

# Das Störungsbewusstsein in der logopädischen Praxis: Was Kinder über ihre sprachlichen Probleme wissen

The awareness of deficits in speech therapy: What children do know about their language difficulties

## Schlüsselwörter:

Ich-Standard  
Fremd-Standard  
Bindung  
Störungsbewusstsein  
Late Bloomers  
Late Talkers  
Stottern  
spezifische Spracherwerbsstörung  
ADHS

## Key words:

self-standard  
object-standard  
attachment  
awareness of deficits  
late bloomers  
late talkers  
stuttering  
specific language disorders  
ADHS

BARBARA ZOLLINGER

## Z u s a m m e n f a s s u n g

Im ersten Teil werden die entwicklungspsychologischen Prozesse beschrieben, welche das Kind im Alter von etwa zwei Jahren zu einem ersten Wissen über Normalität und deren Abweichungen führen. Auf diesem Hintergrund wird der Begriff des *Störungsbewusstseins* kritisch reflektiert und seine Bedeutung für die Entwicklung von Spracherwerbsstörungen diskutiert. Im letzten Teil wird aufgezeigt, was diese Erkenntnisse für die Abklärung und Therapie sprachlerwerbsauffälliger Kinder bedeuten. Dabei werden anhand von Beispielen Möglichkeiten aufgezeigt, wie TherapeutInnen und Eltern mit Kindern über Schwierigkeiten, Störungen und Behinderungen sprechen können.

**Summary:** The first section describes the developmental processes leading the child at about an age of two to becoming aware of normality and possible deviations.

Against this background the term *awareness of deficits* is critically analyzed and its meaning in relation to the development of language acquisition disorders is discussed. The last section describes what these findings may mean for the evaluation and therapy of language disordered children. Examples are given of how therapists and parents can speak with the child about difficulties, troubles or handicaps.

## Einleitung

Für viele LogopädInnen ist der Begriff *Störungsbewusstsein* während der Ausbildung wie auch später in der Praxis mit Respekt, oft sogar mit einer gewissen Angst verknüpft. Denn der Begriff impliziert erstens, dass ein Kind unter seiner Störung leidet, und zweitens, dass TherapeutInnen so an der Störung arbeiten sollten, dass es seine Probleme nicht realisiert.

Für die Eltern präsentiert sich die Thematik etwas anders: Viele melden ihr Kind an, weil es sehr unter den sprachlichen Schwierigkeiten leide, und denken, dass eine Therapie deshalb in jedem Falle angezeigt sei. Andere äußern den Zusatz, dass sich das Kind nicht wirklich an seinen Auffälligkeiten störe, weshalb eine Therapie vielleicht gar nicht indiziert sei.

Wie aber erleben die Kinder selbst ihre Schwierigkeiten? Entsprechen ihre Gedanken und Gefühle auch wirklich den Einschätzungen der Eltern und Fachpersonen?

Folgendes Beispiel zeigt die Komple-

xität dieser Fragen: Sanne wird im Alter von knapp vier Jahren von der Mutter angemeldet, weil ihre sprachlichen Äußerungen von Außenstehenden kaum verstanden werden. Die Mutter spricht mit Sanne hochdeutsch, der Vater und andere Bezugspersonen sprechen mit ihr schweizerdeutsch. Auf Anraten der Mutter führe ich die Abklärung in hochdeutscher Sprache durch. Sanne ist allgemein zurückhaltend und spricht vorerst kein Wort, beteiligt sich aber am Kochspiel. Nach etwa 20 Minuten sagt sie unvermittelt „die Kerze ist aus“. Aber erst nach weiteren 20 Minuten beginnt sie dann wirklich mit mir zu sprechen, wobei sich zeigt, dass ihre sprachlichen Äußerungen stark dysgrammatisch und dyslalisch sind. Zu Beginn des anschließenden Gesprächs sagt die Mutter, dass sie nun lieber schweizerdeutsch sprechen würde und begründet dies damit, dass Sanne dann nicht verstehe, was wir sagen. Ich entgegne, dass das Mädchen doch wisse, dass es Sprachprobleme habe, worauf die Mutter dies sehr bestimmt verneint. Ich versuche zu erklären, dass man davon ausgehen müsse, dass Sanne sehr wohl realisiere, dass sie von anderen nicht verstanden werde und dass die Erwachsenen oft über sie sprechen. Ich weise darauf hin, dass Sanne während der Abklärung fast 40 Minuten nicht gesprochen habe und erkläre, dass es für ein Kind gar nicht so einfach sei, sich in einem gemeinsamen Spiel zu engagieren und dabei das Sprechen zu unterdrücken. Dies weise deutlich darauf hin, dass es sich seiner Schwierigkeiten sehr wohl bewusst sei, sich vielleicht sogar schäme.

Auch beim Störungsbild des Stotterns haben Eltern oft das Gefühl, ihr Kind wisse nichts über seine Probleme, weshalb sie in seiner Anwesenheit nicht darüber sprechen wollen. Wenn man sich jedoch in die Situation des Kindes hineinversetzt, ist dies eine eher seltsame Annahme. Man stelle sich vor, dass ein Kind, welches die Sprache als Repräsentations- und Kommunikationsmittel entdeckt und aufgebaut hat, eines Tages Silben- oder Wortrepetitio-

nen zeigt. Für dieses Kind ist es vollkommen klar, dass es sich des unflüssigen Sprechens bewusst ist: Es weiß, dass „die Wörter nicht richtig herauskommen“. Wie sonst hätte es die Sprache aufbauen können? Es weiß nur nicht, woher die Unflüssigkeiten kommen, und wie man dazu sagt, was es jetzt hat. Sassenroth-Aebischer beschreibt, wie manche Kinder für ihr Stottern eigene Bilder finden: „Ihre Wörter „schlottern halt manchmal“, sagt Flurina (vierjährig). Bei zeitweise starken Blockaden „klemme ihr der Hals, die Wörter blieben im Hals stecken“. (...) Ein Junge sagte, dass „die Wörter manchmal kleben bleiben“ (2000, S. 72). Für die meisten Kinder ist es schwer verständlich, dass auf ihre Sprechunflüssigkeiten keine Reaktion folgt. Wenn sie nämlich beispielsweise husten, dann gibt dem sofort jemand Bedeutung, fragt danach und sorgt sich. Wenn jedoch die Wörter nicht herauskommen, sagt niemand etwas, obwohl das doch mindestens so unangenehm ist wie husten. Für einige Kinder bedeutet dies, dass sie sich keine weiteren Sorgen machen müssen – für andere aber ist das „Tabuisieren“ ein Zeichen dafür, dass es sich um etwas ganz Schlimmes handelt.

Die zentrale Frage ist also nicht die, ob sich das Kind seiner Störung *bewusst* ist, sondern diejenige, ob es unter dieser Störung leidet. Es ist nämlich durchaus möglich, dass das Kind ein Störungsbewusstsein hat, aber nicht unter seinen Problemen leidet; oder aber, dass es seine Schwierigkeiten kennt und darunter leidet, dies aber nicht zeigt.

In Bezug auf die kindlichen Sprach- und Sprechstörungen bedeutet dies, dass die meisten Kinder sehr wohl ein Bewusstsein von ihrer schwer verständlichen oder unflüssigen Sprechweise haben. Viele leiden auch darunter, dass sie sich nicht richtig ausdrücken können. Einzelne jedoch stören sich effektiv kaum am unflüssi-

gen oder unverständlichen Sprechen und einige tun, als ob es ihnen egal sei, was aber selten wirklich stimmt.

Aus diesen einleitenden Überlegungen wird deutlich, dass die Einschätzungen der Eltern und Fachpersonen nicht immer mit dem übereinstimmen, was das Kind effektiv über seine Störung weiß und wie es diese erlebt.

Für die therapeutische Arbeit ist es jedoch wichtig zu wissen, was das Kind über seine Störung weiß, denn letztlich ist dieses Wissen auch Grundlage für den Wunsch nach Veränderung.

## Entwicklungspsychologische Grundlagen des Störungsbewusstseins

Um sich der Gefühlswelt eines kleinen Kindes anzunähern, stellt sich die Frage, wie Kinder überhaupt ein Wissen davon erwerben, was normal, gesund, regelhaft beziehungsweise gestört, krank oder falsch ist. Aus entwicklungspsychologischer Sicht impliziert die Frage nach dem „Abweichen von etwas“, dass das Kind Vergleiche machen kann; dies wiederum bedeutet, dass es fähig ist, eine andere mögliche Realität zu denken. Es kann also erst dann feststellen, dass diese Tasse schmutzig ist, wenn es sie auch als saubere denken kann; oder es kann dieses Auto erst dann als „kaputt“ erfassen, wenn es sich dies in seiner Intaktheit vorstellen kann. Die Idee einer Normalität ist damit direkt verknüpft mit der Fähigkeit, Vorstellungen aufzubauen. Diese zeigt sich gegen Ende des zweiten Lebensjahres mit der Möglichkeit, in Spiel, Gestik oder Sprache auf nicht vorhandenes Bezug zu nehmen (vgl. Piaget, 1975).

Bezogen auf die Norm-Frage hat Kagan (1982) das Konzept der Standards entwickelt:

- Beim Fremdstandard geht es darum, dass Kinder ab dem Alter von zwei Jahren klare Vorstellungen davon ent-

„Die Wörter bleiben manchmal kleben“

wickelt haben, wie die Dinge sein sollen, und entsprechend deutlich auf Abweichungen reagieren; bspw. indem sie genervt auf den fehlenden Knopf ihrer Jacke oder einen Fleck auf der Hose hinweisen; oder indem sie zum Entsetzen der Erwachsenen im Bus direkt auf einen dicken Mann oder eine behinderte Frau zeigen.

- Beim Ich-Standard geht es darum, dass ein Kind ab dem Alter von zwei Jahren ein Bild von sich entwickelt hat und sich von nun an freudig oder auch kritisch im Spiegel betrachtet und sofort auf kleinste Veränderungen reagiert, beispielsweise auf einen roten Punkt auf der Stirn (vgl. Zazzo, 1983) oder auf einen Schnitt im Finger. Der Ich-Standard betrifft aber nicht nur das „Aussehen“, sondern bezieht sich auch auf die Tätigkeiten, das heißt auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. So zeigt das Kind bereits mit zwei Jahren erste Anzeichen von Leistungsverhalten, wenn es zu einer Aufgabe aufgefordert wird. Dabei bezieht es sich sowohl auf einen äußeren Standard („ich muss es so gut als möglich machen“) wie auf einen inneren („ich bin zu dieser Aufgabe fähig“, bzw. „ich kann das nicht“). Entsprechend kann man beobachten, dass Kinder bereits in diesem Alter beleidigt oder auch wütend sind, wenn sie eine Handlung nicht wunschgemäß ausführen können. Andererseits zeigen sie aber

auch offensichtliche Freude, wenn ihnen etwas gelingt; Kagan (1982) nennt die entsprechende Reaktion Lächeln nach gelungener Handlung („smile of mastery“).

Bezogen auf die Sprachentwicklung erklärt das Konzept der Standards, warum Ende des zweiten Lebensjahrs die Adjektive eine zentrale Bedeutung bekommen, wobei diejenigen speziell interessant sind, welche Standard-Abweichungen bezeichnen, also beispielsweise „kaputt“, „schmutzig“, oder aber besondere Fähigkeiten und Schwierigkeiten wie etwa „groß“, „stark“, „dumm“, „doof“.

## Normvorstellungen und die Dynamik früher Spracherwerbsstörungen

### Late Bloomers und frühkindliches Stottern

Der Ich-Standard spielt für die Dynamik vieler Spracherwerbsstörungen eine wichtige Rolle. Einige Kinder zeigen die Tendenz, an sich selbst große Anforderungen zu stellen, das heißt sie setzen sich hohe Ziele und wollen jede Handlung möglichst perfekt ausführen. Auf auftauchende Schwierigkeiten reagieren sie dann beschämt, entsetzt oder wütend und verweigern in der Folge die Fortführung der Tätigkeit, ohne sich mit dem Problem wirklich auseinanderzusetzen. Manche dieser Kinder setzen auch beim Sprechen dieselben hohen Standards und reagieren mit Verweigerung und Blockierung, wenn sie beim Aussprechen komplexerer Wörter oder Sätze auf Schwierigkeiten stoßen. Bei einigen kann diese Dynamik effektiv zu einem verzögerten Sprechbeginn führen. Sie zeichnen sich fast immer durch ein gutes Sprachverständnis und gute bis überdurchschnittliche Fähigkeiten im Handlungsbereich aus, wobei das Spiel meist davon bestimmt ist, die Dinge zu sortieren und zu ordnen, zu reinigen und Ordnung zu machen. Die Strategie dieser Kinder scheint die, mit dem

Sprechen zu warten, bis es perfekt gelingt. Manchmal funktioniert dies tatsächlich, und die Eltern beschreiben dann, es habe lange nicht und dann gleich in ganzen Sätzen gesprochen. Diese Kinder sind meist in der Gruppe der „Late Bloomers“ (vgl. Grimm, 2006) zu finden.

Manchmal entsteht aber auch eine Situation, in der zum Druck des Kindes derjenige der Bezugspersonen hinzukommt, wodurch sich die weitere Entwicklung blockiert. Diese Kinder sind dann neben anderen in der Gruppe der „Late Talkers“ zu finden.

Bei einigen Kindern ist es so, dass sie ohne größere Probleme zu sprechen beginnen, dann aber bei der sprachlichen Realisierung komplexerer Vorstellungen auf Schwierigkeiten treffen, was sie tief verunsichert. Es kommt zu einer Anspannung, verknüpft mit unregelmäßigem Atmen, Stocken, ersten Silbenrepetitionen. Bei stotternden Kindern ist diese Dynamik oft zu beobachten, wobei sie sich in der Abklärung am deutlichsten durch einen Perfektionismus im Spiel zeigt: Zum Beispiel weist ein Kind bei den Spielsachen auf jeden Makel hin und betont zugleich, dass es selbst nur komplette, saubere, intakte Gegenstände besitzt. Oder es ist darauf bedacht, jede Handlung in perfekter Weise auszuführen, das heißt beim Umleeren kein Wasser zu vergießen, beim Malen keine Spuren auf den Händen oder auf dem Tisch zu hinterlassen und die Puzzleteile genau einzusetzen.

### Spezifische Spracherwerbsstörungen

#### Typische Verläufe

Nun sind es natürlich nicht viele Kinder, bei denen ein hoher Ich-Standard effektiv die Ursache der Sprachentwicklungsstörung oder der Sprechungsstörungen darstellt. Meist ist das Ursachengefüge sehr viel komplexer (Dannenbauer, 2004; Kollbrunner, 2004; Zollinger, 1987, 1995, 2004), wobei es nicht nur den Eltern, sondern oft auch den Fachpersonen schwer

## KURZBIOGRAFIE

**Barbara Zollinger** arbeitet zum einen Teil als Logopädin mit Klein- und Vorschulkindern in freier Praxis; zum anderen ist sie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte tätig. Sie ist Autorin und Herausgeberin mehrerer Fachbücher im Bereich früher Spracherwerbsstörungen.



PROFILE

fällt, die Problematik genau zu beschreiben, beziehungsweise die Störung zu benennen. Viele (Sprach-) Entwicklungsstörungen zeichnen sich gerade dadurch aus, dass sich die Symptome im Laufe der Zeit verändern – und damit oft auch die Diagnosen (Zollinger, 1995, S. 68). In den ersten Lebensmonaten sind es oft einfach „schwierige Säuglinge“ oder „Schrei-Babys“ (Papousek, 2003), dann bezogen auf die motorischen Meilensteine möglicherweise „Spätentwickler“. Die Probleme während der Loslösungsprozesse im zweiten Lebensjahr werden oft als Charaktereigenschaften wie „scheu“, „ängstlich“ beurteilt oder durch Bezeichnungen wie „Draufgänger“ umschrieben. Im dritten Lebensjahr steht dann der späte Sprechbeginn im Vordergrund, was vorerst durch den Begriff „Spätzünder“ beschrieben wird. Bezogen auf die Bewegungsart fallen in dieser Zeit erstmals Äußerungen wie ungeschickt, „clumsy child“ oder „Dreinschießer“. Im vierten Lebensjahr werden dann oft erste Diagnosen genannt wie „Dysphasie“, „Dyslalie“ oder auch „Dyspraxie“, „Wahrnehmungsstörung“, „AD(H)S“. Je nach Verlauf haben dieselben Kinder später dann eine „Dyslexie“ und/oder „Dyskalkulie“ und als Erwachsene schließlich einen „sekundären Analphabetismus“ oder „Illetrismus“.

### **Irritationen und Bindungsqualität**

Aus der Sicht des Kindes bedeutet dies, dass seine Handlungen schon früh nicht nur mit verzückten, sondern gehäuft mit besorgten, manchmal auch verärgerten oder zumindest verunsicherten Blicken begleitet werden. Gleichzeitig spielt es gerade bei leicht irritierbaren Babys eine große Rolle, ob sich die Mutter in ihre Situation einfühen kann und ob es ihr möglich ist, auf seine Bedürfnisse rasch, angemessen und verlässlich zu reagieren (Ainsworth, 2003; Brisch, 2006; Dornes, 2002). So zeigen verschiedene Untersuchungen einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der mütterli-

chen Feinfühligkeit und der Bindungssicherheit vor allem bei leicht irritierbaren Kindern (Schmidt-Denter & Spangler, 2005). Umgekehrt hat Stern (1995) in einer eindrücklichen Studie aufgezeigt, dass einige Kinder von depressiven Müttern versuchen, diese durch hyperaktives Verhalten „zum Leben zu erwecken“. Er nimmt an, dass sich solche frühen Interaktionsmuster generalisieren und auf diese Weise ebenfalls zu leicht irritierbarem Verhalten führen können. Leuzinger-Bohleber (2006) kommt aufgrund neuester Forschungserkenntnisse zum Schluss, dass sicher gebundene Kinder im Grundschulalter weniger oft ein ADHS entwickeln.

Die Bindungsqualität spielt für die weitere sozial-kommunikative und auch kognitive Entwicklung eine zentrale Rolle (vgl. auch Dieter, Walter & Brisch, 2005). So ist es im Rahmen der Individuationsprozesse für unsicher-vermeidend wie für unsicher-ambivalent gebundene Kinder viel schwieriger, eine verlässliche Vorstellung von sich selbst aufzubauen. Da aufgrund der permanenten Verunsicherung auch das Explorationsverhalten eingeschränkt ist, fällt ihnen zudem der Schritt vom Funktions- zum Symbolspiel schwerer, wodurch sie keine verlässlichen Vorstellungen bezüglich der Gegenstandswelt erwerben können. Direkt davon betroffen sind die Entwicklung eines gesicherten Ich- und Fremdstandards und damit die Möglichkeit, sich aktiv und selbstbestimmt mit den eigenen Fähigkeiten und Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

### **Late Talkers**

Die Bindungsqualität betrifft aber auch die sprachliche Entwicklung: Einem Kind, welches mit vielen verunsicherten Blicken konfrontiert war, fehlt die

Selbstverständlichkeit, nach jeder Handlung (triumphierend oder fragend) zu schauen, was der Andere dazu sagt. Es kommt zu einer Verzögerung beziehungsweise Blockierung des triangulären Blickkontakts und damit auch des Sprachverständnisses. Damit fehlen ihm zu Beginn des dritten Lebensjahrs die wichtigsten Grundlagen zur Entdeckung der Sprache: Aufgrund der unsicheren Vorstellungsfähigkeit „denkt“ es noch nicht an Vergangenes oder Abwesendes und braucht damit noch kein Symbolsystem, um sich darauf zu beziehen. Aufgrund der unsicheren Vorstellung von sich selbst als eigenständiger Person hat es noch keinen Anlass, dem Anderen etwas zu erzählen, was der (noch) nicht weiß. Und aufgrund des verzögerten Sprachverständnisses hat es noch nicht entdeckt, dass sich die Wörter in verlässlicher Weise auf etwas beziehen. Auf diesem Hintergrund kommt es zu einem verzögerten Sprechbeginn (Zollinger, 1987, 1995). In den Augen der Bezugspersonen gibt es damit im dritten Lebensjahr plötzlich einen großen Unterschied zu den Gleichaltrigen und damit auch erstmals etwas Fassbares, „diagnostizierbares“: Er/sie spricht nicht. Das Kind selbst realisiert in dieser Situation zwar, dass es Wörter sagen sollte, aber da es die Sprache bislang primär als musikalische Begleitung erfahren hat, hat es keine Ahnung, wozu sie gut sein könnten. Es weiß also, dass es ein Problem gibt, aber es weiß nicht, warum. In der Folge kommt es oft zu ersten Abklärungen, und es gibt immer häufiger Situationen, in denen die Bezugspersonen nicht mehr direkt mit dem Kind, sondern über es sprechen. Das Kind erlebt, dass „etwas mit ihm nicht stimmt“; dies hat aber offensichtlich keinen Namen (wie bspw. Husten oder

*Da aufgrund der permanenten Verunsicherung auch das Explorationsverhalten eingeschränkt ist, fällt ihnen zudem der Schritt vom Funktions- zum Symbolspiel schwerer, wodurch sie keine verlässlichen Vorstellungen bezüglich der Gegenstandswelt erwerben können.*

Grippe), scheint aber dennoch beunruhigend, gefährlich zu sein. Diese Realität führt in erster Linie zu einer zusätzlichen Verunsicherung, welche einige Kinder durch Herumkaspern oder übermäßige Anpassung zu überdecken versuchen; andere hingegen zeigen sie sehr deutlich durch sozialen Rückzug, Frustrationen, Angst- oder Wutausbrüche. Dieses Verhalten wird durch die Bezugs- und manchmal auch durch Fachpersonen oft fälschlicherweise als Reaktion auf das Nicht-sprechen-Können interpretiert.

### Spracherwerbsstörungen und Störungsbewusstsein

Im vierten Lebensjahr beginnen dann fast alle diese Kinder zu sprechen, obwohl sie nach wie vor keine verlässlichen Grundlagen im Sprachverständnis wie auch in der Individuations- und Vorstellungsentwicklung haben. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass dieses verspätete Sprechen meist dyslalisch und dysgrammatisch ist und deshalb bald als (spezifische) Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert wird (vgl. Bürki, Mathieu, Sassenroth & Zollinger, 2007).

Meist ist es so, dass das Kind auch zu diesem Zeitpunkt nicht weiß, „was es hat“. Es weiß nach wie vor nicht, dass Wörter eine verlässliche Bedeutung haben und kann damit auch keine (Norm-) Vorstellung von Sprache aufbauen. Es weiß nur, dass etwas nicht stimmt, dass sich andere Sorgen machen, dass es in die Therapie gehen muss – aber warum?

Für viele Kinder ist genau diese Unsicherheit das größere Problem als die Störung selbst: Sie leiden unter dem Gefühl, in den Augen der anderen „schwierig“ zu sein, den Ansprüchen nicht zu genügen, vieles falsch zu machen.

Die meisten sind deshalb ständig damit beschäftigt, ihre Schwierigkeiten irgendwie zu kompensieren: Sie überdecken Situationen des Nichtverstehens durch „Ja-Sagen“, Raten oder Rückfragen (vgl. Mathieu, 2007); im Spiel weichen sie den konkreten Auf-

forderungen aus, indem sie tun, als ob sie keine Lust hätten (vgl. Bürki, 2007), und in der Kommunikation geben sie soziales Desinteresse vor oder aber schwatzen drauflos, ohne wirklich etwas mitzuteilen.

### Implikationen für die Praxis

#### Abklärung

Auf diesem Hintergrund wird deutlich, dass es in jedem Fall zentraler Bestandteil der Therapie sein muss, mit dem Kind über seine Schwierigkeiten zu sprechen, diesen einen Namen zu geben. Denn erst wenn etwas eine Bedeutung hat, kann man es fassen und sich damit auseinandersetzen (vgl. auch Dolto, 1995).

Meist beginnt dies bereits bei der Abklärung: Das Kind wendet sich aktiv von mir ab, klammert sich an die Mutter und verschließt fest seinen Mund. Ich sage: „Ich sehe, dass du in gar keinem Fall mit mir spielen und auch nicht mit mir sprechen willst. Das kann ich gut verstehen. Deine Mama hat mir schon gesagt, dass du nicht gut sprechen kannst, und dass die anderen dich manchmal nicht verstehen. Das ist ärgerlich. Jetzt willst du mir das natürlich nicht noch extra zeigen.“ Ein Kind mit Sprechunflüssigkeiten spielt mit der Brio-Bahn und weist immer wieder darauf hin, wie sich diese ruckartig bewegt. Nach einiger Zeit sage ich: „Gell, diese Bahn kommt gar nicht so richtig vorwärts, die stottert richtig den Berg hoch – das ist ein bisschen wie bei deinen Wörtern, die kommen auch nur so stotternd raus“. Wenn ein Kind einen unverständlichen Satz äußert, kann ich sagen: „Jetzt habe ich dich grad nicht verstanden; das ist sehr blöd für dich, aber für mich auch. Weißt du, es ist mir schon wichtig, dass ich dich verstehe und auch, dass du dich hier

wohl fühlst.“ Oft passieren bereits in der Abklärung kleine Missgeschicke, wie zum Beispiel, dass ein Kind Wasser danebengießt. Einige ziehen sich dann erschreckt zurück und wechseln vielleicht sogar die Tätigkeit. Ich kommentiere: „Jetzt wolltest du das so gut machen, und nun leert da ein Teil daneben; das ärgert dich sehr, gell. Ist aber nicht so schlimm, man kann das gut aufwischen. Weißt du, manchmal sind hier Kinder, die leeren gleich einen ganzen Topf aus. Das gibt dann eine Schweinerei! Aber auch das kann man wieder aufwischen. Soll ich’s dir mal zeigen?“

Am Ende der Abklärung sage ich dann zum Kind: „Wir beide haben jetzt fertig zusammen gespielt. Ich werde nun noch mit deiner Mama und deinem Papa sprechen. Ich will ihnen sagen, was du schon ganz gut kannst; wir sprechen aber auch darüber, dass du viele Wörter nicht richtig sagen kannst, sodass es manchmal schwierig ist, dich zu verstehen. Du kannst uns zuhören und gleichzeitig weiterspielen, oder dich bei der Mama ausruhen – das war ja auch sehr anstrengend eben!“ Auf diese Weise sage ich nicht nur dem Kind, dass seine sprachlichen Probleme kein Geheimnis sind. Indirekt weise ich auch die Eltern darauf hin, dass ich davon ausgehe, dass es seine Schwierigkeiten realisiert und dass dies gut so ist.

#### Therapie

In der Therapie selbst ist es dann nicht nur wichtig, Fähigkeiten, Leistungen sowie auftauchende Schwierigkeiten zu benennen, sondern vor allem auch den damit verbundenen Gefühlen einen Namen zu geben. Wenn es das Kind beispielsweise schafft, erstmals ohne die Mutter in die Stunde zu kommen, kann ich dies nicht nur beschreiben,

*„Ich werde nun noch mit deiner Mama und deinem Papa sprechen. Ich will ihnen sagen, was du schon ganz gut kannst; wir sprechen aber auch darüber, dass du viele Wörter nicht richtig sagen kannst, sodass es manchmal schwierig ist, dich zu verstehen...“*

sondern auch sagen, wie sich das anfühlt: „Jetzt bist du ja schon richtig groß und kannst ganz alleine zu mir kommen. Da bin ich echt stolz auf dich!“. Dem Kind, welches eine Kiste voll Autos ins Zimmer schleppt, sage ich voller Bewunderung, wie stark es ist. Hält das Kind ein Streichholz an die Schachtel, kommentiere ich vielleicht: „Du willst ganz alleine die Kerze anzünden? Das ist aber mutig! Aber ich habe Angst, dass du dich verbrennst. Weißt du, ich bin ein richtiger Angsthase...“. Wenn das Kind selbst beim Anzünden erschreckt zurückweicht, erkläre ich: „Oh, jetzt hast du dich grad erschreckt! Hast du Angst vor dem Feuer? Ist ja auch gefährlich, gell! Und tut sehr weh, wenn man sich verbrennt. Ich habe mich auch mal verbrannt – schau mal, das sieht man immer noch. Da hatte ich sogar Tränen in den Augen. Du musst auch manchmal weinen, wenn du dir wehgetan hast, gell!?“.

Gerade bei Kindern, welche spontan keine Reaktion auf Schmerzen zeigen, ist es besonders wichtig, diese zu benennen und damit dem „Nicht-Normalen“ eine Bedeutung zu geben. Fällt ein Kind beispielsweise oft um, sollte es jedes Mal auf den „Unfall“ und mögliche Schmerzen hingewiesen werden, auch wenn es selbst gar nicht reagiert: „Ach so dumm, jetzt bist du schon wieder hingefallen! Das ist ja auch so blöd, dass das mit dem Gleichgewicht so schwierig ist. Zeig mal – ich blase ein bisschen – heile, heile, Segen ...“.

Wenn ich das Kind nicht verstehe, spreche ich dies direkt an und sage: „Jetzt habe ich dich nicht verstanden. Das ist sehr unangenehm, gell. Du wolltest mir doch etwas sagen und nun hast du gerade keine Lust mehr. Aber weißt du, deshalb kommst du ja auch zu mir in die Therapie, damit dies nicht mehr so häufig passiert.“ Im Verlauf spreche ich dann auch über die Veränderungen: „Ist ja schon toll, dass ich jetzt fast alles verstehe, was du mir erzählst! Weißt du noch, am Anfang verstand ich fast nichts. Huch, das war

manchmal echt schwierig für uns beide. Da warst du jeweils richtig wütend!“ Oder ich erinnere mich: „Ganz am Anfang wolltest du ja überhaupt nicht zu mir kommen. Ich glaube, du fandest mich ziemlich doof und wolltest nur bei der Mama bleiben. Und jetzt haben wir’s richtig gut zusammen. Ich freue mich jedenfalls immer auf dich – und du dich, glaube ich, auch.“ Gegen Ende der Therapie spreche ich dann auch über die bevorstehende Trennung: „Jetzt bist du schon so groß und klug und kannst so gut spielen und sprechen. Da musst du bald gar nicht mehr zu mir kommen. Das ist toll, aber es macht mich auch ein bisschen traurig.“

Sobald das Kind eine verlässliche Vorstellung von sich aufgebaut hat, wird es sich nicht mehr nur mit sich selbst, sondern auch mit den anderen Kindern beschäftigen. Es wird auf den Jungen hinweisen, der vor beziehungsweise nach ihm kommt und fragen, wer im Zimmer nebenan ist. Ich kann dann auch vergleichen und sagen: „Der Junge ist noch ganz klein und kann noch gar keine Wörter sagen. Aber du bist schon sehr groß und kennst eine Menge Wörter. Manchmal kannst du diese noch nicht so gut aussprechen, aber du weißt schon viel.“ Oder ich sage bei der Begrüßung im Wartezimmer: „Jetzt warst du gerade ein bisschen beleidigt, weil ich noch diesen Jungen verabschiedet habe und dich nicht sofort begrüßen konnte. Und dann hat dieser Bub so rumgekaspert und so laut gelacht – und du bist noch so scheu –

das hat dich grad genervt, gell?!“. Manchmal kommt ein anderes Kind während der Therapiestunde ein bestimmtes Spielzeug suchen. Es steht mit seiner Therapeutin an der Tür, traut aber nicht zu sagen, was es braucht. Ich kommentiere später: „Das kleine Mädchen ist noch ganz schüchtern. Es wollte gar nichts sagen. Du bist ja inzwischen sehr mutig und sprichst auch mit fremden Personen, die du gar nicht kennst. Da bin ich echt stolz auf dich!“.

Mit den meisten Kindern entwickeln sich im Zusammenhang mit diesen Äußerungen bestimmte Rituale, das heißt, sie selbst kreieren Situationen, in denen sie sich wieder sagen lassen, was ihnen besonders gefällt oder was sie besonders beschäftigt. So sagte ein Mädchen, welches ursprünglich mit einer schweren Gedeihstörung in die Therapie kam, immer zu Beginn der Stunde: „Mi goss“, worauf ich antworten musste: „Ja, Milena ist jetzt schon sehr groß. Aber als sie am Anfang zu mir kam, war sie sooooo klein! Und dann wurde sie größer und noch größer und jetzt – wow! – jetzt ist sie soooo groß.“ Ein Junge fragte jeweils gegen Ende der Stunde: „Dolle tuuli?“, und ich musste bestätigen: „Ja, Frau Zollinger wird sehr traurig sein, wenn du nicht mehr zu mir kommst“, worauf er dann immer antwortete: „Abe etz nöd!“, was ich bestätigte: „nein, jetzt bin ich nicht traurig – jetzt bist du ja da!“.

Auch in den Gesprächen mit den Eltern besteht ein wichtiger Teil darin, ihnen

**Die „Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich“** wurde von den Logopädinnen Dominique Bürki, lic. phil., Susanne Mathieu, lic. phil., Sylvia Sassenroth-Aebischer, dipl. Logopädin und Dr. phil. Barbara Zollinger Ende 2006 gegründet.

Diese Fachfrauen setzen sich seit vielen Jahren in Forschung und therapeutischer Tätigkeit mit der Früherfassung von spracherwerbsauffälligen Kindern auseinander. Zusammen mit Kolleginnen führen sie logopädische Praxen in den Städten Bern, Luzern, Winterthur und Zürich, welche ganz auf den Frühbereich spezialisiert sind. Daneben sind sie als Lehrbeauftragte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Schweiz, Deutschland und Österreich tätig.

Die „Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich“ hat zum Ziel, Wissenschaft und Praxis im Bereich früher Spracherwerbsstörungen zu verknüpfen und die entsprechenden Erfahrungen und Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Im Rahmen dieser Serie erscheint als nächste Folge ein Artikel der Forschungsgruppe zu ersten Ergebnissen ihrer Longitudinalstudie zur Erfassung früher Spracherwerbsstörungen.

**Kontaktadresse: Forschungsgruppe CH. Logopädie im Frühbereich, Zentrum für kleine Kinder, Pionierstr. 10, CH-8400 Winterthur, [forschungsgruppe@kinder.ch](mailto:forschungsgruppe@kinder.ch)**

die Angst davor zu nehmen, offen mit dem Kind über seine Schwierigkeiten zu sprechen. Ich versuche ihnen aufzuzeigen, dass sie körperliche Symptome wie Husten, Fieber, Hautausschläge oder Verletzungen auch sofort benennen und mit dem Kind über ihre diesbezüglichen Sorgen und mögliche Therapien sprechen; beispielsweise „Ich mach mir jetzt schon richtig Sorgen! Wenn dieser Husten nicht bald weggeht, dann müssen wir zum Arzt“. Ich erkläre, dass das vorerst diffuse Leiden aus der Sicht des Kindes damit eine Bedeutung bekommt: Es wird fassbar und damit auch therapierbar. Was hingegen nicht bezeichnet ist, haftet einem in diffuser Weise an: Es kann auch nicht verändert und damit auch nicht geheilt werden.

#### L I T E R A T U R

- Ainsworth, M. S. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber Mitteilungen des Babys. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 414-421). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bürki, D. (2007). Einblicke in die Therapie mit einem 2;5-jährigen Jungen. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 15, 244-255.
- Bürki, D., Mathieu S., Sassenroth, S. & Zollinger, B. (2007). Erfassung und Therapie früher Spracherwerbsstörungen. Eine Dokumentationsstudie. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 15, 97-102.
- Brisch, K. H. (2006 7). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dannenbauer, F. M. (2004). Probleme der ätiologischen Forschung bei spezifischer Sprachentwicklungsstörung. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 12, 164-176.
- Dieter, S., Walter, M. & Brisch, K. H. (2005). Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 13, 170-179.
- Dolto, F. (1995). *Alles ist Sprache. Kindern mit Worten helfen*. Weinheim: Beltz.
- Dornes, M. (2002). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Grimm, H. (2006). Frühes Erkennen statt spätes Erfassen. *zbl journal*, 4, o. S.
- Kagan, J. (1982). The Emergence of Self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 363-381.
- Kollbrunner, J. (2004). *Psychodynamik des Stotterns*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2006). Einführung. In M. Leuzinger-Bohleber, M., Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung* (S. 9-50). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mathieu, S. (2007). Diagnostik und Therapie von Sprachverständnis-Störungen. *mitSprache*, 39, 5-22.
- Papousek, M. (2003). Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In M. Papousek & A. von Gontard (Hrsg.), *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit* (S. 174-214). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Piaget, J. (1975). *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sassenroth, S. (2000). „Sie wissen es doch ganz genau“. Gespräche mit kleinen stotternden Kindern. In B. Zollinger (Hrsg.), *Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken* (S. 67-77). Bern: Haupt.
- Schmidt-Denter, U. & Spangler, G. (2005). Entwicklung von Beziehungen und Bindungen. In H. B. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 425-523). Göttingen: Hogrefe.
- Stern, D. (1995). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zazzo, R. (1983). *Ou en est la psychologie de l'enfant*. Paris: PUF.
- Zollinger, B. (1987). *Spracherwerbsstörungen*. Bern: Haupt.
- Zollinger, B. (1995). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt.
- Zollinger, B. (2004). *Kindersprachen, Kinderspiele*. Bern: Haupt.



**Autorin:**  
**Dr. Barbara Zollinger**  
 Forschungsgruppe CH. Logopädie im  
 Frühbereich  
 Zentrum für kleine Kinder  
 Pionierstr. 10, CH - 8400 Winterthur  
 zollinger@kinder.ch