

Phänomen Late-Talker-Kinder

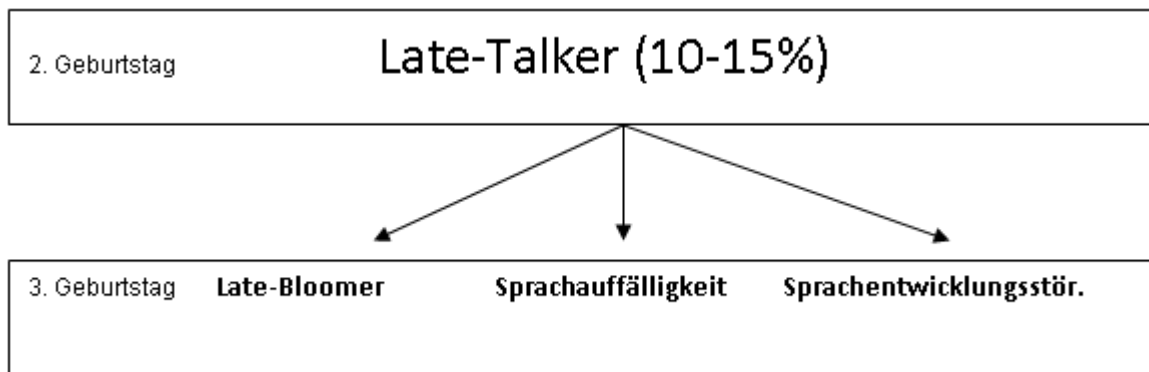
Immer wieder lassen sich Kinder beobachten, die mit zwei oder zweieinhalb Jahren nur sehr wenig sprechen und die nur sehr wenige Wörter in ihrem aktiven Wortschatz haben. Diese Kinder werden als Late-Talker bezeichnet. Zwischen 10 und 15% der Kinder gelten als Late-Talker-Kinder.

Als grober Richtwert gelten 50 aktiv verwendete Wörter in einem Alter von 24 Monaten: Spricht ein Kind mit 2 Jahren weniger als 50 Wörter, so zählt es als Late-Talker-Kind. [vgl. Schlesiger, C. & Mühlhaus, M. (2011), S. 18 ff.]

Auch ein zweieinhalbjähriges Kind mit einem aktiven Wortschatz von weniger als 200 Wörtern gilt als Late-Talker-Kind.

Etwa ein Drittel der Late-Talker-Kinder holt den sprachlichen Rückstand bis zum 3. Geburtstag auf; diese Kinder werden als „Aufholer“ oder „Late-Bloomer“ (= Spätblüher) bezeichnet. Ein Drittel der Kinder zeigt nach dem 3. Geburtstag weiterhin sprachliche Auffälligkeiten. Bei dem restlichen Drittel der Kinder kann nach dem 3. Geburtstag eine Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert werden.

Als Late-Talker-Kinder werden nur Kinder bis zum 3. Geburtstag bezeichnet.



Ein später Sprechbeginn lässt sich bereits zwischen dem 13. und dem 24. Lebensmonat feststellen. Allerdings machen viele Kinder in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres noch einen großen Sprung in ihrer Sprachentwicklung, Daher erscheint die Feststellung eines späten Sprechbeginns als Risikofaktor für Verzögerungen und Störungen der Sprachentwicklung erst ab dem zweiten Geburtstag sinnvoll.

Da Late-Talker gefährdet sind, eine Störung in der Sprachentwicklung (Sprachauffälligkeiten, Sprachentwicklungsstörung) auszubilden, ist es wichtig, Late-Talker-Kinder früh zu identifizieren, damit möglichst rechtzeitig logopädisch interveniert werden kann.

Es gibt Kriterien dafür, ob ein Late-Talker-Kind den Sprachrückstand voraussichtlich aufholen wird oder nicht, ob das betreffende Kind also zu den „Late-Bloomern“ oder zu der Gruppe von Kindern mit Sprachauffälligkeiten oder einer Sprachentwicklungsstörung zählen wird. Diese genaue Prognose des weiteren Verlaufs der Sprachentwicklung eines Kindes obliegt der kinderärztlichen Praxis bzw. der Logopädie.

Kriterien für den weiteren Verlauf der Sprachentwicklung

- Allgemeines Kommunikationsverhalten: Nimmt das Kind Blickkontakt auf? Will das Kind kommunizieren? Kommuniziert das Kind über andere „Kanäle“? Verwendet das Kind Gestik und Mimik, um zu kommunizieren?
- Gibt es einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus (= „geteilte Aufmerksamkeit“ oder auch sog. „joint attention“)
- Kennt das Kind den „triangulären Blickkontakt“?
- Ist schon ein Symbolverständnis vorhanden? Hat das Kind schon erkannt, dass Wörter Symbole für Dinge sein können?
- Wie sieht die Spielentwicklung des Kindes aus? Kennt das Kind schon das Symbolspiel, oder ist das Kind noch ganz beim Funktionsspiel?
- Hat das Kind schon die grundlegenden Funktionen von Sprache erkannt?
- Ist Sprechfreude vorhanden?
- Wie ist es um den passiven Wortschatz und das Sprachverständnis bestellt?

Sprachdiagnostik bei Late-Talker-Kindern

In einem ersten Schritt ist es notwendig, Late-Talker-Kinder möglichst frühzeitig zu identifizieren. Dies ist sehr gut mit dem SBE-2-KT möglich. Der SBE-2-KT ist ein diagnostisches Screeningverfahren zur Früherkennung von Late-Talker-Kindern, welches von der Uni München kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Beim SBE-2-KT handelt es sich um einen Elternfragebogen,

der frei zur Verfügung steht und unbegrenzt kopiert, ausgedruckt und weitergegeben werden kann. Er steht auch im Internet als Download kostenlos zur Verfügung.

Den SBE-2-KT gibt es in über 30 verschiedenen Sprachen, so dass auch über nicht monolingual deutschsprachige Kinder eine Aussage gemacht werden kann.

Der SBE-2-KT wird zum Zeitpunkt der kindlichen Vorsorgeuntersuchung U7 durchgeführt; er ist also für Kinder im Alter zwischen 21 und 24 Monaten geeignet.

Bei einem positiven Ergebnis des SBE-2-KT sind aufmerksames Abwarten (sog. „Watchful Waiting“), Elternberatung, Anleitung der Eltern zu sprachförderndem Verhalten, weitere Untersuchungen durch den Kinderarzt oder andere Fachärzte, weitere Diagnostikverfahren (z.B. SETK-2), eine logopädische Diagnostik oder auch logopädische Therapie angezeigt. Eine Therapie ist für diejenigen Late-Talker-Kinder geeignet, die besonders gefährdet erscheinen, eine Sprachentwicklungsstörung zu entwickeln.

Eine frühe Intervention durch logopädische Therapie kann eine spezifische Sprachentwicklungsstörung (sSES) nicht verhindern, aber den Schweregrad erheblich mindern.

Mögliche Folge eines späten Sprechbeginns:

Die Sprachentwicklungsstörung

Eine Sprachentwicklungsstörung stellt eine erhebliche Störung dar und hat, selbst wenn es sich um eine sog. „spezifische Sprachentwicklungsstörung“ (sSES) handelt, die zunächst nur den Bereich der Sprache betrifft, Folgen für die gesamte

Entwicklung eines Kindes. Deshalb soll sie im Folgenden etwas genauer beschrieben werden.

Sprachentwicklungsstörungen zeichnen sich durch Defizite in den Bereichen **Sprachverständnis, Lexikon, Aussprache** und **Grammatik** aus. Bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (sSES) handelt es sich um eine Teilleistungsschwäche, das heißt, dass weder geistige Behinderungen, noch allgemeine Intelligenzdefizite vorliegen.

Von den sog. *Late-talker-Kindern* entwickeln 33% bis zum 3. Geburtstag eine Sprachentwicklungsstörung, 33% zeigen Sprachauffälligkeiten, und beim restlichen Drittel mündet die Sprachentwicklung bis zum dritten Geburtstag in die „normale“ Sprachentwicklung ein (sog. „Aufholer“ bzw. „Late-Bloomer“).

Etwa 3-5% aller Kinder sind von einer Sprachentwicklungsstörung betroffen.

Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung sind häufig sehr schlecht zu verstehen. Die Kommunikation gestaltet sich oft ausgesprochen mühsam. Sätze von Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung könnten sein: „Der Tint hat Briep einteckt,“ „Dasa ich tannte dap.“

Ursachen einer SES

Unterschieden wird eine primäre SES von einer sekundären SES. Bei der sekundären Sprachentwicklungsstörung tritt die Störung infolge anderer Erkrankungen auf, zum Beispiel durch organische Erkrankungen (z.B. Hörstörungen und neurologische Erkrankungen), geistige Retardierung, psychische Krankheiten und psychiatrische Erkrankungen (z.B. Autismus), genetische

Syndrome (z.B. Down-Syndrom), Deprivation und sensorische Störungen.

Von einer primären Sprachentwicklungsstörung wird gesprochen, wenn der Störung keine andere erkennbare Erkrankung zu Grunde liegt und primär die Sprache gestört ist. Die Ursachen der primären SES sind zum großen Teil noch unbekannt.

Folgende Zusammenhänge gelten als gesichert:

- SES korrelieren sehr oft mit einer geringen Hörmerkspanne für Wörter und Zahlen.
- SES-Kinder haben häufig ein schlechtes Rhythmusgefühl und daher Probleme, die Prosodie als Mittel zur Strukturerkennung von Sprachreizen (z.B. zum Segmentieren von Wörtern aus dem Lautstrom und zum Analysieren der grammatischen Strukturen von Sätzen) zu nutzen.
- Die phonologische Gedächtnisfähigkeit ist signifikant verringert.
- Jungen sind anfälliger für Sprachentwicklungsstörungen als Mädchen. Erklärt werden kann dies mit der verzögerten biologischen Reife von Jungen.
- Die Sprachentwicklung der ersten 20 Monate verläuft zu einem großen Teil rechtshemisphärisch (Orientierung zur Mutter und zur mütterlichen Stimme, Anschauen des mütterlichen Gesichts, Reaktionen auf mütterliche Handlungen, Wahrnehmen der Prosodie). Diese Entwicklung scheint bei SES-Kindern verzögert zu sein, so dass die sensiblen Zeitfenster für die weitere Sprachentwicklung, die im Wesentlichen linkshemisphärisch ist, bereits geschlossen sind.
- Die Sprachanregung im sozialen Umfeld von SES-Kindern ist häufig reduziert; die Qualität der Kommunikation zwischen

Eltern und ihren betroffenen Kindern ist oft geringer als bei Kindern ohne SES. Allerdings ist zu vermuten, dass die geringere dialogische Qualität der Eltern von SES-Kindern, die Sprachentwicklungsverzögerung weniger verursacht, als dass sie vielmehr als Anpassungsreaktion der Eltern auf die reduzierte Sprachqualität ihrer Kinder zu verstehen ist.

- Da die Sprachentwicklung auf nichtsprachlichen Fähigkeiten aufbaut (Motorik, Kognition, psycho-soziale und kommunikative Fähigkeiten), sind Sprachentwicklungsstörungen i.d.R. mit Auffälligkeiten in anderen Bereichen verknüpft.
- SES-Kindern fehlt häufig ein Symbolverständnis. Beim Spielen sind sie oft noch völlig in das Funktionsspiel (Öffnen und Schließen von Gefäßen, mechanisches Bewegen von Spielzeug-Autos, stereotype Verhaltensweisen) vertieft und zeigen kein Symbolspiel. Auch die symbolische und kommunikative Funktion von Sprache haben die Kinder daher noch nicht erkannt.
- Die Sprachentwicklung ist von der kognitiven Entwicklung abhängig. Sprachentwicklungsstörungen können ursächlich kognitive Störungen zugrunde liegen, müssen dies aber nicht.
- Große psycho-soziale Defizite können Ursache einer SES sein. Zum Beispiel kann eine lange Trennung des Kindes von der Mutter zur Folge haben, „dass das Kind nicht die Ruhe und Sicherheit findet, sich mit dem Gegenstand auseinanderzusetzen und sich dadurch weder die symbolischen noch die kommunikativen Voraussetzungen für den sprachlichen Austausch erarbeiten kann.“ Auch längere Krankenhausaufenthalte können Entwicklungsbremsen darstellen.
- Häufige Mittelohrentzündungen können zu einer verzögerten oder gestörten Sprachentwicklung führen. Wird mit spätestens

24 Monaten nicht die Schwelle von 50 produktiven Wörtern erreicht, kommt es nicht zur regelgerechten Wortschatzexplosion.

Mögliche Folgen einer SES können sein:

- Lese-Rechtschreibschwäche,
- psychisch-emotionale Probleme,
- schulische Lernprobleme,
- soziale Auffälligkeiten und
- kognitive Probleme,
- ADHS-ähnliche Symptome
- Dyskalkulie