische Ableitung gedrungen werden. Nur durch den theoretischen Interpretationsrahmen kann ein Symptom interpretiert oder einem Misserfolg in der Therapie systematisch durch Hilfen und Handlungsalternativen begegnet werden (*Duchan* 2004).

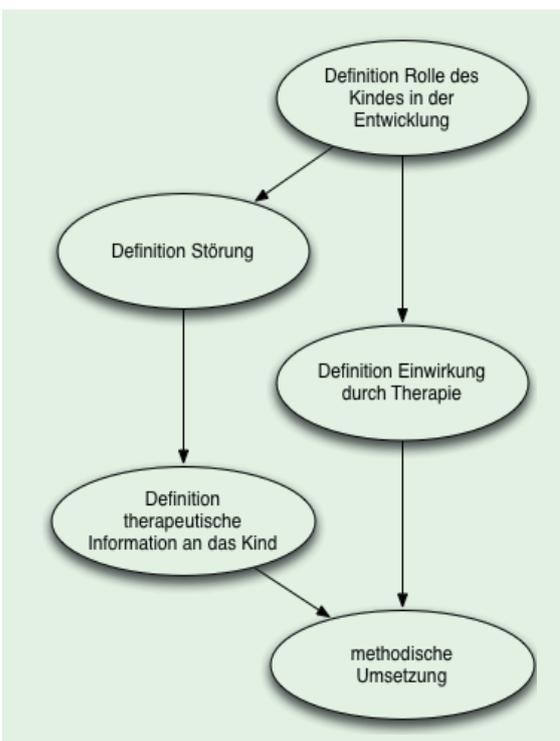
Logopädische Theoriebildung

Die Logopädie stößt als sich bildende wissenschaftliche Disziplin in diese Debatte. Wie bereits angeklungen ist, ist die logopädische Theoriebildung noch in der Entstehungsphase. Logopädische Theorie muss auf der einen Seite Wirkungsannahmen von Therapien generieren und auf der anderen (angewandten) Seite Therapiemaßnahmen evaluieren, um Belege für Wirksamkeit zu erbringen. Umrahmend stehen jedoch wichtige Fragen hinsichtlich von Wirkungsbedingungen im Raum (Abb. 2):

- Warum wirkt eine Therapie so, wie wir es beobachten?
- Was sind die Wirkungsbedingungen und wie können sie systematisch variiert werden?
- Wie kann eine Therapie in ihrer Intensität verstärkt werden?
- Was sind hemmende, was unterstützende Einflussfaktoren auf die Therapie?
- Wie groß ist der Einfluss der Therapeuten auf die Wirksamkeit einer Therapie?
- In welchem Störungsbild können Erkenntnisse aus anderen Sprachen übernommen werden?
- Ab wann wirkt eine Therapie nicht mehr, weil sie zu selten/zu unregelmäßig stattfindet?
- Gibt es die Möglichkeit, Erkenntnisse aus einem Störungsbild auf ein anderes zu übertragen?

Es bleibt zu hoffen, dass sich aus solchen Überlegungen heraus eine spezifisch logopädische Forschung entwickelt, die therapieorientiert die Grundlagen und Rahmenbedingung für Wirksamkeitsprüfungen untersucht. Der Weg dahin ist noch weit – sowohl in inhaltlicher als auch in ökonomisch-infrastruktureller Hinsicht. Die Kindersprachtherapie wird – als eines der wichtigsten Störungsbilder der Logopädie – im Zentrum dieser Debatten stehen.

■ Abb. 2: Logopädische Theoriebildung



LITERATUR

- Ambridge, B. & Lieven, E.V.M. (2011). *Child language acquisition – contrasting theoretical approaches*. Cambridge, MA: Cambridge University Press
- Amorosa, H. & Noterdaeme, M. (2003). *Rezeptive Sprachstörungen – ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe
- Baumgartner, S. (2008). *Kindersprachtherapie – eine integrative Grundlegung*. München: Reinhardt
- Brandenburger, N. & Klemenz, A. (2009). *Lese-Rechtschreibstörungen. Eine modellorientierte Diagnostik mit Therapieansatz*. München: Elsevier
- Clahsen, H. (1986). *Die Profilanalyse. Ein linguistisches Verfahren für die Sprachdiagnose im Vorschulalter*. Berlin: Edition Marhold
- Clahsen, H. (1988). *Normale und gestörte Kindersprache*. Amsterdam: Benjamins
- Clahsen, H. & Hansen, D. (1991). *COPROF – Computerunterstützte Profilanalyse. Ein linguistisches Untersuchungsverfahren für die logopädische Praxis*. Köln: Focus
- Dannenbauer, F.M. (2002). Grammatik. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (105-161). München: Reinhardt, UTB
- Dannenbauer, F.M. & Künzig, A. (1991). Aspekte der entwicklungsproximalen Sprachtherapie und des Therapeutenverhaltens bei entwicklungsdisphasischen Kindern. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 4, Störungen der Grammatik* (167-190). Berlin: Marhold
- Duchan, J. F. (2004). *Frame work in language in literacy – how theory informs practice*. New York: Guilford
- Evans, J.L. (2001). An emergent account of language impairments in children with SLI: implications for assessment and intervention. *Journal of Communication Disorders* 34, 39-54
- Fox, A.V. (2004). *Kindliche Aussprachstörungen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Fox, A.V. & Dodd, B.J. (2001). Phonological disordered German-speaking children. *American Journal of Speech-Language Pathology* 10, 291-307
- Füssenich, I. (2002). Semantik. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (63-104). München: Reinhardt, UTB
- Gleitman, L.R. & Newport, E.L. (1995). The invention of language by children: environmental and biological influences on the acquisition of language. In: Gleitman, L.R. & Liberman, M. (Hrsg.), *An invitation to cognitive science, Vol. 1, Language* (1-24). Cambridge, MA: MIT Press, Bradford
- Hacker, D. (2002). Phonologie. In: Baumgartner, S. & Füssenich, I. (Hrsg.), *Sprachtherapie mit Kindern* (13-62). München: Reinhardt, UTB
- Hacker, D. & Wilgermein, J. (1999). *Aussprachstörungen bei Kindern*. München: Reinhardt
- Hansen, D. (1994). Zur Wirksamkeit und Effizienz einer psycholinguistisch begründeten Methode der Sprachtherapie bei kindlichem Dysgrammatismus. *Sprache – Stimme – Gehör* 18, 29-37
- Hansen, D. (1996). *Spracherwerb und Dysgrammatismus*. München: Reinhardt, UTB
- Hirsh-Pasek, K. & Golinkoff, R. (1996). *The origins of grammar: evidence for early language comprehension*. Cambridge, MA: MIT Press
- Hollich, G.J., Hirsh-Pasek, K., Tucker, M.L. & Michnick Golinkoff, R. (2000). The change is a foot: emergentist thinking in language acquisition. In: Andersen, P.B., Emmeche, C., Finnemann, N.O. & Voetmann Christiansen, P. (Hrsg.), *Downward causation* (143-178). Aarhus: University Press
- Kauschke, C. (2007). Sprache im Spannungsfeld von Erbe und Umwelt. *Die Sprachheilarbeit* 52, 4-16
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2010). *PDSS – Pathologische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (Hrsg.) (2012). *Materialien zur Therapie nach dem Pathologischen Ansatz – Syntax und Morphologie*. München: Elsevier
- Leonard, L.B. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: MIT Press
- Leonard, L.B. & Eyer, J.A. (1996). Linguistic theory and the assessment of grammar. In: Cole, K.N., Dale, P.S. & Thal, D. (Hrsg.), *Assessment of communication and language* (97-120). Baltimore: Brooks
- Levelt, W.J.M. (1989). *Speaking: from intention to articulation*. Cambridge, MA: MIT Press
- Morton, J. (1980). The Logogen model and orthographic structure. In: Frith, U. (Hrsg.), *Cognitive processes in spelling*. London: Academic Press
- Olbrich, I. (1996). Die integrierte Sprach- und Bewegungstherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Grundlagen der Sprachtherapie – Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 1* (252-266). Berlin: Marhold
- Pahn, C., Siegmüller, J. & Rausch, M. (2010). Vom Input zum Outcome. Berufliche Arbeitsaufgaben als Grundlage für die Kompetenzableitung in der Logopädie. *Forum Logopädie* 24 (5), 32-37
- Patterson, K.E. & Shewell, C. (1987). Speak and spell: dissociations and word class effects. In: Coltheart, M., Sartori, G. & Job, R. (Hrsg.), *The cognitive neuropsychology of language*. London: Lawrence Erlbaum
- Paul, R. (2007). *Language disorders*. Philadelphia: Mosby
- Penner, Z. & Kölliker Funk, M. (1998). *Therapie und Diagnose von Grammatikstörungen: Ein Arbeitsbuch*. Luzern: Edition SZH/SPC
- Pinker, S. (1984). *Language learnability and language development*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Rott, F. (2013). Das Gesundheitssystem aus der Perspektive der GKV. *Forum Logopädie* 27 (1), 36-37
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, M.J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71-72
- Schlesiger, C. (2009). *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2006). *Pathologische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier
- Siegmüller, J., Schröders, C., Sandhop, U., Otto, M. & Herzog-Meinecke, C. (2010). Wie effektiv ist die Inputspezifizierung? – Erwerbsverhalten von Late Talkern und Kindern mit kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen und Late-Talker-Sprachprofil in der inputorientierten Wortschatztherapie. *Forum Logopädie* 24 (1), 16-23
- Stackhouse, J. & Wells, B. (1997). *Children's speech and literacy difficulties*. London: Whurr
- Stadie, N., Cholewa, J., De Bleser, R. & Tabatabaie, S. (1994). Das neurolinguistische Expertensystem LeMo: Theoretischer Rahmen und Konstruktionsmerkmale des Testteils Lexikon. *Neurolinguistik* 8, 1-25
- Stadie, N. & Schröder, A. (2009). *Kognitiv orientierte Sprachtherapie*. München: Elsevier
- Temple, C. (1997). *Developmental cognitive neuropsychology*. Hove: Psychology Press
- von Suchodoletz, W. (2002). Ansprüche an eine Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.), *Therapie von Sprachentwicklungsstörungen* (11-35). Stuttgart: Kohlhammer
- Weissenborn, J. (1994). Constraining the child's grammar: local wellformedness in the development of verb movement in German and French. In: Lust, B., Whitman, J. & Kornfilt, J. (Hrsg.), *Syntactic theory and language acquisition: crosslinguistic perspectives, Vol. 1: phrase structures* (215-247). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Wendlandt, W. (2002). *Therapeutische Hausaufgaben*. Stuttgart: Thieme
- Yule, W. (1987). Psychological assessment. In: Yule, W. & Rutter, M. (Hrsg.), *Language development and disorders* (312-323). London: Mac Keith Press

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2014-53020140199

Autorin

Prof. Dr. Julia Siegmüller
Europäische Fachhochschule EUFH Rostock
FB für Angewandte Gesundheitswissenschaften
Professur für Therapieforschung und Therapiemethodik
Werttstraße 5
18057 Rostock
j.siegmuller@eufh.de

SUMMARY. Why therapy can be effective? – To development and history on child language therapy

This article describes the influences on child language therapy in Germany. The history of this part of speech/language therapy is seen from a chronological perspective. The article starts with the 1980s, when only small scientific positions existed. The development of interpretative frames for different intervention approaches are described, leading to the current pool of intervention procedures. Concluding thoughts are presented for a logopaedic theoretical framework in child language therapy. Logopaedic theory needs to raise fundamental questions on how and why therapy can be effective or non effective. A model is presented in which theory and therapy are related, in order to give transparency between these poles.

KEY WORDS: Language impairment – therapy of language impairment – speech-orthopedagogy – psycholinguistics – model-driven therapy – evidence based practise