

C 21 843 F

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
SPRACHHEILPÄDAGOGIK E.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Hans-Alfred Linck, Bonn
Sprachstörungen im Kindesalter

Horst Gundermann, Neuruppin DDR
Die Relevanz der Psycholinguistik für die Phoniatrie

Arnold Grunwald, Lüneburg-Oedeme
Autismus — Mutismus — Aphasie — Ein Definitionsvorschlag

Umschau und Diskussion
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Oktober 1975 · 20. Jahrgang · Heft 5

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Ehrenvorsitzende: Prof. Dr. O. von Essen · Rektor i. R. J. Wulff

Vorsitzender: Joachim Wiechmann, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I. G. L. P.)

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

2 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Ruf (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 199
Berlin	Ernst Trieglaff, 1 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen	Gerd Homburg, 282 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg	Horst Schmidt, 2 Hamburg 26, Schadesweg 13 a
Hessen	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, 3 Hannover, Ubbenstraße 17
Rheinland	Werner Großmann, 401 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 65 Mainz, Göttelmannstraße 46
Saarland	Manfred Bohr, 66 Saarbrücken 6, Kofmannstraße 16
Schleswig-Holstein	Günter Böckmann, 2305 Heikendorf bei Kiel, Untereisselner Str. 32
Westfalen-Lippe	Friedrich Wallrabenstein, 44 Münster i. W., Landeshaus

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn),
Am Schwimmbad 8, Telefon (064 22) 28 01
Jürgen Teumer, 355 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,
Telefon (064 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Ruf (040) 89 39 48

Bezugspreis pro Heft 3,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 20,40 DM zuzüglich Portokosten.

Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen, Sammelreferate und Buchbesprechungen veröffentlicht, die für die Sprachgeschädigtenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind zu senden an den geschäftsführenden Redakteur Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Honorare können nicht gezahlt werden. Die Verfasser von längeren Arbeiten erhalten jedoch 30 Sonderdrucke unentgeltlich, bei Kurzbeiträgen werden 10 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und rechtzeitig beim Verlag zu bestellen.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit dem Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagen-Hinweis:

Der heutigen Ausgabe unserer Fachzeitschrift liegt ein Prospekt mit Bestellzettel des Verlages Wartenberg & Söhne bei, den wir der Aufmerksamkeit unserer Leser empfehlen.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Oktober 1975 · 20. Jahrgang · Heft 5

Aus der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte, Bonn
(Leiter: LMed.Dir. Prof. Dr. A. Leischner)

Hans-Alfred Linck, Bonn

Sprachstörungen im Kindesalter *

Im Jahre 1966 wurde der Rheinischen Landesklinik für Sprachgestörte eine Ambulanz angegliedert. Sie hatte zunächst die Aufgabe, erwachsene Patienten mit einer Aphasie, die für eine stationäre Sprachheilbehandlung angemeldet wurden, zu untersuchen. Neben der Diagnostik war auch festzustellen, ob die Voraussetzungen zur Therapie vorlagen. Insbesondere seit dem Jahre 1972 ist nicht nur die Anzahl der jährlichen Untersuchungen angestiegen, sondern es hat sich auch eine Verschiebung innerhalb der Zusammensetzung des Krankengutes ergeben. Es kamen nämlich zunehmend Kinder zur Untersuchung, bei denen entweder die Angehörigen oder die behandelnden Ärzte festgestellt hatten, daß sie, ganz allgemein ausgedrückt, »nicht altersentsprechend sprachen«.

Tabelle 1:

Häufigkeit kindlicher Sprachstörungen

(Quelle: Ambulanz für Sprachgestörte Bonn)

SpEB	46 Prozent	(513)
SpEV	30 Prozent	(327)
Aphasien	4 Prozent	(48)
LRS	20 Prozent	(212)
	<hr/>	
	100 Prozent	1 100

1. Häufigkeit

Die Tabelle 1 soll einen Überblick über die Häufigkeit kindlicher Sprachstörungen geben, wie sie sich in der Ambulanz darstellt. Untersucht wurden Kinder im Alter von 3 bis 14 Jahren, und ich beziehe mich auf die Untersuchungen, die in den Jahren 1966 bis 1973 durchgeführt wurden.

Wie die Aufstellung zeigt, wurden in fast der Hälfte der Fälle Sprachentwicklungsbehinderungen (SpEB) gefunden. An zweiter Stelle stehen die Sprachentwicklungsverzögerungen (SpEV), an dritter Stelle sind die Lese-Rechtschreibschwächen (LRS) zu finden, und zu einem sehr geringen Anteil kamen Kinder mit Aphasien zur Untersuchung.

* Nach einem Vortrag gleichen Themas, gehalten auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. — Landesgruppe Niedersachsen vom 6. bis 8. Dezember 1974 in Wittfeitzten.

In dieser Aufstellung fehlen Diagnosen wie Stottern, Poltern, Lispeln, Näseln usw. Dies hat seinen Grund in der Definition der Sprachstörung an sich. Es ist dies eine Störung der Fähigkeit, seine Gedanken in einer syntaktisch richtigen Form zum Ausdruck zu bringen, die Sprache der anderen zu verstehen, mit Sprache umzugehen und im erweiterten Sinne auch die Fähigkeit, das Schreiben und Lesen zu erlernen und zu beherrschen. Diese Fähigkeiten sind an die Dominanz einer Hirnhälfte gebunden und werden als sekundäre Hirnfunktionen bezeichnet. Die Definition schließt aus die Sprechstörungen, zu denen Sprechrythmusstörungen, Artikulationsstörungen, Stimmstörungen usw. gezählt werden.

Coen (1886)	: erworbene Aphasie Hörstummheit
Gutzmann (1924)	: Hörstummheit sensorische Stummheit
Fröschels (1931)	: Hörstummheit Seelentaubheit
Arnold (1959)	: Sprachentwicklungsverzögerung Hörstummheit
Myklebust (1956)	: Learning disabilities
Morley (1957)	: Developmental aphasia
Ajuriaguerra (1962)	: Dysphasie
Forsius (1959)	: kongenitale Aphasie
Leischner (1964)	: Aphasie Sprachentwicklungsbehinderung Sprachentwicklungsverzögerung
Böhme (1966)	: verzögerte Sprech- und Sprachentwicklung

Tabelle 2: Nomenklatur der kindlichen Sprachstörungen in der Literatur

2. Definition

Aus historischen Gründen besteht in der Nomenklatur insbesondere der kindlichen Sprachstörungen eine große Verwirrung, in der ein und dasselbe Krankheitsbild mit mehreren Bezeichnungen belegt wird (Tabelle 2).

Die erste Beschreibung der kindlichen Sprachstörungen findet sich im Jahre 1887 bei Coen, der bereits die erworbene Aphasie von der Hörstummheit abgrenzt. Die Hörstummheit wurde später von Gutzmann in der Weise definiert, daß bei ihr keine Sinnesdefekte, keine Intelligenzstörungen und keine Störungen des Sprachverständnisses vorhanden sein dürfen. Von der Hörstummheit trennte Gutzmann die sensorische Stummheit ab, die von Fröschels später als Seelentaubheit bezeichnet wurde. Arnold bezeichnete Sprachentwicklungsstörungen, die in den ersten drei Lebensjahren auftreten, als Sprachentwicklungsverzögerung, während er das gleiche Leiden in späteren Lebensjahren als Hörstummheit diagnostizierte. Im anglo-amerikanischen Schrifttum stellt Myklebust die Sprachentwicklungsstörungen unter den Überbegriff »learning disabilities«, während Morley für das gleiche Erscheinungsbild den Ausdruck »developmental aphasia« gebraucht. Im französischen Schrifttum bezeichnet de Ajuriaguerra die Sprachentwicklungsstörungen als »Dysphasien«. In Finnland werden von Forsius u. a. alle Sprachentwicklungsstörungen nach frühkindlichen Hirnschädigungen, die vor, während oder nach der Geburt erworben wurden, als »kongenitale Aphasien« bezeichnet.

Leischner hat die Sprachstörungen im Kindesalter unter klinisch-neurologischen Gesichtspunkten betrachtet und eine aufgetretene Hirnschädigung in zeitliche Beziehung zum Spracherwerb gesetzt. Er grenzt so die Aphasie von der Sprachentwicklungsbehinderung ab.

Böhme spricht von einer verzögerten Sprech- und Sprachentwicklung als einem Symptom und damit als Ausdruck einer Grundkrankheit. Der Begriff verzögerter Sprech- und Sprachentwicklung soll darauf hinweisen, daß gleichzeitig eine Sprech- und Sprachstörung vorliegen kann.

Sprachliche Entwicklung z.Zt. der Hirnschädigung	Krankheitsbilder	Alter des Kindes
Mündliche Sprache ist erlernt ----- Schreiben und Lesen sind erlernt	A p h a s i e ----- Agraphie - Alexie	über 8 Jahre
Mündliche Sprache ist erlernt ----- Schreiben und Lesen sind noch nicht erlernt	A p h a s i e ----- Erlernungserschwerung im Schreiben u. Lesen	zwischen dem 4. und 8. Lj.
Mündliche Sprache ist noch nicht erlernt ----- Schreiben und Lesen sind noch nicht erlernt	S p E B ----- Erlernungserschwerung im Schreiben u. Lesen	zwischen dem 3. und 4. Lj.

Tabelle 3: Sprachpathologische Syndrome nach Hirnschädigung (nach Leischner)

Hat ein Kind die Sprache bereits voll erlernt, und es kommt durch eine Hirnschädigung zu einem Sprachverlust, so wird dieses Erscheinungsbild als »Aphasie« bezeichnet.

Erfolgt eine Hirnschädigung, bevor der Erwerb der Sprache abgeschlossen ist, wird die Bezeichnung »Sprachentwicklungsbehinderung« gebraucht. Diese Hirnschädigung kann während der Schwangerschaft, während der Geburt oder nach der Geburt erfolgen. Eine Hirnschädigung, die zu einer SpEB führt, hat im Gegensatz zu den vorwiegend traumatisch entstandenen Aphasien im Kindesalter die Eigenschaft, daß sie nicht allein die Sprachregion betrifft, sondern in der überwiegenden Mehrzahl eine allgemeine Hirnschädigung zur Folge hat. Daher ist neben der Sprache auch die Ausbildung geistiger Fähigkeiten behindert. Dies wirkt sich auf die gesamte Sprachentwicklung prognostisch sehr ungünstig aus. Schließlich kann die Hirnschädigung auch eine Hörschädigung zur Folge haben, die ihrerseits wiederum die Sprachentwicklung negativ beeinflusst.

Dem Begriff der SpEB muß man den Begriff der SpEV gegenüberstellen, da diese eine sprachliche Entwicklungsstörung ohne cerebrale Schädigung ist. Sie kann erst in dem Alter in Erscheinung treten, in welchem die Leistung, die verzögert ist, normalerweise erworben wird. Die sprachlichen Ausfälle werden daher meistens im 3. Lebensjahr bemerkt und zum Anlaß einer ärztlichen Untersuchung genommen. Die Ursachen einer SpEV sind hauptsächlich in einer familiären Disposition, in der sozialen Umwelt des Kindes, in psychogenen Syndromen und in peripheren Hörstörungen zu suchen.

Dieselben Ätiologien, die zu einer Störung der expressiven Sprache führen, können aber auch den Erwerb der Schriftsprache störend beeinflussen. Analog zur Definition

der Aphasie sprechen wir von einer Agraphie und Alexie, wenn durch eine Hirnschädigung die bereits erworbene Fähigkeit des Schreibens und Lesens verloren gegangen ist. Tritt eine Hirnschädigung aber vor dem Erwerb der Schriftsprache auf, so wird dieses Erscheinungsbild als Erlernungsschwerung im Schreiben und Lesen bezeichnet. Bei den SpEV wird nicht selten gesehen, daß der Einfluß, der zu dieser Verzögerung geführt hat, im weiteren Verlauf auch zu Schwierigkeiten in der Schriftsprache führt. Da als Ursache eine Hirnschädigung nicht in Frage kommt, sprechen wir hierbei von einer Lese-Rechtschreibschwäche. Einen zusammenfassenden Überblick gibt die Tabelle 3.

Die kindlichen Aphasien sind im Krankengut der Ambulanz nur mit 4 Prozent vertreten. Dies deutet auf wesentliche Unterschiede zur Aphasie im Erwachsenenalter hin. Den ersten betrifft die Ätiologie. Während die Aphasien im Erwachsenenalter zu etwa 86 Prozent durch Hirngefäßerkrankungen und hier durch Gefäßverschlüsse verursacht werden, sind die kindlichen Aphasien in der Hauptsache traumatischer Genese. Bei einem Hirngefäßverschuß fällt das gesamte Versorgungsgebiet der betroffenen Arterie in seiner Funktion aus. Bei einem Schädelhirntrauma kommt es im Gegensatz dazu eher zu einer enger umgrenzten Hirnschädigung.

Ein weiterer Unterschied liegt darin, daß ein Hirngefäßverschuß in den meisten Fällen bei einer Hirngefäßverkalkung auftritt, so daß die verursachte Hirnschädigung auf ein bereits vorgeschädigtes Hirn trifft. Das Hirn im Kindesalter weist diese Veränderungen dagegen nicht auf. Ein letzter Unterschied ist die Möglichkeit, daß bei einer kindlichen Aphasie sich die Dominanz der Hirnhemisphären bis etwa zum 10. Lebensjahr auf die andere nicht geschädigte Hirnhälfte verlagern kann. Dies ist beim Erwachsenen nicht mehr der Fall.

Diese drei genannten Unterschiede können der Grund dafür sein, daß eine Aphasie im Kindesalter nicht so deutlich ausgeprägt ist und eine schnellere Tendenz zur Spontanheilung aufweist als im Erwachsenenalter.

3. Diagnostik

Bei einer Aphasie kann immer von einer meist regionalen Hirnschädigung ausgegangen werden. Bei Sprachentwicklungsstörungen ist es aber wichtig zu wissen, ob es sich um eine alleinige Spätentwicklung mit prognostisch guter Tendenz handelt, oder ob ein frühkindlicher Hirnschaden vorliegt, der je nach Ausprägungsgrad durch begleitende Intelligenzstörungen und Verhaltensstörungen die Aussichten einer Besserung wesentlich schmälert. Die Hauptaufgabe, die an die ambulante Untersuchung kindlicher Sprachstörungen gestellt werden muß, ist daher, nach Möglichkeit eine frühkindliche Hirnschädigung auszuschließen. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung können aus der Anamnese, dem neurologischen Befund, dem EEG, dem Pneumoencephalogramm und Verhaltensbeobachtungen gewonnen werden.

Bei der Erhebung der Anamnese wird man zunächst versuchen, eine möglichst genaue Schilderung des Schwangerschaftsverlaufes und der Geburt zu erhalten. Während des Verlaufes der Schwangerschaft können Hirnschädigungen auftreten, die als pränatale Schädigungen bezeichnet werden. Hierzu werden u. a. als Ursachen gezählt: Infektionskrankungen der Mutter, Medikamenteneinnahme, Rhesusfaktor-Unverträglichkeit, Ernährungsstörungen durch Plazentainsuffizienz und Chromosomenanomalien.

Perinatale Hirnschäden treten während des Geburtsverlaufes auf. Hierzu zählt die große Gruppe der Asphyxien, bei denen es zu einer Drosselung der Blutzufuhr kommt, welche zu einem Sauerstoffmangel des noch unreifen Hirns führt und zum Ausgangspunkt einer allgemeinen Hirnschädigung wird. Insbesondere bei Zangen-

geburten kann es zu Hirnblutungen oder Hirnquetschungen kommen. Hirnschädigungen, die nach der Geburt erfolgen, werden als postnatale Schäden bezeichnet. Die Ursachen hierfür sind sehr mannigfaltig und reichen von Hirnblutungen über Schädel-Hirn-Traumen zu den Encephalitiden bzw. Meningitiden, die meistens eine Komplikation einer Infektionserkrankung sind, wie z. B. Masern, Keuchhusten, und seltener als Komplikation nach einer Pockenschutzimpfung.

Als nächstes muß man etwas über die *statische und sprachliche Entwicklung* des Kindes in Erfahrung bringen. Wann hat es mit dem Krabbeln begonnen und wann konnte es laufen? Wann begann es, die ersten Wörter zu sprechen? Wie war die Sprachentwicklung insgesamt? Wurde sie zwar begonnen, aber nicht zügig fortgeführt oder trat sogar über längere Zeit ein Stillstand ein? Ist dieser Stillstand mit einer schweren Erkrankung in Verbindung zu bringen? Hat sich nach dieser Erkrankung eine Veränderung im Wesen des Kindes ergeben? Wie reagieren die Angehörigen auf die nicht altersgemäße Sprache? Meistens erklären hierzu die Eltern, daß die Kinder häufig sich durch Gesten verständlich zu machen versuchen und die Angehörigen hierauf reagieren. Geschieht dies nicht mehr, so kommt es zu Trotzreaktionen der Kinder, die in manchen Fällen bis zur Aggressivität den Eltern gegenüber führen kann.

Die Anamnese erschöpft sich aber nicht allein im Entwicklungsverlauf des Kindes, sondern man sollte auch regelmäßig danach fragen, ob in der Familie selbst Fälle von Sprachentwicklungsstörungen vorgekommen sind. Bei SpEV haben wir gelegentlich feststellen können, daß entweder Geschwister, ein Elternteil oder die Großeltern ebenfalls spät mit dem Sprechen begonnen haben und als sogenannte »Spätentwickler« bezeichnet wurden. Diese Annahme wird nun auch auf das Kind selbst übertragen. Die Folge ist, daß abgewartet wird, ob nicht doch irgendwann einmal die Sprachentwicklung fortschreitet. Auf die Problematik, die bei einer solchen Einstellung entstehen kann, werde ich später eingehen.

Bei der *neurologischen Untersuchung* geht es darum, festzustellen, ob sich Anhaltspunkte für den Nachweis einer Hirnschädigung ergeben. Dies gelingt bei den Fällen mit spastischen Lähmungserscheinungen oder Hyperkinesen. Schwieriger wird die Beurteilung von Befunden, bei denen das Ergebnis nicht eindeutig ist. Hier kommt es sehr auf die Erfahrung des untersuchenden Neurologen an. Ich möchte aber ausdrücklich davor warnen, bereits sogenannte neurologische Mikrobefunde (minimal brain damage) als alleinigen Nachweis einer frühkindlichen Hirnschädigung anzusehen, sondern man sollte alle Ergebnisse insgesamt verwerten und nie von einem einzelnen Symptom auf das gesamte Krankheitsbild schließen.

Als ein Baustein hierzu kann das *Elektroencephalogramm* herangezogen werden. Es können aber nur Herdbefunde und Krampfpotentiale als Beweis einer frühkindlichen Hirnschädigung gelten. Frequenzverlangsamungen im Grundrhythmus sind für die Diagnostik des kindlichen EEG's zu unspezifisch und nicht zu verwerten.

Der Vollständigkeit halber sei hier auch das *Luftencephalogramm* erwähnt, bei dem die Hirnkammern mit Luft gefüllt werden, um sie röntgenologisch darstellen zu können. Es finden sich als sichere Zeichen einer Hirnschädigung Vergrößerungen, Verplumpungen oder Verziehungen der Hirnkammern.

Während des Verlaufes der Untersuchung zeigt sich, ob eine *Hirnleistungsschwäche* oder eine *Verhaltensstörung* vorliegt. Rückschlüsse auf Störungen der Hirnleistungen ergeben Beobachtungen, die auf Störungen der Konzentration, der Merkfähigkeit, der Ausdauer sowie auf eine schnelle Ablenkbarkeit oder schnelle Ermüdbarkeit schließen lassen. Eine gestörte Mitarbeit kann bei psychisch gehemmten Kindern in der Untersuchungssituation selbst liegen. Sie kann aber auch Ausdruck einer schwe-

renen Verhaltensstörung sein, die im Rahmen einer frühkindlichen Hirnschädigung nicht selten auftritt. Mit diesen Kindern ist es nicht möglich, in Kontakt zu kommen. Sie laufen z. B. ziel- und planlos im Zimmer umher, versuchen Schubladen zu öffnen, alles vom Schreibtisch abzuräumen und stecken Gegenstände in den Mund. Hier sind alle Übergänge bis zum ausgeprägten erethischen Zustandsbild möglich. Das andere Extrem der Verhaltensstörung ist der Autismus, bei dem die Kinder ohne jeden Kontakt zur Umwelt auf dem Boden sitzen, sich mit einem mitgebrachten Spielzeug beschäftigen oder rhythmische Fingerbewegungen an Kleidern oder anderen Gegenständen ausführen. Sie sind durch Anrufen nicht aus ihrer Isolation herauszukommen. Bei leichteren Formen werden nur einzelne Symptome des Autismus gesehen, so daß in diesen Fällen von Kindern mit autistischen Zügen gesprochen werden kann.

Eine Aussage über das Ausmaß der kindlichen Sprachstörung erfolgt in der *hirnpathologischen* Untersuchung. Diese beinhaltet die Funktionen der Spontansprache, des Reihensprechens, des Nachsprechens, der Wortfindung, des Sprachverständnisses, des Lesens und Schreibens. Bei Kindern im Vorschulalter sind hier Sonderuntersuchungen erforderlich. Sie bestehen im Nachzeichnen einfacher Figuren, dem Nachbauen von Würfelmustern und dem Ergänzen von Farbmustern. Ich möchte erwähnen, daß es sich bei dieser hirnpathologischen Untersuchung nicht um einen standardisierten Test mit anschließender Berechnung einer Verhältniszahl handelt, sondern das Wesentliche hierbei ist, mit Hilfe einer möglichst schnellen und sicheren, das Kind wenig anstrengenden Methode eine Aussage über das Ausmaß der sprachlichen Ausfälle zu erhalten.

In der Spontansprache wird das Kind zunächst veranlaßt, etwas darüber zu erzählen, was es zu Hause, mit seinen Geschwistern, im Kindergarten oder mit anderen Kindern spielt. Gelingt dies nicht, wird versucht, mit Hilfe von Situationsbildern eine sprachliche Aktivierung zu erreichen. Die Bewertung der Spontansprache erfolgt, inwieweit vollständige und grammatikalisch richtige Sätze gesprochen werden können oder ob es zu unvollständigen Sätzen, einzelnen Satzketten, zu einem Telegrammstil oder gar zu Automatismen oder Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt kommt. Das Reihensprechen kann im weitesten Sinn als eine sprachliche Aktivierungsmethode angesehen werden. Die Untersuchung des Nachsprechens beinhaltet einzelne Testwörter mit steigendem Schwierigkeitsgrad und kurze Sätze. Hier werden vorhandene Stammelfehler, die bereits in der Spontansprache aufgetreten waren, verifiziert. Eine genaue Analyse dieser Stammelfehler geschieht bei einer späteren Untersuchung mit Hilfe der Lauttreppe. Beim Nachsprechen können sich darüber hinaus aber auch dysarthrische Entgleisungen, Formen des Sigma-tismus, Sprechrhythmusstörungen und andere Sprechstörungen darstellen. Die Ergebnisse bei der Prüfung der Wortfindung werden zwar davon abhängen, inwieweit das untersuchte Kind die dargebotenen Gegenstände kennt, man kann aber auf diese Weise zusätzlich einen gewissen Aufschluß über den Wortschatz erhalten. Eine Gegenstandsbezeichnung wurde auch dann als richtig gewertet, wenn die Benennung verstammelt erfolgte. Allerdings dürfen die Stammelfehler nicht zu Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt führen. Eine Besonderheit hierbei möchte ich aber erwähnen, und zwar die sogenannte Idioglossie. Bei dieser kommt es regelmäßig zu Wortneubildungen, mit denen das Kind auch bei mehreren Versuchen ein und denselben Gegenstand immer wieder benennt.

Das Sprachverständnis wird zunächst durch das Heraussuchen einzelner Gegenstände über mündlichen Auftrag untersucht. Der Schwierigkeitsgrad wird dann gesteigert von ein- und zweigliedrigen mündlichen Aufträgen bis zu einem längeren differenzierten Auftrag.

Die Untersuchung der Schriftsprache gliedert sich in das Spontanschreiben, das Diktatschreiben und das Zahlenschreiben. Zunächst wird das Kind veranlaßt, entsprechend seiner Fähigkeit etwas niederzuschreiben. Beim Diktatschreiben wird auf den Wissensstand der Schulklasse Rücksicht genommen, welche das Kind zur Zeit der Untersuchung besucht oder bei Eintritt der Hirnschädigung besucht hat. Aus diesem Grunde staffelt sich der Schweregrad entsprechend den Grundschulklassen 1 — 4. Ähnlich verfahren wir beim anschließenden Zahlenschreiben und beim Lesen. Hier wird zwischen dem Lautlesen und dem Lesesinnverständnis unterschieden. Letzteres wird geprüft, indem man das Kind veranlaßt, den Inhalt der gerade gelesenen Geschichte nachzuerzählen.

Bei Kindern, die noch nicht eingeschult worden sind, prüfen wir mit Hilfe des Nachzeichnens einfacher Figuren die konstruktiven Fähigkeiten. Die erhaltenen Ergebnisse werden differenziert nach Spiegelbildreaktion, Richtungsstörungen, Entstellungen oder einzelnen Strichen und Kritzeleien. Beim Nachbauen von Würfelmustern oder Ergänzen begonnener Farbmuster erhält man Rückschlüsse auf die Fähigkeiten, vorgegebene Formen zu erkennen und zu analysieren. Während die fehlerhaften Ergebnisse beim Nachbauen von Würfelmustern nach Spiegelbildreaktionen und Formentstellungen unterschieden werden, wird man beim Formergänzen entscheiden müssen, ob die vorgegebene Richtung exakt fortgeführt, die Farbkombination aber fehlerhaft ist, oder ob diese erkannt, die Richtung aber nicht beibehalten wurde.

4. Aphasiearten

Die Diagnostik der einzelnen Aphasiearten richtet sich nach den bei der hirnpathologischen Untersuchung erhaltenen Befunden. Sind alle Leistungen der Sprache deutlich gestört oder gar aufgehoben, so spricht man von einer Totalaphasie. Das Wesen der Motorischen Aphasie ist die Störung der Spontansprache, die verschieden ausgeprägt sein kann. In schweren Fällen werden nur einzelne Silben bzw. Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt oder einzelne Vokale aktiviert. Daneben können die Leistungen des Reihensprechens, des Nachsprechens, der Wortfindung mehr oder weniger gestört sein, ohne daß sie die Diagnostik grundlegend ändern. Unbedingt auszuschließen ist aber eine Störung des Sprachverständnisses. Zur diagnostischen Kennzeichnung einer Sensorischen Aphasie gehört, im Gegensatz zur Motorischen Aphasie, das Vorhandensein von Sprachverständnisstörungen. Das Hauptsymptom der Amnestischen Aphasie ist die Störung der Wortfindung. Es muß aber, wie bei der Motorischen Aphasie, eine Sprachverständnisstörung ausgeschlossen werden. Die übrigen Leistungen sind in geringerem Maße oder überhaupt nicht gestört. In der Spontansprache fällt der wegen vorhandener Wortfindungsstörungen geringe Gebrauch an Hauptwörtern auf, deren Bedeutung meistens durch eingeschobene Nebensätze umschrieben wird. Als Gemischte Aphasie wird eine sich in Rückbildung befindende Totalaphasie bezeichnet, die in allen Teilleistungen Besserungstendenzen aufweist, bei der aber die Störungen der Spontansprache und des Sprachverständnisses im Vordergrund stehen.

5. Sprachentwicklungsstörungen

Die Diagnostik einer SpEB und einer SpEV erfolgt durch den Nachweis bzw. Ausschluß einer frühkindlichen Hirnschädigung. *Böhme* vertritt die Ansicht, daß die Ursachen der verzögerten Sprech- und Sprachentwicklung einen deutlichen Wandel erkennen lassen. In zunehmendem Maße gelingt es bei diesen Kindern, eine somatische Genese bzw. somatische Mikrosymptomatik aufzudecken. Als Gründe für diese Wandlung gibt *Böhme* einmal die verfeinerte medizinische Diagnostik, zum anderen die absinkende Säuglingssterblichkeit an. Diese Aussage könnte dazu führen, anzunehmen, daß eine

Sprachentwicklungsstörung ihren Grund immer in einer frühkindlichen Hirnschädigung oder zumindest einer Teilschädigung der »Sprachbahnen und -zentren« hat. Um über diese Hypothese eine Aussage machen zu können, wird im folgenden versucht, anhand der Befunde, bei denen hirnpathologische Untersuchungen von Kindern mit Sprachentwicklungsbehinderungen und Sprachentwicklungsverzögerungen durchgeführt worden sind, Unterschiede auszuarbeiten.

Für diese Untersuchung standen 50 Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen und 50 mit Sprachentwicklungsbehinderungen im Alter von 5 und 6 Jahren zur Verfügung. Um vergleichende Untersuchungen anstellen zu können, wurden die Ergebnisse der hirnpathologischen Untersuchungen nach steigendem Störungsgrad analysiert. Es konnten auf diese Weise bei der Spontansprache, beim Nachsprechen und bei der Wortfindung sieben Stufen, beim Sprachverständnis sechs Stufen aufgestellt werden. Die Befunde beim Nachzeichnen, Nachbauen und Formenergänzen wurden mit richtig oder falsch beurteilt. Den richtigen Ergebnissen wurden beim Nachzeichnen und Nachbauen auch die aufgetretenen Spiegelbildreaktionen hinzugerechnet. Die ermittelten graphischen Darstellungen können Aufschluß über vorhandene Unterschiede geben.

Das Kurvenprofil der Spontansprache im Vergleich beider Gruppen ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Beide Kurven können so interpretiert werden: Die Störung der Spontansprache bei den SpEVEN ist im Vergleich aller Untersuchungen nicht so stark ausgeprägt, wie dies bei den SpEBen der Fall ist. Beide Kurven weisen verschiedene Gipfelpunkte auf. Bei den SpEV liegt dieser in Stufe 1 und bedeutet als Befunderhebung einen »unvollständigen, fehlerhaften Satzbau«. Bei den SpEB sind die Störungen mehr über alle Stufen verteilt, trotzdem ist ein Anstieg in Stufe 5 zu erkennen, der besagt, daß ein Teil der Kinder mit einer SpEB durch die »Produktion einzelner Silben oder Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt« auffällt. (Abbildung 1).

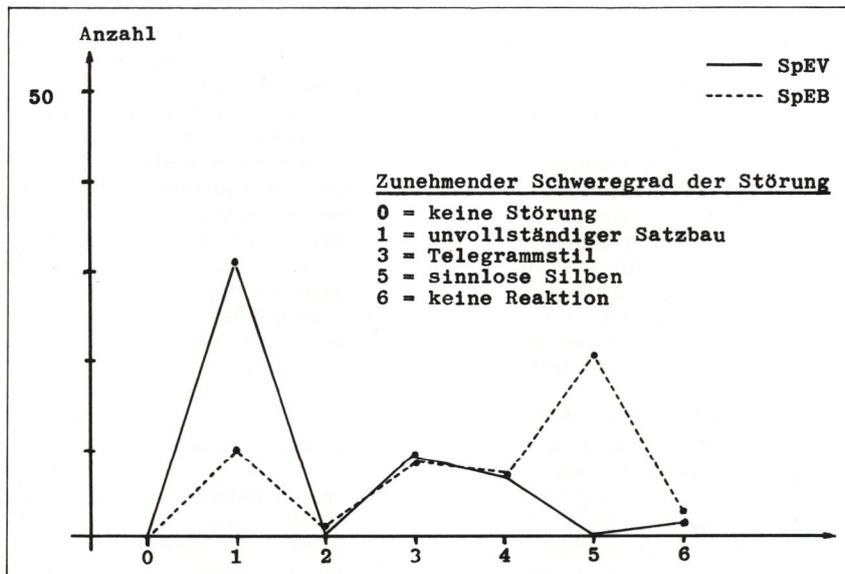


Abbildung 1: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Spontansprache —

Beim Nachsprechen wurde zunächst keine Rücksicht auf Artikulationsstörungen genommen, sondern beurteilt, inwieweit Kinder in der Lage waren, ein- oder zweisilbige Testwörter bzw. kurze Sätze vom Aufbau her richtig nachzusprechen. Wurden allerdings nur Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt produziert, so wurde dieses Ergebnis in Stufe 5 erfaßt. Kam es zu keinerlei Reaktion, so mußte dies in Stufe 6 der Skala eingetragen werden. Wird unter diesen Gesichtspunkten die Abbildung 2 betrachtet, so kann man auch hier wiederum erkennen, daß, bezogen auf die Gesamtverteilung, bei den SpEB mehr Störungen vorhanden sind, die insbesondere das Nachsprechen kurzer Sätze betreffen. In beiden Gruppen ist das Nachsprechen einzelner Testwörter und einzelner Vokale ungestört. Vermehrt bei Kindern mit SpEB werden Verhaltensstörungen beobachtet, die die Mitarbeit so erheblich behindern, daß es zu keiner sprachlichen Reaktion kommt. Dies hatte sich bereits bei der Spontansprache angedeutet und setzt sich nun beim Nachsprechen fort, wie der Kurvenanstieg bei Stufe 6 zeigt.

Artikulationsstörungen	SpEB	SpEV
keine	1	3
Stammelfehler	42	44
Dysarthrien	3	—
Sigmatismen	4	3
Stimmstörungen	SpEB	SpEV
keine	38	50
Rhinolalia aperta	6	—
rauhe, heisere Stimme	5	—
Aphonie	1	—

Tabelle 4: Artikulations- und Stimmstörungen bei kindlichen Sprachstörungen

Insbesondere beim Nachsprechen lassen sich *Störungen der Artikulation und der Stimme* nachweisen. Stammelfehler sind in ihrer Häufigkeit in beiden Gruppen gleichmäßig vorhanden. Dysarthrien sind mit SpEB vergesellschaftet. Die Rhinolalia aperta war bei den SpEB in 6 Fällen vertreten, obwohl eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ausgeschlossen werden konnte.

Bei 5 Fällen mit SpEB war die Stimme rau oder heiser. Diese Stimm- und Sprechstörungen sind Folge neurologischer Ausfälle, die im Rahmen einer frühkindlichen Hirnschädigung im Bereich der Hirnnerven, welche die Sprechwerkzeuge innervieren, auftreten. Das Resultat ist eine Funktionsstörung dieser Organe (Kehlkopf, Zunge, weicher Gaumen, Lippen usw.) (Tabelle 4).

Zur *Wortfindung* wurden Gegenstände sowohl aus dem täglichen Gebrauch als auch nicht-alltägliche Gegenstände vorgelegt. Kinder mit einer SpEV konnten zu einem sehr großen Teil alle vorgelegten Gegenstände richtig bezeichnen. Bei einigen Kindern fanden sich nur vereinzelte Fehlleistungen, die sich bei den nicht-alltäglichen Gegenständen zeigten. Die Fähigkeit, die vorgelegten Gegenstände spontan richtig zu benennen, war bei Kindern mit einer SpEB geringer ausgeprägt. In mehreren Fällen zeigten sich auch hier Silbenkombinationen ohne erkennbaren Sinngehalt, oder es kam überhaupt zu keiner Reaktion, auch nicht, wenn die erste oder zweite Silbe der gesuchten Gegenstandsbezeichnung vorgesprochen wurde (Abbildung 3).

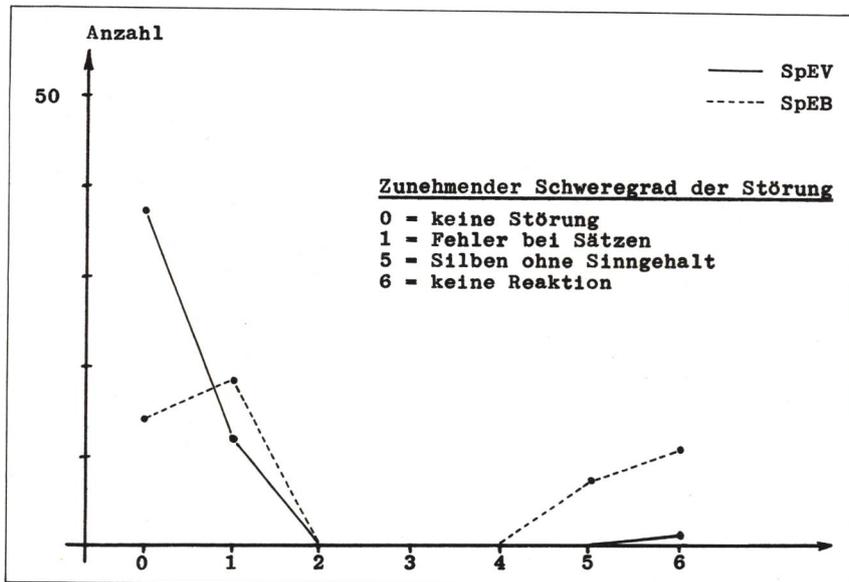


Abbildung 2: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Nachsprechen —

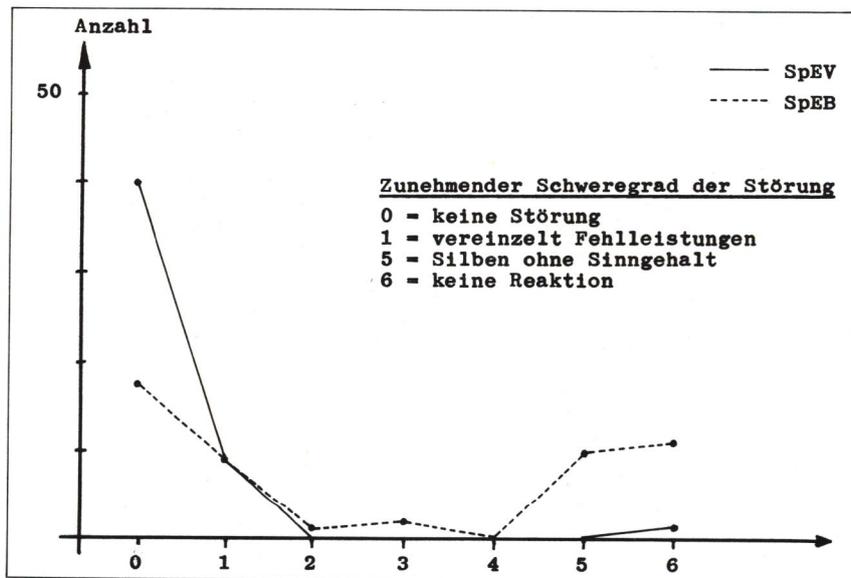


Abbildung 3: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Wortfindung —

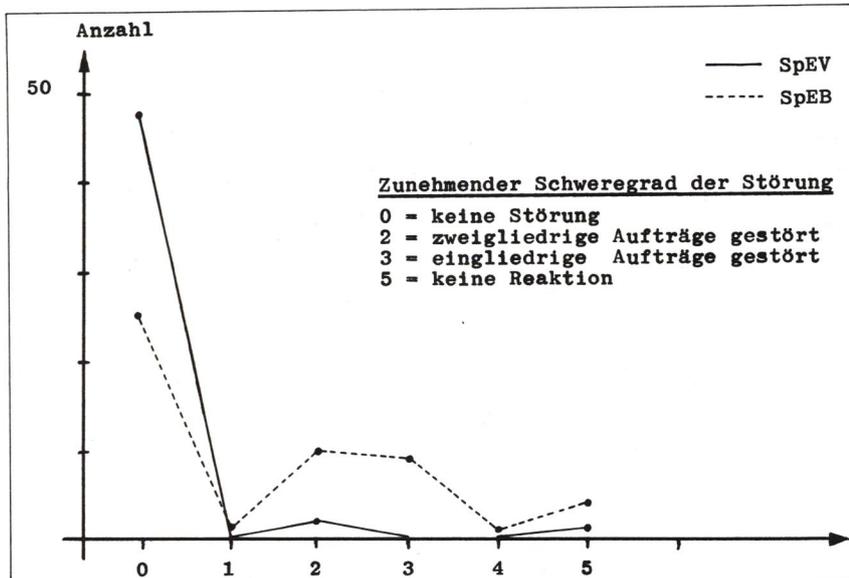


Abbildung 4: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
 — Sprachverständnis —

8) Nachzeichnen

a b c d e f

.....

a ungestört
 b Spiegelbildreaktion
 c Richtungsstörung
 d Formentstellung
 e einzelne Striche, Kritzeleien
 f keine Reaktion

== nicht dokumentierbar

9) Nachbauen

a b c

.....

a ungestört
 b Spiegelbildreaktion
 c Formentstellung

== keine Reaktion
 == nicht dokumentierbar

10) Formergänzung

== ungestört
 == Richtung exakt
 Farbe fehlerhaft
 == Farbe exakt
 Richtung fehlerhaft
 == Farbe und Richtung
 fehlerhaft
 == keine Reaktion
 == nicht dokumentierbar

== ungestört
 == fehlerhafte Ergänzungen
 == keine Reaktion
 == nicht dokumentierbar

Abbildung 5: Befunddokumentation beim
 Nachzeichnen, Nachbauen
 und Formergänzen

Von einer Störung im Sprachverständnis konnte nur dann gesprochen werden, wenn vorher eine Hörstörung ausgeschlossen worden war. In der Gruppe der SpEV fand sich nur bei 3 untersuchten Kindern eine Störung im Sprachverständnis, während die Hälfte der SpEB unterschiedliche Schweregrade dieser Störung aufwies. Hier waren insbesondere ein- und zweigliedrige mündliche Aufträge gestört, wie in der Darstellung bei Stufe 2 und 3 zu erkennen ist (Abbildung 4).

Wie bereits erwähnt, wird bei Kindern, die das Schreiben und Lesen noch nicht erlernt haben, das Nachzeichnen einfacher Figuren, das Nachbauen von Würfelmustern und das Ergänzen begonnener Farbmuster geprüft. Es ist in Abbildung 5 ein Ausschnitt aus dem Befundbogen zur hirnpathologischen Untersuchung zu sehen, der die zu prüfenden Figuren und Muster zeigt. Zur Verdeutlichung möchte ich zum Nachzeichnen zwei Abbildungen zeigen.

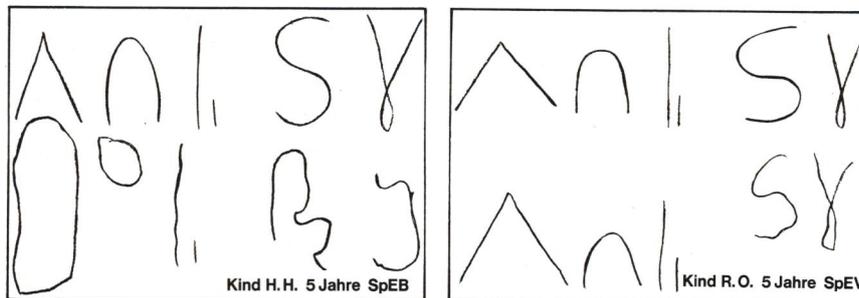


Abbildung 6: Nachzeichnen bei zwei 5jährigen Kindern zum Vergleich

Zunächst die Ergebnisse zweier 5jähriger Kinder. Die linke Zeichenprobe stammt von einem Kind mit einer SpEB, die rechte von einem Kind mit einer SpEV. Während die Figuren im Fall der SpEV zwar etwas ungenau, aber in der Anlage richtig nachgezeichnet wurden, treten bei der SpEB Formentstellungen, teilweise sogar in sehr bizarrer Art, mit Tendenz zur Perseveration, auf (Abbildung 6).

Die weitere Abbildung zeigt die Zeichenergebnisse zweier 6jähriger Kinder. Links wiederum bei einer SpEB, rechts bei einer SpEV. Auch hier ist ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Entwicklungsstörungen zu erkennen, wobei bei der SpEB neben kreisförmiger Formentstellung zusätzlich einzelne Striche, Haken und sonstige Kritzeleien auftreten. Zu den bereits erwähnten fehlerhaften Darstellungen können auch noch Richtungsstörungen auftreten (Abbildung 7).

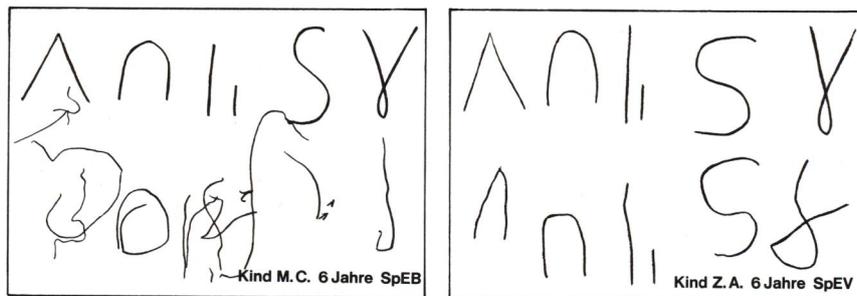


Abbildung 7: Nachzeichnen bei zwei 6jährigen Kindern zum Vergleich

In der folgenden Abbildung sind die richtigen Ergebnisse beider Gruppen graphisch dargestellt. Es fällt auf, daß die einzelnen Figuren, die nachgezeichnet werden sollten, einen unterschiedlichen Schweregrad aufweisen, wie aus der fallenden Tendenz beider Kurven abzulesen ist. Am leichtesten scheinen die beiden unterschiedlich langen Striche, am schwierigsten die Schleife zu sein. Die meisten richtigen Ergebnisse finden sich bei den SpEV, während bei SpEB bedeutend weniger richtige Lösungen gefunden wurden. Werden die Fehler näher analysiert, so zeigt sich, daß bei SpEV Richtungsstörungen und Formentstellungen hauptsächlich nur bei den beiden letzten Figuren vorkommen. Im Gegensatz dazu verteilen sich bei SpEB die Richtungsstörungen und Formentstellungen fast gleichmäßig über alle dargestellten Figuren. Zusätzlich treten aber auch einzelne Striche und Kritzeleien auf, die mit der abzuzeichnenden Figur keine Ähnlichkeit mehr haben (Abbildung 8).

Die nächste Abbildung bezieht sich auf die richtigen Ergebnisse beim Nachbauen von Würfelmustern. Das nachzubauende Muster ist an der Basis der dazugehörigen Säule abgebildet. Bei SpEV bezogen sich einige falsche Lösungen auf das letzte Muster, während alle übrigen richtig nachgebaut wurden. Die richtigen Ergebnisse bei SpEB sind auch hier deutlich geringer, wenn auch nicht so ausgeprägt, wie dies beim Nachzeichnen der Fall war. Die größte Trennschärfe zwischen SpEV und SpEB scheint in der letzten Figur zu liegen (Abbildung 9).

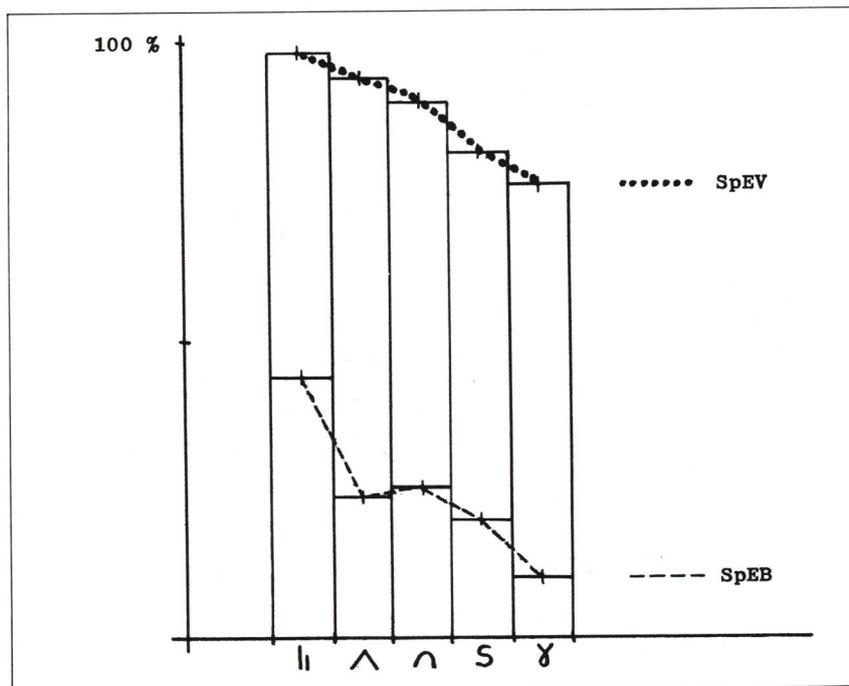


Abbildung 8: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Nachzeichnen —

Beim Formergänzen bedienen wir uns zweier Farbmuster, die der Untersucher beginnt und die das Kind sowohl in Richtung als auch Farbkombination fortführen soll. Die richtigen Ergebnisse beider Gruppen sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Auch hier ist weiterhin der Trend zu erkennen, daß die SpEBen mehr fehlerhafte Lösungen aufweisen als die SpEVEN (Abbildung 10).

Die Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung bei 5- und 6jährigen Kindern führte zu folgenden Erkenntnissen:

Die pathologischen Befunde in der expressiven Sprache sind in der Gruppe der SpEB im Vergleich zur Gruppe der SpEV stärker ausgeprägt. Bei der SpEB kommen häufiger Silbenproduktionen ohne erkennbaren Sinngehalt vor, als dies bei der SpEV der Fall ist. Eine durch Verhaltensstörungen behinderte Mitarbeit macht in hohem Maße bei der SpEB eine Untersuchung unmöglich. Bei SpEB sind Störungen im Sprachverständnis häufiger anzutreffen als bei der SpEV. Im Nachzeichnen sind bei SpEB weniger richtige Lösungen zu erwarten als bei der SpEV. Bei der Fehleranalyse treten bei der SpEB häufig Richtungsstörungen, Formentstellungen sowie einzelne Striche und Kritzeleien auf, die bei allen Figuren in gleicher Häufigkeit vorkommen. Bei der SpEV werden im Gegensatz zur SpEB fast alle Würfelmuster richtig nachgebaut.

Diese gegensätzlichen Ergebnisse widersprechen der Annahme von nur einer Art von Sprachentwicklungsstörung.

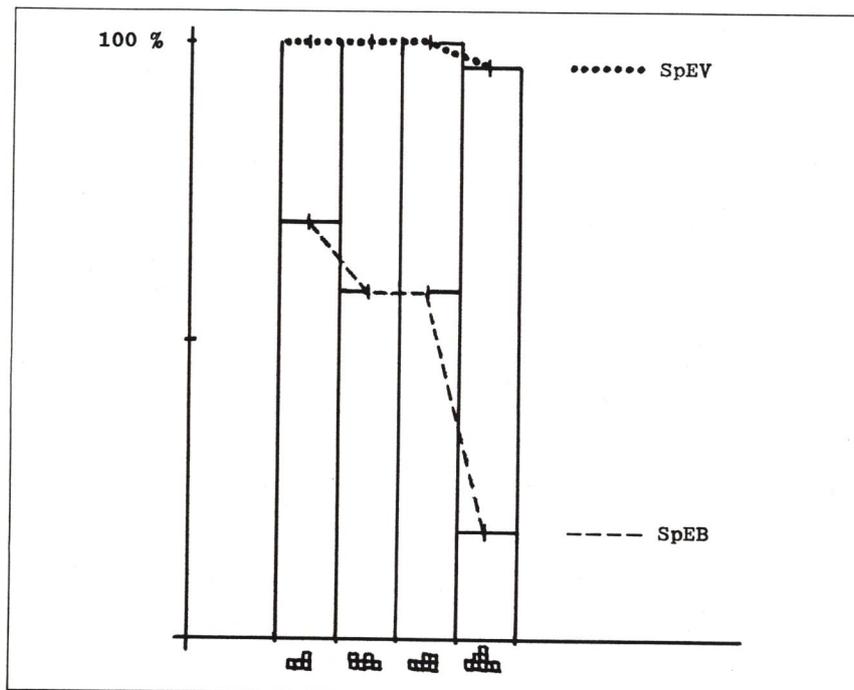


Abbildung 9: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Nachbauen —

6. Folgerungen für Diagnostik und Therapie

Abschließend möchte ich noch einige kurze Ausführungen über die Therapie der Sprachentwicklungsstörungen machen. Die Therapie sollte so früh wie möglich begonnen werden, d. h. bereits im Alter von 3 Jahren. Voraussetzung hierfür ist, insbesondere bei SpEB, das Verhalten des Kindes, weniger der erreichte Intelligenz-Quotient. Die immer noch weit verbreitete Meinung, beim sprachentwicklungsge- störten Kind handele es sich um einen sogenannten »Spätentwickler«, kann im gün- stigsten Fall zutreffend sein, ebenso häufig sind aber auch die Fälle, bei denen sich die Sprache bis zum Eintritt der Schulpflicht nicht so weit entwickelt hat, daß eine zeitgemäße Einschulung möglich ist. Die Folge hiervon ist eine Zurückstellung, ohne daß die Ursache der Sprachentwicklungsstörung festgestellt worden ist. Ich bin daher der Ansicht, daß bei jedem Kind, welches im Alter von 3 bis 4 Jahren noch eine Sprachentwicklungsstörung aufweist, eine diagnostische Klärung durchgeführt werden muß. Da es hierbei insbesondere darum geht, eine frühkindliche Hirn- schädigung auszuschließen, muß diese Untersuchung durch einen Neurologen mit Kenntnissen der Sprachstörungen im Kindesalter erfolgen. Insbesondere auch des- wegen, weil die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten die Untersuchung der Sprache im 4. Lebensjahr einschließt. Es ist zuwenig bekannt, daß ein Arzt, der eine Sprachstörung bis zum 4. Lebensjahr im Rahmen dieser Vorsorgeuntersuchun- gen festgestellt hat, dafür Sorge tragen soll, daß diese Fälle weiterer gezielter fach-

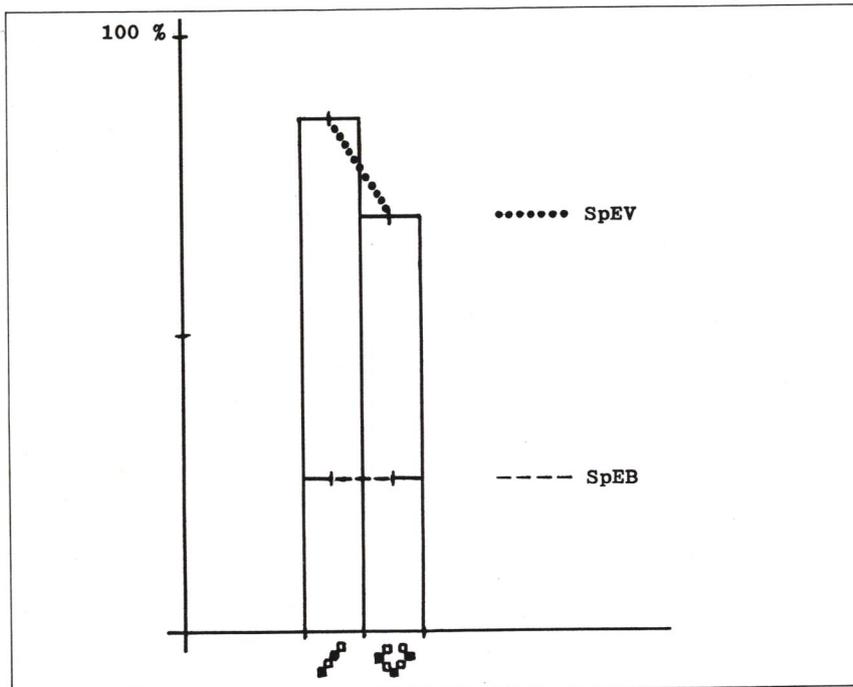


Abbildung 10: Befundanalyse der hirnpathologischen Untersuchung
— Fornergängen —

ärztlicher Diagnostik zugeführt werden. (Aus: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres, sogenannte »Kinderrichtlinien«.)

Es wäre aber wenig sinnvoll, wenn es nur bei den diagnostischen Abklärungen bliebe. Es muß daher ebenso gefordert werden, daß die Kinder, bei denen eine Sprachheiltherapie indiziert ist, auch möglichst schnell einer solchen zugeführt werden können. Die meisten Kinder werden an die Sprachheilambulanzen der Städte verwiesen. Aus eigener Erfahrung weiß ich, daß diese Sprachheilambulanzen Kinder meist erst dann behandeln, wenn sie eingeschult worden sind. Eine Behandlung im vorschulischen Bereich findet nur in sehr wenigen Fällen statt. Andererseits werden in den Sprachheilambulanzen aus der bereits anfangs geschilderten Definitionsschwierigkeit weniger Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen als in der Hauptsache die sogenannten Sprechstörungen wie Stottern, Poltern, Näseln, Lispeln usw. behandelt. Diese Problematik setzt sich sogar bis in den schulischen Bereich der Sprachheilschulen fort. Dies hat zur Folge, daß Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung von der Schulpflicht zunächst für ein Jahr befreit werden, um dann, wenn in dieser Zeit die Sprachentwicklung nicht vollendet wurde, in eine Sonderschule für Lernbehinderte eingeschult zu werden.

Die Forderungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates, die als Ziel der Förderungsmaßnahmen in den Schulen u. a. eine Vermeidung der Überweisung in Schulen für Lernbehinderte sieht, möchte ich daher in der Weise ergänzend unterstützen, daß man mit dieser, insbesondere sprachlichen Förderung bereits im vorschulischen Bereich beginnen sollte. Auf diese Weise wird bei Kindern mit einer prognostisch günstig verlaufenden SpEV eine zeitgerechte Einschulung erreicht. Bei Kindern mit einer SpEB besteht durch eine frühzeitig einsetzende Sprachheiltherapie die Chance, daß sie anstelle der Sonderschule für Geistigbehinderte die Sonderschule für Lernbehinderte besuchen können.

Literatur:

- Ajuriaguerra de, J. F., und A.: Organisation psychologique et troubles du développement du langage. Probleme de Psycho-linguistique. Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française. Neuchatel 1962.
- Arnold, G. E.: Die Sprache und ihre Störungen. Aus: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, 2. Auflage. Springer, Wien 1959.
- Böhme, G.: Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1974.
- Coen, R.: Pathologie und Therapie der Sprachanomalien. Urban und Schwarzenberg, Wien/Leipzig 1886.
- Forsius, H., u. a.: Aphasia and aphasi-like disorders in children. Mercatorin Kirjapaino, Helsinki 1959.
- Fröschels, E.: Lehrbuch der Sprachheilkunde, 3. Auflage. Deuticke, Leipzig/Wien 1931.
- Gutzmann, H.: Sprachheilkunde, 3. Auflage. Fischers med. Buchhandlung, H. Kornfeld, Berlin 1924.
- Leischner, A.: Die Sprachstörungen im Kindesalter. In: Zeitschrift für Kinderheilkunde, 100 (1967) S. 137 — 159.
- Leischner, A., und Katwijk, H. v.: Sprachstörungen im Kindesalter. Logopedie en Foniatrie 42 (1970) S. 37 — 52.
- Linck, H. A.: Ätiologie und Arten der Aphasie. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation 3 (1973).
- Myklebust, H. R.: Language Training: A comparison between children with aphasia and those with deafness. Amer. Ann. Deaf. 101 (1956) S. 240 — 242.
- Morley, E. M.: The development and disorders of speech in childhood. Livingstone, Edinburgh/London 1957.

Anschrift des Verfassers: Dr. Hans-Alfred Linck, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 53 Bonn, Rheinische Landeslinik für Sprachgestörte, Kaiser-Karl-Ring 20.

Die Relevanz der Psycholinguistik für die Phoniatrie *

Vielleicht war es übertrieben, wenn Lévi-Strauss von der Phonologie einen gleichen revolutionären Prozeß in den Gesellschaftswissenschaften erwartete, wie ihn die Atomphysik in den Naturwissenschaften ausgelöst hat. Niemand vermag auch heute schon mit Bestimmtheit zu sagen, ob die Auswirkungen von Chomskys Aufdeckungen über die Tiefen- und Oberflächenstruktur der Sprache mit den Freudschen Enthüllungen des Unbewußten und Unterbewußten einen Vergleich standhalten. Eines sollte für uns Sprachärzte, Sprecherzieher, Sprachbehindertepädagogen, Logopäden und Stimmtherapeuten jedoch unverkennbar sein: Die linguistische Interpretation (man kann ebenso formulieren: Representation) von Sprach- (ich möchte hinzufügen) und Stimmstörungen, die durch Veröffentlichungen im deutschen Sprachbereich erst in den 70er Jahren recht eigentlich begonnen hat, wird sich in der Fachliteratur und im Experiment nicht mehr ausschalten lassen. In Umformung eines prägnanten Satzes eines Sprachpsychologen könnte man postulieren: Die Grammatik hat eine phoniatriisch-logopädische Realität.

Wenn ich mich auch in meinen Ausführungen auf Positionen beschränken möchte, die vorwiegend auf der phono-psycholinguistischen Ebene liegen, so muß ich doch zum breiteren Verständnis einige Rückgriffe auf den Sprachaneignungsprozeß vornehmen.

Als eines der zahlreichen Resultate intensiver, insbesondere nordamerikanischer und sowjetischer sprachpsychologischer Forschungsarbeit, ist zunächst einmal festzustellen, daß die Kinder in der Phase des Spracherwerbs nicht so sehr von einer formal einordnenden, sondern in einem signifikant höheren Maß von der semantischen Definition der Grammatikklassen ausgehen. Für sie ist das Substantiv tatsächlich substanziell, es ist ein Gegenstand, so wie das Verbum eine Aktion bedeutet. Wir möchten die ausgereiften psycholinguistischen Implikationen dieser Erkenntnis außer acht lassen. Für uns ist in diesem Zusammenhang wesentlich, daß der Bedeutungsaspekt in enge Nachbarschaft zur Grammatik rückt. Das wird uns noch im weiteren beschäftigen.

Ein anderer sich herausspinnender Faden in diesem komplexen Gedankenknäuel ist der Fakt, daß bei linguistischen Verbundexperimenten Erwachsene vorwiegend paradigmatisch, Kinder aber syntagmatisch assoziieren. Erstere verbinden mit einem vorgegebenen Wort, z. B. Schlafen: wachen, liegen, träumen — letztere verknüpfen damit die Assoziationen: fest, tief, lange. Anders ausgedrückt: Kinder kombinieren, Erwachsene selektieren. Auch hier soll das psycholinguistische Detail unberücksichtigt bleiben.

Festhalten wollen wir für unseren therapeutischen Aufgabenbereich, daß es aus manchen Gründen vorteilhaft zu sein scheint, bei der Stimm- und Sprachbehandlung von ganzen Sätzen auszugehen, in ganzen Sätzen zu sprechen. Es erweist sich außerdem als günstig, wenn der Übungsstoff, das Lautmaterial, sinnvoll ist. Die Bedeutung klebt dem Zeichenträger als ein klassisches Etikett auf. Wir sollten es nicht willkürlich durch Aneinanderreihung sinnfreier Silbenketten abreißen.

Wir dürfen nicht versäumen, auf ein Werk hinzuweisen, das bereits vor mehr als 30 Jahren erschienen ist und nach meiner Einschätzung eine ungenügende Beachtung

* Vortrag, verlesen anlässlich der 50. (Jubiläums-) Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde am 10. Mai 1975 in Wiesbaden.

bei den nichtlinguistisch ausgebildeten Sprech- und Stimmtherapeuten gefunden hat: »Kindersprache, Aphasie und Lautgesetze« von Jakobson. Hier wurde über das bisher die Sprachwerdung bestimmende Deskriptive hinaus eine Phasenentwicklung aufgezeigt, die sich nicht nur als erkenntnisfördernd für die frühen Sprachperioden und aphasischen Aufbauphänomene erwies, sondern durch die Aufstellung einer evolutionistisch-genetischen Lautungshierarchie für die Gestaltung einer lautkonsekutiven Stimm- und Sprachtherapie wertvolle Anregungen gab. Sie werden leider noch zu wenig aufgegriffen. Der Erfolg jeder Form von Sprachtherapie hängt zu einem gewissen Grad davon ab, mit welchem Laut bzw. welchen Lautfolgen sie begonnen und weitergeführt wird. Die Erfahrung des Therapeuten und die Stimmindividualität des Patienten liegen im Kreuzpunkt dieser Entscheidung. So kann im einzelnen Fall das schwierig zu realisierende (a) einen ebenso günstigen Effekt haben wie das ungespannte, die Mittellage der Stimme einpendelnde (a), oder die dunkle Vokalreihe empfehlenswerter sein als die gemeinhin vorgezogenen Mittelzungen-vokale.

Gegenwärtig wächst das Interesse der psychologischen Forschung an den Wahrnehmungsvorgängen, nicht zuletzt wegen der wechselseitigen Verflochtenheit mit den geistigen Produktions- und Reproduktionsprozessen. Nicht nur, daß explizit eine Motortheorie der Sprachwahrnehmung entwickelt wurde — auf deren erhebliche Bedeutung für die Sprachpraxis ich aufmerksam mache —, auch implizit setzt man sich zunehmend mit den sensorischen »Eingängen« als entscheidende Voraussetzungen für die »Ausgänge« auseinander. Ich halte diese visuellen Perzeptionstests oder sensomotorischen Differenzierungsproben nicht nur für eine Bereicherung auf dem Gebiet der Sprachdiagnostik — ich sehe ihren besonderen, noch ungeschätzten Wert auf dem therapeutischen Sektor der Stimm- und Spracheheilkunde. Bei der Erwähnung der kommunikativen Stimmtherapie werde ich darauf zurückkommen.

Wir bemerken, wie eng die Tuchfühlung zwischen den Wahrnehmungsvorgängen, Lern- und Denkprozessen und Sprachereignissen ist. Bereits in der Wahrnehmung ist das Denken involviert. Ganz am Rande, ohne »Ideologiekritik« an diesem Ort auf den Plan zu rufen, möchte ich an *Berkeleys*: »esse est percipi« erinnern — Sein ist Wahrgenommenwerden.

Psycholinguistisch sind an dieser Stelle die Untersuchungen *Glanzers* einzuordnen. Er fügt in Anlehnung an die Gestaltpsychologie zwischen Objekt und Subjekt im Widerspiel der Wahrnehmung eine sprachliche Organisationsphase ein. Daß damit die *Whorfsche* These vom linguistischen Determinismus unterstützt wird, soll nicht unerwähnt bleiben.

Ehe ich abschließend auf einige Erfahrungen mit der kommunikativen, psycholinguistisch untermauerten Stimmtherapie zu sprechen komme, muß ich mich in direkter Berührung des Themas erstaunt darüber äußern, daß wir uns in Theorie und Praxis wenig mit dem Pausenproblem beschäftigt haben. Dabei erleben wir die syntaktische Struktur nicht nur als Ganzes, sondern mit einer bestimmten Verlaufsgeschwindigkeit. Psycholinguisten sind uns hier voraus, ich nenne *Goldmann-Eisler*. Die Pausen nehmen 40 bis 50 Prozent der Sprechzeit ein. Die Veränderung des Sprechtempos — es gehört ja zu den wesentlichen Akzentuierungen — wird zu $\frac{9}{10}$ durch Pausen geregelt. Dagegen läuft die Artikulation relativ konstant ab. Die Pause dient der verbalen Planung und Selektion. Ich möchte hier nicht auf das Verhältnis zwischen Pause und Informationsgehalt des nachfolgenden Wortes, verbunden mit Fragen der Übergangswahrscheinlichkeit nach dem *Markoff-Modell*, eingehen. Das ist die Domäne der Fachlinguisten. Phoniatrie aber erschiene es mir aufschlußreich, wenn wir einmal die Zusammenhänge zwischen Stimmstörung und Intervallorganisation überdenken würden. Wenn wir uns überlegten, wie die Pause

als strategische Entscheidung der Sprechhandlung auch Eingang in unser Behandlungsregime finden könnte.

Vor mehr als zehn Jahren haben wir uns zum erstenmal bemüht, für diese linguistischen und psycholinguistischen, relevanten Fragen und Probleme eine phoniatische Konzeption zu entwickeln, die in die praktische Übungstherapie Eingang finden sollte. Dieses Unternehmen wurde als Stimmheilkur inauguriert. Später habe ich es unter dem Begriff »Kommunikative Stimmtherapie« zu präsentieren versucht. Auf die allgemeine Methodologie dieses Stimmheilverfahrens ist hier nicht einzugehen. Mit einem Satz sei angedeutet, daß wir die Schulung der Perzeption, die Verständnisförderung der sensorischen »inputs«, in unser Übungsprogramm als akupädisches Training, d. h. Hörsensibilisierung im weitesten Sinne, mit einbezogen haben.

Es paßt in den engeren Rahmen meiner Ausführungen, wenn ich die drei konstituierenden Elemente dieser spezifischen Übungstherapie anführe: Partnerbezogen, emotionsgetragen, situationsgebunden. Mit diesen drei adjektivischen Merkmalen, die das Übungsprogramm in jeglicher Form begleiten, begeben wir uns auf psycholinguistisches Terrain. Wir hatten es damals ohne exakte wissenschaftliche Sondierung betreten.

Heute wissen wir, daß alle unsere Kundgaben, auch die monologischen, in einem ständigen Partnerverbund stehen. Ja, es scheint, daß dieser Rückkopplungskontakt, wenn wir vom Sprachlaut ausgehen, nicht nur akustisch-auditiv, sondern auch perzeptiv-artikulatorisch besteht. Ich verweise auf die Sprachwahrnehmungstheorie von *Liebermann*.

Die Konstruktion des Semantischen Differentials von *Osgood* hat uns weitere Aufschlüsse darüber gebracht, daß die Bedeutung eines Worts nicht nur denotativ, d. h. abstrakt-begrifflich, determiniert ist, sondern daß zu seinem Bedeutungsaspekt erhebliche konnotative, d. h. nebensinnige, gefühlsmäßige, stimmungshaltige, Elemente beitragen. Es ist unsinnig, eine Stimmtherapie zu betreiben, die diese Stimmungsgehalte und Gemütsgewichte unbeachtet läßt. Hier steckt meines Erachtens der Kardinalfehler aller mechanistischen Übungstherapien.

Rilke spricht einmal von den »Bergen des Herzens und Gehörten von Gefühl«. Diese Bilder bleiben für uns »Kulissen des Nichts«, wenn wir mit einem mechanistisch konstruierten Gefährt an ihnen vorüberhuschen. Um eine Landschaft zu erleben, müssen wir uns in ihren Stimmungscharakter hineinversenken. Die Sprachlandschaft bedarf der »Bemühung des Gefühls«, sie ist der *Hegelschen* »Anstrengung des Begriffs« angemessen. *Tolmans* kognitive Landkarte der Sprache muß durch die emotionale ergänzt werden.

Schließlich — damit soll die psycholinguistische Realität auch des letzten der drei, jede Stimm- und Sprachtherapie konstituierenden, Elemente aufgezeigt werden — wissen wir aus der kindlichen Sprachentwicklung, wie sich die Bedeutung eines Worts allmählich aus der Dynamik der Gesamtsituation herauschält. Vor allem *Lurias* Experimente zeugen von der festen Situationsverklammerung der Worte. Kontext schafft Bedeutung. Diese wiederum ist — wie wir gehört haben — durch ein Ensemble denotativer und konnotativer Elemente mit der Wortstruktur und dessen Klanggesicht eng verbunden. Unsere therapeutischen Konzepte können diesen Ganzheitsaspekt nicht ignorieren.

Alle vorgenannten Daten sind für unsere praktische Arbeit entscheidend. Sie beinhalten global eine Abkehr der modernen sprachpsychologischen Theorien vom erstarrten dyadischen Schema einer direkten und alleinigen Verbindung zwischen Zeichen und Bezeichnetem. Sie kennzeichnen die Hinwendung zu einem funktionalen, sozialen, emotionalen und regionalen Konnotationsverständnis. In unserer jüngst auf-

gelebten Diskussion über Sprech- und Sprachbarrieren, über Normierung und Normniveau des Sprachlichen, sollten wir diese sprachpsychologischen Beiträge mit einbringen.

Viele Jahrzehnte hindurch haben sich reflexologische, positivistische, behavioristische, logisch-analytische, neobehavioristische, lerntheoretische Anschauungen und Methodologien auf dem Sprachfeld behauptet. Die Wiederentdeckung der biologisch präformierten und fundierten Sprache ist das Werk eines Linguisten. (Die noch umstrittene Unterscheidung von Kompetenz und Performanz soll uns hier nicht tangieren, heuristisch bleibt der Ansatz von Chomsky von unbezweifelbarem Wert). Wir sollten es ihm als Phoniater-Ärzte lohnen, indem wir unsere Intentionen darauf richten, die offenen Maschen in dem genialen Gedankennetz, das er über das System der Sprache gespannt hat, an den Stellen zu verschließen, die am nächsten unser Fach berühren: Eine Theorie über die Sprachperformanz, eine Linguistik des Sprechens.

Die Darstellung der Sprecherstrategien, des Wechselspiels im intra- und interindividuellen Encodieren und Decodieren, die Aufklärung der Relation zwischen Sprachgebilde und Sprachproduktion — das alles ist eine unerhört schwierige, aber auch reizvolle Aufgabe, die die Grenzen des Psychologischen an vielen Stellen sprengt, ohne sie vollständig beseitigen zu können. Mit anderen Worten: Wir müssen auch als Ärzte dieses weite Feld beackern helfen. Es kann dem Ganzen nur förderlich sein, wenn die Psycholinguisten uns mit eigenen Anstrengungen zur Seite stehen. Auf dem Feld der Aphasologie hat die Teamarbeit schon begonnen.

Es ist wahrscheinlich, daß sich die arbeitshypothetischen und methodologischen Abgrenzungstendenzen Neurolinguistik, Psycholinguistik, Soziolinguistik und Biolinguistik im Gemeinverband einer übergreifenden *anthropologischen Linguistik* wiederfinden werden. Die Phoniatrie mit ihrem Anspruch stimm- und sprachklinischer Hygiene sollte in dieser Kooperationsgemeinschaft inmitten einer sprachlich stark verschmutzten Umwelt einen bevorzugten Platz einnehmen.

So soll der Schluß des Beitrags in maßvoll provokanter Absicht den Titel umkehren: Es ist von erheblicher Bedeutung, daß sich die linguistischen Fächer auf das Bewirken der Phoniatrie besinnen.

Literatur:

- Chomsky, N.: Aspekte der Syntax-Theorie. dt. Frankfurt 1969.
Chomsky, N.: Sprache und Geist. Suhrkamp Taschenbuch. Wissenschaft 1973.
Glanzer, M.: Psycholinguistics and verbal learning. In: Salzinger, K./Salzinger, S. (Hrsg.): Verbal Behavior and some Neurophysiological Implications, New York 1967, S. 203 — 219.
Goldmann-Eisler, F.: Hesitations, information, and levels of speech production. In: Ciba Foundation Symposium: Disorders of Language. Boston 1964, S. 96 — 111.
Jakobson, R.: Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze. dt. Frankfurt 1969.
Lévi-Strauss, C.: Das wilde Denken. Suhrkamp Taschenbuch. Wissenschaft 1970.
Libermann, A. M.: Some results of research on speech perception. The Jour. Acoust. Soc. America 29 (1957), S. 117 — 123.
Luria, A. R., und Jodowitsch, F. J.: Die Funktion der Sprache in der geistigen Entwicklung des Kindes. dt. Düsseldorf 1970.
Osgood, C. E.: The nature and measurement of meaning. Psychol. Bull. 49 (1952), S. 197 — 237.
Tolman, E. C.: Cognitive maps in rats and men. Psychol. Rev. 55 (1948), S. 189 — 208.
Whorf, B. L.: Sprache, Denken, Wirklichkeit. Beiträge zur Metalinguistik und Sprachphilosophie. dt. Hamburg 1963.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. habil. Horst Gundermann, DDR 195 Neuruppin, Neustädter Straße 6.

Autismus — Mutismus — Aphasie — Ein Definitionsvorschlag

Autismus, Mutismus und Aphasie sind Bezeichnungen für Behinderungssyndrome unterschiedlicher Ätiologie und Genese. In der Sprachheilpädagogik werden diese Begriffe für Sprachbehinderungen angewandt. Dabei ist man sich bewußt, daß insbesondere schwere Sprachbehinderungen immer nur ein Symptom eines umfassenderen Behinderungssyndroms sind. Die Erforschung, Beschreibung und Behandlung solcher Behinderungssyndrome wird von verschiedenen Fachdisziplinen betrieben, die dabei jeweils eigene Fachtermini verwenden.

Für den Formenkreis a) Autismus, b) Mutismus, c) Aphasie finden sich in der Literatur u. a. folgende Begriffe:

- a) Seelentaubheit; sprachakustische Agnosie; Psychose; Schizophrenie; infantile Demenz; Stupor; Negativismus; Kanners Syndrom; autistische Psychopathie nach Asperger u. a.
- b) Aphrasia voluntaria; psychogene Stummheit; infantile Hemmung; thymogener Mutismus; elektiver Mutismus; Surdomutitas u. a.
- c) Hörstummheit; alalia prolongata; Audimutitas; development aphasia; sensorische, motorische Aphasie; rezeptive, expressive Aphasie; totale Aphasie u. a.

Diese Begriffsvielfalt ist das Ergebnis der historischen Entwicklung der Forschung wie verschiedener Forschungsansätze. Für den Sprachheillehrer bedeutet das aber eine Erschwerung der Information und Kommunikation. Als weitere Schwierigkeit kommt hinzu, daß die Diagnose bei diesen Behinderungen manchmal nicht eindeutig ist. Im Erscheinungsbild können sich Überschneidungen innerhalb dieser Behinderungsarten wie fließende Übergänge zu anderen Behinderungsformen ergeben. Kinder mit den noch zu umschreibenden Kernsyndromen sind selten. Bei optimaler Förderung durchlaufen sie positive Entwicklungsphasen, so daß man von ihnen nur in der adjektivischen Form als von autistischen, mutistischen oder aphasischen Kindern spricht. Damit bezeichnet man aber mehr eine Verhaltensweise, die nicht zwingend auf die Primärbehinderung verweist (Wing, 1973, S. 18). Oftmals liegen für die Kinder falsche Diagnosen vor wie gehörlos, stumm, blind, schizophren oder nichtsagende Pauschalurteile wie retardiert oder geistig behindert. Diese Erfahrungen machen es nötig, nach einer eindeutigen Definition zu suchen, die von Sprachheilpädagogen übereinstimmend benutzt werden kann.

Definition: Autismus ist eine zentrale Mehrfachbehinderung, die entweder angeboren oder in früher Kindheit erworben ist. Der Autismus ist eine Wahrnehmungs- und Verarbeitungsanomalie, die sich als Behinderung im kognitiven, sprachlichen, sozialen und psychomotorischen Bereich auswirkt. Die Ursachen sind unbekannt.

Beschreibung (das folgende Gliederungsschema lehnt sich an einen Vorschlag von Heese/Solarová an, 1973, S. 38):

- a) *kognitiver Bereich:* visuelle und auditive Wahrnehmungsbehinderung, die eine Verhaltensweise verursachen, die dem taubblinden Kind ähnlich sein kann; Unvermögen, sprachliche Signale richtig zu deuten; Verharren oder Rückzug auf bekannte Erfahrungsfelder; Verweigerungsversuche bei neuen Lernreizen; Vorliebe für Lernfelder, deren Wahrnehmung und Verarbeitungsmöglichkeit weniger beeinträchtigt ist wie Musik, Puzzlespiele, Sortierspiele oder nach fortgeschrittener Therapie Mathematik. Im letzten Fall können überraschende Fähigkeiten entwickelt werden, die den Verdacht auf eine primäre intellektuelle Behinderung zurückweisen.

b) *sprachlicher Bereich*: Keine Sprache bis zum 4. Lebensjahr oder länger; eingeschränkte oder fehlende Reaktion auf sprachliche Reize; schlechte Diskrimination von Lauten und Lautquellen; Vorliebe für oder Abscheu gegenüber bestimmten Lauten (das Kind hält sich z. B. die Ohren zu, wenn es einen Hubschrauber hört, genießt dagegen das Ticken einer Uhr); nach Spracherwerb: Schwierigkeiten im Bezugssystem von gesprochenem Begriff und zugehörigem realen Gegenstand; Echolalie; Ich-Du-Verwechslung; Phraseologie; Neologismen; Wortsalat; Artikulations- und Modulationsstörungen; Sprechscheu; Sprechangst.

c) *sozialer Bereich*: Kein Blickkontakt; Angst vor unbekanntem Räumen, Gegenständen, Menschen, Situationen; Eßprobleme; Schlafprobleme, Enuresis; Encopresis; Aggression; Selbstaggression; Abkapselung; Abwesenheit; Umweltferne; Sammelmanie kleiner bedeutungsloser Gegenstände (Wollfäden, Knöpfe usw.); ritualistisches und zwanghaftes Verhalten. (Aufgrund dieses für die Mitmenschen nicht sinnvoll deutbaren Verhaltens hat man aus einer gewissen Neugierhaltung heraus den Begriff geprägt »Kinder von einem anderen Stern«.)

d) *psychomotorischer Bereich*: Schlechte Diskriminierung von Schmerz, Kälte, Hitze; zwanghafte perseverierende Bewegungen; Schaukelbewegungen; Verharren in Kauerstellungen; Umherirren; Hyperkinese oder seltener Hypokinese; Hand- und Fingermanierismen; Lateralitätsunsicherheit; Stereotypen.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß selbstverständlich nicht alle angeführten Verhaltensweisen und Eigenschaften bei einem Kind beobachtet werden können. Vielmehr handelt es sich um Beschreibungen, die für eine größere Population von Kindern zutreffen, die unter Autismus leiden. Für jedes einzelne Kind müssen aus jedem Bereich aber einige Beschreibungen zutreffen, wenn die Diagnose Autismus berechtigt sein soll. Dabei spielt für jedes einzelne Kind der Zeitpunkt der Diagnose eine besondere Rolle, da jeder Lernvorgang das Bild verändert.

Definition: Mutismus ist ein funktionell bedingter totaler oder partieller Sprechverlust ohne Beeinträchtigung der Fähigkeit, sprachliche Signale aufzunehmen. Er besteht in dem Unvermögen, sprachliche Kommunikation situationsunabhängig anzuwenden, obwohl eine theoretische Sprechfähigkeit vorhanden ist. Die Ursache der pathologischen Hemmung gründet in einer psychischen Fehlreaktion auf für das Kind negative Umweltreize.

Beschreibung: Die Sprachanbildung in der frühkindlichen Phase verlief ohne Auffälligkeiten. Zumeist war eine normale Sprechfähigkeit vorhanden. Der Sprechverlust trat plötzlich oder in einer relativ kurzen Periode ein. In manchen Fällen besteht die Sprechfähigkeit nur gegenüber bestimmten Personen wie dem Vater oder allen Erwachsenen (elektiver Mutismus). Anstelle des aktiven Sprachgebrauchs treten andere Kommunikationsmittel wie eine ausgeprägte Mimik und Gestik, falls die Schriftsprache erlernt ist, auch schriftliche Hilfsmittel. Bei einem erfolgreichen Therapieeinsatz sind Flüstersprache, Dysgrammatismen und Dyslalien häufig beobachtete Begleiterscheinung des Spracherwerbs. In seltenen Fällen verliert sich der Mutismus spontan (Becker/Sovák, 1971, S. 183). In den meisten Fällen führt das Bewußtsein, nicht sprechen zu können, zu weiteren psychischen Belastungen, die noch durch Fehlreaktionen der Umwelt verstärkt werden. Das führt beim Kind zu Frustrationen, Scheu, Angst, Regression, Isolation, Aggression, Destruktion oder totaler Abkapselung. Falls der Mutismus nicht als solcher erkannt wird und eine entsprechende sprachtherapeutische und psychotherapeutische Behandlung einsetzt — die freilich nur mit Einbezug des Elternhauses sinnvoll ist — kann das Kind den Eindruck einer schweren intellektuellen Retardierung erwecken oder sogar intellektuell retardieren. In diesem Stadium wird dann manchmal die falsche Diagnose »Autis-

mus« oder »geistig behindert« gestellt. Die Abgrenzung des Mutismus zu anderen Behinderungen kann auch dadurch erschwert werden, daß er von vornherein mit einer intellektuellen Behinderung vergesellschaftet war, so daß sich die Primärbehinderung nicht mehr eindeutig bestimmen läßt. Spieler hatte schon 1944 den bis heute wenig beachteten Hinweis gegeben, daß Mutismus auch bei Kindern auftreten könne, die man heute allgemein als geistig behindert bezeichnen würde: »Geisteschwache leichteren und mittleren Grades hat man von vornherein von der Diagnose ›Mutismus‹ ausgeschlossen, ohne daß irgendwo der Beweis erbracht worden wäre, daß auch bei diesen zeitweiliger oder örtlich begrenzter Mutismus durch Reaktionsformen auf nicht intellektueller Seite bedingt sein könnte. Auch wir sind darin dem bisherigen Vorgehen gefolgt. Aber die Berechtigung dieser Methode darf wenigstens in Frage gestellt werden.« (Spieler, 1944, S. 77). Auch in solchen Fällen würde die bloße Diagnose »geistig behindert« zu einem falschen sprachheilpädagogischen Therapieansatz führen. Kinder, die unter Mutismus leiden, müssen unabhängig von ihrem Intelligenzstatus und der möglicherweise evidenten Folge- oder Zusatzbehinderungen als Mutisten diagnostiziert werden.

Definition: Aphasie ist der totale oder partielle Verlust der expressiven und/oder rezeptiven und/oder impressiven Sprachleistungen aufgrund einer Hirnverletzung. Es handelt sich um eine organische Schädigung, die anatomisch lokalisierbar ist. Diese Schädigung kann auch in der frühen kindlichen Entwicklung eingetreten sein.

Beschreibung: Die Beschreibung des Aphasikers steht im engen Zusammenhang mit der jeweiligen Definition, die national und international recht unterschiedlich ist. In den USA werden sowohl Schädigungen vor dem Spracherwerb als auch der Sprachverlust als Aphasie bezeichnet (Heyden, 1967, S. 52). In der BRD unterscheidet Leischner streng zwischen Sprachstörungen bei Erwachsenen und bei Kindern: »Die Sprachstörungen der Erwachsenen nennen wir einheitlich Aphasien.« (Leischner, 1967, S. 18). Bei einem Krankengut von 100 Erwachsenen diagnostiziert er 16 verschiedene Aphasiearten. Nach seiner Definition können Aphasien jedoch auch vom 4. Lebensjahr an auftreten (S. 21). Sprachstörungen, die vor dem 4. Lebensjahr auftreten und auf Hirnschädigungen beruhen, nennt Leischner »Sprachentwicklungsbehinderung«. Alle anderen Sprachstörungen im Kindesalter bezeichnet er als »Sprachentwicklungsverzögerungen«. Diese treten nach Leischner »anlagemäßig und oft aufgrund einer deutlichen erblichen Anlage auf« (S. 21). Diese Definition, die Leischner zuletzt auf einer Verbandstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in Wittfeitzen wiederholt hat (Leischner, 1974), darf nicht unwidersprochen stehen bleiben.

Sollberg ist ebenfalls der Meinung, daß man nur von Aphasien sprechen könne, wenn eine bereits ausgebildete Sprache verlorengegangen sei: »Von einer Aphasie darf man nur dort sprechen, wo die bereits ausgebildete und vorhandene Sprache durch eine organische Hirnschädigung heterogener Art verlorengegangen oder gestört ist.« (Sollberg, 1967, S. 94). Auch Heese geht davon aus, daß Aphasien den Verlust der bereits erworbenen Sprachfähigkeit beeinhalteten. Er räumt diese Möglichkeit auch für Kinder ein, ohne sich auf eine Altersbegrenzung festzulegen: »Als Ursachen (der Aphasie, Anm. d. Verf.) kommen Verletzungen bestimmter Gebiete der Großhirnrinde (»Sprachregionen«) in Betracht; im Kindesalter können diese durch Tumoren, infektiöse Erkrankungen, Verkehrsunfälle, Abstürze, Schlag- oder Schußfolgen bewirkt werden.« (Heese, 1961, S. 59).

Becker/Sovák sprechen auch bei Kindern im Vorschulalter von Aphasien und weisen dabei gleichzeitig auf diagnostische Probleme: »Bei Vorschulkindern, sofern die Aphasie die Sprachfunktionen in den Anfängen ihrer Entwicklung betrifft, sind

die Auswirkungen für die weitere Sprachentwicklung schwerer Natur. Bei sehr frühzeitig erworbener Aphasie (früher kongenitale Aphasie genannt) läßt sich die erworbene Störung sehr schwer von einer Entwicklungsverzögerung unterscheiden.« (Becker/Sovák, 1971, S. 150).

Es ist nicht einsichtig, warum für Kinder, die durch eine Hirnverletzung in der Erlernung der Sprache behindert sind, von Sprachheilpädagogen nicht der Begriff Aphasie verwandt werden sollte. Selbstverständlich ist dabei zu bedenken, daß bei einer schweren Sprachentwicklungsstörung auch die Bereiche der intellektuellen Entwicklung, der sozialen Integration und der Psychomotorik beeinträchtigt sind. Es kommt darauf an, die Primärbehinderung zu erforschen und richtig zu bezeichnen. Andernfalls wäre bei einigen dieser Kinder die Diagnose »geistig behindert« hinreichend, aber auch folgenschwer. Wenn wir den Begriff Aphasie nach unserer obigen Definition einheitlich für alle Altersgruppen und unabhängig von dem jeweils meßbaren Intelligenzstatus verwenden, ergibt sich zwangsweise ein vielschichtiges Beschreibungsbild des Aphasikers. Einheitlich bleibt dabei, daß es sich um eine organische Hirnverletzung handeln muß, die eine Störung der Sprachentwicklung oder des Sprachbestands verursacht hat. Der Sprachverlust kann total sein oder sich in ganz unterschiedlichen Schweregraden und Mischformen in expressiven, rezeptiven und impressiven Bereichen der Sprachkompetenz und Sprachperformanz auswirken. Einige Verhaltensauffälligkeiten, die im Zusammenhang mit Aphasien gehäuft beobachtet werden, können sein: Gebrauch kommunikativer Ersatzmittel wie Gestik, Mimik, Aktion; Dominanzunsicherheit; Alexie, Agraphie; Labilität; Bewegungsarmut; Ermüdbarkeit; Konzentrationsschwierigkeiten; Vitalitätsverlust; Launenhaftigkeit; Depression; Isolation; Regression oder Retardierung.

Zusammenfassung und Vergleich

Mit den Behinderungsformen Autismus, Mutismus, Aphasie wird nur ein begrenzter Teil der möglichen Sprachbehinderungen von Kindern erfaßt, der jedoch in der Praxis bisher noch nicht genügend Beachtung gefunden hat. Diese Kinder sind in der BRD noch nicht einmal statistisch erfaßt. Über die Anzahl der Kinder, die unter Mutismus oder Aphasie leiden, gibt es nicht einmal Schätzwerte. Die Elterninitiative »Hilfe für das autistische Kind e. V.« rechnet »nach vergleichbaren Erhebungen in anderen Ländern« mit 5 000 bis 6 000 Kindern und Jugendlichen. (BAG Hilfe für Behinderte, o. J., o. S.). Selbst wenn man die Diagnose »frühkindlicher Autismus« für eine »Modediagnose« (Wendeler, 1973, S. 283) hält und nur mit 2 500 bis 3 000 Kindern rechnet, so läge diese Zahl noch höher, als die Anzahl der blinden Kinder. Während es z. B. allein in London 3 Schulen für Kinder mit Autismus gibt, besteht in der BRD keine einzige entsprechende staatliche Einrichtung. In der BRD werden diese Kinder in Gehörlosenschulen, Anstalten, Kinderpsychiatrischen Abteilungen an Kliniken, Heimen für geistig Behinderte oder in privaten Einrichtungen von Elternvereinigungen betreut. In öffentlichen Schulen werden diese Kinder nicht akzeptiert. Man bezeichnet sie behördlicherseits als bildungsunfähig.

Die gegenüberstellende Besprechung von Autismus, Mutismus und Aphasie macht deutlich, daß im Kindesalter in einigen Bereichen zwischen diesen Behinderungen Ähnlichkeiten bestehen, in anderen Bereichen aber so große Unterschiede, daß eine genaue Abgrenzung dringend notwendig ist. Die Ähnlichkeiten sind phänomenologischer Natur und fallen zuerst im Bereich der Sprache auf als Schweigen oder Sprach- und Sprechschwierigkeiten. Als Ersatzmittel für Sprache werden Mimik, Gestik und Aktion insbesondere von mutistischen und aphasischen Kindern eingesetzt. Während mutistische Kinder entweder total oder elektiv schweigen, verwenden autistische und aphasische Kinder unstrukturierte Lautäußerungen oder eine er-

Tabelle: Vergleichende Übersicht der Behinderungssyndrome Autismus — Mutismus — Aphasie im Kindesalter

	Autismus	Mutismus	Aphasie
Intelligenz	niedrige, normale und extrem hohe IQ sind möglich; ist erst nach erfolgreicher Therapie meßbar	normale Bandbreite	bei frühkindlicher Hirnverletzung zumeist Intelligenzrückstand; sonst normale Bandbreite
Sprache	zu Beginn lediglich affektive Lautäußerungen; nach Spracherwerb zahlreiche Sprach- und Sprechbehinderungen	totales oder elektives Schweigen; nach Spracherwerb Sprechschieu, Dysgrammatismen, Dystalien	rezeptive, expressive und im-pressive Behinderungen in Kompetenz und Performanz
Psychomotorik	Raumunsicherheit, Dominanzstörungen, Koordinationsstörungen, fein- und grobmotorische Ungeschicklichkeit	normale Bandbreite	Dominanzstörungen, Laterali-tätsunsicherheit, fein- und grob-motorische Ungeschicklichkeit
Sozialbereich	schwere unbewußte Anpassungs-schwierigkeiten und Verhaltensstörungen vielfältiger Art	bewußte (neurotische) Anpassungsschwierigkeiten; Angst; Frustration; Hemmung	keine, leichte oder schwere Verhaltensstörungen; Distanzlosigkeit; Unausgewogenheit
Diagnose	Anamnese; neuro-psychiatrische, psychologische, pädagogische Langzeituntersuchung	Anamnese; psychologische, psychiatrische, sprachheil-pädagogische Untersuchung	Anamnese; neurologische, psycho-logische, sprachheilpädagogische Untersuchung
Therapie	durch ein Team in Einrichtungen für autistische Kinder	Spieltherapie; Psychotherapie; Verhaltenstherapie; Sprachheil-therapie	Verhaltenstherapie; Lerntherapie; Sprachheiltherapie

heftig gestörte Sprache. Alle diese Kinder leiden unter Anpassungsschwierigkeiten und Verhaltensstörungen, die oft durch die Reaktionen der Mitmenschen noch verstärkt werden. Wenn keine gezielte Förderung durchgeführt wurde, kann in allen Fällen der Eindruck einer Retardierung entstehen oder es kann eine wirkliche Retardierung eintreten. Kinder, die gefördert worden sind und deren Behinderung nicht von vornherein mit einer schweren Intelligenzbeeinträchtigung verbunden war, machen erhebliche Fortschritte, so daß das Erscheinungsbild ihrer Behinderung fließend zu anderen Behinderungen oder zum Normalbereich wird. All dies ist Ursache für Verwechslungen und Falschdiagnosen. Während sich der Tatbestand des Mutismus fast immer schon aus der Anamnese ergibt, ist die Diagnose des frühkindlichen Autismus und der frühkindlichen Aphasie besonders in Grenzfällen schwierig und langwierig. Es sei noch erwähnt, daß in jüngster Zeit von einigen Forschern in den USA die Hypothese aufgestellt worden ist, daß »eine schwere Entwicklungs-aphasie die notwendige und ausreichende Ursache für das Verhalten ist, das man bei autistischen Kindern findet.« (Wendeler, 1973, S. 287). Jedoch ist diese Hypothese nicht bewiesen und steht im Widerspruch zu anderen Forschungsergebnissen. In der Sprachheilpädagogik sollte man davon ausgehen, daß es sich beim Autismus um eine zentrale Mehrfachbehinderung handelt, daß der Mutismus primär eine psychogene Störung ist, die den Sprachverlust verursacht und daß es sich bei Aphasien primär um Sprachbehinderungen handelt. Aus dieser Sicht ist es bedeutsam, daß für die unterschiedlichen Behinderungssyndrome verschiedenartige Therapieprogramme notwendig sind.

Literatur:

- Becker, K.-P./Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie, Berlin (DDR), 1971.
 Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG): Hilfe für Behinderte: Hilfe für das autistische Kind e. V. (Lüdenscheid).
 Heese, G.: Die Rehabilitation der Gehörlosen, München 1961.
 Heese, G./Solarová, S.: Behinderung und soziale Devianz. In: Heese, G. (Hrsg.): Behinderte — inmitten oder am Rande der Gesellschaft, Berlin 1973.
 Heyden von der, B.: Erkennung und Behandlung von Sprachentwicklungsbehinderungen nach frühkindlichen Hirnschäden — Methoden in den USA. In: AG für Sprachheilpädagogik in Deutschland (Hrsg.): Sprachheilpädagogische und hirnpathologische Probleme bei der Rehabilitation von Hirn- und Sprachgeschädigten, Hamburg, 1967.
 Leischner, A.: Aphasiefragen unter Berücksichtigung sprachheilpädagogischer Aspekte. In: AG Sprachheilpädagogik, a. a. O.
 Leischner, A.: Vortrag auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Landesgruppe Niedersachsen in Wittfeitzen 6.—8. Dezember 1974 (unveröffentlicht).
 Sollberg, G.: Aphasie im Lichte moderner Forschung — Versuch einer systematischen Ordnung —. In: AG Sprachheilpädagogik, a. a. O.
 Spieler, J.: Schweigende und sprachscheue Kinder — Thymogener Mutismus — (Aphrasia Voluntaria), Olten 1944.
 Wendeler, J.: Neuere Forschungsergebnisse. Nachwort zu: Wing, J. K.: Frühkindlicher Autismus, Weinheim 1973.
 Wing, J. K.: Symptome, Verbreitung und Ursachen des frühkindlichen Autismus. In: Wing, J. K. (Hrsg.): Frühkindlicher Autismus, Weinheim 1973.

Anschrift des Verfassers:

A. Grunwald, Dipl. Päd., 314 Lüneburg-Oedeme, Heidbergstraße 2.

Umschau und Diskussion

Behandlung sprachbehinderter Kinder in Nordrhein-Westfalen

Im Landtag Nordrhein-Westfalen wurde am 21. November 1974 eine Kleine Anfrage über Maßnahmen zum Beheben von Sprachstörungen schulpflichtiger Kinder gestellt.

Die detaillierten Einzelfragen bezogen sich auf

den absoluten und prozentualen Anteil Sprachbehinderter im Vorschul- und Grundschulalter, die Anzahl der mit Sprachtherapie versorgten und der in Schulen für Sprachbehinderte aufgenommenen Kinder,

die Einrichtung von Schulen für Sprachbehinderte, die Zahl der die Fachrichtung Sprachbehindertepädagogik Studierenden und deren spätere Verwendung, die Ausbildung von Sprachheilpädagogen für die nicht-schulische Sprachheilfeilsorge,

die Einrichtung von Lehrstühlen und Abteilungen für Phoniatrie an den HNO-Kliniken und den Ausbau der Logopädenlehranstalt Münster.

Die Antwort wurde am 21. Januar 1975 erteilt. Ihr sind die nachstehenden Angaben entnommen:

»1. ... Da behandlungsbedürftige Sprachschäden erst nach Abschluß der Sprachentwicklung etwa im vierten Lebensjahr zu übersehen sind, kann, wie bei den Schulanfängern, mit etwa 10 Prozent sprachauffälligen Kindern gerechnet werden.

Die erforderliche Sprachtherapie wird sowohl in heilpädagogischen Sprachambulanzen und in Kliniken als auch in Kindergärten und fachärztlichen Praxen durchgeführt. Ebenso werden die Kosten von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Der Anteil behandelter Kinder im Vorschulalter wäre aus diesem Grunde nur mit Hilfe umfangreicher, zeitraubender Erhebungen festzustellen, von denen die Landesregierung wegen des damit verbundenen erheblichen Verwaltungsaufwandes absehen möchte.

... Die Schwierigkeiten, das Vorkommen von sonderschulbedürftigen Sprachbehinderungen quantitativ zu erfassen, ergeben sich aus dem grundsätzlichen Problem, Sprachverhalten als dynamischen Prozeß von einer Norm aus zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund sind die vorliegenden empirischen Untersuchungen und Expertenschätzungen über den Anteil sonderschulbedürftig sprachbehinderter Schulkinder zu sehen. Während die empirischen Untersuchungen in der Beurteilung »sonderschulbedürftig« von 0,75 bis 3 Prozent streuen, sind nach Expertenschätzung 0,1 bis 2 Prozent der Schuljugend sprachheilschulbedürftig und etwa weitere 1 Prozent ambulant behandlungsbedürftig. Geht man vom Mindestwert der Expertenschätzungen aus, so sind von etwa 1 166 350 Grundschulkindern des Landes Nordrhein-Westfalen 1 166 sonderschulbedürftig sprachbehindert. Dem stehen 712 Kinder gegenüber, die die Grundschulstufe der sechs nordrhein-westfälischen Sprachheilschulen besuchen:

Städtische Schule für Sprachbehinderte in Bonn	92 Kinder
Städtische Schule für Sprachbehinderte in Dortmund	43 Kinder
Städtische Schule für Sprachbehinderte in Düsseldorf	172 Kinder
Städtische Schule für Sprachbehinderte in Essen	188 Kinder
Städtische Schule für Sprachbehinderte in Köln	123 Kinder
Städtische Schule für Sprachbehinderte in Leverkusen	94 Kinder

Summe: 712 Kinder
(Stand: 1. Januar 1975)

2. ... Nachdem die gesetzlichen und verwaltungsrechtlichen Grundlagen für den Ausbau des Sonderschulwesens in den Jahren 1969/70 geschaffen worden waren, bezogen sich die Maßnahmen der Landesregierung zunächst schwerpunktmäßig auf die Schulen für Körperbehinderte, Schwerhörige und Sehbehinderte.

Für den Bereich der Sprachbehinderten geht die Landesregierung davon aus, daß die Hilfen in erster Linie im außerschulischen Bereich (ambulante Sprachheilkurse, stationäre Hilfen in Sprachheilheimen) angesetzt werden. ... Nach Ansicht der Landesregierung sollen deshalb nur solche Schüler in Sonderschulen für Sprachbehinderte aufgenommen werden, bei denen nach weitgehend übereinstimmender Auffassung der Experten die außerschulischen Hilfen nicht ausreichen.

Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf die anstehende kommunale Neugliederung des Landes Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung der Tatsache, daß gerade die Gebietsreform für den Bereich der Hilfsmaßnahmen bei Sprachbehinderten wegen der Einzugsbereiche der Schulen von ausschlaggebender Bedeutung ist, wurden die bisherigen örtlichen und überörtlichen Schulträger nicht zu vorläufigen Maßnahmen verpflichtet.

3. ... Im Wintersemester 1973/74 gab es insgesamt 857 Studierende, die die ›Sondererziehung und Rehabilitation der Sprachbehinderten‹ als sonderpädagogische Fachrichtung gewählt hatten, davon

169 Studierende als 1. sonderpädagogische Fachrichtung,

680 Studierende als 2. sonderpädagogische Fachrichtung und

8 Studierende als 3. sonderpädagogische Fachrichtung.

Lehrer, die über ein Aufbaustudium die Befähigung für das Lehramt an Sonderschulen erworben haben, bedürfen keiner weiteren Ausbildung für die Schulpraxis.

... Eingesetzt werden die ausgebildeten Sprachheillehrer an den bestehenden bzw. noch zu errichtenden Schulen für Sprachbehinderte sowie an den Sonderschulen, deren Kinder neben der sonderschul-spezifischen Primärbehinderung zusätzlich Sprachstörungen aufweisen.

Die Aussage, daß es im Landesteil Westfalen-Lippe bis zum 30. September 1974 keine einzige Schule für Sprachbehinderte gab, trifft in der Form nicht zu. Bis zum Ende des Schuljahres 1973/74 nahm die Westfälische Schule für Schwerhörige und Sprachkranke (Sonderschule) in Dortmund, die mit dem 1. August 1974 nach Bochum verlegt wurde, sprachbehinderte Kinder auf.

4. Nach der Rahmenordnung für die Diplomprüfung in Erziehungswissenschaft vom März 1969 ist die Sprachheilpädagogik als Wahlpflichtfach in der Studienrichtung Sonderpädagogische Einrichtungen angesiedelt.

Soweit aus den Diplom-Prüfungsordnungen und den Vorlesungsverzeichnissen ersichtlich ist, wird Sprachheilpädagogik an der Abteilung Köln in der Pädagogischen Hochschule Rheinland und Sprachgeschädigtenpädagogik an der Abteilung Dortmund der Pädagogischen Hochschule Ruhr angeboten.

Diplompädagogen, die den genannten erziehungswissenschaftlichen Schwerpunkt studiert haben, können in der nichtschulischen Sprachfürsorge hauptberuflich tätig sein.

Sowohl in den Diplom-Prüfungsordnungen der Universitäten Bielefeld als auch Düsseldorf sind als Studienrichtungen ›Sonderpädagogische Einrichtungen‹ ausgewiesen und als Prüfungsfächer möglich, soweit ein Angebot besteht.

5. Der Minister für Wissenschaft und Forschung erarbeitet zur Zeit mit den betroffenen Hochschulen Struktur- und Entwicklungspläne für die Hochschulkliniken des

Landes, die wegen der Landeskrankenhausplanung mit dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und wegen der erheblichen finanziellen Auswirkungen mit dem Finanzminister abzustimmen sind. Dieses Verfahren wird frühestens im Herbst 1975 abgeschlossen sein.

... In der Besprechung mit den Fachvertretern der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurde Übereinstimmung darüber erzielt, daß für das Teilgebiet Phoniatrie und Logopädie langfristig an allen Hochschulkliniken besondere Lehrstühle mit Abteilungen eingerichtet werden sollten. Dieses Ziel ist aber nur langfristig zu erreichen...«

Auszug aus einer Mitteilung des Landtages Nordrhein-Westfalen, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4689 vom 21. Januar 1975. Zu beziehen beim Archiv des Landtages, 4 Düsseldorf 1, Postfach 5007, Telefon (0211) 88 44 39.

Internationale Begegnung von Selbsthilfe-Gruppen erwachsener Stotternder

Vom 28. März bis zum 31. März 1975 fand erstmalig eine Begegnung zwischen Vertretern von neun Selbsthilfe-Gruppen jugendlicher und erwachsener Stotternder aus der BRD, Berlin, Dänemark, Schweden und Finnland in West-Berlin statt.

Der Sprechbehinderten-Selbsthilfe e.V. hatte zu diesem »Oster-Treffen« eingeladen, um einen Erfahrungs- und Meinungsaustausch über bisherige Selbsthilfearbeit zu ermöglichen und neue Ansätze für die Gruppenarbeit und Therapie zu erarbeiten. An den vier Tagen fanden schwerpunktmäßig Diskussionen in der Großgruppe der etwa 70 Teilnehmer und in Kleingruppen statt. Tagesordnungspunkte waren dabei: Vorstellen der einzelnen Selbsthilfe-Gruppen, Bericht über Organisationsformen und Zielsetzungen; Öffentlichkeitsarbeit; Methoden und Ablauf von Stotterbehandlungen; Überwindung der Sprechangst; Veränderung der Einstellung zum Stottern, zur eigenen Person und zur Umwelt; Widerspruch zwischen Selbsthilfe-Intention und Mitarbeit von Therapeuten in den Gruppen?

Die Stotternden waren an den Themen so interessiert, daß sie zum Teil auf das geplante Freizeit- und sight-seeing-Programm zugunsten der Arbeitssitzungen verzichteten.

Obwohl in keiner der in- und ausländischen Selbsthilfe-Gruppen wissenschaftliche Methoden sozialer Gruppenarbeit systematisch Anwendung finden, konnten die anwesenden Therapeuten übereinstimmend feststellen, daß der Zusammenschluß zu einer Selbsthilfe-Gruppe an sich schon wesentliche therapeutische Funktionen für die einzelnen Gruppenmitglieder besitzt. Die Betroffenen selbst hoben aber hervor, daß die schlechte therapeutische Ver-

sorgung erwachsener Stotternder — insbesondere in einigen Bundesländern der BRD — nicht durch die Gründung von Selbsthilfe-Gruppen kompensiert werden könnten.

Für 1976 wurde ein zweites Treffen internationaler Selbsthilfe-Gruppen beschlossen.

Wolfgang Wendlandt

Fortbildungstagung 1975 der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.

Vom 12. bis 17. Mai 1975 veranstaltete die Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen — Berufsverband der Atem-Sprech- und Stimmlehrer — ihre diesjährige Fortbildungstagung in Schloß Eldingen bei Celle.

Zum Thema der Tagung »Didaktik und Methodik im Atem-, Sprech- und Stimmgruppenunterricht« referierten Frau M. Ottmer, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin, Marburg/L., Frau I. Reese, Leiterin der Schule Schlaffhorst-Andersen, Eldingen/Celle, Frau M. Saatweber, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin, Wuppertal. Dabei ging es grundsätzlich um die Überlegung, ob bei der notwendig individuellen Arbeit an Atmung und Stimme allgemeine Übeprogramme sinnvoll sind, ob die bei der Arbeit an Atmung und Stimme unerläßliche Sensibilisierung der Schüler oder Patienten nicht durch Programmieren und Methodisieren gehemmt wird. An einer vorprogrammierten Stimmbildungs-Gruppenstunde wurde zum Ende der Tagung bewiesen, daß sich Programm und individuelle Arbeitsweise verbinden lassen.

Das Einführungsreferat der Tagung hielt Dipl.-Psychologe Dr. Kämmerer, Celle, über das Thema »Gruppenarbeit aus psychologischer Sicht«. Er beleuchtete allgemein psychologische Probleme bei der Führung von Gruppen,

wie Abbau von Angst, Beachtung des Schwächeren, Kommunikationstraining.

Über ein spezielles Arbeitsgebiet referierte Prof. Dr. Westrich, Mainz, unter dem Thema »Die Sicht des Stotterns — eine wesentliche Voraussetzung für eine gezielte Therapie«: Allein selbstunsicheres Erleben des Stotterers, nicht Anlagen oder gestörte Funktionen sind für das Stottern verantwortlich zu machen. Aus Furcht vor dem Dialog, aus Furcht davor, sich selbst darstellen zu müssen, flüchtet er in sein Symptom Stottern. Er aktiviert seine Sprechmotorik, er artikuliert, ohne eine eigene Aussage zu wagen. Sieht man mangelndes Selbstvertrauen, Überangepaßtheit und die Angst vor der Selbstdarstellung als Ursache des Stotterns an, kann nur eine Therapie von Erfolg sein, die den Stotterer in seiner Ganzheit anspricht; die ihm zu sprachlicher Selbstdarstellung und Selbstbehauptung verhilft und sein Selbstvertrauen stärkt. Bei der Diskussion wurde deutlich, daß ebenso wie die von Herrn Prof. Dr. Westrich vertretene psychologisch-pädagogische Gesprächstherapie die ganzheitliche Arbeit nach Schlawhforst-Andersen dem Stotterer eine bedeutende Hilfe sein kann.

M. Saatweber

Auflösung des Unterausschusses »Sonderschulwesen« des Schulausschusses der KMK

Nach einem Beschluß der KMK wird der Unterausschuß »Sonderschulwesen« zum Ende dieses Jahres aufgelöst.

Dieser Beschluß wird bedauert, da der Standort der Sonderschulen in den kommenden Jahrzehnten nach einer erfolgreichen Zeit des Auf- und Ausbaus keineswegs geklärt ist und die eingeleiteten Maßnahmen nicht abgeschlossen sind.

Die vom Unterausschuß vorbereiteten Empfehlungen, über die in der »Sprachheilarbeit« mehrfach berichtet wurde, haben dazu geführt, daß einheitliche Vorstellungen geschaffen und realisiert werden. Die Arbeit des Unterausschusses an bundeseinheitlichen Rahmenrichtlinien für die einzelnen Sonderschulformen ist noch nicht beendet.

Mit der Auflösung dürfte das Durchsetzen künftig notwendiger Entwicklungsaufgaben erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht werden: Ein Schaden für die Zukunft der behinderten Kinder! Wi

Bücher und Zeitschriften

Übungsblätter zur Sprachbehandlung (mit Bildern); 22. Folge: **Für K- und G-Stammler**; zusammengestellt von Jürgen Teumer; Zeichnungen: Uta Keller.

40 Seiten, broschiert, Preis 3,20 DM.

Verlag Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50.

Mit der Herausgabe dieses in Aufbau und Darstellung gelungenen Übungsheftes für K- und G-Stammler ist eine bereits seit langem erkannte Lücke vor allem für die Behandlung noch nicht schulpflichtiger Kinder geschlossen worden. Die K- und G-Laute sowie ihre Lautverbindungen bereiten vielen Kindern in der Sprachentwicklung häufig Schwierigkeiten.

Durch entsprechende Vorübungen und nach Anbahnung der K- und G-Laute will das vorliegende Heft die Phase des Einübens und Einpassens der Laute und Lautverbindungen in Wörter und Sätze variabel und freudvoll gestalten und unter behutsamer Anleitung dem Kind Anreize zur Überwindung des K- und G-Stammels geben.

Die Arbeit mit diesem Heft ist in drei Abschnitte gegliedert. Der erste Teil fordert zum

spontanen Benennen und Sprechen in Sätzen auf; der zweite Teil dient zur Festigung der akustisch-optischen Differenzierung; der dritte Teil soll anhand von Situationsbildern zum spontanen Sprechen in richtiger Artikulation hinführen. Die angegebenen »Übungshilfen« orientieren über den methodischen Ablauf und die praktischen Möglichkeiten.

Das Erscheinen dieses 22. Übungsheftes mit Bildern wird sicherlich von allen Sprachheillehrern, die noch nicht schulpflichtige Kinder behandeln, freudig begrüßt werden und ihre Arbeit wesentlich unterstützen und erleichtern.

K. H. Hahn

Stottern — Poltern. Bericht der 11. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vom 25. bis 28. September 1974 in Kiel, zusammengestellt von Karl-Heinz Hahn und Hans-Georg Müller, Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 1975. 155 Seiten, kartoniert, 32,— DM.

Das in die zentrale Thematik der Tagung einleitende Referat von Prof. Dr. Hermann Wegener, Kiel, versucht, die »integrative Aufgabe der Sprachheilpädagogik gegenüber verschiedenen wissenschaftlichen Befunden zum Stottern« zu bestimmen. Es geht dabei vor allem um eine kritische Zusammenschau der Vielzahl von Einzelansätzen zur Therapie des Stotterns unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse.

Hinsichtlich der Therapie des Stotterns werden vorwiegend von der amerikanischen Fachliteratur beeinflusste lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze zur Diskussion gestellt. Zu nennen sind hier die Beiträge von Prof. Dr. Edmund Westrich, Mainz (Stottern oder Stotterer — Konsequenzen für die Therapie), Victor Bloch, Aarhus (Zur Behandlung der Stotterer in Dänemark), Alf Preus, Oslo (Zur Behandlung von Stottern in Norwegen), Dr. Barbara Heidemann, Hamburg (Erfahrungen mit einer Stotterangst reduzierenden Methode nach Sheehan), Dipl. Psych. Wolfgang Wendlandt, Berlin (Verhaltenstherapie in der Sprachheilschule).

Ein zweiter Themenkreis beschäftigt sich mit der in den letzten Jahren immer aktueller gewordenen vielschichtigen Problematik der Differentialdiagnose und Therapie des Stotterns und Polterns. Während dies in dem Vortrag von Prof. Dr. Gertrud L. Wyatt, Wellesley, Mass., USA (Stottern und Poltern; Differentialdiagnose und Therapie) mehr am Rande geschieht, rückt die empirische Forschungssituation der Differentialdiagnose Stottern: Poltern in den Mittelpunkt der Ausführungen von Horst Schmidt, Hamburg (Grundformen von Sprechlaufstörungen und ihre Behandlungskriterien).

Außerhalb des Hauptthemas der Arbeitstagung stehen die Beiträge von Prof. Dr. K. Kohler, Kiel (Phonetische Aspekte der Sprachproduktion), Jytte Jordal, Aarhus (Betreuung dysphasischer Kinder in Dänemark), Dr. Ole Bentzen, Aarhus, und Dr. Axel Bloch, Risskov (Zwölfjährige Erfahrungen mit Obturatorprothesen bei Säuglingen mit Gaumendefekten), Prof. Dr. Dr. Gerhard Pfeifer und Dr. Dr. Hans-Heinrich Schlote, Hamburg (Sprachverbessernde Operationen bei Patienten mit voroperierten Gaumenspaltformen). Ein Korreferat von Johannes Wulff, Hamburg, schließt den viele Einsichten und Anregungen vermittelnden Tagungsbericht ab.

W. Dohse

H. Stadler: Zum pädagogischen Selbstverständnis von Sonderschullehrern.

Reihe: Rehabilitationsforschung Bd. 5. Schindele-Verlag, Rheinstetten — Neu 1975. 298 Seiten, kartoniert, 29,60 DM.

Die in der Reihe »Rehabilitationsforschung« im Schindele-Verlag erschienene Veröffentlichung gliedert sich in einen hermeneutischen Teil, der der empirischen Theoriebildung dient und in einen empirischen Abschnitt. Wie Röhrs im Vorwort schreibt, kam der Arbeit eine Doppelfunktion zu:

- Es waren die historischen Zusammenhänge und Entwicklungslinien des Sonderschulwesens und der Professionalisierung einer eigenständigen Lehrergruppe ansatzweise aufzuzeigen, um eine Basis mit anderen Lehrergruppen zu gewinnen.
- Es sollten durch eine empirische Untersuchung erste Einblicke in die Struktur von Schul- und Erziehungseinstellungen der Sonderschullehrer verschiedener Fachrichtungen gewährt werden.

Ausgehend im hermeneutischen Teil von der historischen Entwicklung des Sonderschullehrerberufs werden Fragen des Berufsbildes und der Rollenproblematik sowie alternative Konzeptionen der pädagogischen Förderung Behinderter diskutiert.

Die angeschlossene empirische Untersuchung versuchte zu ermitteln, ob derzeit noch Unterschiede zwischen Sonderschullehrergruppen hinsichtlich ihres pädagogischen Selbstverständnisses bestehen, und ob die Schul- und Erziehungseinstellungen von Personen aus dem Bereich der Sondererziehung Aufschlüsse über die in jüngerer Zeit diskutierten Vorschläge einer schulischen Integration Behinderter geben. Als Forschungsinstrument diente Stadler der »Konstanzer Fragebogen für Schul- und Erziehungseinstellungen« (KSE) mit zusätzlichen — vom Autor konzipierten — Fragebogen in modifizierter Form für die Versuchspersonengruppen: Studierende der Sonderpädagogik, Ausbilder und Lehrkräfte an Sonderschulen.

Herausgehobene Beachtung für Forschung und Lehre im Bereich der Sprachgeschädigtenpädagogik sollte u. a. das von Stadler ermittelte Ergebnis finden, wonach ein sehr hoher Prozentsatz der Sprachheillehrer und der anderen Vpn-Gruppen (70 Prozent der befragten Gesamtstichprobe) die sprachgeschädigten Kinder ganz überwiegend als integrationsgeeignet in integrierte Gesamtschulen bezeichnen, an denen allerdings eine Reihe un-

abdingbarer Voraussetzungen erfüllt sein müssen, die dargelegt werden.

Ehe allerdings aus einem solchen Ergebnis konzeptionelle Innovationen für den Wirklichkeitsbereich der Erziehung Sprachgeschädigter abgeleitet werden können, wäre aus unserer Sicht eine weitergehende kritische Hinterfragung des jeweiligen Verständnisses der Vpn zur sonderpädagogischen Anthropologie mit den unabdingbar notwendigen Differenzierungen in Art und Grad der verschiedenen Sprachschädigungen erforderlich. Diese an sich notwendige Ergänzung hätte allerdings den hier vorgelegten thematischen Rahmen überschritten.

Insgesamt ist die auch von der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Heidelberg als Dissertation angenommene Schrift als gelungener Beitrag zur erziehungswissenschaftlichen Diskussion über die Integrationsproblematik und die Fragen des pädagogischen Selbstverständnisses der Sonderschullehrer in Vergangenheit und Gegenwart zu werten, der — vor allem im Bereich von Forschung und Lehre — eine weitere Verbreitung zu wünschen ist. L. Werner

Karlheinz Offergeld und Regina Gottleben: Logopädisches Bilderbuch. Übungshilfen zur Förderung der Artikulation und der Spontansprache bei sprachgestörten und entwicklungsverzögerten Kindern. Verlag Gerhard Dokter KG, Weißenthurm 1975. 120 Seiten, davon 54 Bildseiten, Halbleinen, 18,25 DM.

Regina Gottleben und Karlheinz Offergeld: Sprachanbahnung und Sprachförderung. Ein Trainingsprogramm in Verbindung mit Übungen zur Vorschulerziehung und Einführung der Schrift. Verlag Gerhard Dokter KG, Weißenthurm 1975. 2. unveränderte Auflage. 56 Seiten, broschiert, 6,50 DM.

Zur Zeit kann man eigentlich Sprechübungsmaterialien noch immer nicht genug bekommen, obwohl doch schon nicht allzu wenige auf dem Markt sind. Was eben noch besonders fehlt, sind Übungsmöglichkeiten für die Mütter und für das nicht speziell sprachbehinderten-pädagogisch ausgebildete Lehr- und Erziehungspersonal. Hier könnte das zuerst erwähnte Buch von Offergeld und Gottleben hilfreich sein, wenn es im Hinweistext zu den damit möglichen Übungen noch mehr die Spezialbegriffe vermeiden könnte (z. B. auditiv,

kinästhetisch, dysgrammatisch, Syntax usw.). Ansonsten bringt das Buch anregende und gut angeordnete Übungsbeispiele, wie Wort- und Satzübungen mit Lauten der 1., 2. und 3. Artikulationszone, Übungen mit Konsonantenverbindungen, mit ähnlichen Lauten und mit solchen Wörtern, die von der akustischen Gliederung und Differenzierung und vom Artikulationsvollzug her einen erheblichen Schwierigkeitsgrad haben.

Die Broschüre gibt den Praktikern der Sprachbehindertenpädagogik Übungsvorschläge zur Förderung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und Konzentration, der Motorik und der Sinnesschulung u. a. m. Begrüßenswert ist der Versuch, zu sprachanbahnenden und begriffsentwickelnden Übungen zu kommen, die jedoch für schwerer geistigbehinderte, noch nicht sprechende Kinder zum Teil immer noch zu schwierig erscheinen. Arno Schulze

Rolf Krenzer: Spiele mit behinderten Kindern. Mit Illustrationen von Dagmar Domina. Kemper Verlag, Heidelberg 1971. 128 Seiten, kartoniert, 19,80 DM.

Krenzer ist gegenwärtig einer der tätigsten Herausgeber und Autoren von Handreichungen und Übungssammlungen für die Erziehung geistigbehinderter Kinder. Als ein Beispiel soll hier sein Spielbuch vorgestellt werden. Während manche seiner Publikationen eigentlich nur mehr oder weniger sachangemessen zusammengestellte Spiele und Texte etwa aus dem sogenannten »Volksgut« darstellen, ist das vorliegende Werk doch etwas mehr. Schon eine ausführliche Einleitung (Seite 7 bis 19) aus seiner eigenen Feder erfaßt einige besondere Aspekte des Spiels mit Geistigbehinderten und stellt sich deutlich heraus. Dann folgen, durch anschauliche Skizzen sehr ansprechend geratene, Tips zur adäquaten Spielzeugausstattung, über ein Spielbilderbuch und über weitere Bilderbücher vieler Art. Spiele mit verschiedenen Materialien werden angeboten, von denen viele allerdings wohl nur für leichter geistigbehinderte Kinder geeignet sind. Die Anregungen für Spiele zur Übung aller Sinne sind dann wieder besonders empfehlenswert (Sehspiele, Tasts Spiele, Horchspiele, Schmeck- und Riechspiele, Orientierungsspiele, Geschicklichkeits- und Reaktionsspiele usw.). Spiele in Verbindung mit Musik runden das Angebot Krenzers ab, das auch oder gerade Eltern behinderter Kinder Erziehungshilfe bieten kann. Arno Schulze

Legasthenie Logopädie

Didaktisches Material, Arbeitsblätter, Programme *

- Material und Übungsblätter zur Prophylaxe und Behandlung von LRS
- Logopädische Arbeitsmittel
- Bildkarten zu schwer illustrierbaren Wörtern
- Bildergeschichten
- Sprechbewegungsbilder

*** Verlangen Sie unseren
kostenlosen Spezialprospekt**



Huesmann+Benz Verlag

Postfach 1325 Goldregenweg 5
7760 Radolfzell 4030 Ratingen 1

DÜRR SPRACHHEILPÄDAGOGIK

E. Westrich	Der Stotterer.	112 - 3	DM 14,40
	Der Stammer	113 - 1	DM 19,80
A. Schulze	Sprachbildung und Hörsprech- erziehung bei Geistigbehinderten	115 - 8	DM 13,80

Verlag Dürrsche Buchhandlung
53 Bonn-Bad Godesberg · Postfach 207 · Telefon (02221) 36 66 30

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

18 Folgen in Einzelheften und als Sammelband

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Empfehlenswert für Erziehungsberatungsstellen
und Sprachheilambulanzen

Sprachstörungen in der Volksschule

Eine Hilfe für Lehrkräfte aller Schulen zur Erkennung
von Sprachstörungen

50 Geschichten zum Weiterspinnen

Ein Büchlein, das Sprachnot und Sprechschüchternheit überwinden hilft.

Tagungsberichte

Abhandlungen über Theorie und Praxis der Sprach-
und Stimmbehandlungen

Die Sprachheilarbeit

Fachzeitschrift für Sprachgeschädigten-
und Schwerhörigenpädagogik

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41