

„Raus mit der Sprache!“

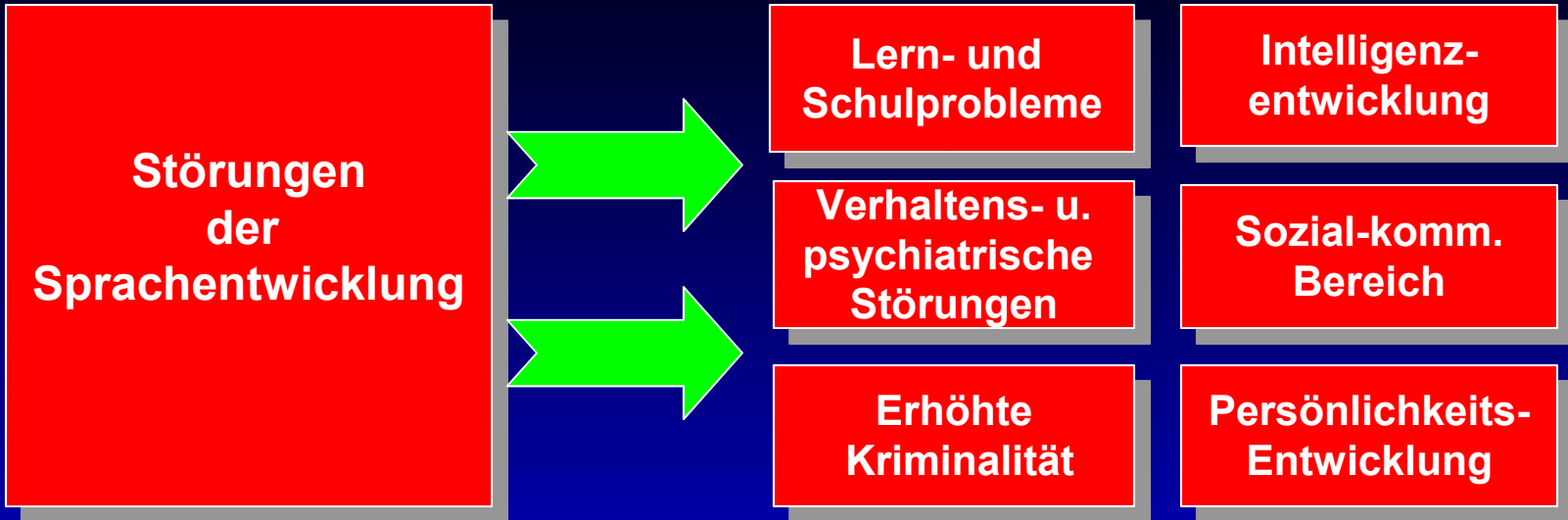
Psychologin / Logopädin A. Bockmann

Georg-August-Universität Göttingen

Bedeutung von Spracherwerbsstörungen I

- eines der Hauptgesundheitsprobleme im Kindesalter (vgl. Paul & Kellogg, 1997)
- Prävalenz: 7 – 14 %
- Sprachentwicklungsverzögerungen: ein deutlich unterdiagnostiziertes Störungsbild (vgl. Tomblin et al., 1997)

Bedeutung von Spracherwerbsstörungen II



- frühe Sprachentwicklung = Fenster für allg. Entw.mögl. des Kindes
- Verzögerungen stellen Risiko für andere Entwicklungsstörungen dar

 **Notwendigkeit früher Sprachentwicklungsdiagnostik (Grimm et al., 1996)**



- Der rezeptive Wortschatz entwickelt sich vor dem expressiven und ist Voraussetzung für selbigen.
- Bis 24 Monate ist der rezeptive Wortschatz wesentlich größer. Mit Zunahme des Wortschatzumfangs nimmt diese Diskrepanz ab.

Die Wortschatzentwicklung

- 6-10 Monate: Lallen
- 12-13 Monate: erste Worte
- 14-24 Monate: Wortkombinationen
- 36 Monate: grundlegende morpho-syntaktische Strukturen und alltagstypischer Wortschatz (Fenson et al., 1994)
- 12 Monate: 1 Wort
- 16 Monate: 40 Wörter
- 24 Monate: 150-180 W. (Rescorla et al., 2000)
- 30 Monate: 500 Wörter
- Erwachsene: 20.000-50.000 Wörter (Grimm, 2000)

Der Wortschatzspurt

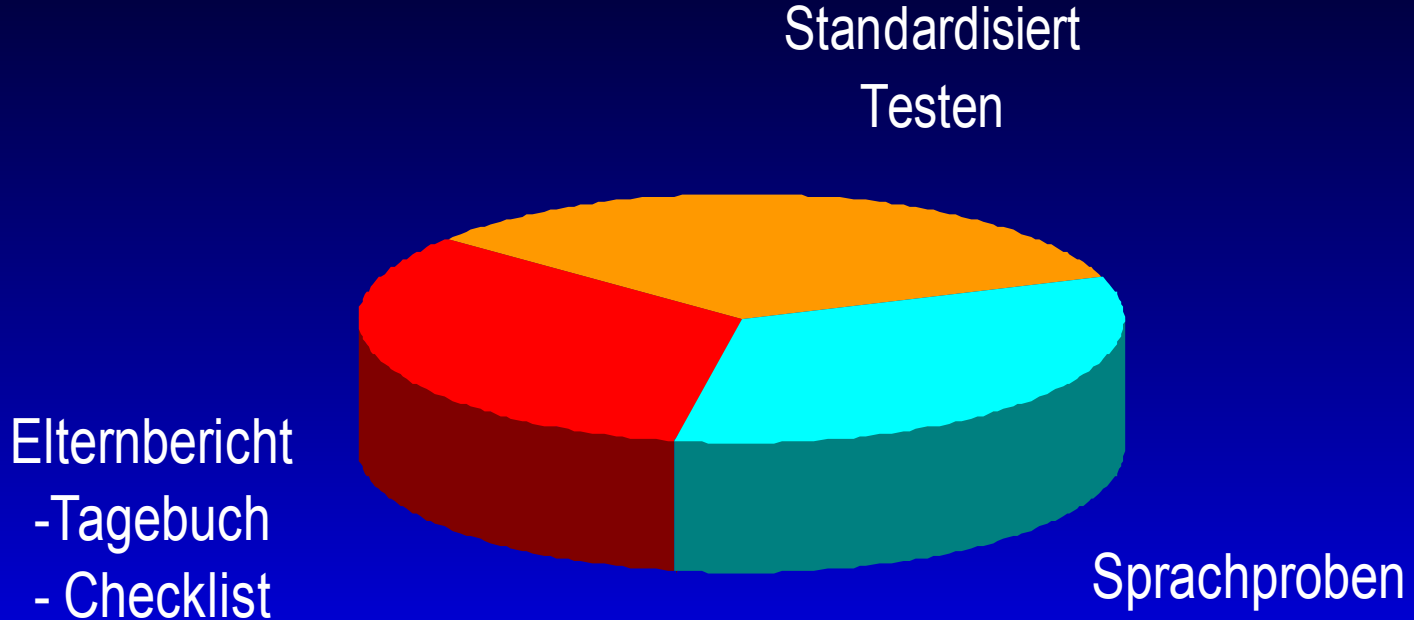
- rasanter Anstieg des expressiven Wortschatzes (18 bis 21 Monate)
- „Fast mapping“ (Rescorla, 1980)
- Meilenstein von 50 Wörtern = kritische Schwelle (Grimm, 2000)
- „Fan effect“ (Fenson et al., 1994)
- „Late Talkers“ mit Wortschatzspurt zeigen ein besseres sprachliches Outcome mit 3 Jahren (Rescorla et al., 2000)

Die Wortarten

- Substantive dominieren die ersten 50 Wörter des frühkindlichen Wortschatzes
- Goldfield & Reznick (1990) postulieren einen Zusammenhang zwischen Nomendominanz und Wortschatzspurt
- Verbenwortschatz hat prominente Bedeutung
 - bester Prädiktor für Morphologieentwicklung
 - kritischer Wortschatzumfang ist Voraussetzung für Gebrauch von Verben(Conti-Ramsden & Jones, 1997)

Diagnosemethoden in der Sprachentwicklung

Bornstein & Haynes, 1998



Ausgewählte Messverfahren bis 3 Jahren

USA



Deutschland

- Denver Developmental Screening Test
 - Early Language Inventory (ELI)
 - Early Language Milestone Scale-2 (ELM-Scale-2)
 - Expressive One-Word Picture Vocabulary Test (EOWPVT)
 - Language Development Survey (LDS)
 - Mac Arthur Communicative Development Inventories (CDI)
 - Test of Early Language Development (TELD-3)
- Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (MFED)
 - Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)
 - ELFRA 1 & 2

Identifikation von Risikokindern

- 2 Grundhaltungen (Fischel et al., 1989):
 - Wait-and-See
 - Prompt Intervention
- Je früher desto besser, um Langzeitfolgen zu vermeiden (Law & Harris, 2000)
- mit 24 Monaten z.B. in der kinderärztlichen Routineuntersuchung
(Rescorla, 1989; Grimm, 1999)

Frühdiagnostik und -intervention

- 50 Wörter (expressiv) und
- erste Zwei-Wortkombinationen mit 24 Monaten
= *bestes Kriterium zur Identifikation für SES-Risiko* (Rescorla, 1989; Grimm, 1995)
- „Late Talkers“ = Kinder, die diesen Meilenstein nicht erreichen
- Sprachensible Phase zwischen 0 - 3 Jahren:
besonders gut geeignet für Intervention
(Ward, 1999)

Sprachentwicklungsverlauf von Late Talkers

- Kinder holen Rückstand auf, wenn rezeptive und nonverbale Fähigkeiten normgerecht sind
- 50% der Kinder holen SEV bis zum Alter von 3 Jahren auf (Grimm, 1999)
- Kinder holen SEV z. T. auf, sind aber deutlich schüchterner, haben mehr emotionale u. Verhaltensstörungen, Lese-Rechtschreibprobleme (Paul & Kellogg, 1997)
- Bis zum Alter von 8 Jahren: in allen Bereichen der expressiven Sprache unterdurchschnittlich (Rescorla, 2000)

→ Früherfassung ist notwendig und sinnvoll !
→ Phänomen „LateTalkers“ nicht verharmlosen !

Praktische Realität

- **Kinder mit behandlungsbedürftigen Sprachauffälligkeiten**
(spez. Sprachentwicklungsstörungen, Hörstörungen, frühkindliche Hirnschädigungen, genetisch bedingte Krankheiten/Syndrome, geistige Entwicklungsstörungen, Missbildungen der Sprachorgane, Mehrfachbehinderungen)
- **Nicht behandlungsbedürftige Kinder**
(auch: Kinder am unteren Ende der Verteilung sprachlicher Begabung, Kinder mit erschwerten Bedingungen des Spracherwerbs wie z.B. Migrationshintergrund oder Mangel an sprachlicher Anregung)

Kinder in den Einrichtungen

- mit festgestellter Behandlungsbedürftigkeit
- mit nicht festgestellter Behandlungsbedürftigkeit (z.B. nicht untersucht)
- mit besonderem Sprachförderbedarf (Migrationshintergrund, sozial schwache Fam.)
- mit einer eingeschränkten sprachlichen Begabung
- mit dem Risiko für eine Schriftspracherwerbsstörung

„Raus mit der Sprache“

- Sprachtherapie, Logopädische Therapie
- Sprachförderung
- Förderansätze bei Mehrsprachigkeit
- Frühförderung
- Prävention (primär, sekundär, tertiär)

Fazit: „Es gibt viel zu tun“

- Wissenschaft: Intensivierung der Forschung (z.B. Mehrsprachigkeit, Frühe Sprachentwicklung, Diagnostik und Intervention), mehr Praxisnähe
- Bezugspersonen und Fachkräfte: mehr Austausch, Kompetenzen erhöhen (z.B. Fortbildung für Erzieherinnen), neue Konzepte entwickeln
- Politik: Erprobte Konzepte aus Praxis und Forschung installieren, insbesondere Prävention