

Subjektive Krankheitstheorien über Kinder mit Late-Talker-Profil: Eine qualitative Untersuchung

Carolin Hippeli & Monika Rausch

EUFHmed Rostock

1 Einleitung

Für die generelle Entwicklung von Kindern (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2009) und deren schulischen Erfolg (Jampert, Best, Guadatiello, Holler & Zehnauer, 2005) gelten sprachliche und kommunikative Fähigkeiten als „Schlüsselkompetenzen“. Eine Verbesserung der strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hat daher einen unmittelbaren gesundheitsfördernden Effekt (Forum Gesundheitsziele Deutschland, 2010). Somit kommt der Prävention von Sprachentwicklungsstörungen und damit der Früherkennung und Behandlung der Risikogruppe der Late Talker ein besonderer Stellenwert zu. Da wiederum den Eltern als wichtige Bezugspersonen und Interaktionspartner des Kindes eine bedeutende Rolle in der Unterstützung des Spracherwerbs zugeschrieben wird (Buschmann, 2011), stehen sie mit ihren subjektiven Krankheitstheorien über das Störungsbild im Fokus der vorliegenden Untersuchung.

2 Theoretischer Hintergrund

Jeder Mensch bildet Theorien, Annahmen und Argumentationsstrukturen über Vorgänge und Zusammenhänge, über das eigene sowie fremde Handeln und Erleben. Daher existieren neben den objektiven auch subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit (Franke, 2012). Subjektive Krankheitsmodelle beruhen auf unsystematischen Beobachtungen und sind nicht empirisch belegt. Sie sind an individuelle Erfahrungen und Interpretationen geknüpft (Niehoff, 2011). Subjektive Krankheitstheorien beinhalten Annahmen zur Identität der Erkrankung und Diagnose, Kausalität, zu zeitlichem Verlauf und

Konsequenzen der Erkrankung sowie Annahmen zur Heilung und Behandlung (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980). Da sie vom aktuellen Erfahrungskontext abhängen, zeigen sie sich entsprechend instabil und können sich über die Zeit verändern. Die Theorien können auch inkonsistent in ihren Aussagen sein, das heißt, logisch unvereinbare Vorstellungen können widersprüchlich und unverbunden nebeneinander bestehen (Faller, Schilling & Lang, 1991). Das Wissen über diese Konzepte ist essentiell für die Gesundheitsförderung und Prävention, Therapie und Rehabilitation (Faltermaier, 2010; Franke, 2012; Hurrelmann & Klotz, 2010). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit aus der Perspektive von Patienten mit logopädischen Störungsbildern wurden bislang kaum erforscht (Rausch, 2012).

3 Methoden

Um die subjektiven Krankheitstheorien von Eltern von monolingual deutschsprachigen Kindern mit einer Late-Talker-Symptomatik zu erheben, konnten sechs Mütter rekrutiert werden. Deren Kinder waren mit einer Altersspanne von 2;8 bis 3;7 Jahren keine Late Talker mit einer verzögerten Sprachentwicklungsstörung, sondern Kinder, bei denen sich bereits eine Sprachentwicklungsstörung manifestiert hatte (Kauschke, 2008; Siegmüller & Fröhling, 2010; Siegmüller & Kauschke, 2012). Aufgrund der breiten Altersspanne und eines nicht deckungsgleichen Behandlungsbeginns befanden sich die Kinder auf einem unterschiedlichen Behandlungs- und Entwicklungsstand (siehe Tab. 1).

Tabelle 1

Soziodemografische Daten der Probandinnen und deren Kinder

Proband	Alter zum Untersuchungszeitpunkt	Geschlecht	Anzahl der Geschwister	Geschwisterreihenfolge	Betreuungsstatus	Interviewpartner	Wohnort (Bundesland)	Diagnosezeitpunkt	Behandlungsbeginn
1	3;2	m	1	2	½ Kinder- garten	Mu	MV	2;0	2;9
2	3;0	m	1	2	Kinder- garten	Mu	NRW	2;0	2;9
3	2;8	m	1	2	Kinder- garten	Mu	MV	2;4	2;6
4	3;7	w	1	2	Kinder- garten	Mu	BB	2;0	3;7
5	3;7	m	0	–	½ Kinder- garten	Mu	H	2;7	2;8
6	3;2	m	1	2	½ Kinder- garten	Mu	H	2;0	–

Mit den Probandinnen wurden Leitfadeninterviews durchgeführt. Der konstruierte Interviewleitfaden, der mittels Standard-Pretest evaluiert wurde, beinhaltet Fragen zu den Annahmen der Eltern bezüglich der folgenden fünf Dimensionen: Krankheitssymptome, Krankheitsursachen, Krankheitsverlauf und Behandlung sowie subjektive Krankheitsdefinition. Für die Analyse der Interviews wurden die Aufnahmen der Interviews anhand von festgelegten Regeln transkribiert und regelgeleitet mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) computergestützt mit MAXQDA 11 (Kuckartz, 2013) analysiert.

4 Ergebnisse

4.1 Krankheitssymptome

Die sprachlichen Symptome einer verzögerten Sprachentwicklung, die die Kinder aufgrund der Late-Talker-Symptomatik zeigen, werden durch die Mütter zum Großteil so, wie sie auch in den objektiven Theorien in der Literatur beschrieben werden, beobachtet.

4.2 Krankheitsursachen

Bei den Ursachen kristallisiert sich ein sehr heterogenes Bild heraus. Viele der genannten Aspekte zu den Ursachenhypothesen sind geprägt von Äußerungen, die Personen aus dem Umfeld der Eltern tätigen oder durch Vermutungen des behandelnden Pädiaters. Aber auch Informationen aus dem Internet prägen zumindest die Theorie einer Probandin. Neben den Aussagen von drei Probandinnen, dass keine Ursache für die verzögerte Sprachentwicklung beziehungsweise für die bestehende Sprachentwicklungsstörung bekannt sei, scheinen die Verursachungshypothesen der Eltern von den Ausschlusskriterien einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung geprägt zu sein. Drei Mütter geben organische Ursachen an, die für sie in Betracht kämen. Als weitere Ursachen nennen die Studienteilnehmerinnen eine mögliche familiäre Disposition und die Geschwisterreihenfolge, obwohl diese Faktoren in der Literatur eher als Risikofaktoren (Olswang, Rodriguez & Timler, 1998) und nicht als Ursachen beschrieben werden. Aspekte wie „die Gedanken sind schneller als die Sprache“ oder ein Kind habe sich die Sprachprobleme angewöhnt, aber auch, dass die Ursache für eine verzögerte Sprachentwicklung eine Überforderung des Kindes sein könne, wie eine Probandin im Internet erfahren habe, werden formuliert. Vier Mütter geben als Ursache und eine Mutter als Symptom an, dass ihr Kind „sprachfaul“ sei.

4.3 Krankheitsverlauf

Diejenigen, deren Kinder bereits logopädisch behandelt werden, geben allgemeine Erwartungen, wie eine Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten, hinsichtlich des Verlaufs der Störung an. Für das Überwinden der Sprachstörung ihrer Kinder geben vier Mütter konkrete Zeitpunkte an. Drei Probandinnen gehen von einem eher langfristigen Verlauf der Sprachentwicklungsstörung aus, die spätestens bis zum Schuleintritt behoben sein müsste. Zwei Studienteilnehmerinnen besitzen keine Vorstellungen über den zeitlichen Verlauf und sehen auch keine Relevanz in der Frage. Alle Probandinnen, deren Kinder in Behandlung sind, geben an, dass die Entscheidung zur Therapie richtig gewesen sei. Allerdings geht nur ein Teil der Mütter davon aus, dass sich die Sprachstörung ohne eine logopädische Therapie nicht auswachsen würde. Mit Ausnahme einer Mutter äußern sich alle Probandinnen zu möglichen Folgeerscheinungen. Die meisten Befürchtungen beziehen sich auf emotional-soziale Symptome und weniger auf sprachliche Symptome, wobei zwei Mütter diese Symptome bereits bei ihren Kindern beobachten. Die weitreichenden Folgeerscheinungen, wie zum Beispiel Lernschwierigkeiten in der Schule, nennen zwei Probandinnen. Ausschließlich eine Probandin nennt mögliche berufliche Folgen, die aus einer Sprachentwicklungsstörung entstehen könnten. Die Mutter schließt diese jedoch gleichzeitig wieder aus.

4.4 Behandlung

Die Mütter formulieren in der vorliegenden Studie eher allgemein, dass sich die sprachlichen Fähigkeiten ihrer Kinder durch die logopädische Therapie verbessern sollen. Die Erwartungen an die Therapie scheinen teilweise eng an die Annahmen der möglichen Ursachen geknüpft zu sein. Beispielsweise formuliert eine Mutter als Ursache, dass ihr Sohn sich nicht traue zu sprechen, und äußert als Erwartung an die logopädische Therapie, dass er mehr Selbstvertrauen zum

Sprechen bekommen soll. Ein weiteres Beispiel, das für diese Hypothese spricht, bietet eine andere Mutter, die berichtet, dass sie keine organische Ursache kenne, die bei ihrer Tochter in Frage kommen würde. Ihre Erwartung an die Behandlung ist die Hilfe bei der Ursachenfindung. Eine weitere Mutter erwartet nicht, dass ihr Kind perfekt sprechen lernen müsse. Diese Probandin tätigt auch an anderer Stelle des Interviews Äußerungen, die Zweifel am Erfolg der logopädischen Therapie vermuten lassen. Insgesamt kann beobachtet werden, dass die Mütter der Untersuchung wenig konkret beziehungsweise nur sehr allgemein formulieren, welche Fortschritte ihre Kinder in der logopädischen Therapie erreichen sollen. Zudem geben die Probandinnen zur methodisch-didaktischen Umsetzung der Therapie eine umfassende Darstellung ihrer Erwartungen ab, wobei es anscheinend keinen Unterschied macht, ob sich ein Kind bereits in einer Therapie befindet oder lediglich eine Diagnostikstunde stattfand. Der Aspekt der spielerischen Umsetzung wird von allen gleichermaßen genannt. Drei Studienteilnehmerinnen können sich unter der Methode, die der Therapeut anwendet, nichts vorstellen. Weiterhin stehen für die Mütter Eigenschaften wie Empathie und Sympathie seitens des Therapeuten gegenüber dem Kind, die Motivation des Kindes oder das Erzielen von Fortschritten im Vordergrund. Lediglich eine Probandin erklärt, von dem Therapeuten eine entsprechende Qualifikation zu erwarten. Den Einbezug in die eigentliche Behandlung stellen sich die Eltern sehr unterschiedlich vor: Einigen genügt der Informationsaustausch vor oder nach der Therapie, andere sind in der Sitzung anwesend. Es gibt jedoch auch Mütter, die eine Teilnahme in der Stunde ablehnen. Die übrigen Probandinnen sehen einen Einbezug in die Therapie allein durch Hausaufgaben gewährleistet.

4.5 Subjektive Krankheitsdefinition

Zu den subjektiven Krankheitsdefinitionen der Studienteilnehmerinnen ergibt sich ein eher homogenes Verständnis vom Störungsbild der verzögerten Sprachentwicklung beziehungsweise der spezifischen Sprachentwicklungsstörung als Krankheit. Die Mütter der vorliegenden Untersuchung empfinden ihre Kinder aufgrund der Sprachstörung einheitlich als nicht krank.

5 Diskussion

Trotz eingeschränkter Reliabilität, Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse können erste Hypothesen und Theorien, die keineswegs ausschließlich heterogen sind, formuliert werden und laden zu weitergehenden Überlegungen ein:

Die Mütter der vorliegenden Untersuchung nehmen die Symptome einer verzögerten Sprachentwicklung beziehungsweise einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung bei ihren Kindern wahr und berichten von heterogenen Symptomen, die dem Anschein nach vom Entwicklungsstand der Kinder und vom Ausmaß der sprachlichen Defizite abhängen. Die Erwartungen der Eltern an das Ziel der Behandlung hängen scheinbar eng mit den Annahmen zur Ursache der Sprachprobleme ihrer Kinder zusammen. Jedoch ziehen die Probandinnen ein bestehendes Verarbeitungsdefizit als Ursache für eine verzögerte Sprachentwicklung nicht in Betracht, obwohl dieser Ansatz als Ausgangspunkt dafür verstanden werden muss, warum bei einem Kind, das den Wortschatzspurt im Zeitfenster der normalen Entwicklung nicht erreicht hat, eine Therapie mit hochfrequentem Input unerlässlich ist. Um eine starke Abweichung der subjektiven Krankheitstheorien von den objektiven Krankheitstheorien zu verhindern, sollten Eltern daher zuerst über die zentralen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Ursachen einer verzögerten Sprachentwicklung aufgeklärt werden. Folglich sollten gemeinsam die Behandlungsziele besprochen werden, um schließlich den entsprechenden Behandlungsansatz zu wählen. Dieser muss mit seinen Zielen und

Methoden erläutert werden, um Missverständnissen und falschen Erwartungen hinsichtlich der logopädischen Behandlung entgegenzuwirken und um die Gefahr von nicht-kooperativem Verhalten seitens der Eltern zu minimieren. Voraussetzung ist allerdings, dass der Therapeut über die entsprechenden Behandlungsansätze informiert und in der Lage ist, diese umzusetzen und zu erläutern. Da Eltern dem Anschein nach unterschiedlicher Ansicht über die Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Therapeuten sind, ist es wichtig zu erfahren, wie sich die Eltern diese Zusammenarbeit vorstellen. Sie müssen gegebenenfalls davon überzeugt werden, dass es beispielsweise wichtig ist, sich regelmäßig auszutauschen, um Fortschritte oder Probleme im Alltag durch den Austausch sichtbar zu machen. Vor allem scheint es, dass die Mütter die eigene Sprache als sehr wichtigen Inputgeber zwar erkennen, sich die Umsetzung von sprachförderlichem Verhalten allerdings noch nicht ausreichend bei diesen Eltern teilen etabliert hat. Die Erkenntnisse der Untersuchung stützen alltägliche Beobachtungen in der logopädischen Praxis und sensibilisieren für die spezifische Sichtweise von Eltern. Daran ist die Aufklärung über sprachförderliches Verhalten auszurichten, auch als wichtiger Bestandteil bei der direkten input-orientierten Therapie.

6 Literatur

- Buschmann, A. (2011). *Heidelberger Elterntraining zur frühen Sprachförderung: Trainermanual*. München: Elsevier.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H. (1991). Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung - im Spiegel der methodischen Zugänge. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (29–42). Heidelberg: Asanger.
- Faltermaier, T. (2010). *Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit*.
Zugriff am 24.05.2013: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/>

- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Forum Gesundheitsziele Deutschland. (2010). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenzen, Bewegung, Ernährung*.
Zugriff am 27.02.2014: http://www.gesundheitsziele.de//cms/medium/1010/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf
- Hurrelmann, K. & Klotz, T. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2009). Früherkennungsuntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache: Abschlussbericht.
Zugriff am 27.2.2014: https://www.iqwig.de/download/S06-01_Abschlussbericht_Frueherkenung_umschriebener_Stoerungen_des_Sprechens_und_der_Sprache.pdf
- Jampert, K., Best, P., Guadatiello, A., Holler, D. & Zehnbauer, A. (2005). *Schlüsselkompetenz Sprache. Sprachliche Bildung und Förderung im Kindergarten: Konzepte Projekte Maßnahmen*. Berlin: verlag das netz.
- Kauschke, C. (2008). Frühe lexikalische Verzögerung als Indikator für SSES? Neue Befunde zur Entwicklung von Late Talkern. In M. Wahl, J. Heide & S. Hanne (Hrsg.), *Der Erwerb von Lexikon und Semantik. Meilensteine, Störungen und Therapie* (19–38). Potsdam: Universitätsverlag Potsdam.
- Kuckartz, U. (2013). *MAXQDA 11*. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The Common Sense Representation of Illness Danger. In R. Rachmann (Hrsg.), *Medical Psychology* (7–30). New York: Pergamon Press.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

- Niehoff, J.-U. (2011). *Sozialmedizin systematisch*. Bremen: UNI-MED.
- Olswang, L. B., Rodriguez, B. & Timler, G. (1998). Recommending intervention for toddlers with specific language learning difficulties: We may not have all the answers, but we know a lot. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(1), 23–32.
- Rausch, M. (2012). Sind logopädische Störungsbilder Krankheiten? Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit in der Logopädie. *Forum Logopädie*, 26(5), 12–17.
- Siegmüller, J. & Fröhling, A. (2010). *Das PräSES-Konzept: Potenzial der Sprachförderung im Kita-Alltag*. München: Elsevier.
- Siegmüller, J. & Kauschke, C. (2012). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen (PLAN)*. München: Elsevier.

Kontakt

Carolin Hippeli
carolin.hippeli@gmx.de