

Wir wollen wissen, wie's wirkt

Bericht über das Forschungsprojekt zur Evaluation der Wirkweise von THERAPLAY®

Herbert Wettig

Carolin P. (alle Namen geändert), 4 Jahre alt, ist ein freundliches, wenn auch etwas zurückhaltendes Kind. Carolin hat ein Problem: sie kann sich sprachlich noch nicht richtig ausdrücken. Sie spricht nur in sehr kurzen Sätzen. Ihre Sprachentwicklung ist weit zurückgeblieben. Deshalb wird sie zur Logopädin überwiesen. Doch diese müht sich weitgehend vergebens, denn Carolin hat, wie ihre Logopädin sehr schnell merkt, eine außerordentlich kurze Spanne der Aufmerksamkeit von längstens einer Minute. Sie läßt sich von jedem kleinen Geräusch, von jedem in ihr Blickfeld geratenden Gegenstand sofort ablenken. Nichts von dem, was ihre Logopädin ihr vermitteln will, bleibt hängen. So kann die Logopädin mit Carolin nicht arbeiten. Sie verzweifelt an ihr. Sie muß leider aufgeben.

Tobias K., 4 Jahre alt, ist in seinem Spracherwerb erheblich verzögert. Darüber hinaus ist sein Tonus gestört. Die Folge: er hat auch noch unter einer myofunktionellen Störung zu leiden. Wegen diesen Störungen wird er schon seit längerer Zeit logopädisch behandelt. Doch er macht nur sehr langsam Fortschritte. Die Logopädin kann ihm kaum etwas vermitteln, weil er nur bei solche Aktivitäten mitmacht, die er sich selbst auswählt.

Sascha B., 3 Jahre alt, ist ein Adoptivkind, das wegen eines langwierigen Adoptionsverlaufs lange Zeit in einem Heim bleiben mußte. Sascha spricht nicht. Er macht trotz intensiver Bemühungen kaum Fortschritte in seiner Sprachentwicklung. Seine Eltern, die ihn lieben und sich sehr um ihn bemühen, verzweifeln fast, weil sie nicht an ihn herankommen. Die Ärzte vermuten, daß er möglicherweise geistig behindert sei. Er wird psychiatrisch betreut. Seine Eltern glauben nicht, daß er geistig behindert ist. Wegen Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken wird er an eine Logopädin überwiesen. In der von ihr eingesetzten Mund-Eßtherapie erstarrt Sascha dann vollends.

Drei von vielen Kindern, deren Therapie für die behandelnden Logopäd/innen besonders schwierig ist. Warum? Weil diese Kinder nicht nur Störung in ihrem Spracherwerb, sondern zugleich auch eine Verhaltensstörung haben. Die Bezeichnungen für die Verhaltensstörungen sind sehr zwar verschieden: es sind Wahrnehmungsstörungen, mangelndes Sprachverständnis, Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Kommunikationsscheu, Mutismus, Autismus und andere Kommunikationsstörungen. Die Folgen aber sind immer sehr ähnlich: diese Kinder sind für die behandelnden Logopäd/innen kaum oder gar nicht zugänglich. Das unglückliche Zusammentreffen von Spracherwerbsstörung und gleichzeitiger Verhaltensstörung macht sie selbst für die engagierten Bemühungen der Logopäd/innen unzugänglich. Solche Kinder, die nicht kommunizieren, die nicht oder nur schlecht sprechen können, werden trotz liebevoller Bemühungen ihrer Eltern und Therapeut/innen in ihrer außerhäuslichen Umwelt, im Kindergarten, in der Schule zwangsläufig zu Außenseitern. Die Folgen für ihre weitere Entwicklung und ihre künftige Fähigkeit, sich in unserer an Leistung orientierten Gesellschaft zu behaupten, müssen als katastrophal eingeschätzt werden.

Gibt es für solche benachteiligten Kinder keine Chance? Doch.

Im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum der Berufsförderungswerk Heidelberg gGmbH, einer Institution der auf Rehabilitationsmaßnahmen spezialisierten Organisation der SRH

(früher: Stiftung Rehabilitation), zu der auch eine Fachschule für Logopädie gehört, hat man für solche Kinder, die logopädisch schwierig oder oft gar nicht zu behandeln sind, eine Lösung gefunden: Die präparatorische Behandlung mit THERAPLAY vor der eigentlich geplanten logopädischen Behandlung.

Bei allen spracherwerbsgestörten Kindern, die in diesem Zentrum vorgestellt werden, wird zunächst ärztlich sorgfältig abgeklärt, ob das Kind organisch gesund ist. Dann wird die Entwicklung des Spracherwerbs, das Sprachverständnis und die Kommunikationsfähigkeit untersucht. Wenn gesichert ist, daß ein Kind sowohl eine Spracherwerbs- als auch zugleich eine Verhaltensstörung hat, dann wird einer logopädischen Behandlung zunächst THERAPLAY vorgeschaltet, um das Kind für die eigentliche Therapie behandelbar zu machen. Viele Kinder, die sonst Außenseiter unserer Gesellschaft geworden wären, konnten in ihrem Kommunikationsverhalten und in ihrem Spracherwerb entscheidend verbessert werden. Ein schönes Ergebnis.

Seit rund 13 Jahren wird dieser Weg beschritten. Zunehmend häufiger übernehmen auch andere logopädische und ergotherapeutische Praxen und Institutionen in Deutschland, Österreich und in der Schweiz dieses Verfahren, sofern deren Mitarbeiter/innen in THERAPLAY ausgebildet wurden und nach erfolgreich bestandener Prüfung die Lizenz als THERAPLAY-Therapeut/in erhalten haben.

In der Praxis hat sich THERAPLAY also bewährt. Aber wie läßt sich die Wirkweise dieser Therapie nachweisen? Therapeut/innen, Krankenkassen und wir selbst wollen wissen, wie THERAPLAY wirklich wirkt. Das läßt sich nur in einer wissenschaftlich abgesicherten Forschung mit systematischem Vergleich der Therapieverläufe von Kinder *mit* bzw. *ohne* THERAPLAY Behandlung feststellen

Im Herbst 1996 haben wir deshalb beschlossen, eine wissenschaftlich korrekte Untersuchung zur Evaluation dieser Therapie zu planen, diese mit aller von Wissenschaftlern zu erwartenden Strenge in einem systematischen Feldexperiment durchzuführen und die Ergebnisse der kritischen Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen. Hier soll nun über die Planung und die ersten Schritte dieses Forschungsprojekts berichtet werden.

Das Forschungsprojekt im Zeitverlauf

Anfang 1997 wurde das Konzept für dieses Forschungsprojekt entwickelt. Von Februar 1997 bis März 1998 wurde unter der wissenschaftlichen Beratung einiger bekannter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (siehe Kasten) der Versuchsplan für das Experiment und die Operationalisierung der Variablen erarbeitet.

Im Verlauf des Jahres 1997 wurden parallel zur Versuchsplanung einige Pilotstudien durchgeführt. Das Ziel dieser Vorstudien war es, einerseits in Hinsicht auf die während der Therapie wiederholt zu messenden Veränderungen der Kinder die Zuverlässigkeit von Testinstrumentarien unter dem Aspekt der Messwiederholung zu überprüfen. Andererseits ging es darum, die Retestreliaibilität sicherzustellen. Denn, es ist vorgesehen, daß die Beurteilungen der Veränderungen der Kinder im Therapieverlauf jeweils von mehreren Auswerter/innen unabhängig voneinander anhand der Videoprotokolle der Therapiesitzungen einzuschätzen sind. Die Zuverlässigkeit, bei Wiederholung der Untersuchung bzw. bei Auswertung durch verschiedene Auswerter/innen zum gleichen Ergebnis zu kommen,

erreichte eine Reliabilität zwischen $r = .66$ und $r = .86$. Damit kann unter dem Aspekt der Komplexität der kindlichen Störungen eine hohe Meßgenauigkeit gewährleistet werden.

Im April 1998 konnte dann die eigentliche Datenerhebung beginnen. Nun, im Herbst 1998 haben die ersten Kinder der Kontrollgruppe den Kontrollzeitraum *ohne* THERAPLAY-Behandlung bereits abgeschlossen. Dafür wurde die leider unvermeidbare Wartezeit von durchschnittlich 12 – 16 Wochen gewählt. Parallel dazu nähern sich einige Kindern der Testgruppe bereits dem Abschluß ihrer THERAPLAY-Behandlung. Die Daten dieser ersten untersuchten Kinder werden uns also in Kürze vorliegen. Alle Kinder werden jedoch im Rahmen der Katamnese 2 Jahre und 5 Jahre nach Abschluß der präparatorischen THERAPLAY®-Behandlung systematisch nachuntersucht werden.

Für das gesamte Forschungsprojekt (ohne den Zeitraum der Katamnese) rechnen wir mit einer Dauer von etwa vier Jahren. Wir hoffen, im Jahre 2001 über die Ergebnisse dieser bedeutsamen Forschung zur Evaluation der Wirkweise von THERAPLAY berichten zu können. Und, wir hoffen im Interesse der betroffenen Kinder und der sie behandelnden Therapeut/innen, daß wir mit diesen nachweisbaren Ergebnissen die Krankenkassen überzeugen können, daß es für so schwierig zu behandelnde Kinder besser und zugleich für die Allgemeinheit sozial verträglicher und die Krankenkassen wirtschaftlicher ist, der eigentlich geplanten logopädischen Therapie eine präparatorische Vorbehandlung mit THERAPLAY vorzuschicken und letztendlich therapeutisch wesentlich mehr zu erreichen.

Nachfolgend sollen noch einige inhaltliche und methodische Aspekte dieses Forschungsprojekts beschrieben werden.

Population und Zufallsstichprobe der kleinen Patient/innen

Population dieses Forschungsprojekts ist nicht die Allgemeinheit aller Kinder in Deutschland, sondern nur die Gruppe jener Kinder, aufgrund von Spracherwerbsstörungen logopädisch behandelt werden sollten, und unter diesen wiederum nur jene, die zugleich aufgrund heterogener Formen von Verhaltensstörungen schwer oder gar nicht logopädisch behandelbar erscheinen. Aufgrund der Erfahrungen der letzten 13 Jahre wurde das Altersspektrum dieser Kinder auf den Bereich zwischen 2;6 und 7;11 Jahre begrenzt.

Stichprobe der Merkmalsträger/innen dieses Forschungsprojekts sind aufgrund praktischer Gegebenheiten nur solche Kinder aus der Population, die im Phoniatrich Pädaudiologischen Zentrum der Berufsförderungswerk Heidelberg gGmbH vorgestellt werden und bei denen vom leitenden Arzt eine Vorbehandlung durch THERAPLAY verordnet wird. Aus diesen werden wiederum solche Kinder ausgeklammert, die selbst und deren Eltern vorwiegend eine fremde Sprache sprechen, so daß sie deutschsprachigen Fragen und Tests aufgrund ihrer Unkenntnis der deutschen Sprache nicht würden verstehen können. Außerdem wurde die Stichprobe auf jene Kinder beschränkt, deren Eltern der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ausdrücklich und schriftlich zugestimmt haben. (Bis jetzt wurde die Teilnahme an dieser Forschung nur von einer Familie abgelehnt). Allen teilnehmenden Eltern und Kindern wurde die Anonymisierung ihrer Daten nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes ausdrücklich schriftlich zugesichert.

Die für eine statistische Analyse zwingend notwendige Zufallszuweisung der einzelnen Patient/innen zu den unabhängigen Variablen einer Behandlung *mit* oder *ohne* THERAPLAY

wird dadurch gewährleistet, daß die Kinder in Reihenfolge der Überweisung abwechselnd und zufällig der Testgruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen werden. Aufgrund der erwähnten Beschränkung der Kinder auf Patient/innen einerseits und deren Zufallszuweisung zur Test- oder zur Kontrollgruppe handelt es sich also um ein sogenanntes Quasi-Experiment mit Zufallsstichproben. Damit wird es möglich sein, die Feststellungen auf die Population solcher spracherwerbs- und zugleich verhaltensgestörten Kinder zu generalisieren.

Ethischen Anforderungen wird dadurch Rechnung getragen, daß grundsätzlich *alle* diese Kinder mit THERAPLAY behandelt werden, nur beginnen die Beobachtungen und Erhebungen bei Kindern der Kontrollgruppe schon ab Beginn der leider unvermeidbaren Wartezeit, bei Kindern der Testgruppe erst mit dem Beginn der Therapie. Und bei allen Kindern wird die Untersuchung mit der Katamnese fünf Jahre nach Abschluß der THERAPLAY-Behandlung enden.

Die Größe der Stichprobe mit $2 \times 30 =$ Merkmalsträger/innen mag zahlenmäßig klein erscheinen, die Datenmenge ist jedoch sehr groß, denn bei den Kindern der Testgruppe werden die Daten in neun Meßwiederholungen, bei denen der Kontrollgruppe in elf wiederholten Erhebungen erfaßt (Abbildung 1: Überblick über die Anzahl der Meßzeitpunkte während der Warte-, Therapie- und Katamnesezeit).

Kindliche Entwicklung bedeutet Veränderung.

Entwicklung ist ein fließender Prozeß. Jedes Kind durchläuft in seiner Entwicklung Veränderungen. Das Problem der Kinder der hier untersuchten Population ist es jedoch, daß sie ihre Sprache nicht, nicht ausreichend oder nicht zum richtigen Zeitpunkt entwickeln. Was immer die Ursachen sein mögen, es ist nun einmal so, daß sie sich sprachlich nicht in der erwarteten Weise positiv verändern. In solchen Fällen soll die logopädische Therapie die notwendige Veränderung einleiten und fördern. Aber wenn sie nicht wirksam werden kann, weil das Verhalten der Kinder so gestört ist, daß es die logopädische Behandlung behindert oder gar vereitelt, dann muß zunächst das Verhalten dieser Kinder wirksam verändert werden.

Veränderung ist ein Prozeß. Deshalb ist es sinnvoll, die Wirkweise von THERAPLAY im Verlauf der Verhaltensänderung eines Kindes zu evaluieren. Diese Verhaltensänderungen sind am besten durch systematischen Vergleich zu verschiedenen Meßzeitpunkten zu erfassen, nämlich

- durch kontinuierliche Beobachtung der Verhaltensweisen des Kindes mittels Videoaufzeichnung aller Therapiesitzungen,
- durch wiederholte Leistungstests der Intelligenz, des Sprachverständnisses und der Sprech- und Sprachfähigkeiten des Kindes,
- durch wiederholt durchgeführte Befragungen der Eltern zu von ihnen beobachteten Verhaltensänderungen des Kindes, zur Veränderung der Eltern-Kind-Beziehung und zu veränderten Reaktionen des Kindes in sozialen Beziehungen
- sowie durch wiederholte Befragung der Therapeutinnen und Ko-Therapeutinnen zu von ihnen beobachteten Veränderungen des Kindes.

Genau darauf basiert dieser Forschungsansatz: auf beobachtbaren und zu beurteilenden Veränderungen im Verhalten der Kinder und dem Vergleich der Kinder der Testgruppe mit jenen der Kontrollgruppe. Eine Evaluation der Wirkweise von THERAPLAY muß exakt

messen, was sich im bis dahin gestörten Verhalten solcher Kinder durch THERAPLAY verändert.

In Abbildung 1 werden die Meßzeitpunkte dargestellt, zu denen wiederholt Befragungen und Tests durchgeführt und während der Therapie Verhaltensbeobachtungen videot technisch erfaßt werden.

Der Forschungsprozeß läßt sich in drei Abschnitte gliedern:

- die Wartezeit **vor** der Therapie, also *ohne* THERAPLAY,
- die Therapiezeit **während** der Behandlung, also *mit* THERAPLAY,
- die Zeit **nach** der THERAPLAY- Behandlung bis 5 Jahre danach.

Bei der Kontrollgruppe gibt es zunächst zwei Erhebungen während der Wartezeit, und zwar eine zu Beginn und eine am Ende der Wartezeit. Diese Erhebungen sollen feststellen, wie sich ein so gestörtes Kind natürlich, d.h. *ohne* THERAPLAY während einer Dauer von 12 – 16 Wochen im allgemeinen verändert. Mit diesen natürlichen Veränderungen sollen dann die Veränderungen des Kindes während der Therapiezeit verglichen werden, in der Erwartung, daß es da einen Unterschied geben müsse.

Während der Therapiezeit werden alle Therapiesitzungen, sowohl die der Test- als auch die der Kontrollgruppe auf Video erfaßt und ergänzend durch die Therapeutinnen in Fragebogen protokolliert. Nach Abschluß der Behandlung, die je nach Störung des Kindes unterschiedlich lange dauern kann, werden aus diesen Sitzungen jeweils 7 Meßzeitpunkte bestimmt, davon eine zu Beginn, fünf während und eine zum Abschluß der Therapie. Zu diesen Zeitpunkten wird das Verhalten des Kindes vergleichend ausgewertet. Parallel dazu werden zu Beginn, etwa in der Mitte und nach Abschluß der Behandlung die Eltern zu Fähigkeiten und zum Verhalten sowie zu beobachteten Veränderungen ihres Kindes und auch der Eltern-Kind-Beziehung befragt.

Der Grund, warum die auszuwertenden Meßzeitpunkte erst im nach hinein festgelegt werden können, liegt in der unterschiedlichen Therapiedauer. Bei manchen Kindern kann THERAPLAY schon nach 8-9 Sitzungen, bei anderen erst nach 22-24 Sitzungen abgeschlossen werden. In den meisten Fällen kann nach 13- 14 Sitzungen die präparatorische Behandlung mit THERAPLAY abgeschlossen und die logopädische Behandlung angesetzt werden.

Bei der Test- und der Kontrollgruppe wird es im Rahmen der Katamnese zwei weitere Meßzeitpunkte zwei bzw. fünf Jahre nach Abschluß der THERAPLAY-Behandlung geben.

Der systematische Nachweis der Wirkung von THERAPLAY

Entscheidend für den Nachweis der Wirkung von THERAPLAY ist die Art, Richtung und der Grad der Veränderung im bis dahin gestörten Verhalten des jeweiligen Kindes. Schließlich soll es durch THARAPLAY darauf vorbereitet werden, der logopädischen Therapie folgen zu können. Die Verhaltensänderung durch THERAPLAY muß sich signifikant von der natürlichen Entwicklung eines in dieser Weise gestörten Kindes in einem Vergleichszeitraum *ohne* THERAPLAY unterscheiden.

Das Forschungsprojekt ist im Versuchsdesign so angelegt, daß drei wichtige Vergleiche möglich sein werden (Abbildung 2):

1. Vergleich A der Veränderungsvariablen ohne bzw. mit Theraplay
(*Inter-Gruppenvergleich zwischen Test- und Kontrollgruppe*)

Veränderung der Kinder der Testgruppe *während der Therapie mit THERAPLAY*
im Vergleich mit
Veränderung der Kinder der Kontrollgruppe *während der Wartezeit ohne THERAPLAY.*

(Dieser Vergleich ist bei Experimenten mit systematisch variierten unabhängigen Variablen, hier der Verhaltensänderung *mit* bzw. *ohne* THERAPLAY allgemein üblich. Er erfüllt die Mindestanforderung.)

2. Vergleich B der therapiebedingten Veränderungen bei zwei vergleichbaren Gruppen
(*Inter-Gruppenvergleich zwischen Test- und Kontrollgruppe*)

Veränderung der Kinder der *Testgruppe während der Therapie mit THERAPLAY*
im Vergleich mit
Veränderung der Kinder der *Kontrollgruppe während der Therapie mit THERAPLAY.*

(Dieser Vergleich ist der kritischste, denn die Erwartung ist, daß in beiden voneinander unabhängigen Gruppen durch THERAPLAY weitgehend der gleiche Effekt erreicht wird, trotz der heterogenen Vielfalt der Verhaltensstörungen und deren unterschiedliche Schwere. Die beiden Zufallsstichproben werden für die statistischen Analysen durch c-Transformation standardisiert und damit vergleichbar gemacht.)

3. Vergleich C der Veränderung der gleichen Kinder *ohne* und *mit* THERAPLAY
(*Intra-Gruppenvergleich der Kontrollgruppe vor und während der Therapie*)

Veränderung der Kinder der Kontrollgruppe *vor* der Therapie, d. h. *ohne* THERAPLAY
im Vergleich mit
Veränderung der gleichen Kinder der Kontrollgruppe *durch* THERAPLAY.

(Dieser Vergleich erlaubt es, für jedes einzelne Kind nachzuvollziehen, ob und wenn, wie es sich gegenüber seiner erwartbaren natürlichen Veränderung durch THERAPLAY in seinem Verhalten verändert hat.)

4. Ante-Post-Vergleich bei unterschiedlicher Therapiedauer

Grad der Verhaltensänderung der Kinder beider Gruppe von Beginn bis zum jeweiligen Abschluß der THERAPLAY-Behandlung bei unterschiedlicher Therapiedauer.

(Dieser Vergleich ermöglicht unter Einbeziehung aller kontrollierten Variablen eine Klassifikation der Veränderungsprozesse und erklärt möglicherweise, warum manche Kinder bereits nach kurzer Zeit für die logopädische Weiterbehandlung vorbereitet sind bzw. warum andere Kinder z. T. so lange behandelt werden müssen. Es wird erwartet, Hinweise zu finden, bei welcher Art von Verhaltensstörungen diese präparatorische Behandlung effektiver, bei welcher weniger effektiv ist.)

5. Vergleich der Therapieverläufe

Verlaufsanalyse der Änderungen im Verhalten der Kinder beider Gruppe über sieben Meßzeitpunkte hinweg von Beginn über den Verlauf bis zum Abschluß der Behandlung mit THERAPLAY.

(Die Verlaufsanalyse der Wirkung von THERAPLAY bei 60 Kindern mit unterschiedlichen Arten von Verhaltensstörungen und unterschiedlichem Grad der Spracherwerbsstörung könnte u. U. ermöglichen, die Wechselwirkung zwischen Spracherwerb und Behinderung durch spezifische Verhaltensstörungen zu erklären.)

Prozeßvariablen: Gradmesser der Verhaltensänderung

Verhaltensstörungen, die eine logopädische Therapie der Spracherwerbsstörung behindern, können sehr verschieden sein. Oft haben die Kinder eine multiple Störung. Solche Störungen sind oft durch uneinheitliche Begriffe gekennzeichnet. Es gibt kein Nachschlagwerk, in dem sie exakt erfaßt und beschrieben wären. Wir mußten also unsere eigenen Definitionen zur Bestimmung der Verhaltensweisen der Kinder und deren Veränderungsmerkmale finden.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die elf Prozeßvariablen und die Anzahl der Items, anhand derer wir die beobachteten Verhaltensänderungen der Kinder beurteilen wollen. Die Beurteilungen werden unabhängig voneinander von zwei verschiedenen Auswerter/innen vorgenommen. Sollten die beiden Beurteilungen um mehr als einen Skalenwert voneinander abweichen, muß die Auswertung von anderen Auswerter/innen wiederholt werden.

Die Beurteilungen des jeweils beobachteten Verhaltens werden in 6-stufigen Skalen notiert. Zu jeder Beurteilung ist in einer weiteren 6-stufigen Skala anzugeben, wie sicher sich die oder der Auswerter/in in dieser Einschätzung war (Abbildung 4). Sollte eine Beurteilung nicht möglich sein, weil z. B. eine erwartete Verhaltensweise in diesem Intervall der Therapiesitzung nicht vorgekommen ist oder weil sie nicht eindeutig beobachtbar war oder aus anderen Gründen, so muß dieses protokolliert und begründet werden.

Die Vielfalt dieser Daten kann man sich vorstellen, wenn man weiß, daß – abgesehen von den Fragebogen - für jedes Kind allein die Beobachtungen der Verhaltensänderung im Therapieverlauf in 1.764 Beurteilungen erfaßt werden:

In	7 Therapiesitzungen	=	7 Meßzeitpunkte $t_1 - t_7$
mit	3 Intervallen je Sitzung	=	21 Intervalle, 3 Intervalle je Meßzeitpunkt
mit	42 Items je Intervall	=	882 Items (ohne Skalen der Urteilssicherheit)
durch je	2 Auswerter/innen werden	=	1.764 Beurteilungen pro Kind erfaßt.

Parallel dazu werden die Verhaltensänderungen des Kindes von der jeweils behandelnden Therapeutin und deren Kotherapeutin nach jeder Therapiesitzung, d. h. unter Umständen nach 20 oder mehr Sitzungen jeweils mittels der gleichen 42 Item beurteilt.

Verhaltensveränderung aus unterschiedlichen Blickwinkeln

In dieser Forschung werden eine Vielzahl von Erhebungen vorgenommen. Die Daten der Anamnese und der ärztlichen Eingangsdiagnostik, sowie die sozio-demographischer Daten über Mutter, Vater und Kind und außergewöhnliche Ereignisse, denen das Kind in seiner Entwicklung ausgesetzt war, die Dauer der Wartezeit und die Anzahl der Therapiesitzungen werden als Kontrollvariable aufgenommen.

Der Stand der Sprachentwicklung des Kindes wird zu verschiedenen Meßzeitpunkten *vor* und *nach* der Wartezeit, *während* und *nach Abschluß der Therapie* mit einem Fragebogen aus der Sicht der (gegebenenfalls beiden) Elternteile, der Therapeutin und einer Diagnostikerin erhoben. Darüber hinaus wird er vor und nach der Therapie mit für diese Kinder geeigneten

Untertests des Heidelberger Sprach-Entwicklungs-Tests (H-S-E-T) systematisch erfaßt. Pilotstudien haben allerdings gezeigt, daß zu Beginn der Therapie die Leistungsfähigkeit der meisten dieser Kinder von diesem Test noch überfordert ist. Viele von Ihnen können keine der Aufgaben erfüllen.

Das Gleiche gilt für das zu mehreren Zeitpunkten erhobene Sprachverständnis dieser Kinder, für dessen Erfassung sich der Pizzamiglio-Test (in der Version nach Barbara Zollinger) am besten bewährt hat. Aber auch dieser Test kann überwiegend erst im Verlauf und zum Abschluß der Therapie von diesen Kindern bearbeitet werden.

Um das Sprachverständnis und den Stand des Spracherwerbs am allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes orientieren zu können, wird dieser zu den gleichen Meßzeitpunkten mit geeigneten Untertests des Wiener Entwicklungstests (WET) erhoben. Dieser hat sich in Pilotstudien von allen für Kinder verfügbaren Intelligenztests am ehesten als für diese besonders schwierigen Kinder geeignet erwiesen.

Vor Beginn der Wartezeit, vor Beginn der Therapiezeit und nach Abschluß der Therapie wird der Stand der Kommunikationsfähigkeit und die Art und Weise der Kommunikation des Kindes mit der Mutter und unabhängig davon auch mit dem Vater mit der Heidelberger Marschak Interaktionsmethode (H-MIM) untersucht, um den spezifischen Bedarf des Kindes an kommunikativer Unterstützung zu erfassen, bzw. später festzustellen, wie sich diese verbessert hat.

Der Kern aller Erhebungen ist jedoch die kontinuierlich wiederholte Erfassung der Veränderungen des Kommunikationsverhaltens des Kindes unter dem Einfluß von THERAPLAY[®]. Dazu dienen einerseits die schon beschriebenen Auswertungen der Videoprotokolle aus den Therapiesitzungen. Andererseits werden sie aber auch zu verschiedenen Zeitpunkten vor, während und nach der Therapie von der Mutter und dem Vater des Kindes und von der Therapeutin anhand gleicher Skalen eingeschätzt. Darüber hinaus haben die beiden Elternteile zu verschiedenen Zeitpunkten einen umfassenden Fragebogen zum Verhalten ihres Kindes in der häuslichen Umgebung zu beantworten.

Aus der amerikanischen Praxis wurde ein in den USA gebräuchliches Inventar mit 78 Fragen zur elterlichen Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung (Parent Child Relationship Inventory) übernommen. Er wurde für dieses Forschungsprojekt kongenial übersetzt. Um die Präzision, Validität und Reliabilität abzusichern wurden beide Versionen, die englische und die deutsche, in einer umfassenden Pilotstudie bei 40 Elternpaaren gesunder Kinder getestet. Diese hatten zur Hälfte Englisch, zur anderen Hälfte Deutsch als Muttersprache und beherrschten daneben die jeweils andere Sprache fließend. Unabhängig voneinander mußten zunächst die Mütter und danach die Väter im Wochenabstand zunächst den englischen und dann den deutschen Fragebogen (oder im umgekehrter Reihenfolge) beantworten. Es handelt sich also um ein Experiment mit Testwiederholung. Die Pilotstudie erbrachte eine außerordentlich hohe Retestrelabilität 78 Fragen. Sie lag durchweg zwischen $r = .70$ und $r = .86$. Damit entsprachen die Reliabilität bei wiederholter Untersuchung in Deutschland ziemlich genau der den USA gemessenen.

Dieser Fragebogen zur Eltern-Kind-Beziehung muß von beiden Elternteilen der behandelten Kinder zu verschiedenen Zeitpunkten der Warte- und der Therapiezeit und nach Abschluß der Therapie beantwortet werden, um die Sekundärwirkung des sich während der Therapie ändernden Kommunikationsverhaltens des Kindes auf die Eltern-Kind-Beziehung zu erfassen.

Damit kann dieser erste Bericht das Forschungsprojekt zur Evaluation der Wirkweise von THERAPLAY abgeschlossen werden. Die Leser/innen mögen selbst einschätzen, insbesondere soweit sie in ihrer logopädischen Praxis THERAPLAY einsetzen, inwieweit die Ergebnisse dieser Forschung ihnen helfen können, einerseits die Eltern solcher logopädisch schwierig zu behandelnden Kindern und andererseits die Krankenkassen, die schließlich die Leistungen honorieren müssen, von den Vorteilen einer Vorbehandlung mit THERAPLAY zu überzeugen. Wir werden in Zukunft immer wieder über den Stand dieses Forschungsprojekts berichten.

Wissenschaftliche Berater/innen des Forschungsprojekts

Prof. Dr. Gabriele Gloger-Tippelt. Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Abt. Entwicklungspsychologie. In der vorbereitenden Phase als Beraterin für Erhebungsmethoden der Eltern-Kind-Beziehung.

Dr. rer. nat. Klaus Eckart Rogge. Psychologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Fachbereiche Methodenlehre und Biopsychologie. Ständiger Berater in allen Phasen der Versuchsplanung, der Pilotstudien und der Operationalisierung der Prozeßvariablen, mit denen die Veränderungen der spracherwerbs- und zugleich verhaltensgestörten Kinder erhoben werden.

Ärztliche Begleitung des Forschungsprojekts

Dr. med. Viktor Uttenweiler. Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen. Leitender Arzt des Phoniatrie- und Pädaudiologischen Zentrums der Berufshilfsanstalt Heidelberg gGmbH und der Leiter der Fachschule für Logopädie der SRH Heidelberg.

Bereitstellung des Patientenpotentials

Phoniatrie- und Pädaudiologisches Zentrum der Berufshilfsanstalt Heidelberg gGmbH, L. Guttmann Str. 2/1, Heidelberg, eine gemeinnützige Institution der SR-Holding, Heidelberg, früher: Stiftung Rehabilitation.

Leitung des Forschungsprojekts

Ulrike Franke. Logopädin, Registered Play Therapist - Supervisor der Association of Play Therapy (APT), USA. THERAPLAY®-Therapeutin und -ausbilderin. Eigentümerin der Rechte an dem Wort- und Bildzeichen THERAPLAY, eingetragen beim Deutschen Patentamt und in anderen Ländern.

Herbert Wettig. Geschäftsführender Gesellschafter der Forschungsgesellschaft Herbert Wettig GmbH & Co. KG, Leonberg. Diese Gesellschaft ist Träger dieses Forschungsprojekts.

Überblick über die Meßzeitpunkte (t) bei der Test- (^Tt) und der Kontrollgruppe (^Kt)

zu Beginn und zum Abschluß der Wartezeit *ohne* THERAPLAY (t_w),
zu Beginn, während und zu Abschluß der Therapiezeit (t_T),
und als Katamnese 2 bzw. 5 Jahre nach Abschluß der THERAPLAY-Behandlung ($t_K^{\textcircled{2}}$; $t_K^{\textcircled{5}}$)

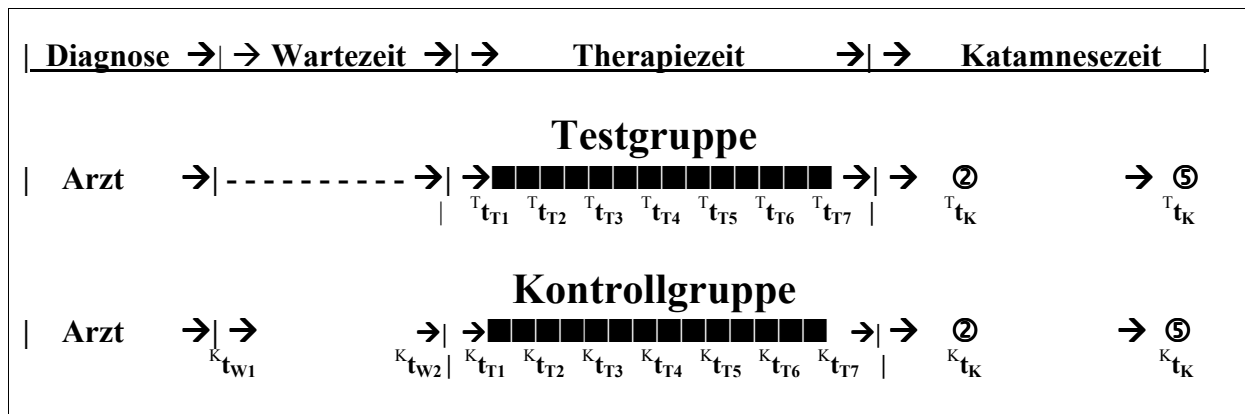


Abbildung 1: Meßzeitpunkte der Erhebung der Verhaltensänderungen der Kinder

**PROZESSVARIABLEN
ZUR BEURTEILUNG DER VERHALTENSÄNDERUNGEN DER KINDER
MIT SPRACHERWERBS- UND ZUGLEICH VERHALTENSSTÖRUNGEN**

Physiologische, psychologische und kognitive Prozeßvariable	Anzahl der Items
1. Aufmerksamkeit, Konzentration und Interesse des Kindes	2
2. Aktives Handeln des Kindes (Verhaltensautonomie)	1
3. Selbstsicherheit und Vertrauen des Kindes in andere (gezeigtes Selbstvertrauen und Vertrauen gegenüber anderen)	3
4. Beziehungsfähigkeit des Kindes (Kontaktaufnahme, Kontaktakzeptanz und Kooperation)	5
5. Emotionalität des Kindes (Lust ↔ Unlust; Spannung ↔ Lösung; Erregung ↔ Beruhigung)	5
1. Körperempfindung und Körpermotorik des Kindes 2. (Fähigkeit des Kindes, sensorische Reize wahrzunehmen)	4
7. Verbale Kommunikationsfähigkeit des Kindes (Sprechakte und Sprachniveau)	4
8. Beziehungseinschätzung (soziales Verhalten des Kindes mit Bezugspersonen)	7
9. Frustrationstoleranz des Kindes	3
10. Zuneigung des Kindes (Empathie)	5
11. Mut und Risikobereitschaft des Kindes	3

Abbildung 3: Überblick über die 11 Prozeßvariablen mit 42 Items,
in denen die Veränderung des Verhaltens der Kinder
von der Therapeutin nach jeder Sitzung und
2 Auswerter/innen aufgrund der Videoaufzeichnungen unabhängig eingeschätzt werden.

1. Grad der <u>verbalen</u> Kommunikationsstörung des Kindes ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt	
sehr gering	sehr groß
1.....2.....3.....4.....5.....6	
<i>Bei dieser Einschätzung bin ich mir:</i>	
<i>gar nicht sicher</i>	<i>sehr sicher</i>
1.....2.....3.....4.....5.....6	
Keine Beurteilung möglich <input type="checkbox"/> weil:	
[k.A.] <input type="checkbox"/>	

**Abbildung 4: Item aus einer Prozeßvariable zur Beziehungsfähigkeit des Kindes
(Beispiel)**

Artikel erschienen in der Zeitschrift „Schwierige Kinder – verstehen und helfen“ Nr. 17, 1999