

Inhalt

Themenschwerpunkt Sprachentwicklungsstörungen

Editorial

Waldemar von Suchodoletz 2

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Waldemar von Suchodoletz 4

Diagnostik bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen

Hedwig Amorosa 23

Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern

Michéle Noterdaeme 38

Was wird aus Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen?

Waldemar von Suchodoletz 50

Therapie von Sprachverständnisstörungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext

Katrin Hartmann, Anja Keller, Rosemarie Meyer-Endres 70

Tagungsrückblick

Therapie von Entwicklungsstörungen: Was wirkt wirklich? 114

Hinweise für Autoren 117

Editorial

Kinder mit Sprachstörungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel des Menschen. Kinder lernen mittels Sprache und auch die emotionale Kommunikation verläuft weitgehend über verbale Interaktionen. Es verwundert deshalb nicht, dass Störungen des Spracherwerbs alle Bereiche der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung beeinträchtigen können.

Der Spracherwerb beginnt aber nicht erst, wenn ein Kind mit einem Jahr erste sinnbezogene Wörter spricht und so auf etwas aufmerksam macht und Wünsche mitteilt. Schon das Neugeborene verfügt über erstaunliche prä-verbale Fähigkeiten. Es erkennt die Stimme seiner Mutter und reagiert auf die Muttersprache anders als auf fremdsprachige Äußerungen. Säuglinge registrieren den emotionalen Gehalt von Sprache und treten im Alter von 6-9 Monaten mit ihren Eltern in Lalldialoge. Die Herausbildung von Bindungssicherheit verläuft entscheidend über solche lautlichen Interaktionen.

Dem Kinder- und Jugendpsychiater werden Kinder mit Sprachstörungen nur relativ selten primär wegen deren sprachlichen Auffälligkeiten vorgestellt. Die Überweisung erfolgt meist aufgrund von emotionalen oder Verhaltensstörungen, die unabhängig von den Sprachstörungen auftreten, aber auch deren direkte Folge sein können. Bei der Betreuung psychiatrisch erkrankter Kinder bleibt eine begleitende Sprachstörung aber nicht selten unberücksichtigt. Sie wird übersehen, da von den Eltern die psychischen Auffälligkeiten als zentrales Problem erlebt werden und sie deshalb Sprachbesonderheiten bei der Anamneseerhebung nicht erwähnen.

Sprachstörungen fallen zudem bei der Exploration immer sofort auf. Die Spontansprache kann insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen relativ unauffällig sein. Die Kinder haben sich an ihre verbalen Schwächen angepasst und vermeiden sprachliche Äußerungsformen, die

sie nicht beherrschen. Erst wenn sie aufgefordert werden, zusammenhängend zu erzählen oder wenn eine gezielte Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten erfolgt, wird das Ausmaß der Defizite deutlich.

Sprachverständnisstörungen können auch den Eltern lange Zeit verborgen bleiben. Die Kinder entnehmen aus Gestik, Mimik und dem Kontext, was von ihnen erwartet wird, und erfassen den zentralen Inhalt des Gesagten aus den Inhaltswörtern ohne Beachtung der grammatikalischen Bezüge. Dadurch entgehen ihnen wichtige Informationen, was zu Missverständnissen und Fehlreaktionen führt. Diese werden von den Kommunikationspartnern leicht als Unaufmerksamkeit oder Unwilligkeit angesehen.

Dieses Themenheft soll auf die Bedeutung von Sprachstörungen für die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuungspraxis hinweisen. Nach den Erhebungen mehrerer Arbeitsgruppen haben je nach Schwerpunkt einer Ambulanz oder Klinik 20 – 50% der behandelten Kinder bzw. Jugendlichen zusätzlich zur psychiatrischen Problematik eine Sprech- oder Sprachstörung. Diese steht oft in unmittelbarer Beziehung zur psychiatrischen Symptomatik und bedingt oder verstärkt psychopathologische Auffälligkeiten. Wenn nicht bewusst auf Sprachstörungen geachtet wird, bleiben diese insbesondere bei Schulkindern und Jugendlichen unerkannt und bei der Behandlung unberücksichtigt. Dies kann zu Fehlinterpretationen hinsichtlich der Hintergründe psychischer Störungen führen und Ursache eines unzureichenden Behandlungserfolgs sein.

Waldemar von Suchodoletz

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Waldemar von Suchodoletz

Sprachstörungen im Kindesalter

Sprache ist ein hoch komplexes System, das aus einzelnen Funktionseinheiten besteht, die nach vielfältigen Regeln miteinander zu verbinden sind. Da die einzelnen Bausteine des Sprachsystems isoliert störbar sind, gibt es nicht die Sprachstörung sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Störungsbilder. Je nachdem, welche Module betroffen sind, stehen jeweils andere Symptome im Mittelpunkt der Symptomatik.

Auf der formalen Sprachebene ist zu unterscheiden zwischen Lauten, Wörtern und Sätzen. Laute werden nach vielschichtigen Gesetzmäßigkeiten zu Wörtern und Wörter zu Sätzen zusammengefügt. Obwohl nur eine sehr begrenzte Anzahl von Lauten zur Verfügung steht (im Deutschen etwa 40 Laute), ermöglicht dieser Aufbau auf zwei Strukturierungsebenen die Bildung unendlich vieler Sätze und damit den differenzierten Austausch von Wissen, Gedanken und Gefühlen. Auf der nächsten Sprachebene ist zwischen grammatikalischen, inhaltlichen und pragmatischen Sprachfähigkeiten zu differenzieren. Bei jedem sprachauffälligen Kind ist zudem zu beachten, ob Sprachproduktion oder Sprachverständnis betroffen sind. Weiterhin ist zwischen Sprech- und Sprachstörungen zu unterscheiden. Defizite bei der Realisierung sprachlicher Äußerungen werden als Sprechstörungen und Defizite des eigentlichen Sprachsystems als Sprachstörungen bezeichnet (Abb. 1).

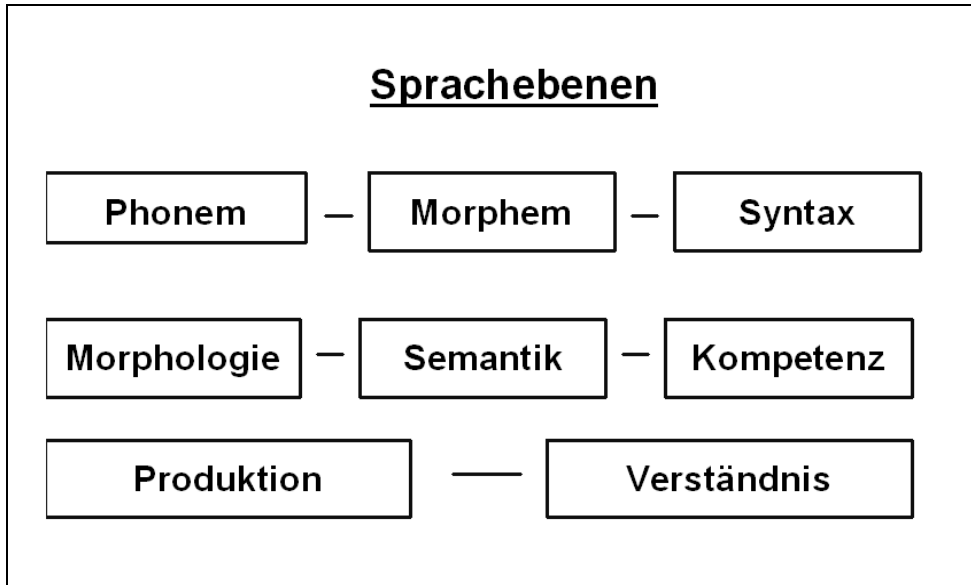


Abbildung 1: Sprachebenen

In Anbetracht dieser Komplexität von Sprache ist es nicht verwunderlich, dass Sprachstörungen häufig auftreten. Diese Vielschichtigkeit hat aber auch zur Folge, dass einzelne Störungsbilder nach ganz unterschiedlichen Gesichtspunkten voneinander abgegrenzt werden und die Klassifikation verwirrend ist. Jedes mit Sprachstörungen befasste Fachgebiet, wie z.B. Pädaudiologie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Logopädie, Sprachheilpädagogik oder klinische Linguistik, hat jeweils andere Klassifikationsschemata entwickelt, wodurch die interdisziplinäre Verständigung erschwert ist.

Medizinische Disziplinen richten sich vorwiegend nach der ICD-10. Dort werden kindliche Sprech- und Sprachstörungen unterschiedlichen Kategorien zugeordnet (Tab. 1). Sie werden aber nur dann gesondert klassifiziert, wenn Sprech- und/oder Sprachdefizite im Mittelpunkt der Symptomatik stehen. Sind sie Teil einer umfassenderen psychiatrischen oder neurologischen Erkrankung (u.a. Intelligenzstörung, Autismus, infantile Zerebralparese), bleiben sie bei der Klassifikation unberücksichtigt.

Tabelle 1: ICD-10-Klassifikation von Sprech- und Sprachstörungen im Kindesalter

-
- F 80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
 - F 94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - F 94.0 elektiver Mutismus
 - F 98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - F 98.5 Stottern
 - F 98.6 Poltern
 - R 47 Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert
 - R 47.0 Dysphasie und Aphasie
 - R 47.1 Dysarthrie und Anarthrie

Klinische Relevanz umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

Unter den Sprech- und Sprachstörungen sind für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen von besonderer Bedeutung. Viele sprachentwicklungsgestörten Kinder haben primäre und/oder sekundäre psychische Auffälligkeiten (s. Beitrag Noterdaeme) und umgekehrt sind bei vielen psychiatrisch erkrankten Kindern zusätzlich Sprachentwicklungsstörungen zu beobachten. Bei 20 – 50% der Kinder in kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen bestehen klinisch relevante Sprachstörungen (Jungmann et al., 1978; Toppelberg & Shapiro, 2000). Allerdings werden diese bei jedem zweiten Kind nicht erkannt.

Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen zeigen die typischen Merkmale aller Entwicklungsstörungen, d.h., sie sind von Beginn an vorhanden, ohne dass eine Phase einer normalen Entwicklung oder ein Verlust von Fähigkeiten zu beobachten ist. Der Verlauf ist stetig und weist eine kontinuierliche Besserung mit dem Älterwerden auf. Sprunghafte Verbesserungen oder Verschlechterungen gehören nicht zu den Verlaufskarakteristika. Jungen sind wie bei allen Entwicklungsstörungen häufiger als Mädchen betroffen. Als Hintergrund wird eine vorwiegend genetisch bedingte Beeinträchtigung von Reifungsprozessen angenommen.

Die hohe klinische Relevanz von Sprachentwicklungsstörungen ergibt sich u.a. aus deren Häufigkeit. Sprachtherapie steht dementsprechend unter den

Frühfördermaßnahmen an erster Stelle. Nach den Angaben der gesetzlichen Krankenkassen erhalten im Alter von 6 Jahren etwa 18% aller Jungen und 12% der Mädchen eine logopädische Behandlung. Die Notwendigkeit intensiver therapeutischer Bemühungen ergibt sich daraus, dass bei Sprachentwicklungsstörungen langfristige Auswirkungen zu befürchten sind. Wie aus einer Längsschnittstudie von Klackenberg (1980) bereits Anfang der 1980er Jahre deutlich wurde, erhalten Kinder, die mit drei Jahren eine Sprachentwicklungsstörung aufweisen, später von den Lehrern schlechtere Beurteilungen, haben während der gesamten Schulzeit erhebliche Probleme, erreichen nur einen unterdurchschnittlichen Schulabschluss, verfügen im frühen Erwachsenenalter über einen niedrigeren IQ und geraten häufiger mit dem Gesetz in Konflikt als Kinder mit primär unauffälliger sprachlicher Entwicklung. Auf die Prognose sprachentwicklungsgestörter Kinder wird in einem gesonderten Beitrag ausführlich eingegangen.

Eine Sprachentwicklungsstörung stellt nicht nur für das betroffene Kind, sondern für die gesamte Familie eine nicht zu unterschätzende Belastung dar. Eine Befragung von Familien sprachentwicklungsauffälliger Kinder (n=138) hat ergeben, dass sich viele der engeren Familienangehörigen durch die Entwicklungsauffälligkeit des Kindes belastet fühlen (Abb. 2) (Limm & Suchodoletz, 1998).

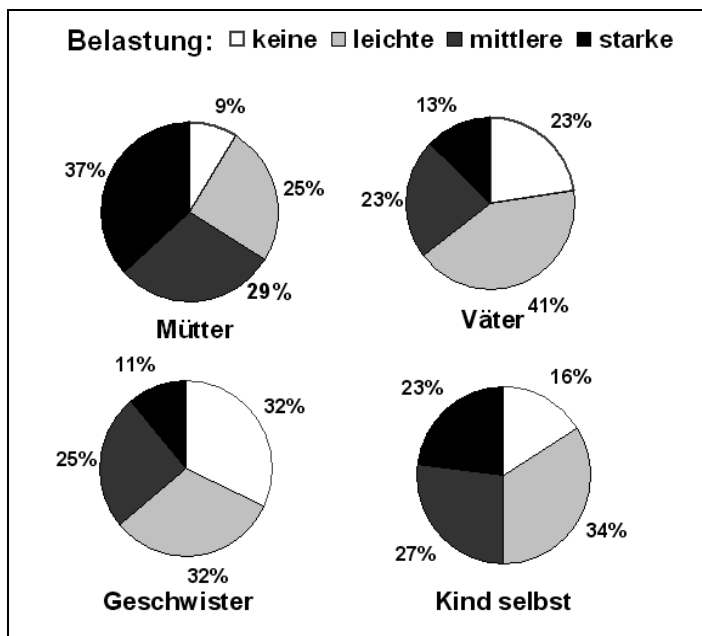


Abbildung 2: Belastungserleben in Familien mit sprachentwicklungsgestörten Kindern

Die Mütter machen sich nicht nur Sorgen um die Zukunft ihres Kindes, sondern reagieren häufig auch mit Niedergeschlagenheit und Enttäuschung. Einige berichten zudem über aggressive Gefühle, ausgelöst durch die Entwicklungsstörung ihres Kindes (Abb. 3). Die Häufigkeit aggressiver Gefühle dürfte in Wahrheit sogar höher liegen, als dies aus diesen Zahlen hervorgeht. Nur wenige Mütter werden sich und anderen derart negative Gefühle ihrem Kind gegenüber zugeben, obwohl nicht nur positive emotionale Reaktionen zum üblichen Bewältigungsprozess dazugehören. Um Schuldgefühle aber auch um aggressive Durchbrüche mit der Gefahr von Misshandlungen in besonderen Belastungssituationen zu vermeiden, sollten in Beratungsgesprächen auch mögliche negative Emotionen unbedingt thematisiert werden.

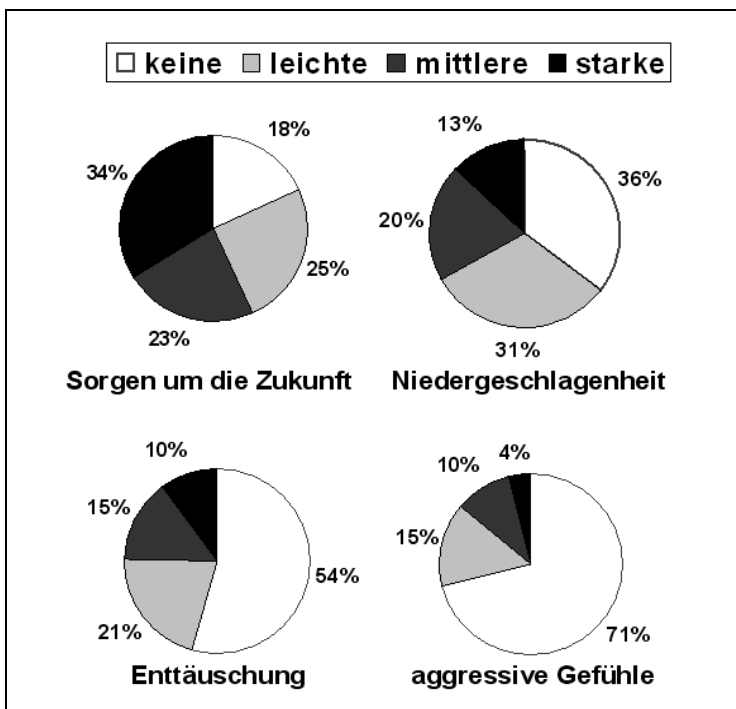


Abbildung 3: Emotionale Reaktionen von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder

Dass sich Familienangehörige so belastet fühlen, ist vermutlich wesentlich auf Reaktionen des Umfeldes zurückzuführen (Abb. 4). Viele Mütter

sprachentwicklungsgestörter Kinder geben an, dass sie in der Familie und im weiteren Umfeld wegen der Entwicklungsbesonderheit ihres Kindes ablehnendes Verhalten und herabsetzende Bemerkungen erleben und einige von ihnen reagieren daraufhin mit Rückzug und Isolationstendenzen (Suchodoletz & Machery, 2006).

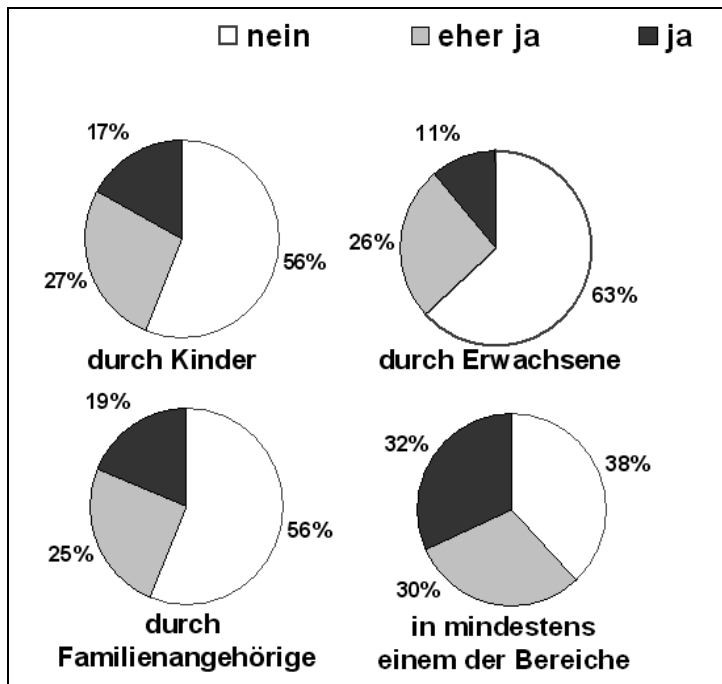


Abbildung 4: Häufigkeit von Stigmatisierung sprachentwicklungsgestörter Kinder nach dem Erleben der Mütter

Klassifikation umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

Nach der WHO-Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) werden umschriebene (spezifische) Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in Artikulationsstörungen (F80.0) sowie expressive und rezepive Sprachentwicklungsstörungen (F80.1 bzw. F80.2) eingeteilt. Diesen Störungsbildern werden Sprech- bzw. Sprachauffälligkeiten zugeordnet, die nicht durch eine offensichtliche Beeinträchtigung körperlicher oder psychischer Funktionen zu erklären sind, die somit erwartungswidrig auftreten (Tab. 2).

Tabelle 2: Charakteristika umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

- Sprech- bzw. Sprachfertigkeiten außerhalb der Norm
- Störung nicht bedingt durch
 - Intelligenzminderung
 - Hörstörung
 - hirnorganische Erkrankung
 - emotionale Störung
 - anregungsarme Umwelt
- altersentsprechendes Kommunikationsbedürfnis
- relativ ungestörte nonverbale Kommunikation
- primäre Störung mit stetigem Verlauf
- Besserung mit dem Älterwerden

Die Diagnose einer umschriebenen Artikulationsstörung wird gestellt, wenn Aussprachestörungen vorliegen, aber die Sprachfähigkeit innerhalb der normalen Variationsbreite liegt. Artikulationsstörungen werden in anderen Klassifikationssystemen als phonologische, Lautbildungs-, Aussprachestörung oder als Dyslalie bezeichnet.

Sprachentwicklungsstörungen werden nach der ICD-10 in einen expressiven und einen rezeptiven Subtyp eingeteilt. Eine expressive Sprachentwicklungsstörung (F80.1) ist dadurch gekennzeichnet, dass die Sprachproduktion außerhalb der Norm liegt, während das Sprachverständnis allenfalls geringfügig beeinträchtigt ist. Bei der rezeptiven Form (F80.2) hingegen finden sich deutliche Defizite im Bereich des Sprachverständnisses meist verbunden mit solchen in der Sprachproduktion. Bei beiden Subtypen sind zusätzliche Lautbildungsstörungen die Regel.

Für Sprachentwicklungsstörungen werden in anderen Fachgebieten die Begriffe kindlicher Dysgrammatismus und Entwicklungsdysphasie benutzt oder die aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammende Bezeichnung spezifische Sprachentwicklungsstörung (specific language impairment – SLI) verwendet. Sprachtherapeuten unterscheiden in Abhängigkeit von der Symptomatik zwischen einer Sprachentwicklungsverzögerung (Sprachmuster jüngerer Kinder), Sprachentwicklungsstörung (nicht in der normalen Entwicklung vorkommende Sprachmuster) und Sprachentwicklungsbehinderung (motorische u.a. komorbide Störungen). Diese Einteilung führt leicht zu Missverständnissen, da von anderen der Terminus Sprachentwicklungsverzögerung für Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung während der ersten drei Lebensjahre benutzt wird.

Sprachentwicklungsverzögerung

Eine umschriebene Verzögerung der Sprachentwicklung lässt sich etwa ab dem Ende des zweiten Lebensjahres feststellen. Im Säuglingsalter hingegen ist es noch nicht möglich, klinisch relevante umschriebene Sprachentwicklungsverzögerungen zu erkennen. Während der präverbalen Phase unterscheidet sich der Zeitpunkt des Erreichens der verschiedenen Lallstadien von Kind zu Kind erheblich (Papoušek, 1994), ohne dass ein verspätetes Einsetzen einer spezifischen Lallphase spätere Sprachprobleme vorhersagt.

Aber auch bei zweijährigen Late Talkers kann noch nicht sicher zwischen sprachentwicklungsgestörten Kindern und sprachlichen Spätstartern (Late Bloomers) unterschieden werden. Deshalb wird bei jungen Kindern die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung meist noch nicht gestellt und statt dessen von einer Sprachentwicklungsverzögerung (Late Talking) gesprochen.

Eine Sprachentwicklungsverzögerung ist zu diagnostizieren, wenn ein Kind mit zwei Jahren über einen aktiven Wortschatz von weniger als 50 Wörtern verfügt und noch keine Zweiwortsätze benutzt. Auch im deutschsprachigen Raum hat sich für diese Kinder der Begriff „Late Talkers“ eingebürgert. Welche Bedeutung ein verspäteter Sprechbeginn für die langfristige Entwicklung eines Kindes hat, darauf wird in einem anderen Beitrag in diesem Heft genauer eingegangen.

Zur Erfassung von Late Talkers im Alter von zwei Jahren (Zeitpunkt der U7) eignen sich Fragebögen, in denen die Mütter in Wortlisten ankreuzen, ob ihr Kind das jeweilige Wort schon spricht, und angeben, welche Wortverbindungen das Kind benutzt. In dieser Altersstufe haben sich Elternfragebögen als genauso zuverlässig erwiesen wie eine deutlich aufwändigere testpsychologische Untersuchung des Kindes selbst (Sachse et al., 2007). Verbreitete Fragebögen sind im angloamerikanischen Sprachraum der Language Development Survey – LDS (Rescorla 1989) und die McArthur Communication Development Inventories – CDI (Fenson et al. 1993). Von diesen Instrumenten ausgehend, wurden in den letzten Jahren auch mehrere deutschsprachige Bögen publiziert: „Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern – ELFRA-1 und 2“ (Grimm & Doil, 2000), „Elternfragebogen für die Erfassung der frühen Sprachentwicklung für (österreichisches) Deutsch: A-CDI; Austrian McArthur Communicative Development Inventories“ (Vollmann et al., 2000), „Fragebogen zur frühkindli-

chen Sprachentwicklung: FRAKIS“ (Szagun, 2004) und „Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter: ELAN - Eltern Antworten“ (Bockmann & Kiese-Himmel, 2006). Da diese Bögen sehr umfangreich sind (zwischen 250 und 680 Items), werden sie in der Routine kaum eingesetzt. Um dies zu ändern, wurde von uns ein Elternfragebogen mit 58 Items entwickelt („SBE-KT: Sprachbeurteilung durch Eltern – Kurztest“), der als Screeningverfahren vorrangig für die Vorsorgeuntersuchung U7 gedacht ist (Suchodoletz & Sachse, 2008). Wie gezeigt werden konnte, können Late Talkers mit einem Kurztest mit vergleichbarer Zuverlässigkeit wie mit einem Langtest erfasst werden (Sachse & Suchodoletz, 2007a).

Symptomatik umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache können den Erwerb des Lautsystems (Artikulationsstörung) oder den von Grammatik und Wortschatz (Sprachentwicklungsstörung) betreffen.

Eine **Artikulationsstörung** ist durch Fehler bei der Aussprache und dem Erkennen von Lauten gekennzeichnet, die unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters außerhalb des Normbereiches liegen. Typische Lautbildungsfehler sind Auslassungen, Ersetzen und Fehlbildungen von Lauten, wobei am häufigsten /s/, /sch/, /ch/ und /r/ betroffen sind. Nach heutiger Auffassung sind Aussprachefehler vorwiegend Ausdruck der Anwendung falscher phonologischer Regeln bzw. von Regeln, die früheren Entwicklungsstufen entsprechen, und weniger Folge sprechmotorischer Defizite. Anstelle von „Artikulationsstörung“ wird deshalb in der DSM-IV von „Phonologischer Störung“ gesprochen.

Im Mittelpunkt des klinischen Bildes einer **Sprachentwicklungsstörung** stehen Wortschatzdefizite und ein Dysgrammatismus. Die Symptomatik ist vom Alter des Kindes abhängig. Im zweiten Lebensjahr sind ein verspätetes Erlernen der ersten Wörter und eine verzögerte Entwicklung des aktiven und passiven Wortschatzes charakteristisch. Im dritten Lebensjahr stehen eine verminderte Äußerungslänge und ein weitgehendes Fehlen syntaktischer Strukturen im Vordergrund. Im Kindergarten- und Vorschulalter haben die Kinder insbesondere Schwierigkeiten bei der Bildung und dem Verständnis grammatischer Wortformen und Satzstrukturen. Im Schulalter wird die Spontansprache weitgehend fehlerfrei. Die Kinder sprechen in einfachen und kurzen Sätzen und vermeiden kompliziertere grammatische

Strukturen. Den Kindern fällt es schwer, Geschichten folgerichtig zu erzählen, übertragene Bedeutungen und Mehrdeutigkeiten zu verstehen und sich schriftlich kohärent mitzuteilen. Diese Probleme bleiben oft bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen, werden aber erst bei besonderen Anforderungen oder einer gezielten Überprüfung deutlich.

Die Sprachprobleme betreffen häufig nicht nur die Sprachproduktion sondern auch das Sprachverständnis. **Sprachverständnisstörungen** bleiben aber oft unerkannt, weil die Kinder durch eine verstärkte Nutzung semantischer Informationen und des Umweltwissens Schwierigkeiten beim Verstehen grammatischer Strukturen kompensieren. Auch bei schwer sprachverständnisgestörten Kindern haben die Eltern nicht selten den Eindruck, diese verstünden alles und würden nur nicht richtig zuhören und deshalb Fragen falsch bzw. ungenau beantworten. Das Ausmaß einer Sprachverständnisstörung zeigt sich erst bei einer gezielten Untersuchung unter konsequenter Vermeidung von Gestik und Kontextinformationen.

Als Hinweis auf eine Sprachentwicklungsstörung kann das verspätete Erreichen wesentlicher **Meilensteine der Sprachentwicklung** gewertet werden.

Tabelle 3: Verspätetes Erreichen von Meilensteinen der Sprachentwicklung

- Verstehen erster Wörter nach dem 15. Lebensmonat
- Produktion erster Wörter nach dem 18. Lebensmonat
- Zweiwortsätze nach dem 24. Lebensmonat
- Geformte Mehrwortsätze nach dem 36. Lebensmonat

Neben den obligatorischen Symptomen hinsichtlich Sprachproduktion und Sprachverständnis lassen sich nicht selten auch in anderen Entwicklungsbereichen, insbesondere der Motorik, Defizite nachweisen und emotionale sowie Verhaltensauffälligkeiten sind bei jedem zweiten Kind zu beobachten (s. Beitrag von Noterdaeme).

Häufigkeit umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

Die Angaben zur Häufigkeit von Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen variieren erheblich. Je nachdem wo die Grenze zur normalen Variationsbreite der Sprachentwicklung gezogen wird und wie die sprachlichen

Fähigkeiten erfasst werden (Eltern- bzw. Erzieherrating, Screening bei der Einschulungsuntersuchung, standardisierte Testverfahren u.s.w.), werden Häufigkeiten zwischen 2% und 30% angegeben. Wird die Falldefinition der ICD-10 zugrunde gelegt, dann ist von einer Prävalenz von 5% bis 8% auszugehen. Jungen sind etwa zweimal so oft wie Mädchen betroffen.

Die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) gibt ein Auftreten von expressiven Sprachentwicklungsstörungen mit 5% und eines von rezeptiven mit 3% an. Nach einer Übersicht von Law et al. (2000) sind im Alter von drei Jahren bei 6,9% der Kinder umschriebene Sprachentwicklungsstörungen verbunden mit phonologischen Defiziten und bei 2,6% Sprachstörungen ohne Lautbildungsauffälligkeiten nachweisbar. Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen bis zum Jugendalter nennenswert verringert. Obwohl sich die sprachlichen Fähigkeiten mit dem Älterwerden verbessern, bleibt die Anzahl der Kinder mit zur Altersgruppe deutlich unterdurchschnittlichen Sprachkompetenzen im Kindes- und Jugendalter in etwa gleich.

Die Häufigkeit von Late Talkers wird im Alter von zwei Jahren zwischen 10% und 20% angegeben. Eine eigene epidemiologische Studie mit über 1000 Kindern ergab bei Jungen eine Prävalenz von 20,2% und bei Mädchen von 10,2% (Sachse & Suchodoletz, 2007b).

In epidemiologischen Untersuchungen zeigte sich, dass Sprachentwicklungsstörungen, insbesondere Sprachverständnisstörungen, häufig unerkannt bleiben – in einer großen Studie von Tomblin et al. (1997) mit Vorschulkindern waren es zwei Drittel der sprachauffälligen Kinder.

Auch wenn in den Medien immer wieder von einer dramatischen Zunahme von Sprachentwicklungsstörungen die Rede ist, so gibt es dafür keine empirischen Belege. Seit den Untersuchungen von Blanton (1916), der die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen mit 5,6 % bezifferte, und der NINDS-Studie (1969), die eine ungewöhnlich große Stichprobe von 87.000 Kindern erfasste und auf 6% sprachgestörte Kinder kam, haben sich die Daten bis heute nicht nennenswert verändert. Was zugenommen hat, ist die Zahl der Überweisungen an Fachleute und die der Betreuung in Sprachheilkindergärten bzw. -schulen.

Ätiologie umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen

Umschriebene Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen sind nach heutiger Auffassung multifaktoriell verursacht. Eine genetisch bedingte Veranlagung wird als Hauptkomponente und psychosoziale Einflüsse sowie hirnorganische Schädigungen als moderierende Faktoren angesehen (Prathanee et al., 2007).

Am überzeugendsten wurde der Einfluss erblicher Faktoren auf die Manifestation einer Sprachentwicklungsstörung belegt. Durch Zwillings- und Adoptionsstudien konnte gezeigt werden, dass die seit über 50 Jahren bekannte familiäre Häufung vorwiegend auf eine genetische Disposition und nicht auf Umwelteinflüsse zurückzuführen ist (Übersicht bei Noterdaeme 2001). Die Übereinstimmung des Auftretens einer Sprachstörung liegt bei eineiigen Zwillingen etwa doppelt so hoch wie bei zweieiigen und auch die Konkordanz hinsichtlich der Art der Sprachstörung ist bei eineiigen gegenüber zweieiigen Zwillingen wesentlich stärker ausgeprägt (Bishop & Leonard, 2001). Das Risiko für eine Sprachentwicklungsstörung ist bei Kindern aus belasteten Familien um das Zwei- bis Siebenfache höher (Choudhury & Benasich, 2003) und bei 20% bis 40% sprachentwicklungsauffälliger Kinder finden sich Spracherwerbsstörungen bei Verwandten ersten Grades. Der Erbgang ist in den einzelnen Familien unterschiedlich. Größere Mehrgenerationenstudien sprechen dafür, dass eine Sprachentwicklungsstörung bei etwa der Hälfte der familiären Formen autosomal-dominant vererbt wird, während bei den restlichen Familien ganz unterschiedliche Erbgänge anzutreffen sind.

Der Frage, welche Gene an der Vererbung von Sprache beteiligt sind, wurde in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt. 1990 wurde erstmals in einer Familie mit einer schweren Sprachstörung eine Mutation auf dem Chromosom 7 (FOXP2) beschrieben (Hurst et al., 1990). In einer groß angelegten Studie des SLI-Consortiums (2002) zeigten Auffälligkeiten auf dem Chromosom 19 Beziehungen zu expressiven Sprachstörungen und auf dem Chromosom 16 zu Defiziten in der phonologischen Merkfähigkeit. Diese Ergebnisse konnten kürzlich repliziert werden (Falcone et al., 2008). Weitere Gene, die mit sprachlichen Fähigkeiten in Verbindung stehen, wurden auf den Chromosomen 2, 10, 13 und 15 gefunden.

Nach gegenwärtigem Wissensstand wird von einer polygenen, multifaktoriellen Vererbung unter Beteiligung eines Hauptgens mit geschlechtsspezifischer Penetranz ausgegangen. D.h. Sprachstörungen können durch genetische Veränderungen an unterschiedlichen Genorten und durch unterschiedliche Kombinationen von Gen-Veränderungen hervorgerufen werden und bei Jungen reichen weniger mutierte Gene als bei Mädchen aus,

um klinisch relevante Symptome auszulösen. Weitere Faktoren von Bedeutung sind hemmende oder fördernde Einflüsse aus dem Umfeld und hirnorganische Schädigungen.

Intensität und Qualität des sprachlichen Inputs beeinflussen das Wirksamwerden genetischer Prädispositionen. Eine unzureichende Förderung erhöht das Risiko für die Manifestation einer erblich bedingten Veranlagung für Sprachstörungen, während ein förderndes Umfeld kompensierend wirkt. Ungünstige Umweltbedingungen sind aber nur in extremen Ausnahmefällen alleinige Ursache einer Spracherwerbsstörung (Kaspar-Hauser-Syndrom). Kinder ohne angeborene Sprachschwäche erreichen, auch wenn die Sprachvorbilder in ihrem unmittelbaren Umfeld recht mangelhaft sind, oft ein erstaunlich gutes Sprachniveau.

Neben genetischen und psychosozialen Faktoren werden frühkindliche Hirnschädigungen als Ursache für umschriebene Spracherwerbsstörungen diskutiert. Wie Längsschnittstudien gezeigt haben, haben Kinder mit frühkindlichen Hirnschädigungen nicht selten Sprachauffälligkeiten (Jungmann, 2006), jedoch handelt es sich in diesen Fällen nicht um umschriebene Sprachentwicklungsstörungen, sondern um solche im Rahmen einer allgemeinen kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung. Die Bedeutung hirnorganischer Faktoren für die Ätiologie umschriebener Störungen des Sprechens und der Sprache wird in den letzten Jahren somit eher als gering eingeschätzt.

Störungsmodell

Welche Pathomechanismen einem gestörten Spracherwerb zugrunde liegen, ist bislang umstritten. Neben Erklärungsmodellen, welche Defizite in sprachspezifischen neuronalen Strukturen annehmen, gibt es Hypothesen, die Schwächen in neuropsychologischen Grundfunktionen als pathogenetischen Hintergrund vermuten. Die im Zusammenhang mit Sprachentwicklungsstörungen am häufigsten diskutierten Defizite psychischer Basisfunktionen sind Defizite in der phonologischen Merkfähigkeit, der auditiven Wahrnehmung und der Zeitverarbeitung. Je nach Erklärungsansatz werden jeweils unterschiedliche Therapien empfohlen.

Defizite in der phonologischen Merkfähigkeit wurden nicht nur bei sprachgestörten Kindern (Baddeley, 2003; Graf Estes et al., 2007), sondern auch bei deren Eltern beschrieben (Barry et al., 2007). Allerdings ist die

Aussagefähigkeit bisheriger Studien eingeschränkt, da zum Nachweis von phonologischen Merkfähigkeitsdefiziten neuropsychologische Tests mit sprachlichen Aufgaben eingesetzt wurden (meist Reproduzieren von Pseudowörtern oder Zahlenfolgen). Versagen sprachgestörte Kinder in solchen Tests, dann ist nicht zu entscheiden, ob dies Folge von Merkfähigkeits- oder von Sprachdefiziten ist (Casalini et al., 2007). Eine Differenzierung ist nur mit nonverbalen Aufgabenstellungen, die mit Kindern aber erst ab dem Schulalter durchführbar sind oder mit neurophysiologischen Untersuchungsmethoden möglich (Glass et al., 2008). Aussagefähige Studien mit solchen Untersuchungsverfahren stehen aber noch aus.

In einem weiteren Denkansatz werden auditive Wahrnehmungsstörungen als Ursache für Sprachentwicklungsstörungen diskutiert. Diese Hypothese hat eine weite Verbreitung gefunden und wird auf zahlreiche Lern- und Verhaltensstörungen angewandt. Nach Angaben der Krankenkassen werden derzeit ein Drittel aller logopädischen Leistungen zur Therapie auditiver Wahrnehmungsstörungen abgerechnet. Ein Beweis, dass Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen gehäuft auditive Wahrnehmungsstörungen haben, steht allerdings aus (Suchodoletz et al., 2004). Zwar fanden sich in mehreren Studien signifikant schwächere auditive Leistungen in Gruppen sprachentwicklungsgestörter Kinder im Vergleich zu Kontrollgruppen, doch lagen die Leistungen der einzelnen sprachgestörten Kinder meist noch im Bereich der normalen Variationsbreite, wenn auch im unteren Normbereich. Eine kausale Beziehung zwischen auditiver Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsstörung erscheint insgesamt eher unwahrscheinlich. Auch ist durch ein Training auditiver Fähigkeiten keine Verbesserung sprachlicher Leistungen zu erwarten (Suchodoletz, 2006).

Die Vermutung, dass Sprachentwicklungsstörungen auf Zeitverarbeitungsdefiziten beruhen, geht auf die Arbeitsgruppe um Tallal zurück. Nach den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppe haben sprachentwicklungsgestörte Kinder Schwierigkeiten, schnell aufeinander folgende auditive Informationen zu verarbeiten und ein Training der Zeitverarbeitung mit dem Computerprogramm „Fast ForWord“ erbrachte schnelle sprachliche Fortschritte (Tallal et al., 1996). Diese Therapieerfolge konnten allerdings nicht reproduziert werden (Cohen et al., 2005). Auch eine eigene Studie zur Effektivität eines Zeitverarbeitungstrainings ergab keine Hinweise auf eine spezifische Wirksamkeit eines solchen Trainings (Berwanger & Suchodoletz, 2007).

Insgesamt ist nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens davon auszugehen, dass Sprachentwicklungsstörungen durch eine Reifungsverzögerung sprachspezifischer Hirnstrukturen bedingt sind. Für primäre Defizite neuropsychologischer Grundfunktionen, die sekundär zu einer Sprachstörung führen, gibt es keine ausreichenden Belege. Eine Therapie sollte deshalb direkt an der Sprache ansetzen und nicht in einem Training psychischer Basisfunktionen bestehen.

Fazit

Sprech- und Sprachstörungen bei Kindern treten als umschriebene Entwicklungsstörungen oder im Zusammenhang mit anderen Störungsbildern (u.a. Intelligenzstörung, Autismus, Hörstörung) auf. Charakteristische Symptome sind ein verzögerter Sprechbeginn, Aussprachefehler, Fehler bei der Satzstellung und der Bildung von Wortformen, Defizite des aktiven und passiven Wortschatzes, Wortfindungs- sowie Sprachverständnisstörungen. Häufig sind bei den Kindern weitere Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. motorische) sowie emotionale und Verhaltensstörungen zu beobachten.

Die Prävalenz umschriebener Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen wird mit 5% bis 8% angegeben. Als Ursache wird eine genetische Disposition angesehen, deren Manifestation durch moderierende Faktoren (u.a. Sprachanregung, frühkindliche Hirnschädigung) beeinflusst wird.

In den ersten Lebensjahren zeigen umschriebene Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen eine hohe Remissionsrate. Persistieren Sprachdefizite bis zum Einschulungsalter, dann ist mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer langfristigen Beeinträchtigung der sozialen Entwicklungschancen und mit psychoreaktiven Störungen zu rechnen.

Als Hintergrund von Sprachentwicklungsstörungen werden Reifungsverzögerungen sprachspezifischer Hirnregionen vermutet. Für eine kausale Beziehung zwischen neuropsychologischen Basisdefiziten und Sprachstörungen gibt es bislang keine ausreichenden Belege. Mit einem Training von Grundfunktionen (z.B. auditives Wahrnehmungstraining, Zeitverarbeitungstraining) lässt sich keine Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten erreichen.

Obwohl in den letzten Jahren die Erkenntnis, dass mangelhafte sprachliche Fähigkeiten die sozialen Entwicklungschancen eines Kindes entscheidend beeinträchtigen, auch von einer breiten Öffentlichkeit akzeptiert wird, ist die Betreuung sprachentwicklungsgestörter Kinder nach wie vor unbefriedigend. Eine Früherkennung gelingt nur unzureichend. Nach eigenen Untersuchungen werden bei Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 2 Jahren Sprachentwicklungsverzögerungen nur bei jedem vierten Kind bemerkt. Auch später werden Sprachstörungen oft nicht erkannt, insbesondere wenn es sich um Sprachverständnisstörungen handelt oder andere Auffälligkeiten, wie z.B. Verhaltensstörungen, ganz im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Ähnlich wie in der Diagnostik bestehen auch hinsichtlich der Therapie erhebliche Defizite, obwohl eine Sprachtherapie ausgesprochen häufig verordnet wird. Die Therapie beginnt aber meist erst im 5. oder 6. Lebensjahr, d.h. zu einem Zeitpunkt, zu dem die sensible Phase der Sprachentwicklung bereits vorüber ist. Es bedarf also noch erheblicher Anstrengungen, um den Bedürfnissen sprech- und sprachentwicklungsgestörter Kinder und deren Familien gerecht zu werden.

Anschrift

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Abteilung für Entwicklungsfragen
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
Waltherstr. 23, 80337 München
Email: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de

Literatur

Baddeley, A. (2003) Working memory and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 36, 189-208

Barry, J. G., Yasin, I., Bishop, D. V. (2007) Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes Brain and Behavior*, 6, 66-76

Berwanger, D., Suchodoletz, W. v. (2007) Auditive Verarbeitungsgeschwindigkeit und Sprachleistungen: Evaluation eines Zeitverarbeitungstrainings. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 68-73

Bishop, D. V. M., Leonard, L. B. (2001) *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome.* Hove, East Sussex: Psychology Press

Blanton, S. (1916) A survey of speech defects. *Journal of Educational Psychology*, 7, 581-592

Bockmann, A.-K., Kiese-Himmel, C. (2006) *ELAN - Eltern Antworten. Elternfragebogen zur Wortschatzentwicklung im frühen Kindesalter.* Göttingen: Hogrefe

Casalini, C., Brizzolara, D., Chilosi, A., Cipriani, P., Marcolini, S., Pecini, C., Roncoli, S., Burani, C. (2007) Non-word repetition in children with specific language impairment: a deficit in phonological working memory or in long-term verbal knowledge? *Cortex*, 43, 769-776

Choudhury, N., Benasich, A. A. (2003) A family aggregation study: the influence of family history and other risk factors on language development. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 261-272

Cohen, W., Hodson, A., O'Hare, A., Boyle, J., Durrani, T., McCartney, E., Matthey, M., Naftalin, L., Watson, J. (2005) Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 715-729

Falcaro, M., Pickles, A., Newbury, D. F., Addis, L., Banfield, E., Fisher, S. E., Monaco, A. P., Simkin, Z., Conti-Ramsden, G. (2008) Genetic and phenotypic effects of phonological short-term memory and grammatical morphology in specific language impairment. *Genes Brain and Behavior*, 7, 393-402

Fenson L, Dale PS, Reznick JS, et al. (1993) *MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual.* San Diego, CA: Singular Publishing Group

Glass, E., Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2008) Auditory sensory memory in 2-year-old children: an event-related potential study. *Neuroreport*, 19, 569-573

- Graf Estes, K., Evans, J. L., Else-Quest, N. M.* (2007) Differences in the nonword repetition performance of children with and without specific language impairment: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 50, 177-195
- Grimm, H., Doil, H.* (2000) Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe
- Hurst, J. A., Baraitser, M., Auger, E., Graham, F., Norell, S.* (1990) An extended family with a dominantly inherited speech disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 352-355
- Jungmann, T.* (2006) Unreife bei der Geburt. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 182-194
- Jungmann, J., Goebel, D., Remschmidt, H.* (1978) Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 6, 56-75
- Klackenberg, G.* (1980) What happens to children with retarded speech at 3? *Acta Paediatrica Scandinavica*, 69, 681-685
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., Nye, C.* (2000) Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 165-188
- Limm, H., Suchodoletz, W. v.* (1998) Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 541-551
- National Institute of Neurological Disease and Stroke, N. I. o. H., US Department of Health, Education and Welfare* (1969) *Human Communication and its Disorders: An Overview*. Bethesda: NINDS
- Noterdaeme, M.* (2001) Bedeutung genetischer, biologischer und psychosozialer Risiken. In W. v. Suchodoletz (Hrsg.), *Sprachentwicklungsstörung und Gehirn - Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörung* (148-159). Stuttgart: Kohlhammer
- Papoušek, M.* (1994) Vom ersten Schrei zum ersten Wort; Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber
- Prathanee, B., Thinkhamrop, B., Dechongkit, S.* (2007) Factors associated with specific language impairment and later language development during early life: a literature review. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 46, 22-29
- Rescorla, L.* (1989) The language development survey: A screening tool for delayed language in toddlers *Journal of Speech, Language and Hearing Disorders*, 54, 587-599
- Sachse, S., Anke, B., Suchodoletz, W. v.* (2007) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen - ein Methodenvergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35, 323-331

Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2007a) Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. *Klinische Pädiatrie*, 219, 76-81

Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2007b) Variabilität expressiver Sprachleistungen bei zweijährigen Kindern erfasst mit dem ELFRA-2. *Sprache-Stimme-Gehör*, 31, 118-125

SLI-Consortium (2002) A genome-wide scan identifies two novel loci involved in specific language impairment (SLI). *American Journal of Human Genetics*, 70, 384-398

Suchodoletz, W. v. (2006) Neue Studien zeigen: Training auditiver Funktionen für sprachgestörte Kinder ohne Nutzen. *Forum Logopädie*, 5, 18-23

Suchodoletz, W. v., Alberti, A., Berwanger, D. (2004) Sind umschriebene Sprachentwicklungsstörungen Folge von Defiziten in der auditiven Wahrnehmung? *Klinische Pädiatrie*, 216, 49-56

Suchodoletz, W. v., Machery, G. (2006) Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 711-723

Suchodoletz, W. v., Sachse, S. (2008) Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurztest (SBEKT). www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung/sprachtest_U7.php,

Szagan, G. (2004) FRAKIS - Fragebogen zur Erfassung der frühkindlichen Sprachentwicklung. CD. Universität Oldenburg, Institut für Psychologie. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.uni-oldenburg.de/gisela.szagan/>

Tallal, P., Miller, S. L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S. S., Schreiner, C., Jenkins, W. M., Merzenich, M. M. (1996) Language comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science*, 271, 81-84

Tomblin, J. B., Smith, E., Zhang, X. (1997) Epidemiology of specific language impairment: Prenatal and perinatal risk factors. *Journal of Communication Disorders*, 30, 325-342

Toppelberg, C. O., Shapiro, T. (2000) Language disorders: A 10-year research update review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 143-152

Vollmann, R., Marschik, P., Einspieler, C. (2000) Elternfragebogen für die Erfassung der frühen Sprachentwicklung für (österreichisches) Deutsch. *Grazer Linguistische Studien*, 54, 123-14

Diagnostik bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen

Hedwig Amorosa

1. Einleitung

In einem Gespräch über interdisziplinäre Diagnostik kindlicher Entwicklungsstörungen wurde vor kurzem gesagt, dass eine interdisziplinäre Diagnostik bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung nicht nötig sei. Ob das Kind sprachlich auffällig sei, könne ein Kinderarzt oder ein Psychologe während seiner Untersuchung erkennen und dann könne der Logopäde die genauere Diagnostik therapiebegleitend durchführen. In diesem Artikel möchte ich zeigen, warum eine frühe, differenzierte und interdisziplinäre Diagnostik bei Kindern mit einer auffälligen Sprachentwicklung notwendig ist und welche Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Entwickelt sich die Sprache eines Kindes verzögert, dann werden die Eltern aufmerksam und suchen Rat. Häufig ist die mangelnde Sprachentwicklung das erste Symptom, das zu einer Untersuchung führt. Es gibt viele Gründe für einen Rückstand in der Sprachentwicklung. So müssen Hörstörungen, allgemeine und tiefgreifende Entwicklungsstörungen oder eine aphasische Störung (z.B. ein Landau-Kleffner-Syndrom) erkannt werden (Amorosa et al., 2007). Eine sorgfältige Abklärung ist wegen der Beratung der Bezugspersonen wichtig aber auch wegen der einzuleitenden Maßnahmen. Der Sprachrückstand bei einem Kind mit Autismus muss anders behandelt werden, als ein Sprachrückstand bei einem Landau-Kleffner-Syndrom.

Zwischen 40 und 80 % der Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung zeigen gleichzeitig psychische Störungen, sowohl emotionale Beeinträchtigungen wie auch expansive Störungen (Amorosa, 2007; Noterdaeme dieses Heft). Bereits bei Zweijährigen beschreiben die Mütter der sprachauffälligen Kinder deutlich mehr Kommunikations- und Verhaltensstörungen

im Sinne von Angst, Rückzug und Schlafproblemen als die Mütter sich unauffällig entwickelnder Kinder (Carson et al., 1998).

Verständigungsschwierigkeiten führen zur Verunsicherung beider Interaktionspartner mit unterschiedlichen Reaktionen, je nach Persönlichkeit und Temperament des Kindes und der Bezugsperson. Häufig werden die Interaktionspartner sehr direktiv oder vermeiden Situationen, in denen wegen der mangelnden Sprache Missverständnisse auftreten können. Sehr früh ist auch die Interaktion mit anderen Kindern beeinträchtigt.

Da die Verhaltensprobleme sehr ausgeprägt sein können und häufig nur in Kooperation mit der Sprachtherapie zu beeinflussen sind, ist eine multidisziplinäre Diagnostik wichtig.

Bei der Begriffsbildung, der Klärung eigener Vorstellungen und Gedanken spielen Benennungen und Gespräche, d.h. Sprache eine wichtige Rolle. Daher beeinträchtigen Störungen in der Sprachentwicklung neben der sozial-emotionalen Entwicklung auch die Entwicklung im kognitiven Bereich.

Die Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel und dient bevorzugt der Wissensvermittlung. Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung sind damit für den Alltag und die Schule von großer Relevanz, insbesondere, wenn das Sprachverständnis mitbetroffen ist.

Diese kurzen Hinweise sollen deutlich machen, dass eine frühe und umfassende Diagnostik eines Sprachentwicklungsrückstandes zur Klärung der Ursachen und komorbiden Störungen entscheidend ist, um Folgestörungen zu vermeiden oder zu mildern und um eine gezielte Intervention einleiten zu können.

2. Die Internationale Klassifikation der Funktionen für Kinder und Jugendliche (ICF-CY) als Rahmen für die Diagnostik

Als Rahmen für die Diagnostik bietet sich das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionen (ICF-CY) an, das in

- a. Körperfunktionen
- b. Körperstrukturen
- c. Aktivität und Partizipation
- d. Kontextfaktoren

unterteilt. Es geht dabei neben den Defiziten auch um die Diagnostik von Fähigkeiten, die für die Therapie aber auch für die Aktivität und Partizipation wichtig sind (Amorosa, 2006).

Es kann hier keine vollständige Beschreibung der ICF-CY gegeben werden, es sollen auch nicht alle Kategorien herangezogen werden, sondern das Prinzip, neben den Funktionsstörungen die Auswirkungen im Alltag, die unterstützenden oder behindernden Faktoren in der Umwelt des Kindes zu betrachten und sowohl Defizite wie auch Fähigkeiten zu erfassen, erscheint als Rahmen für die Diagnostik sinnvoll.

Zunächst (unter 3.) geht es um die Beschreibung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten (ICF-CY/ Körperfunktionen/ Mentale Funktionen/ Spezifische Mentale Funktionen). Unter 4. wird auf die Diagnostik anderer Fähigkeiten des Kindes, wie Hören, Sehen (ICF-CY/ Körperfunktionen/ Sensorische Funktionen), Motorik (ICF-CY/ Körperfunktionen/ neuromuskuläre und bewegungsbezogene Funktionen) eingegangen. Intelligenz, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und sozio-emotionale Fähigkeiten und Verhalten (ICF-CY/ Körperfunktionen/ Mentale Funktionen/ Spezifische Mentale Funktionen) und ihre diagnostische Bedeutung bei Sprachentwicklungsstörungen werden unter 5. diskutiert. Unter 6. sind die Fragen aufgeführt, die bezüglich der Aktivität und Partizipation (ICF-CY/ Activities and Participation) an altersüblichen Aktivitäten zu beantworten sind. Schließlich (7.) folgen Überlegungen zur Rolle der Umwelt (ICF-CY/ Kontextfaktoren). Wo unterstützt sie das Kind, wo erschwert sie die Aktivität und die Partizipation.

3. Diagnostik der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten

Durch die Sprachdiagnostik sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist das Sprachsystem, d.h. Wortschatz, Grammatik, Satzbau und das Lautsystem des Deutschen bei dem Kind altersgemäß entwickelt bzw. wie weit weicht es in einzelnen Bereichen ab? Dies muss getrennt für das Verständnis wie für die expressive Sprache beantwortet werden.
- Stehen die vorhandenen sprachlichen Fähigkeiten unter Alltagsbedingungen, z.B. laute Hintergrundgeräusche, schnelles Sprechen

des Partners, komplexe Inhalte, die sprachlich ausgedrückt werden müssen, dem Kind tatsächlich zur Verfügung?

- Setzt das Kind zur Unterstützung der Kommunikation nonverbale Mittel wie Gesten, Mimik oder Spielen der Situation ein. Nutzt es sein Weltwissen und sein Situationsverständnis, um sich bei Sprachverständnisstörungen zu helfen?

Die notwendige Information um diese Fragen zu beantworten, kommt aus verschiedenen Quellen:

1. Befragung der Bezugspersonen
2. Beobachtung des Kindes in unterschiedlich strukturierten Situationen mit vertrauten und wenig vertrauten Interaktionspartnern
3. systematische Untersuchung des Sprachstandes mit informellen und normierten Testverfahren.

Zu 1. Bezugspersonen können sehr viel über die Sprache des Kindes und die Anwendung im Alltag berichten, wenn sie präzise und differenziert gefragt werden. Eltern antworten auf die Frage, "Was versteht ihr Kind?" typischerweise mit "Alles". Erst wenn erklärt wird, dass es darum geht, nur aus der sprachlichen Äußerung und nicht aus dem Kontext zu verstehen, was gesagt wurde, und dies an Hand von Beispielen verdeutlicht wird, werden die Auskünfte genauer. Oft hilft es auch, wenn man die Eltern danach fragt, ob sie ihre eigene Sprache mit dem Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen vereinfachen, damit das Kind sie versteht.

Bezüglich des Wortschatzes, der Länge und Komplexität der Äußerungen bekommt man Informationen, wenn man nach Beispielsätzen fragt, die entweder typisch oder besonders gut für das Kind sind. Bezugspersonen berichten auch darüber, welche Bedingungen die sprachlichen Leistungen des Kindes deutlich verbessern oder beeinträchtigen, z. B. Müdigkeit oder Erregung. Aber auch Kompensationsversuche, wie den Einsatz nonverbaler Mittel, Vorspielen der Situation oder auch Vermeiden von sprachlich schwierigen Situationen schildern die Eltern auf gezielte Nachfrage.

Bezugspersonen sollten auch nach dem Kontakt mit Gleichaltrigen, nach Aktivität und Partizipation des Kindes in Spielgruppen und anderen altersentsprechenden Aktivitäten befragt werden insbesondere inwieweit die Teilnahme durch die sprachlichen Schwierigkeiten beeinflusst wird.

Manche Kinder mit einer Sprachverständnisstörung reagieren gar nicht oder nicht adäquat, wenn sie angesprochen werden. Dies wird häufig als Unkonzentriertheit, Unerzogenheit oder als “nicht Wollen” interpretiert.

Kinder mit einer expressiven Störung können als unhöflich oder frech angesehen werden, weil sie die sprachlichen Umgangsregeln wie höfliches Bitten, indirekte Wunschausschüttung oder höfliche Anrede nicht beherrschen.

Weitere Informationen, die von den Bezugspersonen erfragt werden müssen, beziehen sich auf die Sprachen und Dialekte, die im Umfeld des Kindes gesprochen werden und wie oft und wie lange das Kind Kontakt mit der deutschen Sprache hatte.

Um den Sprachstand bei jungen Kindern oder bei Kindern mit einem deutlichen Sprachrückstand systematisch von den Eltern zu erheben, eignen sich die Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1 und 2) von Grimm und Doil (2006). Sie sind für die Erfassung des Sprachentwicklungsstandes im Alter von 12 und 24 Monaten gedacht. Während im ELFRA-1 nach dem Sprachverständnis gefragt wird, geht es im ELFRA-2 nur um die Sprachproduktion. Der ELFRA-1 ist für die Früherkennung von Sprachstörungen im Alter von 12 Monaten nicht geeignet (Sachse, 2005). Er kann aber bei jungen Kindern mit ausgeprägteren Sprachverständnisstörungen eingesetzt werden, um den passiven Wortschatz einschätzen zu können.

Zu 2. Die Beobachtung der Interaktion des Kindes mit den vertrauten Bezugspersonen bzw. mit den wenig vertrauten Untersuchern in der Untersuchungssituation gibt Auskunft nicht nur über das Verhalten des Kindes sondern auch über die kommunikativen Möglichkeiten und die sprachliche Form, die dem Kind in diesen Situationen zur Verfügung steht. Das Sprachverständnis wird in solchen Situationen leicht überschätzt, und muss systematisch überprüft werden. Insbesondere geht es gerade bei jüngeren Kindern darum, zwischen “nicht können” und “nicht wollen” zu unterscheiden. Erfüllt ein Kind Aufträge, die nonverbal gegeben werden, reagiert aber nicht bei rein verbal gegebenen Aufträgen, so sollte genau überprüft werden, was das Kind tatsächlich versteht. Ein Hinweis bei etwas älteren Kindern auf eine Einschränkung des Sprachverständnisses kann die ungenaue Beantwortung von Fragen sein. Auf die Frage: “Wie war es in den Ferien?” wird die Antwort “In den nächsten Ferien fahren wir nach

Griechenland.” gegeben. Manche Kinder reagieren auffällig häufig und schnell mit “ja” auf viele Fragen.

Durch entsprechende Gestaltung der Situation kann man bestimmte sprachliche Fähigkeiten, gezielt versuchen zu beurteilen. Das Anschauen von Bildern kann zum Benennen einzelner Gegenstände oder Handlungen herangezogen werden, aber auch zum Äußern von Sätzen über die Inhalte der Bilder. Das Erzählen einer Fernsehsendung gibt Hinweise auf die Fähigkeit, einen bekannten Sachverhalt sprachlich darzustellen.

Zu 3. Folgende Aspekte des Sprechens und der Sprache sollen beurteilt werden:

1. Lautbildung, Artikulation
2. Redefluss
3. Sprachverständnis auf Wort-, Satz- und Textebene
4. expressive Sprache: aktiver Wortschatz, Wortbildung, Satzbildung, Fähigkeit Inhalte sprachlich darzustellen

Neben der systematischen Analyse der Spontansprache stehen eine Reihe von informellen und formellen Tests zur Verfügung.

Zur Diagnostik der Artikulations- und Redeflussstörungen finden sich ausführliche Angaben in den entsprechenden Leitlinien (Suchodoletz et al., 2007 a, b).

In Tabelle 1 ist eine Reihe zur Verfügung stehender Tests zur Überprüfung des Sprachverständnisses zusammengestellt. Weder im Alltag noch in den Tests kann man so klar in die Ebenen Wort-, Satz- und Textverständnis trennen, wie es hier der Übersichtlichkeit halber angegeben wird. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Keller und Endres (2003).

Es ist wichtig während der Tests das Verhalten der Kinder zu beobachten, um einerseits Aufmerksamkeitsstörungen als Ursache der Fehler zu erkennen, andererseits aber auch um zu sehen, wie sehr sich ein Kind bei den Aufgaben anstrengt. Manche Kinder lösen zwar alle Aufgaben des Testes richtig, strengen sich aber in einem Ausmaß an, wie es bei sprachlich sich unauffällig entwickelnden Kindern nicht zu beobachten ist.

Tabelle 2 führt Tests auf, die für die Einschätzung der expressiven Sprache, d.h. des aktiven Wortschatzes, des Satzbaus und der Wortendungen, herangezogen werden können.

Tabelle 1: Tests zur Untersuchung des Sprachverständnisses
(Testnamen: s. Literaturverzeichnis)

Test	Normierung	Ebene	Alter	Autor
TROG	ja	Wort, Satz	3 -10;11 J.	Fox
HSET (VS)	ja	Satz	3 - 9; 11 J.	Grimm, Schöler
SETK-2	ja	Wort, Satz	2 - 2;11 J.	Grimm
SETK 3-5	ja	Satz	3 - 5;11 J.	Grimm
MSKV	ja	Wort, Satz	5 - 7 J.	Elben, Lohaus
ETS	ja	Satz	4 - 8;11 J.	Angermaier
IVÜS	nein	Satz	4 - 8 J.	Endres, Bauer
Reynell	nein	Wort, Satz	1;6 - 4 J.	Reynell/Sarimski
Patholinguistische Diagnostik	nein	Wort, Satz	2 - 6;11 J.	Kauschke, Siegmüller
Anna-Geschichte	nein	Text	4 - 6 J.	Matthieu
Mäuse-Geschichte	nein	Text	7 - 9 J.	Gebhard
IDIS	nein	Satz	4 - 6 J.	Schöler

Neben der altersgemäßen Differenziertheit des Wortschatzes ist die Wortfindung zu beurteilen. Dies ist beim Benennen von Bildern gut zu beobachten. Dabei kann auch festgestellt werden, ob die Wortfindung durch das Nennen von Anfangslauten oder Umschreibungen verbessert werden

kann. Gleichzeitig lässt sich die Fähigkeit erfassen, Dinge, deren Namen das Kind nicht kennt, zu beschreiben.

Tabelle 2: Tests zur Untersuchung der expressiven Sprache
(Testnamen: s. Literaturverzeichnis)

Test	Normierung	Ebene	Alter	Autor
AWST- R	ja	Wort	3 - 5;11 J.	Kiese-Himmel
HSET (IS, SB, PS)	ja	Satz	4 - 9;11 J.	Grimm, Schöler
ESGRAF	nein	Satz	4 - 10 J.	Motsch
SETK-2	ja	Wort, Satz	2;0 - 2:11 J.	Grimm
SETK 3-5	ja	Satz	3 - 5;11 J.	Grimm
Teddytest	ja	Satz	3 - 6 J.	Friedrich
ETS	ja	Wort	4 - 8;11 J.	Angermaier
Patholinguistische Diagnostik	nein	Wort, Satz	2 - 6;11 J.	Kauschke, Siegmüller
IDIS	nein	Satz	4 - 6 J.	Schöler
Reynell	nein	Wort, Satz	1;6 - 4 J.	Reynell/ Sarimski

Der Satzbau und seine Komplexität müssen beschrieben werden. Wichtig ist die Feststellung, ob Nebensätze zwar angeregt durch Bilder oder entsprechende Satzanfänge im Test gebildet werden können, aber in der Spontansprache nicht vorkommen.

Auf das sprachliche Wiedergeben von längeren Inhalten, die dem Kind vertraut sind, wurde bereits hingewiesen.

Da bei mehr als der Hälfte der Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung eine Legasthenie auftritt, sollte bei jedem Schulkind mit einer

Sprachstörung das Lesen und Rechtschreiben untersucht werden. Zusätzlich ist in jedem Fall ein Leseverständnistest, wie z.B. der „Leseverständnistest für 1. - 6. Klassen“ (Lenhard & Schneider, 2006), durchzuführen. Störungen im Leseverständnis treten auch bei altersgerechter Lesefertigkeit auf.

Im Jahr vor der Einschulung sollte bei jedem Kind ein Screening bezüglich des Risikos für eine Lese-Rechtschreibstörung durchgeführt werden. Dazu eignet sich das Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (Jansen et al., 2002), auch wenn in letzter Zeit berichtet wurde, dass die Zuverlässigkeit des BISC nicht so gut ist, wie zunächst berichtet (Marx & Weber, 2006).

Kinder mit Sprachstörungen haben häufig erhebliche Probleme mit Textaufgaben, da hier sehr viele sprachliche Fähigkeiten erwartet werden. Bei Kindern mit einem Versagen im Mathematikunterricht sollte daher geklärt werden, ob eine Dyskalkulie besteht oder das Defizit im sprachlichen Bereich besteht.

4. Hören, Sehen, Motorik

Eine sorgfältige Untersuchung des Hörens ist bei allen Kindern mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung notwendig. Es muss darauf geachtet werden, dass der Untersucher Erfahrung mit jungen und manchmal im Verhalten schwierigen Kindern hat. Bei manchen Kindern treten Ausfälle in einem Teil der Frequenzen auf. Sie sind oft nicht die Ursache der Sprachstörung, können aber das Sprachverstehen zusätzlich beeinträchtigen.

Ebenso müssen Sehstörungen ausgeschlossen werden. Auch hier ist die Sehstörung nicht die Ursache, sie kann aber bei einem Kind mit einer bestehenden Sprachstörung die Kompensation über visuelle Reize beeinträchtigen (Ehrt, 2005).

Motorische Auffälligkeiten treten bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung überzufällig häufig auf. (Noterdaeme et al., 1999). Die Kinder sind im Alltag ungeschickt, sie verschütten Dinge, stoßen unabsichtlich etwas, was andere Kinder gebaut haben, um oder kommen mit unkontrollierten Bewegungen anderen Kindern zu nahe, was als Angriff empfunden wird. Durch die motorischen Schwierigkeiten kommt es zu Problemen im Spiel mit anderen Kindern.

Motorisches Können spielt aber auch bei der Beurteilung des Entwicklungsstandes von jungen Kindern eine große Rolle, so dass bei diesen Kindern oft unberechtigter Weise von einem allgemeinen Entwicklungsrückstand ausgegangen wird. Zudem haben die Kinder meist kein Interesse an Malen und Basteln und in der Schule ist das Schreiben ein großes Problem. Die Kinder schreiben langsam, die Schrift und die Zahlen können nur mit großer Mühe in der vorgeschriebenen Größe erkennbar geschrieben werden (Noterdaeme et al., 1999).

5. Intelligenz, Gedächtnis, Aufmerksamkeit

Die Bestimmung der Intelligenz ist für die Abgrenzung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung gegenüber einem allgemeinen Entwicklungsrückstand wichtig. Für die Intelligenzdiagnostik müssen mehrdimensionale sprachfreie Tests eingesetzt werden. Häufig ist das Profil des Tests wichtiger als der Gesamt-IQ (Breuer-Schaumann, 2003). Es ist dabei darauf zu achten, welche Leistungen die einzelnen Untertests speziell überprüfen. So enthält die nonverbale Skala der Kaufmann Assessment Battery for Children (K-ABC) Untertests zum auditiven und visuellen Kurzzeitgedächtnis. Bei Errechnung eines Gesamt-IQ werden die Kinder als lern- oder geistigbehindert eingestuft, was ihren tatsächlichen intellektuellen Fähigkeiten nicht gerecht wird.

Das auditive Kurzzeitgedächtnis ist bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung häufig eingeschränkt und sollte in jedem Fall zusätzlich untersucht werden, wenn der Intelligenztest keinen entsprechenden Untertest enthält. Die Merkspanne ist für die Beratung zum Beispiel des Lehrers aber auch der sonstigen Bezugspersonen wichtig (Amorosa, 2003).

Bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung werden häufig zusätzlich Probleme in der Aufmerksamkeitssteuerung mit oder ohne Hyperaktivität beobachtet (Noterdaeme et al., 2001). In der klinischen Diagnostik ist es wichtig zu unterscheiden, ob die Aufmerksamkeitsstörung nur auftritt, wenn sprachliche Aufgaben zu lösen sind, oder ob es sich um eine durchgehende Aufmerksamkeitsstörung unabhängig von der Art der Aufgabenstellung handelt. Eine ausreichende Diagnostik ist notwendig, um die Bezugspersonen bezüglich der Konzentrationsspanne im Alltag beraten und ggf. eine medikamentöse Behandlung einleiten zu können.

6. Sozio-emotionale Fähigkeiten und Verhalten

Etwa die Hälfte der Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung weisen in epidemiologischen Studien eine psychiatrische Störung auf (Noterdaeme & Amorosa, 1998). Als Screening-Instrument ist die Child-Behavior-Checklist geeignet. Eine detaillierte kinderpsychiatrische Diagnostik ist bei allen Kindern, die Auffälligkeiten im Verhalten und im emotionalen Bereich zeigen, notwendig, um das Umfeld zu beraten, die psychiatrischen Probleme in der Sprachtherapie zu berücksichtigen und spezifische Therapien einzuleiten.

Bei der Diagnostik ist zu berücksichtigen, dass die Befragung der Kinder oder Fragebögen zur Befindlichkeit auch bei Schulkindern und Jugendlichen nur eingeschränkt einzusetzen sind. Die Verhaltensbeobachtung und die Beschreibung durch die Bezugspersonen steht ganz im Vordergrund. Gerade Kinder mit einer Sprachverständnisstörung beantworten die Fragen, ohne sie verstanden zu haben.

7. Aktivität und Partizipation

Da es selten möglich ist, die Kinder in ihrer Alltagssituation, zu Hause, im Kindergarten, in der Schule oder am Nachmittag auf dem Spielplatz direkt zu beobachten, muss die Information zur Aktivität des Kindes und zu seiner Teilnahme am Spiel der anderen Kinder, an Geburtstagsfeiern und anderen altersgemäßen Unternehmungen von den Bezugspersonen erfragt werden. Dabei ist es wichtig zu ermitteln, wie viel Hilfe das Kind von den Erwachsenen braucht, um z.B. im Spiel bleiben zu können. Kann das Kind nur mit ganz wenigen Kindern, die besonders rücksichtsvoll oder deutlich älter sind, spielen? Kann es altersentsprechend selbstständig einkaufen gehen? Entspricht die Beschulung seiner Intelligenz?

Sind die Aktivitäten und die Partizipation durch die sprachlichen und kommunikativen Probleme eingeschränkt oder sind die Verhaltensauffälligkeiten eher der Faktor, der limitierend wirkt?

Welche zusätzlichen Hilfen braucht das Kind, um in der Schule ausreichende Leistungen zu erbringen? Gehen diese Hilfen deutlich über das hinaus, was andere gleichaltrige Kinder an Unterstützung bei den Hausaufgaben brauchen?

In der Diagnostik soll geklärt werden, inwiefern das Kind durch seine Sprachentwicklungsstörung im Alltag beeinträchtigt ist, bzw. mit welchen Fähigkeiten es dem Kind gelingt, am Spiel der Kinder teilzunehmen, in der Schule und im sonstigen Alltag zurechtzukommen.

8. Rolle der Umwelt

Die Art, wie die Umwelt dem Kind hilft, trotz seiner Probleme an altersentsprechenden Aktivitäten teilzunehmen, lässt sich teilweise in der Untersuchungssituation beobachten, wenn Eltern z.B. geschickt das Kind unterstützen; sie muss aber auch erfragt werden. Sind Eltern zu behütend, sind sie unterstützend, wenn es um gemeinsames Spiel geht? Ist ein spezieller Kindergarten notwendig, oder kann das Kind auch in einem normalen Kindergarten integriert werden? Fördern die Lehrer die Integration des Kindes in die Klasse?

Es geht hierbei darum, sich ein Bild vom Umfeld des Kindes zu machen und möglicherweise Ansätze für eine Verbesserung der Situation im Sinne einer Förderung altersgerechter Aktivitäten in der Peergroup zu finden.

Die Diagnostik der Sprache muss als Grundlage einer fachgerechten Therapie gründlich sein und sowohl die Beobachtung der freien Sprache als auch gezielte Erhebungen mit unterschiedlichen Testverfahren beinhalten. Die Altersnormierung der Tests ist einerseits zu berücksichtigen, manchmal ist es aber günstig einen Test für jüngere Kinder einzusetzen, um die tatsächlichen Fähigkeiten des sprachentwicklungsgestörten Kindes genauer einschätzen zu können. Für die Beratung des Umfeldes aber auch für eine sinnvolle Sprachtherapie müssen zusätzlich komorbide Störungen und Unterstützungsmöglichkeiten, die im Umfeld vorhanden sind, genau betrachtet werden und in einem Gesamtplan für die Behandlung des Kindes Berücksichtigung finden.

Anschrift

Prof. Dr. med. Hedwig Amorosa
Forsterstr. 43
10999 Berlin

Literatur

Amorosa, H. (2007) Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hg.) Entwicklungspsychiatrie. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer, 570-589

Amorosa, H. (2006) Diagnostik bei rezeptiven und expressiven Sprachstörungen. In: Petermann, U., Petermann, F. (Hg.) Diagnostik sonderpädagogischen Förderbedarfs. Göttingen: Hogrefe, 163-186

Amorosa, H. (2003). Kurzzeitgedächtnis. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe, 31- 32

Amorosa, H., Endres, R., Kiefl, H., Suchodoletz von, W. (2007) Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache (F80.1, F80.2) In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 197-206

Angermaier, M. (2007) Entwicklungstest Sprache 4 bis 8 Jahre (ETS 4-8). Frankfurt: Harcourt

Breuer-Schaumann, A. (2003) Intelligenzdiagnostik bei Kindern mit Sprachauffälligkeiten. In: Sprachverständnisstörungen. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe, 29-31

Carson, D., Klee, T., Perry, C., Muskina, G., Donaghy, T. (1998) Comparison of Children with delayed and normal language at 24 months of age on measures of behavioral difficulties, social and cognitive development. *Infant Mental Health Journal*, 19, 59-75

Elben, C., Lohaus, A. (2000) MSKV. Marburger Sprachverständnistest für Kinder. Göttingen: Hogrefe

Ehrt, O. (2005) Frühdiagnostik bei Sehstörungen. In: Suchodoletz von, W. (Hg.) Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 261-277

Endres, R., Baur, S. (2000) Informelles Verfahren zur Überprüfung von Sprachverständnisstörungen (IVÜS). *Die Sprachheilarbeit*, 45, 64-71

Fox, A. (2006) TROG-D. Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses. Idstein: Schulz-Kirchner

Friedrich, G. (1998) Teddytest. Göttingen: Hogrefe

Gebhardt, W. (2001) Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Status und Diagnostik im klinischen Kontext. München: Utz Verlag

Grimm, H. (2000) Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2). Göttingen: Hogrefe

Grimm, H. (2001) Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5). Göttingen: Hogrefe

Grimm, H., Doil, H. (2006) Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA). Göttingen: Hogrefe

Grimm, H., Schöler, H. (1991) Der Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET), 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe

International Classification of Functions - Children and Youth (ICF-CY). <http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm>

Jansen, H., Mannhaupt, G., Marx H., Skowronek, H. (2002). Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe

Kauschke, C., Siegmüller, J. (2002) Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München: Urban & Fischer

Keller, A., Endres, R. (2003) Sprachdiagnostik. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe

Kiese-Himmel, C. (2005) Aktiver Wortschatztest 3-6 (AWST-R), 2. Aufl., Göttingen: Beltz Test

Lenhard, W., Schneider, W. (2006) ELFE 1-6. Ein Leseverständnistest für 1. - 6. Klassen. Göttingen: Hogrefe

Marx, P., Weber, J. (2006) Vorschulische Vorhersage von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. Neue Befunde zur prognostischen Validität des Bielefelder Screenings (BISC). Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 20, 251-259

Matthieu, S. (1998) Entwicklung und Abklärung des Sprachverständnisses. In: Zollinger, B. (Hg.) Kinder im Vorschulalter: Erkenntnisse, Beobachtungen und Ideen zur Welt der Drei- bis Siebenjährigen. Bern: Haupt, 83-137

Motsch, H. (2000) ESGRAF – Testmanual. 2. Aufl., München: Reinhardt

Noterdaeme, M., Amorosa, H. (1998) Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 146, 931 - 937

Noterdaeme, M., Amorosa, H., Mildenberger, K., Sitter, S., Minow, F. (2001) Evaluation of attention problems in children with autism and a specific language disorder. European Child & Adolescent Psychiatry, 10, 58 - 66

Noterdaeme, M., Schnöbel, E., Amorosa, H. (1999) Neuromotorische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Sprache-Stimme-Gehör, 3, 47 - 51

Reynell, J. (1985) Sprachentwicklungsskalen. Deutsche Bearbeitung: Klaus Sarimski. München: Röttger

Sachse, S. (2005) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Suchodoletz von, W. (Hg.) Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 155-189

Schöler, H. (1999) IDIS. Inventar diagnostischer Informationen bei Sprachentwicklungsauffälligkeiten. Heidelberg: Edition S

Suchodoletz von, W., Warnke, A., Amorosa, H. (2007a) Umschriebene Artikulationsstörungen (F80.0) Phonologische Störung. In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-, und Jugendalter. 3. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 189-196

Suchodoletz von, W., Amorosa, H. (2007b) Stottern (F98.5), Poltern (98.6). In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-, und Jugendalter. 3. Aufl., Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 393-408

Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern

Michéle Noterdaeme

Einleitung

Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen werden in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) in Kapitel F80.1 (expressive Sprachstörung) und F80.2 (rezeptive Sprachstörung) zusammengefasst. Es handelt sich um Störungen bei denen die normalen Entwicklungsmuster der Sprache von Anfang an beeinträchtigt sind. Die Störungen können nicht erklärt werden durch neurologische Probleme, Störungen des Sprechablaufs, sensorische Beeinträchtigungen, Intelligenzminderungen oder Umweltfaktoren.

Für die expressive Sprachstörung gilt, dass die gesprochene Sprache des Kindes, d.h. der aktive Wortschatz, Grammatik und die Fähigkeit, Inhalte sprachlich auszudrücken in ihrem Niveau deutlich unter seinem Intelligenzniveau liegt. Das Sprachverständnis dagegen ist altersgemäß. Begleitende Störungen der Artikulation sind häufig.

Für die rezeptive Sprachstörung gilt, dass das Sprachverständnis, d.h. die Fähigkeit gesprochene Sprache altersentsprechend zu entschlüsseln, unterhalb dem Intelligenzniveau des Kindes liegt. Häufig sind auch die expressive Sprache und die Artikulation betroffen.

In der Literatur wird zunehmend der Begriff „Pragmatik“ und „Kommunikationsstörungen“ verwendet. Unter Pragmatik sind die Regeln zur Steuerung der Kommunikation zu verstehen sowie der angemessene Gebrauch von Sprache in unterschiedlichen sozialen Situationen. Pragmatik schließt auch den Diskurs ein, d.h. die Fähigkeit, Gedanken in inhaltlich kohärenten und zeitlich geordneten Sätzen wiederzugeben. Dazu gehört auch der figurative Gebrauch von Sprache (Verständnis von Idioms, Metaphoren, Humor und Ironie).

Sowohl die umschriebenen Entwicklungsstörungen wie auch die tief greifenden Entwicklungsstörungen sind im Kapitel F8 „Entwicklungsstörungen“ der ICD-10 beschrieben. Für beide Störungsgruppen gilt, dass Symptome sich in der frühen Kindheit manifestieren. Es sind Funktionen gestört, die eng an die Reifung des Zentralnervensystems gebunden sind. Der Verlauf der Störungen ist meist chronisch (WHO, 1991).

Der Begriff „umschriebene“ Störung betont, dass nur einzelne Funktionen betroffen sind, im Gegensatz zu den „tief greifenden“ Entwicklungsstörungen, bei denen die Gesamtpersönlichkeit der Kinder betroffen ist. Aus der Literatur wird jedoch klar, dass umschriebene Sprachentwicklungsstörungen in der Regel keine isolierten Störungen sind. Neben zusätzlichen Teilleistungsstörungen, wie z.B. Lese- und Rechtschreibstörungen oder motorischen Störungen, finden sich häufig auch Verhaltensstörungen oder emotionale Störungen (Baker & Cantwell, 1982; Berger et al., 1990; Noterdaeme und Amorosa, 1998; Noterdaeme & Amorosa, 1999; Beitchman, 1985; Beitchman & Brownlie, 1996).

Expressive und rezeptive Sprachstörungen unterscheiden sich bezüglich der Prognose und der Häufigkeit begleitender psychiatrischer Störungen. Kinder und Jugendliche mit einer rezeptiven Sprachstörung zeigen häufiger psychiatrische Störungen und sind bezüglich ihrer kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung sowie ihrer schulischen und beruflichen Perspektiven deutlich mehr beeinträchtigt als Kinder mit einer expressiven Sprachstörung (Clegg et al., 2005; Snowling et al., 2006). Nicht selten erweist sich die Abgrenzung zwischen einer schweren rezeptiven Sprachstörung und einer autistischen Störung als problematisch.

Häufigkeit von Sprachstörungen und psychischen Begleitstörungen

Sprachentwicklungsstörungen sind ein häufiges Problem. Die Angaben zur Prävalenz sind altersabhängig. Bei Kleinkindern im Alter von zwei Jahren liegt die Prävalenz zwischen 9 und 17%, bei drei- bis fünfjährigen Kindern zwischen 3 und 8%. Im Grundschulalter werden Prävalenzraten von etwa 3% angegeben. Die Angaben bezüglich der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern sind in den verschiedenen Studien relativ übereinstimmend und liegen bei etwa 50% (Cantwell & Baker, 1987; Beitchman et al., 1986).

In einer repräsentativen Stichprobe fünfjähriger kanadischer Kindergartenkinder konnte Beitchman (1985) feststellen, dass je nach Definition 9 bis 19% dieser Kinder Sprachentwicklungsstörungen aufwiesen und dass mehr als 50% der Stichprobe Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Cantwell und Baker (1987) analysierten die Daten von 100 Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, die in einer Hörklinik vorgestellt wurden, und stellten fest, dass 50% der Kinder eine psychiatrische Diagnose hatten. Esser (1991) konnte nachweisen, dass sowohl Kinder mit Artikulationsstörungen oder motorischen Störungen, als auch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen in bis zu 46% der Fälle psychiatrische Auffälligkeiten zeigten. Suchodoletz und Keiner (1998) fanden, dass bei sprachgestörten Kindern psychische Auffälligkeiten 4 bis 5 Mal häufiger auftreten als es dem Erwartungswert entspricht.

In kinder- und jugendpsychiatrischen Stichproben, die vor allem Kinder mit schweren Sprachstörungen einschließen, liegen die Angaben bezüglich der Häufigkeit von psychiatrischen Störungen noch höher. So konnten Berger et al. (1990) sowie Noterdaeme und Amorosa (1998) bei 60-70% der untersuchten Kinder behandlungsbedürftige psychische Probleme feststellen.

Ingesamt scheinen die Häufigkeitsangaben bezüglich psychischer Begleiterscheinungen in Stichproben, die jüngere Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen untersuchen, etwas geringer als die Angaben in Stichproben mit älteren Kindern.

Differenzierung der psychischen Probleme bei Kindern mit einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung

Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen zeigen vielfältige psychische Begleiterscheinungen.

Am häufigsten werden Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe und Störungen des Sozialverhaltens erwähnt. Neben externalisierenden Störungen wird auch häufig über internalisierende Probleme wie soziale Unsicherheit, emotionale Probleme i.S. einer erhöhten Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit berichtet. In Stichproben, die jüngere Kinder (Kleinkinder oder Vorschulkinder) untersuchen, wird über eine erhöhte Abhängigkeit sowie Verzögerungen in der Sauberkeitsentwicklung berichtet.

Beitchman et al. (1986) untersuchten 1655 Kindergartenkinder und konnten bei 12,6% dieser Kinder eine Sprachentwicklungsstörung nachweisen. Bei einer kinderpsychiatrischen Untersuchung wurde bei 34% der Jungen und 37% der Mädchen eine hyperkinetische Störung diagnostiziert. Beitchman (1985) stellte fest, dass Kinder mit expressiven Sprachstörungen vor allem Aufmerksamkeitsprobleme, Impulskontrollstörungen und eine erhöhte Affektlabilität hatten, während Kinder mit schweren rezeptiven Sprachstörungen eher soziale Probleme, vergleichbar mit den sozialen Schwierigkeiten der autistischen Kinder, zeigten.

Caulfield et al. (1989) fanden bei Vorschulkindern mit einer expressiven Sprachstörung deutlich mehr negative Verhaltensweisen als bei den Kontrollkindern. In einer Gruppe von 104 Vorschulkindern mit Entwicklungsstörungen konnten Hutzelmeyer-Nickels und Noterdaeme (2007) bei den sprachgestörten Kindern vor allem emotionale Störungen und hyperkinetische Störungen nachweisen.

Cantwell und Baker (1987) stellten fest, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Art der Sprachstörung und der Häufigkeit und Art der Verhaltensauffälligkeiten. So fanden sie, dass in der Gruppe der schwer sprech- und sprachgestörten Kinder v.a. erhebliche emotionale Störungen (z.B. Trennungsangst) oder hyperkinetische Störungen vorkamen, während in der Gruppe der nur sprachgestörten Kinder hauptsächlich Anpassungsstörungen und somatische Probleme anzutreffen waren. Suchodoletz und Keiner (1998) dagegen fanden keinen Zusammenhang zwischen Schwere der Sprachstörung und Art der Verhaltensauffälligkeiten. In ihrer Stichprobe von 144 sprachentwicklungsgestörten Kindern und 48 Stotterern fanden sie in 44% der Fälle psychische Auffälligkeiten. Soziale Anpassungsstörungen mit motorischer Unruhe und verminderter Konzentrationsfähigkeit standen sowohl in der Gruppe der leicht und schwerer sprachgestörten Kinder im Vordergrund.

Berger et al. (1990) untersuchten 113 Jungen mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen und einer durchschnittlichen nonverbalen Intelligenz und fanden, dass 44% der Kinder die diagnostischen Kriterien einer hyperkinetischen Störung erfüllten, während 13% der Kinder emotionale Störungen zeigten. In einer Untersuchung an 83 Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen stellten Noterdaeme und Amorosa (1998, 1999) bei 42 Kindern eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung fest, bei 6 Kindern eine Störung des Sozialverhaltens und bei 18 Kindern eine emotionale Störung.

Verschiedene Studien berichteten über eine hohe Rate an Sprachstörungen bei Kindern oder Jugendlichen, die primär wegen einer Verhaltensstörung psychiatrisch vorstellig wurden. In dieser Gruppe wurde die Sprachstörung über viele Jahre nicht erkannt, entsprechend auch nicht behandelt und erst im Rahmen einer umfassenden, multiprofessionellen kinderpsychiatrischen Untersuchung festgestellt. Die Gruppe der Kinder mit einer spät diagnostizierten Sprachstörung hatte im Vergleich zu der Gruppe der Kinder mit einer früh diagnostizierten Sprachstörung geringere Defizite in der expressiven Sprache aber vergleichbar schwere Beeinträchtigungen im Bereich der rezeptiven Sprache. Bezüglich der Psychopathologie konnte in der Gruppe der spät diagnostizierten Kinder deutlich mehr aggressives und delinquentes Verhalten aber auch depressive Symptome nachgewiesen werden, während in der Gruppe der früh diagnostizierten Kinder Ängstlichkeit und soziale Zurückgezogenheit eher im Vordergrund standen (Cohen, 1996).

Rezeptive Sprachstörungen und Autismus

Die Abgrenzung der Kategorie „tief greifende Entwicklungsstörung“ gegenüber der Kategorie „umschriebene Entwicklungsstörung“ wird immer wieder zur Diskussion gestellt. Traditionsgemäß werden umschriebene rezeptive Sprachstörungen und autistische Störungen als zwei nosologisch unterschiedliche Kategorien dargestellt. Die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen den beiden Kategorien wird vor allem durch zwei Aspekte unterstützt. Erstens wird betont, dass bei der rezeptiven Sprachstörung ein isoliertes Sprachproblem vorliegt, während autistische Störungen gekennzeichnet sind durch eine in drei Merkmalsbereiche gegliederte Verhaltenskonstellation (soziale Interaktion, Kommunikation, eingengtes Verhaltensrepertoire). Zweitens wird hervorgehoben, dass die Kommunikationsprobleme in den zwei Störungsgruppen unterschiedlicher Art sind. Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen werden strukturelle Probleme in der Sprache (Phonologie, Syntax) zugeschrieben, während Kinder mit autistischen Störungen vor allem im Bereich der Pragmatik Defizite zeigen. Somit würden sich die beiden Störungen eindeutig in ihrer Symptomatik unterscheiden.

Neue Erkenntnisse relativieren die Abgrenzung zwischen beiden Störungen. Es wurde festgestellt, dass Kinder mit autistischen Störungen häufig ähnliche strukturelle Sprachdefizite vorweisen wie Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung. Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen zeigen eben-

falls, wenn auch nicht so ausgeprägt, pragmatische Defizite. Darüber hinaus sind in den Familien von Kindern mit autistischen Störungen gehäuft Verwandte mit Sprachstörungen anzutreffen, was als Hinweis auf eine ätiologische Kontinuität zwischen isolierten Sprachstörungen und autistischen Störungen gewertet werden kann (Bishop, 2003).

In Bezug auf Beginn und Verlauf zeigen beide Störungsgruppen ebenfalls Ähnlichkeiten. Sowohl tief greifende Entwicklungsstörungen als auch umschriebene rezeptive Sprachentwicklungsstörungen sind Störungen, die in der frühen Kindheit beginnen und die Kommunikation, die soziale Interaktion sowie die schulische Ausbildung und berufliche Integration der betroffenen Kinder deutlich beeinträchtigen (Beitchman et al., 1996a und b; Rutter et al., 1992; Paul et al., 1983).

In mehreren Arbeiten beschrieben Rutter und Mitarbeiter den Entwicklungsverlauf einer Gruppe von Kindern mit einem frühkindlichen Autismus und einer parallelisierten Gruppe von Kindern mit schweren rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen (Cantwell et al., 1989; Rutter et al., 1992). Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass, obwohl die autistischen Kinder ausgeprägtere Sprachprobleme und mehr soziale Schwierigkeiten hatten als die Kinder mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen, auch die rezeptiv gestörten Kinder gestörte soziale Beziehungen und eine erhebliche kommunikative Beeinträchtigung zeigten. Die Defizite im Bereich der Sprache, der Kommunikation und der sozialen Interaktion waren für die autistischen Probanden über die Jahre sehr stabil, konnten aber auch bei einem Großteil der Kinder mit einer rezeptiven Sprachentwicklungsstörung bis ins Erwachsenenalter festgestellt werden. Die Autoren stellten die Hypothese auf, dass die sozio-emotionalen Probleme der Kinder mit einer rezeptiven Sprachentwicklungsstörung als Kernsymptom zu werten sind und nicht reaktiv auf die Sprachbehinderung auftreten.

Verlauf und psychische Probleme bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen

Studien, die den mittelfristigen und langfristigen Entwicklungsverlauf von sprachentwicklungsgestörten Kindern untersuchen, ergaben Hinweise, dass sowohl die Sprachstörungen dieser Kinder wie auch die begleitenden Verhaltensauffälligkeiten häufig über mehrere Jahre persistieren (Baker & Cantwell, 1987; Beitchman et al., 1996a, b und c, Cantwell et al., 1989; Esser, 1991).

Beitchman und Mitarbeiter verfolgten die Entwicklung einer Gruppe von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen und eine parallelisierte, nicht sprachgestörte Kontrollgruppe vom 5. bis zum 19. Lebensjahr. Sie stellten fest, dass Kinder, die mit 5 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung hatten, ein viel höheres Risiko aufwiesen, im Alter von 12 Jahren psychiatrisch zu erkranken. Die 5-jährigen sprachgestörten Kinder hatten im Vergleich zu den altersparallelisierten Kontrollkindern häufiger die Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms oder einer emotionalen Störung. Im Alter von 12 Jahren unterschieden sich die sprachgestörten Kinder nicht mehr von den Kontrollkindern bezüglich der Häufigkeit des hyperkinetischen Syndroms, sie zeigten aber nach wie vor vermehrt emotionale Störungen. Darüber hinaus fanden sie in der Stichprobe eine Gruppe von Kindern, die zunächst im Alter von 5 Jahren als psychiatrisch unauffällig eingestuft worden waren, und die im Alter von 12 Jahren als psychisch auffällig beschrieben wurden. Im jungen Erwachsenenalter lag die Rate der psychischen Störungen mit 40% doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe. Insbesondere Angststörungen (27% gegenüber 8% in der Kontrollgruppe) und antisoziale Persönlichkeitsstörungen (20% gegenüber 8%) wurden deutlich häufiger angetroffen. Die Häufigkeit der Angststörung nahm bis zum 8. Lebensjahr zu, danach blieb die Häufigkeit in der Kontrollgruppe auf dem gleichen Niveau stehen, während bei den Kindern mit Sprachstörungen ein weiterer Anstieg stattfand. Unter den Angststörungen trat vorrangig die soziale Phobie auf, aber auch Platzangst und andere einfache Phobien waren in der Gruppe der sprachgestörten Kinder vermehrt anzutreffen. Die Prognose bezüglich der langfristigen psychischen Entwicklung war bei den Jungen deutlich schlechter als bei den Mädchen. Im frühen Erwachsenenalter wurde bei Männern antisoziales Verhalten 10 mal häufiger als bei Frauen registriert, während Angststörungen bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig festzustellen waren. Im Gegensatz zu antisozialem Verhalten wurde keine signifikante Erhöhung von Substanzmissbrauch beobachtet, jedoch war das Funktionsniveau der sprachgestörten Jugendlichen mit einem Substanzmissbrauch deutlich niedriger als das Funktionsniveau der Jugendlichen, die einen Substanzmissbrauch ohne komorbide Sprachstörung zeigten. Kinder mit einer umschriebenen Artikulationsstörung zeigten keine erhöhte Rate an psychischen Auffälligkeiten (Beitchman et al., 2001).

Silva und Mitarbeiter (1987) verfolgten die Entwicklung einer Gruppe sprachgestörter Kinder und konnten eine klare Assoziation zwischen einer Sprachstörung im Alter von 3 Jahren und Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 11 Jahren nachweisen. Es wurde festgestellt, dass Kinder mit einer

Sprachverständnisstörung und Kinder mit einer gemischten expressiv-rezeptiven Sprachstörung im Alter von 11 Jahren signifikant mehr Verhaltensprobleme aufwiesen als Kinder mit einer expressiven Sprachstörung. Leseschwierigkeiten im Jugendalter waren assoziiert mit Verhaltensauffälligkeiten im jungen Erwachsenenalter. Diese Assoziationen blieben auch bestehen, wenn der Einfluss des Geschlechts, des IQ und der familiären Belastungen statistisch berücksichtigt wurde. Durch statistische Verfahren konnten die Autoren Zusammenhänge zwischen Sprachstörungen und psychiatrischen Störungen beschreiben. Sie stellten fest, dass Sprachstörungen zu Lesestörungen führten, die im weiteren Verlauf Schulschwierigkeiten, Klassenwiederholungen und Selbstregulationsdefizite generierten. Aufmerksamkeitsstörungen und ein niedriger sozio-ökonomischer Status waren zusätzliche Risikofaktoren (Silva et al., 1987; McGee et al., 1986).

Baker und Cantwell (1987) konnten in ihrer klinischen Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder über einen Zeitraum von fünf Jahren einen Anstieg der psychiatrisch erkrankten Kinder von 44 auf 60% feststellen.

Paul und James (1990) verfolgten die Entwicklung einer Gruppe schwer sprachgestörter Kinder und konnten nachweisen, dass sich die sprachgestörten Kinder vor allem durch eine verstärkte motorische Unruhe, eine erhöhte Ablenkbarkeit und Affektlabilität von der Kontrollgruppe unterschieden. Im weiteren Verlauf beobachteten sie soziale Rückzugstendenzen, während expansive Verhaltensweisen später nicht mehr nachweisbar waren. Die Autoren interpretieren die primären expansiven Symptome als Reaktion auf die Kommunikationsprobleme. Parallel zur Verbesserung der Sprachkompetenz würde sich dies wieder zurückbilden, dafür aber internalisierende Verhaltensauffälligkeiten auftreten.

In einer Längsschnittstudie an einer Gruppe von Kindern mit einer rezeptiven Sprachstörung und Kindern mit einem frühkindlichen Autismus wurde festgestellt, dass, obwohl die sprachgestörte Gruppe insgesamt eine bessere Prognose zeigte als die autistische Gruppe, die Kinder mit einer rezeptiven Sprachstörung bis ins Erwachsenenalter (Mitte 20) noch deutliche Schwierigkeiten hatten (Cantwell et al., 1989; Rutter et al., 1992). Die Autoren berichteten, dass die Hälfte der schwer rezeptiv sprachgestörten Probanden über weit unterdurchschnittliche Lese- und Rechtschreibfertigkeiten verfügten und im Rechnen ebenfalls deutliche Defizite zeigten. Nur 25% der Jugendlichen mit einer rezeptiven Sprachstörung waren in der Lage, ein von den Eltern unabhängiges Leben zu führen und 30% hatten erhebliche Schwierigkeiten im Bereich der Empathie und der sozialen Integration. Ei-

ne weitere Nachuntersuchung im Alter von etwa 35 Jahren zeigte eine im Vergleich zu den Geschwistern dieser Probanden deutlich schlechtere sozio-emotionale Anpassung mit einer hohen Arbeitslosigkeit und nur wenigen festen Beziehungen bzw. Partnerschaften (Howlin et al., 2000). Auch über das Auftreten von schizo-affektiven Erkrankungen im Erwachsenenalter wurde berichtet.

Zusammenhang zwischen Sprache und Verhalten

Die Assoziation zwischen Sprachstörungen und psychischen Problemen bzw. Verhaltensauffälligkeiten ist gut belegt und unumstritten. Die Mechanismen, die für diese Assoziation verantwortlich sind, sind unklar. Eine intakte Sprachentwicklung ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die sozio-emotionale Entwicklung, die kognitive und somit schulische und berufliche Entwicklung des Kindes.

Weit im Vordergrund steht deshalb auch die Auffassung, dass die Verhaltensprobleme der Kinder unmittelbar auf die Sprachstörung bzw. auf das Ausmaß der Sprachstörungen zurückzuführen sind. Es wird auf die schwierige Situation der Kinder verwiesen. Die Kinder sind nicht in der Lage, sich entsprechend ihrem Intelligenzniveau verständlich zu äußern und der Sprache einen Sinn zu entnehmen. Dies führt zu Frustrationserlebnissen und Verunsicherungen in der sozialen Interaktion. In der Gruppe der Gleichaltrigen geraten die Kinder zunehmend in eine Außenseiterrolle. Die schulischen Anforderungen werden in den höheren Klassenstufen schlechter bewältigt, was zu Problemen in der Schullaufbahn führen kann. In den meisten Studien wurde dementsprechend über eine Zunahme von psychischen Problemen mit zunehmendem Alter berichtet und somit das Argument einer sekundären Neurotisierung unterstützt.

Im Falle eines kausalen Zusammenhangs zwischen Sprachstörungen und Verhaltensauffälligkeiten i.S. einer sekundären Neurotisierung würde man aber erwarten, dass eine Besserung der Sprachproblematik zu einer Verbesserung der Verhaltensproblematik oder der psychischen Befindlichkeit führt. Dies ist nur bedingt der Fall. Liegt eine leichtere Form der Sprachstörung vor und holt das Kind den Sprachrückstand bis zum Zeitpunkt der Einschulung auf, dann sind im weiteren Verlauf keine gravierenden Schwierigkeiten in der schulischen oder sozialen Entwicklung zu erwarten. Ist die Sprachstörung jedoch gravierender und vor allem die Sprachverständnisleistung beeinträchtigt, so persistieren die Probleme bis in die

Schulzeit und die Prognose ist insgesamt deutlich schlechter. In diesem Fall scheint eine weitere Verbesserung der Sprachleistungen nicht mehr mit einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit einherzugehen.

Die Psychopathologie der sprachgestörten Kinder ist nicht monokausal zu erklären. Silva et al. (1987) verweisen in ihrer Längsschnittstudie auf die Bedeutung von Lese- und Rechtschreibstörungen, als Folge der Sprachstörung, für die Genese eines herabgesetzten Selbstwertwertgefühls und internalisierender Probleme, bis hin zur Entwicklung von antisozialen Verhaltensweisen im Jugendalter. Sie ermittelten Aufmerksamkeitsstörungen und einen niedrigen sozi-ökonomischen Status als zusätzliche Risiken. Die Bedeutung der unterschiedlichen Faktoren ist von Kind zu Kind unterschiedlich.

In Anbetracht der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei sprachauffälligen Kindern, ist eine multiprofessionelle und umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, einschließlich einer eingehenden Erhebung der Psychopathologie dieser Kinder und Jugendlichen, unbedingt notwendig.

Literatur

Baker, L., Cantwell, D. (1982) Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders. *Journal of Communication Disorder*, 15, 113-126

Baker, L., Cantwell, D.P. (1987) A prospective follow up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553

Beitchman, J.H. (1985) Speech and language impairment and psychiatric risk. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 721-735

Beitchman, J.H., Brownlie, B. (1996a) Childhood speech and language disorders. In: Hechtman L. (ed.) *Do they grow out of it?* Washington D.C.: American Psychiatric Press, 225-254

Beitchman, J.H., Nair, R., Clegg, M., Ferguson, B., Patel, P.G. (1986) Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 528-535

Beitchman, J.H., Wilson, B., Brownlie, E.B., Walters, H., Inglis, A., Lancee, W. (1996b) Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 35, 804-814

Beitchman, J.H., Wilson, B., Brownlie, E.B., Walters, H., Inglis, A., Lancee, W. (1996c) Long-term consistency in speech/language profiles: II. Behavioral, emotional, and social outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 35, 815-825

Beitchman, J.H., Wilson, B., Johnson, C., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E., Escobar, M., Douglas, L. (2001) Fourteen-year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 75-82

Berger, F., Amorosa, H., Scheimann, G. (1990) Psychiatrische Auffälligkeiten bei sprach-auffälligen Kindern mit und ohne minimale zerebrale Dysfunktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 18, 71-78

Bishop, D. (2003) Autism and specific language impairment: categorical distinction or continuum. Autism: neural basis and treatment possibilities. Chichester: Wiley (novartis Foundation)

Cantwell, D.P., Baker, L. (1987) Prevalence and type of psychiatric disorder and developmental disorders in three speech and language groups. *Journal of Communication Disorder*, 20, 151-160

Cantwell, D.P., Baker, L., Rutter, M., Mawhood, L. (1989) Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 19-31

Caulfield, M.B., Fischel, J.E., DeBaryshe B., Whitehurst G. (1989) Behavioral correlates of developmental expressive language disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 17, 187-201

Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., Rutter, M. (2005) Developmental language disorders-a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128- 149

Cohen, N.J. (1996) Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: developmental issues and associated conditions. In J.H. Beitchman, N.J. Cohen, M. Konstantareas, R. Tannock (eds.) *Language, Learning and Behavior Disorders*, pp. 105-121, Cambridge, University Press

Esser, G. (1991) Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? Der langfristige Verlauf umschriebener Entwicklungsstörungen. Enke, Stuttgart

Howlin, P., Mawhood, L., Rutter, M. (2000) Autism and developmental receptive language disorder: a follow-up comparison in early adult life: II Social, behavioral and psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 561-578

Hutzelmeyer-Nickels, A., Noterdaeme, M. (2007) Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie und Psychologie*, 7, 573-588

McGee, R., Williams, S., Share, D., Anderson, J., Silva, P. (1986) The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioural problems in a large sample of Dunedin boys: a longitudinal study from five to eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 597-610

Noterdaeme, M., Amorosa, H. (1999) Evaluation of emotional and behavioral problems in language impaired children using the Child Behavior Checklist. *Journal of European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 71-77

Noterdaeme, M., Amorosa, H. (1998) Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Child-behavior-Checklist als Screeninginstrument. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, 931-937

Paul, R., Cohen, D.J., Caparulo, B.K. (1983) A longitudinal study of patients with severe developmental disorders of language learning. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 525-534

Paul, R., James, D. (1990) Language delay and parental perceptions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 669-670

Rutter, M., Mawhood, L., Howlin, P. (1992) Language delay and social development. In P. Fletcher and D. Hall (eds.) *Specific Speech and Language Disorders in Children*.

London: Whurr Publishers, 63-78

Silva, P.A., McGee, R.O., Williams, S.M. (1987) A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 29, 630-640

Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Stothard, S.E., Chipchase, B., Kaplan, C. (2006) Psychosocial Outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 759- 765

Suchodoletz von, W., Keiner, T. (1998) Psychiatrische Aspekte bei sprachgestörten Kindern. *Pädiatrische Praxis*, 54, 395- 402

Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). Huber: Bern

Anschrift

PD Dr. med. Michéle Noterdaeme

Heckscher Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Deisenhofener Strasse 28, 81539 München

Tel: 089 9999 1140, Fax: 089 9999 1111

E-Mail: michele.noterdaeme@heckscher-klinik.de

Was wird aus Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen?

Waldemar von Suchodoletz

Einleitung

Wenn Eltern bei ihrem Kind ein verzögerter oder gestörter Spracherwerb auffällt, dann sind sie zu Recht beunruhigt. Weil ihr Kind sich sprachlich nur unvollkommen äußern kann und verbale Informationen oft missversteht, befürchten sie, dass dieses in der Entwicklung zurück bleibt und später in der Schule dem Unterricht nicht folgen kann. Ein zentrales Anliegen der Eltern in Beratungsgesprächen ist es deshalb zu erfahren, welche Chancen ihr Kind auf eine unauffällige Entwicklung und Schullaufbahn hat und was einmal aus ihm werden kann.

So verständlich der Wunsch der Eltern nach eindeutigen Aussagen zu den Entwicklungsmöglichkeiten ihres Kindes ist, so ist es doch äußerst schwierig, längerfristige Prognosen abzugeben. Entwicklung ist kein festgelegter Prozess, sondern abhängig von zukünftigen förderlichen oder hemmenden Umwelteinflüssen. Prognostische Aussagen müssen also mit großer Vorsicht erfolgen und je jünger ein Kind ist, umso unsicherer sind diese. Was angegeben werden kann, sind Entwicklungsrisiken und Wahrscheinlichkeiten für zukünftige Verläufe. Trotz deren Ungenauigkeit sind solche Aussagen aber durchaus von Wert, da sie erkennen lassen, welche Kinder ein besonderes Risiko tragen und deshalb frühzeitig gefördert werden sollten und bei welchen Kindern ohne Therapie abgewartet werden kann.

Generelle Aussagen zur Prognose von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen sind kaum möglich und die Angaben in der Literatur demzufolge widersprüchlich. Je nachdem, welche Falldefinition zugrunde gelegt wird, in welchem Alter und wie lange die Entwicklung der Kinder beobachtet wird und wie Residualsymptome erfasst werden, schwanken die Angaben

zur Häufigkeit persistierender Symptome bei Kindern mit expressiven Sprachentwicklungsstörungen zwischen 0% und 54% und bei rezeptiven zwischen 26% und 100% (Übersicht bei Law et al., 2000). Es reicht zudem nicht aus, den Verlauf hinsichtlich der Sprachfertigkeiten zu beschreiben. Zur Bewertung der Prognose ist es erforderlich, neben dem Verlauf des Erwerbs expressiver und rezeptiver Sprachleistungen auch die Entwicklung von Intelligenz, Emotionalität, Sozialverhalten, Schulleistungen und späterer beruflicher Integration in die Betrachtung einzubeziehen. Dabei bedürfen Lese- und Rechtschreibleistungen besonderer Beachtung. Bei einem hohen Prozentsatz der sich sprachlich verzögert entwickelnden Kindergartenkinder ist im Schulalter mit einer Lese-Rechtschreibstörung zu rechnen.

Da die Prognose von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen ganz entscheidend vom Alter abhängt, sollen die Entwicklungsaussichten im Folgenden in Abhängigkeit vom Alter beschrieben werden.

Prädiktoren für die normale Sprachentwicklung

Für ein Verständnis gestörter Spracherwerbsverläufe sind Kenntnisse über diejenigen Faktoren, welche die normale Sprachentwicklung beeinflussen, erforderlich, weshalb darauf kurz eingegangen werden soll. Obwohl Sprache erlernt werden muss und dafür eine Anregung durch die Umwelt erforderlich ist, so hat sich doch gezeigt, dass die Geschwindigkeit des Spracherwerbs durch eine Veränderung von Umweltfaktoren nur relativ gering zu beeinflussen ist. Genetische Faktoren entscheiden über die Sprachbegabung und sind insbesondere für den Erfolg beim Erwerb des Lautsystems und grundlegender grammatischer Fähigkeiten von ausschlaggebender Bedeutung. Wortschatz und Sprachkompetenz hingegen werden stärker durch die Umwelt geprägt.

Trotz der eingeschränkten Bedeutung des Umfeldes konnten in linguistischen Studien einige sprachliche und psychosoziale Prädiktoren für die Sprachentwicklung benannt werden. Dazu gehören die Größe und die Qualität („Intellektualität“) des Wortschatzes der Mutter, die Länge der von der Mutter benutzten Sätze, die Qualität der Gespräche während der Mahlzeiten sowie die Quantität des Vorlesens und des Austausches über Erlebnisse der Kinder. Bessere Sprachleistungen gehen mit hohem sozioökonomischen Familienstatus und der ersten Stelle in der Geschwisterreihe einher.

Detailliert wurden Prädiktoren für Sprachleistungen im Alter von fünf Jahren im Rahmen einer finnischen Studie über die Relevanz der familiären Belastung mit einer Lese-Rechtschreibstörung erfasst. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, wurden zu mehreren psychosozialen und sprachlichen Variablen in verschiedenen Altersphasen signifikante Korrelationen gefunden. Insgesamt klären diese 53% der Varianz der Sprachleistungen fünfjähriger Kinder auf, doch sind die einzelnen Korrelationen und damit die prädiktiven Aussagen der jeweiligen Faktoren recht niedrig und kaum dazu geeignet, bei einzelnen Kindern eine annähernd verlässliche Vorhersage verbaler Fähigkeiten zu ermöglichen (Lyytinen et al. 2001).

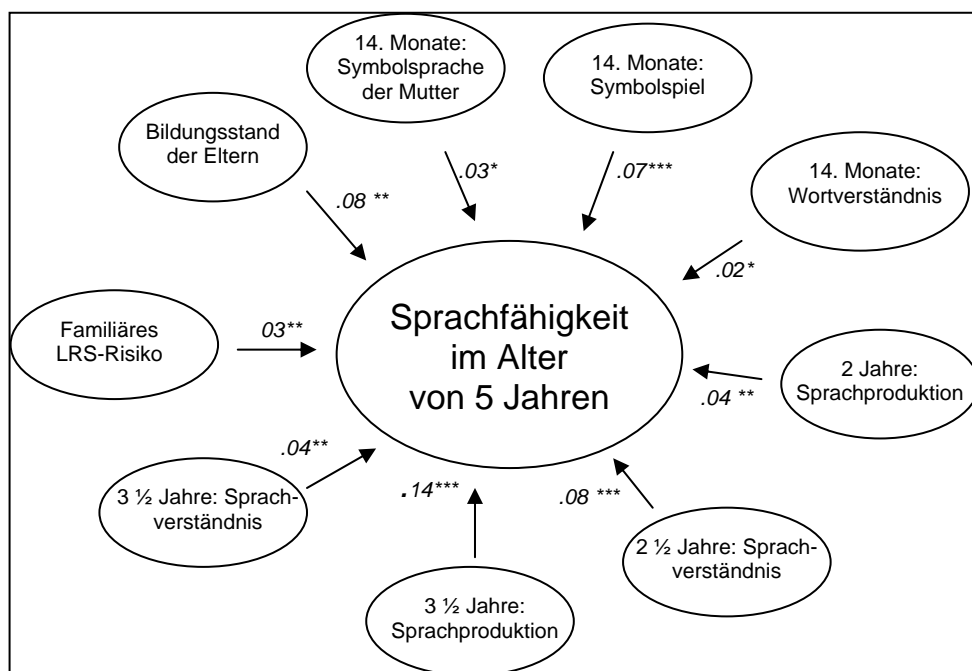


Abb. 1: Prädiktoren der Sprachentwicklung (nach Lyytinen et al. 2001)

Insgesamt sprechen die bisherigen Studien zum normalen Spracherwerb dafür, dass, wenn das Umfeld ein Minimum an Sprachanregung bereithält, bei durchschnittlicher Sprachbegabung mit einer unauffälligen Sprachentwicklung zu rechnen ist und dass eine weitere Erhöhung des Sprachangebots nur eine geringfügige Verbesserung sprachlicher Leistungen bewirkt. Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse wird auch verständlich, weshalb eine Sprachtherapie in der Regel nur langsame Fortschritte in kleinen Schritten erreicht.

Was wird aus Säuglingen mit Auffälligkeiten in der präverbalen Entwicklung?

Wenn ein Kind im Säuglingsalter wenig oder gar nicht lallt bzw. die Phasen der präverbalen Sprachentwicklung verzögert durchläuft, dann ist in erster Linie an komplexe Entwicklungsstörungen zu denken. Vordringlich ist in solchen Fällen der Ausschluss einer allgemeinen Retardierung der kognitiven Fähigkeiten sowie neurologischer, sensorischer und anderer schwerwiegender körperlicher Erkrankungen. Unabdingbar ist eine pädaudiologische Untersuchung zum Ausschluss einer hochgradigen Hörstörung. Taube Kinder durchlaufen die ersten Stadien der präverbalen Sprachentwicklung weitgehend unauffällig und fallen in den ersten Lebensmonaten deshalb kaum auf. Ab dem Stadium des kanonischen Lallens (Aneinanderreihung mehrerer Lallsilben), das bei hörenden Kindern meist zwischen dem 6. – 9. Lebensmonat einsetzt, bleibt dann aber die weitere Sprachentwicklung aus.

Wenn eine ausführliche Diagnostik keine Hinweise auf übergreifende Störungen ergibt, dann ist von einer umschriebenen Retardierung der präverbalen Entwicklung auszugehen. Deren klinische Relevanz ist bislang aber umstritten.

Zur Erfassung von Kindern mit einer Verzögerung der präverbalen und frühen verbalen Entwicklung wurden in den letzten Jahren mehrere Untersuchungsinstrumente beschrieben. In einem Ansatz wird versucht, durch eine Analyse der Komplexität von Schreimelodien im frühen Säuglingsalter Hinweise auf spätere Sprachentwicklungsstörungen zu erhalten (Wermke & Friederici, 2004). In anderen Studien werden prosodische Merkmale von Lallmonologen (Penner, 2002) oder das Erkennen schnell aufeinander folgender akustischer Signale (Benasich & Tallal, 2002) als diagnostisches Kriterium herangezogen. Ob Säuglinge mit Auffälligkeiten in den so erfassten präverbalen Entwicklungsschritten tatsächlich später gehäuft eine Sprachentwicklungsstörung ausbilden, ist nicht belegt. Auch gibt es weder ein standardisiertes Durchführungsdesign noch Normwerte, so dass derartige Methoden bislang nicht über ein experimentelles Stadium hinausgekommen sind.

Eine weitere Möglichkeit zur Früherkennung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen wird in Elternfragebögen gesehen. Ward (1992) erfasste mit einem Bogen, der insgesamt 7 Fragen enthielt, bei durchschnitt-

lich 10 Monate alten Säuglingen Wahrnehmung und Reaktionen auf Sprache und Geräusche. Nach Angaben der Autorin konnten Kinder, die im Alter von 3 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung hatten, relativ sicher vorhergesagt werden. Nach Oller et al. (1999) ist das Fehlen des kanonischen Lallens im Alter von 10 Monaten, das mit der Frage „Welche Geräusche macht ihr Baby?“ erfasst wurde, ein verlässlicher Hinweis auf spätere Sprachentwicklungsstörungen. Für den deutschsprachigen Raum wurden in jüngerer Zeit zwei aus dem angloamerikanischen Raum stammende Fragebögen adaptiert. Der *Elternfragebogen zur kindlichen Entwicklung – Efke* (Brandstetter et al., 2003) beurteilt die gesamte kognitive Entwicklung eines Kindes. Auf einer der Skalen wird der sprachliche Entwicklungsstand abgebildet. Ein speziell für die Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen erarbeitetes Verfahren ist der *Elternfragebogen für einjährige Kinder: Sprache, Gesten, Feinmotorik – ELFRA-1* (Grimm & Doil, 2000). Dieser ist eine Adaptation der MacArthur Communicative Development Inventories (CDI – Infant Form) (Fenson et al. 1993) und für die Vorsorgeuntersuchung U6, die zwischen dem 10. und 12. Lebensmonat vorgesehen ist, gedacht. Nach Angaben der Testautorinnen bestehen signifikante Korrelationen zwischen den Ergebnissen im ELFRA-1 und dem produktiven Wortschatz ein Jahr später.

Insgesamt sprechen die Angaben der Testautoren dafür, dass zum Ende der Säuglingszeit mit derartigen Elternfragebögen eine Früherkennung von Risikokindern für spätere Sprachentwicklungsstörungen möglich ist. Bislang liegen aber weder genauere Angaben zur Zuverlässigkeit der Elternfragebögen noch Replikationsstudien durch unabhängige Arbeitsgruppen vor, weshalb wir in eigenen Untersuchungen der Frage von Sensitivität und Spezifität solcher Screeninginstrumente nachgegangen sind. Dazu haben wir ca. 2.000 Eltern von 10 bzw. 12 Monate alten Kindern die o.g. Fragebögen zugesandt und nach einem Jahr den Sprachentwicklungsstand der Kinder erneut erhoben. Dabei zeigte sich, dass mit keinem dieser Elternfragebögen für das späte Säuglingsalter eine Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen im Alter von 2 Jahren möglich ist. Die Trefferquote lag in etwa auf dem Zufallsniveau, so dass solche Instrumente für den Einsatz in der Praxis kaum empfohlen werden können (Betz-Morhard, 2008; Sachse et al., 2007).

Eine umschriebene Retardierung der präverbalen Entwicklung ist somit kein Hinweis auf längerfristige Sprachentwicklungsprobleme und kein Grund zur Beunruhigung. Die frühe Sprachentwicklung zeigt ein hohes Maß an Variabilität und Verzögerungen der präverbalen Entwicklung sind

kein Ausdruck einer Störung, solange die sonstige Entwicklung der Kinder altersentsprechend verläuft und Hör- oder andere ernsthafte Erkrankungen ausgeschlossen sind. Bei den betroffenen Kindern kann bei genauerer Beobachtung des Verlaufs abgewartet werden. Eine Indikation für eine Behandlung ergibt sich nicht.

Was wird aus Late Talkers?

Liegt im Alter von 24 Monaten der aktive Wortschatz eines Kindes unter 50 und/oder spricht ein Kind noch keine Zweiwortsätze, dann ist von einer Sprachentwicklungsverzögerung auszugehen. Auch im deutschsprachigen Raum werden diese Kinder als „Late Talkers“ bezeichnet.

Zur Diagnostik von Sprachentwicklungsverzögerungen im Alter von 24 Monaten haben sich Elternfragebögen als valide Untersuchungsinstrumente bewährt (Sachse et al., 2007; Sachse & Suchodoletz, 2008). Im deutschsprachigen Raum gibt es inzwischen mehrere solcher Elternfragebögen (ELAN, ELFRA-2, FRAKIS, A-CDI). Für den Einsatz in der täglichen Praxis besonders geeignet sind Kurzttests, z.B. der SBE-KT (Suchodoletz & Sachse, 2008), die von der Mutter in wenigen Minuten z.B. vor der U7 im Wartezimmer ausgefüllt werden können. Deren diagnostische Zuverlässigkeit ist so hoch, dass bei einem auffälligen Befund die Einleitung einer ausführlichen pädaudiologischen und Entwicklungsdiagnostik gerechtfertigt ist (Sachse & Suchodoletz, 2007).

Bevor bei einem Kind mit einer nachgewiesenen Sprachentwicklungsverzögerung zur Prognose Stellung genommen wird, ist abzusichern, dass es sich um eine umschriebene Entwicklungsauffälligkeit handelt und nicht um ein Symptom bei allgemeiner Intelligenzstörung, Hörbeeinträchtigung, umfassender Kommunikationsstörung oder neurologischer bzw. allgemeinkörperlicher Erkrankung. Im Rahmen einer ausführlichen logopädischen Diagnostik ist außerdem zu klären, welche Bereiche der Sprache betroffen sind. Dabei sind Lautbildungsfähigkeit, Sprachproduktion und -verständnis sowie Sprachkompetenz möglichst mit standardisierten Verfahren zu beurteilen.

Nach den ersten Longitudinalstudien, in denen der Verlauf von nur wenigen Late Talkers beobachtet worden war, wurde die Prognose von Kindern, die im Alter von 1½ bis 2½ Jahren eine umschriebene Sprachverzö-

gerung aufwiesen, als recht günstig eingeschätzt. Es wurde angenommen, dass Late Talkers in der Regel ihren Sprachrückstand innerhalb eines halben bis eines Jahres aufholen (Pharr et al., 2000; Thal et al., 1991).

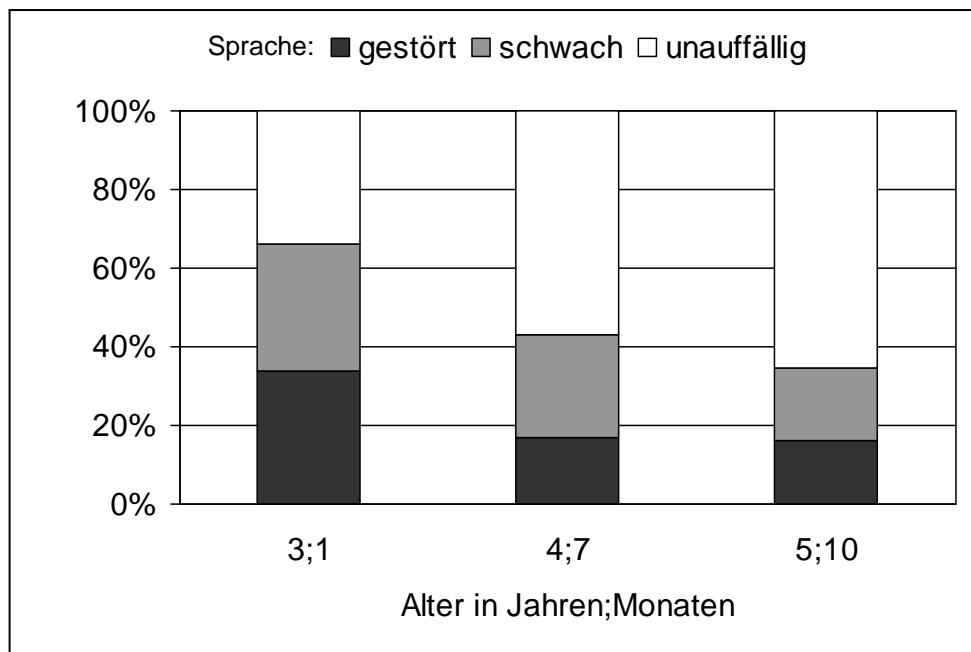


Abb. 2: Häufigkeit von sprachlichen Schwächen bzw. Sprachstörungen bei ehemaligen Late Talkers bis zum Einschulungsalter (Münchener Längsschnittstudie) (sprachliche Schwäche = 1 – 1½ SD unter dem Mittelwert im Sprachtest; Sprachstörungen = >1½ SD unter dem Mittelwert im Sprachtest)

Dieses Bild wurde durch größere und längerfristiger angelegte Längsschnittstudien korrigiert (Paul, 1993; Rescorla et al., 2000; Sachse, 2007). In einer eigenen prospektiven Längsschnittstudie beobachteten wir die Entwicklung von Late Talkers über mehrere Jahre. Die Kinder hatten im Alter von 24 Monaten einen Wortschatz unter 50 und die Werte im Sprachtest (SETK-2) lagen unterhalb von 1½ Standardabweichungen (SD). 44 von 58 Late Talkers konnten bis ins Vorschulalter nachuntersucht werden. Wie aus der Abbildung 2 hervorgeht, hatte nur etwa ein Drittel der Late Talkers den sprachlichen Entwicklungsrückstand bis zum Alter von drei Jahren kompensiert. Ein weiteres Drittel zeigte eine Sprachstörung (im Sprachtest >1½ SD unter dem Mittelwert) und das letzte Drittel eine sprachliche Schwäche (im Sprachtest 1 bis 1½ SD unter dem Mittelwert).

Insbesondere phonologische und syntaktische Schwächen sowie eine auffallend kurze Äußerungslänge blieben bei vielen Kindern bis ins vierte Lebensjahr bestehen. Bis zum Alter von 4½ Jahren ging die Zahl der Kinder mit Sprachauffälligkeiten weiter zurück, blieb dann aber bis zum Einschulungsalter weitgehend konstant. Im Vorschulalter erfüllen noch etwa 16% der ehemaligen Late Talkers die diagnostischen Kriterien einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung und weitere 18% hatten deutliche sprachliche Schwächen. In der Kontrollgruppe hingegen hatte kein Kind eine Sprachstörung und nur ein Kind schwache sprachliche Fähigkeiten.

Nach den Erfahrungen anderer Autoren ist im frühen und mittleren Schulalter die Spontansprache bei den meisten ehemaligen Late Talkers weitgehend unauffällig, doch erreichen etwa 30% von ihnen sowohl in Sprachproduktions- als auch in Sprachverständnistests lediglich unterdurchschnittliche Werte. Den Kindern fällt es schwer, Geschichten so zu erzählen, dass der wesentliche Inhalt gut verständlich und in sich kohärent mitgeteilt wird (Paul et al., 1997; Rescorla, 2005).

In den ersten Schuljahren treten bei vielen ehemaligen Late Talkers Probleme beim Schriftspracherwerb auf. Ergebnisse in Lese- und Rechtschreibtests liegen unterhalb des Niveaus, das nach nonverbaler Intelligenz und familiärem Hintergrund zu erwarten wäre. Die Schwierigkeiten beim Lesen und in der Rechtschreibung sind aber nicht so ausgeprägt, dass die Kriterien einer Lese-Rechtschreibstörung häufiger als bei anderen Kindern erfüllt wären. Die angedeuteten Schulprobleme sind nicht auf den Schriftspracherwerb beschränkt, sondern in vergleichbarer Weise in Mathematik und in anderen Fächern zu beobachten (Rescorla, 2005).

Bisher gibt es keine Studie, in der die Entwicklung von Late Talkers bis ins Erwachsenenalter hinein verfolgt wurde. Ob sich der endgültige Schulerfolg und die beruflichen Chancen von denen anderer Kinder unterscheiden, ist ungeklärt. Ob auch Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung zu erwarten sind, ist noch umstritten. Nach unseren Beobachtungen werden Late Talkers von ihren Eltern gehäuft als Kinder mit einem schwierigen Temperament erlebt (Aster et al., 2005). Andere Studien sprechen dafür, dass Late Talkers im Kindergarten- und Vorschulalter relativ ernst und ängstlich sind und über weniger soziale Kontakte als unauffällig entwickelte Gleichaltrige verfügen (Paul & James, 1990).

Um zu entscheiden, bei welchem Late Talker eine Frühförderung unbedingt erforderlich ist und bei welchem Kind abgewartet werden kann, wäre

eine Abgrenzung zwischen denjenigen Late Talkers, die später unter einer Sprachentwicklungsstörung leiden, und denen, die den Sprachentwicklungsrückstand recht bald aufholen (Late Bloomers), erforderlich. Erstaunlicherweise ist nach den Ergebnissen unserer Studie der Verlauf unabhängig vom Wortschatz. Ob Late Talkers mit 2 Jahren 4 oder bereits 40 Wörter sprechen, ist ohne Bedeutung für den weiteren Entwicklungsverlauf. Als Prädiktoren haben sich das Sprachverständnis und der Bildungsstand der Mutter erwiesen. Der Vorhersagewert dieser beiden Parameter ist aber nicht groß genug, um eine ausreichend sichere Differenzierung zu ermöglichen, so dass eine zufrieden stellende Vorhersage der weiteren Entwicklung von Late Talkers bislang kaum gelingt.

Insgesamt lässt sich aus dem bisherigen Kenntnisstand über die Prognose von Kindern mit Sprachentwicklungsverzögerungen im Alter von zwei Jahren ableiten, dass bei Kindern mit umschriebenen Sprachproduktionsschwierigkeiten und durchschnittlichem Sprachverständnis, abgewartet und der weitere Verlauf beobachtet werden kann, wenn diese unter guten familiären Förderbedingungen aufwachsen. Liegt jedoch eine familiäre Belastung mit einer Sprachentwicklungs- bzw. Lese-Rechtschreibstörung vor oder lassen sich Entwicklungsretardierungen auch im Sprachverständnis bzw. in anderen Entwicklungsbereichen, wie z.B. der Motorik oder der sozialen Entwicklung, nachweisen und erhalten die Kinder im familiären Umfeld nur eine unzureichende Unterstützung, dann sollte auch schon in diesem frühen Alter mit einer Intervention begonnen werden. Als Mittel der Wahl ist eine Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten anzusehen. Wie Evaluationsstudien belegen, lässt sich dadurch nicht nur eine Beschleunigung der Sprachentwicklung erreichen, sondern auch die Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig verbessern. Ist eine Anleitung der Eltern nicht möglich oder in Anbetracht ungünstiger familiärer Verhältnisse wenig Erfolg versprechend, dann sollte eine Therapie direkt am Kind erfolgen, die jedoch deutlich zeitaufwändiger ist. Elternanleitung und direkte Behandlung der Kinder unterscheiden sich nach bisherigem Kenntnisstand nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit.

Was wird aus sprachentwicklungsgestörten Kindergarten- und Schulkindern?

Die umfangreichste Longitudinalstudie zur Prognose sprachentwicklungsgestörter Kindergarten- und Schulkinder wurde von Baker und Cantwell (1987) durchgeführt. 300 Kinder einer klinischen Population (Alter 2 – 15 Jahre) wurden fünf Jahre nach Diagnosestellung erneut untersucht. Dabei

ergab sich, dass zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Lautbildungsstörungen deutlich weniger ausgeprägt waren, während sich hinsichtlich der expressiven Sprachfähigkeiten der Abstand zur Norm eher vergrößert hatte.

In einer epidemiologisch angelegten Längsschnittstudie wurden insgesamt 284 sprech- bzw. sprachgestörte und 142 altersgerecht entwickelte fünfjährige Kinder in ihrer Entwicklung bis ins Erwachsenenalter hinein verfolgt. Bei einer Nachuntersuchung im Alter von 12 Jahren hatten noch 72% der sprech- bzw. sprachgestörten gegenüber 12% der Kontrollkinder erhebliche sprachliche Auffälligkeiten. Dieses Verhältnis blieb bis zum Alter von 19 Jahren unverändert bestehen. Sprachentwicklungsstörungen, die noch im Vorschulalter nachweisbar sind, persistieren somit in einem hohen Prozentsatz bis ins Erwachsenenalter (Beitchman et al., 1996; Cohen, 2002).

Persistierende sprachliche Defizite bei Erwachsenen fallen im Alltag aber kaum auf. Die Betroffenen bilden als Anpassung an die Sprachschwäche nur relativ kurze Sätze und vermeiden kompliziertere grammatikalische Strukturen, so dass syntaktische oder morphologische Fehler kaum zu beobachten sind. Eine genauere Beobachtung zeigt jedoch, dass Erzählungen weniger kohärent gelingen, idiomatische Wendungen, Metaphern, Mehrdeutigkeiten und humoristische Aussagen ungenau oder falsch verstanden und nur selten benutzt werden (Bishop, 1997).

Eine besonders aussagefähige Untersuchung mit Kontrollgruppe erfolgte durch die Arbeitsgruppe um Bishop. Die Diagnose „specific language impairment“ wurde im Alter von vier Jahren gestellt und die Entwicklung der Kinder bis zum 15. Lebensjahr beobachtet. Als entscheidend für die langfristige Prognose erwies sich der Verlauf in den ersten beiden Jahren. Diejenigen Kinder, bei denen mit 5½ Jahren die Diagnose Sprachentwicklungsstörung nicht mehr gestellt werden konnte, erfüllten die diagnostischen Kriterien auch nicht mit 8 und mit 15 Jahren. Allerdings erreichten sie nicht ganz die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder der Kontrollgruppe. Bei komplexen sprachlichen Anforderungen, in der phonologischen Bewusstheit und im auditiven Kurzzeitgedächtnis lagen ihre Ergebnisse signifikant unterhalb von denjenigen der Vergleichskinder, aber noch innerhalb der Normvarianz. Bei 44% der Ausgangsstichprobe wurde im Alter von 5½ Jahren unverändert eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert. Die meisten dieser Kinder zeigten auch noch im Alter von 8 (Bishop & Adams, 1990) und von 15 Jahren (Stothard et al., 1998) erhebliche sprachliche Defizite. Fast alle Kinder mit bis zur Einschulung persistierenden Sprachstörungen hatten im Schulalter eine Lese-Rechtschreib-

störung (Abb. 3) und in Abschlussprüfungen nach der 10. Klasse erreichten sie deutlich unterdurchschnittliche Leistungen, die denen von Kindern mit leichten Lernbehinderungen entsprachen (Abb. 4).

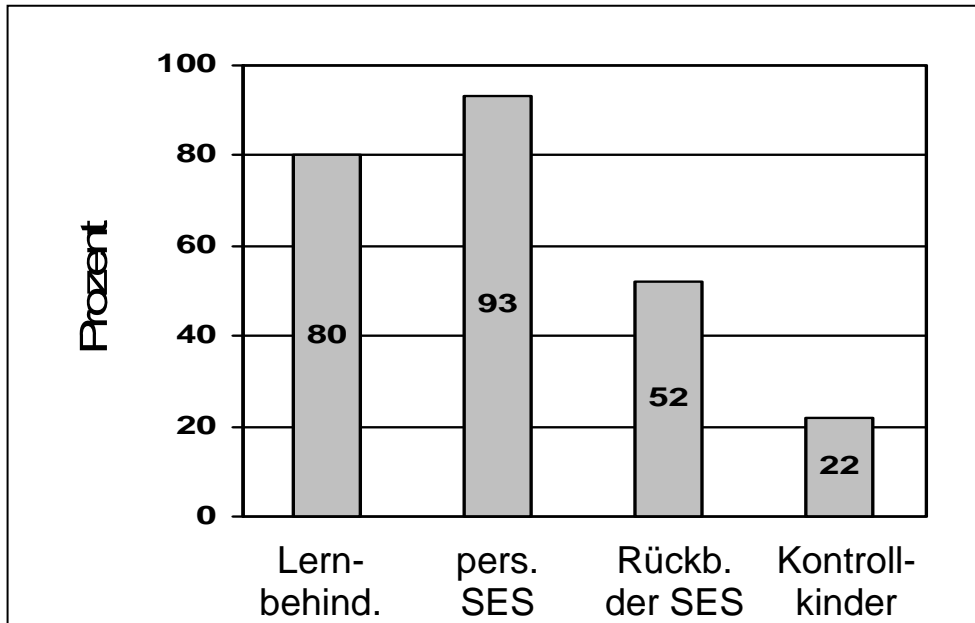


Abb. 3: Häufigkeit von Lese-Rechtschreib-Problemen im Alter von 15 Jahren bei Kindern, bei denen im Alter von 4 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung auffiel (nach Snowling et al. 2001)
(Lernbeh. = schwache allgemeine Intelligenz, pers. SES = bis ins Vorschulalter persistierende Sprachentwicklungsstörung, Rückb. der SES = bis zur Einschulung Rückbildung der Sprachstörung)

Auf die langfristige Prognose speziell von Kindern mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen gingen Rutter et al. (1992) ein. Die Diagnosestellung erfolgte im 7. Lebensjahr. Bis zum 24. Lebensjahr war nur bei einem Drittel eine Normalisierung der sprachlichen Fähigkeiten eingetreten.

Auf einen nicht seltenen Wechsel bei der diagnostischen Zuordnung im Laufe der Entwicklung weisen Conti-Ramsden et al. (2001) hin. Bei einer Nachuntersuchung von 200 Kindern einer Sprachheil Einrichtung, bei denen im Alter von sieben Jahren eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert worden war, wurde im Alter von 11 Jahren bei 58% die Di-

agnose bestätigt, bei 34% eine andere gestellt (z.B. IQ-Minderung, autistisches Syndrom) und nur 8% der Kinder waren weitgehend symptomfrei.

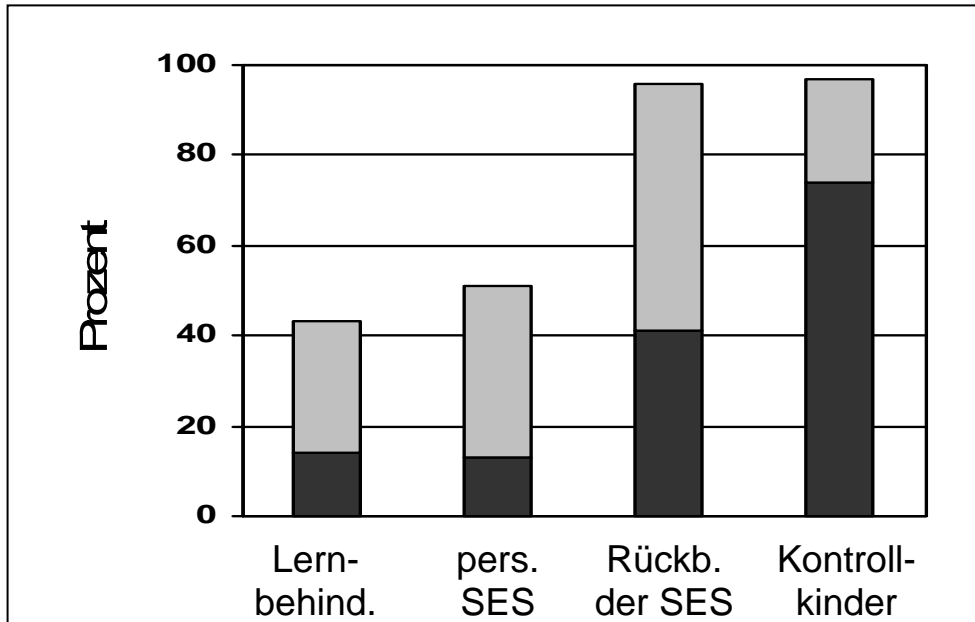


Abb. 4: Schulerfolg von Kindern, bei denen im Alter von 4 Jahren eine Sprachentwicklungsstörung auffiel (nach Snowling et al. 2001)

(Prozentsatz der Kinder, die nach der 10. Klasse einen Abschluss in Englisch [Muttersprache der Kinder] auf niedrigem [grau] oder höherem [schwarz] Niveau erreicht hatten)

Eine Sprachentwicklungsstörung hat aber nicht nur auf sprachliche Fähigkeiten, sondern auch auf die Persönlichkeitsentwicklung langfristige Auswirkungen (ausführliche Darstellung s. Beitrag von Noterdaeme in diesem Heft). So sind Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter z.B. ein Prädiktor für die soziale Kompetenz im Jugendalter. Jugendliche mit Sprachstörungen in der Anamnese zeigen geringere Selbstständigkeit und eine verminderte Qualität in ihren Freundschaften zu Gleichaltrigen (Durkin & Conti-Ramsden, 2007). Für den Grad an Selbstständigkeit im Jugendalter ist die Laut- und Schriftsprachkompetenz im Vorschul- bzw. frühen Schulalter entscheidender als die nonverbale Intelligenz (Conti-Ramsden & Durkin, 2008). Dass bei der Herausbildung psychischer Störungen auch Stigmatisierungsprozesse eine wesentliche Rolle spielen, darauf wurde in den letzten Jahren mehrfach hingewiesen (Lindsay et al., 2008; Suchodoletz & Machery, 2006).

Bedingt durch eine verlangsamte Wissensaneignung kommt es bei sprachentwicklungsgestörten Kindern auch zu einer verzögerten Entfaltung der allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten (Botting, 2005). Bei jedem vierten Kind liegt der nonverbale IQ nach der Grundschulzeit nur noch im unterdurchschnittlichen Bereich (Conti-Ramsden et al., 2001). Im Erwachsenenalter liegt der IQ unter den im Kindesalter ermittelten Werten (Beitchman et al., 1996). Ein Abfall des nonverbalen IQ während der Schulzeit betrifft insbesondere Kinder mit rezeptiven Sprachstörungen.

Prädiktoren für die Entwicklung sprachgestörter Kinder

Ein wesentlicher Prädiktor für die Prognose sprachentwicklungsgestörter Kinder ist die Schwere der Sprachstörung, die allerdings nur etwas über den weiteren Verlauf des Spracherwerbs aussagt. Kinder mit besonders ausgeprägten Sprachproblemen entwickeln eine LRS oder emotionale bzw. Verhaltensauffälligkeiten hingegen nicht häufiger als Kinder mit leichteren Sprachauffälligkeiten. Auch die IQ-Entwicklung ist aus der Schwere der Sprachstörung nicht ablesbar.

Als relativ guter Prädiktor hat sich die Komplexität der sprachlichen Auffälligkeiten erwiesen. Kinder mit reinen Lautbildungsstörungen haben eine insgesamt gute Prognose sowohl hinsichtlich der weiteren Sprachentwicklung als auch der Schullaufbahn. Deutlich ungünstiger ist der Verlauf bei Kindern mit expressiven Sprachentwicklungsstörungen und noch ungünstiger bei solchen mit rezeptiven (Larney, 2002).

Der längerfristige Vorhersagewert von Ergebnissen in Sprachtests ist eher gering. Am aussagefähigsten sind Leistungen beim „Geschichten erzählen“. Deutlich geringeren prädiktiven Wert haben Befunde aus Sprachtests, welche die Produktion bzw. das Verstehen grammatischer Fähigkeiten überprüfen, und ohne prädiktive Aussage sind Ergebnisse in phonologischen Tests (Botting et al., 2001).

Das Geschlecht gilt als Prädiktor sowohl für das Auftreten einer Spracherwerbsstörung als auch für den weiteren Verlauf. Bei Mädchen sind Sprachentwicklungsstörungen deutlich seltener zu beobachten. Wenn eine solche auftritt, dann ist bei ihnen die Prognose aber ungünstiger als bei Jungen.

Die nonverbale Intelligenz hat sich in mehreren Studien übereinstimmend als prädiktiv sowohl für die weitere Sprachentwicklung als auch für das Auftreten einer LRS, den Schulerfolg und Verhaltensprobleme erwiesen. Ein Abfall der Intelligenz ist als prognostisch besonders ungünstig zu werten (Benasich et al., 1993).

Eine familiäre Belastung mit einer Sprachentwicklungsstörung erhöht das Risiko, dass bei einem Kind eine Sprachstörung eintritt. Über den weiteren Verlauf des Spracherwerbs oder das Auftreten einer LRS gibt eine familiäre Häufung von Sprachstörungen aber keine Auskunft (Lewis et al., 2000).

Für das Auftreten einer Lese-Rechtschreibstörung gelten bei einem sprachentwicklungsgestörten Kind die gleichen Prädiktoren wie bei anderen Kindern. Als Risikofaktoren sind Lese-Rechtschreibstörungen bei Verwandten ersten Grades sowie Schwächen in der phonologischen Bewusstheit, der Benennungsgeschwindigkeit und fehlende Buchstabenkenntnisse im Kindergartenalter anzusehen (Bishop & Adams, 1990).

Hinsichtlich der prädiktiven Aussage des sozioökonomischen Status sind die Angaben widersprüchlich. Ungünstige familiäre Bedingungen und insbesondere ein niedriges Bildungsniveau der Eltern erhöhen das Risiko für eine Verzögerung beim Spracherwerb. Der Verlauf bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen hingegen scheint vom sozialen Umfeld weniger abhängig zu sein (Botting et al., 2001). Auch ist nicht gesichert, dass eine zweisprachige Erziehung den Spracherwerb bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern ungünstig beeinflusst.

Vorübergehende Hörstörungen in der sensiblen Phase des Spracherwerbs oder Hinweise auf eine frühkindliche Hirnschädigung haben keinen Vorhersagewert für die weitere Entwicklung sprachgestörter Kinder.

Über Risiken für die Entwicklung sprachgestörter Kinder ist inzwischen eine Menge bekannt. Unzureichend geklärt ist hingegen, welche protektiven Faktoren die Entwicklungschancen günstig beeinflussen. Als gesichert anzusehen ist die protektive Wirkung eines hohen nonverbalen IQ. Sprachtherapeutische Interventionen können den Spracherwerbsprozess kurzfristig beschleunigen. Längerfristige Wirkungen konnten bislang aber nicht belegt werden (Law et al., 2004). Ob sich eine Beschulung in Spezialeinrichtungen positiv auf die Entwicklung sprachgestörter Kinder auswirkt, ist nicht sicher. Bisherige empirische Überprüfungen erbrachten weder Hinweise auf eine Förderung des Spracherwerbs noch auf bessere Schulleis-

tungen. Auch die emotionale Entwicklung von in Sprachheileinrichtungen beschulten Kindern verläuft nicht günstiger als in Regelschulen und die Kinder werden nicht seltener gehänselt (Knox & Conti-Ramsden, 2003).

Zusammenfassung

Die Prognose sprech- oder sprachentwicklungsgestörter Kinder hängt wesentlich davon ab, wie ausgeprägt und komplex die Störung ist und ob sie bis ins Vorschulalter hinein persistiert. Bei Kindern mit umschriebenen Artikulationsstörungen ist nicht mit langfristigen Folgen zu rechnen, während bei Kindern mit expressiven Sprachstörungen zu erwarten ist, dass bei etwa 40% Sprachdefizite bis ins Jugend- und Erwachsenenalter bestehen bleiben und bei Kindern mit rezeptiven Sprachstörungen bleiben anhaltende Defizite bei etwa 75% bestehen.

Bei Kindern, die auch noch zum Einschulungszeitpunkt die diagnostischen Kriterien einer Sprachentwicklungsstörung erfüllen, ist bei drei von vier Kindern mit einer Lese-Rechtschreibstörung zu rechnen, die wiederum zu Schulschwierigkeiten nicht nur im Fach Deutsch führt. 20% besuchen trotz normaler Intelligenz Schulen für Lernbehinderte und bei den anderen sind Klassenwiederholungen die Regel. Die Schulprobleme nehmen im Laufe der Schulzeit eher zu als ab. Einen regulären Schulabschluss erreicht etwa die Hälfte dieser Kinder und infolge des begrenzten Schulerfolgs sind auch Berufswahl und spätere berufliche Chancen eingeschränkt. Im Erwachsenenalter verfügen sprachentwicklungsgestörte Kinder über ein niedrigeres Ausbildungsniveau und einen geringeren Sozialstatus als Kinder mit vergleichbarer Begabung.

Schwächen in der Laut- und Schriftsprache führen aber nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Schullaufbahn, sondern aufgrund einer eingeschränkten Erfahrungsaneignung auch zu einer Verlangsamung der Intelligenzentfaltung. Im Durchschnitt nimmt auch der nonverbale IQ sprachentwicklungsgestörter Kinder im Laufe der Entwicklung ab. Etwa ein Viertel erreicht im mittleren Schulalter nur noch unterdurchschnittliche IQ-Werte. Besonders gefährdet sind Kinder mit Sprachverständnisstörungen.

Das Risiko psychischer Auffälligkeiten ist bei sprachentwicklungsgestörten Kindern gegenüber unauffällig entwickelten um das Vier- bis Fünffache erhöht. Auch bei einer weitgehenden Rückbildung der Sprachbehinderung persistieren expansive Verhaltensstörungen nicht selten bis ins Er-

wachsenenalter. Unter delinquenten jungen Erwachsenen werden gehäuft solche mit Sprachentwicklungsstörungen in der Anamnese angetroffen. Während expansive Verhaltensauffälligkeiten nicht selten primär bestehen, nehmen introversive während der Schulzeit zu. Stigmatisierung wird sehr häufig berichtet und jedes dritte sprachgestörte Kind erlebt sich als „Prügelknabe“ in der Klassengemeinschaft. Angststörungen, insbesondere soziale Ängste, werden im frühen Erwachsenenalter bei beiden Geschlechtern mit einer Prävalenz von 25 bis 30% beobachtet. Selbstwertgefühl, aber auch die Fähigkeit zum Erkennen von Emotionen Anderer und zum Lösen sozialer Probleme, sind eingeschränkt.

Insgesamt sprechen bisherige Erfahrungen dafür, dass bei Kindern mit persistierenden Sprachstörungen kognitive, emotionale und Verhaltensprobleme, Lernstörungen und Beeinträchtigungen der beruflichen Entwicklungschancen den langfristigen Verlauf prägen. Sprachentwicklungsstörungen sind demnach ein hohes Risiko für spätere sozio-emotionale Dysfunktionalität.

Anschrift

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Abteilung für Entwicklungsfragen
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
Waltherstr. 23
80337 München
Email: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de

Literatur

Aster, D. v., Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2005) Verhaltensbesonderheiten bei zweijährigen Kindern mit einer Sprachentwicklungsverzögerung (Late talkers). In F. Resch (Hrsg.), *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Baker, L., Cantwell, D. P. (1987) A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553

Beitchman, J. H., Wilson, B., Brownlie, E. B., Walters, H., Lancee, W. (1996) Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 804-814

Benasich, A. A., & Tallal, P. (2002) Infant discrimination of rapid auditory cues predicts later language impairment. *Behavioural Brain Research*, 136, 31-49

Benasich, A. A., Curtiss, S., Tallal, P. (1993) Language, learning, and behavioral disturbances in childhood: A longitudinal perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 585-594

Betz-Morhard, K. (2008). Überprüfung der prognostischen Validität von Elternfragebögen für 10 und 12 Monate alte Kinder zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. Magisterarbeit zum Erwerb des akademischen Grades "Magister Artium". München: Ludwig-Maximilians-Universität

Bishop, D. V. M. (1997) *Uncommon understanding - Development and disorders of language comprehension in children.* Hove: Psychology Press

Bishop, D. V. M., Adams, C. (1990) A prospective study of relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied Disciplines*, 31, 1027-1050

Botting, N. (2005) Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 317-326

Botting, N., Faragher, B., Simkin, Z., Knox, E., Conti-Ramsden, G. (2001) Predicting pathways of specific language impairment: What differentiates good and poor outcome? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1013-1020

Brandstetter, G., Bode, H., Ireton, H. R. (2003) Elternfragebogen zur kindlichen Entwicklung - EFkE. Augsburg: Verlag Alexander Möckl

Cohen, N. J. (2002) Developmental language disorders. Outcomes in neurodevelopmental and genetic disorders, 26-55

Conti-Ramsden, G., Botting, N., Simkin, Z., Knox, E. (2001) Follow-up of children attending infant language units: Outcomes at 11 years of age. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 207-219

Conti-Ramsden, G., Durkin, K. (2008) Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Speech and Hearing Research*, 51, 70-83

Durkin, K., Conti-Ramsden, G. (2007) Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development*, 78, 1441-1457

Fenson L, Dale PS, Reznick JS, et al. (1993) MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual. San Diego, CA: Singular Publishing Group

Grimm, H., Doil, H. (2000) Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern. Göttingen: Hogrefe

Knox, E., Conti-Ramsden, G. (2003) Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? International Journal of Language and Communication Disorders, 38, 1-12

Larney, R. (2002) The relationship between early language delay and later difficulties. Early Child Development and Care, 172, 183-193

Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., Nye, C. (2000) Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. International Journal of Language and Communication Disorders, 35, 165-188

Law, J., Garrett, Z., Nye, C. (2004) The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47, 924-943

Lewis, B. A., Freebairn, L. A., Taylor, H. G. (2000) Academic outcomes in children with histories of speech sound disorders. Journal of Communication Disorders, 33, 11-30

Lindsay, G., Dockrell, J. E., Mackie, C. (2008) Vulnerability to bullying in children with a history of specific speech and language difficulties. European Journal of Special Needs Education, 23, 1-16

Lyytinen, P., Poikkeus, A.-M., Laakso, M.-L., Eklund, K., Lyytinen, H. (2001) Language development and symbolic play in children with and without familial risk for dyslexia. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44, 873-885

Oller, D. K., Eilers, R. E., Neal, A. R., Schwartz, H. K. (1999) Precursors to speech in infancy: The prediction of speech and language disorders. Journal of Communication Disorders, 32, 223-245

Paul, R. (1993) Patterns of development in late talkers: Preschool years. Journal of Childhood Communication Disorders, 15, 7-14

Paul, R., James, D. F. (1990) Language delay and parental perceptions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 669-670

Paul, R., Murray, C., Clancy, K., Andrews, D. (1997) Reading and metaphorical outcomes in late talkers. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40, 1037-1047

Penner, Z. (2002) Plädoyer für eine präventive Frühintervention bei Kindern mit Sprachenerwerbsstörungen. In W. v. Suchodoletz (Hrsg.), Therapie von Sprachentwicklungsstörungen Anspruch und Realität. (106-142). Stuttgart: Kohlhammer

Pharr, A. B., Ratner, N. B., Rescorla, L. (2000) Syllable structure development of toddlers with expressive specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 21, 429-449

Rescorla, L. (2005) Age 13 language and reading outcomes in late-talking toddlers. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 459-472

Rescorla, L. (2005) Outcome at Age 17 of Late-Talking Toddlers. In (Hrsg.), Xth International Congress for the Study of Child Language of the International Association for the Study of Child Language 25.-29.7.2005. The Abstracts. Berlin

Rescorla, L., Dahlsgaard, K., Roberts, J. (2000) Late-talking toddlers: MLU and IPSyn outcomes at 3;0 and 4;0. *Journal of Child Language*, 27, 643-664

Rutter, M., Mawhood, L., Howlin, P. (1992) Language delay and social development. In P. Fletcher & D. Hall (Hrsg.), *Specific Speech and Language Disorders in Children: Correlates, Characteristics and Outcomes (62-77)*. San Diego: Singular Publishing

Sachse, S. (2007) Neuropsychologische und neurophysiologische Untersuchungen bei Late Talkers im Quer- und Längsschnitt. München: Dr. Hut

Sachse, S., Pecha, A., Suchodoletz, W. v. (2007) Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. Ist der ELFRA-2 für einen generellen Einsatz bei der U7 zu empfehlen? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155, 140-145

Sachse, S., Saracino, M., Suchodoletz, W. v. (2007) *Prognostische Validität des ELFRA-1* bei der Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. *Klinische Pädiatrie*, 219, 17-22

Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2007) Diagnostische Zuverlässigkeit einer Kurzversion des Elternfragebogens ELFRA-2 zur Früherkennung von Sprachentwicklungsverzögerungen. *Klinische Pädiatrie*, 219, 76-81

Sachse, S., Suchodoletz, W. v. (2008) Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 34-41

Snowling, M. J., Adams, J. W., Bishop, D. V. M., Stothard, S. E. (2001) Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 173-183

Stothard, S. E., Snowling, M. J., Bishop, D. V., Chipchase, B. B., Kaplan, C. A. (1998) Language-impaired preschoolers: a follow-up into adolescence. *Journal of Speech and Hearing Research*, 41, 407-418

Suchodoletz, W. v., Machery, G. (2006) Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 711-723

Suchodoletz, W. v., Sachse, S. (2008) Sprachbeurteilung durch Eltern - Kurztest (SBE-KT).
www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung/sprachtest_U7.php,

Thal, D., Tobias, S., Morrison, D. (1991) Language and gesture in late talkers: A 1-year follow-up. Journal of Speech and Hearing Research, 34, 604-612

Ward, S. (1992) The predictive validity and accuracy of a screening test for language delay and auditory perceptual disorder. European Journal of Disorders of Communication, 27, 55-72

Wermke, K., Friederici, A. F. (2004) Developmental changes of infant cries - the evolution of complex vocalizations. Behavioral and Brain Sciences, 27, 474-47

Therapie von Sprachverständnisstörungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext

*Katrin Hartmann, Anja Keller &
Rosemarie Meyer-Endres*

Einleitung

Im klinischen Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie dominieren aus sprachlicher Sicht expressive Sprachstörungen unterschiedlicher Komplexität. Im Gegensatz dazu wird die Häufigkeit des Vorkommens rezeptiver Störungen noch unterschätzt, welche sich nach klinischen Studien von Amorosa und Noterdaeme (2003, S. 14) zwischen 30% und 40% bewegt. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass Sprachverständnisstörungen nicht so augenscheinlich sind wie expressive Sprachstörungen und oft nur durch eine differenzierte Diagnostik und viel Erfahrung erfassbar sind¹.

Gleichzeitig bedeuten Sprachverständnisstörungen (nach ICD-10) in besonderer Weise ein Risiko im Hinblick auf die psychische Entwicklung einerseits und auf die Lebensbewältigung der betroffenen Patienten andererseits. In der Literatur finden sich im Gegensatz zu expressiven Störungen bei rezeptiven Sprachstörungen vielfach Hinweise auf eine deutlich erhöhte Komorbidität zu psychiatrischen Auffälligkeiten sowie auf eine erheblich schlechtere Prognose in Bezug auf Schulabschluss, Teilhabe am Leben und Beruf (z.B.: von Suchodoletz & Keiner, 1998; Grimm, 2003; Law et al., 2004; Clegg et al., 2005; Cohen et al., 2005; Snowling et al., 2006). Diese Kinder sind demnach in besonderer Weise in ihrer Entwicklung gefährdet. Sprachverständnisstörungen treten bei einem erheblichen Teil von

¹ Hierbei muss berücksichtigt werden, dass häufig „eine definitive Überschätzung des Sprachverständnisses ...aufgrund eines angemessenen Verhaltens der Kinder in Alltagssituationen und in der Schule“ entsteht, denn: „richtiges Verstehen ist nicht notwendigerweise eine Sprachverständnisleistung, sondern ist kontextuell und situativ und damit nonverbal bedingt.“ (Rüth, 2004, S. 52) Dies erklärt auch, dass Eltern die Sprachverständnisleistungen ihres Kindes häufig nicht treffend einschätzen können (Goorhuis-Brouwer, 1990, S. 260).

Kindern mit expressiver Sprachstörung auf, hier ist eine differenzierte Diagnostik der rezeptiven Sprache unabdingbar. Betroffen sind aber auch nicht selten Kinder mit Kommunikationseinschränkungen anderer Genese, beispielsweise Autismus, Mutismus oder geistiger Behinderung. Wenn hier die Einschränkungen im Sprachverständnis über die dem Entwicklungsstand entsprechend zu erwartenden Leistungen hinausgehen (Gillum & Camarata, 2004, S. 201), beeinträchtigen diese zusätzlich die Lebensbewältigung und sind ebenso therapiebedürftig.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Thema der Sprachverständnistherapie², insbesondere im Hinblick auf die interdisziplinäre und komplementäre Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychologen mit Sprachtherapeuten³. So teilt sich dieser Artikel in zwei große Bereiche:

In Kapitel I werden die in der Literatur beschriebenen Therapieansätze bei Sprachverständnisstörungen kritisch beleuchtet sowie Studien in Bezug auf die Effektivität von verschiedenen Therapieansätzen betrachtet.

In Kapitel II befassen wir uns mit den komplexen Anforderungen an eine Sprachverständnistherapie. Hier werden zunächst die Auswirkungen der Sprachverständnisstörung auf die Kommunikation, die psychische Entwicklung der Patienten und deren Lebensbewältigung ausführlich dargestellt. Davon ausgehend wird ein Therapiemodell entwickelt, das über die Störungen im Sprachsystem hinausgehend alle anderen Bereiche explizit erfasst und berücksichtigt.

Besonders wichtig ist uns, die Überschneidung der Behandlungsbereiche der Psychiater und Psychologen und der Sprachtherapeuten zu verdeutlichen. Ein möglichst umfassendes Wissen im jeweils anderen Bereich lässt die angebotenen Therapien weitaus effektiver wirken und erleichtert gleichzeitig das Erkennen seiner eigenen Grenzen, um zum Wohle des Patienten entsprechend reagieren zu können.

I. Darstellungen von Studien und kritische Bewertung von Literatur zu Sprachverständnistherapie

² Ursachen von Sprachverständnisstörungen werden deshalb in diesem Rahmen nicht dargestellt. Für Besonderheiten des diagnostischen Prozedere wird auf den Artikel von Amorosa (in diesem Band) verwiesen.

³ Für eine bessere Lesbarkeit wird im Folgenden überwiegend von Therapeuten bzw. Psychiatern, Psychologen gesprochen – wobei selbstverständlich auch die Therapeutinnen etc. eingeschlossen sind.

Sondiert man aktuell verfügbare Literatur unter dem Fokus der Sprachverständnistherapie, zeigen sich nicht nur Grenzen bezüglich der Anzahl veröffentlichter Therapiestudien: Law et al. (2004) kommen im Rahmen ihrer Metastudie zu dem Ergebnis, dass eine Beurteilung der Effektivität therapeutischer Vorgehensweisen oftmals an einer nicht ausreichend erfolgten Evaluierung scheitert. Hinzu kommt eine oft nur sehr geringe Vergleichbarkeit der vorhandenen Ergebnisse aufgrund heterogener Studienschwerpunkte/-konzepte (Law et al., 2004), was vermutlich auch auf die Komplexität der Störung zurückzuführen ist. Auf den Vergleich von Studien wirkt sich des Weiteren aus, dass Kinder mit Sprachverständnisstörung bemerkenswerterweise aus den Studien häufig ausgeschlossen wurden.

Auch Amorosa und Gebhard (2003) kommen zu dem Schluss, dass es nur wenige Studien gibt, die gezielt Kinder mit rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen untersuchen und stellen fest, dass es noch weniger Studien gibt, bei denen kontrolliert die Verbesserung des Verständnisses überprüft wird (ebd., S.38). Noch nachdenklicher stimmt die von Law et al. veröffentlichte „Metastudie“⁴ (2004), in der die Autoren zu dem Schluss kommen, dass eine sprachtherapeutische Intervention v.a. für die Kinder effektiv zu sein scheint, die nicht noch zusätzlich eine Sprachverständnisstörung haben. Bei der Betrachtung der outcomes beim Verstehen auf Satzebene sind die Ergebnisse noch klarer: „The effect estimate did not show any significant differences between speech and language interventions versus no treatment.“ (ebd., S. 930)

Einzig tatsächlich positiv gefundene und verwertbare Ergebnisse werden z.B. von Gebhard (2007) bzgl. der Therapie des „Comprehension Monitoring“ (nach: Dollaghan & Kaston, 1986) vorgestellt – welche jedoch lediglich auf einer Stichprobengröße von 4 Probanden beruht.

Um sich ein inhaltlich umfassenderes Bild machen zu können über die in der Literatur zu findenden Therapieansätze im Bereich des Sprachverständnisses, sollen diese im Folgenden in einem Überblick beleuchtet werden, ohne jedoch dem Anspruch auf Vollständigkeit entsprechen zu können.

⁴ Allerdings muss angemerkt werden, dass lediglich zwei Studien einbezogen werden konnten und damit die Basis dieses Ergebnisses darstellen.

Orientiert an der verfügbaren Literatur⁵ werden für die Darstellung folgende Kategorien gewählt:

- Therapie von Basisstörungen
- Kommunikativ – spielerisch orientierte Therapie
- Erarbeiten von Strategien im Umgang mit Sprachverständnisproblemen
- Indirekte Therapie über Beratung und Anleitung

1. Therapie von Basisstörungen

Die Therapie von Basisstörungen baut auf angenommenen Störungen von Basisleistungen auf. Darunter werden grundlegende Aspekte der Sprachverarbeitung verstanden, die als Voraussetzungen für komplexere Sprachverarbeitung und Sprachverständnis angenommen werden. Ob ihnen diese Bedeutung tatsächlich zukommt, wird allerdings zum Teil sehr kontrovers diskutiert. Im Wesentlichen sind dies:

- Auditive Merkfähigkeit
- Auditive Wahrnehmung und Verarbeitung
- Sprachrhythmus

1.1. Auditive Merkfähigkeit

Die Hypothese Gillams der eingeschränkten auditiven Merkfähigkeit mit einem Erarbeiten von Kompensationsstrategien⁶ zur Verbesserung des auditiven Kurzzeitgedächtnisses zu begegnen, reflektieren Amorosa und Gebhard (2003, S. 38) kritisch und stellen fest: „Es gibt wenig Untersuchungen dazu, ob sich die Zahl der Items, die behalten werden können, durch das Training tatsächlich verbessert.“ Ein Hinweis, dass sich ein reduziertes Sprechtempo aber sehr wohl als hilfreich zeigt, ist der Studie von Montgomery (2004) zu entnehmen, wobei einer eingeschränkten Kapazität des phonologischen Arbeitsgedächtnisses mittels reduzierter Äußerungslänge kein Effekt zukommt.

⁵ Die erweiterte Suche nach therapeutischen Ansätzen, die mit dem Vorzeichen einer Sprachverständnisstörung explizit die Förderung kommunikativer Fähigkeiten bzw. das Problem der Störungsbewältigung auf emotionaler Ebene als Ziel haben, ließ leider nicht fruchtbar werden.

⁶ Im Rahmen von „Gedächtnisspielen“ setzt er die Betonung wichtiger Wörter, reduzierter Sprechgeschwindigkeit und Einsatz von Bildern ein.

Das von der Arbeitsgruppe um Tallal entwickelte, computergestützte Verfahren „Fast For Word“ (FFW) (nach Amorosa & Gebhard, 2003) knüpft an angenommene Störungen im Bereich der Wahrnehmung kurzer, sich schnell verändernder akustischer Reize an. Versucht wird hierbei mittels akustisch veränderten Sprachangebots⁷ auf Silben- und Wortebene sprachliche Fähigkeiten, z.B. in den Bereichen Lautdiskrimination, phonologische Bewusstheit und Satzverständnis zu verbessern. Abgesehen davon, dass es für den deutschsprachigen Raum keine entsprechende Adaptation des Programms zu geben scheint, findet sich in der Literatur eine durchaus lebhaft beleuchtete dieses Ansatzes mit doch erheblich differierenden Ergebnissen. Während zum einen sehr positive Fortschritte beschrieben werden, kommen beispielsweise Cohen et al. (2005) wie auch Bishop et al. (2006) zu dem Ergebnis, dass durch den Einsatz des FFW kein zusätzlicher therapeutischer Nutzen für spezifisch sprachentwicklungsgestörte Kinder zu erwarten ist. Diese Diskrepanz verwundert insofern nicht, als dass die von Tallal angenommenen Voraussetzungen für das Entstehen einer Sprachentwicklungsstörung bislang nicht abschließend bestätigt werden konnten (zitiert nach: Amorosa & Gebhard, 2003, S. 39).

1.2. *Auditive Wahrnehmung*

Ein weiterer therapeutischer Ansatz fußt auf dem (zunehmend in „Mode“ gekommenen) Konstrukt der „Auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung“ (AVWS). Hierbei wird bei vorab ausgeschlossenen Höreinschränkungen von Störungen in der auditiven Wahrnehmung ausgegangen, welche als ursächlich für das Entstehen von kindlichen Sprachentwicklungsstörungen angenommen werden. In der Literatur lässt sich eine höchst kontrovers geführte Diskussion verfolgen. Eine Untersuchung entsprechender Hörtrainings im Hinblick auf die Verbesserung sprachlicher Fähigkeiten führen jedoch laut von Suchodoletz (2006) nicht zu dem erhofften Fortschritt. So konstatiert er:

„Bei Sprachstörungen können auditive Trainingsverfahren somit nicht als eine kausale Therapie angesehen werden und nicht als Voraussetzung für das Ansprechen einer logopädischen Behandlung. Sie sollten nicht im Mittelpunkt von Interventionen stehen, sondern allenfalls ergänzend in einem multimodalen Therapiekonzept eingesetzt werden. (...) Eine sprunghafte Verbesserung sprach-

⁷ Durch Verlangsamung und Betonung speziell von Konsonanten, erhält Sprache eine Stakkato-Qualität (Amorosa & Gebhard, 2003, S. 38).

licher oder anderer Fähigkeiten ist mit einem auditiven Training nicht zu erreichen.“ (ebd., S. 22)⁸

1.3. *Sprachrhythmus nach Penner*

Eine dritte Hypothese nimmt eine Störung sprachrhythmischer Regeln und der zugrunde liegenden Prinzipien des Bedeutungserwerbs als ursächlich an. Penner führt in seinem Skript zur Anwendung des von ihm entwickelten Programms „Kon-Lab“ zur frühen Sprachförderung aus, dass es für das Kind unmöglich sei, Lautketten mit Bedeutung zu verstehen, wenn es nicht in der Lage ist, „akustisch wahrgenommene kontinuierliche Sprechsignale in die einzelnen sprachlichen Einheiten (Wörter, Sätze etc.) – noch ohne Bedeutungszuordnung – zu zerlegen“. (ebd., S. 12). Das Programm (einzeln und in Gruppen durchführbar, für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und für Kinder mit Migrationshintergrund) enthält vorgefertigte Interventionsbausteine, die allen Kindern in einer festgelegten Reihenfolge angeboten werden. Penner und Schmid (2005, S. 299) selbst beschreiben bei weitgehender Fokussierung der Förderung expressiver Fähigkeiten gute Fortschritte auch im Sinne zu erwartender „Transfereffekte in den nicht geförderten Domänen wie beispielsweise Frageverstehen, Wortschatz und phonologisches Gedächtnis“ der Kinder durch das Gruppentraining. Unabhängige Studien stehen unseres Kenntnisstandes bis dato aus. Kritisch zu sehen ist, dass bei Auswahl und Durchführung des Programms „die individuelle Symptomatik und Ausprägung der Störung des einzelnen Kindes keine wesentliche Rolle spielt.“ (Siegmüller & Kauschke, 2006, S. 13). Das Bestreben, dieses Verfahren im Sinne eines „Gießkannenprinzips“ flächendeckend in Kindergärten von (zwar vorab geschulten) ErzieherInnen einsetzen zu wollen, wird als Versuch verstanden, so früh wie möglich, möglichst viele Kinder zu fördern. Spezifität und Individualität gehen hierbei verloren.

⁸ An dieser Stelle soll kurz auf den Technical Report der American Speech-Language-Hearing-Association (ASHA) hingewiesen werden: Das Konsensuspapier wurde von der ASHA in der Weise überarbeitet, dass höhere kognitive Sprachfunktionen (phonologische Bewusstheit einschließlich auditiver Analyse und Synthese, auditiver Aufmerksamkeit, auditives Gedächtnis), einschließlich des Sprachverstehens, Sprachverständnis und Interpretation des Gehörten aus der Definition einer AVWS ausgeschlossen wurden (nach: Brunner, 2007, Ptok, 2006).

2. Kommunikativ-spielerische Ansätze zur Therapie von Sprachverständnisstörungen

Unter kommunikativ-spielerischen Ansätzen lassen sich Vorgehensweisen ganzheitlicher Art mit dem Fokus auf spielerisch-handelnde Kontexte gegenüber eher sprachsystematischen Settings abgrenzen.

2.1. Therapie nach Zollinger und Mathieu

Die Therapieansätze sowohl von Zollinger als auch von Mathieu zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Sprachverständnis explizit im Fokus ihrer Behandlung sehen – wenn auch im Rahmen einer Behandlung der gesamten Sprachstörung. Den therapeutischen Vorgehensweisen ist gemein, dass sie im Rahmen spielerischer Handlungen in der Kommunikation sprachliche Fähigkeiten zu verbessern versuchen. Hier ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte je nach angenommener Ursache und der Altersgruppe, die im Vordergrund steht.

Zollinger (2000, 2004) sieht das Entstehen einer Sprachverständnisstörung in Verbindung mit einem mangelndem Vorstellungsaufbau, so dass das Kind real präsente Gegenstände und Personen benötigt, um diese direkt in Verbindung mit Sprache bringen zu können. Die Basis für die sichere Verknüpfung von Sprache und Gegenstand sieht sie im triangulären Blickkontakt. Entsprechend versucht Zollinger orientiert am Interesse des Kindes Spielsituationen herzustellen, in denen es für das Kind Neues zu entdecken gilt und so den Anreiz zu schaffen, dass das Kind dieses neu „Entdeckte“ mitteilen möchte. Eine Vorauswahl wird von der Therapeutin, entsprechend des vorab erhobenen „Entwicklungsprofils“ (Böhr, 2004), getroffen. Hierbei werden praktisch-gnostische, symbolische, sozial-kommunikative und sprachliche (Produktion und Verständnis) Fähigkeiten erfasst.

Große Überschneidungen bestehen zu dem von Mathieu (2007) entwickelten Vorgehen. Zusammenhänge zwischen auffälliger Sprachverständnisentwicklung, mangelndem Aufbau von Vorstellungen und einem engen Zusammenhang mit der Spielentwicklung führen dazu, das Spiel als therapeutisches Mittel einzusetzen. Es ermöglicht nicht nur, das Kind bei seinen Interessen abzuholen, sondern erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Transfers in den Alltag des Kindes. Gegenüber dem Vorgehen nach Zollinger wird im Therapiekonzept von Mathieu (2007) eine größere Altersspan-

breite abgedeckt. Entsprechend wird die Ablösung des spielerischen Vorgehens im Schulalter durch eine „Übungsbehandlung“ als altersentsprechend beschrieben.

Vermutlich auch begründet in einem weiter gefassten Altersspektrum, finden sich im Vergleich beider Vorgehensweisen auch qualitative Unterschiede hinsichtlich der Aspekte Kompensationsstrategien, Erkennen von Verstehen vs. Nichtverstehen und dem Arbeiten an abstrakten Inhalten z.B. Gefühlen, um diesen auch inhaltlich eine Form zu geben und sie damit verstehbar zu machen.

2.2. *Theraplay*®

Das Konzept des Theraplay wurde in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern sowie mit sozial schwachen Familien in den 1960er Jahren von der Psychologin Jernberg entwickelt. Es versteht sich als „direktive, körperbezogene, interaktive, positive Spieltherapie“ (Franke, 2007, S. 45). Diese war zunächst eher im Sinne einer „Vorbehandlung“⁹ bei Kindern mit Sprachverständnisstörung gedacht. Dem gegenüber lassen neuere Veröffentlichungen erkennen, dass die Behandlung der Sprachverständnisstörung mittlerweile auch als explizit benannte Indikation für das Arbeiten nach dem Theraplay-Konzept entdeckt wurde, weshalb im Folgenden näher darauf eingegangen werden soll:

Vergleichbar den vorgestellten Konzepten von Mathieu und Zollinger steht die Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn im Vordergrund, wobei unmittelbare Bezugspersonen als „Kotherapeuten“ in die Therapie einbezogen werden, die das Kind auf dem Schoß haben und mitunter den Therapeuten bei Bedarf vor Übergriffen (z.B. in Form von beißen, treten) schützen sollen. Die Therapie selbst findet in einem eher reizarm gestalteten Raum statt. „Spielzeug wird für Theraplay nicht gebraucht, da das Spiel interaktiv ist, ein paar Utensilien sind nur Mittel zum Zweck, damit sich das Kind besser kennenlernt.“ (Franke, 2007, S. 47). Mittels sprachlicher Rituale, Fingerspielen, Auszählversen in Verbindung mit Bewegung, Körperinsatz und Berührung sollen Sprachrhythmus, -gedächtnis, Aufmerksam-

⁹ Wenn die Fähigkeit des Kindes „zu angemessener interpersonaler Kommunikation so gering ist, dass die notwendige logopädische Behandlung nur mit Schwierigkeiten und mit einer wesentlich verlängerten Therapiedauer durchgeführt werden könnte, wird das Kind zunächst mit Theraplay vorbehandelt, um es für die Logopädie seiner Sprachstörungen zugänglicher zu machen.“ (Wettig & Franke, 2004, S. 1)

keit auf phonologische Phänomene und auch Sprachverständnis gefördert werden (Franke, 1999).

Kritisch reflektieren von Gontard und Lehmkuhl (2003, S. 95): „Das Spiel wird aktiv, ausschließlich vom Therapeuten initiiert und kontrolliert. Vorschläge des Kindes werden registriert, aber nicht aufgegriffen, sondern sogar unterbunden. Eine Regression wird induziert durch Berührung, Kleinkindspiele, Wiegelieder, Füttern (auch mit Babyflaschen), Eincremen von Händen und Füßen, Hochwerfen usw.“ Die Indikationen sind sehr breit gefächert und reichen von Autismus über AD(H)S und Traumata bis hin zu Bindungsstörung – und umfassen eben auch Sprachstörungen, expressiver wie rezeptiver Art. Allerdings finden sich hierbei keine Ausführungen dazu, worin tatsächlich die Spezifität der Therapie von Sprachverständnisstörungen mittels Theraplay im Gegensatz zur Therapie anderer Störungsbilder besteht. Omnipotenzansprüche mit einem hohen Stellenwert eindrücklich erscheinender Fallvignetten unterschiedlichster Störungsbilder und unabhängig vom beruflichen Hintergrund des jeweiligen Therapeuten, lassen nachdenklich werden. Und doch weisen Franke und Wettig (2004) im Rahmen mehrerer Studienergebnisse auf höchst positive Fortschritte der Kinder auch im Hinblick ihrer rezeptiven Fähigkeiten hin. Eine unabhängig-kritische Überprüfung dieses Ergebnisses wäre sicher interessant.

2.3. Entwicklungsproximale und handlungsorientierte Therapien

Zu Ansätzen des sprachtherapeutischen Fundus, die die Förderung rezeptiver Fähigkeiten berücksichtigen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß im Fokus haben, zählen beispielsweise:

- Beschreibung verschiedener Elemente der Sprachverständnistherapie nach Endres und Baur (2003)
- entwicklungsproximales Vorgehen nach Dannenbauer (1994)
- kontextoptimiertes Vorgehen nach Motsch (2006)
- Patholinguistischer Therapieansatz nach Siegmüller und Kauschke (2006).

Endres und Baur (2003) beschreiben in ihrem Beitrag des Therapiemanuals zu rezeptiven Sprachstörungen verschiedene Ebenen der Sprachverständnistherapie. Beginnend bei Grundelementen schildern sie Möglichkeiten des therapeutischen Vorgehens in den Bereichen: Bewusstsein für Sprache und Kommunikation sowie Wort- Satz- und Textebene. Unter Verwendung von Gebärden und Schriftsprache als mögliche Unterstützung finden sich

in diesem Beitrag zahlreiche praxisbezogene Umsetzungsmöglichkeiten und Therapiebeispiele für verschiedene Altersgruppen und Schweregrade der Störung.

Während sich bei Dannenbauer (1994) und Motsch (2006) die Darbietung sprachlich modellhafter Äußerungen in erhöhter Frequenz in spielerische Kontexte eingebettet findet, orientiert sich das Konzept des Patholinguistischen Therapieansatzes weniger an den Interessen des Kindes. Hier wird ein isoliertes Vorgehen an einzelnen sprachlichen Ebenen vorrangig mittels systematisch angebotener Bildkarten vorgestellt, ohne Transfereffekte auf andere sprachliche Bereiche zu erwarten (Siegmüller & Kauschke, 2006, S. 17).

Insbesondere in diesem Bereich therapeutischer Vorgehensweisen lässt sich nach wie vor ein großer Forschungsbedarf auch im Hinblick der Überprüfung der Effektivität therapeutischer Vorgehensweisen konstatieren. Dass sich bislang diesbezüglich nur eine sehr begrenzte Anzahl an Studien finden lässt, ist sicherlich auch auf die Komplexität der Störung, nicht eindeutig geklärter Ursachengeflechte und der wohl doch sehr individuell angepassten Vorgehensweisen in der Therapie zurückzuführen.

3. Erarbeiten von Strategien im Umgang mit Sprachverständnisproblemen

Ein Erarbeiten von Strategien im Umgang mit Sprachverständnisproblemen erfordert in gewissem Maße Fähigkeiten, über Sprache, also metasprachlich, reflektieren zu können. Auf dieser Ebene zentriert sich die Literaturrecherche auf einen bereits 1986 veröffentlichten Artikel von Dollaghan und Kaston, welcher auf der Basis angenommener Störungen im Bereich der Sprachverstehenskontrolle die Prozesse des „Comprehension Monitoring“ zu verbessern versucht. Es handelt sich hierbei um den Prozess, „durch den ein Hörer sein eigenes Sprachverstehen überprüft, und sobald er Sprachverstehensprobleme entdeckt, darauf reagiert“ (Schmitz & Diem, 2007, S. 33). Skarakis-Doyle et al. (1990) stellen fest, dass die Fähigkeit des „Comprehension Monitorings“ im Laufe der mittleren und späten Kindheit schrittweise erworben wird. Während Kinder mit einer Sprachstörung eher durch präintentionale, nonverbale Verhaltensweisen erkennen lassen, dass sie etwas nicht verstanden haben, zeigen altersgerecht entwickelte Kinder dies direkter, z.B. durch konkretes Verbalisieren. Das Repertoire der sprachgestörten Kinder ist demgegenüber sehr einge-

schränkt und besteht v.a. in der Aufnahme von Blickkontakt. Patterson et al. (zitiert nach: Skarakis-Doyle, 1990) sieht dies als Hinweis darauf, dass sprachgestörte Kinder sehr wohl in der Lage sind, auf basaler Ebene zwischen Verstehen und Nichtverstehen zu unterscheiden. Diese Signale sollten von den Erwachsenen daher auch als bedeutungsvolle Kommunikation aufgefasst werden. Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Zusammenhang Motivation und Interesse der Kinder, sich Inhalte über den Einsatz des „Comprehension Monitoring“ verstehbar zu machen. Diesbezügliche Hinweise gab die Studie von de Sousa und Oakhill (1996, S. 480), die zu dem Schluss kamen, dass „for poor comprehenders, the effectiveness of comprehension monitoring is dependent upon the child’s level of interest, and it is more effective at higher interests levels than at lower levels.“

Während das „Comprehension Monitoring“ als „strukturiertes Trainingsprogramm“ (Gebhard, 2007) konzipiert ist, kommen sowohl Gebhard als auch Schmitz und Diem (2007) zu dem Schluss, dass dieses ausschließlich eingesetzt der Komplexität einer Sprachverständnisstörung nicht gerecht wird. Die genannten Autoren setzen wiederum unterschiedliche Schwerpunkte:

Gebhard (2007) ergänzt das Trainingsprogramm auf Ebene der Verbesserung der linguistischen Systeme durch einen vielfältigen Einsatz von Sinesindrücken, lautsprachbegleitenden Gebärden und schriftsprachlichen Materials, um durch eine „modale Koppelung“ das Kind beim Erwerb des passiven Wortschatzes zu unterstützen.

Schmitz und Diem (2007) sehen neben der Erweiterung der Sprachverstehenskontrolle die Vermittlung der kommunikativen Funktion von Sprache im Sinne Zollingers als basalen Baustein in der Therapie des Sprachverständnisses. Sie haben, aufbauend auf dem von Dollaghan und Kaston (1986) veröffentlichten Therapieprogramm, einen Ansatz zur Verbesserung der Sprachverstehenskontrolle vorgestellt (ME-SVK). Das von Dollaghan und Kaston entwickelte Therapieprogramm wurde von ihnen übersetzt und leicht modifiziert. Über den Aufbau von Zuhörverhalten werden zunächst Basisvoraussetzungen für das Aufnehmen sprachlichen Inputs geschaffen. Der Einsatz von vorbereitetem Tonbandmaterial zunehmender Komplexität stellt einen zentralen Aspekt der Vorgehensweise dar. Dies ermöglicht, dass Therapeut und Kind quasi von derselben Perspektive aus gemeinsam reflektieren können, ob das, was vom Tonband gehört wurde, verstehbar ist oder nicht. In diesem Setting ist der Therapeut Modell für das Kind, Nichtverstehen zu erkennen, dieses zu verbalisieren und schließ-

lich klären zu können. Gerade an diesen Erfahrungen, so führen Schmitz und Diem (2007, S. 34) aus, mangelt es den Kindern. Zudem ist davon auszugehen, dass: “people tend to believe that communications they receive are true and complete, and so they tend to try to make sense of any input, no matter how confusing: (Grice, 1975, zitiert nach: de Sousa & Oakhill, 1996, S. 471)

Austauschbare Module lassen sich, „individuell auf die vorhandenen Fähigkeiten bzw. Schwierigkeiten des Kindes zugeschnitten, durchführen“ (Schmitz & Diem, 2007, S. 35). Viel versprechende Ergebnisse werden berichtet, eine ausführliche Wirksamkeitsstudie liegt noch nicht vor.

Der Ansatz des „Comprehension Monitoring“ findet sich in der Literatur immer wieder positiv diskutiert (z.B. Gebhard, 2007, S. 35) und ist bis heute aktuell (s. Schmitz & Diem, 2007). Die Schwierigkeiten in der therapeutischen Umsetzung bestehen jedoch darin, dem Patienten eine Flexibilität im Umgang mit dieser Strategie zu vermitteln. Diese ist notwendig, um die Sprachverstehenskontrolle als Strategie situationsabhängig und maßvoll einsetzen und bei Bedarf auf alternative Strategien zurückgreifen zu können. Auch darf die Perspektive des sprachverständnisgestörten Patienten nicht vergessen werden:

Exkurs: Würden die Betroffenen alles erfragen, was sie nicht oder nur ungefähr verstanden haben, wäre die Kommunikation in vielen Fällen in recht kurzer Zeit so stark durch permanente Unterbrechungen gestört, dass die Freude an gemeinsamer Kommunikation auch beim Gesprächspartner darunter leidet. Auch im Schulunterricht sprengt dies aller Erfahrung nach schnell den Rahmen und wird eher als Behinderung des Ablaufs empfunden und nicht als engagierte Unterrichtseteiligung. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Kinder häufig gar nicht formulieren können, was sie nicht verstanden haben. Wer kann schon Wörter und Satzteile wiederholen, die er eben nicht kennt? Und wer signalisiert gerne alternativ dazu, dass er „gar nichts“ verstanden hat? Abgesehen davon: Wer hat nicht Angst davor, permanent Inkompetenzen zu zeigen?

4. Indirekte Therapie über Anleitung und Beratung

In der Literatur beschriebene Ansätze knüpfen überwiegend an den primären Beziehungspersonen an. Sie haben den meisten Kontakt mit ihren Kin-

dern und erweisen sich in der Regel als „Experten“ für ihre Kinder und auch im Hinblick auf ihre Entwicklung als sensibel.

„Bereits im Alter von zwei Jahren wird das Verhalten der sprachentwicklungsgestörten Kinder von ihren Müttern als deutlich auffälliger und schwieriger eingeschätzt als bei sprachlich unauffälligen Kindern. Diese frühen Verhaltensauffälligkeiten belasten einerseits die Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen, andererseits behindern sie zusätzlich die bereits durch den Sprachrückstand erschwerte Kommunikation.“ (Amorosa & Endres, 2004, S. 129)

Dies verdeutlicht auch die Notwendigkeit, therapeutische Interventionsmaßnahmen früh anzusetzen, um ein sich „Einschleifen“ negativer Mechanismen in Interaktion und Kommunikation zu vermeiden, welche sich erschwerend auf die weitere Sprachentwicklung auswirken können.

Dies kann – angepasst an die Bedürfnisse wie auch an die persönlichen Ressourcen – entweder in Einzelsettings oder in Gruppensituationen erfolgen:

Schelten-Cornish (2005) beschreibt anhand von Fallbeispielen eine indirekte, interaktive Intervention, die bei noch sehr jungen oder aber schwer sprachgestörten Kindern ansetzen kann. Entsprechend basal stellen sich Ansatzpunkte (basierend auf Zollinger) dar. Diese Intervention zielt auf die Unterstützung der Eltern im Hinblick auf das Erkennen und Einsetzen sprachfördernder Verhaltensweisen im Alltag ab. Eltern werden somit zu Co-Therapeuten, die mit sprachfördernden Verhaltensweisen sofort Bezug auf die momentanen Interessen des Kindes nehmen können, wodurch die kindlichen Verarbeitungsmechanismen optimal auf den sprachlichen Input gerichtet werden.

Als Konzepte, die im Fokus die Anleitung von Eltern sprachentwicklungsverzögerter Kinder haben, ist insbesondere auf das „Hanan-Programm“ von Manolson (1992) sowie die Arbeiten von Amorosa und Endres (2004) sowie Buschmann und Joos (2007) zu verweisen.

Es handelt sich jeweils um Konzepte von Elterngruppen, die sich über 6-8 Module erstrecken, zum Teil auch Nachtreffen oder Nachschulungen beinhalten. Neben der Vermittlung von Informationen zum Thema der Sprachentwicklungsstörung geht es immer um die Sensibilisierung der Eltern für

die sprachlichen Probleme ihrer Kinder, das Wahrnehmen von daraus resultierenden Schwierigkeiten in der Kommunikation sowie das Erarbeiten von sprachförderlichen Verhaltensweisen und die Stärkung der intuitiven Sprachlehrstrategien, um ein Gelingen der Kommunikation zu ermöglichen. Während Buschmann und Joos der Modifikation der Bilderbuch-Situation einen zentralen Stellenwert beimessen, sind die Ansatzpunkte sowohl in der Gruppe von Amorosa und Endres (2004) als auch im „Hannen-Programm“ in stärkerem Maße alltagsorientiert und situationsunabhängig. Gearbeitet wird im Grunde in allen Konzepten mit Videomaterial. Die Verwendung konkreter Videosequenzen der Eltern-Kind-Interaktion, wie dies bei Amorosa und Endres (2004) in hohem Maße eingesetzt wird, ermöglicht eine sehr individuell an den Bedürfnissen der Teilnehmer ausgerichtete Vorgehensweise. Demgegenüber arbeiten sowohl Buschmann als auch Manolson viel mit standardisiert erarbeitetem, gruppenübergreifend einsetzbarem Material und Demovideos. Rollenspiele, therapeutische Hausaufgaben etc. sind Bestandteile aller Gruppenkonzepte. Einzig in der Gruppe von Amorosa und Endres erhält die Sensibilisierung für Sprachverständnisstörungen und deren Auswirkungen einen klaren Stellenwert in der Konzeption. Ansonsten fällt doch eine sehr deutliche Fokussierung der Elterngruppen auf die Förderung expressiver Fähigkeiten auf. So ist bei genauerer Betrachtung der Konzeption von Buschmann und Joos (2007) zu bemerken, dass sowohl die Auswahl der Risikokinder als auch die Feststellung der sprachlichen Fortschritte im Anschluss an das erfolgte Elterntraining ausschließlich mit expressiv orientierten Verfahren getroffen wird.

Erste Evaluationsergebnisse (Amorosa & Endres, 2004, Buschmann & Joos, 2007) der Konzepte zeichnen jedoch übereinstimmend positive Entwicklungen sowohl auf Ebene der Eltern als auch der Kinder ab. Berichtet wird von den Eltern selbst über eine größere Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern, mit kritisch-, „wohlmeinenden“ Bemerkungen des Umfelds aber auch im Hinblick auf Einschätzungen, die es z.B. im Hinblick auf den Eintritt in den Kindergarten oder den Beginn einer Therapie zu treffen gilt (Amorosa & Endres, 2004). Das Ziel, psychiatrisch präventiv eine entspanntere Eltern-Kind-Interaktion zu erreichen, wird somit bestätigt. Fortschritte werden aber auch auf sprachlicher Ebene sowie im Verhalten des Kindes geschildert und lassen sich auch in Evaluationsstudien belegen (Buschmann & Joos, 2007). Diese ersten Ergebnisse stützen die Notwendigkeit weiterer Forschungen in diesem Gebiet und sprechen für die Effizienz einer elternfokussierten Vorgehensweise auch im Gruppenkontext, auch wenn natürlich eine ausschließliche Zuordnung von Fortschritten resultierend aus dem erfolgten Elterntraining Schwierigkeiten bereiten dürfte.

Das kindliche Umfeld dehnt sich mit zunehmendem Alter von den Eltern als primäre Bezugs- und damit dominierende Kommunikations- und Interaktionspartner spätestens mit Eintritt in den Kindergarten zunehmend aus. Das Umfeld umfasst dann auch Lehrer sowie pädagogisch-therapeutisches Personal: Als Äquivalent zu dem „Hanan Programm“ für Eltern stellt das „Hanan Early Childhood Educators“, mittels des modifizierten Programms „Learning Language and Loving It™“, das pädagogisch-therapeutische Personal als Zielgruppe in den Mittelpunkt. Die Idee dieses Ansatzes ist es ebenfalls, die sprachlichen Schwierigkeiten des Kindes zu erkennen und durch ein entsprechend individuell angepasstes Sprachangebot im Alltag den Spracherwerb zu unterstützen. Anwendung findet es v.a. im Bereich des Vorschulalters. Interessant ist hier das Ergebnis der von Coulter und Gallagher (2001) durchgeführten Evaluationsstudie. Demnach zeigten sich keine Fortschritte in den konkreten sprachlichen Fähigkeiten der Kinder, sehr wohl aber auf Ebene der Interaktionskompetenzen/-fähigkeiten.

Im deutschsprachigen Raum geben Grimm (2003 b) sowie Wagner und Werner-Frommelt (2003) mittels praxisorientierter Beispiele und anschaulichen Materials Anregungen, Kinder mit einer Sprachverständnisstörung im pädagogischen wie im schulischen Rahmen zu unterstützen. Aufgezeigt werden sehr wohl auch die Grenzen des therapeutischen Übens im Tagesablauf. Eine Evaluation dieser sehr an den individuellen Bedürfnissen orientierten Vorgehensweise wäre auch unter dem Gesichtspunkt von Interesse, ob sich hier im Gegensatz zu dem Gruppensetting von „Hanan“ auch Fortschritte im spezifisch sprachlichen Bereich feststellen lassen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Thema der Sprachverständnisstörung in den letzten Jahren zunehmend Interesse erfahren hat. Die Schwierigkeit, ein umfassendes therapeutisches Konzept zu entwickeln, beruht sicher auf bislang nicht geklärtem Ursachengefüge und der Komplexität der Störung. Obwohl vielfach Auswirkungen von Sprachverständnisstörungen auf emotionale Bereiche konstatiert werden, findet die Dynamik in der Kommunikation mit sprachverständnisgestörten Kindern in der Literatur noch wenig Beachtung.

II. Therapie von Sprachverständnisstörungen

1. Dynamik der Sprachverständnisstörung

Meist richtet sich der Fokus der Therapie einer Sprachverständnisstörung auf eine Förderung der sprachsystematischen Bereiche Wort-, Satz- und Textebene. Die Dynamik, welche durch eine Sprachverständnisstörung auf Ebene der Kommunikation, Interaktion und Emotionalität ausgelöst wird, wird hierbei meist vernachlässigt.

1.1. Personelle Einflussfaktoren

Jeder hat einen eigenen „Stil“, um zu kommunizieren. Solange es nicht zu einer Störung in der Kommunikation kommt, wird man sich keine Gedanken machen, welche Faktoren zum Gelingen oder Scheitern einer Kommunikation beitragen und welche Rolle hierbei eigene Verhaltensweisen spielen. Wie ich mich jedoch als Kommunikationspartner verhalte, hängt nicht nur vom konkreten Zusammenspiel in der Kommunikation mit einem Gegenüber ab, sondern ist auch Resultat eigener Kommunikationserfahrungen, Erziehungsvorstellungen, aktueller Befindlichkeit etc.. Kommunikation ist etwas Interaktionales, d.h. mindestens zwei Personen sind involviert, jeder bringt eigene Anteile ein (Abb. 1), die auf ein Gegenüber treffen, das eigene und u.U. komplett divergierende Erfahrungen mitbringt. Im Zusammenspiel mit biologischen Belastungen, eher ungünstiger genetischer Dispositionen auf Seiten des Kindes sowie psychosozialer Dauerbelastungen können sich diese zu „Risikoketten“ verbinden. „Allgemein kann festgestellt werden, dass die Auswirkungen der biologischen Belastung sich im Entwicklungsverlauf abschwächen, während sie bei psychosozialer Dauerbelastung persistieren“ (Noterdaeme, 2003, S. 19).

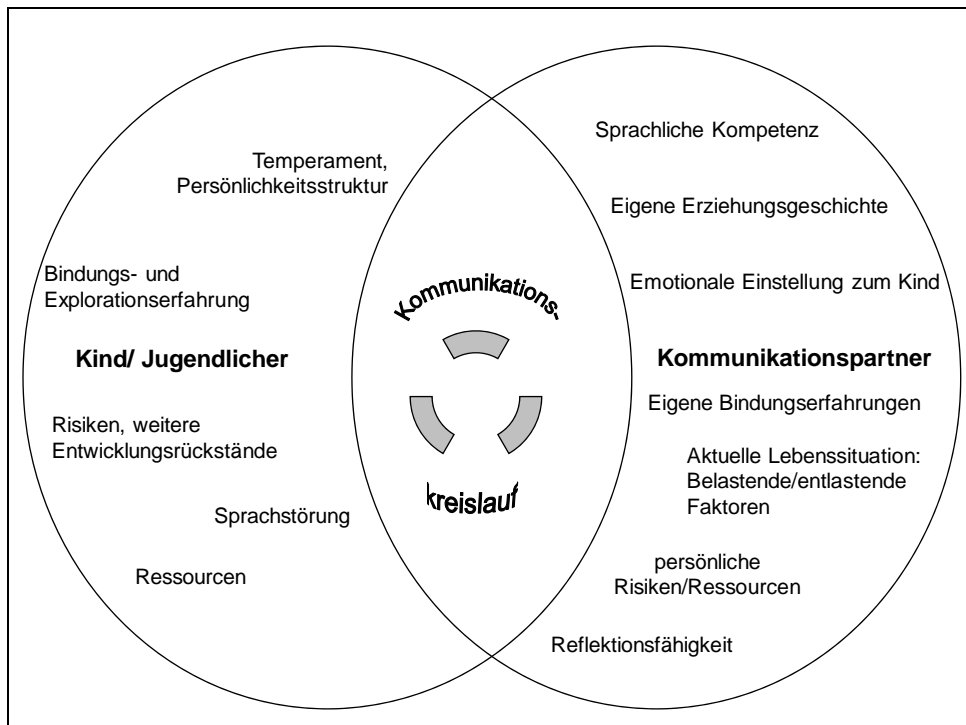


Abbildung 1: Personelle Einflussfaktoren

1.2. Auswirkungen auf Interaktion und Emotionalität

Ausgelöst durch ein Nicht- oder nur eingeschränktes Verstehen sprachlicher Inhalte kann eine Sprachverständnisstörung zu einer Störung der Kommunikation und Interaktion auf beiden Seiten führen. Kinder irritieren ihr Gegenüber durch ihre inkongruenten Reaktionen, so dass Kommunikation eben nicht einfach „im Fluss“ ist, sondern einer ständigen Regulation und Reparatur durch den Gesprächspartner bedarf, wenn man einen Abbruch der Kommunikation vermeiden möchte. Durch ein fortwährendes Nachregulieren wird Kommunikation mühsam und anstrengend und ein Gelingen ist nicht immer möglich.

Es entsteht ein kommunikativer Kreislauf (Abb. 2), dessen verschiedene Stufen differenzierter beleuchtet werden, um die Dynamik und die Auswirkungen auf Interaktion und emotionale Entwicklung deutlich zu machen:

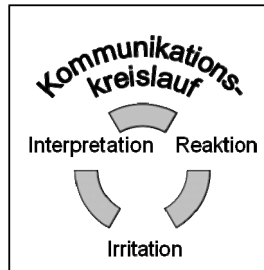


Abbildung 2: Kommunikationskreislauf

Durch ein Verständnisproblem entsteht zunächst Irritation bei beiden Kommunikationspartnern. Auf diese Irritation wird mit Interpretationsversuchen reagiert, um herauszufinden, warum die Kommunikation misslingt. Aufgrund einer Interpretation erfolgt eine Reaktion sowohl auf emotionaler als auch auf handelnder Ebene.

Diese inneren „Beschlüsse“ und Erfahrungen können wiederum Einfluss haben darauf, wie die nächste Situation des Missverstehens interpretiert und bewältigt wird. Je nachdem, ob die Störung in der konkreten Situation erkannt wird, wird der jeweilige Kommunikationspartner mit der Irritation entsprechend umgehen. Für beide wird es aber Situationen des Erkennens und des Nicht-Erkennens der Ursache einer Irritation geben.

a) *Nicht-Erkennen der Ursache*

Wie kann man sich nun vorstellen, was auf der Seite des Kindes und auf der Seite des Kommunikationspartners in solchen Situationen emotional ausgelöst wird (Abb. 3)?

Wie z.B. im Falle des 5-jährigen David:

Im Kindergarten sitzt David mit einer Erzieherin und zwei Kindern begeistert an einem Regelspiel und ist kurz davor zu gewinnen. Da er von einem anderen Kind zu dessen Therapie eingeladen wurde, spricht ihn die Therapeutin an, dass sie ihn gerne mitnehmen würde, wenn er mit seinem Spiel fertig wäre. David versteht aufgrund seiner Sprachverständnisstörung, dass er sofort mitkommen, das heißt: sein Spiel abbrechen soll. Er reagiert dar-

auf sehr verunsichert, fängt an zu weinen und verweigert sich vehement. Dieses Verhalten würde ohne Wissen um seine Schwierigkeiten als unangemessen und nicht nachvollziehbar empfunden. Gleichzeitig sind infolgedessen Klärungen auf verbaler Ebene nur schwer möglich.

Wird die Ursache der Irritation, nämlich dass eine sprachliche Äußerung nicht korrekt verstanden wurde, nicht erkannt, ergibt sich folgende Dynamik:

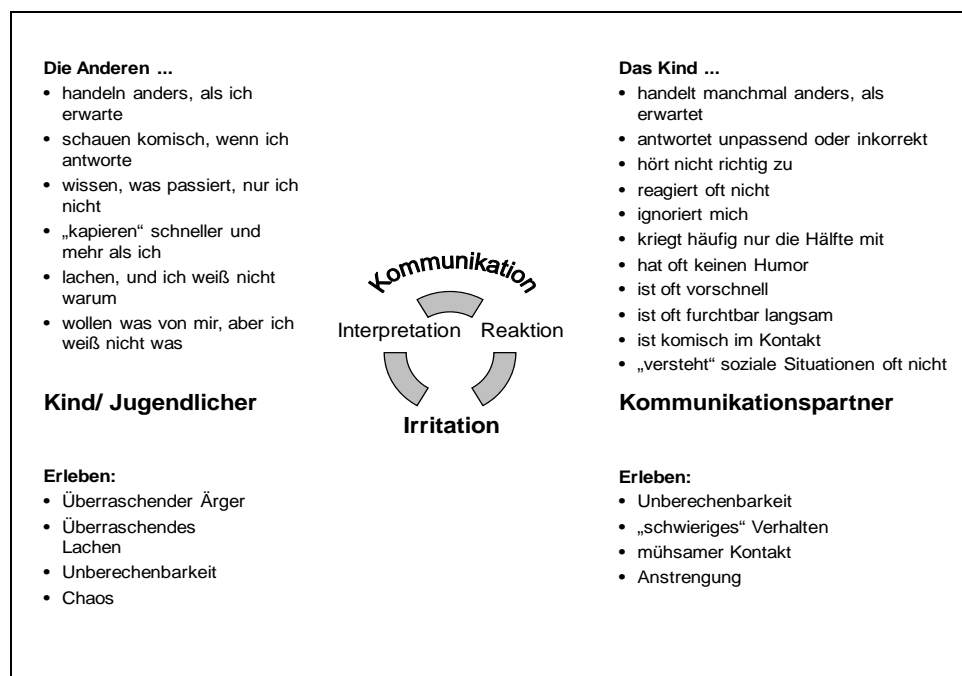


Abbildung 3: Dynamik einer Sprachverständnisstörung – Irritation

Im Versuch, Irritationen aufzulösen und dadurch wieder kommunikative Sicherheit zu erlangen, laufen Prozesse der Interpretation ab, welche letzten Endes als hypothetische Zuschreibungen und Lösungsversuche anzusehen sind.

Auf Seiten des Kindes finden ähnliche Interpretationsversuche statt. Mehrere Literaturstellen (Amorosa & Noterdaeme, 2003; Schmitz & Diem, 2007; Skarakis-Doyle et al., 1990; Gebhard, 2001) bestätigen Erfahrungen im klinischen Kontext, dass Kinder zwar durchaus Irritationen registrieren, aber in ihrem nicht Wissen um die Möglichkeit des Nichtverstehens auch

„nicht in Betracht ziehen, dass auch Erwachsene inadäquate Äußerungen produzieren können“ (Schmitz & Diem, 2007, S. 34) und folglich sich eher selbst die „Schuld“ für Konflikte geben. Sie werden dazu tendieren, sich selbst als insuffizient zu erleben. Auswirkungen auf das Entwickeln eines Selbstbildes, mit damit verbundenen negativ gefärbten Annahmen über sich selbst, sind oftmals die Konsequenz (Abb. 4). Kommunikation bleibt letzten Endes nicht kalkulierbar und nicht verlässlich.

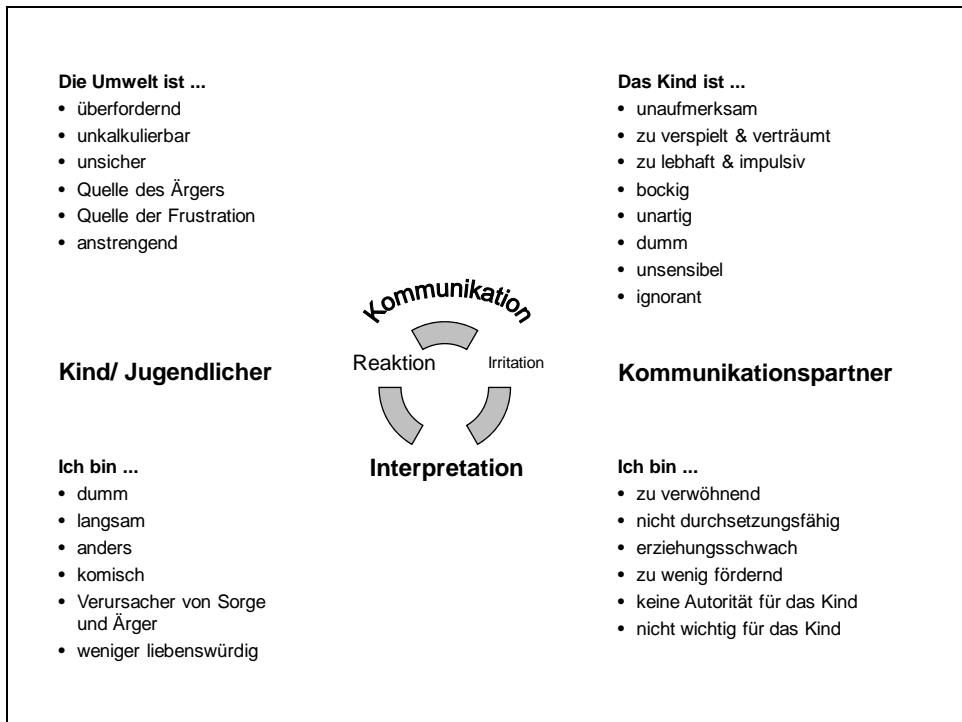


Abbildung 4: Dynamik einer Sprachverständnisstörung – Interpretation

Das entstehende Selbstbild des Kindes kann gefärbt sein von Frustration, Verunsicherung bis hin zu Aggression und führt auch in Abhängigkeit von personellen Einflussfaktoren (Abb. 1) zur Entwicklung kompensatorisch intendierter Verhaltensweisen. Diese können sehr individuell aussehen, aus klinischen Erfahrungen kristallisieren sich aber vor allem zwei Erscheinungsbilder heraus:

Während eine Gruppe der Kinder vor allem um Anpassung bemüht ist und durch ein zunächst unauffälligeres Verhalten im Hintergrund bleibt („ja“ sagen, abwarten), versucht ein anderer Teil der Kinder durch stark steuern-

de Verhaltensweisen in verschiedenen Alltagssituationen Sicherheit zu haben bzw. wieder zu erlangen:

„Einige der Kinder ziehen sich schnell zurück und beschäftigen sich gern allein. Andere dominieren das Geschehen, kommen mit Bildern oder Geschichten, die sie zeigen oder erzählen möchten. Will man dazu Fragen stellen, reagieren sie oft nicht oder wechseln das Thema. Beim Spielen bestimmen sie den Ablauf und gehen auf Vorschläge der Spielpartner wenig ein.“ (Amorosa & Noterdaeme, 2003, S. 11).

Auch der Erwachsene wird, im Versuch mit den Schwierigkeiten umzugehen, Hypothesen von als hilfreich erwarteten Verhaltensweisen entwickeln. Entsprechend vorangegangener Interpretationen (z.B.: „Er folgt mir einfach nicht!“) wird er möglicherweise mit Strenge und reglementierenden Verhaltensweisen im Sinne autoritärer Erziehung reagieren oder aber resigniert (z.B.: „Ich erreiche ihn ja doch nicht!“) im Sinne eines „laissez-faire“ die Dinge laufen lassen (Abb. 5).

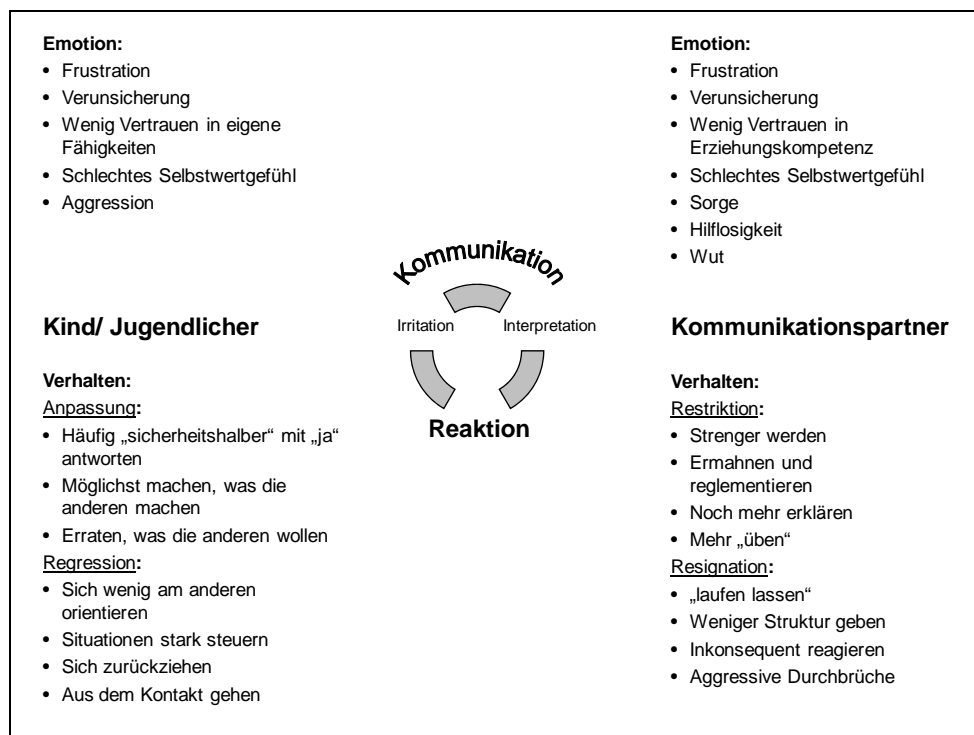


Abbildung 5: Dynamik einer Sprachverständnisstörung – Reaktion

Verhaltensweisen können sich im Zusammenspiel dominierender Kommunikations- und Verhaltensstrategien beider Kommunikationspartner zu Interaktionsmustern einspielen oder verfestigen, die verschiedene Emotionen auslösen. Die Bandbreite reicht von Aggression über Ablehnung, Resignation, Überbehütung bis hin zu abnehmender Kommunikationsfreude, Vermeidung von Kontakt und damit letzten Endes auch von Beziehung.

Angesichts des wechselseitigen Charakters von Kommunikation, haben verwendete Strategien und Verhaltensweisen Einfluss auf immer wieder von neuem stattfindende Interpretationsprozesse. Das heißt, durch wiederkehrende positive oder negative Erfahrungen prägt sich die Erwartungshaltung für zukünftige Kommunikationssituationen (Abb. 6). So erklärt sich die heftige Reaktion von David: Aufgrund vorausgegangener Erfahrungen erlebt er kommunikative Anforderungen häufig als überraschend, nicht nachvollziehbar und verbal nicht zu klären. Hier schließt sich der Kommunikationskreislauf, indem David Irritationen mit negativen Erwartungen begegnet und entsprechend schneller frustriert und resigniert reagiert.

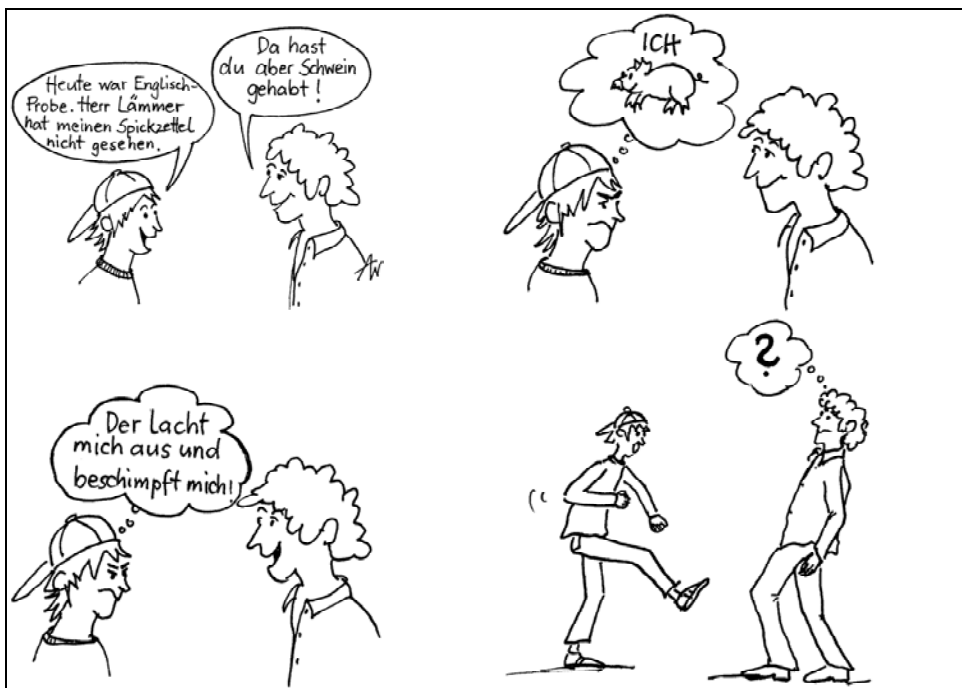


Abbildung 6: Beispiel einer misslingenden Kommunikationssituation
(Quelle: Angelika Wald 10.2007)

b) Erkennen der Ursache

Weiß man um das Bestehen einer Sprachverständnisstörung, ist es möglich, immer wieder entstehende Irritationen sehr viel häufiger angemessen zu interpretieren und diesen mit veränderten Verhaltensweisen zu begegnen. Damit kann ich mich als Erwachsener als kompetentes Gegenüber erleben und bin für das Kind hilfreich und ermögliche ihm einerseits das Erleben von Spaß an gemeinsamer und gelingender Kommunikation. Andererseits bin ich durch die Anpassung der sprachlichen Anforderungen förderlich für die weitere sprachliche wie emotionale Entwicklung des Kindes.

Es ist ein elementares Ziel, dem Kind ein positives Kommunikationserleben zu ermöglichen, welches sowohl für die weitere emotionale Entwicklung als auch für den Zugewinn an Informationen und neuem Wissen von essentieller Bedeutung ist (Abb. 7 und 8). Möglicherweise gilt es, einen bereits etablierten negativen Interaktions- und Kommunikationskreislauf zu durchbrechen.

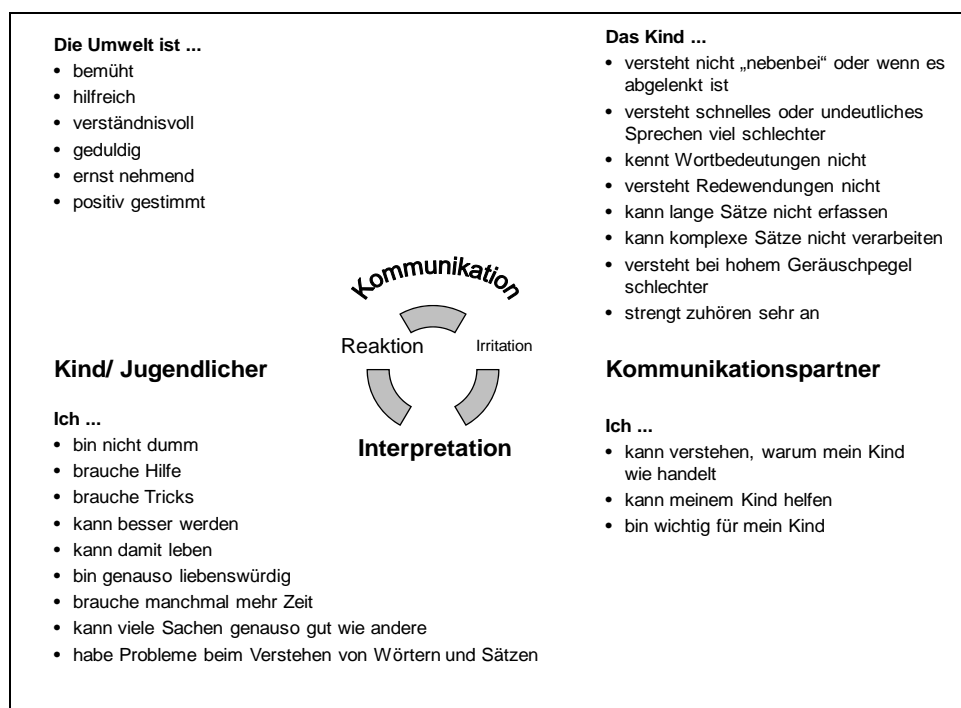


Abbildung 7: Bewältigung einer Sprachverständnisstörung – Interpretation

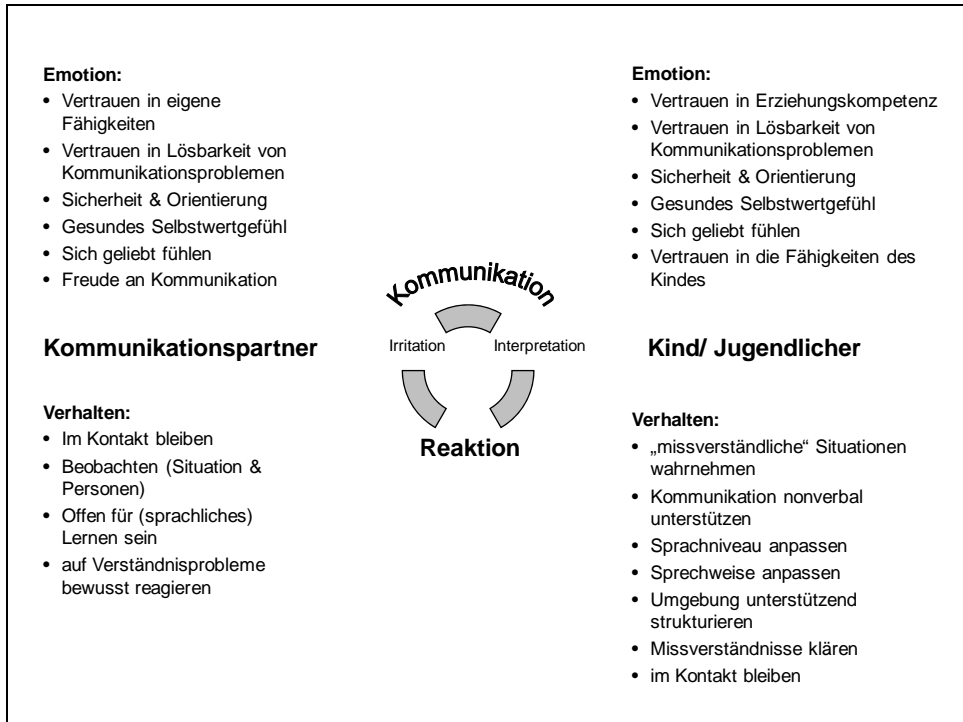


Abbildung 8: Bewältigung einer Sprachverständnisstörung – Reaktion

1.3. Fazit

Je nach Ausprägung der Störung sind Kinder dieser Dynamik in fast allen Lebenssituationen ausgesetzt. Um die oft gravierenden Auswirkungen auf die emotionale Entwicklung zu verhindern, ergibt sich logisch das Ziel, diesen Kreislauf weitmöglichst zu durchbrechen bzw. in einen positiveren Kreislauf zu wenden. Ansatzpunkte sind hier sowohl die Arbeit mit den Patienten als auch mit den häufigsten Kommunikationspartnern (s. Kap. 2). Dies sind neben den Eltern und der Familie, dem pädagogisch-therapeutischen Fachpersonal in hohem Maße auch die peer-groups,¹⁰ de-

¹⁰ siehe „Social Consequences Account“ nach Rice (1993): „Insbesondere von Peers werden [die sprachverständnisgestörten Kinder] ignoriert und zurückgewiesen. Natürlich spüren die Kinder, dass sie zunehmend aus Peer-Interaktionen ausgeschlossen werden. Sie beginnen, ein niedriges Selbstwertgefühl und ein negatives Selbstkonzept auszubilden, was dafür mitverantwortlich ist, dass sie sich aus den Interaktionen mit Gleichaltrigen

ren pädagogisches Verständnis in der Regel doch eher begrenzt ist. Unabhängig von Einflussmöglichkeiten auf das Umfeld, welches sich im Alltag auch als begrenzt veränderbar zeigen kann, ist das Kind immer auch mit Reaktionen „ungeschulter“ Menschen konfrontiert. Daher gilt es unabhängig davon immer auch die therapeutische Arbeit mit dem Kind im Fokus zu haben, um es auf allen Ebenen zu stärken.

2. Multimodales Sprachverständnistherapiekonzept: KUBSS

Die Auswahl von Zielen innerhalb der Sprachverständnistherapie wird immer maßgeblich von der Fragestellung geleitet, welche Lebensbedeutung die auftretenden Schwierigkeiten für die Patienten haben. Somit steht die Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensbewältigung im Mittelpunkt.

Um der Vielschichtigkeit des Störungsbildes und seiner Auswirkungen gerecht zu werden, werden wir im Folgenden ein Therapiemodell vorstellen, das die wesentlichen Aspekte einer Sprachverständnisstörung beinhaltet. Diese betreffen neben der linguistischen Ebene der Störung eben auch die Auswirkungsbereiche Emotionalität, Kommunikation und Interaktion. Kategorisiert werden entsprechend fünf Bereiche (Kommunikation/ Umfeld/ Bewältigung/ Strategien/ Sprachsystem – KUBSS; Abb. 9). Vorab erhobene Untersuchungsergebnisse und Beobachtungen erlauben eine individuelle Formulierung von Therapieschwerpunkten, deren zentrale Funktion ist:

- differenzierte Kommunikation zu ermöglichen,
- das Umfeld anzupassen und
- die Bewältigung der Störung zu erreichen,
- das Sprachsystem zu erweitern,
- Strategien zu modifizieren und zu erweitern.

Diese Bereiche beeinflussen sich gegenseitig. So dient es primär der Übersichtlichkeit und dem systematischen Vorgehen, diese weitgehend getrennt zu betrachten:

noch mehr zurückziehen und sich vermehrt solchen Erwachsenen zuwenden, die sich auf ihre Sprachdefizite einstellen“ (nach: Grimm a, 2003, S. 176).

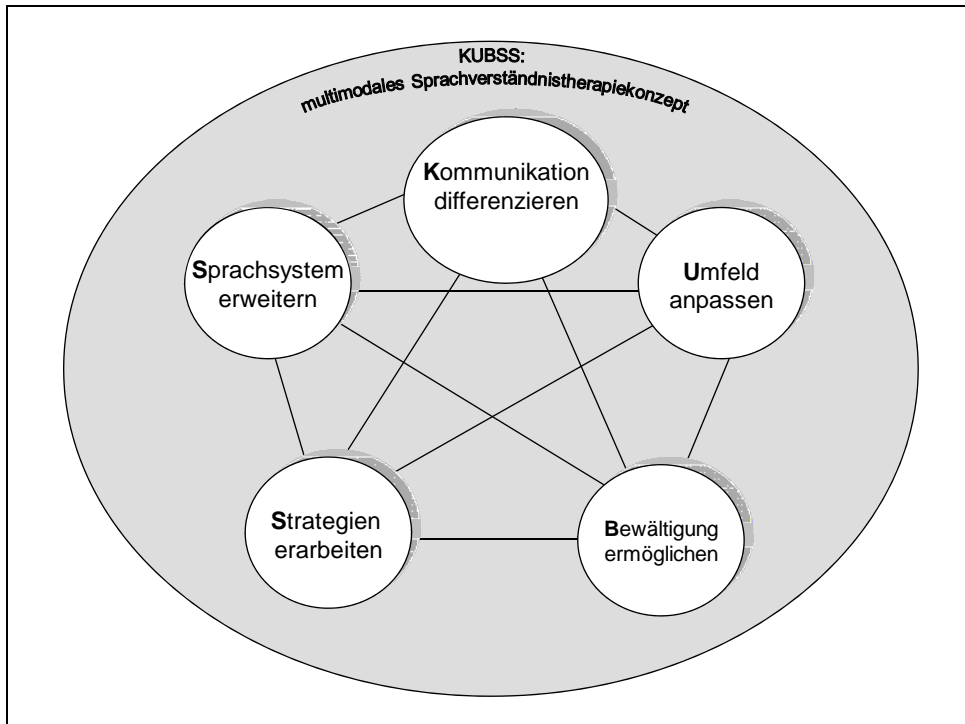


Abbildung 9: Multimodales Sprachverständnistherapiekonzept – KUBSS

Im Folgenden werden wir die Therapiesäulen unter folgenden Aspekten konkretisieren und ausführen:

- Ziel: Wozu dient diese Säule im Rahmen der Sprachverständnistherapie?
- Inhalt: Was wird in diesem Bereich konkret umgesetzt?
- Berufsgruppe: Von wem – den Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. -psychologen oder den Sprachtherapeuten – soll oder kann dieses Thema bearbeitet werden?

2.1. Kommunikation aufbauen und differenzieren

Ziel:

- Voraussetzungen für die Entwicklung kommunikativer Kompetenzen unterstützen
- Sprache als differenziertes Kommunikationsmittel vermitteln

Inhalt:

a) Voraussetzungen für den Erwerb der Sprache als Kommunikationsmittel sind sich früh entwickelnde nonverbale Kompetenzen, Interaktion zu gestalten. Nicht alle, aber ein Teil der sprachverständnisgestörten Kinder zeigt Schwierigkeiten auf der Ebene dieser basalen Kommunikationsentwicklung.

Von zentraler Bedeutung sind hier die Fähigkeiten, eine gemeinsam gerichtete Aufmerksamkeit (joint attention) mit dem Kommunikationspartner herzustellen sowie auf entsprechende Angebote zu reagieren. Die Aufmerksamkeit wird hier primär durch Blicksteuerung, Stimme, Gestik, Mimik und Körperhaltung gelenkt, auch wenn diese in der Regel von Seiten des Erwachsenen sprachlich begleitet werden („Schau mal hier“ u.ä.). Bezogen auf die Entwicklung des Sprachverständnisses wird dem Erwerb des triangulären Blicks, also dem wechselnden „Hin- und Herschauen“ des Kindes zwischen dem Sprecher und dem Objekt, über das oder für das gesprochen wird, eine besondere Bedeutung zugewiesen (Zollinger, 2004).

Ein zweiter wesentlicher Bereich ist die Fähigkeit zum „turn-taking“, das heißt dem abwechselndem „Handeln“, gesteuert durch soziale Signale. Wichtig sind hier nicht ein „mechanisches“ Abwechseln, sondern der dadurch entstehende Kontakt sowie der gemeinsame Spaß daran.¹¹

Bei Schwierigkeiten in diesen Bereichen stehen der Aufbau der sozialen Interaktionsfähigkeit und das Erleben von gelingender, lustvoller Beziehung im gemeinsamen Handeln im Vordergrund.

„As joint attention and reference develop and child and carer are able to attend to the same object or event simultaneously, children make maximum use of the language used in that situation, as it will refer directly to their interest and experience.“ (Cogher 1999, S. 9)

b) Eine Reihe von sprachverständnisgestörten Patienten zeigen keine Probleme auf dieser basalen Kommunikationsebene oder überwinden diese.

¹¹ Die hier beschriebenen Schwierigkeiten im altersentsprechenden Erwerb basaler Kommunikationsfähigkeiten treten auch bei anderen Störungsbildern auf, wenn auch in der Regel in anderer Qualität, wie z.B. dem Autismus oder ausgeprägter geistiger Behinderung. Hier ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik und Entwicklungsbeobachtung wesentlich.

Durch die gravierenden Einschränkungen im Verstehen der sprachlichen Äußerungen können sie jedoch die kommunikativen Funktionen der Sprache häufig nicht umfassend und angemessen differenziert erleben und erfassen.

Sprache hat insbesondere die Funktionen

- a) Kontakt zu unseren Mitmenschen herzustellen
- b) Informationen auszutauschen
- c) Etwas beim Gegenüber zu bewirken

Gerade die Funktionen, Informationen auszutauschen und etwas beim Gesprächspartner zu bewirken (sei es Handlungen, Interesse oder Mitgefühl) werden nur unzureichend erfahren. In ausgeprägten Fällen erleben die Kinder Sprache zunächst als „Begleitmusik“ ohne wesentliche Bedeutung.

Defizite im Erfassen der Kommunikationsfunktion zeigen sich häufig auch in der Sprachverwendung, indem Kinder zwar sprechen, aber wenig auf den Kommunikationspartner bezogen sind. Analog dazu wird dem, was der Gesprächspartner äußert, nicht die angemessene Bedeutung zugeordnet. Diese inneren Konzepte gilt es aufzulösen oder zu differenzieren.

In ihrem Erscheinungsbild zeigen sich diese Probleme natürlich sehr unterschiedlich. Sie reichen von sehr jungen Kindern, die Sprache kaum kommunikativ einsetzen bis zu Jugendlichen, die die Vielzahl unterschiedlicher Botschaften von Äußerungen nur eingeschränkt erfassen und transportieren können.

Therapeutisch bedeutet dies ein entsprechend umfangreiches Aufgabefeld. Eckpunkte bilden exemplarisch die soeben beschriebenen Probleme von sehr jungen Kindern, denen zunächst vermittelt werden muss, dass Äußerungen bedeutungsvoll sind und etwas bewirken. Hier geht es in erster Linie darum, Selbstwirksamkeit durch sprachliche Kommunikation zu erleben sowie die Aufmerksamkeit angemessen auf die Äußerungen des Kommunikationspartners zu richten. Am anderen Ende steht die differenzierte Verarbeitung der Bedeutung von Äußerungen. Wesentlich ist nicht nur der verbale Anteil der Äußerung, sondern das korrekte Interpretieren unter Berücksichtigung der zusätzlichen nonverbalen Botschaften (Ironie, Witz, Kritik,...) sowie im Rahmen des Kontextes („Du bist aber fleißig!“ geäußert vom Lehrer oder vom Mitschüler sind bei entsprechender Intonation völlig unterschiedlich zu interpretieren). Dies gelingt den betroffenen Kindern und Jugendlichen häufig nicht altersangemessen.

Berufsgruppen:

Grundsätzlich sind beide Berufsgruppen mit der Therapie dieser Schwierigkeiten betraut. Insbesondere die sehr jungen Kinder mit Schwierigkeiten in der basalen Kommunikation (joint attention, turn-taking) als auch ältere Kinder und Jugendliche, bei denen es um einen relativ hohen Differenzierungsgrad geht, sind in beiden Therapieformen gut zu versorgen. Für Kinder, bei denen es um einen ersten Aufbau und die Differenzierung der Kommunikationsfunktionen verbaler Sprache geht (Triangulierung, Bewusstsein für Kommunikationsaspekte der Sprache) empfehlen wir im Schwerpunkt sprachtherapeutische Maßnahmen, da hier begleitend differenzierteres Wissen über Sprachstrukturen notwendig wird.

2.2. Umfeld optimieren

Ziel:

Anpassung der kommunikativen Umgebung, um

- Interaktionsstörungen zu vermeiden oder zu verringern
- Verunsicherungen des Kindes zu reduzieren
- Sprachangebote zu optimieren

Das vorrangige Ziel der Umfeldarbeit ist, das Entstehen von Interaktionsstörungen und deren Etablierung zu vermeiden, um darüber auch der Verunsicherung auf Seiten der Kinder, welche durch fortlaufende Irritationen in der Kommunikation entstehen kann, entgegen zu wirken und somit potentiellen Risiken für die Entwicklung der Familienbeziehungen sowie der Emotionalität des Kindes vorzubeugen.

Über eine Anpassung des sprachlichen Angebots an die Verständnisprobleme des Kindes, kann die Sprachverarbeitung und der Erwerb der rezeptiven Sprache dieser Kinder deutlich unterstützt werden. Die Angebote aus der Sprachtherapie auf sprachstruktureller Ebene (vgl. Kap. 2.4.) werden somit optimal ergänzt.

Zielgruppe der Anpassung ihres Sprachverhaltens sind die Personen, die intensiven Kontakt mit den betroffenen Kindern haben, insbesondere

- das familiäre Umfeld
- das pädagogisch-therapeutische Umfeld (Kindergarten, Schule, Psychotherapie, Ergotherapie...).

Gerade im pädagogisch-therapeutischen Kontext geht es neben den oben beschriebenen Zielen auch darum, die Maßnahmen effizient zu gestalten, um das Kind abzuholen, wo es sprachlich steht. Durch eine adäquate Passung des sprachlichen Inputs kann dieser mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einem für das Kind verwertbaren „In-take“ werden, und somit die Effektivität der therapeutischen Maßnahme erhöhen.

Inhalt:

Ansatzpunkte sind¹²:

- Erhöhung der Sensibilität für die Verständnisprobleme:

Hierbei geht es um ein verbessertes Verständnis für die Probleme und die Lebensrealität des Kindes. Dies beinhaltet auch eine erhöhte Sensibilität, das Auftreten von Verständnisproblemen wahrzunehmen, da diese durch schnelle Reaktionen in komplexeren Zusammenhängen leicht übersehen werden können.

- Erhöhung der nonverbalen Anteile in der Kommunikation:

Dies umfasst den bewussten und verstärkten Einsatz von Sprechmelodie, Körperhaltung, Mimik und Gestik bis hin zu Gebärden (vgl. Kap. 2.4).

- Anpassung des Sprechens:

Es geht im Wesentlichen um eine Modifikation des eigenen Sprechens unter den Parametern Deutlichkeit der Artikulation, Sprechtempo, Einsatz von Pausen und Betonung.

- Anpassung der Komplexität der Sprache:

Dem Niveau des kindlichen Sprachverständnisses entsprechend werden sowohl der verwendete Wortschatz als auch die Äußerungslänge und grammatikalische Komplexität von Sätzen und Texten angepasst, so dass das Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentliche Inhalte sicher verstehen kann.

- Erarbeiten positiver Korrekturstrategien:

Den Kommunikationspartnern (Eltern, Lehrer, Therapeuten,...) werden Strategien vermittelt, in Missverständnissituationen so zu reagieren, dass es

¹² Im Anhang dieses Artikels finden sich „Richtlinien im Umgang mit sprachverständnisgestörten Kindern“ von Baur & Endres (1999).

von allen Beteiligten als angenehm und kommunikationserhaltend erlebt wird.

Neben diesen grundlegenden Inhalten können natürlich auch andere individuell bedeutsame Themen, wie der Aufbau basaler Kommunikation (vgl. Kap. 2.1) oder die Unterstützung der kindlichen Kommunikationsstrategien (vgl. Kap. 2.5), im Mittelpunkt stehen.

Berufsgruppe:

Im Idealfall sollte diese Arbeit in direkter Kooperation zwischen Sprachtherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychiater/-psychologen erfolgen. Die Sprachtherapeuten haben aufgrund ihres detaillierteren Wissens über die Sprachleistungen des Kindes Vorteile, die kommunikativen Bedürfnisse differenzierter mit dem Umfeld abzugleichen. Wesentlich ist aber auch, wie intensiv oder langjährig der Kontakt zu den entsprechenden Therapeuten ist.

Realistischerweise muss jedoch leider festgehalten werden, dass die Ressourcen im Praxisalltag oft sehr begrenzt sind. Hier handelt es sich um einen relativ zeitaufwändigen Behandlungsbereich, da häufig erst eine Sensibilität für die Störung des Kindes geschaffen werden muss und Verhaltensänderungen oft nur über einen längeren Behandlungszeitraum zu erreichen sind. Dies setzt auf Seiten der zu beratenden Eltern, Lehrer etc. grundlegend die Bereitschaft voraus, eigenes Verhalten zu beobachten und zu hinterfragen.

2.3. Bewältigung ermöglichen

Ziel:

- Klares Selbstbild
- Akzeptanz der Behinderung

Inhalt:

Dass „sichtbare“ Behinderungen Konsequenzen für die Entwicklung des Selbstbildes haben und den betroffenen Menschen einen Prozess der Bewältigung abverlangen, ist leicht nachvollziehbar. Die Auswirkungen einer Sprachverständnisstörung auf die Entwicklung eines Selbstbildes, eines

Bildes von der Welt – die nur eingeschränkt verstanden wird – sind gleichwertig ernst zu nehmen. In dieser Säule der Sprachverständnistherapie stehen die Entwicklung eines klaren Selbstbildes sowie der Umgang mit der Behinderung im Mittelpunkt. Im Leben der sprachverständnisgestörten Kinder treten in der Regel immer wieder zentrale Fragen auf, wie z.B.:

- „Was ist mit mir los?“
- „Was irritiert mich?“
- „Was habe ich eigentlich?“
- „Wer bin ich?“
- „Wie bin ich?“

Diese haben je nach Lebenssituation und Persönlichkeit unterschiedliche Brisanz. Zudem sind sie den Kindern unterschiedlich bewusst. Manche Kinder äußern diese Fragen konkret, häufig werden diese jedoch eher auf Verhaltensebene transportiert.

Vorangegangen sind unzählige und unbewusste Verunsicherungen des Kindes infolge von Sprachverständnisschwierigkeiten, welche oft durch inadäquate Reaktionen des Umfelds verstärkt wurden (Fehlinterpretation mit entsprechender Reaktion) (Abb. 5). Dies zu thematisieren und damit einen bewussten Zugang zu den Schwierigkeiten zu verschaffen, ist ein Kernaspekt dieses Bausteins. Es geht darum, bestehende Einschränkungen für das Kind greifbar und damit beherrschbar zu machen und Generalisierungen auf ein negatives Selbstbild gezielt entgegenzuwirken.

Unterstützt werden kann eine Bearbeitung dieser Themen zwar durch entsprechende Umfeldarbeit, sollte aber unabhängig davon unbedingt auch in der Einzeltherapie erfolgen.

Darauf aufbauend schließen sich Fragen zur Akzeptanz und Bewältigung der Schwierigkeiten an, wie z.B.:

- „Was kann ich tun?“
- „Wie kann ich damit leben?“

Letztlich ist hierfür der Aufbau von Selbstbewusstsein ein wesentlicher Aspekt, wobei es unzureichend ist, allein an den Stärken zu arbeiten, ohne die Schwächen zu thematisieren. Eine Einordnung wäre dem Kind ansonsten nicht möglich: Ohne zu wissen, was die Ursache für die entstehenden Schwierigkeiten in der Kommunikation und Interaktion ist, bleiben Fehlinterpretationen und Insuffizienzgefühle bestehen.

Im Kern geht es somit um das Vermitteln des Störungsbildes, welches in Art und Weise dem individuellen Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen angepasst sein sollte. Bei sehr jungen Kindern bzw. massiv ausgeprägten Sprachverständnisstörungen ist es z.B. oft notwendig, dies zunächst in stark vereinfachter Form zu vermitteln. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sind dem gegenüber zunehmend Rollenspiele und reflektierende Gespräche möglich. Insgesamt soll das Entwickeln eines positiven Selbstbildes unterstützt werden. Dies beinhaltet nicht nur Stärken auszuüben, sondern auch um eigene Schwächen zu wissen, ihnen den angemessenen Wert zuzuordnen und beides integrieren zu können. Die Bewältigung der Störung umfasst vor allem bei dieser Patientengruppe auch den Fokus auf weniger belastete Lebensbereiche zu richten (gemeinsame Aktivitäten statt Kommunikation, Sport, Kunst, Musik, entsprechende Berufswahl etc.).

Berufsgruppe:

Die Vermittlung der Sprachverständnisstörung ist tendenziell eher im Aufgabenbereich des Sprachtherapeuten anzusiedeln, da er über differenzierteres Wissen über die konkrete Störung des Patienten verfügt und somit individuell und spezifischer auf den Patienten eingehen kann.

Die Themen Lebensbewältigung und Selbstwertgefühle sind klassischerweise Themen, die im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ihren Platz haben.

2.4. *Sprachsystem erweitern*

Ziel:

- Verbesserung des Sprachverständnisses

Inhalt:

Auf nonverbaler Ebene steht das korrekte Interpretieren nonverbaler Kommunikationsmittel wie Mimik, Gestik und Intonation im Mittelpunkt. Diese werden in der Therapie verstärkt und gezielt eingesetzt. Die Arbeit mit nonverbalen Kommunikationsmitteln hat drei Funktionen:

- a) Bei Kindern mit massiven Sprachverständnisproblemen werden als „Übergangsangebot“ gezielt Gebärden sprachbegleitend angeboten, um die Symbolik der sprachlichen Äußerungen zu visualisieren und dem Kind eine „erste“ Kommunikationsfähigkeit zu ermöglichen.
- b) Der intensive und bewusste Gebrauch von begleitenden nonverbalen Kommunikationsmitteln durch den Therapeuten erleichtert dem Kind die Verarbeitung und die Speicherung der verbalen Sprache.
- c) Jede sprachliche Äußerung wird in der Regel von nonverbalen Signalen begleitet (mit Ausnahme der Schriftsprache). Somit sind sie stets eine Quelle zusätzlicher (und zum Teil wesentlicher) Informationen, deren optimale Ausschöpfung im Sinne einer Ressource unterstützt wird.

Auf verbaler Ebene geht es im Wesentlichen um den Aufbau und die Erweiterung des Sprachverständnisses auf Wort-, Satz- und Textebene.

Das Wortverständnis umfasst insbesondere die Erfassung und Speicherung von Wortbedeutungen. Dies beinhaltet einerseits den Erwerb verschiedener Bedeutungen von Wörtern je nach Zusammenhang (Krach machen versus Krach haben) sowie die Speicherung verschiedener grammatischer Formen eines Wortes (fliegen, flog, Flug, ich fliege, die Fliege,...) mit ihren unterschiedlichen, oft nur in Nuancen abweichenden Bedeutungen.

Das Satzverständnis umfasst einerseits die Verarbeitung zunehmend längerer Sätze, d.h. das Erfassen und Verknüpfen mehrerer Wörter zu einem Sinnzusammenhang. Andererseits werden grammatikalische Strukturen unterschiedlicher Komplexität für die exakte Entschlüsselung von sprachlichen Äußerungen zunehmend bedeutsam.

Das Textverständnis behandelt „Inhaltseinheiten, die aus mehr als einem Satz bestehen, also auch Erzählungen, Erklärungen, Beschreibungen und Ähnliches“ (Baur & Endres, 1999, S. 320). Hier geht es um die Verarbeitung zunehmend umfassender Inhalte, insbesondere um Strategien, dies zu bewältigen.

Berufsgruppe:

Dieser Bereich obliegt aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung den Sprachtherapeuten.

2.5. Strategien erarbeiten

Ziel:

- Kommunikation und Interaktion verbessern
- Rezeptiven Spracherwerb erleichtern
- Schwierigkeiten kompensieren

Inhalt:

Jedes Kind entwickelt aufgrund seiner Sprachverständnisprobleme Strategien, mit diesen umzugehen. Diese sind notwendig, um Kommunikationssituationen zu meistern. Sie entwickeln sich jedoch häufig zu einseitig, ihr Einsatz wird unflexibel oder sie erreichen eine Ausprägung, die als unangemessen empfunden wird. So gilt es zunächst herauszuarbeiten, welche Strategien ein Kind in welchen Situationen überwiegend verwendet. Im Wesentlichen können diese drei Kategorien zugeordnet werden:

- Steuernde Verhaltensweisen
das Spiel stark bestimmen, viel reden, immer ähnliche Abfolgen einfordern,...
- Kontaktvermeidende Verhaltensweisen
Wenig auf die Umwelt reagieren, wenig Blickkontakt suchen, viel alleine spielen, wenig auf andere zugehen, wenig beobachten,...
- Angepasste Verhaltensweisen
Genaueres Beobachten des Umfeldes, häufiges Antworten mit „ja“ oder freundlichen Floskeln,...

Die Verwendung von Strategien ist individuell sehr verschieden, situationsabhängig und zeigt unterschiedliche Auswirkungen auf die Kommunikationssituation (Abb. 5). Dies soll hier exemplarisch kurz verdeutlicht werden:

Anna, 6 Jahre, orientiert sich in hohem Maße an dem Verhalten ihrer Mitmenschen, um zu erkennen, was wohl von ihr erwartet wird, um „fehlende“ Informationen zu kompensieren und auf diesem Wege die Sicherheit in der Kommunikation zu erhöhen. Das Kind ist somit stark nach außen und wenig an seinen eigenen Bedürfnissen orientiert. Es bedeutet enorme Anstrengung, permanent die Erwartungen der anderen „abzulesen“. Anna wirkt daher häufig unkonzentriert. Ab einer gewissen Ausprägung

dieses Verhaltens erfährt das Kind zunehmend Ablehnung, da es als zu angepasst und nicht als „gleichwertiger“ Kommunikationspartner erlebt wird.

Ben, 4 Jahre, schenkt seiner Umwelt wenig Aufmerksamkeit, stellt wenig Blickkontakt her und zeigt stark steuernde Verhaltensweisen. Er empfindet das Sprachangebot in alltäglichen Kommunikationssituationen als „zuviel“ und nimmt wahr, dass er darauf nicht so reagieren kann, wie von ihm wohl erwartet wird. Dieses ständige Scheitern aufgrund seiner Verständnisprobleme wird als Stress und Bedrohung erlebt. Durch Steuerung der Situation einerseits und durch Reduktion von Kontaktangeboten andererseits erreicht er eine deutliche Verminderung dieser Erfahrungen und erhöhte Sicherheit. Das Kind erlebt dadurch jedoch weniger Kontakt zu den Mitmenschen und die Umgebung reagiert frustriert und wendet sich eher ab.

Die Strategien beider Kinder sind per se sinnvoll und hilfreich, beinhalten jedoch sowohl schützende als auch hemmende Anteile. Sie sind je nach Ausprägung und auch abhängig von der Situation unterschiedlich unterstützend, sowohl was den Erwerb der rezeptiven Sprache betrifft als auch in Bezug auf die Gestaltung und Aufrechterhaltung der Kommunikation. So braucht das Kind Anna insbesondere Unterstützung, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche verstärkt wahrzunehmen und diese auch einzubringen. Demgegenüber braucht das Kind Ben Unterstützung, das Gegenüber – unter anderem durch Anbieten von mehr Blickkontakt – zur Kommunikation einzuladen, sich mehr auf Kontakt einzulassen und dadurch adäquatere Interaktionen zu erleben. Durch offeneres Beobachten wird er mehr non-verbale Information erhalten, kann sprachliche Äußerungen besser dem Kontext zuordnen und damit rezeptive Sprache besser erwerben. Beide Kinder brauchen kompetente Hilfe, „neue“ und damit zunächst „riskante“ Verhaltensweisen zu wagen, das bisher vermiedene „Scheitern“ sowie dessen Lösung zu erleben und die Erweiterung ihres Verhaltensrepertoires als gewinnbringend zu erfahren.

Christina, 15 Jahre, wird in ihrer relativ großen Familie als sehr offen und zugewandt erlebt und hat insbesondere mit den kleineren Geschwistern und Cousins einen intensiven und lebhaften Kontakt. In der Realschule zeigt sie sich dagegen überwiegend zurückhaltend. Obwohl sie von ihren Mitschülern sehr akzeptiert ist, hat sie nur wenig engere Kontakte und nimmt an Verabredungen außerhalb der Schule kaum teil. Die höheren Anforderungen an das Sprachverständnis in Gruppensituationen mit Gleichaltrigen verunsichern sie sehr. Ihre Schulleistungen sind schwankend, da

sie Aufgabenstellungen immer wieder nicht korrekt versteht. Christina ist somit in ihren Kontaktmöglichkeiten – entgegen ihrer Bedürfnisse – erheblich eingeschränkt und erhält schlechtere Noten, als sie ihrem Wissensstand angemessen wären.

Auch Christina erreicht durch ihre Strategien zunächst „Schutz“, indem ihre Schwierigkeiten im Sprachverstehen nicht generell offensichtlich werden und sie nicht mit entsprechenden Reaktionen konfrontiert wird. Sie benötigt Unterstützung, sich diesen Situationen mehr auszusetzen und konstruktiv mit Missverständnissen umzugehen.

Leitend für die Therapie stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche Strategien braucht das Kind, um Kontakt und Kommunikation leichter gestalten und erleben zu können?
- Welche Strategien benötigt das Kind, um Sprache leichter zu verarbeiten und speichern zu können?
- Welche Strategien sind sinnvoll, um Verständnisprobleme zu kompensieren?

Grundvoraussetzung ist hier immer ein therapeutisches Setting, das dem Kind ausreichend Sicherheit gibt, um Neues auszuprobieren und „Fehler“ zu riskieren. Neben einem emotional sicheren Umfeld geht es hier vor allem um das Anbieten kompetenter Lösungen und Reaktionen auf Missverständnissituationen.

Berufsgruppen:

Sowohl Kinder- und Jugendpsychiater- und -psychologen als auch Sprachtherapeuten sind mit diesem Thema betraut, da das Kontaktverhalten einerseits oft maßgeblich von der Sprachverständnisstörung beeinflusst ist, andererseits deutliche Auswirkungen auf das emotionale Erleben haben kann. Ein möglichst hoher Grad an Kompetenz aus dem jeweils anderen Professionsbereich sowie das Wissen um seine eigenen Grenzen sind hier wesentlich.

Zusammenfassung

Worin besteht nun die praktische Relevanz des vorgestellten multimodalen Sprachverständnistherapiekonzepts mit den Elementen „KUBSS“?

Es gilt, trotz der Komplexität der Sprachverständnisstörung sowie der sekundären Belastungen das für das Individuum aktuell Wesentliche nicht aus den Augen zu verlieren. Hier bietet KUBSS eine Struktur sowohl für die Planung therapeutischer Maßnahmen als auch für die kritische Reflexion des therapeutischen Prozesses, um Fortschritte sichtbar zu machen und entsprechend die Formulierung von Schwerpunkten im Verlauf anzupassen.

Konkret bedeutet dies, dass z.B. bei sehr jungen Kindern in einer ersten Phase häufig die Bereiche „Kommunikation“ und „Umfeld“ (insbesondere die Familie) im Fokus stehen und durch eine elementare Arbeit am „Sprachsystem“ (passiver Wortschatz) begleitet wird. Im Vorschulalter kann aufgrund eines wachsenden Bewusstseins des Kindes für sich und seine Umwelt der Bereich „Bewältigung“, insbesondere die Vermittlung der sprachlichen Schwierigkeiten sowie die Stärkung des Selbstbildes, an Bedeutung gewinnen. Daneben steht meist eine intensive Arbeit am „Sprachsystem“.

Bei Jugendlichen können differenziertere „Strategien“ für Schule und Alltag sowie die „Bewältigung“ der Sprachverständnisstörung im Rahmen ihrer Lebensplanung sehr wesentlich sein. Durch erhöhte schulische Anforderungen ist oft auch eine Intensivierung der Arbeit am „Sprachsystem“ wichtig.

Hier versteht sich „KUBSS“ als dynamisches und flexibles Arbeitsmodell, welches mittels regelmäßiger interdisziplinärer Reflexion durch die Behandelnden sowie wiederholter systematischer und umfassender Diagnostik eine individuell angepasste Therapiekonzeption ermöglicht. Angepasst an die individuelle Situation kann so auch immer wieder neu entschieden werden, welche Berufsgruppe therapeutische Schwerpunkte übernimmt. Zu präferieren ist eine enge Verzahnung von kinderpsychiatrischen, sprachtherapeutischen, schulischen und pädagogischen Kompetenzen gegenüber einer „multiprofessionellen Einzelarbeit am Kind“ (Schild, 2003, S. 83).

Resümee

Das vorgestellte Therapiemodell „KUBSS“ entstand aus der Notwendigkeit im klinischen Alltag, den therapeutischen Bedürfnissen der sprachverständnisgestörten Kinder gerecht zu werden, ohne auf ein Therapiekonzept zurückgreifen zu können, welches alle dargestellten Elemente integrieren würde. Die Darstellung der verschiedenen Säulen macht deutlich, dass in vier der fünf Säulen starke inhaltliche Überschneidungen der Aufgabenbereiche der Psychotherapie und der Sprachtherapie bestehen. Unser Anlie-

gen ist eine möglichst offene Zusammenarbeit sowie ein intensiver fachlicher Austausch, um durch erweiterte Kompetenzen die Kinder bestmöglich zu unterstützen. Damit dies gut gelingen kann, sind ein sensibler Umgang mit eigenen fachlichen Grenzen und eine wertschätzende Begegnung selbstverständlich.

Nicht nur im Kindes- sondern ebenso im Jugendlichenalter ist eine abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen bedeutsam, um imponierende Verhaltensauffälligkeiten differentialdiagnostisch einordnen zu können. So ist es z.B. keine Seltenheit, dass Patienten wegen Auffälligkeiten auf Verhaltensebene vorstellig werden und im Rahmen einer umfassenden diagnostischen Abklärung dann Sprachverständnisstörungen unterschiedlicher Ausprägung auffallen. In den verschiedenen Altersphasen ist es z.T. eine Herausforderung, therapeutische Ansatzpunkte zu identifizieren. Zum einen dominieren häufig Probleme auf Verhaltensebene, zum anderen haben sich gerade im späteren Kindes- und Jugendalter Kompensationsstrategien oftmals verfestigt, die sich das Kind unbewusst angeeignet hat.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Sprachverständnisstörungen weder mit Eintritt in die Pubertät noch in das Erwachsenenalter verlieren (Clegg et al., 2005). Die mit einer Sprachverständnisstörung am häufigsten assoziierten psychiatrischen Auffälligkeiten, wie „anxiety-related symptoms, social and behavioural difficulties and attention-deficit problems“ (s. ebd., S. 129), haben eher noch eine zunehmende Tendenz.

Insgesamt wird deutlich, dass nach wie vor ein großer Bedarf an Therapiekonzeptionen sowie deren Evaluationen auch über das Grundschulalter hinaus besteht, ist doch gerade das Jugendlichenalter in diesem Bereich noch eher ein „blinder Fleck“ im Bewusstsein sowohl in der Forschung als auch im therapeutischen Alltag.

Anschrift

Katrin Hartmann, Sprachheilpädagogin M.A.

Anja Keller, Sprachheilpädagogin M.A.

Rosemarie Meyer-Endres, Sprachheilpädagogin M.A.

M.B.A. Gesundheitsmanagement

Heckscher-Klinikum gGmbH

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie

Deisenhofener Straße 28

81539 München

Literatur

- Amorosa, H.* (2006) Diagnostik bei rezeptiven und expressiven Sprachstörungen. In: Petermann, U., Petermann, F. (Hg.) Diagnostik sonderpädagogischen Förderbedarfs. Reihe: Jahrbuch der pädagogisch-psychologischen Diagnostik – Tests und Trends. Band 5, Göttingen: Hogrefe
- Amorosa, H., Endres, R.* (2004) Gruppe zur Anleitung von Eltern junger sprachentwicklungsverzögerter Kinder. *Psychiatrische Praxis*, 31, 129-131
- Amorosa, H., Noterdaeme, M.* (Hg.) (2003) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 38-44
- Amorosa, H., Gebhard, W.* (2003) Studien zur Behandlung von Sprachverständnisstörungen. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 38-44
- Baur, S., Endres, R.* (1999) Kindliche Sprachverständnisstörungen. Der Umgang im Alltag und in spezifischen Fördersituationen. *Die Sprachheilarbeit*, 44, 318-328
- Bishop, D.V.M., Adams, C.V., Rosen, S.* (2006) Resistance of grammatical impairment to computerized comprehension training in children with specific and non-specific language impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 41, 19-40
- Böhr, M.* (2004) Das Zollinger-Therapiekonzept als Annäherung an sprachauffällige Kinder. *Forum Logopädie*, 18, 14-19
- Brunner, M.* (2007) „Schuster, bleib bei Deinem Leisten“. *HNO*, 55, 241-244
- Buschmann, A., Jooss, B.* (2007) Frühintervention bei verzögerter Sprachentwicklung: „Heidelberger Elterstraining zur frühen Sprachförderung“. *Forum Logopädie*, 21, 6-11
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., Rutter, M.* (2005) Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128- 149
- Cogher, L.* (1999) The use of non-directive play in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 15-15
- Cohen, W., Hodson, A., O’Hare, A., Boyle, J., Durrani, T., McCartney, E., Matthey, M., Naftalin, L., Watson, J.* (2005) Effects of Computer-Based Intervention Through Acoustically Modified Speech (FastForWord) in Severe Mixed Receptive-Expressive Language Impairment: Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 715-729
- Coulter, L., Gallagher, C.* (2001) Evaluation of the Hanen early Childhood Educators Programme. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, Suppl., 264-269

de Sousa, I., Oakhill, J. (1996). Do levels of interest have an effect on children's comprehension monitoring performance? *British Journal of Educational Psychology*, 66, 471-482

Dollaghan, C., Kaston, N. (1986) A comprehension monitoring program for language-impaired children. *Journal of speech and hearing disorders*, 51, 264-271

Endres, R., Baur, S. (2003) Sprachtherapeutische Interventionen. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 47-62

Franke, U. (1999) Inhalt und Struktur in der Theraplay-Stunde. *Schwierige Kinder verstehen und helfen*, 18, 14-18

Franke, U., Wettig, H.H.G. (2004) *Die Wirkung von Theraplay bei rezeptiven Sprachstörungen. Zwei Studien zur Evaluation der Wirkung von Theraplay bei Klein- und Vorschulkindern mit Sprachentwicklungsstörungen und oppositionell-verweigerndem oder scheuem Interaktionsverhalten bzw. mangelnder sozialer Gegenseitigkeit.* http://www.pisapillen-panikmache.de/dokumente/dgs_2004_10_Rezeptive_Sprachst_Manuskript.doc

Franke, U. (2007) Antonio und die Wirkung von Theraplay auf sprachverständnisgestörte Kinder. *mitSprache – Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 1, 43-53

Gebhard, W. (2001) Entwicklungsbedingte Sprachverständnisstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Status und Diagnostik im klinischen Kontext. München: Utz

Gebhard, W. (2007) Sprachverständnisstörungen – diagnostische und therapeutische Anmerkungen zu einem unterschätzten Problem. *mitSprache – Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 1, 23-39

Gillum, H., Camarata, S. (2004) Importance of Treatment Efficacy Research on Language Comprehension in MR/DD Research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 201-207

Gontard von, A., Lehmkuhl, G. (2003) Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 88-97

Goorhuis-Brouwer, S.M. (1990) Frühzeitige Erkennung von Sprachentwicklungsstörungen. die Eltern als engagierte Beobachter von Sprachentwicklungsstörungen. *Folia Phoniatrica*, 42, 260-264

Grimm, H. (2003 a) *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe

Grimm, R. (2003 b) Pädagogische Interventionen. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 63-70

Law, J., Garrett, Z., Chad, N. (2004) The Efficacy of Treatment for Children with Developmental Speech and Language Delay / Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 924-943

- Manolson, A.* (1992) It takes two to talk. A parent's guide to helping children communicate. The Hanen Centre: The Beacon Herald Fine Printing Division
- Mathieu, S.* (2007) Diagnostik und Therapie von Sprachverständnisstörungen. *mitSprache – Fachzeitschrift für Sprachheilpädagogik*, 1, 5-22
- Montgomery, J. W.* (2004) Sentence comprehension in children with specific language impairment: effects of input rate and phonological working memory. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39, 115- 133
- Mundy, P., Gomes, A.* (1998) Individual differences in joint attention skill development in the second year. *Infant Behavior & Development*, 21, 469-482
- Noterdaeme, M.* (2003) Ätiologie und Pathogenese. In: Amorosa, H., Noterdaeme, M. (Hg.) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 16-19
- Penner, Z.* (ohne Jahresangabe) Frühe Sprachförderung. Schulungsskript zur Anwendung des Programms „Kon-Lab“. Troisdorf: Bildungsverlag EINS
- Penner, Z., Schmid, J.* (2005) Über sprachliches Regellernen und Fördermaßnahmen: das „Kon-Lab-Programm“. *Sprachheilarbeit*, 50, 293-299
- Ptok, M.* (2006) Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen - Erläuterungen zum „Technical Report“ der ASHA. *HNO*, 1, 6-8
- Rüth, U.* (2004) Rezeptive Sprachstörungen und Wilfred R. Bions „Lernen durch Erfahrung“. *Kinderanalyse*, 1, 46-69
- Schelten-Cornish, S.* (2005) Indirekte interaktive Intervention bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Analyse an Fallbeispielen. *Forum Logopädie*, 13, 105-111
- Schmitz, P., Diem, A.* (2007) Sprachverstehenskontrolle – Ein wichtiger Ansatzpunkt in der Therapie von Sprachverstehensstörungen. *Forum Logopädie*, 21, 32-39
- Siegmüller, J., Kauschke, C.* (2006) *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Elsevier
- Skarakis-Doyle, E., MacLellan, N., Mullin, K.* (1990) Nonverbal Indicators of Comprehension Monitoring in Language-Disordered Children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 461-467
- Snowling, M.J., Bishop, D.V.M., Stothard, S.E., Chipchase, B., Kaplan, C.* (2006) Psychosozial Outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech- language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 759- 765
- Suchodoletz von, W., Keiner, T.* (1998) Psychiatrische Aspekte bei sprachgestörten Kindern. *Pädiatrische Praxis*, 54, 395- 402

Suchodoletz von, W. (2006) Neue Studien zeigen: Training auditiver Funktionen für sprachgestörte Kinder ohne Nutzen. *Forum Logopädie*, 20, 18-23

Wagner, R., Werner-Frommelt, A. (2003) Schulische Intervention. In: Amorosa, H., Norderdaeme, M. (Hg.) *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe, 71-79

Zollinger, B. (2000) *Wenn Kinder Sprache nicht entdecken*. Bern: Haupt

Zollinger, B. (2004) *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt

Anhang

„Richtlinien“

Hinweise zum Umgang mit sprachverständnisgestörten Kindern

Aufmerksamkeit sichern

- Blickkontakt herstellen (mit Namen ansprechen, anfassen...)
- andere Handlungen des Kindes kurz unterbrechen, während man mit ihm spricht
- nicht über weite Entfernungen oder von hinten mit dem Kind sprechen
- einzeln ansprechen (Aufträge an die Gruppe bezieht das Kind z. T. nicht auf sich)

Modellieren der eigenen Sprache

- viel Mimik und Gestik verwenden
- die wichtigen Wörter im Satz deutlich betonen
- langsam und deutlich sprechen
- kurze Pausen zwischen Sinneinheiten und Sätzen lassen
- kurze, einfache Sätze verwenden
- Dinge in der Reihenfolge erzählen, in der sie tatsächlich ablaufen (z.B. Du machst jetzt das Bild fertig und kannst dann in die Pause. Zuerst malst du das Bild und dann gehen wir raus. Wenn du fertig gemalt hast, kannst du rausgehen. nicht: Du kannst in die Pause, wenn du das Bild gemalt hast. Du gehst nicht raus, bevor du nicht fertig bist.)

Überprüfen ob das Kind wirklich verstanden hat

- gezielte Fragen stellen (wer, wo, warum...), d.h. Inhalte nicht einfach nur wiederholen lassen oder Fragen „hast du verstanden?“
- bei „nicht verstehen“ keine zusätzlichen Informationen geben, sondern Inhalte evtl. vereinfacht wiederholen

In spezifischen Fördersituationen

- Zusammenhänge visuell zeigen (Symbole, Skizzen, „Vormachen“, anschauliches Material...)
- Einsatz von Schriftsprache (sofern sie für das Kind eine Hilfe bedeutet)
- Untergliedern in möglichst viele Unterschritte
- „Übersetzen“ der Instruktion in die Sprache des Kindes
- gemeinsames Anlegen von schulfachspezifischen „Vokabelheften“
- Reduzieren auf das Wesentliche
- Spicker in Symbolen oder Sprache des Kindes schreiben
- Möglichkeiten erarbeiten, wie das Kind um Hilfe fragen kann

Quelle: Baur, S. & Endres, R. (1999). Kindliche Sprachverständnisstörungen: Der Umgang im Alltag und in spezifischen Fördersituationen, *Die Sprachheilarbeit*, 44, 318-328

Tagungsrückblick
**„Therapie von Entwicklungsstörungen:
Was wirkt wirklich?“**

14. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches
Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen
am 8. März 2008 in München

Die Zahl von Behandlungsmethoden, die für eine Therapie von Entwicklungsstörungen empfohlen werden, ist kaum noch zu überschauen. Aber die Frage, ob eine Intervention tatsächlich nützt, wird nur selten gestellt. Dass dies nicht so bleiben kann, wird in letzter Zeit zunehmend aus Auseinandersetzungen über die Verteilung knapper werdender Ressourcen deutlich. Es zeichnet sich ab, dass zukünftig auch im Bereich der Therapie von Entwicklungsstörungen der Beleg einer Wirksamkeit Voraussetzung für eine Finanzierung sein wird. Die Tagung sollte ein Anstoß sein, den Nutzen der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen genauer zu belegen. Welche Therapie führt tatsächlich zu erkennbaren Veränderungen (Wirksamkeit), sind Therapieeffekte für die Kinder auch relevant (Nützlichkeit) und stehen Aufwand und Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis (Effektivität)? Welche Therapie ist dringend erforderlich, welche eher überflüssig und welche schadet gar?

Die Tagung begann mit einem Beitrag von Herrn Straßburg (Würzburg), der ausgehend von historischen Therapieansätzen über derzeit praktizierte Methoden zur Behandlung von Kindern mit motorischen Störungen berichtete. Den Schwerpunkt legte er auf die Therapie von infantilen Zerebralpareesen. Herr Straßburg stellte den rehabilitativen Ansatz nach Bobath, die Neurokinesiologie nach Vojta, die Konduktive Förderung nach Pető, die Sensorische Integration nach Ayres einander gegenüber. Er betonte, dass entgegen mancher Versprechen keine Therapie eine Zerebralparese heilen könne, dass aber durch eine Aktivierung von Ressourcen und eine Förderung von Alltagsfunktionen die soziale Integration und damit die Lebensqualität und -zufriedenheit deutlich verbessert werden können.

In seinem Beitrag zur Therapie von Kindern mit geistiger Behinderung stellte Herr Häßler (Rostock) den Paradigmenwechsel von primär Defekt zentrierten Ansätzen zu Ressourcen orientierten Modellen in den Mittel-

punkt seiner Überlegungen. Hauptziel sei es, durch eine Förderung individueller Kompetenzen Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soweit irgend möglich zu erreichen. In der Behandlung müssten insbesondere auch psychische Begleitstörungen, wie selbst- und fremdverletzendes Verhalten, motorische Unruhe, Stereotypien und depressive Verstimmungen, Berücksichtigung finden. Spezifische Aspekte einer Psychopharmakotherapie und Besonderheiten, die bei Kindern mit einer geistigen Behinderung zu beachten sind, wurden ausführlicher dargestellt. Herr Häßler setzte sich nachdrücklich für eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene multimodale Therapie ein, in der, falls psychiatrische Zusatzsymptome die soziale Integration erheblich beeinträchtigen, heil- und sonderpädagogische Förderung, Verhaltens- und Kreativtherapie kombiniert werden sollten mit einer symptomzentrierten medikamentösen Behandlung.

Anschließend wurden Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie von Sprachentwicklungsstörungen thematisiert (v. Suchodoletz, München). Als unverzichtbare Behandlungselemente wurden neben einer Behandlung des Kindes (Sprachtherapie, Therapie von Begleitstörungen) eine Einbeziehung der Eltern in die Betreuung und eine Optimierung des Umfeldes genannt. Aus den Ergebnissen von Evaluationsstudien wurde abgeleitet, dass eine Sprachtherapie nur dann zu einer Verbesserung sprachlicher Kompetenzen führt, wenn diese direkt an der Sprache ansetzt, nicht aber, wenn Basisfunktionen trainiert werden. Verbessern lassen sich sprachproduktive Fähigkeiten (Lautbildung, aktiver Wortschatz, Grammatikproduktion), während positive Effekte auf das Sprachverständnis bislang nicht belegt sind. Als Defizite in der derzeitigen Praxis wurden eine zu späte Diagnostik und Therapie sowie eine ungenügende Einbeziehung der Eltern herausgestellt.

Therapiemöglichkeiten bei Kindern mit autistischen Störungen wurden von Frau Noterdaeme (München) diskutiert. Sie beschrieb unterschiedliche verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieverfahren und demonstrierte mit eindrucksvollen Videoausschnitten kind- und therapeutengeleitete Interventionen. Als wesentliche verhaltenstherapeutische Ansätze wurden Techniken der Stimulus-, Selbst- und Konsequenzkontrolle sowie kognitive Verfahren genannt. Aus den Ausführungen ging hervor, dass ein Autismus zwar nicht geheilt werden kann, dass aber durch eine langfristig angelegte, symptomorientierte Therapie unter Einschluss des Umfeldes eine deutliche Besserung der sozialen Adaptation zu erreichen ist.

Die Nachmittagssitzung leitete Herr Döpfner (Köln) mit einem Beitrag zur Therapie hyperkinetischer Störungen ein. In einem gut strukturierten Überblick wurden patienten-, eltern- und schulzentrierte Interventionen dar-

gestellt und Erwartungen, die daran geknüpft werden, kritisch hinterfragt. Herr Döpfner kam zu dem Ergebnis, dass eine auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien basierende Aufklärung und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrern Grundlage einer jeden Intervention sein sollten. Eine medikamentöse Therapie sei sehr wirksam, aber nur bei einer ausgeprägten Symptomatik als Mittel der ersten Wahl anzusehen. Für eine Verhaltenstherapie seien positive Effekte, wenn auch nicht so ausgeprägt wie für Medikamente, belegt. Ergänzend wurde auf Selbsthilfematerialien und auf Eltern- und Erziehertrainings zur Prävention eingegangen.

Herr Petermann (Bremen) setzte sich mit einer Therapie von Störungen des Sozialverhaltens auseinander. Einzelne verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsverfahren wurden vorgestellt und das Training mit aggressiven Kindern (TAK) ausführlicher erläutert. Die Effektivität von kind- und elternzentrierten Trainingsverfahren wurde miteinander verglichen. Herr Petermann kam zu dem Schluss, dass weder ein Training der sozialen Kompetenz noch ein Elterntraining bei jedem Kind zum erhofften Erfolg führen. Störungen des Sozialverhaltens seien unterschiedliche Störungsbilder, weshalb keine Interventionsstrategie für alle Kinder gleichermaßen geeignet sei. Ob ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Training mit Kindern oder Eltern, Maßnahmen der Jugendhilfe oder eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung die bessere Wahl sei, müsse im Einzelfall entschieden werden.

Der letzte Beitrag befasste sich mit der Therapie emotionaler Störungen bei jungen Kindern (v. Gontard, Bad Homburg). Insbesondere wurde auf soziale Angst, Trennungsangst und generalisierte Ängste eingegangen. Verschiedene Formen der Spieltherapie (non-direktive Spieltherapie, Eltern-Kind-Interaktionstherapie, Sandspieltherapie) wurden dargestellt. Es wurde deutlich, dass bislang lediglich für die Eltern-Kind-Interaktionstherapie aussagefähige Evaluationsstudien vorliegen, die eine Wirksamkeit mit mittleren Effektstärken nachgewiesen haben. Das eigene Vorgehen in der Sandspieltherapie und Möglichkeiten einer psychoanalytischen Deutung der vom Kind dargestellten Szenen erläuterte Herr v. Gontard anhand einer eindrucksvollen Kasuistik.

Wie sehr die angesprochene Thematik allen an der Betreuung entwicklungsgestörter Kinder beteiligten Fachleuten unter den Nägeln brennt, zeigte die große Resonanz. Obwohl als Tagungsort das Audimax gewählt wurde, musste aus Platzgründen vielen Interessenten abgesagt werden. Die Beiträge können aber demnächst nachgelesen werden. Sie werden ergänzt durch weitere Themen in der Buchreihe „Entwicklungsstörungen“ im Hogrefe-Verlag erscheinen.

Waldemar v. Suchodoletz, München

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

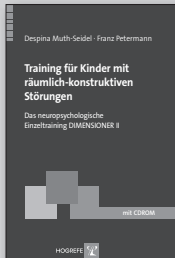
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopierversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothhaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.



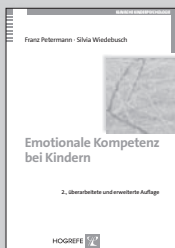
Despina Muth-Seidel
Franz Petermann

Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen

Das neuropsychologische Einzeltraining DIMENSIONER II

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2008, 136 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 44,95 / sFr. 76,-
ISBN 978-3-8017-2053-7

Das Manual beschreibt das neuropsychologisch fundierte Einzeltraining DIMENSIONER II für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen im Alter von 8 bis 14 Jahren. Ziel des Trainings ist es, Strategien zu vermitteln, die den Kindern eine Bewältigung von schul- und alltagsbezogenen Anforderungen ermöglichen. Das Buch enthält präzise Anleitungen für die Durchführung des Grund- und Aufbautrainings. Zahlreiche kindgerecht gestaltete Materialien sowie Fallbeispiele veranschaulichen das Vorgehen und erleichtern die Umsetzung des Trainings in der klinischen Praxis.



Franz Petermann
Silvia Wiedebusch

Emotionale Kompetenz bei Kindern

(Reihe: »Klinische Kinderpsychologie«, Band 7)
2., überarbeitete und erweiterte
Auflage 2008, 285 Seiten,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-2200-5

Die überarbeitete und erweiterte Auflage des Bandes stellt aktuelle Forschungsbefunde zur Entwicklung emotionaler Fertigkeiten bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren vor, beschreibt Verfahren zur Diagnostik emotionaler Fertigkeiten und stellt Trainingsprogramme zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz dar.



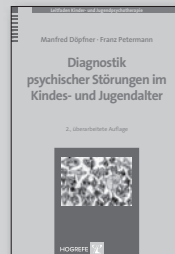
Michael Behr · Dagmar Hölldampf
Dorothea Hüsson (Hrsg.)

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte

2009, 368 Seiten,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-2158-9

In diesem Band werden aktuelle personzentrierte, beziehungsorientierte und interaktionelle Behandlungskonzepte theoretisch fundiert und praxisorientiert erläutert. Dargestellt werden u.a. Handlungskonzepte für die konkrete therapeutische Beziehungsgestaltung, für die Gruppen-, Filial- und Motherapie. Weiterhin werden Behandlungskonzepte für spezielle Klientengruppen, u.a. für gewalttätige Kinder und Jugendliche, für sexuell missbrauchte Kinder und für Kinder psychisch kranker Eltern aufgezeigt.



Manfred Döpfner
Franz Petermann

Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

(Reihe: »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 2)
2., überarbeitete Auflage 2008,
X/179 Seiten, € 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-2173-2

Der Band bietet eine praxisorientierte Einführung in die Grundlagen der Diagnostik psychischer Störungen und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Er gibt dem Untersucher Leitlinien zur Diagnostik psychischer Auffälligkeiten und relevanter Rahmenbedingungen an die Hand. In der Neubearbeitung des Bandes werden aktuelle Verfahren zur Verhaltens- und Psycho-diagnostik sowie zur Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik vorgestellt. Zahlreiche Materialien erleichtern die Umsetzung der Leitlinien in die konkrete klinische Praxis.

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 49609-0 · Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

MVZ Rheinland-Pfalz Raum Koblenz-Wiesbaden

Angebunden an eine etablierte und sehr erfolgreiche Fachklinik mit einem 15-köpfigen interdisziplinären Team und einem Versorgungsauftrag für Erwachsene sowie jugendliche Abhängige soll im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums der ambulante Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (bereits vorhanden) und zusätzlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als eine vernetzte Versorgungseinheit aufgebaut werden.

Daher möchten wir ins Gespräch kommen mit einem/r

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

der/die seine/ihre Praxis im Rahmen dieses MVZ haben wird und sowohl im ambulanten Bereich als auch - bei Interesse - für die Klinik tätig werden soll. Die Praxisräume, ihre Einrichtung und die weitere Organisation inklusive des zeitlichen Einsatzes in Klinik und Praxis können mit dem Träger des MVZ flexibel diskutiert werden. Praxisräume, zum Teil auch Praxispersonal, sind vorhanden. Die Dotierung der Position ist vorgesehen als Festeinkommen im Rahmen eines Anstellungsvertrages des MVZ. Vorab-Investitionen sind nicht erforderlich. Optional kann eine zusätzliche Gewinnbeteiligung diskutiert werden. Hinzu kommen Einnahmen aus der ambulanten Behandlung von Privatpatienten, Gutachten sowie eventuell IGEL-Leistungen. Alles Weitere ist Verhandlungssache. Die Region und die interdisziplinäre Struktur lassen eine hohe Bedarfslage erkennen. Durch die MVZ-Struktur ist zudem ein hohes Maß an Sicherheit gewährleistet.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre telefonische oder schriftliche Kontaktaufnahme unter Angabe der **Kennziffer 17992** an die von uns beauftragte Personalberatung zu Händen **von Frau Knipping** oder **Herrn Liebig**. Sie sagen Ihnen absolute Vertraulichkeit zu und sind zu weiteren telefonischen Auskünften unter der Durchwahl **0 28 52 / 96 15 23** gerne bereit.

DIPL.-PSYCH. WILFRIED KAPPES & PARTNER

Die Personalberatung des Gesundheitswesens

46492 Hamminkeln - Postfach 1124 - Ringenberger Str. 44c - Tel. (0 28 52) 96 15-0



Homepage: www.kappes.net - E-Mail: Personalberatung@kappes.net



Wir sind ein bundesweit tätiger Dienstleister im Gesundheitswesen. Wir entwickeln und betreiben interdisziplinäre ambulante Gesundheitszentren in der Form von Medizinischen Versorgungszentren.

Für unsere medizinischen Versorgungszentren in **Köln, Bonn, Hamburg, Berlin** und **Leipzig** suchen wir zum nächstmöglichen Termin in Voll- oder Teilzeit jeweils eine/-n

Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Wir wünschen uns für die zu besetzenden Positionen ärztliche Kolleginnen/Kollegen mit entsprechender Facharztanerkennung und einer möglichst breiten diagnostischen und therapeutischen Erfahrung.

Neben diesen fachlichen Voraussetzungen arbeiten Sie gerne selbstständig und eigeninitiativ und bevorzugen einen kooperativen Arbeitsstil.

Wir bieten einen zukunftssicheren Arbeitsplatz in einem unbefristeten Anstellungsverhältnis mit geregelten Arbeitszeiten, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem engagierten und kollegialen Team sowie die Teilnahme an neuen und innovativen Versorgungsformen.

Bitte senden Sie Ihre schriftlichen Bewerbungsunterlagen per E-Mail oder Post an:

HCM Health-Care Managers GmbH

Herrn Michael Rauber

abc-tower

Ettore-Bugatti-Straße 6 - 14

51149 Köln

Tel. 02203 / 890 34 05 • Fax 02203 / 890 34 10

m.rauber@hc-managers.de • www.hc-managers.de



Die Kath. Kinderklinik **WILHELMSTIFT** gGmbH ist eine Klinik der Schwerpunktversorgung mit 229 stationären und teilstationären Betten im Osten von Hamburg.

Sie verfügt über die Abteilungen Pädiatrie, Neonatologie und Intensivmedizin sowie Schwerbrandverletzte, Kinderchirurgie, Kinderhandchirurgie, Anästhesie, Bildgebende Diagnostik und die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

In unserer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist

**ab dem 01.09.2008 eine
Weiterbildungsstelle
für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
psychotherapie**

zu besetzen. Die Stelle ist als Schwangerschaftsvertretung zunächst auf ein Jahr befristet. Eine Verlängerung auf die gesamte Facharztausbildung ist möglich.

Weiterhin bieten wir

**zum 01.11.2008 eine
Weiterbildungsstelle
für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
psychotherapie**

in Teilzeit (30 h) an. Die Stelle ist zunächst bis zum 31.04.2010 befristet. Eine Verlängerung ist möglich.

Sie sind interessiert an der Entwicklung von Kindern in ihrem Umfeld, an enger Teamarbeit und an psychodynamischer Psychotherapie und Familientherapie. Wünschenswert sind Erfahrungen in Pädiatrie oder Psychiatrie / Psychotherapie.

Wir bieten Arbeit in einem eingespielten Team, mit einem exzellenten Weiterbildungsprogramm. Der Chefarzt hat die Weiterbildungsberechtigung für 4 Jahre KJPP.

Die Vergütung erfolgt nach den Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR); darüber hinaus bieten wir Ihnen eine zusätzliche Altersversorgung an.

Die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche ist Einstellungsvoraussetzung.

Für Vorabinformationen steht Ihnen gerne Chefarzt Dr. Walter unter Tel. 040 67377-190 zur Verfügung.

**Ihre aussagekräftige Bewerbung
richten Sie bitte an:**

Herrn Dr. Joachim Walter, Chefarzt
Kath. Kinderklinik Wilhelmstift gGmbH
Liliencronstraße 130
D-22149 Hamburg
oder per E-Mail an:
j.walter@kkh-wilhelmstift.de

BE SPECIAL: www.krankenhausmarketing.de



www.kkh-wilhelmstift.de



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

40 Jahre Facharzt – 30 Jahre Berufsverband – Kinder- und Jugendpsychiatrie heute!
Methodenvielfalt in Diagnostik und Therapie

BAD HOMBURG

KongressCenter im Kurhaus Bad Homburg

6.–8. November 2008

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH

Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 85 99 62-27

Fax: +49 (0)30 – 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp



Unser Krankenhaus verfügt über insgesamt 220 Betten und hält folgende Fachabteilungen vor: ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, ein Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Belegabteilungen Urologie und HNO sowie eine Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin. Als Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg für die Fachbereiche Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe beteiligen wir uns an der akademischen Ausbildung.

Für unsere **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (Ltd. Arzt Dr. med. Clemens Keutler) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Oberärztin/Oberarzt für die Leitung der Psychiatrischen Institutsambulanz

sowie eine/einen

Fachärztin/Facharzt für die Psychiatrische Institutsambulanz

Unsere kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Abteilung verfügt über zwei Stationen mit jeweils zehn Betten sowie eine Tagesklinik mit zwölf Plätzen in zwei Gruppen. Schwerpunktmäßig arbeiten wir biologisch-psychiatrisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch-familientherapeutisch. Unsere Behandlung erfolgt in multiprofessionellen Teams (nach PsychPV) unter regelmäßiger Supervision.

Gewünscht wird

- für die Oberarztstelle möglichst abgeschl. Facharztanerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater/in, für die Facharztstelle sollten Sie in fortgeschrittener Facharztweiterbildung sein
- Interesse an einem breiten Spektrum differenzierter Diagnostik und therapeutischer Methoden
- Engagement beim weiteren Auf- und Ausbau der Abteilung
- Freude an der Vernetzung und Beratung von niedergelassenen Kollegen/-innen und externen Institutionen

Wir bieten

- Freude an der Arbeit in einem dynamischen, engagierten und sympathischen Team
- geregelte Arbeitszeit
- Freistellung und finanzielle Unterstützung für fachgebundene Fortbildung
- Nebenerwerbsmöglichkeiten (z. B. Gutachten, Unterricht an einer Krankenpflegeschule, Ermächtigungsambulanz)
- perspektivenreiche und dynamische Entwicklung der Abteilung

Die Vergütung sowie die übrigen Sozialleistungen (einschließlich der betrieblichen Altersversorgung) orientieren sich an dem AVR mit Ergänzungen analog TV-Ä mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von derzeit 38,5 Stunden.

Wenn Sie sich von unserem Angebot angesprochen fühlen, dann richten Sie bitte Ihre vollständige Bewerbung an:

St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH
Herr Andreas Heuser, Verwaltungsleiter
Feldbergstr. 15, 79539 Lörrach

Für Ihre Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Keutler unter 07621/171-4802 gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Sie!

St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach ♦ St. Josefskrankenhaus Freiburg ♦ Loretto-Krankenhaus Freiburg
St. Elisabeth-Krankenhaus Freiburg ♦ Bruder-Klaus-Krankenhaus Waldkirch ♦ Hospiz Karl Josef Freiburg
Kreiskrankenhaus Emmendingen

Für die **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Märkische Kliniken GmbH**

suchen wir ab sofort oder später

Leitende Oberärztin/Leitender Oberarzt (unbefristete Vollzeitstelle)

Sie sind Kinder- und Jugendpsychiater/in oder Pädiater/in oder Psychiater/in mit fortgeschrittener kinder- und jugendpsychiatrischen Ausbildung, haben Leitungserfahrung und Interesse eigene Schwerpunkte aus- oder aufzubauen.

Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (unbefristete Vollzeitstelle in der Institutsambulanz, Teilzeit möglich) Sie sind Kinder- und Jugendpsychiater/in oder in fortgeschrittener Facharztweiterbildung

Psychologe/Psychologin mit Approbation als psychologische/r Psychotherapeut/in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (unbefristete Vollzeitstelle in der Institutsambulanz, Teilzeit möglich) mit Berufserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei Interesse und entsprechender Qualifikation kann die Leitung der Ambulanz übernommen werden (gegebenenfalls als **ärztliche Leitung** oder **Leitender Psychologe/Leitende Psychologin** mit leistungsabhängiger Zusatzvergütung).

Assistenzarzt/-ärztin für die Facharztweiterbildung (Vollzeitstelle im Stationsteam, Teilzeit möglich) die volle Weiterbildungsermächtigung liegt vor, das Fremdjahr kann im Klinikum in der Pädiatrie, Psychiatrie oder der Psychosomatik absolviert werden.

Psychologe/Psychologin (Vollzeitstelle im Stationsteam, Teilzeit möglich) in Weiterbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in oder psychologischen Psychotherapeuten/in

Die Klinik bietet eine **interne Ausbildung in Eltern-Säuglings/Kleinkind-Psychotherapie/Beratung** nach den Richtlinien der GAIMH. Supervision ist selbstverständlich, Fort- und Weiterbildung hat einen hohen Stellenwert und wird großzügig unterstützt (einschließlich psychotherapeutischer Zusatzausbildungen). Der geplante Ausbau und Umzug der Klinik in den nächsten Jahren ermöglicht einen großen Gestaltungsspielraum.

Die Institutsambulanz betreut Familien mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit dem ganzen Spektrum kinderpsychiatrischer Erkrankungen.

Daneben verfügt die Klinik über zwei kinder- und jugendpsychiatrische Stationen und eine Tagesklinik mit insgesamt 46 Behandlungsplätzen. Es besteht Versorgungspflicht für zwei große Landkreise. Behandelt wird das ganze Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer und psychosomatischer Krankheitsbilder von 0-18 Jahre.

Die Vergütung erfolgt nach dem TV-Ärzte/VKA bzw. entsprechend den persönlichen Voraussetzungen nach dem TVöD oder TVÜ-VKA.

Als attraktive Zusatzangebote bieten wir Ihnen:

beitragsfreie Zusatzversorgung des öff. Dienstes, freiwilliger AG-Zuschuss bei Entgeltumwandlung, freiwillige Leistungszulage ab 2. Beschäftigungsjahr, eigene Kindertagesstätte bei Umzug nach Lüdenscheid, betriebliche Gesundheitsförderung, Übergangs- Wohnmöglichkeit im Personalwohnheim, zinsfreies Umzugskostendarlehen



Märkische Kliniken GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik u.
Psychotherapie
Frau Klinikdirektorin Dr. T. Jacubeit
tamara.jacubeit@klinikum-luedenscheid.de
Hohfuhstr. 25, 58509 Lüdenscheid – www.maerkische-kliniken.de

Praxisübernahme in Lüneburg

Ich suche baldmöglichst eine(n) Fachärztin/Facharzt zur Vorbereitung der Übernahme meiner Praxis zum

1.10.2009

Die Praxis ist seit 25 Jahren in Lüneburg bzw. zuletzt in unmittelbarer Ortsnähe von Lüneburg, sozialpsychiatrisch seit Vertragsbeginn.

In der Praxis arbeitet ein gut eingeführtes Team
(z. Teil seit Beginn der Praxis dabei).

Dr. med. Peter Wilczkowiak
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Borgwardstr. 16, 21365 Adendorf
Tel.: 04131/390091, Fax: 04131/232890

Impressum

**Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.**

Forum Verlag – Aachen

ISSN 0943-8831

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: ingo.spitzcokvonbrisinski@lvr.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Christa Schaff, Dr. med. Maik Herberhold
Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Data, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,- €(einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 44,- €(einschließlich Postversand)
Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,- €(einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 33,- €(einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.
