

Therapie bei Kindern mit kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen im Late-Talker-Stadium

Catherine Schröders^{1,2}, Ulrike Sandhop^{2,3}, Carmen Herzog-Meinecke², Monika Otto^{2,4}, Julia Siegmüller²

¹RWTH Aachen ²Logopädisches Institut für Forschung an der EWS Rostock ³HAWK Hildesheim ⁴Praxis für Logopädie C. Maurer, Lübeck

Einleitung

Theoretischer Hintergrund

Eine kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung (ICD-10, F.83) liegt vor, wenn in mehreren Teilbereichen (z.B. Sprache, Motorik) eine Entwicklungsstörung diagnostiziert wird, ohne dass eine der Störungen überwiegt bzw. eine primäre Diagnose vorliegt (WHO, 2002). Die Leistungen des Kindes liegen in den umschriebenen Bereichen 1,5 bis 2 Standardabweichungen unter dem Entwicklungs- und Altersniveau (Straßburg, 2000). Im sprachlichen Bereich zeigen die Kinder ab dem 24. Lebensmonat ein Late-Talker-Profil mit einem Wortschatz von weniger als 50 Wörtern und fehlenden Zweiwortäußerungen (Rescorla, 1989). Als Ursache werden neben biologischen Einflussfaktoren auch Umwelteinflüsse wie z.B. familiäre oder sozioökonomische Faktoren vermutet (Guralnick, 1997).

In der Spracherwerbsforschung gibt es bisher keine Wirksamkeitsnachweise einer frühen lexikalischen Intervention bei Kindern mit kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen ab dem Alter von 2;0 Jahren, die den Faktor der Lebenswirklichkeit zusätzlich untersuchen.

Lebenswirklichkeit gilt hier als familiäre Lebenssituation des Kindes, die durch gesellschaftliche Einflussgrößen (z.B. Arbeits-, Sozial- und Bildungspolitik) aber auch durch materielle, immaterielle und pädagogische Ressourcen der Eltern/Bezugspersonen sowie durch das private Umfeld beeinflusst wird (Hock, 2000).

LST-LTS-Projekt

- Lexikalisch- Syntaktische Therapie bei Kindern mit komplexen Störungsbildern im Late-Talker-Stadium (Siegmüller, 2008)
- Teilprojekt „Lebenswirklichkeit“ besteht aus der Untersuchung der Effektivität lexikalischer Therapie bei Kindern mit kombinierten Entwicklungsstörungen und dem Einfluss des Faktors Lebenswirklichkeit (Leben in Familie vs. Leben in Kinderhilfseinrichtung)

Fragestellung

- Ist die Methode der Inputspezifizierung im Rahmen einer frühen Lexikontherapie bei Kindern mit kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen wirksam?
- Zeigt sich eine Verbesserung auf der rezeptiven Ebene und der produktiven Ebene (Erreichen der 50-Wort-Grenze und Auslösung des Wortschatzspurtes)?
- Hat der Faktor Lebenswirklichkeit Einfluss auf die Intervention, so dass sich heterogene Ergebnisse in den Gruppen „Familie“ und „Kinderhilfseinrichtung“ zeigen?

Methoden

Methode: Inputspezifizierung (Siegmüller&Kauschke 2006)

Der Input wird dem Kind prägnant, hoch-frequent und flexibel angeboten.

Es gibt zwei 2 Präsentationsarten der Inputspezifizierung:

1) Inputsequenz

Die Zielstruktur wird dem Kind in einer vorstrukturierten Sequenz vom Therapeuten präsentiert.

2) Interaktive Inputspezifizierung

Die Zielstruktur wird in einer gemeinsamen Handlungssituation präsentiert.

Bei beiden Präsentationsarten ist die Aufgabe des Kindes das „Zuhören“. Zu keinem Zeitpunkt besteht die Anforderung der Produktion an das Kind. Das input-orientierte Vorgehen ist rein rezeptiv.

Material: Projekinterne Wortliste

- orientiert an der Komposition des kindlichen Lexikons (Kauschke 2000)
- mit systematischer Steigerung von Quantität und Qualität der Zielstrukturen
- individuelle Variation hinsichtlich Auswahl der Itemanzahl, Bearbeitungszeit, Wahl der Präsentationsart, Zeitumfang pro Sequenz, Pausendauer und Häufigkeit sowie Komplexität der begleitenden Situation/ Handlung

Durchführung:

Festgelegte Stundenstruktur:

- Ankommspiel
- Inputspezifizierung 1
- Pause
- Inputspezifizierung 2
- Pause
- freie Spielsituation mit Möglichkeit zur Produktion
- Abprüfung des rezeptiven Erwerbs der neuen Wörter
- Abschlussspiel

Therapiedauer und –frequenz: Max. 20 Stunden à 45 Minuten, Frequenz 2x pro Woche.

Literatur

Weltgesundheitsorganisation WHO (2002): Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern. Hans-Huber.
 Guralnick, M.J.(1997): The effectiveness of early intervention. Baltimore. Paul H. Brookes.
 Hock, B., Holz, G., Wüstenhöfer, W. (2000): Folgen familiärer Armut im Kindesalter. Frankfurt/Main. ISS Pontifex.
 Kauschke, C. (2000): Der Erwerb des frühkindlichen Lexikons. Tübingen. Narr.
 Rescorla, L. (1989): The language development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers. JSLHR, 54, 587-599.
 Siegmüller, J., Kauschke, C. (2006): Pathologische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen. München. Elsevier.
 Siegmüller, J. (2008): Wirksamkeitsprüfung von Therapien bei Sprachentwicklungsstörungen am Beispiel des LST-LTS-Projekts bei Kindern mit komplexen Störungsbildern. 1. Forschungsbericht des LIN.FOR Rostock.
 Straßburg, H.-M., Dachender, W., Kreß, W. (2000): Entwicklungsstörungen bei Kindern. München. Urban&Fischer.

Ergebnisse

Diagnostik Prä-Test

| Kind (Geschlecht) | Alter | Anzahl Wörter SBE-2-KT ¹ | Anzahl Wörter produktiv Insg. | PDSS ² WV Nomen/Verben | Bayley PDI ³ |
|-------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| K1 (m) | 2;4 | 3 | 11 | Nicht durchführbar | 57 |
| K2 (m) | 2;1 | 15 | 17 | Nicht durchführbar | 63 |
| K3 (m) | 2;3 | 10 | 21 | Nicht durchführbar | 53 |
| K4 (w) | 2;1 | 5 | 10 | Nicht durchführbar | 69 |
| K5 (w) | 2;10 | 17 | 44 | 11/6 stark auffällig | 52 |
| K6 (m) | 2;0 | 11 | 15 | 6/8 stark auffällig | 50 |

¹ Sprachbeurteilung durch Eltern. Kurztest für die U7. Suchdoletz von & Sachse, 2008

² Pathologische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen, Kauschke & Siegmüller, 2000

³ Bayley (2000): Psychomotor Development Index (PDI) < 69 stark unterdurchschnittliche Leistung

Abb.1

Therapieverlauf von 6 Kindern (N=10) – Stand Mai 2009

Rezeptiver und Produktiver Erwerb der Therapiewörter

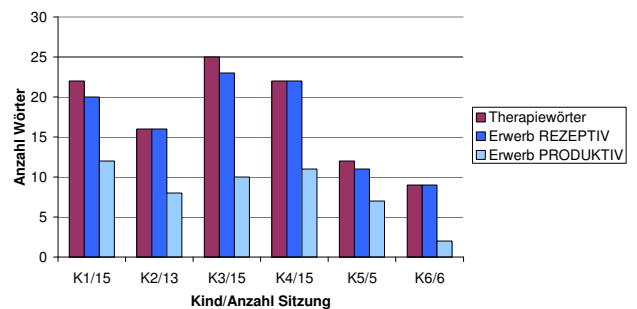


Abb.2

Anstieg des produktiven Wortschatzes Familie (FAM) vs. Kinderhilfseinrichtung (KI)

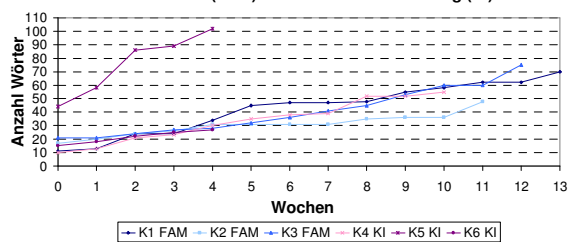


Abb.3

Diskussion

Alle 6 Kinder mit kombinierter umschriebener Entwicklungsstörung (Abb.1) scheinen von der Methode der Inputspezifizierung zu profitieren:

- durchschnittlich werden die Therapiewörter rezeptiv zu 96% erworben; produktiv zu 46% (Abb.2)
- 4 von 6 Kindern haben die 50-Wort-Grenze innerhalb der bisher stattgefundenen Sitzungen überschritten, wobei sich der Wortschatzspurt zum jetzigen Zeitpunkt nur bei zwei Kindern (K3, K5) beobachten lässt
- betrachtet man den Faktor der Lebenswirklichkeit (Abb.3) zeigt sich bisher kein eindeutiger Einfluss auf das produktive Wortwachstum

Ausblick:

Im weiteren Verlauf der Studie wird die Stichprobe vergrößert, um einen Gruppenvergleich durchführen zu können. Einflüsse der Lebenswirklichkeit sowie sozioökonomischer Faktoren werden untersucht.

Danksagung

Herzlichen Dank an:

Frau Dietlinde Schrey-Dern, Niklas Alka, Nena Adam (RWTH Aachen), Ariane Heines (Praxis für Logopädie, Moers), Annette, Burkard und Dominik Schröders

Kontakt

c.schroeders@t-online.de