

Claudia Schlesiger

Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers

**Eine randomisierte und kontrollierte
Studie zur Effektivität eines direkten
und kindzentrierten Konzeptes**

Wissenschaftliche Schriften

Gesundheit / Therapie



Claudia Schlesiger

Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers

Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität
eines direkten und kindzentrierten Konzeptes

Wissenschaftliche Schriften
im Schulz-Kirchner Verlag

Reihe 13
Beiträge zur Gesundheits- und
Therapiewissenschaft
Band 4

Claudia Schlesiger

Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers

Eine randomisierte und kontrollierte Studie
zur Effektivität eines direkten und
kindzentrierten Konzeptes



Das Gesundheitsforum

**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2009

ISBN 978-3-8248-0752-9 E-Book PDF

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2009

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15,
D-96110 Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Autorin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Buch ist als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0752-9

DANKSAGUNG

Eine Effektivitätsstudie ist nur machbar, wenn sich viele Personen kontinuierlich an diesem Projekt beteiligen. Hierfür möchte ich an erster Stelle den Betreuern meiner Dissertation danken. Prof. Dr. Gregor Dupuis hat die vorliegende Arbeit von Beginn an unterstützt und war in den schwierigen Phasen der Studiendurchführung und Fertigstellung notwendiger Rückhalt und „Fels in der Brandung“. Prof. Dr. Hans-Joachim Motsch hat mit kritisch-konstruktiven Fragen wichtige Planungsschritte beeinflusst und war somit bei der Umschiffung möglicher Untiefen wegweisender „Lotse“. Ebenso danken möchte ich Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein und PD Dr. Katja Subellok, die mir inspirierende Blicke auf andere Meere und Küsten eröffnet und so die Reise immer wieder bereichert haben. Auch für die Diskussion der Arbeitsergebnisse hat PD Dr. Katja Subellok wichtige Hinweise geliefert. Das ganze Team des Lehrgebiets für Rehabilitation und Pädagogik bei Sprach-, Kommunikations- und Hörstörungen war mir in den letzten Jahren eine hilfreiche „Mannschaft“, genau wie das große Team des sprachtherapeutischen Ambulatoriums und des Zentrums für Beratung und Therapie. Hier gilt mein besonderer Dank Melanie Mühlhaus, ohne deren Mitwirkung diese Arbeit nicht hätte entstehen können, da sie fast die Hälfte der Therapien, die in der Studie evaluiert wurden, durchgeführt hat. Danken möchte ich auch den ehemaligen Studentinnen der Technischen Universität Dortmund und der Universität zu Köln, die die Untersuchungen der Posttests kompetent und zuverlässig durchgeführt haben. Hier gilt mein besonderer Dank Sandra Krenz, Stefanie Pöppel und Sarah Tumbrinck. Das Team des Statistischen Beratungszentrums der Technischen Universität Dortmund stand mir bei allen statistischen Fragen fortlaufend zur Seite. Hier danke ich besonders Prof. Dr. Katja Ickstadt und Martin Schäfer, der mir von Beginn an alle Fragen bei der Studienplanung und Datenanalyse geduldig und verständlich beantworten konnte. Ein Teil der Studie wurde in der sprachtherapeutischen Praxis Kruljac und in der sprachtherapeutischen Gemeinschaftspraxis Patzner-Stupp und Froneck durchgeführt, hier insbesondere von Frau Faust. Diesen Kolleginnen möchte ich genauso danken wie den teilnehmenden Familien und Kindern sowie den Ärzten, die alle viel Interesse und Engagement gezeigt und einen unentbehrlichen Beitrag zur Durchführung des Projektes geleistet haben. Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Korrekturleserinnen Dr. Mascha Hecking und Dr. Julia Siegmüller, die wertvolle Ergänzungen und Hinweise auf mögliche „Stolpersteine“ geliefert haben. Besonders wichtig waren in den letzten Jahren meine Eltern und meine Schwester Sonja, die immer für mich da und „mit im Boot“ waren und Stefan Hachul, der die letzten Monate in eine „All-inclusive-Reise“ verwandelt hat, so dass ich auf genügend Ressourcen für die Fertigstellung dieser Arbeit zurückgreifen konnte.

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL I: THEORETISCHER HINTERGRUND

1	EINLEITUNG	17
2	WORTSCHATZERWERB IM FRÜHEN KINDESALTER	25
2.1	Erklärungsansätze und Voraussetzungen	25
2.1.1	Erklärungsansätze	25
2.1.2	Kommunikative, konzeptuelle und symbolische Fähigkeiten	26
2.1.3	Frühe Sprachverarbeitungsfähigkeiten	29
2.2	Lexikonaufbau	31
2.2.1	Protowortphase	31
2.2.2	Einwortphase	32
2.2.3	Zweiwortphase	41
2.3	Kontinuität lexikalischer und grammatischer Fähigkeiten	47
2.3.1	Lexikalisches Bootstrapping	47
2.3.2	Die kritische lexikalische Masse als Voraussetzung für den Grammatikerwerb	50
2.3.3	Kritische und sensible Phasen des Spracherwerbs	52
2.4	Modell des frühkindlichen Wortschatzerwerbs	53
2.5	Zusammenfassung	58
3	LATE TALKERS, LATE BLOOMERS UND SPRACHENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN....	59
3.1	Spezifische Sprachentwicklungsstörungen	59
3.1.1	Definition, Prävalenz, Risikofaktoren, Folgestörungen und Intervention	59
3.1.2	Präventionsmaßnahmen	66
3.2	Late Talkers	70
3.2.1	Definition, Prävalenz, Risikofaktoren und Prädiktoren	70
3.2.2	Kommunikative, konzeptuelle und symbolische Fähigkeiten	75
3.2.3	Sprachrezeption und Sprachproduktion	77
3.3	Entwicklungsverläufe bei Late Talkers	79
3.3.1	Sprachliche Fähigkeiten im Alter von drei Jahren	79
3.3.2	Sprachliche Fähigkeiten im Vorschul- und Schulalter	83
3.4	Prädiktion der Sprachentwicklung von Late Talkers	87
3.5	Zusammenfassung	90

4	EFFEKTIVITÄT SPRACHTHERAPEUTISCHER FRÜHINTERVENTION FÜR LATE TALKERS UND KINDER MIT LATE-TALKERS-PROFIL	93
4.1	Sprachtherapeutische Frühintervention	93
4.1.1	Zielgruppen, Grundlagen und Konzepte	93
4.1.2	Auswahl der Effektivitätsstudien	100
4.2	Absolute Effektivität.....	106
4.2.1	Studien zu Late Talkers	106
4.2.2	Studien zu zweieinhalb- bis dreijährigen Kindern mit Late-Talkers-Profil.....	115
4.3	Relative Effektivität.....	117
4.3.1	Studien zu Late Talkers	117
4.3.2	Studien zu zweieinhalb- bis dreijährigen Kindern mit Late-Talkers-Profil.....	123
4.4	Analyse der Effektivitätsstudien	127
4.5	Zusammenfassung.....	131

TEIL II: EIGENE STUDIE

5	FRAGESTELLUNGEN, METHODIK UND STUDIENVERLAUF	133
5.1	Beschreibung und Begründung des Interventionskonzepts.....	133
5.1.1	Grundlagen, Interventionsform und Interventionsansatz.....	133
5.1.2	Sprachtherapeutische Methoden und Materialien.....	138
5.2	Hypothesen und Studiendesign	153
5.2.1	Hypothesen und weitere Fragestellungen.....	153
5.2.2	Studiendesign	156
5.3	Diagnostische Verfahren.....	157
5.3.1	Operationalisierung der Einschlusskriterien und Kontrollvariablen	157
5.3.2	Operationalisierung der abhängigen Variablen.....	163
5.3.3	Optimierung der Auswertungsobjektivität von Sprachproduktionstests bei zwei- bis dreijährigen Kindern.....	170
5.4	Durchführung	173
5.4.1	Stichprobenkonstruktion, Randomisierung und Studienverlauf....	173
5.4.2	Verblindung und Ablauf der Prä- und Posttests (T1 bis T3).....	177
5.4.3	Verlauf der Therapie	181
5.4.4	Datenauswertung und Datenanalyse.....	182
5.5	Zusammenfassung.....	187

6	ERGEBNISSE	189
6.1	Gesamtstichprobe	189
6.1.1	Stichprobenbeschreibung und Prätest (T1)	189
6.1.2	Überprüfung der kurzfristigen Effektivität - erster Posttest (T2) ...	196
6.1.3	Überprüfung der langfristigen Effektivität - zweiter Posttest (T3) .	202
6.1.4	Fazit.....	207
6.2	Explorative Subgruppenanalyse der Late Talkers mit rein expressiven Wortschatzeinschränkungen.....	211
6.2.1	Stichprobenbeschreibung und Prätest (T1)	211
6.2.2	Erster Posttest (T2)	215
6.2.3	Zweiter Posttest (T3).....	218
6.2.4	Fazit.....	220
6.3	Explorative Subgruppenanalyse der Late Talkers mit rezeptiven und expressiven Wortschatzeinschränkungen.....	222
6.3.1	Stichprobenbeschreibung und Prätest (T1)	222
6.3.2	Erster Posttest (T2)	227
6.3.3	Zweiter Posttest (T3).....	230
6.3.4	Fazit.....	232
6.4	Weitere explorative Untersuchungen	234
6.4.1	Sprachentwicklungsverlauf bei Verdachtskindern und Kindern mit Aufholtendenz	234
6.4.2	Beobachtungen zu phonetischen und phonologischen Fähigkeiten der Late Talkers, Verdachtskinder und Kinder mit Aufholtendenz	237
6.5	Zusammenfassung.....	239
7	DISKUSSION	241
7.1	Interventionskonzept	241
7.2	Interne und externe Validität der eigenen Studie	247
7.3	Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers	253
7.3.1	Effektivität.....	253
7.3.2	Notwendigkeit.....	260
7.4	Praktische Konsequenzen und Forschungsdesiderata	266
7.5	Schlussfolgerungen und Ausblick	274
	LITERATUR.....	279
	ANHANG	305

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Modell des frühkindlichen Wortschatzerwerbs	56
Abb. 2: Flussdiagramm zur Darstellung des Studienverlaufs	176
Abb. 3: Rohwerte des Elternfragebogens zu T1 in der Gesamtstichprobe	192
Abb. 4: T-Werte des Sprachentwicklungstests zu T1 in der Gesamtstichprobe	194
Abb. 5: Rohwerte des Elternfragebogens zu T2 in der Gesamtstichprobe	197
Abb. 6: T-Werte des Sprachentwicklungstests zu T2 in der Gesamtstichprobe	199
Abb. 7: T-Werte der Sprachentwicklungstests zu T3 in der Gesamtstichprobe	203
Abb. 8: T-Werte weiterer Untertests zu T3 in der Gesamtstichprobe	204
Abb. 9: Signifikante Unterschiede im Sprachentwicklungsverlauf von Therapie- und Kontrollgruppe in der Gesamtstichprobe.....	208
Abb. 10: Sprachentwicklungsverläufe in der expressiven Subgruppe	221
Abb. 11: Sprachentwicklungsverläufe in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	233
Abb. 12: Empfehlungen für Diagnostik und Therapie bei zweijährigen Kindern mit geringem Wortschatz	268

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Häufige Nomen, Verben und weitere Wortarten in der Einwortphase.....	40
Tab. 2: Beispiele semantisch-syntaktischer Konstruktionstypen der Zweiwortphase	47
Tab. 3: Evidenz für die Hypothese der kritischen lexikalischen Masse im Deutschen	52
Tab. 4: Gruppenstudien zu Sprachentwicklungsverläufen bei Late Talkers im Alter von zwei bis drei Jahren	80
Tab. 5: Gruppenstudien zu Sprachentwicklungsverläufen bei Late Talkers ab einem Alter von vier Jahren	84
Tab. 6: Prädiktoren und Risikofaktoren für die Ausbildung einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei Late Talkers	89
Tab. 7: Charakterisierung sprachtherapeutischer Frühinterventionskonzepte	99
Tab. 8: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität von Effektivitätsstudien	103
Tab. 9: Kriterien zur Beurteilung der externen Validität von Effektivitätsstudien	103
Tab. 10: Absolute Effektivität sprachtherapeutischer Frühintervention für Late Talkers	107
Tab. 11: Absolute Effektivität sprachtherapeutischer Frühintervention für zweieinhalb- bis dreijährige Kinder mit Late-Talkers-Profil	115
Tab. 12: Relative Effektivität von Interventionsformen und -methoden für Late Talkers	118
Tab. 13: Relative Effektivität von Interventionsformen und -methoden für zweieinhalb- bis dreijährige Kinder mit Late-Talkers-Profil	123
Tab. 14: Rahmenhandlungen des Late-Talkers-Therapiekonzepts.....	140
Tab. 15: Sprachspezifische Ziele und Methoden des Late-Talkers-Therapiekonzepts.....	142
Tab. 16: Sprachsystematische Ziele und Methoden des Late-Talkers-Therapiekonzepts.....	142
Tab. 17: Studiendesign.....	156
Tab. 18: Diagnostische Verfahren zur Operationalisierung der Einschlusskriterien und Kontrollvariablen.....	158
Tab. 19: Diagnostische Verfahren zur Operationalisierung der abhängigen Variablen	164
Tab. 20: Erfassung linguistischer Ebenen im Studienverlauf zur Hypothesenprüfung	170
Tab. 21: Optimierung der Auswertungsobjektivität sprachproduktiver Tests auf den Ebenen Lexikon und Syntax bei zwei- bis dreijährigen Kindern	171

Tab. 22: Einteilung physiologischer phonologischer Prozesse im Deutschen bei 2;6- bis 3;5- jährigen Kindern	172
Tab. 23: Studienteilnehmer	174
Tab. 24: Vergleich soziodemographischer und personenspezifischer Merkmale der Gesamtstichprobe	190
Tab. 25: Vergleich des elterlichen Sprachangebots in der Gesamtstichprobe	191
Tab. 26: Vergleich der Elternfragebogenergebnisse zu T1 in der Gesamtstichprobe	193
Tab. 27: Vergleich der Sprachtestergebnisse zu T1 in der Gesamtstichprobe	195
Tab. 28: Vergleich der Elternfragebogenergebnisse zu T2 in der Gesamtstichprobe	198
Tab. 29: Vergleich der Sprachtestergebnisse zu T2 in der Gesamtstichprobe	200
Tab. 30: Vergleich der Sprachtestergebnisse zu T3 in der Gesamtstichprobe	204
Tab. 31: Vergleich der weiteren Untertestergebnisse zu T3 in der Gesamtstichprobe	205
Tab. 32: Individuelle Diagnosen zu T3 in der Gesamtstichprobe	206
Tab. 33: Soziodemographische und personenspezifische Merkmale der expressiven Subgruppe.....	212
Tab. 34: Elterliches Sprachangebot in der expressiven Subgruppe.....	213
Tab. 35: Elternfragebogenergebnisse zu T1 in der expressiven Subgruppe	214
Tab. 36: Sprachtestergebnisse zu T1 in der expressiven Subgruppe	215
Tab. 37: Elternfragebogenergebnisse zu T2 in der expressiven Subgruppe	216
Tab. 38: Sprachtestergebnisse zu T2 in der expressiven Subgruppe	217
Tab. 39: Sprachtestergebnisse zu T3 in der expressiven Subgruppe	218
Tab. 40: Individuelle Diagnosen zu T3 in der expressiven Subgruppe.....	219
Tab. 41: Soziodemographische und personenspezifische Merkmale der rezeptiv- expressiven Subgruppe	223
Tab. 42: Elterliches Sprachangebot in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	224
Tab. 43: Elternfragebogenergebnisse zu T1 in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	225
Tab. 44: Sprachtestergebnisse zu T1 in der rezeptiv- expressiven Subgruppe	226
Tab. 45: Elternfragebogenergebnisse zu T2 in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	228
Tab. 46: Sprachtestergebnisse zu T2 in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	229

Tab. 47: Sprachtestergebnisse zu T3 in der rezeptiv- expressiven Subgruppe	230
Tab. 48: Individuelle Diagnosen zu T3 in der rezeptiv-expressiven Subgruppe	231
Tab. 49: Elternfragebogen- und Sprachtestergebnisse in der Gruppe der Verdachtskinder und der Kinder mit Aufholtendenz zu allen Testzeitpunkten	235
Tab. 50: Individuelle Diagnosen zu T3 in der Gruppe der Verdachtskinder und der Kinder mit Aufholtendenz	236
Tab. 51: Auswertung der sprachproduktiven Untertests unter Berücksichtigung phonetischer und phonologischer Beeinträchtigungen	238
Tab. 52: Häufigkeit von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und Sprachauffälligkeiten bei den Kontrollkindern unterschiedlicher Subgruppen	262

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzungen verwendeter diagnostischer Verfahren

- AWST-R = Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder
(Kiese-Himmel 2005)
- ELFRA-2 = ELFRA - Elternfragebögen für die Früherkennung von
Risikokindern - Elternfragebögen für zweijährige Kinder
(Grimm & Doil 2000)
- MFED = Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik
(Hellbrügge 1994)
- SETK-2 = Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder
(Grimm 2000)
- SETK 3-5 = Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder
(Grimm 2001)

Abkürzungen verwendeter informeller Erhebungs- und Beobachtungsverfahren

- ANBOKI = Anamnesebogen für kleine Kinder (Mühlhaus 2005; s. Anhang)
- BESYM = Beobachtung der Symbolisierungsfähigkeiten (s. Anhang)
- BEEKI = Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion (s. Anhang)

Allgemeine Abkürzungen

- Abb = Abbildung
- aktual. = aktualisiert
- Anm. = Anmerkung
- Aufl. = Auflage
- Bd. = Band
- bzw. = beziehungsweise
- d. h. = das heißt
- dt. = deutsch
- durchges. = durchgesehen
- erw. = erweitert
- et al. = et alii/aliae (und andere)
- ggf. = gegebenenfalls
- korr. = korrigiert
- Orig. = Originalausgabe
- s. = siehe
- Suppl. = Supplement
- T1 = Testzeitpunkt 1 (Prätest)
- T2 = Testzeitpunkt 2 (1. Posttest)
- T3 = Testzeitpunkt 3 (2. Posttest)

Tab.	= Tabelle
u. a.	= unter anderem
überarb.	= überarbeitet
Übers.	= Übersetzung
Verf.	= Verfasser, Verfasserin
vgl.	= vergleiche
vollst.	= vollständig
überarb.	= überarbeitet
vs.	= versus
z. B.	= zum Beispiel
zit.	= zitiert

1 EINLEITUNG

Die zweijährige Mia (2;3 Jahre) hat mit ihrer Mutter Spielsachen ausgeräumt und Puppenmöbel aufgebaut. Mia legt ein kleines Kissen auf das Puppensofa. Die Mutter begleitet die Handlungen ihrer Tochter sprachlich: „Oh, stimmt. Ein schönes Kissen auf der Couch. Das ist nicht verkehrt. Dann ist das viel gemütlicher, dann ist das richtig kuschelig“. Mia scheint ganz in die Spielhandlung versunken und legt weitere Kissen auf das Puppensofa. „Und noch ein Kissen.“, fährt die Mutter fort: „Oh, wer legt sich denn jetzt auf diese tolle Kissenburg?“. Mia reagiert nicht, die Mutter holt zwei Babypuppen und sagt: „Oh, das Baby.“ Mia greift beide Babypuppen, hält sie hoch und lautiert dabei: „mma...mma.“. Die Mutter wundert sich: „Wo ist die Oma?“ Mia hält ihr die Babypuppe entgegen und sagt: „mda.“. Die Mutter wundert sich weiter. „Das ist die Oma?“ Mia bestätigt: „Ja!“ Die Mutter wundert sich immer noch. „Das ist die Oma?“ Sie wendet sich ab und holt eine andere Puppe hervor: „Und ich habe gedacht, das wäre die Oma“. Die Mutter und Mia spielen weiter mit den Puppen, wobei Mia weiter lautiert: „mma...mma“.

Die zweijährige Sophie (2;1 Jahre) packt lautlos Spielsachen in eine Tasche. Sie beginnt, die Spielsachen hochzuhalten und schaut dabei erwartungsvoll ihre Mutter an, die vor ihr auf dem Boden sitzt. Wenn Sophie etwas hochhält, benennt die Mutter die Spielgegenstände: „Ein Messer. Zwei Löffel. Was ist das? Ein Topf?“ Sophie bestätigt die Worte ihrer Mutter mit einem freudigen Kopfnicken, flüstert dabei „Ja!“ und räumt den Spielgegenstand in die Tasche, nachdem die Mutter diesen benannt hat. Etwas später spielt Sophie mit einer Hundehandpuppe. „Soll der Hund noch mal bellen?“ fragt die Mutter. Sophie nickt wieder mit dem Kopf und flüstert wieder: „Ja!“ Sie sucht häufig Blickkontakt zu ihrer Mutter und verständigt sich mit einer ausdrucksstarken Mimik über Kopfschütteln und Kopfnicken. Manchmal sagt sie etwas Ähnliches wie „a“ oder „o“. Nach einer Weile legt sie die Hundehandpuppe weg und zeigt auf die Schublade einer Kommode, wobei sie wieder mit dem Kopf nickt und „ga“ oder „da“ sagt. „Was möchtest du denn?“ fragt die Mutter. Sophie stellt sich vor ihre Mutter, deutet mit einer Hand auf die Schublade, hebt die andere Hand hoch und reibt Zeigefinger und Daumen aneinander. „o...oo...o“ sagt sie dabei. Die Mutter beginnt zu raten: „Möchtest Du die Schublade aufmachen? Möchtest Du einen Stift haben?“ Sophie antwortet zufrieden mit einem geflüsterten „Ja!“ und begibt sich auf die Suche nach dem Stift.

Zweijährige Kinder, die wie Mia und Sophie in den oben beschriebenen Szenen des Prättests (T1) dieser Studie zu Beginn ihres dritten Lebensjahres nur über einen geringen produktiven Wortschatz verfügen, ohne dass hierfür Ursachen erkennbar sind, werden auch in der deutschsprachigen Fachliteratur als „Late Talkers“ (bzw. „Late talkers“ oder „late talkers“) bezeichnet (z. B. Grimm & Wilde 1998; Kauschke 2000; Schlesiger 2005; Sachse 2007; Schulz 2007b; Buschmann 2009). Für den späten und langsamen Erwerb des produktiven Wortschatzes bei diesen zweijährigen Late Talkers gibt es verschiedene Erklärungen: Es handelt sich entweder um eine langsame Variante im Rahmen des variablen frühkindlichen Spracherwerbs oder um ein Anzeichen für eine zu langsame und somit verzögerte Sprachentwicklung oder aber um ein frühes Symptom einer umschriebenen bzw. spezifischen Sprachentwick-

lungsstörung (Ellis Weismer 2007; Sachse 2007; Buschmann 2009). Spezifische Sprachentwicklungsstörungen sind ursächlich nicht auf Intelligenzminderungen, Hörstörungen oder Umweltfaktoren zurückzuführen, sind also zunächst auf den sprachlichen Bereich begrenzt. Sie beschränken sich in ihren Auswirkungen aber nicht nur auf den sprachlichen Bereich, sondern können schwerwiegende Folgen für die weitere kognitive und soziale Entwicklung der Kinder sowie auf schulische und außerschulische Bildungs- und Lernprozesse haben. Late Talkers, die keine spezifische Sprachentwicklungsstörung ausbilden und Sprachauffälligkeiten im dritten und vierten Lebensjahr überwinden, werden „Late Bloomers“ genannt (Rescorla & Schwartz 1990; Schulz 2007b), was ins Deutsche mit „Aufholer“ oder „Spätzünder“ übersetzt werden kann.

Angesichts der unklaren Prognose von Mia, Sophie und der Gruppe der Late Talkers insgesamt sind Ratschläge von Sprachtherapeutinnen, Pädagoginnen, Medizinerinnen, Psychologen und Linguisten hinsichtlich der Notwendigkeit und Möglichkeiten sprachtherapeutischer Intervention bei diesen zweijährigen Kindern widersprüchlich. Bereits 1987, als der Begriff „Late Talkers“ im deutschsprachigen Raum noch nicht bekannt ist, empfiehlt Zollinger (1987, 114) für „Kinder, welche im Alter von zwei bis drei Jahren nicht oder kaum sprechen und dabei keine offensichtlichen Probleme im instrumentellen, affektiven, psychomotorischen und praktisch-agnostischen Bereich aufweisen“ eine therapeutische Intervention, wenn diese Kinder neben der „Verzögerung der Sprachproduktion eine Verzögerung des Sprachverständnisses sowie nicht altersadäquate symbolische und kommunikative Kompetenzen“ aufweisen. Liegt ausschließlich eine Verzögerung der Sprachproduktion vor, so ist nach Zollinger (1987, 114) eine therapeutische Intervention „bei diesen Kindern nicht angezeigt“. Eine andere Autorengruppe empfiehlt ein beobachtendes Abwarten mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen der Sprachentwicklung, wenn neben der spät einsetzenden Sprachproduktion keine weiteren Prädiktoren für eine Sprachentwicklungsstörung vorliegen, beispielsweise Verzögerungen der sprachrezeptiven Entwicklung (Whitehurst & Fischel 1994, 640ff.), sowie weitere Risikofaktoren für ernsthafte Gefährdungen der Kinder und ihrer Entwicklung, beispielsweise durch Missbrauch, Drogenkonsum der Eltern oder Armut, ausgeschlossen sind (Paul 1996, 15). Auch Tigges-Zuzok et al. (2006, 137) plädieren für eine „professionelle Überwachung und Begleitung der Kinder“. Szagun (2007, 24) spricht sich ebenso für Kontrolluntersuchungen aus und warnt gleichzeitig vor einer „flächendeckenden Pathologisierung der langsamen Zweijährigen“, da „eine mögliche falsche Negativmeldung das empfindliche Kommunikationssystem zwischen Eltern und Kleinkind unnötig stören würde“. Ritterfeld (2003, 33) weist darauf hin, dass „eine kompetente Beratung der Eltern bei dieser Gruppe von Kindern der Ausbildung von Sekundärproblemen vorbeugen“ kann, „die durch Be-

sorgnis, Hilflosigkeit und Schuldzuweisungen der Eltern entstehen können“. Das bedeutet für Ritterfeld (2003, 33), „dass eine präventive Beratung in jedem Fall eines Verdachts auf eine Spracherwerbsstörung angezeigt ist.“. Von Suchodoletz (2005, 325) erörtert, dass nach aktuellen Erkenntnissen der Neurobiologie nur durch „Frühdiagnostik und Frühtherapie bestmögliche Therapieerfolge erreichbar sind“ und betont an anderer Stelle, dass „die Chancen einer Prävention von Sprachstörungen derzeit unzureichend genutzt“ werden (von Suchodoletz 2007, 23). Sachse und von Suchodoletz (2007a, 199) weisen darauf hin, dass erst nach einer ausführlichen Diagnostik des sprachlichen und kognitiven Entwicklungsstandes sowie einer genauen pädaudiologischen Untersuchung entschieden werden kann, ob eine Therapie und wenn ja welche eingeleitet werden soll. Dannenbauer (2001a, 110) unterstreicht die Chancen einer Frühintervention bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. Frühintervention und Prävention gehören für ihn mit zu den wichtigsten Zukunftsthemen, er hält es für „nicht undenkbar [...], dass das Auftreten von spezifischer Sprachentwicklungsstörung völlig verhütet werden kann, wenn in der lexikalischen Phase der kindlichen Gehirnentwicklung das lexikalische Lernen gefördert wird“ (Dannenbauer 2001a, 110). Penner (2002, 107) grenzt die präventive Frühintervention, die seiner Meinung nach aufgrund kritischer Sprachentwicklungsphasen bereits vor dem 12. bis 18. Lebensmonat stattfinden müsse, von der „traditionellen Spättherapie“ ab. Er vermutet, dass die Annahme des Aufholens „ein Artefakt der Datenerhebung“ ist (Penner 2002, 131) und argumentiert in Anlehnung an Scarborough und Dobrich (1990) dass es sich bei der Entwicklung der Late Bloomers um ein oberflächliches „illusorisches“ oder „falsches“ Aufholen handelt, diese Kinder im weiteren Verlauf der Sprachentwicklung und Schriftsprachentwicklung also wieder Defizite aufweisen (Penner et al. 2005, 11f.). Demnach „nehmen die Chancen einer Therapie rapide ab, die später als 1;6 anfängt“ (Penner 2002, 138). Zwei Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache empfehlen, zweijährige Kinder mit schwerwiegenden Störungen frühzeitig, d. h. zwischen zwei und drei Jahren, sprachtherapeutisch zu betreuen. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2004) sieht eine ausbleibende Sprachentwicklung, unverständliche Sprache oder einen Wortschatzumfang von weniger als 50 Wörtern als schwerwiegend an, während die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2006) keine Angaben dazu macht, was unter einer schwerwiegenden Sprachentwicklungsstörung bei Zweijährigen zu verstehen ist. Die AWMF-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (2005) zu Sprachentwicklungsstörungen thematisieren das Alter der Kinder bei Therapiebeginn nicht. Aus den Bereichen der Pädiatrie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde existieren bis dato keine AWMF-Leitlinien zur

umschriebenen Entwicklungsstörung der Sprache bzw. zur spezifischen Sprachentwicklungsstörung.

Die häufig nicht vorhandene interdisziplinäre Diskussion und der fehlende fachliche Konsens der aufgeführten Expertenmeinungen erschweren ein evidenzbasiertes Vorgehen in der Praxis, die weniger von systematischer Forschung, klinischer bzw. therapeutischer Expertise und den Bedürfnissen der betroffenen Familien, sondern mehr von Unsicherheit geprägt ist. Obwohl die ersten drei Lebensjahre für den Spracherwerb als zunehmend wichtig erachtet werden und mittlerweile allein für den deutschsprachigen Raum fünf Elternfragebögen und ein standardisierter Test zur Frühidentifikation von Late Talkers erhältlich sind (Vollmann et al. 2000; Grimm & Doil 2000; Grimm 2001; Szagun 2004; Bockmann & Kiese-Himmel 2006; von Suchodoletz & Sachse 2008), findet Sekundärprävention bei den ersten Anzeichen einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung in Deutschland so gut wie gar nicht statt (de Langen-Müller & Hielscher-Fastabend 2007). Motsch (2008, 152) klagt über eine „sprachtherapeutische Abstinenz im Frühbereich“, da oft die Einstellung vorherrsche, dass es in diesem frühen Stadium wichtiger sei, „basale Fähigkeiten‘ in den Bereichen Motorik, Wahrnehmung und Kognition zu schulen“. Dies betrifft sowohl Kleinkinder mit spezifischen als auch mit sekundären Sprachentwicklungsstörungen mit Ausnahme der Gruppe der hörgeschädigten Kleinkinder. Für Kleinkinder mit Hörstörungen existieren auch im deutschsprachigen Raum bereits seit vielen Jahrzehnten Konzepte und Vorschläge zur Elternberatung und Förderung der sprachlichen Entwicklung, beispielsweise die Haus-Spracherziehung und weitere zahlreiche Vorschläge zur Förderung hörgeschädigter Kleinkinder von Löwe (1962; 1964; 1992; 1999). Anders als diese frühe sprachliche Förderung bei hörgeschädigten Kleinkindern wird Sprachtherapie oft als eine Korrektur von sprachlichen Fehlern verstanden bzw. missverstanden, die nur im Vergleich zur Erwachsenensprache erkannt und dann behoben werden können (Motsch 1997). Nach dieser Vorstellung kann Sprachtherapie erst dann beginnen, wenn die Kinder bereits sprechen, also genügend Fehler machen, und gleichzeitig bereit sind, bei der Korrektur ihrer Sprachfehler still am Tisch zu sitzen. Eine selbst erstellte Sammlung aus den Jahren 2004 bis 2007 mit Zitaten von Sprachtherapeutinnen, Ärzten und einer Mutter zum Thema Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen und sprachtherapeutische Frühintervention bei Late Talkers mag dies verdeutlichen:

Aussagen von Sprachtherapeutinnen: „Zweijährige machen doch gar nicht mit.“ - „Wie willst Du denn mit zweijährigen Kindern strukturiert arbeiten, das geht doch gar nicht.“ - „Was mache ich bloß mit einem zweijährigen Kind? Was müssen Zweijährige denn schon sprechen können?“

Aussagen von Ärzten: „Wenn Sie bei Zweijährigen einen Test durchführen, dann kriechen die unter den Tisch.“ - „Wie wollen Sie mit Zweijährigen denn am Tisch arbeiten?“ - „Wie bitte, Sie wollen jetzt bereits bei Zweijährigen das Lispeln therapieren?“

Aussage einer Mutter: „Mir wurde gesagt, für eine Sprachtherapie ist es zu früh. Ich soll wiederkommen, wenn mein Sohn mit dem Sprechen angefangen hat.“

Um die Vorstellung von Sprachtherapie als Fehlerkorrekturtherapie aufzulösen und zu einer Auffassung von Therapie zu erweitern, die auch bei (noch) nicht lautsprachlich sprechenden Kleinkindern sinnvoll durchführbar ist, muss weiterhin viel Informations- und Forschungsarbeit geleistet werden. In Bezug auf die Gruppe der Late Talkers stellt sich zusätzlich zu den wissenschaftlichen Kontroversen um Notwendigkeit und Zeitpunkt einer sekundären Präventionsmaßnahme und zusätzlich zu den methodischen Unsicherheiten in der Praxis die Frage nach der Effektivität einer eventuell durchgeführten sprachtherapeutischen Frühintervention, wenn doch ein Teil der Late Talkers zwar eine langsame Sprachentwicklung zeigt, aber keine Sprachentwicklungsstörung ausbildet. Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Das Ziel besteht darin, die Effektivität eines Konzeptes zur sprachtherapeutischen Frühintervention für Late Talkers zu evaluieren. Kapitel 2 beschreibt zunächst zusammenfassend Entwicklungsbereiche und Phasen sowie die Bedeutsamkeit des frühkindlichen Wortschatzerwerbs als eine Grundlage für weitere, insbesondere grammatische, Lernprozesse und stellt die theoretische Grundlage für das in dieser Arbeit evaluierte Frühinterventionskonzept dar. Kapitel 3 befasst sich einleitend mit dem aktuellen Stand der Prävention bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und stellt den langsamen Wortschatzaufbau bei Late Talkers als derzeit wichtigsten Frühindikator heraus. Mögliche Entwicklungsverläufe bei Late Talkers werden anhand der bisher vorliegenden Längsschnittstudien beschrieben und hinsichtlich der Prognose für Late Talkers dahingehend analysiert, welcher Anteil der Late Talkers sich möglicherweise als Late Bloomers entpuppt und welche Prädiktoren und Risikofaktoren auf die mögliche Ausbildung von spezifischen Sprachentwicklungsstörungen hinweisen. Nur diese genaue Beschreibung der Sprachentwicklungsverläufe bei Late Talkers ermöglicht die fundierte Diskussion der Frage, ob und wenn ja bei welchen Late Talkers sprachtherapeutische Frühintervention notwendig ist. Kapitel 4 beinhaltet einen systematischen Review bisheriger Evaluationsstudien zur Effektivität sprachtherapeutischer Frühintervention bei Late Talkers und bei etwas älteren Kindern mit Late-Talkers-Profil, die auch um ihren dritten Geburtstag noch vergleichbare Wortschatzeinschränkungen ohne erkennbare Primärbeeinträchtigung zeigen. Mit Kapitel 5 beginnt die Darstellung der eigenen empirischen Studie. Speziell für die heterogene Gruppe der Late Talkers wurde ausgehend vom beschriebenen Stand der Spracherwerbs- und Effektivitätsforschung ein entwicklungsorientiertes Konzept erstellt, das auf der Basis einer individuellen

Diagnostik so lange sprachtherapeutische Unterstützung anbietet, bis die zweijährigen Kinder über einen ausreichend großen produktiven Wortschatz verfügen, um weitere eigenständige sprachliche und insbesondere auch grammatische Lernprozesse entwickeln zu können. Bei dieser Frühintervention für Late Talkers handelt es sich um eine entwicklungsaktivierende Intervalltherapie zur Initiierung eigendynamischer Spracherwerbsprozesse. Während indirekte elternbasierte Ansätze, die zumeist in Form von Gruppenabenden durchgeführt werden, oder Förderprogramme nach einem festgelegten Curriculum vorgehen, kann in der Sprachtherapie im Rahmen des hier entwickelten therapeutenbasierten Konzeptes aufgrund der direkten Begegnung mit dem Kind flexibel auf die Sprachentwicklung des Late-Talker-Kindes reagiert werden und so bei Hinweisen auf ein Aufholen eine dann eventuell überflüssige Therapie vermieden werden. Ein weiteres Merkmal des Therapieansatzes besteht in der kindzentrierten Vorgehensweise, d. h. im Gegensatz zu einer übungszentrierten Intervention wird der Aufmerksamkeitsfokus des Kindes weniger gelenkt, sondern stellt die Ausgangsbasis für die Anwendung sprachtherapeutischer Methoden dar. Dieser Therapieansatz verbindet Motivation und Lernpotential des zweijährigen Kindes mit einer systematischen Methodik. Das Late-Talkers-Therapiekonzept wird in einer randomisierten, kontrollierten und verblindet durchgeführten Studie mit folgenden drei Hauptfragestellungen evaluiert:

- Hat die direkte und kindzentrierte sprachtherapeutische Frühintervention einen positiven Effekt auf die Sprachentwicklung der Late Talkers?
- Ist dieser Effekt gegebenenfalls nicht nur kurzfristig sondern auch langfristig nachweisbar?
- Können spezifische Sprachentwicklungsstörungen durch die direkte und kindzentrierte sprachtherapeutische Frühintervention bei Late Talkers verhindert oder vermindert werden?

Kapitel 5 beschreibt neben dem Frühinterventionskonzept auch Methodik (Design, diagnostische Verfahren, Datenauswertung und -analyse) und Verlauf der Studie. Kapitel 6 und 7 beinhalten die Ergebnisse der Effektivitätsstudie, die kritische Diskussion und die Schlussfolgerungen mit Ausblick unter Einbezug der Literaturanalysen zum aktuellen Stand der Spracherwerbs- und Effektivitätsforschung und der hier anhand der divergierenden Expertenmeinungen einleitend aufgeworfenen Fragestellung nach der Notwendigkeit und gegebenenfalls Umsetzung sprachtherapeutischer Frühintervention für Late Talkers.

In der Regel wird das generische Maskulinum als Begriff für weibliche und männliche Personen benutzt. Ausnahmen sind Personen- und Berufsgruppen, in denen der Frauenanteil deutlich dominiert, beispielsweise nehmen

fast nur Mütter an wissenschaftlichen Untersuchungen zum Spracherwerb von Kindern teil. Zudem finden sich in der Sprachbehindertenpädagogik und Logopädie überwiegend Frauen, die diesen Beruf ausüben. Die weiblichen Personen- und Berufsbezeichnungen sind als Oberbegriff zu verstehen und schließen gegebenenfalls Väter, Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten mit ein. Sprachtherapie und Sprachtherapieforschung sind ebenfalls als Oberbegriffe zu verstehen, die im weiteren Sinne sprachtherapeutisch Tätige und auf die Sprachtherapie bezogene Forschungstätigkeiten umfassen. Viele Fachbegriffe der vorliegenden Arbeit, auch der zentrale Begriff „Late Talker“ im Singular bzw. „Late Talkers“ im Plural, stammen aus dem Englischen und werden in deutschsprachigen Veröffentlichungen häufig in dieser Schreibweise übernommen (Sachse 2007, Schulz 2007b).

2 WORTSCHATZERWERB IM FRÜHEN KINDESALTER

2.1 Erklärungsansätze und Voraussetzungen

2.1.1 Erklärungsansätze

Die ersten Worte eines Kindes sind ein freudiges und wichtiges Ereignis. Für die Untersuchung des langsamen und gestörten frühkindlichen Wortschatzerwerbs ist es von Bedeutung, die wichtigsten Voraussetzungen der Entwicklung vom „kompetenten Säugling“ (Dornes 1993) zum kompetenten „Wortlerner“ (Golinkoff et al. 2000) zu kennen und zugrunde liegende Erklärungsansätze einordnen zu können. Während in den vergangenen Jahrzehnten zunächst behavioristische Vorstellungen (Skinner 1957), dann einerseits nativistische (Chomsky 1965 Orig.; 1969 dt. Übers.) und andererseits kognitiv ausgerichtete (Piaget 1945 Orig.; 1969 dt. Übers.) sowie interaktionistische (Bruner 1983 Orig.; 1987 dt. Übers.) Theorien zum Teil konträre Ansätze zur Erklärung des Spracherwerbs bereitstellten, setzt sich auch in den für die Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie wichtigen Bezugswissenschaften Linguistik, Psychologie und Medizin zunehmend die Tendenz durch, vorhandene Dispositionen, Erwerbsmechanismen und Umwelteinflüsse in ihrer Wechselwirkung und insbesondere auch von frühen Zeitpunkten an und in ihrem Entwicklungsverlauf zu betrachten (Grimm 1998a; von Suchodoletz 2005; Kauschke 2007). Diese integrative Position wird in der Sprachheilpädagogik seit langem als Grundlage für ein Verständnis des Spracherwerbs und für die Ableitung von sprachtherapeutischen Interventionsprozessen angesehen (Zollinger 1987; Motsch 1990; Füssenich & Motsch 1993; Dannenbauer 1999; Grohnfeldt 2002; Katz-Bernstein & Dupuis 2005; Baumgartner 2008).

Die detaillierte Beschreibung einer integrativen Position auch in Bezug auf den Wortschatzerwerb liefern so genannte „Theorien der dynamischen Systeme“ bzw. „Emergenzmodelle“ (Hollich et al. 2000; Hirsh-Pasek et al. 2004; Kauschke 2007; Klann-Delius 2008; vgl. Grimm 1998a; Szagun 2006). Emergenzmodelle haben den Anspruch, kein eklektisches Konglomerat bisheriger Theorien zu sein, sondern empirisch belegbare Darstellungen, wie einzelne Faktoren zu bestimmten Zeitpunkten mit anderen Faktoren zusammenwirken, so dass aus diesem dynamischen System kontinuierlich neue Eigenschaften oder Fähigkeiten hervorgehen („emergere“ hat im Lateinischen die Bedeutung ‚auftauchen, hervorkommen‘). Evans (2001, 45) beschreibt diese integrative Perspektive folgendermaßen:

Language acquisition, from this perspective, is a result of a continuous interaction between the child and the environment. More specifically, it is the child's simultaneous integration of

acoustic, linguistic, social and environmental cues within the context of the communicative interaction that results in the *emergence* of language.

Nach der emergenztheoretischen Modellvorstellung gehen in frühen Entwicklungsphasen aus der Verbindung bestimmter kindlicher Prädispositionen mit hierzu komplementären Umweltvariablen neue Fähigkeiten hervor. Nun nutzt das Kind in Abhängigkeit von diesen neuen Fähigkeiten weitere relevante Hinweisreize („cues“), die eventuell vorher bereits vorhanden, aber noch nicht nutzbar waren. Die dynamischen Wechselwirkungen von Fähigkeiten, Erwerbsmechanismen und Erfahrungen bestimmen den Spracherwerb. Bei Emergenzmodellen handelt es sich also um eine auf empirischen Befunden basierende Ausspezifizierung der integrativen Sichtweise des frühkindlichen Spracherwerbs. Im Folgenden sollen, ausgehend von der integrativen Position und emergenztheoretischen Sichtweise, empirische Befunde zum Spracherwerb und zum Wortlernen ohne differenzierte Diskussion der kontroversen spracherwerbstheoretischen Positionen, in denen sie gegebenenfalls eingebettet sind oder waren, dargestellt werden. Im Vordergrund steht die Frage, welche Fähigkeiten und welche Erfahrungen das Kind für bestimmte Erwerbsmechanismen, Lern- und Entwicklungsfortschritte in der jeweiligen frühkindlichen Spracherwerbsphase benötigt. Dieser integrative Erklärungsansatz des frühkindlichen Wortschatzerwerbs ist letztendlich unumgänglich, um „Aufälligkeiten, Störungen und Gefährdungen der Sprachentwicklung zu verstehen und um diagnostische und therapeutische Interventionen abzuleiten.“ (Katz-Bernstein & Dupuis 2005, 228). Die Phase der frühen Kindheit wird nach Rauh (1998) als die Zeitspanne ab der Geburt, einschließlich der vorgeburtlichen Entwicklung bis zum Ende des dritten Lebensjahres definiert.

2.1.2 Kommunikative, konzeptuelle und symbolische Fähigkeiten

Bereits im ersten Lebensjahr erwirbt der Säugling kommunikative und kognitive Kompetenzen, die ihn auf die Produktion der ersten Worte und den im Alltag erkenn- und hörbaren Spracherwerb vorbereiten (Gopnik et al. 2001).

Kommunikation: Von der Mutter-Kind-Dyade zum Dialog mit gemeinsamer Aufmerksamkeit und Intentionalität

Die Grundlage des Spracherwerbs bildet die Kommunikation. Sprache ist eine Form von Kommunikation. In den ersten Lebensmonaten entwickelt sich die Interaktion zwischen Säugling und Bezugsperson, im Alter von drei Monaten signalisiert das Baby durch Blickzuwendung Interesse und Interaktionsbereitschaft (Papoušek 2006). Die Bezugspersonen interpretieren die Intentionen des Säuglings und etablieren Interaktionssequenzen, indem sie auf die unterstellten Absichten reagieren und neue Elemente hinzufügen. Bruner (1983 Orig.; 1987 dt. Übers.) bezeichnet dies als „Formate“, die das Kind in

seinen kommunikativen Kompetenzen unterstützen. Ab dem sechsten Lebensmonat entwickelt sich ein Dialog, in dem die Mutter sich nicht mehr primär an die Signale ihres Kindes anpasst, sondern in dem sie die aktive Beteiligung in Form von Vokalisationen erwartet (Papoušek 1994). Ebenfalls ab dem sechsten Lebensmonat ist der Säugling in der Lage, der Blickrichtung des Kommunikationspartners zu folgen (Hennon et al. 2000).

Erste Dialogregeln, beispielsweise ein abwechselndes Kommunizieren („turn-taking“) mit Pausierungsregeln, können ab dem neunten Lebensmonat beobachtet werden (Hecking 2008). In dieser Phase lässt sich auch eine Erweiterung der eher dyadischen Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf ein gemeinsames Ausrichten der Aufmerksamkeit von Mutter und Kind auf Gegenstände und Ereignisse beobachten (Papoušek 2006). Diese gemeinsame Aufmerksamkeit („joint attention“) wird auch als triangulärer Blickkontakt bezeichnet (Zollinger 1987; 1997), da das Kind nun in der Lage ist, abwechselnd Kommunikationspartner und Referenten, also Personen, Tiere, Objekte, Zustände oder Vorgänge, zu denen es selbst oder der Kommunikationspartner etwas mitteilen möchte, zu fokussieren. Die Fähigkeit des Säuglings, selbständig seine Aufmerksamkeit zu steuern, ist jedoch noch sehr begrenzt, meistens passen sich die Eltern dem Aufmerksamkeitsfokus des Kindes an (Hennon et al. 2000; Delgado et al. 2002; Tamis-LeMonda & Bornstein 2002). Parallel zur Fähigkeit der gemeinsamen Aufmerksamkeit nimmt das Kind das Verhalten seiner Eltern allmählich als absichtsvoll und zielorientiert wahr und entwickelt seinerseits ebenfalls so genannte intentionale Kommunikation (Adamson & Change 1998; Papoušek 2006). Bereits in den ersten Lebensmonaten können Verhaltensweisen des Kindes zum Teil als intentional interpretiert werden können, beispielsweise wenn es versucht, die Aufmerksamkeit eines Kommunikationspartners durch Lächeln oder Vokalisationen auf sich zu ziehen (Papoušek 2006). Gegen Ende des ersten Lebensjahres lässt sich eine direktere und intensivere Form von Intentionalität beobachten, die besonders deutlich wird durch die Verwendung von Gesten. Generell unterscheidet sich die frühkindliche Gestenverwendung darin, ob die Geste als hinweisend - also deiktisch - oder repräsentational - also symbolisch - charakterisiert werden kann (Bates 1976; Bates et al. 1979; Iverson & Thal 1998; Capone & McGregor 2004). Kinder verwenden deiktische Gesten, beispielsweise einen Gegenstand hochhalten oder geben, mit dem Finger auf etwas zeigen oder den Arm nach etwas ausstrecken und dabei die Finger öffnen und schließen, um durch die Hilfe einer Bezugsperson einen Gegenstand zu erhalten oder um auf etwas hinzuweisen. Dabei beziehen sich deiktische Gesten immer auf Referenten, die im Kommunikationskontext vorhanden sind. Nach Iverson und Thal (1998) benutzen Kinder Gesten im Allgemeinen bereits bevor sie diese verstehen, beispielsweise verwenden Kinder im ersten Lebensjahr zwar bereits die Zeigegeste, orientieren sich aber bei der Zeigegeste eines Er-

wachsenen eher an dessen Blickrichtung und erst im zweiten Lebensjahr auch an der Ausrichtung des Zeigefingers. Im Gegensatz zu deiktischen Gesten entwickeln sich symbolische Gesten und Fähigkeiten erst im zweiten Lebensjahr und werden dort in Zusammenhang mit der Einwortphase (s. 2.2.2) beschrieben.

Die intuitiven elterlichen Kompetenzen und insbesondere die an das Kind gerichtete Sprache erfüllen im ersten Lebensjahr, neben den beschriebenen sozialen Funktionen der Beziehungsgestaltung, Dialogförderung, Aufmerksamkeitsunterstützung und intentionalen Kommunikation, auch bereits eine sprachliche Funktion (Papoušek 2006). Der mütterliche Sprechstil im ersten Lebensjahr, auch Ammensprache („baby talk“) genannt (Grimm 1998a), entspricht mit seinen prosodischen Merkmalen genau den perzeptiven Fähigkeiten des Säuglings. Es wird angenommen, dass die überzogene Intonationsstruktur, der hohe Tonfall und die langen Pausen an den Phrasenstrukturgrenzen die frühkindliche Sprachverarbeitung unterstützen (Bedore & Leonard 1995; Grimm 1998a; Zimmer 1999).

Kognition: Von Perzepten zu Konzepten

Entwicklungspsychologische Studien belegen, dass Säuglinge in den ersten Lebenstagen das Gesicht ihrer Mutter erkennen, ab dem dritten oder vierten Lebensmonat Objekte als abgrenzbare Einheiten wahrnehmen und somit bereits über eine rudimentäre Vorstellung von Objektpermanenz verfügen (Hennon et al. 2000). Ab dem neunten Lebensmonat, zeitgleich mit der Entwicklung der intentionalen Kommunikation, erkennen Babys das Prinzip der Kausalität. Beispielsweise zeigen sie Anzeichen von Verwunderung, wenn ein Ball wegrollt, ohne dass er angestoßen wurde (Hennon et al. 2000).

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres entwickelt sich die bis dahin eher ganzheitliche Wahrnehmung der Kinder über die reinen Perzepte hinaus hin zu einer konzeptuellen Kategorisierung (Hennon et al. 2000; Szagun 2006). Die menschliche Kategorisierungsfähigkeit basiert auf den Fähigkeiten der Abstraktion und Klassifikation und meint die mentale Strukturierung unterschiedlicher Dinge, Zustände oder Vorgänge in zusammengehörige Gruppen (Schwarz & Chur 1993). Konzepte sind definiert als die mentalen Repräsentationen von Kategorien, sie werden als elementare Bausteine der menschlichen Kognition angesehen und bilden ein netzartig verknüpftes Wissenssystem (Rothweiler 2001). Im Deutschen werden „Konzept“ und „Begriff“ häufig synonym verwendet (Schwarz & Chur 1993; Glück 2005; Szagun 2006). Bereits im Alter von neun Monaten erleichtern sprachliche Benennungen die konzeptuelle Kategorisierung von Objekten (Balaban & Waxman 1997), dies gilt auch für spätere Entwicklungsphasen (Pauen 2001; Weinert 2002). Bereits 11 Monate alten Säuglingen gelingt eine konzeptuelle Katego-

risierung trotz perzeptueller Ähnlichkeit, beispielsweise bei Spielzeugflugzeugen und aufgrund ihrer ausgestreckten Flügel ähnlich aussehenden Spielzeugvögeln (Hennon et al. 2000). Unabhängig von der Kontroverse, ob Wörter die Bildung von Konzepten erst ermöglichen oder lediglich erleichtern, ist die konzeptuelle Kategorisierungsfähigkeit des Säuglings ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zum kompetenten Wortlerner, da sich Wörter - bis auf wenige Ausnahmen wie Eigennamen und Deiktika - nicht auf einzelne Vertreter einer Klasse, sondern eben auf eine übergeordnete Kategorie mit zugehörigem Konzept beziehen und jedes neu erworbene Wort in dieses begriffliche Netz eingebaut werden muss. Ob dieses konzeptuelle Wissen gleichzusetzen ist mit dem semantischen Wissen, wird in der linguistischen Semantikforschung und in der Entwicklungspsychologie kontrovers diskutiert (Schwarz & Chur 1993; Rothweiler 2001). In der vorliegenden Arbeit werden „Konzept“ und „Begriff“ wie gesagt als Synonyme verwendet, aber in Anlehnung an Schwarz und Chur (1993, 26) von „Bedeutung“ folgendermaßen abgegrenzt:

Von einer Bedeutung sprechen wir dann, wenn einer konzeptuellen Einheit eine sprachliche Form zugeordnet ist. Bedeutungen sind in diesem Sinne versprachlichte, mit Wortformen belegte Konzepte. Jede Bedeutung ist damit ein Konzept, aber nicht jedes Konzept ist auch eine Bedeutung.

So genannte lexikalische Lücken deuten darauf hin, dass nicht jedes Konzept versprachlicht werden kann (Schwarz & Chur 1993). Auch nach Aitchison (1994 Orig.; 1997 dt. Übers.) und Glück (2005) überschneiden sich Konzepte und Bedeutungen größtenteils, aber nicht vollständig, da das gesamte Konzept bzw. der Begriff möglicherweise über die Wortbedeutung hinausgeht. Szagun (1991) weist darauf hin, dass einem Wort mehrere Konzepte zugeordnet sein können oder umgekehrt einem Konzept mehrere Wörter. Letztendlich entsteht Bedeutung aus der wechselseitigen Aktivierung von Konzept und Wortform während des Sprachverstehens- und Sprachproduktionsprozesses (Glück 2005; vgl. 2.2.2 das Modell zum mentalen Lexikon).

2.1.3 Frühe Sprachverarbeitungsfähigkeiten

Säuglinge zeigen erstaunliche Fähigkeiten in der prosodischen und phonologischen Verarbeitung, die sich zunächst in der Lautwahrnehmung unter bestimmten experimentellen Bedingungen beobachten lassen und sich später auch in der Lautproduktion, also der Lallphase, äußern (Jusczyk 1997; 1999; Weissenborn 2000; Höhle 2005; Friederici 2006). Einen Überblick zu den Methoden der Säuglings-, Sprachwahrnehmungs- und frühkindlichen Spracherwerbsforschung, beispielsweise zum Blickpräferenzparadigma, geben Jusczyk (1997), Klann-Delius (1999) und Hennon et al. (2000).