

Mütterliche Einstellungen zur sprachtherapeutischen Behandlung ihrer Kinder

Ute Ritterfeld¹ und Heiner Rindermann²

¹University of Southern California, ²Universität Magdeburg

Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund: Die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen erfordert neben psycholinguistischer Kindertherapie die Mitarbeit der Eltern. Hierfür sind elterliche Einstellungen zur Sprachtherapie relevant. **Fragestellung:** Untersuchung der Einstellungen von Müttern zur Sprachtherapie, Überprüfung des Zusammenhangs dieser Einstellungen zu externen Belastungsfaktoren sowie subjektiven Schuld- oder Überforderungsgefühlen und zur Partizipationsbereitschaft. **Methode:** Befragung von Müttern (N=116, standardisierte Fragebögen) sprachtherapeutisch behandelter Kinder, Auswertung mittels Korrelations- und Regressionsanalysen und Überprüfung eines theoretischen Modells mittels Strukturgleichungsverfahren. **Ergebnisse:** Mütter sind bereit, sich am sprachtherapeutischen Prozess ihrer Kinder zu beteiligen. Wenn aber objektive Lebensumstände die Ressourcen der Mütter einschränken oder wenn die Therapie als Belastung wahrgenommen wird, ist die Bereitschaft zur Verantwortungsabgabe erhöht und zur Therapieunterstützung eingeschränkt. Mütter schätzen Sprachdefizite ihrer Kinder nicht immer adäquat ein. **Schlussfolgerung:** Aufklärung der Eltern über Verfahren und Ziele der Sprachtherapie sind für deren Therapiewertschätzung und Partizipation wichtig. Es ist zu empfehlen, Müttern Sinn und Zweck einer spielerischen Intervention zu verdeutlichen. **Schlüsselwörter:** Sprachtherapie, Elternpartizipation, psychische Belastung, Ressourcen, mütterliche Einstellungen

Parental attitudes towards the psycholinguistic therapy of their children

Abstract. Background: The treatment of specific language impairments needs not only intensive psycholinguistic therapy for the child but also co-operation of the parents. Thus, parental attitudes towards the therapy are relevant. **Objective:** Study of parental attitudes towards psycholinguistic therapy, analysis of the relationship between these attitudes and external strain factors, and subjective guilt feelings and feelings of overload and maternal readiness to take part in the child's therapeutic process. **Methods:** Questioning mothers (n = 116, standardized questionnaires) of children receiving interventions for language impairment, correlation and regression analysis, as well as testing of a theoretical model by structural equation modeling. **Results:** Mothers are willing to take part in the child's therapeutic process. But whenever objective circumstances restrict parental resources or if the therapy is regarded as a stress factor, the maternal readiness to delegate the responsibility to the therapist increases and parental participation is restricted. Mothers do not always assess the deficits of their child adequately. **Conclusions:** For parents to appreciate the therapy as well as to participate in it, it is important to inform parents about the treatment and the objectives of the therapy. It is recommended to illustrate meaning and intention of a playful intervention to the mothers. **Key words:** language therapy, parent participation, stress, resources, maternal attitudes

Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Auffälligkeiten im Vorschulalter und weisen ohne Intervention eine hohe Persistenz auf. Zudem besteht die Gefahr, dass diese Störungen kognitive und sozio-emotionale Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Es ist deshalb unstrittig, dass sprachauffällige Kinder spezifisch gefördert werden müssen, um deren Defizite zu kompensieren und das Entwicklungsrisiko zu minimieren (Grimm, 1999). Die betroffenen Kinder haben spezifische Schwierigkeiten, den Spracherwerb zu meistern, da ihre Fähigkeit Sprachdaten zu analysieren, grundlegend eingeschränkt

ist. Diese Erkenntnis und die Befunde längsschnittlicher Studien, bei denen das Sprachangebot dieser Kinder mit dem unauffälliger entwicklungsparalleler Kinder verglichen wurde (Grimm, 1994), haben dazu geführt, die Ursache für die Sprachentwicklungsdefizite eher in den Kindern und weniger in einer mangelhaften Sprachanregung zu suchen: Sprachauffällige Kinder erfahren im Wesentlichen dieselben, durch naive Sprachlehrstrategien angereicherten Anregungen wie andere Kinder auch. Aber sie sind offenbar nicht genauso in der Lage, diesen Input für die Spracherwerbsaufgabe auszunutzen (Grimm, 1999). Obgleich die Defizite der betroffenen Kinder nicht durch ein mangelhaftes Sprachangebot erklärbar sind, so muss dennoch jede Interventionsmaßnahme über das Sprachangebot vermittelt werden. Im Rahmen von Interventionen muss das Sprachangebot intensiviert und mit

Frau Silke Förster und Frau Monika Müller möchten wir für die Mitarbeit bei der Studie danken. Frau Anja Scheil gilt unser Dank für Unterstützung bei Anfertigung des Manuskripts.

denjenigen linguistischen Parametern angereichert werden, mit denen das Kind Schwierigkeiten hat.

Es lassen sich dabei drei Wege für Interventionsmaßnahmen unterscheiden, die im optimalen Falle ergänzend angeboten werden: Erstens kann das *Kind* in therapeutischen Sitzungen ein angereichertes und intensiviertes Sprachangebot erfahren, zweitens können die *Bezugspersonen* des Kindes für sprachförderliche Interaktionen sensibilisiert und trainiert werden und drittens schließlich kann ein gezielter *Medieneinsatz* das Kind mit wiederholten und spezifisch förderlichen Sprachdaten versorgen. Die Ergebnisse empirischer Studien lassen in der Summe erkennen, dass sowohl die direkte Arbeit mit dem Kind als auch eine Elternpartizipation erfolgversprechend sind. Der Einsatz von Medien bei diesen Kindern hat bislang noch wenig Forschungsaktivität hervorgerufen (Ritterfeld & Vorderer, 2000).

Der Erfolg einer Therapie hängt neben dem Alter und der Motivation der Kinder (Conti-Ramsden & Botting, 2001), dem Ausmaß der Störung (Largo, 1998) und der realisierten therapeutischen Maßnahme (Ritterfeld, 2002) im Wesentlichen von der Unterstützung durch die Eltern ab (Kühl, 2002). Deren Einstellungen zur Sprachtherapie sowie ihre Bereitschaft, aktiv am therapeutischen Prozess teilzunehmen, beeinflussen die Effektivität therapeutischer Maßnahmen.

In der sprachtherapeutischen Literatur wurden unterschiedliche Modelle diskutiert, um die Auseinandersetzung der Eltern mit dem therapeutischen Geschehen zu unterstützen (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998). Als überzeugend erwies sich ein Modell, das den Eltern hinsichtlich des therapeutischen Geschehens maximale Transparenz einräumt und sie darüber hinaus aktiv beteiligt. Mit dieser auch als Partizipation bezeichneten „Elternarbeit“ werden Eltern über die Störung und ihre Entstehungsbedingungen sowie über die therapeutischen Maßnahmen gründlich aufgeklärt und außerdem selbst zu einem sprachförderlicheren Umgang mit ihrem Kind angeleitet (Ritterfeld, 2000). Dabei zeigte sich, dass Eltern weit weniger in die sprachtherapeutische Praxis einbezogen werden als es die praktizierenden Sprachtherapeuten selbst für wünschenswert erachten. Methodische Defizite ließen sich unseres Erachtens durch Schulungen kompensieren. Hinsichtlich der therapeutischen Haltung gegenüber den Eltern ist jedoch eine Reflexion darüber nötig, was eine sprachtherapeutische Elternpartizipation leisten kann und will: Therapeuten missverstehen Elternpartizipation häufig als Psychotherapie (Dehnhardt & Ritterfeld, 1998; Ritterfeld & Dehnhardt, 1998). Sprachtherapeutische und psychotherapeutische Interventionsmaßnahmen können einander aber nicht ersetzen, sondern im besten Fall ergänzen.

Um eine erfolgreiche Elternpartizipation realisieren zu können, müssen Voraussetzungen und Möglichkeiten der Eltern bedacht werden. Eine der am häufigsten geäußerten Kritikpunkte an der Durchführbarkeit von Elterntrainings betrifft eine angeblich mangelhafte Bereitschaft der Eltern, sich einer solchen Maßnahme zu unterziehen

(z. B. Speck & Warnke, 1989). So wird eine Haltung als verbreitet beklagt, bei der Eltern Sprachtherapie als „Reparaturwerkstatt“ auffassten, in die sie ihre Kinder nur abzugeben hätten. Eine weitere Verantwortung würde von vielen Eltern hingegen nicht übernommen. Systematische empirische Untersuchungen über diese angeblichen Einstellungen von Eltern zur Sprachtherapie erfolgten allerdings bislang noch nicht, sodass weder Kenntnisse über das tatsächliche Ausmaß motivationaler Verhinderungen einer Elternpartizipation noch zu möglichen Gründen für die beklagten Motivationsdefizite vorliegen.

Hypothesen

Als Grundlage für die vorliegende Untersuchung wurde zunächst ein Modell der Determinanten elterlicher Therapiemotivation konstruiert (vgl. Abb. 1). Unter ‚elterlicher Therapiemotivation‘ sollen hier drei Aspekte verstanden werden: Erstens eine wertschätzende Haltung der Eltern gegenüber der Sprachtherapie ihres Kindes (*Wertschätzung der Kindertherapie*), zweitens die Bereitschaft der Eltern, die Sprachtherapie aktiv zu unterstützen (*Bereitschaft zur Partizipation*) und drittens der Wunsch nach einer eher psychotherapeutisch ausgerichteten Behandlung der Eltern selbst (*Psychotherapiewunsch*).

Eine wertschätzende Haltung der Eltern gegenüber der Sprachtherapie ihres Kindes sollte sich zum Beispiel darin ausdrücken, dass die therapeutische Intervention nicht grundsätzlich angezweifelt und der elterliche Aufwand für die Therapie als gerechtfertigt erlebt wird. Zu der Bereitschaft zur Partizipation zählt nicht nur das Interesse, sich mit dem Störungsbild auseinanderzusetzen und sich über das therapeutische Geschehen zu informieren, sondern vor allem auch die Unterstützung der Sprachförderung durch Eigenaktivität. Diese kann sich auf die Durchführung von Hausaufgaben beziehen oder auf die Teilnahme an spezifischen Elterngruppen, in denen sprachförderliches Interaktionsverhalten gelernt wird.

Als Determinanten für die drei Bausteine elterlicher Therapiemotivation werden in dem Modell zwei Bedin-

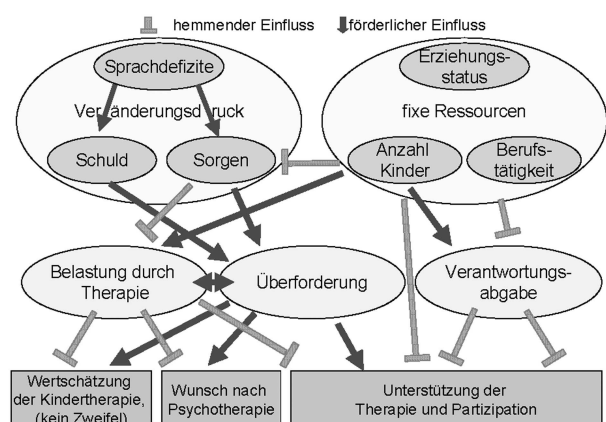


Abbildung 1. Bedingungsmodell elterlicher Ressourcen.

gungskomplexe unterschieden. Die Wahrnehmung der kindlichen Defizite und die Belastung, die Eltern durch das Kind und seine Sprachstörung erleben (Schuldgefühle, Sorgen), können zusammengefasst als der *Veränderungsdruck* bezeichnet werden, den Eltern empfinden. Dieser Veränderungsdruck fördert, so unsere Annahme, sowohl die Unterstützung der Sprachtherapie des Kindes als auch die Bereitschaft für eine Elternpartizipation. Auf der anderen Seite kann jedoch die individuelle Lebenssituation die Freiheitsgrade, sich zu engagieren, auch erheblich einschränken. Objektive Rahmenbedingungen wie etwa die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, eine Berufstätigkeit der Mütter und der Erziehungsstatus (alleinerziehend oder nicht alleinerziehend) können einen erheblichen Einfluss darauf ausüben, ob und in welchem Maße Eltern die Sprachtherapie ihres Kindes unterstützen können. Da sich diese unveränderlichen oder objektiven Gegebenheiten (*fixe Ressourcen*) kaum verändern lassen, können sie kaum Gegenstand therapeutischer Intervention werden. Gleichwohl sollten Kenntnisse über die verfügbaren Ressourcen helfen, die Perspektive von Eltern genauer einschätzen und Interventionsperspektiven entwickeln zu können, die diesen Beschränkungen Rechnung tragen.

Während sich die Einschränkung von Ressourcen durch unveränderliche Lebensbedingungen vermutlich hemmend auf die Bereitschaft auswirkt, sich im Rahmen der Sprachintervention zu engagieren, gehen wir davon aus, dass der Veränderungsdruck einen generell motivationsförderlichen Einfluss ausübt. Hierzu zählen sowohl das Alter des Kindes als auch das wahrgenommene Ausmaß der *Sprachdefizite* (SES). Denn es ist anzunehmen, dass eine ausgeprägte Sprachstörung einen höheren Leidens- und damit Veränderungsdruck bewirkt. Gleichzeitig ist die Annahme plausibel, dass der Veränderungsdruck mit dem Alter des Kindes wächst. Bei kleineren Kindern könnte möglicherweise noch eine Abwartehaltung vorherrschen. Diese Annahme wird auch durch die gängige Empfehlungspraxis des professionellen pädiatrischen Systems genährt, wonach eine Sprachtherapie mit zunehmenden Alter des Kindes als dringlicher eingeschätzt wird (Ritterfeld & Niebuhr, 2002).

Wir gehen davon aus, dass die Eltern eines sprachauffälligen Kindes einer Reihe von Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, die sich bereits durch die schiere Kenntnisnahme des Problems ausbilden können. So können Eltern zum Beispiel besorgt sein, dass die Sprachstörung auch Schulschwierigkeiten nach sich zieht (*Sorgen*). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die subjektive Erklärung der Sprachstörung durch die Eltern und die sich daraus ableitende subjektiv empfundene Verantwortlichkeit die Motivation zur Therapie beeinflussen. Wenn Eltern überzeugt sind, dass sie selbst die Verantwortung für die Sprachstörung tragen (weil sie zum Beispiel meinen, sich nicht ausreichend um das Kind gekümmert zu haben), können *Schuldgefühle* entstehen. Im positiven Fall führen Schuldgefühle dazu, dass Eltern sich für die Behandlung des Kindes (mit)verantwortlich fühlen und bemüht sind, etwas „gut“ zu machen. Im negativen Fall setzen sich Eltern

weniger konstruktiv mit ihrer eigenen Rolle auseinander oder vermeiden gar die Auseinandersetzung. Auf alle Fälle aber kann angenommen werden, dass internale Schuldzuschreibungen einen Stressfaktor darstellen.

Der Veränderungsdruck auf der einen und die fixen Ressourcen auf der anderen Seite kennzeichnen die beiden wichtigsten Bedingungskomplexe für die Motivation der Eltern, sich im Rahmen der Sprachintervention zu engagieren. Gleichwohl nehmen wir an, dass die Wirkung dieser Determinanten durch weitere psychische Einflussgrößen moderiert wird. Hier ist an erster Stelle der psychische Stress zu nennen, unter denen Eltern stehen, welche die Einstellung zur Therapie beeinflusst. Hierbei können Stressfaktoren, die auf die allgemeine Lebenssituation zurückzuführen sind (*allgemeine Überforderung*) von solchen unterschieden werden, die sich erst durch die sprachtherapeutische Behandlung des Kindes ergeben (*Belastung durch die Therapie*). Es erscheint plausibel, dass unspezifisch überforderte Eltern zwar professionelle Hilfe dankbar annehmen, gleichzeitig aber zu weniger eigenem Engagement in der Lage sind. Auf der anderen Seite kann bei Eltern, für die die Sprachtherapie ihres Kindes einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellt, eine generell ungünstigere motivationale Ausgangslage vermutet werden. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass Überforderungsgefühle bei den Eltern auch den Wunsch nach einer eigenen psychotherapeutischen Behandlung evozieren können. Als dritter moderierender Faktor in dem postulierten Modell findet schließlich die generelle Tendenz Berücksichtigung, die Verantwortung für die Förderung des kindlichen Sprachvermögens an den Experten abzugeben, durch die zwar die Therapie wertgeschätzt, die Möglichkeiten des eigenen Beitrags hingegen gering geschätzt werden (*Verantwortungsabgabe*). Eine solche Verantwortungsdelegation sollte sich hemmend auf die Bereitschaft zur Partizipation auswirken, wohingegen die Wertschätzung der Kindertherapie davon profitieren müsste.

Das Ausmaß der Sprachbeeinträchtigung der behandelten Kinder sollte zunächst durch einen Experten (den Therapeuten) vorgenommen werden. Diesem Maß stehen jedoch die wahrgenommenen Defizitbeurteilungen der Eltern gegenüber, die nicht mit der Therapeuteneinschätzung übereinstimmen müssen, aber für die elterlichen Gefühle relevant sind. So sind beispielsweise bestimmte linguistische Kompetenzen (vor allem die Aussprache) leichter beobachtbar als andere (z. B. das Sprachverstehen). Deshalb sollte neben der Urteilerübereinstimmung untersucht werden, auf welchen linguistisch differenzierbaren Defizitbereichen die mütterlichen Urteile gründen.

Methode

Instrumente und Durchführung

Im Rahmen einer Vorstudie (Förster & Müller, 1998) wurde ein 70 Items umfassender Fragebogen zur Operationalisierung der oben diskutierten Konstrukte ent-

wickelt. Jedes Konstrukt wurde durch ein bis fünf Items operationalisiert, die als Aussagen formuliert und jeweils mit einer fünfstufigen Ratingskala (1–5) versehen wurden. Darüber hinaus wurden die Eltern gebeten, anzugeben, wie viele Kinder in ihrem Haushalt leben, ob sie berufstätig oder alleinerziehend sind und wer die Initiative zur Therapie ergriffen hatte. Zusätzlich wurde ein Kurzfragebogen für die Therapeuten entworfen, in dem Erhebungszeitpunkt, Therapiebeginn und Anzahl der stattgefundenen Sitzungen notiert wurden. Außerdem sollten die Therapeuten eine diagnostische Einschätzung der Sprech- und Sprachdefizite des Kindes vornehmen. Hierzu wurden fünf, in der Sprachtherapie geläufige Dimensionen benannt, welche die linguistischen Komponenten der Sprache differenzieren: Artikulation, Wortschatz, Grammatik, Sprachverständnis und Pragmatik.

Die Mütter erwiesen sich als primäre oder gar einzige Ansprechperson für therapeutische Belange. Deshalb wurde aus forschungspragmatischen Gründen und um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Praxis zu sichern, entschieden, die Befragung auf Mütter zu begrenzen. Kriterium für die Teilnahme an der Untersuchung war, dass das Kind wegen Defiziten in der Sprachentwicklung behandelt wurde. Die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Mütter füllte den Fragebogen im Wartezimmer aus, während ihr Kind therapeutisch behandelt wurde.

Stichprobe

Der Großteil der befragten Mütter ($N = 116$ aus 12 verschiedenen sprachtherapeutischen Praxen) hatte zwei Kinder (59,5%). Ein-Kind-Familien und Drei-Kind-Familien kamen in 15,5 bzw. 17,2% der Fälle vor. In 7,8% der Fälle gehörten mehr als drei Kinder zur Familie. Bei 79,3% der beteiligten Familien befand sich ein Kind in sprachtherapeutischer Behandlung, bei 19% der Familien waren es zwei und bei 1,7% drei Kinder. 10,2% der Mütter gaben an, allein erziehend zu sein. Alle anderen Mütter bis auf eine ohne Angaben lebten fest mit einem Partner zusammen. Von den Müttern waren 54,3% nicht berufstätig, 40% übten eine Teilzeittätigkeit aus und 5,7% waren voll berufstätig. Die Kinder der befragten Mütter waren bei einer Spannbreite von 3,4 bis 11,9 Jahren durchschnittlich 6,04 Jahre alt ($SD = 1,44$). Bei 70,2% der Kinder handelte es sich um Jungen, bei 29,8% um Mädchen. Dies spiegelt die geschlechtsabhängige Prävalenzrate von Sprachentwicklungsstörungen wider (s. Grimm, 1999).

Ergebnisse

In der Einschätzung der Therapeuten stehen die artikulatorischen Defizite im Vordergrund, gefolgt von einer fehlerhaften Grammatik, einem geringen Wortschatz, einer entwicklungsinadäquaten pragmatischen Kompetenz und einem eingeschränkten Sprachverständnis. Interkorrelationen der Defizitwerte zwischen den einzelnen linguisti-

schen Komponenten weisen darauf hin, dass die am stärksten ausgebildeten artikulatorischen Defizite in geringstem Zusammenhang zu den anderen beeinträchtigten Sprachkomponenten stehen ($r = .18$ bis $.33$; Korrelationen zwischen den anderen Skalen um $r = .55$; $N = 116$).

Um herauszufinden, welche Urteilsdimension für die Mütter prävalent sein könnte, wurde die molare Einschätzung der Mütter (F12: *Wie stark ist die Sprachentwicklung Ihres Kindes Ihrer Meinung nach beeinträchtigt?*) durch die differenzierteren therapeutischen Beurteilungen sowie durch das Alter der Kinder vorherzusagen versucht. Eine multiple Regression ($R = .52$; $N = 116$, $< .01$) zeigt statistisch bedeutsame Zusammenhänge der von den Therapeuten bewerteten artikulatorischen ($\beta = .30$) und morpho-syntaktischen ($\beta = .24$) Defizite mit den mütterlichen Einschätzungen. Keine bedeutsamen Zusammenhänge finden sich hingegen für die semantische, pragmatische und die Sprachverstehenskompetenz der Kinder. Darüber hinaus spielt das Alter eine relevante Rolle in der mütterlichen Urteilsbildung: Je älter die Kinder, desto stärker erleben die Mütter die Defizite ($\beta = .22$). Das Kindesalter spielt in der therapeutischen Diagnose keine Rolle.

Die Initiative zur Sprachtherapie ging in 36,5% aller Fälle alleine von den Müttern selbst aus: 18,3% der Mütter gaben an, gemeinsam mit dem Kinderarzt den Entschluss gefasst zu haben, genau so viele Mütter wurden von ihrem Kinderarzt dazu aufgefordert; Kindergarten oder Schule wurden in 2,6%, das Gesundheitsamt in 1,7% und das soziale Umfeld der Familien in 0,9% der Fälle initiativ. 21,6% der Mütter gaben an, dass die Initiative einen Sprachtherapeuten aufzusuchen, gleichzeitig von mehreren Personen ausgegangen sei.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der in die Untersuchung einbezogenen Kinder betrug zum Zeitpunkt der Datenerhebung 55 Wochen mit einem Minimum von sechs und einem Maximum von 276 Wochen. In dieser Zeit hatten durchschnittlich 32 Therapiesitzungen von in der Regel 45 Minuten Dauer stattgefunden. Es wurden höchstens zwei Behandlungen pro Woche durchgeführt, im manchen Fällen lagen mehrere Monate zwischen Sitzungen, im Schnitt fand durchschnittlich alle zwei Wochen eine Behandlung statt.

Als Determinanten der Therapiemotivation wurden für die fixen Ressourcen und den Veränderungsdruck je drei Indikatoren berücksichtigt. Während die fixen Ressourcen über eine direkte Erhebung der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, die Berufstätigkeit der Mütter und den Erziehungsstatus erfasst werden konnten, erforderte das Konstrukt Veränderungsdruck die Operationalisierung von elterlichen Schuldgefühlen und Sorgen. Als dritter Indikator wurde die von den Müttern wahrgenommene Sprachbeeinträchtigung der Kinder gemessen. Als moderierende Variablen sollten Schuldgefühle der Eltern, deren Sorgen wegen der Sprachbeeinträchtigung des Kindes, die spezifische Belastung der Eltern durch die Sprachstörung des Kindes, das Gefühl einer allgemeinen Überforderung sowie die Tendenz zur Verantwortungsabgabe erfasst werden. Für die Operationalisierung dieser

Tabelle 1. Reliabilitäten und Mittelwerte der Prädiktoren

Skalen	Items	α	M	SD
Schuldgefühle wegen der Sprachentwicklungsstörung (SES)	Ich glaube, es liegt auch an mir, dass mein Kind nicht richtig sprechen kann (F69). Wahrscheinlich bin ich Schuld daran, dass mein Kind so spricht (F78). Ich hätte bestimmt etwas tun können, damit mein Kind keinen Sprachfehler bekommt (F28). Ich fühle mich für den Sprachfehler meines Kindes verantwortlich (F54). Ich habe Angst, dass mir meine Familienmitglieder Mitschuld am Sprachfehler meines Kindes geben (F61). Ich frage mich oft, was habe ich bloß falsch gemacht (F74).	.85	1,64	0,83
Sorgen	Ich mache mir Sorgen, dass mein Kind wegen des Sprachfehlers in der Zukunft noch mehr Probleme bekommt (F13). Die Sprachauffälligkeit meines Kindes macht mir große Sorgen (F45). Mein Kind lernt kaum Freunde kennen, weil es diesen Sprachfehler hat (F33). Es ist mir ziemlich peinlich, wenn mich jemand auf den Sprachfehler meines Kindes anspricht (F48). Ich fühle mich mit der Sprachauffälligkeit meines Kindes ziemlich allein gelassen (F70).	.67	3,14	1,06
Belastung durch die Therapie	Manches Mal geht es mir ganz schön auf die Nerven, dass ich mein Kind zur Sprachtherapie bringen muss (F20). Mir wächst die Sprachtherapie inzwischen über den Kopf (F49). Ohne die Sprachtherapie wäre ich ganz schön hilflos (umgepolt F36). Ich fühle mich entlastet, seit mein Kind zur Therapie geht (F56).	.62	1,30	0,52
Allgemeine Überforderung	Mir ist manchmal so richtig zum Heulen zumute (F37). Ich habe das Gefühl, dass mir das Wasser bis zum Hals steht (F64).	.67	1,72	0,90
Verantwortungsabgabe	Ich sehe keinen Grund, in die Therapie einbezogen zu werden, da mein Kind behandelt werden muss und nicht ich (F42). Ich kann doch nichts zur Behandlung beitragen, schließlich hat die Therapeutin ja das Wissen (F34). Der Therapieerfolg hängt ganz von mir ab (umgepolt F53). Der Therapieerfolg hängt ganz von der Therapeutin ab (F43).	.62	1,79	1,12

Anmerkungen: Die Reihenfolge der Items spiegelt die Ladungen der Items in Faktorenanalysen wider.

prädiktiven Konstrukte wurden jeweils zwei bis fünf Items in den Fragebogen integriert (s. Tabelle 1). Die Reliabilitäten der Skalen bewegen sich zwischen $\alpha = .85$ und $.62$ (im Mittel $\alpha = .69$) und können noch als ausreichend bezeichnet werden. Bei den Mittelwerten und Standardabweichungen zeigt sich ein vergleichsweise hoher Wert nur bei ‚Sorgen‘, alle anderen Einschätzungen fielen niedrig aus.

Als Kriterien sollten die Wertschätzung der Kindertherapie, der Wunsch der Eltern nach einer eigenen Psychotherapie und die Bereitschaft zur Partizipation Berücksichtigung erfahren. Als Indikator für die Wertschät-

zung der Kindertherapie durch die Eltern wurde der Zweifel der Eltern an Therapiemethode und Therapieerfolg (*Zweifel*) herangezogen. Die Bereitschaft der Eltern, die Therapie zeitlich und finanziell zu unterstützen dient als ein Maß der *Unterstützung*. Der *mütterliche Psychotherapiewunsch* wurde durch zwei Items zum Thema persönlicher Aussprache für Eltern operationalisiert. Bei den Mittelwerten für die Kriterien zeigt sich ein hoher Wert für ‚Zweifel an der Therapie‘, Mütter scheinen vom Erfolg der Sprachtherapie wenig überzeugt zu sein.

Die Bereitschaft der Mütter zur Elternpartizipation ihres Kindes wurde anhand von 14 Items erhoben. Die

Tabelle 2. Reliabilitäten und Mittelwerte der Kriterien Wertschätzung (Zweifel), Psychotherapiewunsch, Unterstützung und der Partizipationsmotivation

Kriterien	Items	α	M	SD
Zweifel an der Kindertherapie	In der Therapie wird nur gespielt. Ich bezweifle, dass sich dadurch etwas ändert (F73). Ich verstehe nicht, wie diese Therapie überhaupt etwas bringen soll (F79). Wenn ich ehrlich bin, zweifle ich an dem Behandlungserfolg (F30).	.59	4,75	0,39
Wunsch nach Psychotherapie	Ich möchte mich bei der Therapeutin mal richtig aussprechen (F26). Ich würde gerne mit der Therapeutin über meine Probleme sprechen (F40).	.75	2,39	0,72
Unterstützung der Kindertherapie	Ich bin bereit, viel Zeit in die Therapie meines Kindes zu investieren (F16). Eigentlich ist mir die ganze Angelegenheit viel zu zeitaufwendig (umgepolt F21). Ich würde versuchen, die Therapie meines Kindes selbst zu finanzieren, wenn es nötig wäre (F59).	.65	2,78	0,72
Skalen der Partizipationsmotivation				
Interesse an SES	Ich möchte gerne mehr über die Entstehung einer Sprachentwicklungsstörung erfahren (F52). Ich möchte gerne mehr über die Sprachstörung meines Kindes erfahren (F31 b).	.82	3,92	1,35
Interesse an Therapiegeschehen	Ich würde mit der Therapeutin gerne ausführliche Gespräche über die Therapie meines Kindes führen (F24). Ich möchte über jede Therapiestunde ausführlich informiert werden (F31).	.58	3,56	1,00
Beobachtungslernen	Es ist mir wichtig zu beobachten, wie die Therapeutin mit meinem Kind spricht (F14). Ich habe mir schon Manches bei der Therapeutin abgeguckt und mache es jetzt zu Hause genau so (F60). Wenn ich die Therapeutin beobachte, erhalte ich Anregungen, wie ich selbst mit meinem Kind umgehen kann (F67). Ich bewundere die Therapeutin, wie gut sie mit meinem Kind umgehen kann (F25).	.67	3,93	0,74
Übungen für zu Hause	Ich wüsste gerne genauer, was ich zu Hause tun könnte, um mein Kind zu fördern (F55). Ich fände es gut, wenn mir die Therapeutin spezielle Spiele und Übungen zeigt, die ich mit meinem Kind zu Hause durchführen kann (F39).	.59	4,00	0,80
Aktive Teilnahme	Für mich ist es wichtig, aktiv an den Therapiesitzungen teilzunehmen (F47). Am liebsten wäre ich bei jeder Therapiestunde dabei (F41).	.71	2,73	1,04
Eltern-Gruppen	Wenn die Therapeutin Elterngruppen anbieten würde, würde ich gerne daran teilnehmen (F22). Ich würde mich gerne mit anderen Eltern treffen, die in der gleichen Situation sind (F65).	.56	3,07	1,10

Formulierung dieser Items trug den von Dehnhardt und Ritterfeld (1998) differenzierten Partizipationsmodellen Rechnung. In Tabelle 2 sind die Items sowie die Reliabilitätskoeffizienten und Mittel für die insgesamt sechs Skalen dargestellt. Die eine Hälfte der Skalen weist dabei eine gute bis befriedigende Reliabilität aus, während die andere Hälfte lediglich Werte unter .6 erreichte, was auf die geringe Anzahl an Items (nur 2) zurückzuführen ist. Ein Vergleich der Skalenmittelwerte macht die Motivation für die einzelnen Formen der Partizipation deutlich. Die Bereitschaft, zu Hause zu üben ist dabei ähnlich hoch ausgeprägt wie die Motivation, am Modell des Therapeuten zu lernen sowie über die Hintergründe einer SES informiert zu werden. An vierter Stelle steht das Interesse an einer Aufklärung über das therapeutische Geschehen. Der Wunsch nach sozialer Unterstützung liegt am nächsten an der Skalenmitte. Unterhalb der Skalenmitte liegt die Bereitschaft, während der einzelnen Sitzungen aktiv am therapeutischen Geschehen mitzuwirken.

Wertschätzung und Unterstützung der Kindertherapie korrelieren nicht signifikant miteinander und anderen Skalen (um $r = .10$). Der Psychotherapiewunsch steht hingegen in einem statistischen Zusammenhang mit den verschiedenen Formen der Partizipationsmotivation (im Schnitt $r = .27$), die ihrerseits untereinander korreliert sind ($r = .31$).

In dem anfangs präzisierten Modell wurden zwei Bedingungskomplexe (Veränderungsdruck; fixe Ressourcen) differenziert, die vermittelt über die drei Moderatorfaktoren (Belastung durch die Therapie, Überforderung, Verantwortungsabgabe) zur Vorhersage von drei verschiedenen Kriteriumskomplexen (Wertschätzung der Kindertherapie, Psychotherapiewunsch, Motivation zur Partizipation) postuliert wurden. Zunächst sollte abgeschätzt werden, in welchem Umfang sich die fixen Ressourcenbeschränkungen auf die elterliche Unterstützung der Intervention auswirken.

Korrelationsanalysen zeigen, dass der mögliche Einfluss fixer Ressourcen (Anzahl der Kinder im Haushalt, der Erziehungsstatus, alleinerziehend oder nicht, und die Berufstätigkeit der Mütter, nicht berufstätig oder Teilzeit oder voll berufstätig) auf die berücksichtigten Variablen nicht sehr hoch ist: Berufstätigkeit ($r = .22$, $p < .05$) erhöht die Bereitschaft, die Verantwortung für die Therapie an den Therapeuten zu delegieren. Diese Haltung ist auch bei größerer Kinderzahl im Haushalt tendenziell stärker ausgeprägt ($r = .10$, ns). Daneben liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass sich mit einer Berufstätigkeit und erhöhter Kinderzahl die Sorgen der Eltern reduzieren ($r = -.26$; $p < .05$; $r = -.11$; $p < .10$). Hinsichtlich der Bereitschaft der Eltern, sich im Rahmen der Sprachtherapie zu engagieren, findet sich ein Zusammenhang zwischen Anzahl der Kinder und dem Bedürfnis, am Modell der Therapeuten zu lernen ($r = -.22$, $p < .10$). Zu anderen Variablen liegen keine bedeutsamen Zusammenhänge vor.

Um den Erklärungsbeitrag abschätzen zu können, welche die anderen in dem Modell berücksichtigten psychologischen Prädiktoren leisten können, wurden Regres-

sionsanalysen gerechnet, in denen die drei Prädiktoren sprachliche Defizite, Schuldgefühle und Sorgen sowie die drei intervenierenden Variablen Belastung durch die Therapie, Überforderung und Verantwortungsabgabe zur Vorhersage der einzelnen Partizipationsformen herangezogen wurden. Die Ergebnisse (im Mittel $R = .49$) zeigen, dass die intervenierende Variable Verantwortungsabgabe für vier der sechs Partizipationskriterien am meisten zur Aufklärung beiträgt ($\beta > .3$): Interesse am Beobachtungslernen ($\beta = .45$), am Therapiegeschehen ($-.43$), an einer aktiven Teilnahme während der Kindertherapie ($-.40$) und die Bereitschaft, mit dem Kind zu Hause zu üben ($-.32$). Die Ausprägung der sprachlichen Defizite wirkt sich erkennbar nur auf das Interesse am Therapiegeschehen aus (.23), während sich der Erklärungsbeitrag von Schuldgefühlen in einer Reduktion der mütterlichen Bereitschaft am Modell des Therapeuten zu lernen (Beobachtungslernen, $-.19$) bemerkbar macht. Mütterliche Sorgen wiederum scheinen den Wunsch nach Elterngruppen zu verstärken (.29). Der Erklärungsbeitrag der intervenierenden Variablen Belastung durch die Therapie und Überforderung wird für das Interesse der Mütter an dem Störungsbild ihres Kindes ($-.31$, .25) sowie für den Wunsch nach Elterngruppen ($-.20$, .22) signifikant. Das Belastungsempfinden hat dabei einen negativen Einfluss auf die Partizipationsmotivation, Überforderungsgefühle einen positiven (alle berichteten Koeffizienten sind mindestens auf dem 5 %-Niveau signifikant).

Es wurde vermutet, dass die *sprachlichen Defizite* (erhoben über therapeutische und mütterliche Einschätzung) vermittelt über die *Sorgen der Mütter*, deren *Schuldgefühle*, deren *Belastung durch die Therapie* sowie deren *allgemeine Überforderungsgefühle* die *Wertschätzung der Kindertherapie* (konkretisiert an Zweifel am Therapieerfolg) und die *Unterstützung der Kindertherapie* sowie den *Wunsch nach einer Psychotherapie* beeinflussen (s. Abbildung 2). Die Analyse dieser Zusammenhänge erfolgte mit Hilfe eines Strukturgleichungsmodells. Die Operationalisierung der Konstrukte (latenten Variablen) wurde dabei auf je zwei Fragebogenitems (manifeste Variablen) beschränkt, um die Komplexität des Modells überschaubar zu halten. Ausgewählt wurden diejenigen beiden Items als die besten Indikatoren, die sich in einer Faktorenanalyse als am höchsten ladend herausstellten.

Das *Messmodell* (Zuordnung manifeste – latente Variablen) erreicht in den meisten Skalen günstige Werte (Koeffizienten meist bei .60–.90). Die Ladungen zweier manifester Variablen auf ihrem latenten Faktor müssen nicht identisch sein, da die Ladungen für das Gesamtmodell optimiert werden (ausf. Rindermann, 2001). So hat etwa die mütterliche Einschätzung der sprachlichen Defizite (Ladung $\lambda = .77$) plausibler Weise größere Auswirkungen auf deren Sorgen über die Sprachentwicklungsstörung ihres Kindes und auf ihre Schuldgefühle als die Einschätzung der sprachlichen Defizite durch die Therapeuten (Ladung $\lambda = .52$). Die Residualvarianzen der manifesten Variablen (Fehler) sind relativ klein. Die manifesten Variablen sind mit wenigen Ausnahmen gute Indikatoren der latenten Variablen.

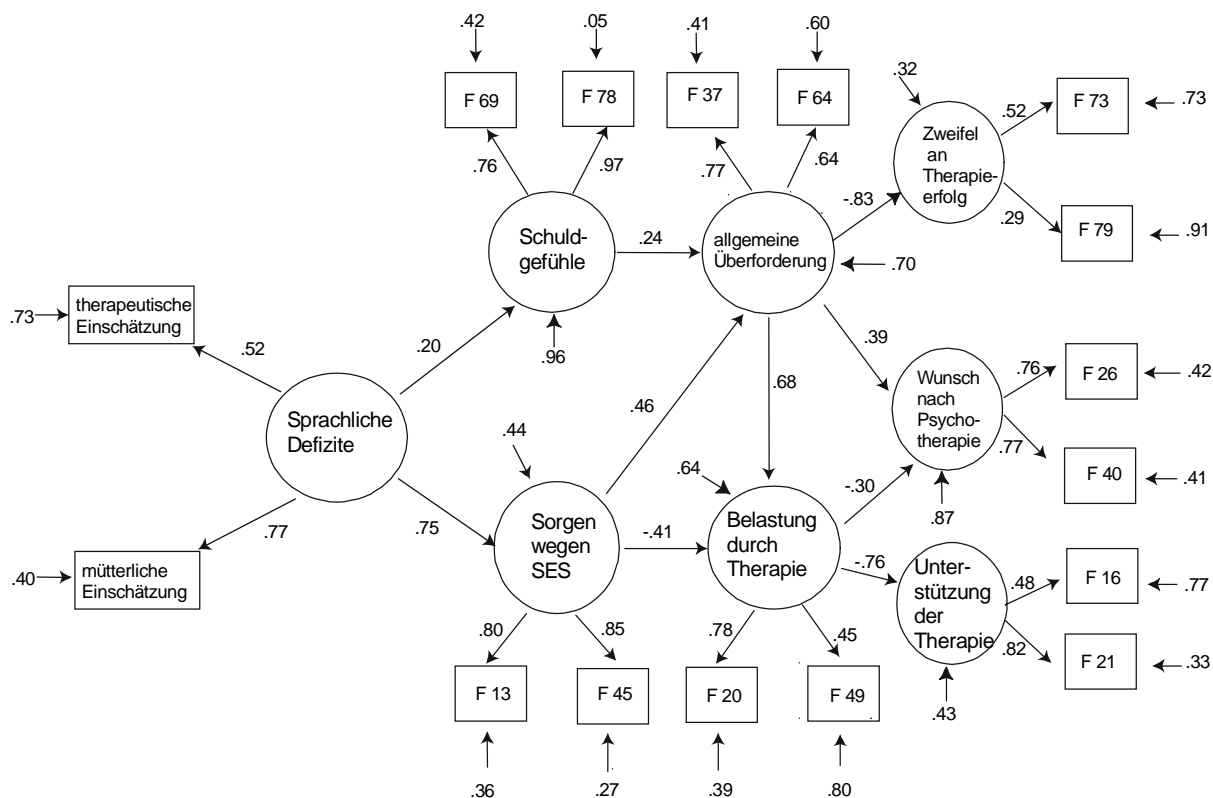


Abbildung 2. Strukturgleichungsmodell für mütterliche Einstellungen zur Therapie.

Die *Pfadkoeffizienten* (voll standardisierte β -Gewichte) von der unabhängigen Variable sprachliche Defizite über die intervenierenden Variablen zu den abhängigen Variablen Therapieeinstellung sind in ihrer Höhe hypothesenkonform. Die wahrgenommene Stärke sprachlicher Defizite beim Kind durch ihre Mütter und objektivierend durch die Therapeuten erhöht stark die mütterlichen Sorgen ($\beta = .75$). Die Auswirkung auf Schuldgefühle der Mütter sind geringer ($\beta = .20$). Dementsprechend ist der Fehleranteil der latenten Variable ‚Schuldgefühle‘ recht groß (.96); Schuldgefühle hängen wohl von weiteren, hier nicht berücksichtigten Determinanten ab (z. B. Kausalattributionen). Schuldgefühle der Mutter führen zu einer Verstärkung von allgemeinen Überforderungsgefühlen ($\beta = .24$).

Korrelativ gab es zwischen ‚Sorgen wegen der Sprachentwicklungsstörung‘ und ‚Belastung durch die Therapie‘ keinen Zusammenhang ($r = -.08$), das direkte Gewicht ist aber negativ ($\beta = -.41$). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die ‚Belastung durch die Therapie‘ nicht nur durch einen Prädiktor (die ‚Sorgen wegen der Sprachentwicklungsstörung‘) vorhergesagt wird, sondern auch durch die ‚allgemeine Überforderung‘. Die Gewichte entsprechen Partialregressionsgewichten, die Prädiktoren klären die Varianzanteile auf, die jeweils nicht vom anderen Prädiktor erklärt werden (Residualvarianzen). ‚Sorgen wegen der Sprachentwicklungsstörung‘ hat im Zusammenhang mit ‚allgemeiner Überforderung‘ nicht nur einen direkten Effekt ($\beta = -.41$) auf die ‚Belastung‘,

sondern auch einen indirekten, vermittelt über die ‚allgemeine Überforderung‘ ($\beta = .46 \times .68 = .31$). Psychologisch verständlich wäre dieser Zusammenhang folgendermaßen: Mütter, die sich Sorgen wegen der kindlichen Sprachentwicklungsstörung machen und sich deshalb im Zusammenhang mit Schuldgefühlen überfordert fühlen, empfinden sich in verstärkter Weise durch die Therapie ihres Kindes belastet. Bei Müttern jedoch, bei denen Sorgen nicht zu einem generellen Überforderungsgefühl führen, stellt die Therapie keinen vergleichbaren Stressor dar, sondern eine Erleichterung. ‚Sorgen‘ tragen bei regressionsanalytischem Ausschluss des indirekten Varianzteils über die ‚Überforderung‘ dazu bei, dass die Kindertherapie als weniger belastend erlebt wird.

Das Gefühl der ‚Belastung durch die Therapie‘ resultiert in einer verminderten Unterstützung der Therapie ($\beta = -.76$). Vor allem die Zeitbelastung (F21 umgepolt: Eigentlich ist mir die ganze Angelegenheit viel zu zeitaufwendig) wird hiervon beeinflusst. Darüber hinaus reduziert die ‚Belastung‘ den Wunsch nach einer Psychotherapie ($\beta = -.30$). Das Gefühl ‚allgemeiner Überforderung‘ hingegen erhöht den Wunsch nach einer Psychotherapie ($\beta = .39$) und senkt im Übrigen deutlich den ‚Zweifel am Therapieerfolg‘ ($\beta = -.83$). Ein allgemeines Überforderungsgefühl erweist sich damit als indikativ für die Wertschätzung der Kindertherapie (verringert Therapieerfolgsw Zweifel) und für den Wunsch nach einer eigenen Psychotherapie. Belastungsgefühle, die jedoch erst durch die Kindertherapie entstehen, wirken sich negativ aus (redu-

zierter Wunsch nach Psychotherapie und reduzierte Unterstützung der Kindertherapie).

Die Gesamtanpassung des Modells erreicht in empfohlenen Maßen (s. Rindermann, 2001) mit SRMR = 0.079 (Normwert $\leq 0,08$) sowie RMSEA = 0.040 (Normwert $\leq 0,06$) und CFI = .94 (Normwert $\geq .95$) gute Werte. Auch der χ^2 -Wert ist günstig klein und wird nicht signifikant ($\chi^2 = 109,15$, $p = .14$ bei $df = 94$; Normwert $> .05$). Das gewählte Modell weicht somit nicht bedeutsam von den empirisch anzutreffenden Beziehungen ab und kann als gute Approximation an die Beziehung zwischen den von uns berücksichtigten Variablen gelten – zwischen der Wahrnehmung sprachlicher Defizite, den mütterlichen Sorgen und Schuldgefühlen wegen einer Sprachentwicklungsstörung des Kindes, mütterlicher Belastung und allgemeinen Überforderungsgefühlen sowie schließlich der Wertschätzung und Unterstützung der Kindertherapie und dem Wunsch nach einer Psychotherapie.

Diskussion

Unsere Befunde zeigen neben einer generellen Übereinstimmung zwischen Müttern und Therapeuten hinsichtlich der Schwere der Sprachentwicklungsstörung ($R = .52$) auch unterschiedliche Urteilsheuristiken: Die Vorhersage der mütterlichen Defizitbeurteilung durch die linguistisch differenzierten therapeutischen Urteilkategorien zeigt bedeutsame Zusammenhänge nur für den Bereich der artikulatorischen und morpho-syntaktischen Defizite. Der Wortschatz sowie die pragmatische und die Verstehenskompetenz scheinen für die Mütter nicht urteilsrelevant zu sein. Die Identifikation von Sprachverstehensdefiziten ist für einen Laien sehr schwer nachvollziehbar, wohingegen bei dieser Altersgruppe gerade die morpho-syntaktischen Defizite ins Auge fallen. Der Dysgrammatismus wird aus diesem Grund in der Literatur auch immer wieder als Leitsymptom benannt (Dannenbauer, 2001). Die leichte Beobachtbarkeit artikulatorischer Defizite birgt auf der anderen Seite das Problem, dass diese Defizite als das eigentlich relevante Sprachproblem missverstanden werden können. Tatsächlich aber sind die *Aussprechleistungen* im Vergleich zu den *Sprachleistungen* als sekundär zu gewichtigen. Denn sie sind nicht Ausdruck eines unzureichenden Sprach- und Sprachregelwissens, sondern nur eine Folge undifferenzierter oder fehlerhafter Lautbildung. Da die Therapie eines sprachauffälligen Kindes in erster Linie an den gravierenderen sprachlichen und nicht an den sprecherischen Parametern ansetzen muss, um kumulierte Defizite zu vermeiden, ist zunächst keine Verbesserung des Artikulationsvermögens zu erwarten. So lange die Eltern jedoch ihr Urteil zu einem beträchtlichen Anteil auf diese Fähigkeit stützen, ist eine Enttäuschung im Verlauf der Therapie nicht auszuschließen. Eine Beratung der Eltern sollte deshalb sicherstellen, dass die Betroffenen über die unterschiedlichen sprachlichen Kompetenzbereiche und die therapeutischen Zielsetzungen informiert werden, um diese Enttäuschungsgefahr abzuwenden.

Bei den Müttern scheint die Sensibilität für die Defizite ihrer Kinder mit der Zeit zuzunehmen: Je älter das Kind wird, desto höher werden die Erwartungen an seine Sprachkompetenz bzw. desto stärker werden die Defizite von den Müttern wahrgenommen. Dies könnte dazu führen, dass enttäuschte Eltern ihr Kind verstärkt unter Druck setzen oder selbst Schuldgefühle entwickeln. Eine frühzeitige Intervention vermag deshalb neben der sprachlichen Förderung des Kindes einen wesentlichen Beitrag für die Mutter-Kind-Beziehung zu leisten.

Obleich das diagnostische Urteilsvermögen der Mütter nicht unbedingt an den linguistisch relevanten Kriterien ansetzt, so verdanken jedoch viele sprachauffälligen Kinder der Aufmerksamkeit ihrer Mütter, überhaupt eine Therapie zu erhalten: Nur etwa ein Fünftel der Mütter wurde von einem Experten (in der Regel dem Kinderarzt) aufgefordert, eine Sprachtherapie zu beginnen. Wenn die Initiative zur Sprachtherapie in erster Linie von den Müttern ausgeht, spricht das zwar für deren diagnostische Sensibilität, aber gleichzeitig auch dafür, dass das pädiatrische Versorgungssystem noch immer lückenhaft ist. Dies ist bedenklich, da gerade die Sprache als eine primäre Schlüsselqualifikation für die gesamte kognitive, emotionale und soziale Entwicklung eines Kindes darstellt und kindliche Sprachstörungen somit ein Entwicklungsrisiko ersten Grades darstellen. Zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung verfügten die Kinderärzte noch über kein verlässliches diagnostisches Instrument, um Risikokinder im Rahmen der Vorsorge zu identifizieren. Mittlerweile haben jedoch Grimm und Doil (2000) ein Screening entwickelt, das bei ein- bis zweijährigen Kindern (während der U6 resp. U7) zur Identifikation von Risikokindern eingesetzt wird. Es ist zu hoffen, dass dieses Instrument die betroffenen Kinder frühzeitig einer Intervention zuführt. Denn wenn die mütterliche Diagnostik warnt, ist das Kind meist schon aus der Frühförderphase herausgewachsen: Die sprachauffälligen Kinder der von uns untersuchten Mütter waren durchschnittlich bereits sechs, das jüngste Kind 3;4 und das älteste 11;9 Jahre alt. Eine Frühförderung sprachauffälliger Kinder kann jedoch bereits mit zwei Jahren beginnen und sollte ihren Höhepunkt in der Vorschulzeit haben (vgl. Ellis-Weismer, 2000; Ritterfeld & Niebuhr, 2002). Betrachtet man neben dem Alter der sprachtherapeutisch behandelten Kinder auch noch die de facto realisierte Therapieintensität von durchschnittlich zwei Behandlungen im Monat, so ist die Effizienz sprachtherapeutischen Bemühens bei vielen Kindern in Frage gestellt.

Etwa ein Drittel der befragten Mütter scheint die Sprachstörung ihres Kindes nicht auf sich selbst zu attribuieren. Ein weiteres Drittel der Stichprobe teilt schwach ausgeprägte Schuldgefühle mit und das dritte Drittel schließlich scheint deutlich durch Schuldgefühle belastet zu sein. Schuldgefühle, wahrscheinlich Folge von Selbstzuschreibung der Ursachen der Sprachentwicklungsstörung, erhöhen die allgemeine subjektive Überforderung. Interessanterweise lässt sich kein Zusammenhang mit der Therapiedauer und -intensität feststellen. Das bedeutet, dass die Therapie keinen Einfluss darauf hat, ob die Müt-

ter Schuld empfinden oder nicht. Damit wird offenbar ein Potenzial der Intervention verschenkt, das bei denjenigen Müttern, die zu der kleineren Gruppe schuldgeplagter Eltern gehören, zum Einsatz kommen sollte: Die Therapie kann Schuldgefühle hinsichtlich der Entstehung der Sprachstörung durch Information über Entstehung von Sprachentwicklungsstörung lindern und dennoch die Verantwortlichkeit der Eltern für die therapeutischen Prozesse unterstützen.

In unseren Daten spiegelt sich ein Zusammenhang der allgemeinen psychischen Belastung (hier: Überforderung) mit der Wertschätzung der Therapie wider: Je gestresster Eltern sind, desto weniger zweifeln sie an der Kindertherapie und desto mehr setzen sie ihre Hoffnung auf einen Therapieerfolg. Dieser Befund unterstützt eine Interpretation der Daten von Limm und Suchodoletz (1999), wonach der empfundene Stress Eltern zu einer intensiveren Nutzung der sprachtherapeutischen Angebote anregt und keine Folge der Intervention ist.

Die Auswirkungen objektiver Einschränkungen von Ressourcen (Berufstätigkeit, Anzahl der Kinder im Haushalt und Erziehungsstatus) sind für die meisten psychologischen Parameter, welche die Wertschätzung der Therapie determinieren, relativ gering. Verantwortungsabgabe, die sich im Zusammenspiel der motivationalen Komponenten als bedeutend für die konkrete Partizipationsbereitschaft herausgestellt hat, wird durch die Knappheit dieser Ressourcen verstärkt. Die Tendenz, Verantwortung für die Sprachförderung des Kindes an den Therapeuten zu delegieren, ist ein Vorwurf, der Eltern von Therapeuten gerne gemacht wird. Wenn aber die Neigung zur Verantwortungsabgabe durch nicht veränderliche Lebensumstände mitbestimmt wird, erscheint es problematisch, Eltern diese Haltung vorzuwerfen. Im Gegenteil, die Delegation von Verantwortung bei Eltern mit knappen Ressourcen ist möglicherweise sogar ein Schutz vor Überforderung und so konstruktiv deubar.

Darüber hinaus wirkt sich die Anzahl der Kinder auf die Bereitschaft der Mütter aus, sich selbst mit dem therapeutischen Prozess auseinander zu setzen. Insbesondere das Interesse, am Modell des Therapeuten zu lernen, sinkt mit der eigenen Kinderzahl. Dieser Befund ist insofern plausibel, als die Erfahrungserfahrung und das Selbstverständnis als erfahrene Erzieherin mit der Anzahl der Kinder zunimmt. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch der Befund, wonach berufstätige und mehrfache Mütter sich weniger Sorgen machen, ob ihr Kind in der Zukunft unter der Sprachbeeinträchtigung Nachteile erfahren wird. Bei ihnen scheint sich hinsichtlich der Sprachbeeinträchtigung eher eine Gelassenheit durchzusetzen, dass das Kind schon seinen Weg machen wird. Womöglich addieren sich hier zwei Prozesse: auf der einen Seite eine mit Berufstätigkeit und Kinderzahl erhöhte objektive Belastung und auf der anderen Seite eine zunehmende Gelassenheit der Mütter.

Die Mütter zeigten sich im Schnitt recht motiviert zur Elternpartizipation. Lediglich die aktive Beteiligung während der therapeutischen Arbeit mit dem Kind stößt auf

geringeres Interesse. Höher ausgeprägt ist die Bereitschaft, mit dem Kind zu Hause zu üben, sich beim Therapeuten sprachförderliches Verhalten abzuschauen und sich mit den Hintergründen einer SES vertraut zu machen. Diese Befunde legen den Eindruck nahe, dass Eltern mehrheitlich an einer umfassenden therapeutischen Maßnahme interessiert sind, die auch ihnen selbst eine verantwortliche Rolle zuerkennt. Die Annahme, viele Mütter wollten ihre Kinder nur zur Therapie abgeben und sich darüber hinaus der Verantwortung entziehen, findet sich nicht bestätigt. In den Fällen, in denen diese Tendenz jedoch vorliegt, ist es auch die unveränderliche Lebenssituation der Mütter, die dafür Verantwortung trägt. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Parametern der elterlichen Therapiemotivation weisen im Übrigen darauf hin, dass die Bereitschaft zur Partizipation mit der Wertschätzung der Kindertherapie in keinem Zusammenhang steht. Wer also der Kindertherapie gegenüber eine positive und unterstützende Einstellung hegt, ist noch kein Kandidat für eine engagierte Beteiligung im Rahmen der Elternpartizipation. Erst wenn die Verantwortungsübernahme der Eltern durch die Verfügbarkeit fixer Ressourcen gewährleistet ist, ist Engagement zu erwarten.

Die Vorhersage konkreter Partizipationsformen gelingt im Wesentlichen durch die Tendenz der Mütter, Verantwortung für die Therapie ihres Kindes zu übernehmen (im Mittel $R = .49$). Fühlen sich die Mütter durch die Therapie belastet, so reduziert sich ihr Interesse an dem Störungsbild, ihre Bereitschaft mit dem Kind zu üben und an Elterngruppen teilzunehmen.

Unser Befund verlangt nach einer Korrektur der gängigen Behandlungspraxis: Es erscheint geradezu zwingend, den Müttern den Sinn und Zweck einer spielerischen Intervention zu verdeutlichen, um deren Vertrauen in den Behandlungserfolg zu gewinnen. So lange Mütter insgeheim an der Effizienz der sprachtherapeutischen Behandlung in dem Maße zweifeln, wie es in den erhobenen Daten zum Ausdruck kommt, ist ihre Unterstützung der Therapie nicht gesichert. Es ist anzunehmen, dass die therapeutische Effizienz erheblich gesteigert werden kann, wenn Therapeut und Eltern in gleicher Weise Einsicht in die Notwendigkeit und Begründetheit der Maßnahme zeigen und dem Kind damit eine überzeugend unterstützende Haltung signalisieren können.

Literatur

- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (2001). Educational placements for children with specific language impairments. In V. M. Bishop & L. B. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments in children. Causes, characteristics, intervention, and outcome* (pp. 211–225). East Sussex: Psychology Press.
- Dannenbauer, F. M. (2001). Chancen der Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *Die Sprachheilarbeit*, 3, 103–110.
- Dehnhardt, C. & Ritterfeld, U. (1998). Modelle der Elternarbeit in der sprachtherapeutischen Intervention. *Sprachheilarbeit*, 43 (3), 128–136.
- Ellis-Weismer, S. (2000). Intervention for children with developmental language delay. In D. V. M. Bishop &

- B. Leonard (Eds.), *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention, and outcome* (pp. 157–176). Philadelphia: Taylor & Francis.
- Förster, S. & Müller, M. (1998). *Einstellungen von Müttern sprachauffälliger Kinder zur Elternarbeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hannover.
- Grimm, H. (1994). Entwicklungskritische Dialogmerkmale in Mutter-Kind-Dyaden mit sprachgestörten und sprachunauffälligen Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 35–52.
- Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000). *Früherkennung von Risikokindern. Elternfragebogen zum Sprachentwicklungsstand ein- und zweijähriger Kinder (Elfra-1, Elfra-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kühl, J. (2002). Was bewirkt Frühförderung? Über die Schwierigkeit, Wirkungszusammenhänge zu objektivieren. *Frühförderung interdisziplinär*, 1, 1–10.
- Largo, R. H. (1998). Wie entwickeln sich behinderte Kinder? *Kinderärztliche Praxis*, 68, 201–207.
- Limm, H. & Suchodoletz, W. von (1999). Professionelle Unterstützungssysteme aus der Sicht von Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Frühförderung interdisziplinär*, 18 (2), 84–91.
- Rindermann, H. (2001). *Lehrevaluation – Einführung und Überblick zu Forschung und Praxis der Lehrveranstaltungs-evaluation an Hochschulen*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Ritterfeld, U. (2000). Zur Prävention bei Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung: Argumente für eine gezielte Interaktionsschulung der Eltern. *Frühförderung interdisziplinär*, 2, 80–87.
- Ritterfeld, U. (2002). *Elternratgeber zur Sprachförderung. Beilage zum Elternfragebogen ELFRA von Grimm & Doil (2000)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ritterfeld, U. & Dehnhardt, C. (1998). Elternarbeit in der Sprachtherapie: Wunsch und Wirklichkeit. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 163–172.
- Ritterfeld, U. & Niebuhr, S. (2002). Neue Wege in der Sprachentwicklungsdiagnostik. *Kinder- und Jugendarzt*, 4, 321–329.
- Ritterfeld, U. & Vorderer, P. (2000). Beeinträchtigen unterhaltssame Medienangebote den Spracherwerb? Klischees, Fakten und Vermutungen. *Sprache Stimme Gehör*, 4, 146–154.
- Speck, O. & Warnke, A. (1989). *Frühförderung mit den Eltern*. München: Reinhardt.

Manuskript eingereicht: 08. 08. 2002

Manuskript angenommen: 07. 05. 2003

Dr. Ute Ritterfeld

Annenberg School for Communication
University of Southern California
3502 Watt Way
Los Angeles, CA 90089
USA
E-Mail: ritterfe@usc.edu