

Therapie von Kindlichen Wortfindungsstörungen nach dem Patholinguistischen Therapieansatz

Julia Siegmüller

ZUSAMMENFASSUNG. Wortfindungsstörungen sind ein häufiges, aber recht unbekanntes Störungsbild innerhalb der Kindersprachstörungen, das typisch ist für die Vorschulzeit. In diesem Beitrag werden Einzelfälle von Kindern mit Wortfindungsstörungen, die nach dem Patholinguistischen Therapieansatz therapiert worden sind, miteinander verglichen. Es stellt sich heraus, dass die Kinder – obwohl alle eine Wortfindungsstörung haben – unterschiedliche Schwerpunkte in ihrem Störungsprofil aufweisen, was sich dann in der Konzeption der einzelnen Therapien widerspiegelt. Therapieverlängernde und therapieverkürzende Profilateile werden herausgearbeitet. Ebenso wird deutlich, dass der Erfolg einer Therapie in diesem Bereich maßgeblich von der rezeptiven Vorarbeit abhängig ist, obwohl es sich bei der Wortfindungsstörung um ein produktives Phänomen handelt.

Schlüsselwörter: Wortfindungsstörung – Phonologische Bewusstheit – Kurzzeitgedächtnis – Wortabruf

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 arbeitet sie am Logopädischen Institut an der EWS in Rostock, wo sie das Logopädische Institut für Forschung (LIN.FOR) aufbaut.



Einleitung

Kindliche Wortfindungsstörungen (synonymhaft auch „Abrufstörungen“) gehören immer noch zu den unbekannteren Ausprägungsformen kindlicher Sprachstörungen. Erst 1998 wurde durch die Veröffentlichung von Christian Wolfgang Glück das Störungsbild in den Interessenfokus der deutschsprachigen sprachtherapeutischen Fachwelt gerückt (Glück, 1998 a). Inzwischen gehört die Kindliche Wortfindungsstörung zum Kanon der kindlichen Sprachstörungen und wird in diesem Zuge z.B. in den Heilmittelrichtlinien als eigenes Störungsbild aufgeführt. Eine Erhebung an Grundschulen und Sprachheilschulen belegt, dass Wortfindungsstörungen dort zu den häufigsten Sprachstörungen der Schülerschaft gehören: Die Aufkommenshäufigkeit liegt zwischen 27-30% bei normalen Grundschulern und 37-63% bei Schülern an Sprachheil- und Lernförderschulen (Glück, 2003 a).

Dennoch bleiben die Symptomatik und die Therapie der Kindlichen Wortfindungsstörung vielen Praktikern der verschiedenen damit befassten Fachdisziplinen unklar. Dies liegt vor allem darin begründet, dass das einzelne Symptom an sich, nämlich die Unfä-

higkeit, ein Wort in einer bestimmten Situation abzurufen, noch nicht die eigentliche Störung ausmacht. Das Phänomen, ein bekanntes Wort nicht äußern zu können, kennt jeder Sprecher jeden Alters, wie Glück im Vorwort seines Buches aufgreift:

„... , dass die (...) Leichtigkeit und Zuverlässigkeit der Sprachproduktion unter Zeitdruck, bei Ermüdung oder unter Alkoholeinfluss gestört sein kann und Versprecher, Stockungen und Umformulierungen sich häufen (Glück, 1998 a, S. 15)“.

Die Psycholinguistik nennt diesen Effekt in seiner physiologischen Form „Tip-of-the-Tongue-Phänomen“ (Brown & McNeill, 1966; Levelt, 1989), was in etwa dem deutschen Ausdruck „Es liegt mir auf der Zunge“ entspricht. Insofern bezeichnet die Wortfindungsstörung die pathologische Form eines in seiner Struktur physiologischen Phänomens.

Um die physiologische (Tip-of-the-Tongue-Phänomen) und die pathologische Abrufstörung (Wortfindungsstörung) unterscheiden zu können, müssen mehr Aspekte bedacht werden, als lediglich davon auszugehen, dass Kinder mit Wortfindungsstörungen häufiger Wörter nicht abrufen kön-

nen als andere Menschen. Es gibt keine absolute Zahl (Anzahl der Abrufdefizite pro Tag o.Ä.), ab der ein Abrufproblem als pathologisch einzustufen ist. Trotzdem ist die Auftretensfrequenz bei einer Wortfindungsstörung sicher ein wichtiger Faktor und wird aller Wahrscheinlichkeit nach tatsächlich höher liegen als bei Menschen mit Tip-of-the-Tongue-Phänomen. Die Häufigkeit der Symptomatik ist jedoch von Patient zu Patient sehr verschieden und abhängig von Faktoren wie Tagesform oder Stress. Dazu kommt bei vielen Kindern der Einfluss von Tageszeit und Aufmerksamkeitsspanne.

Fast wichtiger noch als die Frequenz des Auftretens einer Abrufproblematik ist seine Wahrnehmung durch den Betroffenen selbst. Hier unterscheiden sich wortfindungsgestörte Patienten und ungestörte Sprecher mit einem akuten Tip-of-the-Tongue-Phänomen. Während sich die Reaktion des ungestörten Sprechers eher in Ärger oder Genervtsein über das momentane Problem ausdrückt, empfindet der Patient seine Wortfindungsstörung als ernsthafte Kommunikationseinschränkung, die zu einer Abnahme der gesamten Kommunikationsbereitschaft

führen kann. Gerade bei jüngeren Kindern im Vorschulalter geht die Wortfindungsstörung häufig mit einem generellen Unwillen zu sprechen einher. Bei vielen Kindern entsteht ein massiver Leidensdruck.

Zusammenfassend kann die Kindliche Wortfindungsstörung somit als ein Phänomen begriffen werden, dass ungestörte Sprecher jeden Alters in seiner physiologischen Ausprägung auch ab und zu erleben. Es handelt sich damit – im Gegensatz zu Sprachentwicklungsstörungen – nicht um ein Stadium, das für Kinder in einer bestimmten Phase des Spracherwerbs typisch ist und auf dem die von der Auffälligkeit betroffenen Kinder verbleiben. Die Kindliche Wortfindungsstörung ist vielmehr ein Problem der simultanen Sprachverarbeitung. Für den hier vorliegenden Beitrag wird die Kindliche Wortfindungsstörung definiert als eine Auffälligkeit in der Sprach- bzw. Wortverarbeitung, die zu einem Zeitpunkt auftritt, an dem sich das kindliche Sprachsystem noch in der Entwicklung befindet.

Störungen in der Sprachentwicklung gelten jedoch als Risikofaktor für eine Wortfindungsstörung. Bereits die so genannten „Late Talker“, also Kinder, die verspätet mit dem produktiven Wortschatzerwerb beginnen und zum Zeitpunkt des 24. Lebensmonats noch keine 50 Wörter im produktiven Wortschatz aufweisen (Rescorla et al., 1997), tragen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Wortfindungsstörungen.

In Langzeitstudien zeigten Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und einer Vergangenheit als Late Talker ab dem Alter von fünf Jahren ein erhöhtes Aufkommen von Wortfindungsstörungen, das signifikant über dem der altersgleichen Kontrollgruppe lag (Paul, 2000). So reiht sich die Kindliche Wortfindungsstörung in die Chronologie eines dynamischen, übergreifend sprachlichen Störungsprofils ein, das im frühen Kindesalter als Sprachentwicklungsstörung auf anderen sprachlichen Ebenen beginnt und ungefähr im Alter von fünf Jahren mit der Wortfindungsproblematik zum ersten Mal im Bereich der Sprachverarbeitung sichtbar wird.

Anders als bei einer Sprachentwicklungsstörung ist die Wortfindungsstörung nicht an ein bestimmtes Auftretensalter gebunden, sondern kann theoretisch auch im Grundschulalter in Erscheinung treten. Typisch ist jedoch ein Auftreten um den 5. Geburtstag des Kindes, wobei eine frühere Diagnose in der Regel nicht möglich ist. Untherapiert persistiert die Störung und kann schulische Aspekte, wie den Erfolg bei der Bewältigung des Lese-

Rechtschreiberwerbs nachhaltig negativ beeinflussen. Spontane Überwindungen ohne therapeutische Intervention der Problematik sind in der Literatur nicht beschrieben.

Die Definition der Wortfindungsstörung als Verarbeitungsproblematik ist in der Literatur nicht unumstritten. Ursprünglich wurde die Kindliche Wortfindungsstörung als Teil einer semantischen Störung betrachtet (Kail & Leonard, 1986), was durch eine Ausdifferenzierung des Kategoriensystems (semantische Felder) therapiert wurde. Als Leitsymptomatik wurde die semantische Paraphasie beschrieben. Diese Annahme ist unter dem Namen „Speicherhypothese“ bekannt.

Die Definition dieses Beitrags geht mit der Gegenhypothese – der „Abrufhypothese“ – von German und Kollegen konform (German, 2002; Newman & German, 2002; German & Newman, 2004). Dieser Hypothese folgend ist die Wortfindungsstörung kein Phänomen der Sprachentwicklung, sondern der Sprachverarbeitung und unterliegt post-semantischen Effekten. Hierzu gehören phonologische, Frequenz- und Erwerbсалtereffekte (Sieg Müller, 2005).

Eingrenzung der Symptomatik

In der Praxis ist es immer wieder problematisch, die Kindliche Wortfindungsstörung gegen andere Störungsausprägungen der lexikalisch-semantischen Ebene abzugrenzen. Zur Beurteilung werden drei Faktoren bei der Eingrenzung der Störung beachtet (Glück, 1998a; Sieg Müller, 2005): Benennkonsistenz, Benennungsgenauigkeit und Benenntempo.

► **Benennkonsistenz** bezieht sich auf die Einheitlichkeit der Benennung. Kinder mit Wortfindungsstörungen sind weniger konsistent als andere Kinder, d.h. das gleiche Bild wird bei verschiedenen Gelegenheiten unterschiedlich benannt (z.B. Rabe – Bezeichnung als *Vogel*, *Rabe* und *Eule*). Ursächlich ist der fluktuierende Abruf, der nur teilweise gelingt.

► **Benennungsgenauigkeit** beschreibt die Adäquatheit der Benennung durch das Kind, d.h. Fehler wie die Nennung eines übergeordneten bzw. untergeordneten Begriffs werden analysiert (z.B. *Tier* für *Hund* bzw. *Pudel* für die Bezeichnung eines schematisierten Bildes eines *Hundes*).

► **Benenntempo** beruht auf der Hypothese, dass Kinder mit Wortfindungsstörungen einen verlangsamten Wortabruf zeigen (German, 1989). Damit verlängert sich das Benenntempo über eine Bilderreihe im Vergleich zu ungestörten Kontrollgruppen. Ein

■ **Tab. 1: Beispiele für Wortfindungssymptome bei einem Jungen im Alter von 4;10 in einer Spontanstichprobe von 158 Äußerungen**

Beobachtetes Symptom	Anzahl	Produktion des Kindes
(Phonologisches) Suchverhalten	15	
- Produktion von Reihen		- <i>Ostern-Weihn-Weihnachtsmann</i>
		- <i>Tiege-Schaf-Zebra</i> (für Pferd)
- selbständige Anlautsuche		- <i>t-h-wagen</i>
- Nachfrage		- <i>weißt du wie das heißt?</i>
Umschreibungen	9	
		- <i>das Teug</i> (Zeug)
		- <i>Oma und O, die Mama, die Eltern von meiner Mama</i>
Satzabbrüche	8	
		- <i>Ich geh da zu...</i>
Neologisierungen	8	
		- <i>umtingeln</i> für <i>umstellen</i>
		- <i>Afrikanereisenbahn</i> (Eisenbahn, die nach Afrika fährt)
Satzverschränkungen	6	
		- <i>daswegen isses heißt er ja auch Schneeanzug</i>
		- <i>tum ge – ich hatte schon Geburtstag</i>
Semantische Paraphasien	5	
		- <i>Maske für Medaille</i> (Kind beschreibt das Umhängen einer Maske bzw. einer Medaille)
SUMME der WFS	51	

weiterer Aspekt dieses Symptoms ist die Heterogenität des Abrufs. Kinder mit Wortfindungsstörungen zeigen eine größere zeitlichere Variabilität im Einzelabruf als Kinder ohne Wortfindungsstörungen.

Die Ausprägung der drei diagnostischen Faktoren ist von Kind zu Kind unterschiedlich. Zumindest die mangelnde Benennkonsistenz sollte jedoch zu beobachten sein, da der fluktuierende Abruf das Leitsymptom der Wortfindungsstörung darstellt. Es ist jedoch nicht so, dass jedes Kind mit Wortfindungsstörungen beim Benennen verlangsamt ist. Ein Beispiel dafür findet sich in *Siegmüller* (2008, erscheint), wo ein Kind beschrieben wird, bei dem sich eine Wortfindungsstörung neben dem inkonsistenten Abruf ausschließlich als Defizit im Bereich der Benennungsgenauigkeit niederschlägt.

Spontansprachliche Symptome

Wortfindungsstörungen weisen eine Reihe von beobachtbaren spontansprachlichen Symptomen auf, die jedoch fast nie alle bei einem Kind zu beobachten sind.

Am häufigsten werden semantische Paraphasien, semantisch kohärente Umschreibungen, Neologisierungen von Wörtern (*Runterding* für *Rutsche*) oder auch Satzabbrüche als Symptome beschrieben (vgl. auch *Glück*, 1998a). Bei einem vermehrten Auftreten der bisher genannten Symptome ist es relativ einfach, eine Wortfindungsstörung zu identifizieren, da die Sprachproduktion des Kindes in einer typischen Form betroffen ist. Doch können auch unauffälligere Symptome auftreten, wie zum Beispiel die gehäuf-

te Verwendung referenzloser Pronomen (*der macht das*), sodass die Sprache des Kindes zunächst lediglich inhaltsarm klingt und der Hörer viel zum Nachfragen gedrängt wird. Zeigt ein Kind hauptsächlich das letztgenannte Symptom, so ist bereits das Festmachen eines Verdachtes sehr schwierig.

Als Beispiel soll die Auswertung der Spontansprache bei einem Jungen im Alter von 4;10

Mögliche Diagnostikverfahren für Wortfindungsstörungen

► Mehrfache Anwendung eines Benennentests (z.B. nach *Kolffebach*, 2002):

Gesucht wird die inkonsequente Benennung der gleichen Wörter zu den verschiedenen Durchführungszeitpunkten.

► **Verfahrensweise nach RAN** („rapid automatized naming“) (*Glück*, 1998 b): Dem Kind werden ca. fünf bekannte Bilder einer einheitlichen semantischen Kategorie vorgelegt, die jeweils 6-10-mal abgebildet sind. Diese müssen in immer unterschiedlicher Reihenfolge vom Kind so schnell wie möglich benannt werden. Gemessen wird die Gesamtbenennendauer, die dann durch die Anzahl der Bilder geteilt wird. Daraus wird die mittlere Benennendauer ermittelt.

► **WWT**: Mit dem Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige (*Glück*, 2007) liegt zum ersten Mal ein standardisierter Test zur Erfassung von Wortfindungsstörungen (ab dem Schulalter) vor.

dienen (Tab. 1). In 158 Äußerungen wurden bei ihm 51 Wortfindungsstörungen dokumentiert.

Die meistgenutzte Strategie des Jungen in seiner Spontansprache ist das (phonologische) Suchverhalten. Hierbei zeigt er eine für sein Alter bemerkenswerte Fähigkeit, sich selbst durch Anlauthilfen Cues zu geben. Ein weiteres Symptom sind die Umschreibungen, die oft in sehr allgemeinen Ersetzungen wie das *Teug* (das Zeug) realisiert wird. Aber auch sehr konkrete Beschreibungen wie *die Eltern von meiner Mama* kommen vor.

Sprachliche Diagnostik

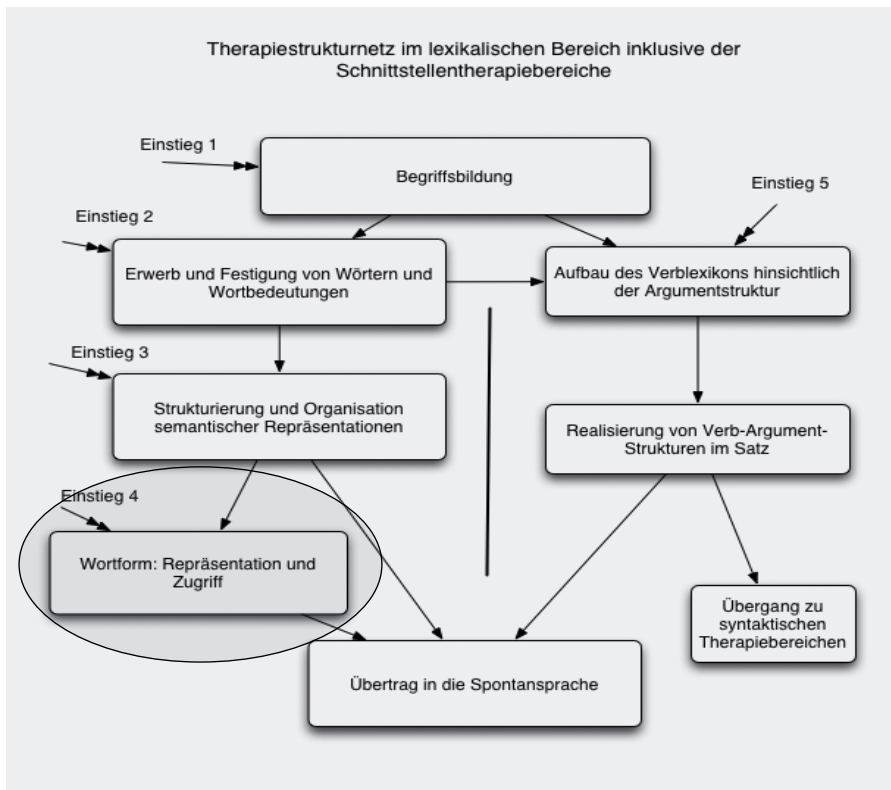
Eine kindliche Wortfindungsstörung ist innerhalb einer allgemeinen Sprachentwicklungsdiagnostik kaum festzustellen. Auch in einer auf den Wortschatzerwerb abgestimmten Diagnostik kann eine Wortfindungsstörung nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ohne dass spezifische Testverfahren verwendet werden, die sich auf die oben genannten diagnostischen Parameter beziehen. Da das Auftreten von Abrufproblemen unsystematisch ist, kann nicht sichergestellt werden, dass zum Diagnostikzeitpunkt eindeutige spontansprachliche Symptome festgestellt werden können. Wie weiter oben erwähnt, liegt in den allermeisten Fällen jedoch ein Störungsbewusstsein des Patienten vor, was sich z.B. in metasprachlichen Kommentaren „wie heißt das noch?“ oder „immer vergesse ich, wie das heißt“ äußert. Eine Aufstellung spezifischer Diagnostikverfahren findet sich im Kasten.

Therapie der kindlichen Wortfindungsstörungen im Deutschen

Die Therapie von kindlichen Wortfindungsstörungen steht im Spannungsfeld der beiden konkurrierenden Hypothesen, der Speicher- und der Abrufhypothese. Folgt man der Speicherhypothese, so ist die semantische Therapie Zentrum oder zumindest Teil der Therapie. Dieser Grundlage folgt die „Elaborationstherapie“ nach *Glück*, die als Zielstellung sowohl die semantischen als auch die phonologischen Repräsentationen ausdifferenziert. In dieser Herangehensweise an die Therapie wird die Speicherung der semantischen und phonologischen Repräsentationen verbessert (*Glück*, 2003 a, 2003 b).

Alternativ dazu steht die „Patholinguistische Therapie (PLAN)“, die der Abrufhypo-

■ **Abb. 1: Einbettung des Therapiebereichs Wortform: Repräsentation und Zugriff auf dem Therapiebereichsnetz der sprachlichen Ebene Lexikon und Semantik**



these folgt. Im Gegensatz zu Glücks Definition wird die Kindliche Wortfindungsstörung nach der PLAN somit als eine reine Abrufstörung betrachtet. Mögliche semantische Anteile werden als Sprachentwicklungsstörung mit Ausprägung in der Semantik klassifiziert und in einer eigenen Therapiephase vor der Wortfindungstherapie bearbeitet (Sieg Müller & Kauschke, 2006). So konzentriert sich die Wortfindungstherapie nach der PLAN auf die Ausdifferenzierung der phonologischen Wortformen, die Etablierung eines bewussten Umgangs damit in Form des Aufbaus der Phonologischen Bewusstheit und auf das Training des Kurzzeitgedächtnisses. Abb. 1 zeigt die Platzierung der Wortfindungstherapie im Therapiebereichsnetz auf der lexikalisch-semantischen Ebene.

Die PLAN konzipiert die Wortfindungstherapie in zwei Phasen (Tab. 2). Bei jedem Kind werden alle Anteile der jeweiligen Phase therapiert, der Übergang von der rezeptiven zur produktiven Phase erfolgt sukzessive. Pro Kind hängt die Gewichtung der einzelnen Übungsbereiche über die Therapiephase vom individuellen Störungsprofil ab und ist daher unterschiedlich.

Tab. 2 verdeutlicht, dass die drei Inhalte der Wortfindungstherapie sowohl rezeptiv als auch produktiv therapiert werden. Der Therapiebeginn liegt in der rezeptiven Phase. Im Übungsbereich „Identifikation von Wörtern & Pseudowörtern“ wird das Kind aufgefordert, sich ein (Pseudo-)Wort zu merken und dieses aus einer Wortreihe herauszuhören und dann (nonverbal) zu reagieren. „Wort-Nichtwort-

Entscheidungen“ bedeuten, dass das Kind Wortmaterial danach klassifiziert, ob es sich um ein echtes Wort handelt oder nicht. Je nach der phonologischen Nähe zwischen den Wörtern und Nichtwörtern müssen die gespeicherten phonologischen Repräsentationen dafür genauer ausdifferenziert werden. Bei der Arbeit im Übungsbereich „Wahrnehmung von prosodischen und phonologischen Charakteristika“ lernt das Kind bewusst auf die Phonologie von Wörtern zu achten und Ähnlichkeiten zwischen ihnen wahrzunehmen.

In der produktiven Phase wird im Übungsbereich „Merkfähigkeit“ das Merken von Wortmaterial zeitlich gesteigert, ebenso wie die Ablenkerhandlung während der Merkspanne mit der Zeit komplexer wird. „Analyse und Synthese“ bearbeiten die Fähigkeiten zur Kodierung und Enkodierung von Wörtern und Nichtwörtern, ein Arbeitsbereich, der zu den engeren Bereichen der phonologischen Bewusstheit zählt. Schließlich wird im Übungsbereich „Abruf von Einzelwörtern“ der gezielte Zugriff auf phonologische Formen unter (zeitlich oder emotional) erschwerten Bedingungen geprobt und trainiert, sodass gewährleistet ist, dass das Kind auch unter Druck noch zum Abruf der intendierten Wörter kommt.

Ein Problem, mit dem alle bisher verfügbaren Therapieansätze für die Kindliche Wortfindungsstörung konfrontiert werden, ist die Tatsache, dass sich diese Störung ausschließlich nur durch Beteiligung der Phonologischen Bewusstheit therapieren lässt. Hierbei handelt es sich um metaphonologische Fähigkeiten, die ungestörte Kinder im Vorschulalter, d.h. etwa im fünften Lebensjahr entwickeln (Jansen et al., 1999). Eine Therapie mit Kindern, die jünger als fünf Jahre sind, muss daher kritisch betrachtet werden, da es sich dann um den Aufbau von Fähigkeiten handelt, die unauffällige Kinder auch erst gerade entwickeln bzw. noch nicht entwickelt haben.

Wortfindungstherapie hat somit ein „Mindestalter“, welches ein Kind erreicht haben muss, bevor eine Therapie sinnvoll erscheint. Dies unterscheidet die Kindliche Wortfindungsstörung von allen anderen Sprachstörungen im Kindesalter und unterstreicht die Tatsache, dass sich eine *Sprachverarbeitungsstörung* wie die Kindliche Wortfindungsstörung anders verhält als eine *Sprachentwicklungsstörung*, auch wenn beide Störungen zeitgleich (also parallel) bei einem Kind auftreten können.

Darüberhinaus ist das Therapieziel einer Wortfindungstherapie nicht, dass das be-

■ **Tab. 2: Übungsbereiche der zwei Phasen der Wortfindungstherapie nach PLAN**

	Rezeptive Phase	Produktive Phase
Training des Kurzzeitgedächtnisses	Identifikation von Wörtern und Pseudowörtern	Merkfähigkeit für Wörter und Pseudowörter
Ausdifferenzierung von Wortformen	Wort-Nichtwort-Entscheidung	Abruf von Einzelwörtern
Phonologische Bewusstheit	Wahrnehmung von prosodischen und phonologischen Charakteristika	Analyse & Synthese

■ **Tab. 3: Auflistung der teilnehmenden Kinder**

Kind	Alter	SES	LRS	Leitsymptomatik der Kindlichen Wortfindungsstörung
K1m	4;10	Ja	Nein	Vermindertes Benenntempo
K2w	4;11	Nein	Nein	Vermindertes Benenntempo
K3w	5;11	Ja	Nein	Vermindertes Benenntempo
K4m	6;6	Ja	Nein	Verminderte Benennungsgenauigkeit
K5w	6;8	Ja	Nein	Vermindertes Benenntempo
K6w	6;11	Nein	Ja	Vermindertes Benenntempo
K7m	7;0	Ja	Ja	Verminderte Benennungsgenauigkeit
K8m	8;1	Ja	Ja	Vermindertes Benenntempo
K9w	9;4	Nein	Ja	Verminderte Benennungsgenauigkeit
K10m	10;4	Nein	Ja	Vermindertes Benenntempo

■ **Tab. 4: Ergebnisse der Eingangsdiagnostik zu Beginn und der Verlaufsdagnostik am Ende der Therapiephase (verwendet wird der Subtest Farben des TASB, Glück, 1998 b).**

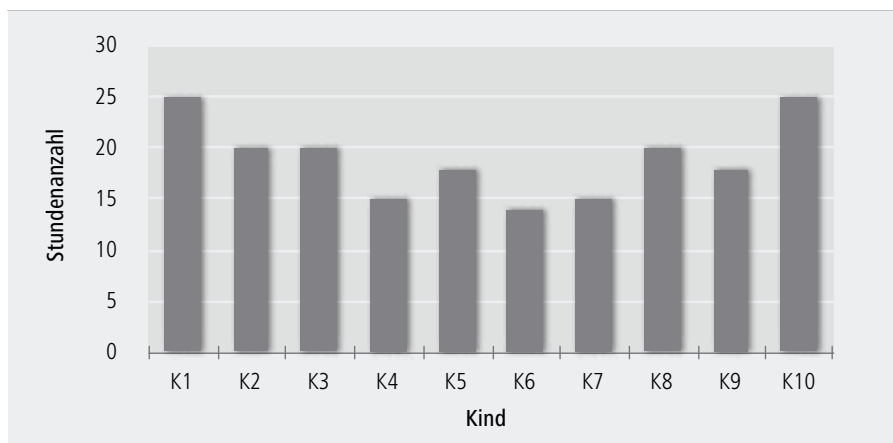
Der Vergleich der Benennzeiten vor und nach der Wortfindungstherapie zeigt die Erfolge der Therapie bei den einzelnen Kindern (Gesamtbenennzeit, bei den Kontrollkindern ist der Mittelwert angegeben). Liegen die Benennzeiten der WFS-Kinder in der Verlaufsdagnostik im ungestörten Bereich, sind sie kursiv gesetzt.

Kind	Alter	Eingangsdiagnostik	Verlaufsdagnostik	Ungestörte Kinder
K1m	4;10	3118 ms	1852 ms**	Keine Angaben
K2w	4;11	2157 ms	1408 ms**	Keine Angaben
K3w	5;11	4853 ms	2189 ms	1858 ms
K4m	6;6	1589 ms	1266 ms	1370 ms
K5w	6;8	1919 ms	1300 ms	1328 ms
K6w	6;11	2132 ms	1418 ms	1328 ms
K7m	7;0	1318 ms	1163 ms	1170 ms*
K8m	8;1	4684 ms	1385 ms	1094 ms
K9w	9;4	951 ms	800 ms	808 ms
K10m	10;4	1967 ms	1480 ms	980 ms*

*) Bei Glück (1998 b) wird für diese Kontrollgruppen keine Standardabweichung angegeben.

**) Im Vergleich zu den fünfjährigen Kindern liegen auch die vierjährigen bei der Verlaufsdagnostik im unauffälligen Bereich.

■ **Abb. 2: Übersicht über die Länge der Wortfindungsphase bei dem teilnehmenden Kindern (im Alter aufsteigend geordnet)**



treffende Kind keine Abrufstörungen mehr hat. Wahrscheinlich wird das Kind mit einer Wortfindungsstörung immer mehr Tip-of-the-Tongue-Phänomene aufweisen als ein Kind ohne Wortfindungsstörungs-Vergangenheit. Das Ziel der Therapie besteht vielmehr in der Senkung der Auftretensfrequenz, in der Bewältigung des Leidensdrucks und im Training des Umgangs mit dem Problem. Als Folge davon wird der Abruf schneller, genauer und konsistenter, so dass die diagnostischen Faktoren sich verbessern, ohne dass direkt daran gearbeitet wird.

Empirischer Teil

In der folgenden Untersuchung werden die Therapieverläufe von zehn Kindern mit Wortfindungsstörungen dokumentiert und auf ihre unterschiedlichen und gleichen Anteile hin analysiert.

Teilnehmende Kinder

Die Altersverteilung der Kinder und die anamnestischen Daten sind in Tab. 3 aufgelistet. Dokumentiert ist das Alter zum Therapiebeginn. Weiter wird festgehalten, ob die Kinder zusätzlich eine Sprachentwicklungsstörung aufwiesen (SES) oder ob sie eine Lese-Rechtschreib-Störung hatten (LRS). Der diagnostische Parameter, über den die Wortfindungsstörung diagnostiziert wurde, ist ebenfalls aufgeführt. An der Studie nahmen fünf Mädchen und fünf Jungen teil. Zum Zeitpunkt der Wortfindungstherapie waren eventuell vorliegende semantische Störungen austherapiert bzw. zuvor durch eine Diagnostik ausgeschlossen worden.

Eingangsdiagnose

Für die Diagnose der Kindlichen Wortfindungsstörung wurde eine Schnellbenennaufgabe durchgeführt (TASB, Glück, 1998 b). Bei diesem Verfahren liegen nicht für alle Altersgruppen Normwerte vor. Tab. 4 dokumentiert die Leistungen der teilnehmenden Kinder hinsichtlich ihres Benenntempos mit ihren Kontrollgruppen. Am Ende der Therapiephase wird die Durchführung dieser Aufgabe wiederholt, um den objektiv messbaren Erfolg der Therapie beurteilen zu können.

Ergebnisse

Therapieeffektivität

Um die Effektivität der Therapie zu beurteilen, wurde die Eingangsdiagnostik am Ende der Therapiephasen wiederholt. Tab. 4 führt die Werte der Kinder in der Verlaufsdagnostik auf (letzte Spalte der Tabelle). Ein statisti-

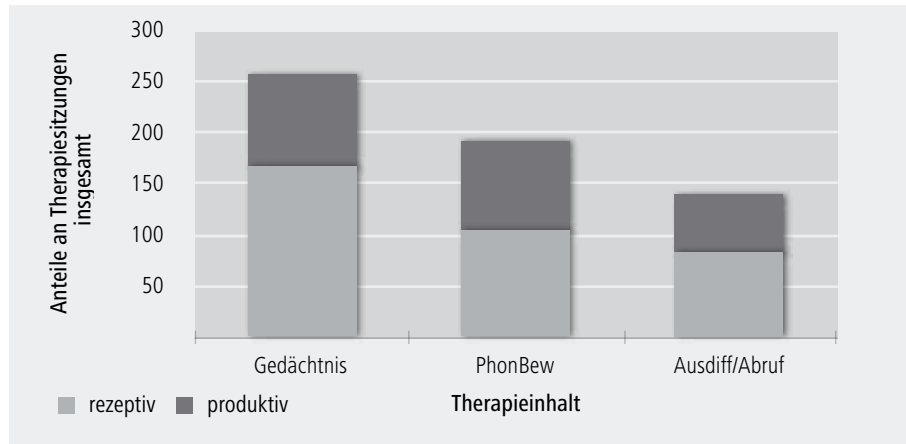
scher Vergleich mit dem non-parametrischen Wilcoxon-Test belegt, dass die Kinder in der Verlaufsdagnostik als Gruppe beim Abruf der Testwörter insgesamt signifikant schneller sind als vor Beginn der Therapie ($Z = -2,803$; $p = .005$). Insofern zeigt sich eine statistisch nachweisbare Verbesserung bei allen Kindern. Betrachtet man die in Tab. 4 aufgeführten Zeiten, so gilt für acht der zehn Kinder, dass die Verbesserung sie von einer auffälligen Abrufleistung in den Normalbereich ihrer Altersgruppe zurückgeführt hat.

Therapiedauer

Die Therapiedauer der Wortfindungstherapie lag zwischen 14 und 25 Therapieeinheiten. Es zeigte sich, dass sowohl die jüngsten Kinder (4;10, 4;11, 5;11) als auch die ältesten Kinder (8;1, 10;4) Therapien von 20 oder mehr Sitzungen benötigten, um ihre Störung zu überwinden (vgl. Abb. 2).

Auch die statistische Auswertung zeigt, dass das Alter der Kinder nicht mit der Therapiedauer korreliert (zweiseitige Korrelation nach Pearson; $R = ,087$; $p = ,812$ nicht signifikant). Die Kinder, die am schnellsten ihre Störung überwinden konnten, befanden sich vom Alter her in der mittleren Zone der Gruppe. Zum Therapiezeitpunkt besuchten sie die erste Klasse, so dass die Wortfindungsstörung parallel zum Leseerwerb therapiert wurde. Dies ist ein interessanter Aspekt, da er Hinweise darauf geben kann, dass eine relativ anspruchsvolle Therapie auch neben der

■ **Abb. 4: Anzahl der Stunden in den verschiedenen inhaltlichen Bereichen (alle Kinder)**



großen kognitiven Anforderung, die der Leseerwerb für Kinder mit Sprachstörungen darstellt, erfolgreich sein kann.

Analyse des Therapieverlaufs

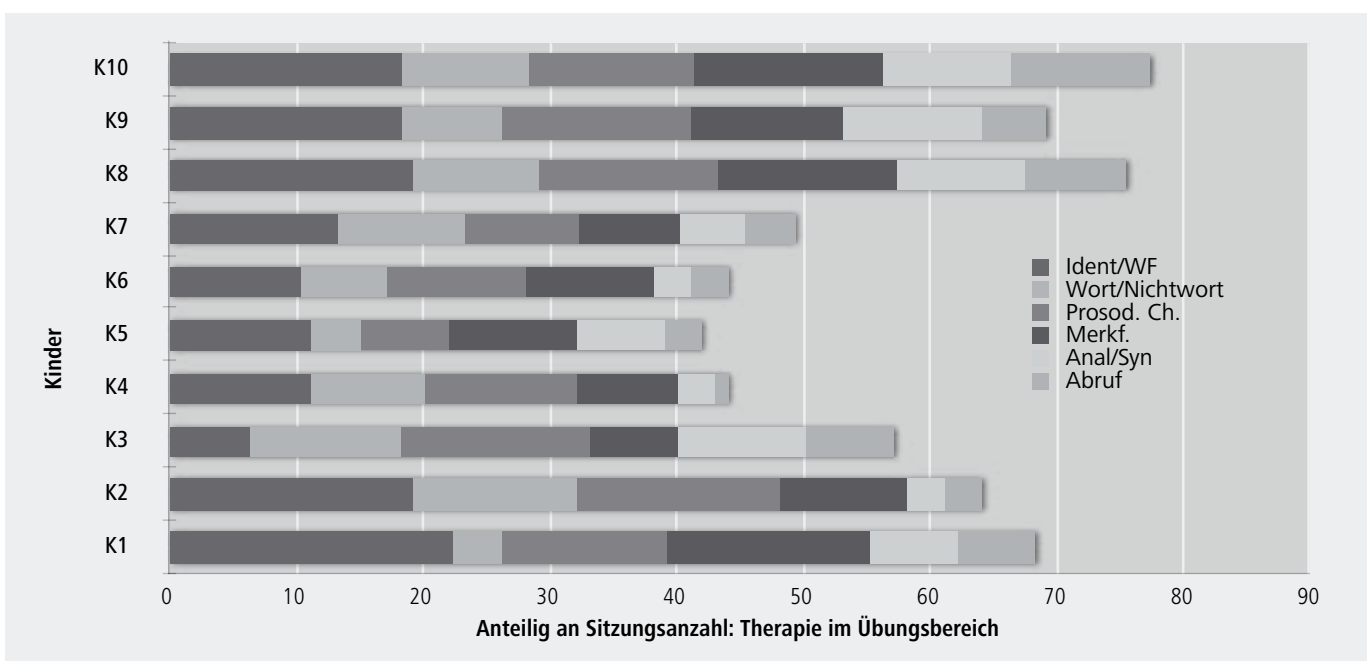
Im nächsten Schritt der Darstellung der Therapien werden die einzelnen Therapieanteile, symbolisiert durch die einzelnen Übungsbereiche der rezeptiven und produktiven Phase, in ihrer Gewichtung analysiert. Abb. 3 zeigt die Gewichtung der Therapieinhalte bei den beobachteten Kindern.

Daraus wird ersichtlich, dass alle Kinder in der Therapie mit allen Inhaltsanteilen in Kontakt gekommen sind. Jedoch unterscheidet sich der zeitliche Anteil, in denen die Inhalte des einzelnen Übungsbereichs bearbeitet wur-

den, von Kind zu Kind. Dies ist besonders in der Verteilung der Übungsbereiche zum Gedächtnistraining und zu Ausdifferenzierungs- und Abrufanteilen deutlich.

Die rezeptiven Bereiche des Gedächtnistrainings werden bei vielen Kindern über einen Großteil der Therapiephase durchgeführt (vgl. Abb. 3), während die produktiven Anteile erst später einsetzen und dadurch in weniger Stunden anteilig vertreten sind. Betrachtet man das Verhältnis von allen rezeptiven Anteilen (in insgesamt 355 Sitzungen) und produktiven Übungsinhalten (in insgesamt 231 Sitzungen) wird deutlich, dass eine Therapie im Bereich des Wortabrufs einer therapeutisch gut erarbeiteten rezeptiven Grundlage bedarf. Dies zeigt auch die Darstellung

■ **Abb. 3: Verteilung der Therapieinhalte bei den teilnehmenden Kindern: Aufgeführt ist der Anteil der Sitzungen, in den die einzelnen Übungsbereichsinhalte anteilig bearbeitet wurden.**



in Abb. 4, in der die Verteilung der rezeptiven und produktiven Inhalte über alle Kinder dargestellt ist. Es ist gut ersichtlich, dass die Schaffung einer rezeptiven Grundlage auch über alle Kinder betrachtet den Großteil der Therapiephase in Anspruch nahm.

Die Therapie entwickelte sich bei allen Kindern von den therapiechronologisch früheren Übungsbereichen zu den komplexeren und daher später angesiedelten Inhalten. Dadurch ergibt sich, dass kein Kind in einer Stunde mit allen sechs Übungsbereichen konfrontiert wurde. Das Höchstmaß an Übungsbereichen waren bei zwei Kindern fünf verschiedene Übungsinhalte in einer Sitzung, ansonsten lag das Maximum bei vier verschiedenen Übungsbereichen.

Ebenso wird ein typischer Anfang der Therapiephase aus den Vergleichen der Kinder ersichtlich. In der Regel beginnt die Therapie mit dem Gedächtnistraining ohne verbales Output und der Ausdifferenzierung von Wortformen, wobei gerade in diesem Bereich der Schwerpunkt der ersten Therapie-sitzungen lag. Meist wird in der dritten Sitzung die metaphonologische Arbeit begonnen, die dann bei den meisten Kindern bis zur Hälfte der gesamten Therapiephase den Arbeitsschwerpunkt darstellt. Im Anschluss kommen nach und nach produktive Anteile dazu. Fast immer wird der Übungsbereich „Wort-Nichtwort-Entscheidung“ als erstes abgesetzt. In der produktiven Arbeit bilden die phonologisch bewusste Arbeit in den Bereichen der „Analyse und Synthese von Wörtern“ und die „Merkfähigkeit von Wörtern und Pseudowörtern“ die Hauptschwerpunkte. Der Übungsbereich „Abruf von Einzelwörtern“ dagegen stellt lediglich einen kurzen Abschlussanteil, obwohl sein Name vermuten lassen würde, dass hier der Hauptschwerpunkt der Therapiephase überhaupt sein könnte.

Diskussion

Aus den zusammengetragenen Beobachtungen dieser Wortfindungsstörungstherapien ergeben sich einige interessante weiterführende Gedanken. Zunächst ist auffällig, dass die jüngeren Kinder nicht schneller bei der Überwindung von Wortfindungsstörungen sind als die älteren Kinder. Dies widerspricht der Erfahrung aus Therapien innerhalb der Sprachentwicklung und unterstreicht die Annahme, dass es sich bei kindlichen Wortfindungsstörungen um eine Sprachverarbeitungsstörung handelt. Ein Grund dafür könnte in dem oben bereits angemerkten „Mindestalter“ liegen. Da die Therapie

zu einem großen Teil im Bereich der Phonologischen Bewusstheit stattfindet, stellt sich gerade für die jüngeren Kinder eine besondere Lernaufgabe. Die Kinder K1 und K2 der Stichprobe sind von ihrem chronologischen Alter her in einer Altersphase, in der sich die Phonologische Bewusstheit gerade erst entwickeln sollte. Dies bedeutet, dass die Therapie, die die beiden Kinder durchlaufen haben, nicht auf eine Fähigkeit abzielt, die bereits seit einiger Zeit entwickelt sein sollte, sondern auf eine altersadäquate Entwicklung. Nach den Beobachtungen bei den vorliegenden Therapien kann hierdurch anscheinend eine leichte Verlängerung der Therapie bei jungen Kindern entstehen. Das optimalere Alter für die Platzierung einer Wortfindungsstörungstherapie scheint das frühe Schulalter zu sein. Entwickelt ein Kind eine Wortfindungsstörung parallel zu einer Sprachentwicklungsstörung, so könnte im Optimalfall die Zeit bis zur Einschulung für die Therapie im Entwicklungsbereich genutzt werden, bevor die Verarbeitungsproblematik im Schulalter zum therapeutischen Thema wird. Doch ist in der Praxis das Aufschieben der Wortfindungstherapie in der Regel nicht einfach möglich, da das Störungsbewusstsein der Kinder häufig zu massiv ist, was die therapeutische Intervention in diesem Bereich umgehend notwendig macht.

Ein weiterer Faktor, der sich maßgeblich auf die Länge der Therapie und auf die Gewichtung der Übungsbereiche in der Therapie auswirkt, ist die Stärke der phonologischen Kurzzeitgedächtnisstörung. Eine Mitbetroffenheit des Phonologischen Kurzzeitgedächtnisses wurde vor der Therapiephase bei allen 10 Kindern (wenn auch nicht leitensymptomatisch) festgestellt und wirkt in der Regel therapieverlängernd. Die Fortschritte in diesen Therapien wurden von den Therapeutinnen insgesamt als zäher und langsamer beschrieben als bei den Kindern, die in diesem Bereich weniger stark betroffen waren.

Gerade die Beteiligung des phonologischen Kurzzeitgedächtnisses an der Wortfindungsstörung und die große Spanne des Störungsausmaßes in diesem speziellen Bereich macht deutlich, dass eine programmatisch angelegte Therapie, wie sie im Bereich der Phonologischen Bewusstheit im Moment aktuell ist, für die Wortfindungsstörung nicht sinnvoll erscheint. Ein Therapieansatz für die Intervention im Bereich der kindlichen Sprachverarbeitung muss den roten Faden für den Praktiker bieten und durch die Therapiephase leiten. Doch sollte es möglich sein, für das jeweilige Kind die Therapie nach den individuellen Störungsausprägungen zu gewichten, um der

Therapieeffizienz entgegenzukommen. Die Gewichtung betrifft dabei nicht das grundsätzliche Vorgehen in der Auswahl der Therapiebereiche, sondern die Feinabstimmung innerhalb der Therapiephase. So wird für jedes Kind individuell die Verweildauer in der rezeptiven Arbeit festgelegt, sowie auch der Anteil der Kurzzeitgedächtnis-Arbeit an der einzelnen Therapiesitzung. Ebenso muss die Arbeit in der Ausdifferenzierung der rezeptiven phonologischen Wortformen pro Kind abgestimmt werden, hier könnte sich eine Schnittstelle zu einer phonologischen Störung im Rahmen einer Aussprachestörung eröffnen, die dann entsprechend berücksichtigt und bearbeitet werden muss.

Die kindliche Wortfindungsstörung steht im Fadenkreuz zwischen einer häufig bestehenden Therapievergangenheit im Bereich der Sprachentwicklung, der Entwicklungsspanne der Phonologischen Bewusstheit im Vorschulalter und der sich häufig ebenfalls bei den Kindern entwickelnden Lese-Recht-schreibstörung. Durch diese Gesamtproblematik muss die Therapie einer Wortfindungsstörung in sehr genauer Art und Weise auf die Störungsausprägungen des jeweiligen Kindes abgestimmt werden. Dies und die Tatsache, dass Kinder mit Wortfindungsstörungen in der Regel ein großes Störungsbewusstsein und einen starken Leidensdruck entwickeln, sollte Forscher und Praktiker dazu veranlassen, die Möglichkeiten zur Abstimmung der Therapie auf das Kind weiter zu verfeinern und zu entwickeln. Die hier vorgestellten Daten sollen dazu beitragen, dass die Wortfindungstherapie eine strukturierte und systematische Vorgehensweise erhält, so dass der Therapieerfolg optimiert werden kann und die Leidensdauer der Kinder so kurz wie möglich gehalten wird.

Literatur

- Brown, R. & McNeill, D. (1966). The "tip-of-the-tongue-phenomenon". *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 5, 325-337
- German, D.J. (1989). A diagnostic model and a test to assess word-finding skills in children. *British Journal of Disorders of Communication* 24, 21-39
- German, D.J. (2002). A phonologically based strategy to improve word-finding abilities in children. *Communication Disorders Quarterly* 23, 179-192
- German, D.J. & Newman, R.S. (2004). The impact of lexical factors on children's word-finding errors. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 47, 624-636
- Glück, C.W. (1998 a). *Kindliche Wortfindungsstörungen*. Frankfurt/M.: Peter Lang
- Glück, C.W. (1998 b). *TASB – Test zur automatischen Schnellbenennung*. München: unv. Verfahren
- Glück, C.W. (2003 a). Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Therapieformen und ihre Wirklichkeit. *Sprache – Stimme – Gehör* 27, 125-134
- Glück C.W. (2003 b). Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Therapieformen und ihre Wirklichkeit. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*, Bd. 4. (178-184). Stuttgart: Kohlhammer
- Glück, C.W. (2007). *WWT – Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige*. München: Elsevier
- Jansen, H. & Marx, H. (1999). Phonologische Bewusstheit und ihre Bedeutung für den Schriftspracherwerb. *Forum Logopädie* 2 (13), 7-16
- Kail, R. & Leonard, L.B. (1986). *Word-finding abilities in language-impaired children*. ASHA Monographs, 25
- Kolfenbach, K. (2002). Qualitative Diagnostik des Lexikonerwerbs: Hilfestellung für die Therapieplanung. *Forum Logopädie* 2 (16), 16-20
- Levelt, W.J.M. (1989). *Speaking: from intention to articulation*. Cambridge, MA: MIT Press
- Newman, R.S. & German, D.J. (2002). Effects of lexical factors on lexical access among typical language-learning children and children with word-finding difficulties. *Language & Speech* 43, 285-317
- Paul, R. (2000). Predicting outcomes of early expressive language delay: ethical implications. In: Bishop, D. & Leonard, L.B. (Hrsg.), *Speech and language impairments in children* (195-210). Hove: Psychology Press
- Rescorla, L., Dahlgaard, K. & Roberts, J. (1997). Late Talker at 2: outcome at age 3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 556-566.
- Siegmüller, J. (2005). Einflüsse von Frequenz und Erwerbsalter auf das Benennen bei Kindern mit Wortfindungsstörungen. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 13, 15-20
- Siegmüller, J. (2008, erscheint). Klinische Entscheidungsfindung bei einem Kind mit übergreifender Sprachentwicklungsstörung. In: Beushausen, U. & Seiferth, W. (Hrsg.), *Klinische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie*. München: Elsevier
- Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2006). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier

SUMMARY. Therapy of word-finding problems following the patholinguistic therapy approach

Word-finding difficulties are often described in language-disordered children in early school age or in preschoolers. Nevertheless the phenomenon is relatively unknown. This study provides a case series of single-case therapies all following the patholinguistic therapy approach. The profile within the word-finding problem is described and comparisons are made in respect of the individual therapy realisations. Conclusions of this study imply that work on the comprehension is an important and necessary factor for the therapy success.

Key words: Word-finding difficulty – phonological short-term memory – access to word forms – meta-phonology

Autorin

Dr. Julia Siegmüller
Wissenschaftliche Leitung
Logopädisches Institut für Forschung
der EWS (LIN.For)
Werfstr. 5
18057 Rostock
julia.siegmuller@ews-rostock.de
www.j.siegmuller.de