

Zusammenfassung: Eine frühe Behandlung bei Sprachentwicklungsverzögerungen trägt dazu bei, sekundäre, also aus der sprachlichen Verzögerung entstehenden Störungen zu verhindern. In diesem Beitrag geht es darum, wie Eltern effektiv in eine am einzelnen Kind ausgerichtete Therapie einbezogen werden können. In der Praxis zeigt es sich, dass interaktive Strategien gerade von Eltern gewinnbringend eingesetzt werden können. Es muss allerdings immer überprüft werden, ob die Kinder genügend von den interaktiven Strategien profitieren, oder ob diese mit anderen Methoden kombiniert werden müssen.

Schlüsselwörter: Mitarbeit der Eltern, interaktive Sprachförderung, Videotraining, erweiterte Therapiebasis

Indirekte interaktive Intervention bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Analysen an Fallbeispielen

Einleitung

Der dreijährige Junge wirkt kleiner als sein Alter und etwas unbeholfen. Er sitzt auf dem Boden und sucht den Blickkontakt zur Therapeutin, die sich zu ihm und seiner Mutter gesetzt hat. Die Therapeutin reicht ihm ein Spielauto und sagt „Oh-oh!“ Der Junge lacht und zeigt, was beim Auto „kaputt“ ist, „repariert“ es kurz mit einem zum Schraubenzieher umfunktionierten Bleistift, reiht es in seine anderen Autos ein und sagt „nau“. Dieser Vorgang wiederholt sich sechsmal, während die Therapeutin sich über die erreichten Ziele des Blickkontakts, des Sich-Abwechselns in der spielerischen Unterhaltung und des sprachlichen Kommentierens sehr freut.

In diesem Fall konnte nach der erfolgreichen Sprachförderungsarbeit der Mutter die befürchtete autistische Störung als unwahrscheinlich eingestuft werden: die genannten, vorher fehlenden Voraussetzungen zur Sprachentwicklung haben sich eingestellt (vgl. Baron-Cohen et al, 1992). Die Sorge über die knappen und undeutlichen sprachlichen Äußerungen bleibt aber bestehen, denn auch bei der erfolgreichen täglichen Förderung der Mutter klafft die Schere des Ist- und Soll-Zustands der kindlichen Sprachentwicklung immer weiter auseinander.

Im folgenden wird über Behandlungsentscheidungen bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern wie diesem gesprochen, die viel zu langsam oder auch gar nicht zum Sprechen kommen.

Es wird hier aus dem Blickpunkt der niedergelassenen Praxis gesprochen. Dies heißt erstens, dass sowohl spezifische, also isolierte Sprachentwicklungsstörungen wie auch solche, die mit anderen Entwicklungsverzögerungen einhergehen, besprochen werden. Denn in einer niedergelassenen Praxis ist die Behandlungspopulation sehr gemischt. Bei beiden Gruppen kann die Sprachentwicklung sowohl sich normalisieren als auch gestört bleiben.

Zweitens bedeutet dieser Blickpunkt, dass hier das Thema das methodische „wie“ einer Normalisierung oder zumindest eine Optimierung der kindlichen Sprachentwicklung ist. Es ist hier nicht das Thema, ausschließlich einen Behandlungsansatz als ausreichend zu präsentieren. Denn der Fachliteratur zur Forschung über Sprachentwicklungsverzögerung kann man zwei Tatsachen als gesichert entnehmen: erstens gibt es keine Theorie der Sprachentwicklung, die alle Aspekte erklären kann (vgl. Dannenbauer, 2004). Und zweitens ist noch kein Nachweis geführt worden, dass eine Behandlungsmethode erfolgreicher ist als eine andere (vgl. Baxendale and Hesketh, 2003). So muss die Praktikerin bei der Auswahl der Behandlungsmethode die folgenden sich bei jedem Fall anders präsentierenden Faktoren berücksichtigen.

Einflussfaktoren auf die Therapie

1. Die Persönlichkeit der Eltern; Bedingungen der kindlichen Umwelt

Bei allem Lernen ist die häufige Wiederholung eine wichtige Voraussetzung zum Erfolg. Kinder, die sehr stark sprachentwicklungsverzögert sind, brauchen eine Intervention, die mindestens täglich stattfindet. Da dies bei einer ambulanten Therapie nicht zu leisten ist, ergibt sich damit der erste zwingende Grund, „indirekt“ mit dem Kind zu arbeiten, d.h. die Eltern zu Co-Therapeuten zu machen. So lernen die Kinder die Sprache von wichtigen Bezugspersonen, wie es einem normgemäßen Sprachlernprozess entspricht. Gelingt es den Eltern, die sprachlichen Ziele in der täglichen Routine einzubetten, so ist die Gefahr gebannt, dass es keine Übertragung der gewonnenen Fähigkeiten in andere Situationen gibt. Gerade die Eltern können im Alltag immer wieder mit sprachfördernden Verhaltensweisen sofort Bezug nehmen auf die momentanen Interessen des Kindes. Durch eine Ausrichtung der sprachlichen Mitteilungen der Eltern auf die bereits fokussierte Aufmerksamkeit des Kindes werden die kindlichen Verarbeitungsmechanismen optimal auf den sprachlichen Input gerichtet (vgl. Siller and Sigman, 2002). So hat eine aktive Rolle der Eltern bei einer frühen Intervention in den meisten Fällen höchste Priorität. Jedes Elterpaar bringt allerdings eigene Stärken und Schwächen zum Tragen, welche den Verlauf der Behandlung beeinflussen.

2. Das Fachwissen und die Persönlichkeit der Therapeutin.

Die Wirkung dieser Faktoren variiert bei jedem Kind. Zum Beispiel könnte die Therapeutin mit auditiven Störungen viel Erfahrung haben, mit Entwicklungsdyspraxie aber weniger. Oder aber: Die persönliche Entwicklung der Therapeutin erleichtert oder erschwert es ihr, auftretende Probleme bei der Zusammenarbeit mit den Eltern zu lösen.

3. Die Persönlichkeit des Kindes

Hier wird von den Kräften gesprochen, mit denen jeder Mensch „von sich aus“ Entwicklungsprozesse herbeiführt. Diese Faktoren können die Wirkung einer Förderung verstärken oder beeinträchtigen und somit einen Erfolg sowohl fördern als auch hemmen. Ist das Kind zum Beispiel sehr an Kommunikation interessiert, wird die Therapie effektiver sein (vgl. Grimm, 2000).

4. Die bei Kleinkindern oft schwer erkennbare zugrundeliegende Störung

Während der Behandlung oder Beobachtung eines sprachentwicklungsverzögerten Kindes kristallisieren sich verschiedene Störungsbilder heraus. Diese können zum Beispiel sein – ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Systematik – auditive Verarbeitungsstörungen wie Differenzierungsschwächen, motorische Störungen wie Entwicklungsdyspraxie oder -dysarthrie, Störungen der Pragmatik, Störungen des Symbolverständnisses oder Störungen, die auch bei der allgemeinen Entwicklung eine Rolle spielen wie zum Beispiel Aufmerksamkeits- oder Merkschwächen. Diese Störungen können isoliert oder in Kombination miteinander auftreten.

Die Behandlungsmethodik

Wie anfangs betont, geht es hier nicht darum, eine einzige Behandlungsmethode herauszustellen. Als **Ausgangspunkt** der Behandlung gerade mit sehr kleinen oder auch mit älteren noch nicht sprechenden Kindern haben sich aber interaktive Sprachförderungsstrategien in der Praxis bewährt. Ein kindzentrierter, eher naturalistischer Ansatz betont die Rolle der Interaktion mit Bezugspersonen als Träger der sprachlichen Förderung. Die Bezugspersonen lernen sprachfördernde Verhaltensweisen, welche eine Interaktion auf der Stufe des Kindes optimieren. Die dem Entwicklungsstand des Kindes angepassten Ziele werden erarbeitet bei angenehmen, meist vom Kind bestimmten Aktivitäten, die es dem Kind ermöglichen, die Verbindung zwischen Umwelt und Geschehen auf der einen Seite und Gebrauch, Form und Inhalt der Sprache auf der anderen Seite zu verstehen (s. Abbildung 1: Die Sprachförderungs“arbeit“). Falls notwendig, werden die Voraussetzungen der Sprache **vor** der Erarbeitung linguistischer Ziele gefördert.

Die Tatsache, dass ein Zusammenhang besteht zwischen Interaktion, sozial-kulturellem Bezug und Pragmatik oder Gebrauch der Sprache einerseits und den sprachlichen Problemen ihres Kindes andererseits ist den Eltern allerdings in der Regel nicht klar. Über Videoaufnahmen von Interaktionen mit dem eigenen Kind ist es trotzdem meist möglich, den Eltern eine unmittelbare Wirkung der interaktiven sprachfördernden Verhaltensweisen zu zeigen. Dieses „sehen mit eigenen Augen“ von den Auswirkungen bei dem eigenen Kind überzeugt die Eltern fast immer.

Mit ihrer motivierten, im Tagesablauf integrierten Mitarbeit anhand der interaktiven sprachfördernden Verhaltensweisen kann man in vielen Fällen in relativ kurzer Behandlungszeit die bereits vorhandenen Kommunikationsversuche des Kindes ausbauen. Es kommt zu der „Wortschatzexplosion“, also das schnelle Anwachsen der vom Kind gebrauchten Wörter, die in der Regel zwischen dem 18. und 21. Lebensmonat eintritt. Dies ist ein Zeichen für einen Erfolg im ersten Abschnitt der Behandlung. Normalerweise wird hier eine Behandlungspause eingelegt, um zu sehen, ob eine regelhafte Sprachentwicklung jetzt weiter nachgeholt wird. Dreimonatige Kontrolltermine erlauben die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Wortschatzes und des Sprachverständnisses sowie auch der Aussprache und Grammatik. Wenn es vorteilhaft ist, behalten die Eltern die erlernten sprachfördernden Verhaltensweisen bei; wenn nicht, verschwinden diese meist von selber. Oft ist in diesen Fällen kein Eingreifen mehr notwendig.

Erweiterung der Behandlungsbasis

Leider ist es aber nicht immer der Fall, dass die sprachfördernden interaktiven Verhaltensweisen eine Normalisierung der Sprachentwicklung erreichen. Manchmal ist der Grund sofort offensichtlich: zum Beispiel hat zwar der Wortschatz, nicht aber das gleichermaßen eingeschränkte Phoninventar (d.h. die bereits gesprochenen Laute) die erhoffte Erweiterung gezeigt. Das heißt, das Kind spricht mehr, bleibt aber unverständlich. Oder es ist der Therapeutin zum Beispiel nicht gelungen, den Eltern die sprachfördernden Verhaltensweisen oder ihre Wirkung deutlich genug zu erklären und zu belegen, so dass die Eltern sie nicht anwenden. In diesen Fällen müssen über eine erneute Diagnosestellung weitere Arbeitshypothesen gestellt werden. In Bezug auf diese müssen weitere Methoden den interaktionistischen Ansatz ergänzen. Denn das Hauptziel lautet nicht „indirekte interaktive Therapie“; das Hauptziel lautet „Ausschöpfen des sprachlichen Potentials des Kindes anhand der Mitarbeit der Eltern“.

Es ist deshalb notwendig, bei jeder Behandlung laufend zu prüfen:

- 1) ob die Eltern die sprachfördernden Strategien ***verstehen, akzeptieren und im Alltag anwenden***
- 2) ob die Kinder von den sprachfördernden Strategien ***genügend*** profitieren (vgl. Fey, 1986, S. 64).

Ganz besonders bei Kindern, die eine spezifische (also isolierte) Sprachentwicklungsstörung aufweisen, muss man die „Wortschatzexplosion“ als erste Kontrollinstanz annehmen. Tritt sie nicht auf, so ist anzunehmen, dass sich die Sprachentwicklung auch bei sichtbaren Erfolgen nicht normalisieren wird. Die Methodenauswahl muss dann angepasst werden, wie die hier aufgeführten Fallbeispiele zeigen.

Fallbeispiele:

Im Folgenden werden 4 Fälle aus der Praxis besprochen. Bei zwei waren die interaktiven Strategien, welche die Eltern angewendet haben, für eine Normalisierung der Sprachentwicklung ausreichend; bei den anderen beiden mussten sie ergänzt werden.

C. S., Mädchen, Vorstellungsalter 24 Monate, nach Angabe der Mutter 9 verständliche Wörter. Das periphere Gehör war normal. Es lag eine gutartige auslaufende Form der

kindlichen Epilepsie vor, mit der Folge, dass das Kind mehr als 6 Monate lang starke Medikamente einnehmen musste. Die Sprache, welche die Mutter dem Kind anbot, war dem Alter des Kindes angepasst. Auffällig war allerdings, dass ein Blickkontakt selten zustande kam und dass eine spontane Nachahmung überhaupt nicht zu beobachten war.

Behandlung: Nach der Erklärung anhand eines lustigen Fotos (s. Abbildung 2: Blickrichtung bei Kleinkindern) lernte die Mutter mit dem Videotraining, durch Änderung ihrer Körperhaltung den Blick des Kindes „einzufangen“ und so die sprachgerichtete Aufmerksamkeit zu verbessern. Sobald ihr dies gelang, stellte sich gleich in der Therapiesituation eine spontane Nachahmung ein. Die Mutter achtete dann sehr darauf, die Strategie oft anzuwenden. In diesem Fall benötigte das Kind lediglich 4 Sitzungen, bevor der explosionsartig wachsende Wortschatz bereits Zweiwortsätze ermöglichte. Beim letzten Kontrolltermin nach neun Monaten (mit 2;10 Monaten) sprach das Kind in gut verständlichen Drei- bis Vierwortsätzen.

Besprechung: Die spontane Nachahmung ist die erste Lernstrategie von Kindern in der ersten Phase ihrer Sprachentwicklung (vgl. Olswang, 1998). Der Nachahmungsreflex wird von einer Aufmerksamkeitsfixierung durch den Blickkontakt angeregt. So war die therapeutische Konsequenz deutlich, dass die Aufnahme des Blickkontakts zuerst verbessert werden musste. Bedingt durch die Körperhaltung und -größe von Kleinkindern ist der Blick sehr oft nach unten gerichtet (s. Abbildung 2). Um den Blick „abzuholen“ müssen Eltern unterhalb der Augenhöhe ihres Kindes und in ihre Blickrichtung sein. Durch Videotraining war die Mutter schnell in der Lage, anfängliche Schwierigkeiten mit der ausgewählten Strategie zu überwinden. Der intensivierter Blickkontakt regte beim Kind eine vermutlich wegen medikamentös herabgesetzter Aufmerksamkeit noch nicht durchlebte Nachahmungsphase an, die ein schnelles Aufholen des sprachlichen Rückstandes ermöglichte. Interessant war, dass die hier so erfolgreiche Interaktionsstrategie – das „Einfangen“ des kindlichen Blickes – beim letzten Kontrolltermin vom Verhaltensrepertoire der Mutter komplett gelöscht war. Die Strategie wurde nur so lange beibehalten, wie sie benötigt wurde.

R. W., Junge, Vorstellungsalter 30 Monate, nach Angabe der Mutter lediglich 6 verständliche Wörter. Häufige Mittelohrentzündungen, keine verbleibende Hörstörung, altersgemäßes Sprachverständnis. Ausgeprägte Gestensprache; lange „Gesten-Geschichten“ wurden von der Mutter übersetzt. Die Mutter sprach in grammatikalisch sehr komplexen Sätzen mit ihrem Kind, bzw. übersetzte auch sehr komplex.

Behandlung: Ausgehend vom sehr umfangreichen Gestenrepertoire des Kindes wurde anhand von Videoaufnahmen die Wirkung einer Übersetzung auf der Stufe des Kindes aufgezeigt. Das heißt, es wurde die Wirkung einer Übersetzung der Gesten mit nur einem Wort oder höchstens einem Zweiwortsatz nachgewiesen. Die Mutter war zuerst eher abgeneigt, denn sie war nicht der Meinung, dass ihr Sohn sich so einfach ausgedrückt hätte. Es leuchtete ihr aber ein, dass er in seinem Alter keine komplexen Sätze übernehmen konnte, und dass es sein Recht war, sich vorübergehend wie ein Kleinkind auszudrücken. Das überzeugende Argument war die Videoaufnahme, die belegte, dass das Kind bei Anwendung der Strategie gleich von Anfang an einige Wörter spontan nachsprach, um seiner „Erzählung“ Nachdruck zu verleihen.

Die Videoaufnahmen, die bei jeder Sitzung gemacht wurden, zeigten eine zumindest zeitweise Übernahme dieses vereinfachten Übersetzens durch die Mutter sowie auch ein sofortiges Anwachsen des aktiven Wortschatzes des Kindes.

Nach einigen Sitzungen trat die „Wortschatzexplosion“ ein. Der Junge war auf der Stufe der Zweiwortsätze mit supplementären Gesten, das heißt er gebrauchte Gesten, die eine zusätzliche Bedeutung in die Mitteilung hineinbrachten („Mama R.“ + Arme hoch = „Mama soll R. (das Kind) auf den Arm nehmen“).

Aufgrund der rasanten Fortschritte wurde entschieden, versuchsweise die jetzt unüberhörbar zu Tage tretenden phonologischen Prozesse (Plosivierung, Rückverlagerung) ebenfalls nur mit eingeschränktem Übersetzen zu begegnen. Das heißt, die Mutter sprach das wichtigste Wort der Äußerung richtig nach. Korrekt ausgesprochene Äußerungen des Kindes sollten dagegen von der Mutter um ein Wort erweitert werden. Die Mutter war auch hier in der Lage, diese zwei Strategien anzuwenden, obwohl sie nun einiges an linguistischer Analysearbeit leisten musste. Es wurde eine Intervalltherapie vereinbart und beim nächsten Kontrolltermin nach 3 Monaten bestätigte sich der Eindruck, dass sich die phonologischen Prozesse bereits abschwächten. Nach weiteren 5 Monaten (mit 3;8 Jahren) sprach der Junge in weitgehend verständlichen komplexen Sätzen, so dass die Vermutung der Mutter hinsichtlich der ihm passenden Ausdrucksweise bestätigt wurde.

Besprechung: In diesem Fall zeigte sich eine Sprachentwicklung, die vermutlich aufgrund häufiger Mittelohrentzündungen verzögert wurde. Es hatte sich ein Interaktionsmuster mit der Mutter entwickelt, das einer Weiterentwicklung der Sprache hinderlich war. Die ausgewählten interaktiven Strategien des Übersetzens und Erweiterns auf der Stufe des Kindes korrelieren signifikant mit konkreten Merkmalen einer fortschreitenden Sprachentwicklung (vgl. Girolametto et al, 1999). Wenn die Antwort einen möglichst direkten Bezug auf die Äußerung des Kindes nimmt, („contingent responsiveness“) so sind die Aufmerksamkeitsstrukturen optimal auf Verarbeitung der Sprache gerichtet. So hatte der Junge nur eine einfache auditive Vorlage passend zu seinen momentanen Interessen zu bearbeiten (vgl. Siller & Sigman, 2002).

Den anfänglichen Zweifeln der Mutter wurde mit Videoaufnahmen begegnet, welche die beachtlichen Fortschritte belegten. Diese waren für die weitere Mitarbeit sicher notwendig, denn skeptische Eltern brauchen eine sofortige „Verstärkung“ ihrer Arbeit durch die Reaktionen des Kindes. So war die Mutter in der Lage, die ihr gezeigten Interaktionsstrategien erstens zu verstehen, zweitens anzuwenden, und drittens auch kreativ einzusetzen, so dass neue sprachliche Ziele erreicht werden konnten.

R. ist ausgesprochen kommunikativ und sehr an Sprache und Sprechen interessiert, so dass das Übersetzen, das sonst bei konsistenten phonologischen Prozessen als alleinige Behandlung wenig erfolgversprechend ist, in diesem Fall ausreichte. Bezüglich der Anfänge der Grammatik zeigten seine „gemischten“ Äußerungen (Sprache + ergänzende Gestik) früh an, dass er einige erste Regeln bereits zum Teil verarbeitet hatte und bereit war, dazu mehr aufzunehmen (vgl. Roth, 2003).

So reichten die veränderten interaktiven Bedingungen auch bei diesem Kind aus: die indirekte, interaktive Therapie brachte schnell einen bleibenden Erfolg und verhinderte damit weitere störungsbedingte Fehlentwicklungen (vgl. Robertson & Weismer, 1999).

Bei den beiden oben beschriebenen Kindern normalisierte sich die Sprachentwicklung. Die beschriebene indirekte Therapie mit interaktiven Strategien war sogar ausreichend, um auftretende phonologische Prozesse auszuräumen. Diese beiden Fälle vertreten aber leider nur einen Teil der Kinder, die mit einer Sprachentwicklungsverzögerung vorgestellt werden. Die beiden unten vorgestellten Kinder vertreten den anderen Teil, bei denen sich die Sprachentwicklung trotz Intervention nicht normalisierte, ja sogar noch ein erhebliches Defizit besteht.

C.K., Junge, Vorstellungsalter 28 Monate, 10 verständliche Wörter bzw. Protowörter. Der Junge war bereits wegen seines Gehens bei einer Frühförderstelle in Beobachtung (Anfang mit 19 Monaten). Das periphere Hörvermögen war normal und das Sprachverständnis schien altersgemäß. Das Gestenrepertoire war eingeschränkt: hinzeigen und herzeigen waren vorhanden aber nicht immer deutlich, und selbst Kopfschütteln war selten zu beobachten. Auch war das Phoninventar (die beherrschten Laute) sehr eingeschränkt. Auffällig war ein

sehr seltener Blickkontakt seitens des Kindes und eine fehlende spontane Nachahmung. Insgesamt war C. sehr sprechscheu und verstummte völlig auf Fragen und Aufforderungen der Mutter.

Ein verspäteter Sprachbeginn war in der Familiengeschichte bekannt; auch war der Bruder (M.) mit 5;6 Jahren in Behandlung wegen Stammeln. Der Umgang der Mutter mit dem Kind war aufgeschlossen und liebevoll, zeigte allerdings bereits einige Verhaltensweisen, die ihr wachsendes Besorgnis verrieten und eine Sprachförderung eher hinderlich waren, wie zum Beispiel gehäufte Testfragen (Fragen, bei denen die Antwort der Fragenden bekannt ist).

Behandlung: Als erste Strategien wurde der Mutter erklärt, wie sie durch die eigene Körperhaltung den Blickkontakt beeinflussen konnte. Es wurden auch gleich einige wichtige Gesten „eingeübt“, damit die Mutter sie selber als Vorbild häufig anwenden konnte. Der organisatorische Rahmen ist so, dass das Kind immer anwesend ist und bei Besprechungen meist nebenher spielt: in diesem Fall beobachtete es interessiert, wie die Mutter die Bedeutung der durch die Therapeutin vorgeführten Gesten „weg = nicht mehr da“, „weiß ich nicht“, „mag ich nicht“ usw. erriet und die Gesten selbst ausprobierte. In der nächsten Sitzung wurde der Mutter erklärt und gezeigt, wie sie auf der Stufe des Kindes -- also mit sehr reduzierter Sprache begleitet von ausgeprägter Gestik -- mit ihm sprechen und spielen konnte, um ihm in bestimmten Situationen eine Nachahmung zu erleichtern.

Die Videoaufnahmen zeigten, dass die Mutter die Strategien so oft wie möglich anwendete. Der Erfolg war langsam aber merklich: ein verbesserter Blickkontakt, eine spontane Nachahmung von Geräuschen sowie auch ein zunehmender Gebrauch von Gesten waren zu beobachten. Ein gesteigertes kommunikatives Selbstbewusstsein wurde dadurch angezeigt, dass der Junge nun versuchte, bei Missverständnissen seine Mitteilung auch durch die neu erworbenen Gesten zu klären. Oft war dies leider noch erfolglos. Eine Nachahmung von sprachlichen Lauten blieb aus.

Zu diesem Zeitpunkt zeigte eine eingehende Videoanalyse, dass der Junge nur über 3 Konsonanten, 4 Vokale und zwei Diphthonge sicher verfügte. Weder Konsonanten noch Vokale waren gleichbleibend deutlich. Die Silben- und Wortform blieb fast durchgehend bei einfachen Konsonant-Vokal Kombinationen (z.B. dü).

Die Videoanalyse zeigte allerdings ebenfalls erstens, dass die neuerlernten Gesten in Kombination mit Protowörtern gebraucht wurden, und damit als Vorgänger von Zweiwortsätzen zu werten waren (z. B. „tüta + ausgebreitete Hände = Blaulicht weg“.) Zweitens zeigte sich anhand der Gesten und z.T. auch an Reaktionen der Mutter, dass einige Protowörter *in Verbindung miteinander* gebraucht wurden, zum Beispiel „tüta a“ = Auto mit Blaulicht. „Tüta“ und „a“ wurden beide auch mehrfach unabhängig voneinander gebraucht, so dass dies keine Einheit, sondern eine gültige Zweiwortkombination war. So war klar, dass C. unbedingt mehr Laute beherrschen musste, um seinen scheinbar doch größeren Wortschatz verständlich zu machen.

Wie führt man Artikulationstherapie mit einem sprechscheuen Kleinkind durch? Die Frage ist wohl in jedem Fall verschieden zu beantworten. Bei diesem Kind bestand die Möglichkeit, über den wegen Artikulationsstörungen ebenfalls behandelten großen Bruder M. eine „indirekte direkte“ Artikulationstherapie durchzuführen. So sorgte die Mutter dafür, dass C. bei einer kurzen täglichen Übung mit dem Bruder M. im gleichen Zimmer anwesend war. Anfangs war der kleine C. scheinbar völlig uninteressiert und spielte ruhig für sich. Nach einigen Tagen allerdings wollte auch er sein inzwischen gelerntes „s“ vorzeigen. Die Therapie, die noch immer offiziell nur den großen Bruder M. betrifft, ist jetzt bei Konsonant-Vokal-Wörtern angekommen. Auch zeigte sich, dass der große Bruder M. sogar Verbesserungen an der Aussprache vornehmen konnte, ohne dass der kleine C. verstummte.

Besprechung:

Zumindest die lautliche und sprechmelodische Entwicklung sind bei diesem Jungen gestört. Es zeigten sich mehrere eingeschränkte Voraussetzungen der Sprachentwicklung: fehlender

Blickkontakt, keine spontane Nachahmung, weitgehend fehlende Gestik, stark eingeschränktes Phoninventar (beherrschte Laute). Der durch Anwendung der interaktiven Strategien verbesserte Blickkontakt führte wohl zu einer Gesten- und Geräuschnachahmung, nicht aber zu einer spontanen Lautnachahmung.

Die Erweiterung des Gestenrepertoires (vgl. Olswang et al, 1998) führte zu einem gestiegenen kommunikativen Selbstbewusstsein, angezeigt durch die Versuche zur Klärung von Missverständnissen („repair“ Strategien vgl. Andersen-Wood & Smith, 2000). Diese Versuche blieben aber weitgehend erfolglos, so dass die natürliche Verstärkung und Erweiterung der Mitteilungen durch die Mutter nicht stattfand, auch nachdem sie den bewussten Versuch machte, sämtliche Äußerungen zu „übersetzen“.

Gleichzeitig zeigten die neu erlernten Gesten an, dass der Junge bereits auf der Stufe der Zweiwortsätze war. Der Gebrauch von Zweiwortsätzen setzt erst mit einem Wortschatz von 30 – 50 Wörtern ein. Der Junge verfügte also bereits über einen „versteckten“ – weil unverständlichen -- Wortschatz von 30 – 50 Wörtern, der es ihm erlaubte, Zweiwortsätze zu bilden. Die eingeschränkte Zahl der Laute, die er beherrschte, reichte aber nicht aus, um seine „Wörter“ verständlich zu machen. In solchen Fällen regt Fey (1986, S. 79) an, unbedingt das Phoninventar auszubauen und die Verständlichkeit zu erhöhen, denn hier sind die phonologischen Probleme ein Hindernis für die weitere Entwicklung. Der Kommunikationspartner kann nicht sofort und konsistent die Mitteilungsversuche des Kindes verstärken (vgl. Cress & Marvin, 2003).

In diesem Fall war eine indirekte interaktive Therapie erfolgreich, aber *nicht* ausreichend. Es musste direkt Einfluss auf das Phoninventar genommen werden. Nach 4 Monaten Behandlungszeit ist der Blickkontakt verbessert, das Gesteninventar gewachsen, spontane Nachahmung einiger weniger Sprachlauten eingetreten und der spontane Gebrauch einiger in „Artikulationstherapie“ gelernter einfacher Wörter zu beobachten. Zum Phoninventar ist jetzt ein „s“ und damit auch eine neue Lautklasse hinzugekommen.

Trotzdem ist das Phoninventar immer noch alarmierend eingeschränkt, zumal es die stärkste Vorhersage der Sprachfähigkeiten nach einem Jahr darstellt (Wetherby, www.firstwords.fsu.edu). Trotz der einsilbigen „s“ Wörter, die zum spontanen Wortschatz des Kindes hinzukamen, wächst sein Wortschatz nur schrittweise und nur in geförderten Gebieten. Dies spricht sehr für die Qualität der mütterlichen Sprachförderungsarbeit, nicht aber für eine Sprachentwicklung, die dem Jungen in absehbarer Zeit ein altersgemäßes Sprechen ermöglichen wird.

Aufgrund der geringen Anzahl und der wechselnden Klarheit der vorhandenen Konsonanten und Vokale sowie auch aufgrund der meist einfachen Silbenformen könnte eine verbale Dyspraxie vermutet werden. Es liegt jetzt an, mit weiteren Maßnahmen die Entwicklung der *Sprech*fähigkeit weiterzuführen, zum Beispiel mit einem direkten Training der Sprechmotorik (vgl. Goschulak, 2003).

P.N., Junge, Vorstellungsalter 4;10 Jahre. Sprach vornehmlich in Einzelwörtern. Der aktive Wortschatz war für das Alter sehr eingeschränkt, hätte aber auf jeden Fall mindestens Zweiwortsätze erlaubt. Erhebliche Sprachverständnisstörung, fragte häufig nach („Was?“). Nach Untersuchung in einer Kinderklinik sei das periphere Gehör normal. Deutlich eingeschränkte Aufmerksamkeit. Die Diagnose der Kinderklinik lautete auf allgemeine Entwicklungsverzögerung: diese wurde aber von der Mutter vehement abgelehnt.

Behandlung: Es wurde mit einer interaktiven Strategie angefangen, die P. dazu bringen sollte, sein sprachliches Potential auszuschöpfen und in Mehrwortäußerungen zu sprechen. Die Mutter wurde angewiesen, so zu antworten, dass sie die Äußerungen des Kindes um ein oder zwei Wörter verlängerte („Erweitern“). Auf der Videoaufnahme konnte man die sofortige Wirkung der Strategie beobachten: Einzelwortäußerungen kamen nicht mehr vor und die längste Äußerung beinhaltete sogar 5 Wörter.

In den nächsten drei Sitzungen zeigte sich aber, dass die Frage, ob die Mutter die sprachfördernde Strategie verstand, akzeptierte und anwendete, zu verneinen war. Das „Erweitern“ musste jedes mal neu erklärt werden. Jedes mal wurde eine kurze Videoaufnahme gemacht, um der Mutter die auffällige Auswirkung auf die Äußerungslänge zu zeigen, zuerst in einer Unterhaltung mit der Therapeutin, dann mit der Mutter. Bei der vierten Sitzung konnte die Mutter die Strategie auf der Videoaufnahme immer noch nicht identifizieren.

Es wurde dann mit Mutter und Kind ein „Kompromiß“-Ansatz angefangen, nämlich eine Weiterentwicklung des strukturierteren „Interactive Language Development Teaching“ (Lee et al, 1975) damit das sprachliche Potential des Kindes ausgeschöpft wird. Es wurde mit der Mutter vereinbart, dass sie zusätzlich zu diesen täglichen Übungssitzungen auch während eines freien Spiels die sprachlichen Zielstrukturen direkt anmahnen und loben sollte.

Für die Autorin eher überraschend war ein bereits in der nächsten Sitzung zu beobachtender spontaner Gebrauch zweier sprachlicher Zielstrukturen.

Besprechung: Wegen Schwierigkeiten der Mutter, die interaktive Strategie zu verstehen, zu akzeptieren und anzuwenden, brachte diese Methode trotz vielversprechender Anfänge keinen bleibenden Erfolg. Es wurde der (überfällige) Schluss gezogen, dass die Mutter mit dieser interaktiven Strategie nicht arbeiten konnte. Ein kindzentrierter interaktiver Ansatz ist zwar gerade bei einem Kind mit stark eingeschränkter Aufmerksamkeit angebracht und erfolgreich (Siller & Sigman, 2002) Wenn aber die Eltern als Hauptpersonen in der Intervention nicht damit arbeiten können, ist es ein Anzeichen eines echten und nicht nur herbeigeredeten Respekts für ihre Rolle, Kompromisse zu schließen.

Der „Interactive Language Development Teaching“ Ansatz von Lee et al, (1975) zeigt streng definierte linguistische Ziele und eine sehr Therapeuten (bzw. Mutter) -zentrierte Methodik, berücksichtigt aber noch eine stark gesteuerte Interaktion. Die Erleichterung seitens der Eltern, dass endlich eine „richtige“ Sprachtherapie ausgeführt wurde, zeigte sich in der geflissentlich und auch kreativ durchgeführten täglichen Übung. Erste Erfolge beweisen einmal wieder, dass verschiedene Methoden Wirkung zeigen können.

Schluß

Mit den vier vorgestellten Kindern sollten verschiedene Erscheinungsbilder und verschiedene Behandlungswege einer verzögerten Sprachentwicklung aufgezeigt werden. Es wurden zwei Kinder besprochen, bei denen durch eine indirekte interaktive Sprachförderung -- d.h. durch von der Mutter übernommene Verhaltensweisen – das Ziel einer normalisierten Sprachentwicklung erreicht werden konnte. Bei den anderen beiden reichten die interaktiven Strategien nicht aus bzw. konnten nicht angewendet werden.

Will man durch eine Aktivierung der Eltern mit möglichst vielen Kindern das Ausschöpfen ihres sprachlichen Potentials erreichen, so stellen interaktive Strategien die ideale Basis dar. Gerade diese Strategien lassen sich aber durchaus mit anderen kombinieren, falls das Zusammenwirken der Faktoren Eltern, Therapeutin, Kind und Störung ein Normalisieren der Sprachentwicklung mit den Strategien allein nicht erlaubt.

Ein Konzept, das interaktiv orientiert aber nach Bedarf andere Ansätze in die Behandlung integriert, ist die „Frühe Interaktive Sprachtherapie mit Elternttraining“ (näheres hierzu s. Schelten-Cornish, 2005).

Autorin:

Dipl.-Päd. S. Schelten-Cornish, B.A. (Hon.)

Holzmannstr. 14

85276 Pfaffenhofen/Ilm

s.schelten-cornish@pfaffenhofen.de

Literatur:

Andersen-Wood, L., Smith, B.R. (2000). Working with Pragmatics. Oxon: Winslow Press.

- Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. (1992). Can Autism be detected at 18 Months? The Needle, the Haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Baxendale, J., Hesketh, A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38, (4), 397-415.
- Cress, C., Marvin, C. (2003). Common Questions about AAC Services in Early Intervention. *Augmentative and Alternative Communication*, 19 (4), 254 – 272.
- Dannenbauer, Friedrich M., Probleme der ätiologischen Forschung bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. (2004). *L.O.G.O.S. Interdisziplinär* 12, 164 – 174.
- Fey, M. (1986). *Language Intervention with Young Children*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Foto "I've been cloned!" www.funpages.com/cloned/. (Dez. 2003)
- Girolametto, L., Pearce, P., Weitzman, E. (1996). Interactive Focused Stimulation for Toddlers with Expressive Vocabulary Delays. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 1274 – 1283.
- Girolametto, L., Weitzman, E., Wiigs, M., Pearce, P. (1999). The Relationship between Maternal Language Measures and Language Development in Toddlers with Expressive Vocabulary Delays. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 364 – 374.
- Goschulak, D. (2003). Using a Motor Speech Perspective in Assessment and Treatment of Children's Motor Speech Disorders. www.learninglibrary.com. Provider: Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA). Dez, 2004.
- Grimm, H. & Doil, H. (2000). *ELFRA – Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe Vlg.
- Lee L., Koenigsknecht, R., Mulhern, S. (1975). *Interactive Language Development Teaching: the clinical presentation of grammatical structure*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Manolson, A. (1992): *It Takes Two to Talk*. Toronto: The Hanen Centre.
- Olswang, L., Rodriguez, B., Timler, G. (1998). Recommending Intervention for Toddlers with Specific Language Learning Difficulties: We May Not Have All the Answers, But We Know a Lot. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7 (1), 23 – 32.
- Ritterfeld, U. (1999). Pragmatische Elternpartizipation in der Behandlung dysphasischer Kinder. *Sprache Stimme Gehör*, 23, 4, 192 – 197.
- Robertson, S., Weismer, S. (1999). Effects of Treatment on Linguistic and Social Skills in Toddlers with Delayed Language Development. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1234-1248.
- Roth, W.-M. *Gesture-Speech Phenomena, Learning and Development*. (2003). *Educational Psychologist* 38 (4), 249 – 263.
- Rüter, M. (2004). Die Rolle der Elternsprache im frühen Spracherwerb. *Sprache Stimme Gehör*, 28, 29 – 36.
- Schelten-Cornish, S. (2005). *Neue Ansätze der indirekten interaktiven Therapie im deutschen Sprachraum*
: Konsequenzen aus der Arbeit in einer niedergelassenen Praxis. In dgs (Hrsg.) *Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln*. Von Loeper Vlg.
- Siller, M., Sigman, M. (2002). The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 32, (2), 77-89.
- Wetherby, A. & Prizant, B. (1989). The expression of communicative intent: Assessment guideline. *Seminars in Speech and Language*, 10, 77 - 91.
- Wetherby, A. (1999). What Parents Have Reported about their Child's Communication on our Measures. www.firstwords.fsu.edu. (Juni, 2004)
- Zollinger, B. (1997). *Die Entdeckung der Sprache*. 3. durchges. Aufl. Bern: Paul Haupt.

Kurzbiographie

Susan Schelten-Cornish ist akademische Sprachtherapeutin (dbs) und zertifiziertes Mitglied in der Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (CASLPA). Sie führt eine niedergelassene Praxis in Pfaffenhofen/Ilm.