



Beurteilung lexikalisch-semantischer Fähigkeiten durch die PDSS bei Kindern mit unterschiedlichen Störungsbildern

Klaus Sarimski

1 Diagnostik lexikalisch-semantischer Fähigkeiten

Semantisch-lexikalische Störungen zeigen sich in einem verspäteten Sprechbeginn, einem langsamen Wortschatzwachstum sowie einem eingeschränkten rezeptiven und/oder produktiven Wortschatz. Eine umfassende semantisch-lexikalische Diagnostik erfordert u.a. eine quantitative Wortschatzprüfung und einen Vergleich mit Altersnormen, eine Differenzierung der Wortschatzleistungen nach Wortarten sowie einen Vergleich zwischen aktivem und passivem Wortschatz. Als diagnostische Verfahren für Kinder auf der Entwicklungsstufe des Kindergartenalters stehen dazu der „Aktive Wortschatztest“ (AWST-R), der „Teddy-Test“, der „Marburger Sprachverständnistest für Kinder (MSVK) sowie die Sprachentwicklungstests für zweijährige Kinder, bzw. drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 2; SETK 3-5) zur Verfügung (Kannengießer, 2009).

Das Spektrum der diagnostischen Verfahren wurde zuletzt durch die „Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen“ (PDSS) ergänzt, die von Kauschke & Siegmüller (2010) zunächst für die quantitative und qualitative Beurteilung von Sprachentwicklungsprofilen bei einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung (SES) entwickelt wurde. Die Normierung dieses Verfahrens erfolgte auf der Basis der Untersuchung von bis zu 950 Kindern im Alter zwischen 2;0 und 6;11 Jahren.

Die „Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen“ (PDSS) enthält insgesamt 23 Subtests zur Beurteilung phonologischer, lexikalisch-semantischer und morphologisch-syntaktischer Fähigkeiten. Je nach Alter der untersuchten Kinder werden unterschiedliche Kombinationen dieser Subtests eingesetzt. Zur Beurteilung der lexikalisch-semantischen Fähigkeiten werden die Fähigkeiten zur Benennung von Bildern mit Nomen, Verben und Adjektiven sowie Präpositionen geprüft, ebenso

das Verständnis für die genannten Wortarten, indem das Kind das entsprechende Wort unter einer Auswahl von Bildern zeigen und dabei das Zielitem jeweils von semantischen Ablenkern abgrenzen muss.

Die Kennwerte für Reliabilität und Validität des Verfahrens (Übereinstimmung mit den Ergebnissen des SETK-2, des TROG-D und des AWST-R) können als zufriedenstellend gelten. Sie beruhen auf Berechnungen von Korrelationen sowie Sensitivitäts- und Spezifitätswerten im Vergleich zu den genannten Testverfahren, die in Teilgruppen der Normierungsstichprobe vorgenommen wurden. Erfahrungen zur Tauglichkeit des Verfahrens beim Einsatz in anderen klinischen Gruppen als der Zielgruppe der Kinder mit einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung liegen noch kaum vor. Daher werden an dieser Stelle erste Praxiserfahrungen zum Einsatz bei Kindern mit Down-Syndrom und bei Kindern mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (LKGS) berichtet, bei denen ebenfalls eine frühzeitige sprachtherapeutische Intervention angezeigt ist.

2 Sprachentwicklungsprofile bei Kindern mit Down-Syndrom und LKGS

Zum charakteristischen Entwicklungsprofil von Kindern mit Down-Syndrom gehört ein gegenüber gleichaltrigen Kindern wesentlich verzögerter Wortschatzaufbau. Erste Wörter werden im Durchschnitt mit 21 Monaten gesprochen (Stoel-Gammon, 2001). Nach den Ergebnissen einer schwedischen Studie, in der 330 Kinder mit Down-Syndrom untersucht wurden, verfügen 80 % der Kinder im Alter von drei Jahren über zehn Worte, nur etwas mehr als 20 % haben zu diesem Zeitpunkt einen Wortschatz von mehr als 50 Wörtern entwickelt. Im Alter von vier Jahren ist dieser Wortschatzumfang von etwas mehr als 50 % der Kinder,

im Alter von fünf Jahren dann von mehr als 70 % der Kinder mit Down-Syndrom erreicht (Berglund et al., 2001). Der Entwicklungsverlauf der sprachlichen Fähigkeiten ist in vielen Fällen stärker verzögert als der Entwicklungsverlauf der kognitiven und sozial-adaptiven Fähigkeiten (Fidler et al., 2006).

Kinder mit einer LKGS-Fehlbildung können komplexen Folgebeeinträchtigungen unterliegen, die auf eine Unfähigkeit des Velums (Gaumensegels) zurückzuführen sind, einen adäquaten velo-pharyngealen Abschluss zu bilden. Es kommt deshalb häufig zu einer Hypernasalität, sekundären Artikulationsstörungen und phonologischen Auffälligkeiten (Neumann, 2007). Der Schwerpunkt der diagnostischen Analyse liegt daher meist auf der Beurteilung der Artikulation, der phonologischen Prozessanalyse und der Einschätzung der Resonanzstörung.

Die Forschungsergebnisse zu möglichen Auffälligkeiten in anderen Sprachbereichen bei diesem Störungsbild sind uneinheitlich. Priester & Goorhuis-Brouwer (2008) fanden im frühen Kindesalter keine Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Gaumenspalte in rezeptiven und expressiven Sprachtests, obwohl bei mehr als der Hälfte der Kinder eine Schalleitungsschwerhörigkeit vorlag. Wenn sich bei Kindern mit einer LKGS-Fehlbildung über die Artikulation hinaus weitere Sprachentwicklungsverzögerungen zeigen, lösen sie sich zumindest bis zum Ende der Vorschulzeit offenbar weitgehend auf. So untersuchten Ruiter et al. (2009) 63 Kinder in den Niederlanden im Kleinkind- und frühen Schulalter. Die Zahl der Kinder mit Sprachverständnisproblemen sank in diesem Zeitraum von 23 % auf 2 %, die Zahl der Kinder mit Sprachproduktionsproblemen von 21 % auf 6 %, während Artikulationsprobleme und eine Hypernasalität im Schulalter noch bei 25 %, bzw. 10 % der Kinder festzustellen war. Hardin-Jones & Chapman (2011) weisen allerdings darauf hin, dass allgemeine Sprachentwick-