

Süss-Burghart, Heinz

Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 3, S. 93-97

urn:nbn:de:bsz-psydok-37872

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren

Heinz Süss-Burghart

Zusammenfassung

Der Entwicklungsverlauf eines Jungen, der mit 5 Jahren einen schweren allgemeinen Entwicklungsrückstand und massive Verhaltensprobleme hatte und nur wenige Wörter sprach, wird bis zum Alter von 8;9 Jahren mit psychometrischen Tests und Spontansprachproben dokumentiert und beschrieben. Trotz der erheblichen Entwicklungsverzögerung und nicht optimaler Versorgung konnte das Kind bis dahin in nichtsprachlichen Fähigkeitsbereichen eine durchschnittliche bis gut durchschnittliche Intelligenz erreichen; die Symptomatik reduzierte sich auf eine spezifische Sprachentwicklungsstörung. Bis zum 11. Lebensjahr war auch diese Störung praktisch verschwunden. Dieser Entwicklungsverlauf ist auch deswegen sehr ungewöhnlich, weil eine unauffällige Sprachentwicklung nach dem 5. Lebensjahr als sehr unwahrscheinlich angenommen wird und eine spezifische Sprachentwicklungsstörung als ein bleibendes Defizit gilt. Mögliche Ursachen für diese günstige Entwicklung werden diskutiert.

1 Einleitung

Sprache als komplexes menschliches Verhalten entwickelt sich nicht als isolierte Fähigkeit, sondern im Zusammenhang mit anderen intellektuellen Bereichen (MARTIN 1981) und auf dem Hintergrund einer angemessenen psychosozialen Betreuung (PAUL u. ELWOOD 1991). Die modulierten Lautäußerungen des Neugeborenen und Säuglings als biologisch determiniertes Verhalten (PAPOUSEK u. PAPOUSEK 1989) werden von den Eltern als Ausdruck der Befindlichkeit ihres Kindes verstanden und mit kindgerichteten und entwicklungsgerechten eigenen Reaktionen beantwortet, intensiviert und differenziert (COOPER u. ASLIN 1990). Die Eltern führen intuitiv einfache körper- und handlungsgerichtete Rituale durch und benutzen dabei z.B. kurze Äußerungen, die sehr prägnant sind und oft wiederholt werden und mit denen die Eltern Lautäußerungen des Kindes aufgreifen und erweitern. Durch diese Aktivitätsabstimmung im Dialog (SCHAFER 1979) lernen die Kinder den sozialen Gebrauch der Sprache. Das sprachliche Vorbildverhalten der Eltern (McCABE u. UZGIRIS 1983) soll sich der Entwicklung und dem Alterwerden der Kinder anpassen, damit ein ausreichendes sprachliches Können und Wissen vom Kind erworben werden kann (McLEAN u. SNYDER-McLEAN 1978). Neben den Eltern werden mit zunehmendem Alter für Teilbereiche der Sprache auch die Interaktionen mit anderen Kindern wichtig (SIEGEL et al. 1985). Im frühen Kindesalter beginnende und anhaltende Vernachlässigungen der psychoso-

zialen Versorgung (PECHSTEIN u. HELLBRÜGGE 1981) führen zu globalen Defiziten in der kindlichen Entwicklung, wirken sich aber offensichtlich besonders in der Vorschulzeit auf die allgemein sprachlichen (Wortschatz, Äußerungslängen, Sprachverständnis) Fähigkeiten des Kindes aus (MENARA 1976). Andererseits bereitet eine mentale Retardierung den Eltern Probleme, in dem diese die unklaren und seltenen Signale der Kinder nur schwer deuten und darauf reagieren können (KANE 1992).

Kinder mit Verzögerungen und Auffälligkeiten ausschließlich in Bereichen der Sprache werden als entwicklungsdysphasisch bezeichnet (engl. „Specific language impairment; SLI“). Neben Verzögerungen und Defiziten in aktiv sprachlichen Bereichen kann auch die Sprachstruktur auffällig sein (DANNENBAUER 1983). Kinder mit zusätzlichen schwereren Störungen in Bereichen des Sprachverständnisses haben eine schlechte Entwicklungsprognose (PAUL u. COHEN 1984) und häufiger erhebliche Verhaltensprobleme (MAYR 1990).

Bestehen schwere sprachliche Beeinträchtigungen und Verzögerungen über das 5. Lebensjahr hinaus, ist ein ausreichender Erwerb der aktiven Sprache nicht mehr zu erwarten (KARMILOFF-SMITH 1986), weil dann die Lateralisierung für die verschiedenen sprachlich-mentalen Funktionen abgeschlossen ist (KRASKEN 1973).

Es wird die Entwicklung eines Kindes beschrieben, das – bei schwer deprivierenden Lebensbedingungen, bei einer insgesamt deutlich retardierten Entwicklung und erheblichen Verhaltensproblemen, aber mit intaktem Hörvermögen – mit 5 Jahren etwa 10 Wörter und eine Floskel („des da“) sprach. Bis zum Alter von 8;9 Jahren wurde eine Verlaufsdiagnostik mit psychometrischen Tests und Spontansprachproben, anfangs in kurzen, später in längeren Abständen, durchgeführt. Mit 11;3 Jahren wurde das Kind nochmals gesehen, aber nicht diagnostiziert.

2 Falldarstellung

2.1 Anamnese

L. kam auf Veranlassung des Jugendamtes mit 5 Jahren erstmals zur Diagnose und Therapie in die Klinik des Kinderzentrums München; die Aufnahmegründe waren eine massive Verwahrlosung und die Gefährdung des Kindes durch die allein erziehende und stark auffällige Mutter. L. besuchte weder den Kindergarten noch bekam er irgendeine andere Förderung; er wurde ausschließlich durch die Mutter versorgt. Diese litt unter erheblichen psychiatrischen Restsymptomen, bestand darauf, daß das Kind gesund und unauffällig sei, isolierte das Kind weitgehend von der Außenwelt und boykottierte alle Maßnahmen und Betreuungsversuche des Jugendamtes. Diese uneinsichtige Haltung und Verweigerung aller Hilfsmaßnahmen durch die Mutter

Tab. 1: Ergebnisse in Reynell Sprachentwicklungsskalen (Entwicklungsalterswerte in Monaten), Spontansprachproben (Mittlere Äußerungslänge in Morphemen [MLU], Aktiver Wortschatztest [AWST]), Snijders-Oomen Intelligenztestreihe und French-Bilder Intelligenztest

Alter (Jahre)	5;0	5;2	5;5	5;9	6;1
<i>Reynell Sprachentwicklungsskalen:</i>					
Sprachproduktion	16	19	23	30	
Sprachverständnis	23	26	35	47	
Wortschatz (RW)	0	0	2	12	
<i>Spontansprachproben:</i>					
Mittlere Äußerungslänge in Morphemen	1,0	1,1	1,4	1,7	2,3
Anzahl unterschiedlicher Wörter	8	23	37	67	103
Anzahl direkter Imitationen	2	8	21	9	4
AWST 3-6 Rohwerte/Prozentrang				11/0	24/0
Snijders-Oomen Nicht-verbale Intelligenz-Testreihe 2 1/2-7	Gesamt IQ-Wert				
French-Bilder Intelligenztest	Gesamt IQ-Wert				
	IQ = 75	IQ = 91		IQ = 81	IQ = 92

führten schließlich zur stationären Aufnahme im Rahmen eines Gerichtsbeschlusses.

Nach unsicheren Angaben der Mutter und den wenigen zur Verfügung stehenden Unterlagen wurde L. nach unauffälliger Schwangerschaft als 1. und einziges Kind der damals 38jährigen Mutter zum errechneten Termin geboren (Gewicht 3050 g, Länge 51 cm, Kopfumfang 39 cm). Die frühkindliche, nicht sprachgebundene Entwicklung verlief unauffällig (Krabbeln 9 Monate, freies Laufen 15 Monate; Sauberkeitsentwicklung mit 3 Jahren abgeschlossen); die Sprachentwicklung war massiv verzögert.

Die pädiatrischen, neurologischen und apparativen Untersuchungen bei der Eingangsdiagnostik ergaben unauffällige Befunde; das Hörvermögen wurde mehrfach geprüft und war stets in Ordnung. Einzige Auffälligkeit waren geringgradige Zeichen einer extrapyramidalen Regulationsstörung, die aber den Entwicklungsrückstand nicht erklären konnten.

Psychologischerseits zeigte sich ein schwerer Entwicklungsrückstand in den geprüften Entwicklungsbereichen (Testbefunde Tab. 1; Alter 5,0 Jahre) mit Schwerpunkt in Bereichen der aktiven Sprache, aber auch einem stark beeinträchtigten Sprachverständnis und erheblichen Verhaltensproblemen (z. B. häufige und massive Kooperationsverweigerungen). Das Kind wurde im Kinderzentrum zuerst 8 Wochen, dann, nach einer Unterbrechung von ca. 2 Monaten (L. wurde von der Mutter aus der Klinik genommen), weitere 4 Wochen stationär behandelt.

2.2 Diagnosen und Interventionen

Aus den ärztlichen und psychologischen Untersuchungen ergaben sich die Diagnosen

- schwerer Entwicklungsrückstand (ICD-9: 317) (Schwerpunkt im Sprachbereich),
- massive Verhaltensprobleme/Kooperationsverweigerungen (ICD-9: 312.0),
- Verdacht auf eine erhebliche emotionale und Förderdeprivation (ICD-9: 309.8) und
- leichte extrapyramidale Regulationsstörung (ICD-9: 343.8).

Als Ursachen für die schweren Defizite wurden die massive Deprivation, eine erhebliche Irritation in der Mutter-Kind-Beziehung und die deutlichen Verhaltensprobleme angenommen; der noch nicht ausgeprägten

Händigkeit wurde für die Sprachverzögerung keine große Bedeutung zugemessen. Allerdings wurde auch angenommen, daß die genannten Ursachen alleine die schwere Entwicklungsstörung nicht erklären können, sondern daß eine zugrundeliegende leichtere mentale Behinderung (Lernbehinderung) vorhanden sein muß, und die anderen Einflüsse eine zusätzliche Auswirkung haben. Eine spätere und unauffällige Entwicklung durch Kompensation der ungünstigen Versorgungs- und Betreuungsbedingungen mit Therapie und Fremdbetreuung wurde nicht ernsthaft für möglich gehalten.

Am Anfang der stationären Therapie stand ein Kooperationstraining, um die schweren Verhaltensprobleme abzubauen, dann das Kind zu testen und eine Fördertherapie beginnen zu können. Nachdem eine ausreichende Kooperationsbereitschaft vorhanden war, übten wir mit L. Instruktionsverständnis und das Nachsprechen und Benennen von Wörtern und kleinen Sätzen (SÜSS-BURGHART u. BRACK 1991). Diese Sprachtherapie wurde dann in veränderter Form weitergeführt (reduziertes sprachliches Angebot; TREPP 1983) und die Übungsinhalte an die jeweiligen sprachlichen Fortschritte angepaßt. Zusätzlich erhielt das Kind Montessori-Einzel- und später -Kleingruppentherapie. Nach der Entlassung kam L. in eine Heim-Kleingruppe und erhielt ambulant logopädische Therapie.

2.3 Entwicklungsverlauf

In einigen nonverbalen Bereichen (z. B. visuelles Gedächtnis, Kategorisierung) lernte L. recht schnell. Mit 5 Jahren waren diese Fertigkeiten noch im Bereich der Lernbehinderung, zeigten aber schon bei der Retestung mit der „Snijders-Oomen nicht-verbale Intelligenztestreihe“ (SNIJDERS u. SNIJDERS-OOMEN 1977) stark steigende Werte (Tab. 1)¹. Mit 6 Jahren hatte Leo ein knapp altersgemäßes, nichtsprachliches Fähigkeitsniveau erreicht (French-Bilder-Intelligenztest; HEBBEL u. HORN 1976; s. Tab. 1). Die anhaltend gute Lernfähigkeit von L. in nonverbalen

¹ Dieser Test schätzt allerdings die Fähigkeiten der retardierten Kinder häufig recht gut ein (SÜSS-BURGHART 1993).

Tab. 2: Test- und Untertestergebnisse „Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK-R)“ und „Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)“, IQ-Werte bzw. T-Werte (unterdurchschnittliche Ergebnisse kursiv gedruckt)

Alter (Jahre)	6;11	8;9
HAWIK-R Gesamt-IQ	IQ = 90	IQ = 97
Verbal-IQ	IQ = 80	IQ = 91
Handlungs-IQ	IQ = 104	IQ = 109
HSET Gesamt-T-Wert	40	41
Verstehen von Strukturen	34	45
Imitation von Sätzen	28	34
Plural-Singular-Bildung	38	45
Ableitungsmorpheme	42	47
Adjektivableitung	45	45
Korrektur falscher Sätze	35	38
Satzbildung	48	53
Wortfindung	47	51
Begriffsklassifikation	31	43
Textgedächtnis	35	41

Bereichen zeigt sich dann in den absolut durchschnittlichen Ergebnissen im Handlungsteil des „Hamburg Wechsler Intelligenztests für Kinder“ (TEWES 1983) im Alter von 6;11 bzw. 8;9 Jahren (Tab. 2).

Das Sprachverständnis des Kindes umfaßte bei Therapiebeginn nur einfache Instruktionen und ein sehr schmales Begriffsverständnis (Reynell Sprachentwicklungstest; SARIMSKI 1985; s. Tab. 1). Nach anfänglich langsamer Weiterentwicklung konnte das Kind mit gut 5;9 Jahren komplexere Instruktionen korrekt umsetzen; das Begriffsverständnis war weiterhin stark eingeschränkt (Reynell Sprachverständnis). Offensichtlich konnte L. aus nichtsprachlichen Informationen und sprachlichen Redundanzen ausreichend Informationen entnehmen (VEIT u. CASTELL 1992), um damit auch erste schulische Anforderungen zu bewältigen, denn in der Verarbeitung komplexer verbaler Instruktionen zeigten sich noch mit 6;11 Jahren Defizite (Subtest „Verstehen“ aus dem Heidelberger Sprachentwicklungstest, GRIMM u. SCHÖLER 1978). Erst bei der letzten Testung war dieser Bereich unauffällig (Tab. 2).

Im Gegensatz zu den nichtsprachlichen Fähigkeiten verbesserten sich Bereiche der aktiven Sprache bis über das 6. Lebensjahr hinaus nur relativ langsam. Der Wortschatz war bis 5;5 Jahren noch sehr gering (Subtest „Wortschatz“ aus Reynell, „Anzahl unterschiedlicher Wörter“ aus Spontansprachproben; SÜSS-BURGHART 1992; s. Tab. 1) und erweiterte sich erst um das 6. Lebensjahr schneller. Trotzdem war im Alter von 6;1 Jahren der „Aktive Wortschatz Test“ (KIESE u. KOSIELSKI 1979) für diese Altersstufe noch nicht auswertbar; das Ergebnis entsprach einem 3–4 Jahre alten Kind (Tab. 1).

Auch die Äußerungslängen, morphologische und syntaktische Fertigkeiten (Subtest „Sprachproduktion“ aus Reynell, „Mittlere Äußerungslänge in Morphemen“ aus Spontansprachproben; s. Tab. 1) erweiterten sich erst um

das 6. Lebensjahr schneller. Die „Mittlere Äußerungslänge in Morphemen“ (BROWN 1973) von 2;4 entsprach mit 6;1 Jahren etwa einem 30 Monate alten Kind (MILLER u. CHAPMAN 1981). Die Tatsache, daß L. bis zum Alter von 5;5 Jahren zunehmend häufiger und dann aber wieder seltener Erwachsenenäußerungen imitierte („Anzahl direkter Imitationen“, s. Tab. 1) ließ immerhin die weitere sprachliche Entwicklung nicht zu ungünstig erscheinen. Vermutlich war das starke Anwachsen der sprachlichen Imitationsfreudigkeit eine Folge der Sprachtherapie (Nachsprechübungen) und sicherlich – auf diesem Sprachentwicklungsniveau – hilfreich für die weitere Sprachanbahnung. Im Alter von etwa 6 Jahren verwendete L. zwar Pluralformen, Flexionen und die 2. Vergangenheit; die etwas längeren Sätze bildete er aber häufig falsch (z. B. Verbendstellung) und die Artikulation verschiedener Laute war auffällig.

Im Alter von 6;11 Jahren zeigten sich immer noch erhebliche sprachliche Probleme; in der Verhaltensbeobachtung waren noch häufiger morphologische Fehlbildungen und kurze Sätze (Telegrammstil) mit teilweise falscher Struktur zu hören, aber keine Aussprachefehler mehr². Im „Heidelberger Sprachentwicklungstest“ (GRIMM u. SCHÖLER 1978) waren noch verschiedene Subtests, die Wortbildung, sprachliches Wissen und Gedächtnis prüfen, auffällig. Bei der letzten Testung (Alter 8;9) zeigten sich nur noch im kurzfristigen Behalten und Reproduzieren Probleme (Tab. 2).

Die Händigkeit des Kindes war zur Zeit der Erstdiagnostik noch nicht ausgeprägt. Für unterschiedliche Tätigkeiten verwendete L. abwechselnd die linke oder rechte Hand. Mit 6;11 Jahren nahm er bei differenzierteren feinmotorischen Anforderungen bevorzugt die linke Hand, mit 8;9 Jahren schrieb er links, bei anderen Tätigkeiten wie Schneiden mit der Schere nahm er weiterhin die rechte. Die zunehmende Bevorzugung der linken Hand zeigte sich auch in psychometrischen Tests (Hand-Dominanztest; STEINGRÜBER u. LIENERT 1971).

Trotz der anfänglich nur sehr langsamen Fortschritte in aktiv sprachlichen Bereichen und des massiven quantitativen und qualitativen Sprachentwicklungsrückstandes noch mit 6 Jahren konnte sich L. in diesen Bereichen noch gewaltig verbessern und war mit knapp 9 Jahren nur noch in Teilbereichen der sprachlichen Entwicklung auffällig. Die Sprachentwicklung war damit nur scheinbar langsam; in Wirklichkeit lernte L. in diesen Bereichen – gemessen am Ergebnis der Erstdiagnostik – eher noch schneller als in nonverbalen Fähigkeiten.

Wegen des Entwicklungsverlaufes und der psychometrischen Testergebnisse mit 6;11 und 8;9 Jahren mußte die Eingangsdiagnose korrigiert werden, ebenso die Entwicklungsprognose. Wurde zuerst – nach Abbau der massiven Deprivation und Verhaltensprobleme – eine unspezifische

² Beispielsätze von einer Bildbeschreibung: „die da immer rutschen, schau der taucht, der so klein ist, so was die da tun, kann nur was Kinder, drin sitzt Deckel zu, ne einfach draufdrücken oben, bei uns kleinen Deckel, oh des ist Bücher drin, der da hochgeklettert, oh mit der Leiter-rübergesprungen-so weit“.

Sprachentwicklungsverzögerung auf der Basis einer Lernbehinderung erwartet (AMON et al. 1993), lautete die Abschlußdiagnose „spezifische Sprachentwicklungsstörung“ (ICD-9: 315.3). Aber auch diese Diagnose wurde dann sehr fraglich, als das Kind mit 11;3 Jahren nochmals gesehen, aber nicht objektiv diagnostiziert werden konnte. L. konnte – nach 2 Klassen Sprachheilschule – aufgrund seiner konstant verbesserten Sprache und allgemeiner Leistungsfähigkeit in die Grundschule wechseln; er besuchte zum Zeitpunkt des letzten Kontaktes die 4. Klasse einer Regelschule mit befriedigenden bis guten Schulleistungen. Die Sprache wirkte unauffällig; L. sprach lange, korrekte Sätze mit Nebensätzen; Satzstrukturfehler wurden keine mehr gehört. Sprache und Aussprache wirkten sehr gepflegt, der Wortschatz gut. Noch vorhandene sprachliche oder rezeptive Schwächen, die sich nur in einer differenzierten Diagnostik zeigen, konnten nicht abgeklärt werden. Unklar bleiben die Auswirkungen der verspäteten Lateralisierung, nach GUTEZEIT (1983) ist diesem Einfluß die Rolle eines Risikofaktors zuzubilligen.

3 Diskussion

Zusammenfassend entwickelte sich L. unerwartet schnell und konnte in den meisten Fähigkeitsbereichen einen durchschnittlichen Stand erreichen; das war zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik nicht zu erwarten, weil das Kind schon relativ alt war und vor allem in aktiv sprachlichen Bereichen nur den Stand eines etwa 15 bis 18 Monate alten Kindes hatte. Das war u. a. auch deswegen nicht zu erwarten, weil sich zwar die soziale Situation von L. besserte, aber durchaus nicht als ideal bezeichnet werden konnte.

Die Entwicklung begünstigende Faktoren: Sprachentwicklungsauffällige Kinder haben häufiger Verhaltensprobleme, die mit der Schwere der Störung zunehmen (MAYR 1990). Bei L. konnten die anfangs heftigen expansiven Verhaltensstörungen recht schnell verringert bzw. abgebaut werden, bis zur Einschulung wurde das Kind ausgesprochen kooperativ und strebsam und war sozial gut akzeptiert und integriert. Diese Verhaltensveränderungen waren für das Lernen von neuen Inhalten sicherlich eine sehr wichtige Voraussetzung. Für die Kompensation des psychomotorischen Entwicklungsrückstandes war das gute intellektuelle Potential des Kindes wichtig. Dieses begünstigte sicherlich auch die allgemeine sprachliche Entwicklung; für die schnelle Erweiterung bzw. Verbesserung der antiken Sprache war aber auch wichtig, daß das Kind zuerst in der Sprachtherapie und dann im Alltag – zumindestens kürzere Sätze – richtig nachsprechen lernte und dabei nur selten die Fehler machte, die in der Spontansprache zu hören waren und eigene Fehler korrigieren konnte (STURNER et al. 1993). Trotz des späten Sprachbeginns und der lange verzögerten Sprachverständnissentwicklung erwarb L. offensichtlich relativ schnell ein ausreichendes (meta-)sprachliches Wissen (DANNENBAUER 1989). Das war für den Lese- und Schreiberwerb von Vorteil (KLICPERA u. SCHACHNER-WOLFRAM 1987), der bei

L. unauffällig verlief, obwohl die (primär-)sprachlichen Fähigkeiten in diesem Alter noch sehr defizitär und hoch auffällig waren. Dieses stabile (meta-)sprachliche Wissen war aber auch eine Voraussetzung für die gute Weiterentwicklung der Sprache (DALBERT u. SCHÖLER 1989); das sprachliche Können des Kindes entsprach im Alter von 8;9 Jahren noch keineswegs dem Wissen, die sprachlichen Strukturen waren noch ungefestigt (KAMHI u. KOENIG 1985), worauf die oft kurzen und falschen Sätze hinweisen. Erst in den darauffolgenden Jahren konnte L. die Lücke zwischen seinem Wissen und Können schließen.

Die Ursachen der massiven Entwicklungsverzögerung: Für die allgemeine mentale Entwicklungsverzögerung dürften die massive Deprivation und die auffällige Mutter-Kind-Interaktion ursächlich sein, dafür spricht auch die schnelle und gute Weiterentwicklung des Kindes unter günstigeren psychosozialen Bedingungen und einem angemessenen Angebot. Auch für den Entwicklungsrückstand in allgemeinen sprachlichen Bereichen (z. B. Wortschatz) und im Sprachverständnis können ebenfalls die Umgebungsbedingungen (MENARA 1976) als Hauptursachen angenommen werden. Das gilt aber nicht für andere sprachliche Auffälligkeiten wie den Telegrammstil und den Dysgrammatismus. Die Ursachen dieser Störungen (als Symptome einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung) sind nicht ganz geklärt (BISHOP 1992), eine milieubedingte Verursachung ist aber sehr unwahrscheinlich. Vermutlich litt L. unter einer spezifischen Sprachentwicklungsstörung mit Schwerpunkt auf der Beeinträchtigung aktiv sprachlicher Bereiche und geringerer rezeptiver Beteiligung, die wegen der massiven Deprivation erst spät hörbar wurde.

Summary

Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation

The course of development of a 5-year-old boy with a serious developmental retardation and massive behaviour problems who spoke only a few words is documented and described with psychometric tests and spontaneous language samples up to the age of 8;9. In spite of this developmental retardation and poor care, the child reached until then an average to above-average intelligence in non-verbal functions. The symptoms were reduced only to a specific language impairment. At the age of 11, this disorder as well had practically disappeared. Such a course of development after the age of 5 is not common, whereas a specific language impairment normally remains a deficit. Possible causes for this favourable development are discussed.

Literatur

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MULL, W./WILKES, J. (1993): Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42, 150-

156. – BISHOP, D. V. M. (1992): The underlying nature of specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33, 3–66. – COOPER, R. P./ASLIN, R. W. (1990): Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development* 61, 1584–1595. – DALBERT, C./SCHÖLER, H. (1989): Wissen dysgrammatisch sprechende Kinder mehr als sie können? Arbeitsbericht aus dem Forschungsprojekt „Dysgrammatismus“. Heidelberg. – DANNENBAUER, F. M. (1983): Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Birkach: Ladewig. – DANNENBAUER, F. M. (1989): Ist der kindliche Dysgrammatismus grammatisch? Zu den Sprachproblemen entwicklungsdysphasischer Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 34, 151–168. – GRIMM, H./SCHÖLER, H. (1978): Heidelberger Sprachentwicklungstest. Göttingen: Hogrefe. – GUTEZEIT, G. (1983): Lernstörungen bei linkshändigen Kindern. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation* 3, 92–97. – HEBBEL, G./HORN, R. (1976): French-Bilder-Intelligenztest. Weinheim: Beltz Test. – KAMHI, A. G./KOENIG, L. (1985): Metalinguistic awareness in language disordered children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 16, 199–210. – KANE, G. (1992): Entwicklung früher Kommunikation und Beginn des Sprechens. *Geistige Behinderung* 4, 303–319. – KARMILOFF-SMITH, J. (1986): some fundamental aspects of language development after 5. In: FLETCHER, R./GARMAN, M. (eds.): *Language acquisition*. Cambridge: University Press, 455–474. – KIESE, CH./KOSIELSKI, P. M. (1979): Aktiver Wortschatztest für drei bis sechsjährige Kinder. Weinheim: Beltz Test. – KIESE, CH./HENZE, K. H. (1988): Umfassende Lateralitätsbestimmung in der phoniatischen Klinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 37, 11–16. – KLICPERA, C./SCHACHNER-WOLFRAM, S. (1987): Entwicklung des metalinguistischen und phonematischen Bewußtseins während des ersten Schuljahres. *Frühförderung interdisziplinär* 6, 26–32. – KRASKEN, J. S. D. (1973): Latéralization, language learning, and the critical period: some new evidence. *Language Learning* 3, 63–74. – MARTIN, J. A. M. (1981): Voice, speech, and language in the child: development and disorder. Berlin: Springer. – MARTIN, H./MC CONKEY, R./MARTIN, S. (1984): From acquisition theories to intervention strategies: an experiment with mentally handicapped children. *British Journal of Disorders of Communication* 19, 3–14. – MAYR, T. (1990): Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern mit unterschiedlich schweren Sprech-, Sprach- und Kommunikationsstörungen – eine epidemiologische Studie. *Heilpädagogische Forschung* 16, 37–43. – MCCABE, M. A./UZGIRIS, I. C. (1983): Effects of model and action on imitation in infancy. *Merill-Palmer Quarterly* 29, 69–82. – MCLEAN, J. E./SNYDER MCLEAN, L. K. A. (1978): A transactional approach to early language training. Columbus, Ohio: Merrill Palmer. – MENARA, D. (1976): Psychotherapeutische Behandlung von Adoptivkindern. In: BIERMANN, G. (Hg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband*. München: Reinhardt 35–44. – MILLER, J. R./CHAPMAN, R. (1981): The relation between age and mean length of utterances in morphemes. *Journal of Speech and Hearing Research* 24, 154–161. – PAPOUSEK, H./PAPOUSEK, M. (1989): Frühe Kommunikationsentwicklung und körperliche Beeinträchtigung. In: FRÖHLICH, A. (Hg.): *Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder*. Dortmund: modernes lernen. – PAUL, R./COHEN, D. J. (1984): Outcomes of severe disorders of language acquisition. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 14, 405–419. – PECHSTEIN, J./HELLBRÜGGE, TH. (1981): Pathologische Sozialentwicklung und Soziose. In: HELLBRÜGGE, TH. (1981): *Klinische Sozialpädiatrie*. Berlin: Springer 61–68. – PAUL, R./ELWOOD, T. J. (1991): Maternal linguistic input to toddlers with slow expressive language development. *Journal of Speech and Hearing Research* 34, 982–988. – SARIMSKI, K. (1985): Reynell Sprachentwicklungsskalen (deutsche Übersetzung). München: Röttger. – SCHAFER, H. R. (1979): Acquiring the concept of the dialogue. In: BORNSTEIN, M. H./KEESEN, W.: *Psychological development from infancy: Image to intention*. Hillsdale: Erlbaum. – SIEGEL, L. S./CUNNINGHAM, C. E./VAN DER SPUI, H. I. J. (1985): Interactions of language-delayed and normal preschool boys with their peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26, 77–83. – SNIJDERS, J. TH./SNIJDERS-OOMEN, N. (1977): Snijders-Oomen nicht verbale Intelligenztestreihe (SON 2 1/2–7). Groningen: Woolters-Nordhoff. – STEINGRÜBER, H. J./LIENERT, G. (1971): Hand-Dominanz-Test. Göttingen: Hogrefe. – STURNER, R. A./KUNZE, L./FUNK, S. G./GREEN, J. A. (1993): Elicited imitation: its effectiveness for speech and language screening. *Developmental Medicine and Child Neurology* 35, 715–726. – SUSS-BURGHART, H. (1992): Reliabilität und Validität von Spontansprachproben. *Sprache-Stimme-Gehör* 16, 108–112. – SUSS-BURGHART, H. (1992): Psychometrische Tests bei mental retardierten Kindern. *Heilpädagogische Forschung* 18, 67–70. – SUSS-BURGHART, H./BRACK, U. B. (1991): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen bei mental retardierten Kindern. *Zeitschrift für Kinder-/Jugendpsychiatrie* 19, 158–168. – TEWES, U. (1983): Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder-Revision. Bern: Huber. – TREPP, M. (1983): Der Vergleich dreier Therapien bei sprachretardierten Kindern. Diplomarbeit, Universität München. – VEIT, S. E./CASTELL, R. (1992): Sprachproduktion und Sprachverständnis bei dysgrammatisch sprechenden Vorschulkindern. *Zeitschrift für Kinder- u. Jugendpsychiatrie* 20, 12–21.

Anschrift des Verfassers: Dr. Heinz Süss-Burghart, Kinderzentrum München, Heiglhofstraße 63, 81377 München.