



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Zvýšení kvality vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě ve vazbě na potřeby Moravskoslezského kraje
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_058/0010238

Odborný německý jazyk pro speciální pedagogy

Distanční studijní text

Ladislava Zezulková

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Pedagogika

Klíčová slova: Základní terminologie speciální pedagogiky, klasifikace speciální pedagogiky, psychopedie, poruchy autistického spektra, somatopedie, logopedie, surdopedie, oftalmopedie

Anotace: Studijní opora pracuje se slovní zásobou německého jazyka s vazbou na obor speciální pedagogika. Student rozšíří své jazykové kompetence učebním izolovaných německých pojmů a prostřednictvím práce s cizojazyčnými texty vyhledáváním informací na webových stránkách se speciálně pedagogickou problematikou.

Po prostudování textu se student bude orientovat v německé terminologii z oblasti psychopedie, logopedie, surdopedie, oftalmopedie, somatopedie a poruch autistického spektra. Dále bude schopen popsat německy symptomy a etiologii vybraných speciálně pedagogických jevů a rozšíří své znalosti o možnostech edukace a přístupech k handicapovaným osobám v německém jazyce.

Autor: Mgr. Ladislava Zezulková

Obsah

ÚVODEM.....	6
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	7
1 EINFÜHRUNG IN DIE SONDERPÄDAGOGIK.....	8
1.1 Sonderpädagogik und sonderpädagogische Begriffe	9
1.2 Teilung von Behinderungen	11
1.2.1 Primäre und sekundäre Behinderung.....	14
1.3 Integration, Inklusion und Segregation	16
2 GLIEDERUNG VON BEHINDERUNGEN.....	20
2.1 Geistigbehindertenpädagogik.....	21
2.2 Autismus – Spektrum – Störungen.....	22
2.3 Körperbehindertenpädagogik	23
2.4 Logopädie.....	23
2.5 Hörgeschädigtenpädagogik	25
2.6 Blindenpädagogik und Sehbehindertenpädagogik	26
2.7 Kombinierte Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen	26
3 GEISTIGE BEHINDERUNG.....	31
3.1 Begriff geistige Behinderung	32
3.2 Besonderheiten der geistig Behinderten.....	36
3.3 Erziehung und Bildung der geistig behinderten Personen	39
3.4 Demenz.....	40
4 AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN.....	44
4.1 Definition und Klassifikation autistischer Störungen	45
4.2 Symptome autistischer Störungen.....	46
4.3 Symptome autistischer Störungen im Zusammenhang mit dem Alter.....	50
4.4 Erwachsene Menschen mit ASS und die Perspektive in die Zukunft.....	52
4.5 Bildung und Inklusion der autistischen Kinder.....	53
5 KÖRPERBEHINDERTENPÄDAGOGIK	59
5.1 Menschen mit körperlicher Schädigung.....	61
5.2 Formen der Bewegungseinschränkungen.....	61
5.3 Probleme und Förderung der Menschen mit Mobilitätseinschränkung	70
6 LOGOPÄDIE.....	75
6.1 Kommunikation, Rede, Sprache, gestörte Kommunikationsfähigkeit.....	76

6.2	Klassifizierung der gestörten Kommunikationsfähigkeit.....	78
7	HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGIK	91
7.1	Klassifizierung der Hörschäden	92
7.1.1	Nach Arten der Behinderung	92
7.1.2	Nach dem Grad (der Schwere) der Behinderung.....	94
7.1.3	Nach der Zeit der Entstehung	96
7.2	Förderung der Hörgeschädigten	96
7.3	Kommunikationsformen der Hörgeschädigten	98
7.4	Integration der Hörgeschädigten	99
8	BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENPÄDAGOGIK.....	103
8.1	Fachbegriffe	104
8.2	Charakteristik von häufigen Erblindungsursachen	106
8.3	Hilfsmittel – Sehhilfe	109
	LITERATURA	114
	SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	117
	PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	118

ÚVODEM

Obsah studijní opory Odborný německý jazyk pro speciální pedagogy je vypracován ve shodě s akreditací daného kurzu ve studijním programu Speciální pedagogika.

Text i doplňkové úkoly jsou vypracovány v německém jazyce. Je určen studentům, jejichž dosažená úroveň německého jazyka je minimálně A2 dle evropského referenčního rámce.

Nároky současného světa se stále více spoléhají na dobrou znalost cizích jazyků. Ve středoevropském prostředí se dnes již takřka automaticky předpokládá plynulá komunikace v anglickém jazyce a dále v některém z dalších preferovaných evropských jazyků. Vzhledem k historické i teritoriální propojenosti, dobrým sousedským vztahům i četným osobním zkušenostem se jako druhý cizí jazyk nabízí němčina. Odborný německý jazyk pro speciální pedagogy je tedy rozšířením znalostí a především komunikačních dovedností k preferovanému studijnímu programu – speciální pedagogice. Studentovi poskytne nový rozměr vybraného oboru, zlepší orientaci v odborných textech našich rakouských a německých sousedů, seznámí s německou terminologií a rozšíří podstatně slovní zásobu.

Studijní opora pracuje s řadou distančních prvků. Využívá úkoly k zapamatování, k zamýšlení, zařazuje kontrolní otázky, doplňková cvičení pro zájemce, práci s německým textem, práci s probranou slovní zásobou atp. Zařazené korespondeční úkoly odkazují studenty na zajímavé webové stránky německy mluvících zemí a vybízejí k vyhledávání informací. Text pracuje s odbornou terminologií a předpokládá plnou účast studenta a motivaci k zlepšení jazykových kompetencí v německém jazyce. Největší důraz je kladen na práci s odbornou slovní zásobou s návazností na níže uvedené speciálně pedagogické disciplíny.

Text studijní opory je řazen do osmi kapitol, přičemž první dvě kapitoly jsou úvodní, tj. navozují problematiku speciální pedagogiky, probírají její základní terminologii v německém jazyce. Další kapitoly se již orientují na podrobnější obsah disciplin psychopedie, poruchy autistického spektra, somatopedie, logopedie, surdopedie a oftalmopedie. Tyto kapitoly zahrnují i další úkoly k probíraným tématům, v některých případech obsahují i vyobrazení, fotografie, schémata, odkazy k poslechu apod.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

První kapitola se zaměřuje na obecné a základní pojmy oboru speciální pedagogika. Zabývá se různými typy členění postižení, primárním a sekundárním postižením a pojmy integrace, inkluze a segregace. Zvlášť je zde včleněn drobný speciálně pedagogický slovník obsahující nejdůležitější terminologii.

Ve druhé kapitole je krátce vysvětleno, jaká je náplň speciálně pedagogických disciplin psychopedie, somatopedie, logopedie, surdopedie, oftalmopedie a poruch autistického spektra.

Třetí kapitola podrobně pojednává o psychopedii. Zaměřuje se na termín mentální postižení a jeho příčiny. Dále předkládá zvláštnosti ve smyslovém vnímání, myšlení a řeči, paměti, pozornosti, emocích a vůli mentálně postižených. Orientuje se i na vzdělávání a výchovu s vazbou na české prostředí. Předkládá i pojem demence, příčiny vzniku a podněty ke komunikaci. Závěr kapitoly nabízí praktické pokyny pro komunikaci s mentálně postiženými.

Čtvrtá kapitola se zabývá definicí a klasifikací poruch autistického spektra. Dále rozebírá symptomy rozčleněné dle věku, projevy v sociální interakci, komunikaci a stereotypy v chování. Rovněž jsou podrobněji probrány zvláštnosti ve vzdělávání lidí s PAS a předpoklady inkluze.

Pátá kapitola se zabývá disciplínou somatopedie. Rozebírá formy tělesných postižení, podrobněji popisuje některé diagnózy. Zvláštní zřetel klade na dětskou mozkovou obrnu, její symptomy, etiologii a typy. Dále rozvíjí i možnosti podpory lidí s omezenou hybností.

V šesté kapitole je pojednáno o základních pojmech logopedie. Podrobně se zabývá narušenou komunikační schopností a její klasifikací, opožděným vývojem řeči, dysfázií, afázií, neurotickými poruchami řeči, poruchami plynulosti řeči a nosovosti, poruchami artikulace a poruchami hlasu.

Sedmá kapitola se zaměřuje na pojmy oboru surdopedie, klasifikaci poruch sluchu podle jejich druhu, podle stupně postižení a v závislosti na času jejich vzniku. Dále se zabývá podpůrnými prostředky sluchově postižených lidí a formami komunikace. Zvláštní pozornost je věnována znakovému jazyku. Rovněž je zde nastíněn problém integrace sluchově postižených.

Osmá kapitola rozebírá základní terminologii oftalmopedie, zabývá se klasifikací zrakových vad a zmiňuje některé příčiny oslepnutí. Nabízí i pohled na kompenzační prostředky zrakově postižených.

1 EINFÜHRUNG IN DIE SONDERPÄDAGOGIK



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY / SCHNELLER EINSICHT

Mit der Klassifikation der Sonderpädagogik behandelt sich zur Zeit eine große Anzahl von Wissenschaftlern. Die sonderpädagogische Problematik wird vollständig angeschaut, sie berücksichtigt alle Veränderungen, die dieser Bereich derzeit erlebt. Die grundsätzliche Veränderung der letzten zehn Jahren ist die Tatsache, dass die Erziehung und Bildung von behinderten Kindern nicht mehr in Kompetenz der Sonderschulen ist, sondern dass sie allmählich im Kontext mit Integration und Inklusion alle Typen von Bildungseinrichtungen und Schulen anbelangen.

Früher ging die sonderpädagogische Gliederung von der medizinischen Terminologie aus und die Behinderung wurde als eine Kategorie angesehen. Aufgrund dieser Überzeugung wurden die Sonderschulen für Körperlich-, Geistig-, Sinnlichbehinderten eingerichtet.

Die aktuelle Tendenz ist anders. Sie beachtet mehr die Stufe und Tiefe der Behinderung, die vielmehr als eine Dimension begriffen wird. Die besonderen Bedürfnisse von Behinderten werden mit Unterstützungsmaßnahmen begleitet. In den Sonderschulen werden meistens die Kinder mit schweren oder mehreren Behinderungen gebildet, während die Schüler mit leichter oder mittelschwerer Beeinträchtigung in den gewöhnlichen Schulen bleiben.



CÍLE KAPITOLY / ZIELE

Nach dem gründlichen Studium dieses Kapitels werden Sie fähig:

- Einige von elementaren sonderpädagogischen Begriffen zu erklären
- Die Behinderung nach verschiedenen Kriterien zu teilen
- Begriffe primäre, sekundäre und soziogene Behinderung zu erläutern
- Integration, Inklusion und Segregation zu verdeutlichen

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY / SCHLÜSSELWÖRTER



Bildung, Kompensation, Rehabilitation, Sozialisierung, Prävention, Anomalie, Deformation, Deterioration, Disaptibility, Handicap, Kompensation, Prävention, Rehabilitation (Rehabilitierung), Sozialisierung, Umerziehung, Defekt, angeborene Behinderungen, erworbene Behinderungen, Charakter/Stärke der Behinderung, Behinderungstyp, Primäre/Sekundäre/Soziogene Behinderung, Integration, Inklusion, Segregation

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU / ZEIT ZUM STUDIEREN



Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum Studium dieser Kapitel min. 6 Stunden notwendig.

1.1 Sonderpädagogik und sonderpädagogische Begriffe

Die Sonderpädagogik in Tschechien ist relativ junge wissenschaftliche Disziplin, deren Grundlagen am Ende des 19. und im Laufe des 20. Jahrhunderts gelegt wurden.

Im Laufe der Zeit änderte sich sehr oft die Benennung dieser Disziplin. Die meisten von diesen Begriffen sind allmählich geschwunden. Benennungswert sind die Termini Pedopathologie, therapeutische Pädagogik und Defektologie. Die Bezeichnung Sonderpädagogik wurde erst in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts von der großen pädagogischen Persönlichkeit Miloš Sovák durchgesetzt.

Veränderlich ist auch die Bezeichnung von denen, die den Forschungsgegenstand der Sonderpädagogik darstellen. Es treten zum Beispiel folgende Termini auf: abnormales/unnormales Kind, defekte Jugendlichen, Jugendlichen mit speziellen Bedürfnissen, Kind mit speziellen Bildungsbedürfnissen, Kind mit Unterstützungsbedürfnissen usw.

Zur Zeit wird als korrekt die Verbindung Kind, Schüler, Mensch mit geistiger, Sinneskörper-, Sprachbehinderung/Beeinträchtigung betrachtet.

Kleiner sonderpädagogischer Wörterbuch

- Anomalie/Abnormität – ist relativ stabile Abweichung gegenüber einer Norm, sie wird noch nicht für pathologisch gehalten
- Bildung (Edukation) – schließt Bildung (informativer Einfluss) und Erziehung (bildender Einfluss) ein

- Deformation – Verformung, der Begriff wird im Zusammenhang mit den somatischen Abnormitäten benutzt
- Deterioration – Wertminderung einer Sache, Minderung von Fähigkeiten
- Disaptibility – Schwächung von einer oder mehreren Funktionen, oder der Verlust eines Körperteils. Falls die Behinderung nicht persönliches Leben beeinflusst und der Mensch keine Erziehungs-, Bildungs- oder Arbeitsprobleme hat, sollte er nicht als behindert betrachtet sein
- Handicap – ein Nachteil eines Individuum, eine Behinderung
- Kompensation – konzentriert sich auf die Entwicklung von anderen Funktionen, (von denen, die nicht gestört/behindert sind)
- Prävention (Vorbeugung) – Maßnahmen, die der Entstehung oder nächster Entwicklung z. B. vom Handicap vorbeugen
- Rehabilitation/Rehabilitierung – schließt nicht nur die therapeutische, sondern auch die psychologische, sozial-rechtliche, ökonomische Rehabilitation und Rehabilitation der Arbeit ein
- Sozialisierung – Integration in die Gesellschaft, bzw. Resozialisierung = wiederholte Integration. Von WHO (World Health Organisation) wird die Sozialisierung in der neunstufigen Skala von der völligen Integration zur hohen Segregation gegliedert.
- Umerziehung – konzentriert sich auf die Besserung von gestörten/behinderten Funktionen



K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH

Der Begriff *Defekt* (aus dem lat. Defectus = Minderung, Verlust) – unter diesem Begriff versteht man den Verlust in der anatomischen Struktur des Organismus. Er wird für ständig, unwiderlegbar gehalten. Zur Zeit wird dieser Terminus nicht mehr verwendet, er wird nicht mehr als korrekt betrachtet. Er wurde durch Begriff *Behinderung*, *Handicap* ersetzt.

1.2 Teilung von Behinderungen

Es gibt mehrere Möglichkeiten, wie die Behinderungen geteilt werden können.

- Wenn man die **Zeit ihrer Entstehung** berücksichtigt, unterscheidet man:

Angeborene Behinderungen

in der *prenatalen* (vorgeburtlichen) Zeit. Es können akute oder chronische Krankheiten der Mutter sein, unrichtige Ernährung, Verbrauch von alkoholischen Getränken und anderen Suchtmitteln oder Medikamenten, Rauchen, Wirkung von radioaktiver oder Röntgenstrahlung, aber auch gleichgültige oder feindliche Gefühle in der Schwangerschaft. Verschiedene Fötusschaden können auch als Folge der Genmutation entstehen. Eine negative Rolle spielt oft die Erblichkeit.

Beispiel: Eine sehr häufige Genmutation ist Down-Syndrom. Menschen mit dem typischen Down-Syndrom tragen in allen Körperzellen ein Chromosom mehr als andere Menschen. Sie haben das Chromosom 21 (oder seltener Teile davon) dreimal statt zweimal, daher der Name „Trisomie 21“. Sie haben somit insgesamt 47 statt 46 Chromosomen. Die typischen Merkmale (es sind nicht alle aufgelistet) des Down-Syndroms können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Die Menschen mit Down-Syndrom haben unterdurchschnittliche Körpergröße; flaches Gesicht; Hautfalte am inneren Augenwinkel; breite Nasenwurzel; tief sitzende, kleine Ohren; große Zunge; häufig geöffneter Mund; breite Hände mit kurzen Fingern; durchgehende Furche in den Handflächen; weite, schlaffe Haut; überstreckbare Gelenke.

in der *perinatalen* (während der Geburt) Zeit. Eine große Bedrohung ist der Sauerstoffmangel (Hypoxie), eine Ansteckung oder Traumatisierung im Laufe der Geburt. Aufgrund dieser Umstände entsteht oft die Zerebralparese.

Beispiel: Die Infantile Zerebralparese ist eine Körperbehinderung, die durch einen frühen (infantilen) Hirnschaden verursacht ist. Infantile Zerebralparese kann als Bewegungsstörung charakterisiert sein. Die Ursache liegt in frühkindlichen Schädigungen von Gehirnzentren, die die Bewegung steuern. Die Folgen sind, dass die geschädigten Zentren und Bahnen zu viele oder zu wenige Signale an die Muskeln senden: Die Muskeln spannen sich zu sehr oder zu wenig an und ein harmonisches Zusammenspiel der Muskeln ist nicht mehr möglich. Die Bewegungsabläufe sind beeinträchtigt, die Bewegungsverlangsamung.

Erworbene Behinderungen

In dieser Gruppe existiert eine ganze Reihe von **Krankheiten**, die die Entwicklung des Kindes (vor allem in der frühen Kindheit) negativ beeinflussen, z. B. virale oder bakterielle Entzündungen. Sie haben sehr ungünstige Folgen auf die nächste geistige und körperliche Entwicklung. Bedeutsam können auch die **Gehirnverletzungen** sein, deren Auswirkungen die Charakteränderungen oder Verlust des Intellekts sind .

Eine große Rolle spielen auch die Einflüsse eines konkreten **sozialen Milieus**, in dem die körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes verläuft. Gerade die früheste Zeit des menschlichen Lebens hat einen besonders großen Einfluss auf die persönliche Formung und auf das zukünftige psychische, soziale und emotionale Leben.

Beispiel: Wenn die menschliche Entwicklung nicht positiv gestaltet wird, entstehen verschiedene Störungen. Instabilität des Familienlebens bedrohen vor allem die nächsten sozialen Interaktionen des Kindes und es führt zum Verlust des Sicherheitsgefühls und der Geborgenheit. Die Folge ist am häufigsten die Vernachlässigung des Kindes, emotionale Deprivation oder Störungen, Neurosen, soziale Anpassungsschwierigkeiten oder Verhaltensstörungen.

- Wenn man den **Charakter der Behinderung** berücksichtigt, unterscheidet man:

Behinderungen auf dem Organbasis

es geht um die **Mangel** oder **Änderungen in der Funktion** von einem Organ (mehreren Organen) oder von seinem Teil. Die Ursache liegt in verschiedenen Missbildungen (Anomalien), die den ganzen Organ oder seine Teile betreffen. Sehr häufig kommen die Gaumen-, Gesichts- oder Rückgradspalten, Defekte von Gliedmaßen, völliges Fehlen eines Organs u.a. vor.

Eine andere Ursache sind die **Krankheiten** und ihre Folgen, z. B. Herzfehler, Lähmungen, Behinderung von sinnlichen Organen, chronische Änderungen von Geweben u. a.

Die dritte Gruppe sind die Behinderungen, die als Folge von **Unfällen und Verletzungen** entstehen, z. B. die Beschränkung der Bewegung, sinnliche Beeinträchtigungen, Hirnschaden u. a.

Behinderungen auf dem Funktionbasis

es handelt sich um bestimmte Schaden, ohne ein Organ oder Gewebe eines Organsystems zu beschädigen. Die Ursachen liegen oft in negativen äußeren Einflüssen der Umgebung oder in der Erziehung. So entstehen z. B. Organneurosen (Magen-, Herz-, Gefäßneurosen) und psychische Neurosen (Phobie, Schlafstörungen, Verhaltensstörungen, zwanghaftes Verhalten, sekundäre Enuresis usw.)

Beispiel: *Als sekundäre Enuresis wird das Bettnässen nach einer trockenen Phase, die mindestens sechs Wochen angedauert hat, bezeichnet. Oftmals sind urologische oder psychische Ursachen der Grund für eine sekundäre Enuresis. Häufige Ursachen für sie sind plötzliche Verluste, wie die Trennung oder Scheidung der Eltern, Todesfälle innerhalb der Familie, die Geburt eines neuen Familienmitglieds oder die Vernachlässigung durch die Eltern. Stress, zum Beispiel in der Schule, kann ebenfalls Anlass für wiederkehrendes Bettnässen sein.*

- Wenn man die **Intensität/Stärke der Behinderung** berücksichtigt, unterscheidet man:

Leichte Behinderung

Es sind noch nicht die sozialen Beziehungen gestört und diese Gefahr droht nicht, die Sorge konzentriert sich auf die Vorbeugung von sekundären Folgen.

Mittelschwere Behinderung

Bei dem Menschen gibt es schon ein bestimmtes Risiko der Störung von sozialen Interaktionen.

Schwere Behinderung

Sie wird vom Verlust der sozialen Kontakten begleitet oder diese Kontakte werden gar nicht entwickelt.

Schwerste Behinderung

Der Mensch vermisst die sozialen Kontakte.

- Wenn man den **Behinderungstyp** berücksichtigt, unterscheidet man:

Körperliche Behinderung

Sehbehinderung

Hörschädigung

Geistige Behinderung (einschließlich Autismus-Spektrum-Störungen)

Behinderung der Sprache, des Sprechens, der Stimme oder des Schluckens

Mehrfache (kombinierte) körperliche oder sinnliche Behinderung



PRŮVODCE TEXTEM / TEXT-ASSISTENT

Diese Gliederung wird weiter in den nächsten Kapiteln detailliert behandelt

1.2.1 Primäre und sekundäre Behinderung

Eine **primäre Behinderung** wird durch die medizinisch-pathologische Diagnose beschrieben, die körperliche und/oder psychische Abweichungen von der Norm und deren Symptomatik, hervorgerufen durch definierte Schädigungen, feststellt.

Sekundäre Behinderungen (in Tschechien früher als Defektivität benannt) sind im sozialwissenschaftlichen Sinn die (negativen) Folgen, die sich durch das tatsächliche oder vermutete Vorhandensein einer primären Behinderung bzw. der Reaktion darauf zusätzlich für die betroffene Person ergeben.

In der deutschsprachigen Literatur wird auch sog. **soziogene Behinderung** erwähnt. Sie bedeutet die negativen Folgen durch gesellschaftliche Normative.

Die sekundäre und soziogene Behinderung hängt sehr eng mit der Zeit ihrer Entstehung zusammen. Diejenigen Menschen, bei denen die Behinderung später (z. B. erst im Erwachsenenalter) entstand, haben selbst nicht so negative Vorstellungen über den Einstellungen und Vorurteilen der gesunden Bevölkerung. Sie müssen sich zwar in einer ganz neuen Lebenssituation zurechtfinden, aber sie wissen, wie es „gesund zu sein“ ist und deshalb betrachten sie sich am meisten als „normal“. Anders ist das bei den Menschen mit einer angeborenen Behinderung, die sehr oft eine ablehnende oder ausweichende Einstellung von anderen gesunden Menschen erwarten. Sie vermissen von Anfang an die Möglichkeit zwei ungleichartige Situationen zu vergleichen.

Beispiel 1: Ein Mensch hat infolge einer Verletzung seine rechte Hand verloren (primäre Behinderung). Als Rechtshänder muss er neu lernen die linke Hand in allen gewöhnlichen Aktivitäten benutzen. Er spürt jedoch keine größeren Schwierigkeiten, die seine sozialen Beziehungen und seine Arbeit beeinflussen. Er hat eine schwere körperliche Behinderung, aber es entwickelten sich bei ihm keine sekundären Folgen.

Beispiel 2: Eine Familie erzieht einen zehnjährigen Sohn mit Asperger-Syndrom (primäre Behinderung). Der Junge besucht das Gymnasium und im Unterricht steht ihm eine Assistentin zur Verfügung. Obwohl den Mitschüler und ihren Eltern die Situation in der Klasse bekannt ist und obwohl sie mit den Besonderheiten seiner Behinderung vertraut wurden, äußern manche Schüler und auch Eltern ihre Unzufriedenheit mit der Anwesenheit dieses Jungen in der Klasse (sekundäre Behinderung).

PRŮVODCE TEXTEM / TEXT-ASSISTENT



Folgende graphische Darstellung zeigt übersichtlich, was alles an einer primären Behinderung (in der Abbildung Gesundheitsproblem) teilnimmt und wie sich die einzelnen Bestandteile gegenseitig beeinflussen.



1.3 Integration, Inklusion und Segregation

Integration (Einfügung) im allgemeinen Sinn ist die Akzeptanz der vorherrschenden Unterschiede und zugleich die Anpassung an das Land, die Sprache, Kultur, Essen, Politik usw.

Im sonderpädagogischen Sinn ist die Integration die Stufe der Sozialisierung eines behinderten Menschen in die Gesellschaft, d. h. problemlose Koexistenz der gesunden und behinderten Bevölkerung. Es ist also der Stand, in dem sich ein behinderter Mensch in seiner Behinderung zurecht fand, er lebt und arbeitet mit den nicht-behinderten zusammen, er ist leistungsfähig und schafft Werte, die von anderen als gleichwertig, bedeutend und erforderlich akzeptiert werden.

Inklusion bezieht sich auf den Einschluss einer Menge oder Gruppe in eine andere und wird zunächst neutral verstanden. In der Erziehungswissenschaft sind primär Schulmodelle gemeint, in denen behinderte und nicht-behinderte Kinder gemeinsam unterrichtet werden. Es werden also Formen einer Sonderbeschulung aufgegeben, wo weit es von den Voraussetzungen der Kinder her möglich ist.

1994 erklärte die UNESCO-Konferenz in Salamanca: *„Das Leitprinzip, das diesem Rahmen zugrunde liegt, besagt, dass Schulen alle Kinder, unabhängig von ihren physischen, intellektuellen, sozialen, emotionalen, sprachlichen oder anderen Fähigkeiten aufnehmen sollen. Das soll behinderte und begabte Kinder einschließen, Kinder von entlegenen oder nomadischen Völkern, von sprachlichen, kulturellen oder ethnischen Minoritäten sowie Kinder von anders benachteiligten Randgruppen oder -gebieten.“*

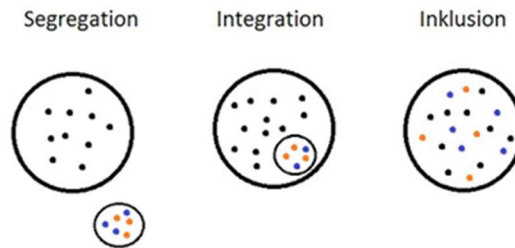
Mit der Inklusion verbindet sich ein Gedanke, dass die Unterschiedlichkeit normal ist und gesellschaftliche Vielfalt notwendig ist. Menschenrechte gelten für alle. Inklusion bedeutet also weniger Einfügung (Integration) als Anerkennung aller in ihrer Verschiedenheit mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen.

Segregation wird am meisten als Gegensatz der Integration verstanden. Es bedeutet die Situation, in der ein behinderter Mensch getrennt von anderen lebt.



PRO ZÁJEMCE / MERKWÜRDIGKEITEN

Folgende Abbildung zeigt die Grundsätze von vier Möglichkeiten der Sozialisierung. Die schwarzen Punkte stellen die intakte Bevölkerung dar, die verschiedenfarbigen zeigen die Position von behinderten Menschen.



OTÁZKY / FRAGEN



1. Nach welchen Kriterien können die Behinderungen geteilt werden?
2. Charakterisieren Sie die primäre und sekundäre Behinderung. Welches Verhältnis haben sie zueinander?
3. Wie unterscheiden sich die Behinderungen auf dem Organ- und Funktionbasis?
4. Beschreiben sie den häufigen Unterschied zwischen der Lebenseinstellung eines Menschen mit angeborener Behinderung und eines mit im Verlauf des Lebens erworbener Behinderung.

KONTROLNÍ OTÁZKY / KONTROLLFRAGEN



Beantworten oder ergänzen Sie die folgenden Aussagen:

- Maßnahmen, die der Entstehung oder nächster Entwicklung z. B. vom Handicap vorbeugen ist
- Bei Behinderung gibt es schon einen bestimmten Risiko der Störung von sozialen Interaktionen
- Verformung, anders gesagt, wird im Zusammenhang mit den somatischen Abnormitäten benutzt
- Die negativen Folgen durch gesellschaftliche Normative, die eine direkte Zusammenhang mit der primären Behinderung haben, nenn man
- Die Integration in die Gesellschaft nenn man anders



ODPOVĚDI / ANTWORTEN

- Die Prävention
 - der mittelschweren
 - Die Deformation
 - Soziogene Behinderung
 - Sozialisierung
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE

- In der Webseite https://www.unesco.de/sites/default/files/2018-03/1994_salamanca-erklarung.pdf suchen Sie, wie Konzeption der integrativen Schulen die erfolgreiche Bildung der Kinder mit besonderen Bedürfnissen unterstützt.
 - In welchen Fällen sollten die Kinder laut dieses Dokuments an den Sonderschulen oder in speziellen Abteilungen gebildet werden?
-



SHRNUTÍ KAPITOLY/ZUSAMMENFASSUNG

Die Behinderungen werden nach mehreren Kriterien geteilt. Wenn man die Zeit der Entstehung berücksichtigt, unterscheidet man die angeborenen (in der pränatalen, perinatalen und postnatalen Zeit) und die erworbenen Behinderungen.

Nach dem Charakter werden sie in zwei Gruppen gegliedert: Behinderungen auf dem Organbasis und Behinderungen auf dem Funktionbasis.

Die Stärke der Behinderung spiegelt sich in der Teilung als die leichte, mittelschwere, schwere und die schwerste. Die einzelnen Stufen werden vom Verlust der Sozialkontakte in der unterschiedlichen Intensität begleitet.

Die häufigste Teilung orientiert sich auf den Typ der Behinderung, d. h. welches Körperteil betroffen ist. Diese Teilung wird detailliert weiter entwickelt.

Ein sehr wesentlicher Unterschied liegt zwischen der primären und sekundären Behinderung.

Zu den sonderpädagogischen Grundbegriffen zählt man die Integration, Inklusion und Segregation. Der erste Terminus bedeutet vor allem der Stand eines behinderten Menschen, in dem sich der Behinderte mit ihrem Gesundheitsproblem indentifiziert, von anderen gesunden Menschen problemlos akzeptiert wird und seine Bedürfnisse im persönlichen und Arbeitsleben erfüllt werden.

Die Inklusion ist ein breiteter Begriff. Er bedeutet den Stand, wenn in den Schulen die behinderten und nicht-behinderten Kinder gemeinsam unterrichtet werden (falls es der Gesundheitszustand des Kindes ermöglicht). Das „anders zu sein“ wird als normal betrachtet.

Unter dem Begriff Segregation verstehen wir den Gegensatz der Integration. Sie bringt oft auch soziale Isolierung eines behinderten Menschen mit.

DALŠÍ ZDROJE / LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS



VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

POLÁKOVÁ, Jenny; NELEŠOVSKÁ, Alena. *Česko-německý, Německo-český pedagogicko-psychologický slovník*. Olomouc: 2000. ISBN 80-7182-091-1

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2003. ISBN 80-244-0646-2

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: 2000. ISBN 80-86022-76-5

ZEZULKOVÁ, E. *Speciální pedagogika – Úvod do problematiky*. Ostrava: 2009.

www.onmeda.de/krankheiten/down_syndrom.html

www.intakt.info

www.elternimnetz.de

www.familie.de

<http://bidok.uibk.ac.at>

www.unesco.de

<http://home.edo.tu-dortmund.de>

2 GLIEDERUNG VON BEHINDERUNGEN



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY / SCHNELLER EINSICHT

Die Sonderpädagogik beinhaltet eine Menge der theoretischen, ebenso der praktischen Erkenntnissen der Erziehung und Bildung der Menschen mit Behinderung. Die traditionelle, heute noch immer anerkannte sonderpädagogische Gliederung hat ihre Wurzeln in der Lehre Miloš Sovaks. Einzelne Kategorien der behinderten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen benötigen spezifische Erziehungs- und Bildungsformen und auch ihre Einleitung in die Arbeit ist spezifisch.

Für unsere Studienzwecke benutzen wir also diese klassische Gliederung nach dem Behinderungstyp. Mit Rücksicht auf die komplizierte Problematik der kombinierten Behinderungen ist sie hier nur kurz erwähnt und weiter absichtlich ausgelassen. Es wird jedoch Problematik der Autismus-Spektrum-Störungen behandelt, die heutzutage im Fokus der Sonderpädagogen liegt. Sie ist als selbständige Kapitel eingeführt und detailliert beschrieben.



CÍLE KAPITOLY / ZIELE

Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Die einzelnen Bereiche der Sonderpädagogik zu klassifizieren und kurz charakterisieren
- Neue deutsche sonderpädagogische Begriffe zu erlernen
- Die ausgewählten problematischen Termini (Synonyme, leicht austauschbare Wörter) zu unterscheiden



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY / SCHLÜSSELWÖRTER

Geistigbehindertenpädagogik, Autismus-Spektrum-Störungen, Körperbehindertenpädagogik, Logopädie, Hörgeschädigtenpädagogik, Blinden- und Sehbehindertenpädagogik, Kombinierte Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU / ZEIT ZU STUDIEREN



Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 8 Stunden notwendig.

2.1 Geistigbehindertenpädagogik

Der Begriff Geistigbehindertenpädagogik kennt die tschechische Wissenschaft unter dem Begriff Psychopädie (*aus dem griechischen psycho = Seele, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*). Es handelt sich um die Sonderpädagogik der geistig behinderten Menschen.

In der Bundesrepublik Deutschland konstituierte sich als wissenschaftliche Disziplin von den 60er Jahren bis in die 80er Jahren. Der Schwerpunkt der Ausrichtung ruhte vor allem auf der Verbesserung der Lernkapazität geistig behinderter Kinder und Jugendlichen.

In Tschechien wurde die Bezeichnung „Psychopädie“ vom Anthropologen František Štampach (analogisch nach dem Terminus „Logopädie“) nach dem Jahre 1945 in die tschechische Terminologie einbezogen. Ursprünglich beinhaltete der Begriff auch die Problematik von Kindern und Jugendlichen, sog. schwer erziehbar, emotional und sozial gestört und moralisch defekt, die sich erst in der zweiten Hälfte 60er Jahren als neue Spezialisierung – Ethopädie – konstituierte.

Sie arbeitet sehr eng mit der Psychopathologie (Lehre über die geistigen Störungen) und Psychiatrie (medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Erkennung und Behandlung von seelischen Störungen – Psychosen, Neurosen ua. – befasst).

K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus diesem Absatz:

geistig behindert, geistige Störung, schwer erziehbar, emotional (sozial ua.) gestört, e Psychopädie, e Psychopathologie, e Psychose

Es sind folgende Synonyme zu bemerken:

geistig, r Geist – duševní, mentální, mysl, duch

seelisch, e Seele – duševní, psychický, duše

Während die folgenden Wörter sehr oft austauschbar sind:

geistlich – duchovní

geistvoll – duchaplný



KORESPONDENČNÍ ÚKOL / KORRESPONDENZAUFGABE

In der Webseite www.intakt.info suchen Sie folgende Informationen aus:

- Was begleitet oft die Erstmitteilung der Diagnose „Behinderung“?
 - Welche Zentren stehen den Eltern zur Verfügung? Wer hilft ihnen?
-

2.2 Autismus – Spektrum – Störungen

Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die wesentlich die Persönlichkeit des Kindes ändert. Diese Störung tritt im Regel noch vor dem dritten Lebensjahr auf und wird oft mit der geistigen Behinderung begleitet.

Die Störung ändert grundsätzlich das Verhalten, die Sozialisierung und Bildung des Kindes. Unter die markanten Merkmale gehören folgende drei Bereiche:

- Besonderheiten und Auffälligkeiten in der Kommunikation - das Kind weist beschränkte Fähigkeiten in der verbalen und nonverbalen Verständigung und Sprache
- Probleme im sozialen Umgang - nicht angemessene Reaktionen auf die emotionale Anregungen, beschränkte Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Schwierigkeiten im menschlichen Kontakt
- eingeschränkte Interessen mit sich wiederholenden Verhaltensweisen - die Vorliebe in der Manipulation mit verschiedenen Gegenständen, die stereotypen Bewegungen

Trotz umfangreicher Forschungsanstrengungen gibt es derzeit keine allgemein anerkannte Erklärung der Ursachen autistischer Störungen.

K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus diesen Absätzen:

s Verhalten, e verbale und nonverbale Verständigung, r soziale Umgang, tiefgreifend, emotionelle Anregung, e Anpassungsfähigkeit, beschränkt, sich wiederholen, stereotype Bewegungen, e Auffälligkeit

Es sind folgende Synonyme zu bemerken:

emotionell, emotional – emocionální

2.3 Körperbehindertenpädagogik

Es ist eine Fachrichtung der Sonderpädagogik. Sie beschäftigt sich mit sonderpädagogischen sowie didaktisch-methodischen Fragestellungen der Erziehung, Bildung und Rehabilitation insbesondere von Kindern und Jugendlichen, die einen sonderpädagogischen Förderbedarf aufgrund einer körperlichen Behinderung aufweisen.

In Tschechien ist diese wissenschaftliche Disziplin unter dem Begriff „Somatopädie“ bekannt (*aus dem griechischen soma = Körper, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*).

K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus diesem Absatz:

körperliche Behinderung, e Rehabilitation, e Körperbehindertenpädagogik, r Förderbedarf

Es sind folgende Synonyme zu bemerken:

fördern, unterstützen, beistehen – podporovat

2.4 Logopädie

Der Begriff hat seinen Ursprung im Griechischen (*logos = Wort, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*). Es ist ein Bereich der Sonderpädagogik. Die Logopädie beschäftigt

sich in Theorie und Praxis mit Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, Lehre und Forschung auf den Gebieten der Stimme, Stimmstörungen und Stimmtherapie, des Sprechens, Sprechstörung und Sprechtherapie, der Sprache, Sprachstörung und Sprachtherapie sowie des Schluckens, Schluckstörung und Schlucktherapie.

Die Entstehung der Logopädie ist schon in der Antike verankert. Der Philosoph und Rhetor Isokrates (436 – 338 v. Chr.) benutzte als erster den Terminus Logopädie im Sinne der Spracherziehung.

Es handelt sich um die neueste wissenschaftliche Disziplin und zur Zeit kommt es zur Versetzung ihrer ursprünglichen überwiegenden Orientierung auf die Aussprache zur Orientierung auf alle Sprachebenen. Es werden nicht mehr die Begriffe „Sprachstörung“ und „Sprechstörung“ angewandt, sondern man überging zum Terminus „beeinträchtigte verbale Kommunikation“.

Die Logopädie arbeitet eng mit den medizinischen Fachgebieten (Phoniatrie, ORL, Plastikchirurgie), Psychologie und sprachwissenschaftlichen Fächern (Phonetik, Phonologie).

Derzeit ist der Schwerpunkt ihres Interesses in der Prävention von Störungen (wobei die Persönlichkeit des betroffenen Kindes geachtet wird) und wird zur Notwendigkeit der logopädischen Bildung besonders für die Lehrer und Erzieher der Kinder im Schul- und Vorschulalter.



K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

e Prävention, e Beratung, e Diagnostik, e Therapie, e Stimmtherapie, e Stimme, e Stimmstörung, e Sprache, e Sprachentwicklung, e Sprachstörung, s Schlucken, e Schluckstörung, e Spracherziehung, e Aussprache, e Sprachebene, e Phonetik, e Phonologie

Während die folgenden Wörter sehr oft austauschbar sind:

Sprachstörung – porucha řeči (rozuměj např. výslovnost, plynulost řeči atp.)

Sprechstörung – porucha mluvení (rozuměj schopnost mluvit)

2.5 Hörgeschädigtenpädagogik

In der tschechischen sonderpädagogischen Forschung ist die Hörgeschädigtenpädagogik bekannt als „Surdopedie“ (*aus dem lateinischen surdus = taub, hörgeschädigt, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*).

Es handelt sich um ein Teil der Behindertenpädagogik. Sie befasst sich mit der Unterweisung Schwerhöriger und Gehörloser, so dass sich diese verständigen und am sozialen Leben teilnehmen können. Sie befasst sich mit den Gesetzmäßigkeiten der Entwicklung, Erziehung, Bildung und Sozialisierung der hörgeschädigten Personen. Früher wurde sie als ein Bestandteil der Logopädie aufgefasst, erst seit den 90er Jahren 20er Jahrhunderts machten sich beide Disziplinen selbständig.

Die Sorge um die Sprache von gehörlosen Menschen ist zwar älter als Logopädie (die entwickelte sich allmählich gerade aus dieser Fürsorge), sie hat trotzdem ihre Besonderheiten und einen eigenartigen Charakter. Beide Wissenszweigen verbindet einerseits sehr eng die Unteilbarkeit von allen Bestandteilen der Kommunikation – der Sprache, des Gehörsinnes und der Stimme, andererseits gibt es die Gebärdensprache.

Die Gebärdensprache ist visuell wahrnehmbare Sprache, die insbesondere von nicht hörenden und schwer hörenden Menschen als Kommunikationsmittel verwendet wird. Kommuniziert wird mit einer Verbindung von Gestik, Gesichtsmimik, lautlos geschprochenen Wörtern und Körperhaltung. Diese Elemente werden zu Sätzen und Satzfolgen kombiniert.

Eine weitere Möglichkeit der hörgeschädigten Kommunikation ist die Fingeralphabet (Daktylogie) und die Technik „von den Lippen lesen“ - die Fähigkeit eines Hörgeschädigten aus den Lippen-, Mund- und Gesichtsbewegungen den Inhalt der Sprache zu begreifen.

K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

hörgeschädigt, e Hörschädigung, der/die/das Schwerhörige, der/die/das Gehörlose, s Gehör, r Gehörsinn, e Gebärdensprache, wahrnehmbar, schwer hörend, nicht hörend, e Gestik, e Mimik, e Körperhaltung, taub, stumm

Es sind folgende Synonyme zu bemerken:

hörlos – neslyšící, taub – hluchý

2.6 Blindenpädagogik und Sehbehindertenpädagogik

In den deutschsprachigen Ländern ist dieses Bereich der Sonderpädagogik unter den obengenannten Begriffen bekannt, während in Tschechien wird öfter die Bezeichnung Oftalmopedie (*aus dem griechischen oftalmos = Auge, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*), manchmal auch ein älterer Begriff Tyflope die (*aus dem griechischen tyflos = blind, paidea = Erziehung, Schulung, Bildung*).

Die Blindenpädagogik und Sehbehindertenpädagogik forscht die Besonderheiten der Erziehung, Bildung und Sozialisierung von Sehbehinderten.

Der Terminus Sehschädigung wird üblicherweise als Überbegriff für die beiden Begriffe Blindheit und Sehbehinderung verwendet. Er umfasst die Sehbehinderung, die hochgradige Sehbehinderung und die Blindheit. Weil der Breite von Sehschädigungen so groß ist und weil es sich keinesfalls um eine gleichartige Gruppe handelt, muss auch der Umfang der Sorge sehr umfangreich sein. Auf diesem Grund entwickeln sich im Laufe der Zeit die spezialisierten wissenschaftlichen Bereiche – zum Beispiel Sehbehindertenpädagogik von Blinden, Sehbehindertenpädagogik der Schwachsichtigkeit, Sehbehindertenpädagogik des Vorschulalters u. a.

Der Bereich entfaltet sich ursprünglich aus der Blindenpädagogik und erst nach dem 2. Weltkrieg vermerkte er eine erhebliche Entwicklung.



K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

e Sehschädigung, e Sehbehinderung, e Blindheit, blind, e Blindenpädagogik, e Sehbehindertenpädagogik, e Schwachsichtigkeit, schwachsichtig

2.7 Kombinierte Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen

Es handelt sich um die Sonderpädagogik der Personen mit mehreren Körper- oder/und Sinnesbeeinträchtigungen, d.h. dass der Mensch gleichzeitig mehrere Beeinträchtigungen hat – z. B. eine Sehbehinderung kombiniert mit einer Hörschädigung, eine Körperbeeinträchtigung kombiniert mit einer Hörschädigung, eine Geiststörung mit einer Sinnes- oder Körperbeeinträchtigung, sehr häufig sind die Kombinationen von Organ-Beeinträchtigungen mit einer Neurose.

Die Stufe von Beeinträchtigung kann ebenso sehr ungleichartig sein – eine leichtere kann mit einer schwerer Beeinträchtigung verbunden sein, ebenso beide Störungen können sehr

schwer sein. Es kann sogar nicht die Kombination einer Behinderung mit einer Begabung ausgeschlossen werden.

Weil die Möglichkeiten und Kombinationen sehr variabel sind, existiert bis heute keine einheitliche Terminologie. In Tschechien wird am meisten die Bezeichnung kombinierte oder mehrfache Behinderung angewandt.

Die Sozialisierung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen wird oft negativ von beachtenswerten Mängeln in der Kommunikation beeinflusst, weil sie sehr oft die mündliche Rede nicht benutzen können und sind oft auf die alternative Kommunikationssysteme verwiesen. Der Bildungsinhalt und die Bildungsmethoden müssen mit Rücksicht auf diese Merkmale modifiziert werden. Gerade hier ist die gefühlvolle Behandlung notwendig.

K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

mehrere/kombinierte/mehrfache Behinderung/Beeinträchtigung, e Begabung, e Neurose, Mängeln in der Kommunikation, mündliche Rede, alternative Kommunikationssysteme, modifizieren/berücksichtigen, gefühlvolle Behandlung

KONTROLNÍ OTÁZKY / KONTROLLFRAGEN



1. Womit beschäftigt sich die Geistigbehindertenpädagogik? Welche Fachgebiete arbeiten mit ihr zusammen?
2. Nennen Sie drei wesentlichsten Merkmale vom Autismus. Was bedeutet der Begriff „tiefgreifende Entwicklungsstörung“? Gibt es zur Zeit eine allgemein anerkannte Erklärung, warum diese Störung entsteht?
3. Was ist der wichtigste Inhalt von der Körperbehindertenpädagogik?
4. Wie entwickelt sich die wissenschaftliche Disziplin Logopädie im Laufe der Zeit? Was ist heute ihre wichtigste Aufgabe?
5. Wie kann man die Gebärdensprache charakterisieren? Nennen Sie einige von weiteren Methoden in der Kommunikation der Hörgeschädigten.
6. Welche Termini werden in Tschechien benutzt, wenn man die deutschen Begriffe „Blindenpädagogik“ und „Sehbehindertenpädagogik“ übersetzen will? Welche

spezialisierten Fachbereiche entwickelten sich, um die Bedürfnisse von Sehgeschädigten zu erfüllen?

7. Nennen Sie einige von möglichen Kombinationen von Körper- und Sinnesbehinderungen. Ist bei einem Menschen mit kombinierter Behinderung eine Begabung ausgeschlossen?



OTÁZKY / FRAGEN

Ergänzen Sie folgende Wortverbindungen oder kurze Definitionen:

1. Alternative
 2. Kombinierte, d. h. Behinderung
 3. Eine Sehschädigung schließt ein.
 4. Die Sorge um die Hörgeschädigten war früher ein Bestandteil von
 5. Die Logopädie beschäftigt sich in Theorie und Praxis mit Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, Lehre und Forschung von vier Gebieten:,,,
 6. Einen behinderten Menschen unterstützen =
 7. Die Merkmale vom Autismus treten am meisten vor dem Lebensjahr auf.
 8. Geistige, emotionale, soziale
 9. Die Erziehung und Bildung von behinderten Kindern ist am meisten nicht mehr in Kompetenz der, sondern sie wird allmählich ein Teil von allen Typen von Bildungseinrichtungen in Verbindung mit
-
-

ODPOVĚDI / ANTWORTEN



1. Kommunikation, 2. mehrfache, 3. die Blindheit, hochgradige Sehbehinderung, die Sehbehinderung, 4. Logopädie, 5. die Stimme, das Sprechen, die Sprache und das Schlucken, 6. fördern, 7. dritten, 8. Störung, 9. Sonderschulen, Inklusion (Intergration)

SHRNUTÍ KAPITOLY / ZUSAMMENFASSUNG



Die Sonderpädagogik befasst sich mit der Problematik der Erziehung, Bildung und Sozialisierung von Geistigbehinderten (einschließlich von Autismus-Spektrum-Störungen), Hörgeschädigten, Sehbehinderten, Körperbehinderten (einschließlich von kombinierten, mehrfachen Behinderungen) und von Personen mit der gestörten Kommunikation.

Die Fachbereiche nennt man die Geistigbehindertenpädagogik, Körperbehindertenpädagogik, Logopädie, Hörgeschädigtenpädagogik, Sehbehindertenpädagogik (Blindenpädagogik) und die Sonderpädagogik der Personen mit mehreren Körper- oder/und Sinnesbehinderungen.

Frühere Anschauung auf die Bildung und Erziehung von behinderten Menschen konzentrierte sich auf die einzelnen Typen und daraus ging auch die Gliederung von Bildungseinrichtungen aus: es wurden zahlreiche Schulen für Körperlich-, Geistig-, Sinnlichbehinderten (Kinder mit einer Hör- oder Sehschädigung) gegründet und dort die Kinder gebildet.

Die aktuelle Tendenz berücksichtigt sowohl die Stufe als auch die Tiefe der Behinderung. Die besonderen Bedürfnisse von Behinderten werden mit Respekt unterstützt und es ändert sich auch der rechtliche Ansatz gegenüber diesen Menschen. Die Sonderschulen arbeiten weiterhin, es werden dort meistens die Kinder mit schweren oder mehreren Behinderungen gebildet. Die Schüler mit leichterer oder mittelschwerer Beeinträchtigung können in den gewöhnlichen Schulen bleiben. In Tschechien ist diese Tendenz immer noch am Anfang und die Inklusion und Integration ist noch nicht allgemein gesellschaftlich anerkannt.



DALŠÍ ZDROJE / LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: 2000. ISBN 80-86022-76-5

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní (školní) speciální pedagogika*. Brno: 2003. ISBN 80-214-2359-5

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2003. ISBN 80-244-0646-2

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 1998. ISBN 80-85931-65-6.

BIERMANN, A.; GOETZE, H. *Sonderpädagogik*. Kohlhammer: 2005. ISBN 978-3-17-017665-2

VERNOOIJ, M. *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik*. Quelle&Meyer: 2007. ISBN 978-3-494-01425-8

ZEZULKOVÁ, E. *Speciální pedagogika – Úvod do problematiky*. Ostrava: 2009.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

POLÁKOVÁ, J.; NELEŠOVSKÁ, A. *Česko-německý, Německo-český pedagogicko-psychologický slovník*. Olomouc: 2000. ISBN 80-7182-091-1

[www.autismus .de](http://www.autismus.de)

www.krank.de/behandlung/logopaedie

3 GEISTIGE BEHINDERUNG

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY / SCHNELLER EINSICHT



Geistige Behinderung gehört zu den häufigsten Erscheinungen in der menschlichen Population ungeachtet menschliche Rasse, Weltkontinent, ökonomische und kulturelle Bedingungen.

Es gibt keine andere Behinderung, die so große Schwierigkeiten mit der Terminologie hat, was von ihrem eigenen Charakter abhängt. Im Laufe der Zeit veralteten die Begriffe, die früher als *terminus technicus* gültig waren (z. B. Debil, Idiot, Kretin u. a.), weil sie abwertende (pejorative) Färbung bekommen haben. Es verschwindet auch die ursprüngliche Abstufung der geistigen Behinderung: Schwachsinn, Idiotie und auch die Meinung, dass die geistig Behinderten nicht der Bildung und Erziehung fähig sind.

Zur Zeit überwiegt in der sonderpädagogischen Wissenschaft die Humanisierung und damit auch die Tendenz, nur eine Bezeichnung **Person/Mensch mit geistiger Behinderung** zu verwenden.

In dieser Kapitel ist erläutert, wie die geistige Behinderung zur Zeit definiert ist. Damit wir einen Überblick der Schwere der geistigen Behinderung bekommen, ist die Abstufung weiter beschrieben und erklärt. Jede geistige Behinderung hat ihre Ursachen, aber nicht jede können die Menschen zur Zeit klarmachen. Es werden weiterhin Risiken der Entstehung dargestellt, und sie in drei Bereiche gegliedert – vorgeburtliche Gefährdungen, die Gefahr während der Geburt und nach ihr. Nächste Absätze widmen sich den Besonderheiten der geistigen Behinderung in vielen Hinsichten. Es wird auch der Begriff Demenz erläutert und auf die Unterschiede zwischen ihm und einer geistigen Behinderung hingewiesen. Abschließend sind hier die praktischen Anweisungen in der Kommunikation mit geistig Behinderten präsentiert.

CÍLE KAPITOLY / ZIELE



Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Geistige Behinderung zu definieren und die Abstufung ihrer Schwere zu beschreiben
- Pränatale, perinatale und postnatale Risiken ihrer Entstehung zu klären
- Gemeinsame und häufige Merkmale der geistigen Behinderung in sechs Bereiche zu unterteilen und sie zu verdeutlichen

- Möglichkeiten der Bildung der geistig Behinderten zu erfassen
- Unterschiede zwischen der geistigen Behinderung und Demenz zu begreifen und zu erläutern
- Über die Anweisungen in der Kommunikation mit den geistig Behinderten nachzudenken



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY / SCHLÜSSELWÖRTER

Definition der geistigen Behinderung, exogene und endogene Faktoren, Schwere der geistigen Behinderung, pränatale/perinatale/postnatale Gefährdung, Besonderheiten eines geistig Behinderten), Bildung und Erziehung von geistig Behinderten, Sonderkindergarten, Sonderschule, Berufsschule, Sonderpädagogisches Zentrum, Demenz, Auslösefaktoren von Demenz, Kommunikation mit geistig Behinderten



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU / ZEIT ZUM STUDIEREN

Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. **8** Stunden notwendig.

3.1 Begriff geistige Behinderung

Bis heute wurde die geistige Behinderung mehrmals definiert und es gibt gleichzeitig mehrere Definitionen, die sie beschreiben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert eine geistige Behinderung als „verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden.“

Die Definition der American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) beschreibt die geistige Behinderung: „ein Individuum ist dann geistig behindert zu bezeichnen, wenn folgende drei Kategorien gelten:

- Der Intelligenzquotient (IQ) ist niedriger als 70 – 75 (Ein Intelligenztest kann Klarheit über das Vorliegen einer geistigen Behinderung bringen, darf jedoch nie alleine stehen.)

- Es kommen starke Einschränkungen im adaptiven Verhalten vor – es handelt sich um die Fähigkeit eines Individuums, sich an neue Lebensbedingungen und neue Situationen anzupassen
- Diese zwei Bedingungen treten vor dem 18. Lebensjahr in Erscheinung

Später im Schulalter wird oft auch von einer Lernbehinderung (im Zuge einer geistigen Behinderung) gesprochen. Es äußern sich die Mängel in der Kommunikation, Selbstversorgung, Selbstbestimmung, persönlicher Sicherheit und Benutzung von Gemeinschaftseinrichtungen.

Die Schwere der geistigen Behinderung ist in der Abstufung der Intelligenzminderung sichtbar:

Leichte Intelligenzminderung (IQ 52 – 70/75) – neuropsychische Entwicklung ist verzögert, somatische Behinderungen kommen selten vor, die Bewegungsentwicklung ist verzögert, es überwiegen konkrete, anschauliche und mechanische Fähigkeiten, die verzögerte Sprachentwicklung, Impulsivität, Labilität, die Ängstlichkeit, die Bildung ist den spezifischen Bildungsforderungen angepasst

Mäßige Intelligenzminderung (IQ 36 – 51) – neuropsychische Entwicklung ist verzögert und beschränkt, häufige körperliche Behinderungen, häufiges Vorkommen von Epilepsie, die Bewegungsentwicklung ist verzögert, die Aufmerksamkeit niedrig, die Entwicklung des Verständnisses und die Selbstbedienung sind verzögert, die Sprachentwicklung sehr unterschiedlich, sprachliche Äusserung häufig agrammatisch, Artikulation unrichtig, schlechter Wortschatz, Impulsivität, Stimmungsschwankungen, die Bildung möglich an den Sonderschulen

Schwere Intelligenzminderung (IQ 20 – 35) – neuropsychische Entwicklung beschränkt, somatische Behinderungen häufig, häufiges Vorkommen von Epilepsie, häufige Stereotypen in Bewegung, Störung von Bewegungen, psychische Störungen, die Sprache überwiegend nonverbal (nicht artikulierte Schreien oder einzelne Wörter), Störungen in Emotionen und im Willen, häufige Erscheinung ist die Selbstverletzung, die Bildung liegt im Schaffen der Gewohnheiten und Fähigkeiten an den Sonderschulen

Extrem schwere Intelligenzminderung (IQ \leq 20) – neuropsychische Entwicklung ausgeprägt beschränkt, körperliche kombinierte Behinderungen sehr häufig (somatische und sinnliche), neurologische Symptome, die Bewegung oft beschränkt oder unmöglich, schwere Störungen der psychischen Funktionen, nonverbale oder keine Kommunikation, schwere Störungen in Emotionen und im Willen, ständige Beaufsichtigung, die Bildung sehr beschränkt (individuelle Sorge)

Beispiel: *Die Diagnose geistige Behinderung und die Feststellung ihrer Schwere ist nicht so einfach und eindeutig. Es genügt nicht nur die Festlegung des Intelligenzquotients,*

sondern auch die Einschätzung von vielen anderen Aspekten, v. a. ob der Mensch in meisten Erwartungen eigenes Milieus versagt. Zum Beispiel die soziale Fertigkeit vieler Roma-Kinder ist ganz in Ordnung (manchmal auch besser als bei den Kindern mit überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten), in ihrer eigenen Familie sind sie nicht auffällig und sie erfüllen alle Erwartungen in ihrem sozialen Umfeld, obwohl ihr IQ niedriger als 70 ist. Man sollte sie also nicht als geistig behindert betrachten.

Ursachen der geistigen Behinderung

Alles, was die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen kann, kann eine Ursache einer geistigen Behinderung sein.

- Alle Ursachen, die die Schwangerschaft einer Frau von außen beeinflussen, zählt man zu **exogenen Faktoren**. Neben dem Alkoholverbrauch und Drogenmissbrauch können auch Essstörungen die zerebrale Entwicklung stören. Weiter kommt auch die Gefahr der Hirnhautentzündung vor, Risiko der Chemo- und Strahlentherapien (wird bei Schwangeren Krebs diagnostiziert, sollten alle beteiligten Ärzte bedächtig und gefühlsam überlegen, wie das Leben von Mutter und Kind schützen). In der Zeit nach dem Geburt kann die Ursache der geistigen Behinderung auch ein Unfall sein.

Das menschliche Gehirn reagiert sehr empfindlich auf den Sauerstoffmangel, der oftmals eine mehr oder weniger stark ausgeprägte geistige Behinderung mitbringt.

- **Endogene Faktoren** (von innen wirkende) beinhalten die erblichen Ursachen. Es geht um die Erkrankungen, die durch Gendefekte hervorgerufen werden, wie z. B. Down-Syndrom (Trisomie 21).

Ein anderer Blickpunkt in der Forschung der Ursachen von geistigen Behinderungen ist der Zeitpunkt ihrer Entstehung:

- **Pränatale Gefährdung** (während der Schwangerschaft) beinhaltet u. a.:
 - Unregelmäßige medizinische Schwangerschaftsfürsorge
 - Sehr junge und vor allem sehr alte Mütter (heutzutage eine sehr häufige Erscheinung)
 - Infektionskrankheiten (z. B. Röteln, Hepatitis, HIV)
 - Chemotherapeutika und andere Medikamente, radioaktive Bestrahlung, Nikotin
 - Blutgruppenunverträglichkeit (Missverhältnis des RH-Faktors des Kindes und der Mutter)

- Uterusblutungen
- Placenta-Mangelernährung

- **Perinatale Gefährdung** (während der Geburt) beinhaltet u. a.:
 - Früh- oder Mangelgeburt (Gewicht des Säuglings ist unter 2000 Gramm)
 - Zwillings- oder Mehrlingsgeburten
 - Lageanomalien des Kindes
 - Placenta-Nabelschnur-Anomalien
 - Verengung des Geburtskanals und deren Nachfolgen
 - Verlängerung der Geburt und Hypoxie (Sauerstoffmangel während der Geburt)
 - Zangengeburt, Saugglockengeburt

- **Postnatale Gefährdung** (während der neugeborenen Periode) beinhaltet u. a.:
 - Gehirn- oder Hirnhautentzündungen
 - Neugeborenen-Gelbsucht
 - Schwere Unfälle, insbesondere Kopfunfälle
 - Hirnschaden infolge der Krebserkrankung
 - Langdauernde Ernährungsstörungen
 - Komatöse Zustände im Säuglingsalter

SAMOSTATNÝ ÚKOL / SELBSTSTÄNDIGE AUFGABE

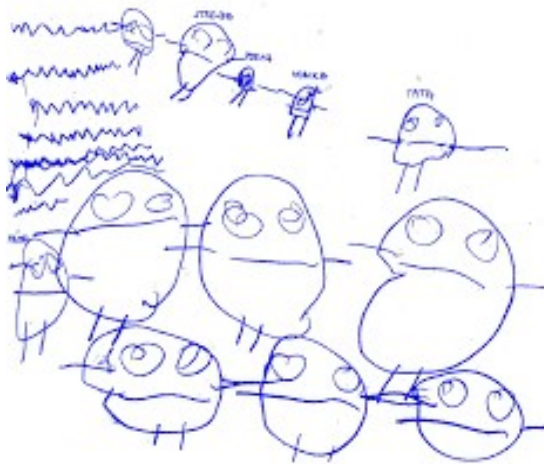


Suchen Sie im Wörterbuch aus, was die oben erwähnten Begriffe bedeuten. Prägen Sie sich diese Verbindungen ein!

3.2 Besonderheiten der geistig Behinderten

Bei einem gesunden Menschen wird Gestaltung der Erfahrungen sehr schnell, bei geistig behinderten Personen ist dieser Prozess langsam und er verläuft mit bestimmten Abweichungen. Die **sinnliche Wahrnehmung** zeichnet sich durch folgende Besonderheiten aus:

- verlangsamte visuelle Wahrnehmung: sie liegt in spezifischen Bewegungen unseres Augenlichts, während ein gesunder Mensch die Umgebung global wahrnimmt, ein Mensch mit geistiger Behinderung hat diese Fähigkeit beschränkt und so verschlechtert sich seine Orientierung in einer neuen Umgebung. In den Abbildungen ist er nicht imstande, Perspektive zu begreifen. Die Entwicklung der Zeichnung ist auffällig verlangsamt, wie z. B. das folgende Bild zeigt:



Das Bild eines neunjährigen Mädchens – Familienmitglieder

- gestörte Wahrnehmung der Formen, Gestalten und Farben: für einen geistig behinderten Menschen ist es problematisch, eine Figur oder geometrische Form vom Hintergrund zu unterscheiden.
- Fähigkeit die Details richtig zu unterscheiden: den geistig Behinderten fehlt die Fähigkeit alle Details zu bemerken (z. B. die Unterschiede zwischen einem Flusspferd und einer Schwein). Man kann es auch auf einer Abbildung demonstrieren, wenn man sie später ein bisschen dreht, erkennt sie ein Behinderter nicht mehr.
- Mangelhafte räumliche Wahrnehmung: schlechte Orientierung, geistig behinderte Menschen verstehen oft nicht die Richtungen „nach links“, „nach rechts“ u. ä.
- Mangelhafte taktile Wahrnehmung: die Fähigkeit den Umfang und Material deutlich zu erkennen

- Mangelhafte Zeitwahrnehmung: geistig Behinderte haben Schwierigkeiten, einzelne Tageszeiten und auch andere zeitliche Angaben zu unterscheiden und sie richtig zu benennen

Das Denken und die Sprache eines geistig Behinderten ist mit der zu großen Sachlichkeit belastet, die Prozesse des zweiten Signalsystems (Abstraktion, Verallgemeinerung, Analyse, Syntese) sind langsam und ungenau. Die Begriffe werden schwerfällig gebildet und die Meinungen sind ungenau.

Die Gedanken äußern die Menschen mit Hilfe der Sprache. Bei den geistig Behinderten steht im Vordergrund mangelhafte Entwicklung des phonematischen Hörens (Differenzierung einzelner Lauten, die ein Behinderter gut hört, jedoch nicht genügend unterscheidet). Die Verformung der Sprache liegt auch in der unrichtigen Artikulation – Aussprache der Lauten, Buchstaben und Worten.

Defekt ist natürlich auch der Inhalt einer Mitteilung, ungenügendes Verständnis, mangelhafte Entscheidungsfähigkeit, Bewertung, kleiner Wortschatz.

Das Gedächtnis der geistig Behinderten ist in vielen Hinsichten spezifisch. Das Einprägen von neuen Begriffen und Informationen ist bei ihnen sehr langsam und erst mehreres Wiederholen bringt Erfolg. Die schon gelernten Tatsachen vergessen sie jedoch schnell und die neuen Kenntnisse können sie nicht praktisch benutzen. Es ist notwendig Aufmerksamkeit zum ständigen Wiederholen neuer Informationen zu lenken. Das Gedächtnis ist mechanisch, d. h. dass die Gedächtnisspuren nur kurz und ohne Auswahl bleiben.

Beispiel: *Honza ist geistig behindert (Down-Syndrom). Mit seinen 37 Jahren ist er am meisten nicht fähig, sich zwei und mehrere Anweisungen zu merken. Die Bitte seiner Mutter, dass er aus dem Speisekammer ein Brötchen bringt, es auf den Teller legt und mit Butter aufstreicht, ist für sein Gedächtnis zu viel. Er muss die Tätigkeiten Schritt für Schritt machen, dann verläuft die Zubereitung des Abendessens erfolgreich.*

Die Aufmerksamkeit hängt mit der unmittelbaren Wahrnehmung zusammen und sie kann in zwei Gruppen geteilt werden – absichtslose und absichtliche Aufmerksamkeit. Die erste konzentriert sich auf starke Anregungen, die andere auf den Willen. Die absichtliche Aufmerksamkeit der geistig behinderten Menschen ist sehr schnell müde und unbeständig. Nach dem Nachdenken muss unbedingt Erholung und Entspannung folgen.

Die geistig Behinderten beherrschen ihre **Emotionen** nicht im gleichen Umfang wie die gesunden Menschen. Die Gefühle überwiegen den Vernunft, der normalerweise die Emotionen unterdrückt oder sogar überschätzt. Es kommen häufig Stimmungsstörungen auf, vor allem unter den Menschen mit Epilepsie oder als Folge der Unfälle. Es ist eine Form von Einfällen, die andere begleitet im Gegensatz Apathie und Gleichgültigkeit. Geistig behinderte Menschen reagieren nicht entsprechend auf die Anregungen – entweder wahrnehmen sie oberflächlich und die Emotion ist minimal, oder umgekehrt sehr intensiv und

stark ohne Grund. Auch eine bedeutungslose Andeutung kann Antrieb für eine starke und langzeitige Reaktion sein.

Im **Willen** der geistig Behinderten ist sichtbar erhöhte Suggestibilität, emotionelle Labilität, Impulsivität, Aggression, Passivität und Ängstlichkeit.

Was **die Begabung** und **Kreativität** betrifft, ist es bewiesen, dass es unter den geistig Behinderten auch Künstler gibt, falls sie Gelegenheit haben, ihr Talent zu entwickeln. Es dominiert bei ihnen Kunstwerk (einige Ateliere und Ausstellungsräume richten sich sogar auf die künstlerische Produktion der geistig Behinderten) oder sie spielen in den Theatern.



K ZAPAMATOVÁNÍ / MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe und Verbindungen aus diesen Absätzen:

Sinnliche/visuelle Wahrnehmung, verlangsamte Wahrnehmung, räumliche Wahrnehmung, taktile Wahrnehmung, die Zeitwahrnehmung, das zweite Signalsystem, Begriffe schwerfällig bilden, Abstraktion, Verallgemeinerung, Analyse, Syntese, das phonematische Hören, die Unterscheidung der Lauten, unrichtige Artikulation/Aussprache, kleiner Wortschatz, ungenügendes Verständnis, das Einprägen der neuen Begriffe, das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Anregung, der Vernunft, das Gefühl, Emotionen unterdrücken/überschätzen, die Stimmungsstörung, die Apathie/die Gleichgültigkeit, starke/langzeitige Reaktion, die Suggestibilität, emotionelle Labilität, Impulsivität, Aggression, Passivität, Ängstlichkeit, künstlerische Begabung

Arbeiten Sie weiter mit diesem Wortschatz. Versuchen Sie sinnvolle Sätze zu bilden, die Verbindungen im Kontext zu benutzen, Synonyme zu finden.



PRO ZÁJEMCE / MERKWÜRDIGKEITEN

- Finden Sie im Internet mindestens zwei Theater (überall in der Welt), die an Projekten mit geistig Behinderten oft teilnehmen.
- Gibt es in Tschechien auch Organisationen, die künstlerische Begabung der geistig Behinderten unterstützen? Beschreiben Sie ihre Tätigkeit.

3.3 Erziehung und Bildung der geistig behinderten Personen

In Tschechien existiert zur Zeit folgendes System der Schuleinrichtungen: Sonderkindergärten (bzw. Sonderklassen am Sonderkindergärten), Sonderschulen, Spezielle Grundschulen (früher genannt Hilfsschule), Berufsschulen und Sonderpädagogische Zentren (diese nehmen im System eine besondere Position ein).

Tschechische Gesetzgebung ermöglicht (und heute wird diese Tendenz stark durchsetzt) auch individuelle Integration in die Grundschule, die abhängig von der Behinderung ist.

Sonderkindergarten – die Organisation in diesem Typ der Vorschuleinrichtung ist ähnlich wie im Kindergarten. Er erfüllt informative und formative Funktion – d. h. körperliche, intellektuelle, esthetische, ethische, Sprach- und Arbeitserziehung. Daneben hat er noch diagnostische und therapeutische Funktion, manchmal auch Funktion der Erleichterung, die v. a. Eltern eines geistig behinderten Kindes betrifft. Die Sonderkindergärten werden vom Staat, Kirche oder von einem privaten Besitzer gegründet und verwaltet.

Hunderte von Kindern mit geistiger Behinderung werden heutzutage in die gewöhnlichen Kindergärten integriert.

Sonderschulen – der meistbesuchteste Typ der Schuleinrichtungen geeignet für Schüler mit geistiger Behinderung. Das Attribut „praktische“ in der tschechischen Bezeichnung hängt damit zusammen, dass diese Schulen oft mit einer Trainingsküche, mit einem keramischen, künstlerischen oder Textilwerkstätte oder einem Garten mit Gewächshaus ausgestattet sind. Dort wird vor allem praktische Vorbereitung der Schüler realisiert.

Der Besuch dieser Schule ist neunjährig, höchstens bis zum 17. Lebensjahr des Schülers. In den Klassen wird die Anzahl von Schülern reduziert. Die Sonderschulen benutzen didaktische, diagnostische und therapeutische Methoden und spezielle Lehrmittel. Es werden auch logopädische Versorgung, Gesundheitsportunterricht, Gebärdensprache und pädagogische Assistenten sichergestellt.

Spezielle Grundschulen – frühere Bezeichnung von diesen Schultypen war die Hilfsschule. Sie widmen sich individuell den Kindern mit schwereren Formen der gestigen Behinderung, mit Autismus und mit mehrfachen Behinderungen, die nicht mehr an den Grundschulen oder Sonderschulen gebildet werden können. Der Schwerpunkt der Bildung legt man auf die kommunikative, soziale und Arbeitskompetenz. Die Ergebnisse der Bildung werden nur verbal bewertet. Die Unterrichtsstunden werden in mehrere Einheiten geteilt.

Berufsschulen – es existieren keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Berufsschule, die die behinderten Schüler besuchen, und zwischen der Berufsschule für die gesunden Kinder. Manche Absolventen des 9. Jahres an der Sonderschule können sogar an eine

„gewöhnliche“ Berufsschule angenommen sein. Häufiger werden sie jedoch zukünftige Absolventen von einfachen Lehrbereichen. In Tschechien stehen zur Verfügung mindestens sechzig Lehrfächer.

Sonderpädagogische Zentren – sind unverzichtbare Einrichtungen für die Lehrer, Direktoren/innen, Schüler mit einer geistigen Behinderung und ihre Eltern. Sie realisieren sonderpädagogische und psychologische Diagnostik der geistig behinderten Kinder und sie arbeiten auch als Beratungsstellen für Lehrer und Eltern (v. a. methodisches Verfahren in Fällen der integrierten Kinder). Sie helfen bei der Vorbereitung der individuellen Bildungspläne. Sie verfügen über die Fachliteratur, spezielle Hilfsmittel und Lehrbücher, die sie den Schulen verleihen können.

In diesen Zentren arbeitet Team der Sachverständigen – Psychopäde, Psychologe, Sozialarbeiter, bzw. Logopäde.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL / KORRESPONDENZAUFGABE

- Suchen Sie mindestens zehn Lehrbereiche auf, die in Tschechien für Absolventen der Sonderschulen bestimmt sind.
- Lernen Sie diese neuen Wörter.

3.4 Demenz

Als Demenz werden degenerative und auch nichtdegenerative Erkrankungen des Gehirns bezeichnet (*aus dem lat. Demens = unvernünftig*), für die der Verlust der Verstandeskraft typisch ist. Manchmal wird sie auch als Schwachsinn benannt. Die Demenz begleiten Defizite in kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten und sie führt zu einer Beeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen. Es geht auf keinem Fall um die angeborene Eigenschaft oder Krankheit und sie muss von den geistigen Behinderungen unterschieden werden.

Die Demenz zeichnet sich durch diese Merkmale aus: es sind das Kurzzeitgedächtnis, Denkvermögen, die Sprache, Motorik und manchmal auch die Persönlichkeitsstruktur betroffen. Charakteristisch für die Demenz ist der Verlust von Denkfähigkeiten, die bereits im Leben normal tätig waren.

Die häufigste Form der Demenz ist die **Alzheimer-Demenz**, die am meisten im späteren Alter auftritt. Sie zeichnet sich im fortgeschrittenen Stadium durch Orientierungsstörungen und Verwirrtheit aus.

Weil es mehrere Formen dieser Erkrankung gibt, sind heute noch nicht genaue Ursachen der Entstehung geklärt, sehr oft sind sie umstritten. Trotzdem ist es möglich, einige der **Auslösefaktoren** zu erwähnen (alle dieser Umstände werden von betroffenen Menschen als unerträglich oder bedrohlich empfunden):

- Der Tod des Ehepartners oder eines Kindes, Krankheit – Zusammenbruch dessen, was dem Leben bisher Sinn gab
- Unerträgliches Partnerleben
- Fehlen einer passenden Beschäftigung - etwas, was dem Leben Sinn und Struktur gibt, die den Ruhestand ausfüllt
- Entwertung der Person und Leistung
- Einsamkeit und fehlende Kontakte, Isolierung
- Hilfeabhängigkeit in einer hilflosen Situation (Krankheit, Behinderung)
- Ökonomische Abhängigkeit, Sorgen um die eigene Existenz
- Verlust der öffentlichen Anerkennung, dies betrifft vor allem die Menschen, die im Lebensverlauf an öffentlichen Angelegenheiten teilnahmen

OTÁZKY / FRAGEN



1. Was verstehen Sie unter der Verbindung „Entwertung der Person“. Versuchen Sie mit eigenen Worten eine Situation zu beschreiben, in der zur Entwertung kommt. Wie hängt es mit der Demenz zusammen?
2. Denken Sie darüber nach, wie die Konflikte in der Partnerschaft die Demenz auslösen.

Praktische Anweisungen zur Kommunikation mit geistig Behinderten

- Kommunizieren Sie mit den geistig Behinderten entsprechend ihrem Alter.
- Alle geistig Behinderten Menschen haben Probleme in der Kommunikation, aber nicht alle Menschen, die Probleme in der Kommunikation haben, sind geistig behindert.
- Widmen Sie die Zeit dem Vertrauensschaffen.

- Hören Sie aktiv zu, lassen Sie Ihren Partner ohne Unterbrechung sprechen, halten Sie Augenkontakt, interessieren Sie sich fürs Erzählen.
- Falls Sie Ihren Partner nicht verstehen, falls seine Mitteilung sehr lang oder schnell ist, unterbrechen Sie ihn gefühlsam. Falls Sie ihn weiterhin nicht verstehen, verlangen sie die Erklärung auf einer anderen Art und Weise.
- Überprüfen Sie im Gespräch, wie Ihnen der Partner versteht.
- Sprechen Sie langsam, deutlich, konkret, benutzen Sie nicht komplizierte Begriffe, Fremdwörter, lange Satzreihen.
- Benutzen Sie zuerst offene Fragen. Falls Sie Ihr Partner nicht versteht, bieten Sie ihm die Auswahl von einigen Möglichkeiten an.
- Lassen Sie Ihrem Partner Zeit.
- Fragen Sie die Menschen, die erfolgreich kommunizieren, nach ihren Erfahrungen.
- Um die Aufmerksamkeit zu verbessern und den Partner zu beruhigen, berühren Sie ihn, streicheln Sie seine Hände.
- Loben Sie irgendeinen Fortschritt, Lust zu sprechen und sein Streben. Loben Sie jedoch konkret, damit dem Partner klar ist, wofür er gelobt wird.



SHRNUTÍ KAPITOLY / ZUSAMMENFASSUNG

Geistige Behinderung kann man als geistige Entwicklungsstörung definieren, die man an der gesenkten Intelligenz erkennt und die sich im Mangel der Sprach-, Bewegungs-, Sozialfähigkeiten und des Intellekts manifestiert. Die Ursache ist in der pränatalen (vor der Geburt), perinatalen (während der Geburt) oder postnatalen (nach der Geburt) Zeit zu finden. Die Entstehung beeinflussen exogene (äußere) oder endoge (innere) Faktoren.

Nach der Schwere der Behinderung unterscheidet man diese Stufen: leichte, mäßige, schwere und extrem schwere Intelligenzminderung. Die Besonderheiten der geistigen Behinderung sind sichtbar in der Sprache, Aufmerksamkeit, im Denken, Gedächtnis, Willen und in den Emotionen. Die Möglichkeiten der Bildung und Erziehung sind relativ breit, in tschechischen Bedingungen stehen die Sonderkindergärten, Sonderschulen, Spezielle Schulen und Berufsschulen zur Verfügung, aktuelle Tendenz bevorzugt (falls das die Behinderung ermöglicht) die Integration in die Grundschulen.

DALŠÍ ZDROJE / LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS



LÜTJE-KLOSE, B.; RIECKE-BAULECKE, T. *Inklusion in der Schule und Unterricht. Grundlagen in der Sonderpädagogik*. IQSH: 2011. ISBN: 978-3772711565.

BUNDSCHUH, K., WINKLER, CH. *Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik*. UTB. ISBN: 978-3825209995.

NOVOTNY, K. *Pädagogik in der Sonderpädagogik*. Schneider Verlag Hohengehren: 2010. ISBN: 978-3-8340-0744-5.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. UP, Olomouc: 2003. ISBN 80-244-0646-2.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

<https://www.heilpaedagogik-info.de>

www.demenzrisiko.de

4 AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY / SCHNELLER EINSICHT

In den letzten Jahren hat der Autismus in den Medien, bei Ärzten und Psychologen, in der Forschung, aber auch bei der Öffentlichkeit Beachtung gefunden. Die Darstellung autistischer Störungen wird leider (sehr häufig in Medien) missgebildet (dazu trug auch die beeindruckende Darstellung der fantastischen Begabung eines Autismus-Betroffenen von Dustin Hoffman im Film „Rainman“ bei) und sie unterstützt bei der Laienöffentlichkeit den Eindruck, dass die Diagnose Autismus, insbesondere Asperger-Syndrom, im Leben für die Betroffenen und ihre Familie sogar der Gewinn ist.

Diese Kapitel erläutert, wie die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach der internationalen Klassifikation geteilt werden. Sie beschäftigt sich weiterhin mit den Symptomen autistischer Störungen, d. h. was für diese Beeinträchtigungen charakteristisch ist. Es werden auch Symptome im frühen Alter des Kindes (vor dem 3. und nach dem 3. Lebensjahr) behandelt und kurz auch die Perspektiven für einen erwachsenen autistischen Menschen erwähnt.



CÍLE KAPITOLY / ZIELE

Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Die autistischen Spektrumstörungen (AS) zu definieren
 - Die wichtigsten Gruppen der AS zu benennen und voneinander zu unterscheiden
 - Die Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation zu verstehen
 - Die Beeinträchtigung im Bereich der Stereotype und Sonderinteressen aufzufassen
 - Frühzeitige Symptome, Symptome bis zum 3. Lebensjahr und nach dem 3. Lebensjahr zu benennen, Besonderheiten des Autismus bei Erwachsenen zu verstehen
 - Besonderheiten des Bildungsprozesses der autistischen Kinder mit und ohne geistige Behinderung zu erläutern
-

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY / SCHLÜSSELWÖRTER



Definition autistischer Störung, Klassifikation autistischer Störung, frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störungen, Symptome autistischer Störungen, Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion, Beeinträchtigung in der Kommunikation, stereotype und sich wiederholende Aktivitäten, frühzeitige Symptome, Symptome bis zum 3. Lebensjahr / nach dem 3. Lebensjahr, Autismus bei Erwachsenen, Bildung und Inklusion

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU / ZEIT ZUM STUDIEREN



Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 6 Stunden notwendig.

4.1 Definition und Klassifikation autistischer Störungen

Die autistischen Spektrumstörungen (AS) sind die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, die seit frühester Kindheit offensichtlich sind und trotz hilfreicher Therapiemaßnahmen lebenslang bestehen bleiben. Diese Definition wird sowohl von dem europäischen als auch US-amerikanischen psychiatrischen Diagnose- und Klassifikationssystem anerkannt.

Die qualitativen Merkmale können bei Kindern und Erwachsenen mit unterschiedlichem Entwicklungsniveau beobachtet werden. Autistische Menschen mit hohem Entwicklungsniveau haben normale bis überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten, zeigen aber auch noch als Erwachsene ein sozial auffälliges Verhalten – oft künstliche Sprache oder ein mangelndes Einfühlungsvermögen. Diese Gruppe zählt man zum **Asperger-Syndrom** (nach dem österreichischen Kinderarzt M. Asperger benannt).

Dagegen diejenigen mit niedrigem Entwicklungsniveau weisen deutliche Defizite im intellektuellen Bereich auf, d. h. eine geistige Behinderung, werden zur Gruppe **Kanner-Syndrom - frühkindlicher Autismus** (nach dem USA-Kinderpsychiater M. Kanner) zugeordnet.

Eine dritte, dazwischen liegende Gruppe, wird als **hochfunktionaler Autismus** bezeichnet. Diese Menschen weisen keine Intelligenzminderung auf, oft aber eine verzögerte Entwicklung der sprachlichen Kompetenzen, die sie von Menschen mit Asperger-Syndrom unterscheidet.

Entsprechend der aktuellen Klassifikation werden unter dem Begriff Autismus-Spektrum-Störungen folgende Gruppen (Diagnosen) zusammengefasst:

- Frühkindlicher Autismus (F84.0)
- Atypischer Autismus (F84.1)
- Asperger-Syndrom (F84.5)
- Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.9)
- Rett-Syndrom (F84.2)
- Desintegrative Störung (F84.3)
- Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.8)



K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

tiefgreifende Entwicklungsstörung, Therapiemaßnahmen, sozial auffälliges Verhalten, mangelndes/mangelhaftes Einfühlungsvermögen, künstliche Sprache, bestimmtes (hohes oder niedriges) Entwicklungsniveau aufweisen, AS/ASS = Autistische Spektrumstörungen/Autismus-Spektrum-Störungen (in Tschechien PAS)

4.2 Symptome autistischer Störungen

Die Diagnose einer AS beruht auf der Beschreibung des Verhaltens und ist unabhängig von der Intelligenz. Für verschiedene Diagnosen (in der Kapitel 4.1 beschrieben) innerhalb des autistischen Spektrums müssen unterschiedliche Schweregrade und Zusammensetzungen von Symptomen, sowie bestimmte Entwicklungsaspekte vorliegen.

Die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ gilt dabei als Prototyp der ASS. Alle anderen ASS weisen bestimmte gemeinsame Merkmale mit dem frühkindlichen Autismus. Um die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ zu stellen, müssen von den zwölf Symptomen (die weiter aufgelistet werden) mindestens sechs vorhanden sein, davon mindestens zwei aus dem Bereich sozialer Interaktion und mindestens je ein Symptom aus den Bereichen Sprache/Kommunikation und Stereotype und Sonderinteressen.

Es ist auffällig, dass die Symptomkonstellation sehr unterschiedlich sein kann. Es ist wahr, dass ASS sehr variabel sind: einige Kinder sind sehr zurückgezogen, verwenden kaum aktive Sprache und zeigen viele motorische Stereotype. Andere Kinder kommunizieren auf ihre eigenartige Art und Weise, sind verbal geschickt, im Ausdruck aber pedantisch und die Sprache ist gekünstelt. Sie zeigen zwanghafte Verhaltensweisen oder spezielle Sonderinteressen. Diese große Variabilität trägt leider oft dazu bei, dass die Früherkennung der AS verzögert ist.

Die Diagnostik der ASS wird heutzutage in den tschechischen Kinderarztpraxis flächenhaft im Alter des Kindes 1,5 Jahr durchgeführt. Die Eltern sollten aufgrund eigener Beobachtung ein Symptomenverzeichnis (im Original *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up* von Diana L. Robins, Deborah Fein und Marianne Barton) ausfüllen. Die genannten Informationen und die festgestellten Ergebnisse gelten dann dem Kinderarzt als Impuls zu eventuellen weiteren Untersuchungen.

Autismus ist unabhängig vom Intelligenzniveau, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit einer Intelligenzminderung erhöht.

Qualitative Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Interaktion

Die folgenden vier Symptome im Bereich der sozialen Interaktion (mindestens zwei von ihnen müssen vorhanden sein, um die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ zu stellen) zeigen, welche Besonderheiten das Verhalten von ASS hat:

- Die Menschen sind unfähig, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden.
- Die Menschen sind unfähig, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen (mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen).
- Die Menschen sind unfähig, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z. B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären).
- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit – es äußert sich in einer Beeinträchtigung auf die Emotionen anderer Menschen.

Beispiel: Ein häufiges Symptom ist die Benutzung des Körpers einer anderen Person (als ob es nur eine Sache wäre), z. B. mit der Hand der Mutter ziehen eine Sache herbei, für die sie sich gerade interessieren, ohne die Mutter darauf aufmerksam machen.

Qualitative Beeinträchtigungen in der Kommunikation

Die folgenden vier Symptome im Bereich der Kommunikation (mindestens eins von ihnen muss vorhanden sein, um die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ zu stellen) zeigen, welche Besonderheiten die Sprache von ASS hat:

- Die Entwicklung der gesprochenen Sprache ist verzögert oder vollständig gestört. Die Versuche, die gesprochene Sprache durch eine Alternative zur Kommunikation zu ersetzen, versagen.
- Die Menschen sind unfähig, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen, bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt.
- Typisch ist stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten und Phrasen, Neologismen, Echolalia
- Die Kinder vermissen Fähigkeit, spontan Imitationsspielen oder Als-ob-Spielen auszudenken und auszuüben.

Beispiel: In der nonverbalen Kommunikation kann man Mangel an Gestik beobachten, ungenügender Gebrauch von Gesten (es fehlen auch die gewöhnlichsten Gebärden, z. B. Nicken).

Verhaltensmuster – Stereotype und sich wiederholende Aktivitäten

Die folgenden vier Symptome im Bereich der Stereotype und Sonderinteressen (mindestens eins von ihnen muss vorhanden sein, um die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ zu stellen) zeigen, welche Besonderheiten weiteres Verhalten von ASS hat:

- Typisch sind stereotype, sich wiederholende motorische Bewegungen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers.
- Zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale.
- Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten (sie interessieren sich nicht für die ganze Sache, sondern nur für ihren bestimmten Teil) oder mit nicht funktionalen Elementen des Materials (Oberfläche, Geruch, Geräusch, Vibration u. ä.).
- Die Menschen beschäftigen sich mit mehreren stereotypen und begrenzten Interessen (die Anzahl ist nicht entscheidend), die im Inhalt abnorm sind.

Beispiel: Eines der häufigsten Symptome ist das Drehen von Dingen. Die Kinder drehen mit verschiedenen Sachen auf den Fingern, vor den Augen, sie betrachten sie konzentriert. Für Rett-Syndrom sind typisch die Fingerbewegungen vor den Augen. Auf die Impulse, von diesen Tätigkeiten die Aufmerksamkeit abzulenken, reagieren sie oft mit Widerstand, Verstimmung, Negativismus.

OTÁZKY/FRAGEN



Was verstehen Sie unter diesen Begriffen und Zusammensetzungen? Nennen Sie ein Beispiel aufgrund Ihrer Erfahrungen:

- Imitationsspiel
- Als-ob-Spiel
- Alternativen zur gesprochenen Sprache
- Repetitive Verwendung der Sprache
- Idiosynkratischer Gebrauch von Worten und Phrasen
- Echolalia

K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

Stereotype (motorische, sprachliche usw.), Sonderinteressen, zurückgezogen sein, verbal geschickt sein, gekünstelte Sprache, zwanghafte Verhaltensweisen (Anhänglichkeit), Beziehung zu Gleichaltrigen aufnehmen, Mangel an (Gegenseitigkeit, Gesten, Mimik usw.), gegenseitiger Kommunikationsaustausch, nicht funktionale Rituale und Handlungen, das Geräusch, die Vibration, der Geruch, die Oberfläche



KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE

Es steht das oben erwähnte Verzeichnis von Autorinnen Robins, Fein und Barton (frühe Diagnostik der ASS) im Internet <https://autismus-screening.eu/> zur Verfügung. Lassen Sie bitte diese Liste herunterladen und beschäftigen Sie sich mit ihr weiter:

- Übersetzen Sie ins Deutsche mindestens zwanzig von den vierzig Fragen. Üben Sie den neuen Wortschatz.

4.3 Symptome autistischer Störungen im Zusammenhang mit dem Alter

Der Beginn von autistischen Symptomen wird von meisten Eltern im Durchschnitt zwischen dem 16. und 20. Lebensmonat beschrieben, wobei die ersten Auffälligkeiten noch früher festgestellt werden können.

Symptome bis zum 18. Lebensmonat

Die Verhaltensbesonderheiten in frühen Lebensmonaten können ohne Beachtung verlaufen, sie sind noch vieldeutig und unspezifisch. Die Symptome betreffen vor allem das Schlafen, Schreien und die Nahrung des Kindes.

Einige autistische Kinder schlafen ohne Probleme, während andere Kinder sehr wenig schlafen und dabei auch unruhig sind. Manchmal haben autistische Kinder Schwierigkeiten bei der Aufnahme von fester Nahrung. Häufiges Schreien, das die Eltern nicht mit üblichen Maßnahmen beruhigen können (auf den Arm nehmen, Wickeln, Stillen), muss auch nicht unbedingt etwas abnormales signalisieren.

Die Diagnose kann man also in den ersten Lebensmonaten nicht mit Sicherheit stellen. Die ersten Auffälligkeiten werden am meisten körperlichen Erkrankungen oder Persönlichkeitseigenschaften zugeschrieben, also nicht als Störung interpretiert.

Symptome bis zum 3. Lebensjahr

Die Symptome zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr sind schon viel deutlicher. Die Eltern bemerken, dass ihr Kind nicht reagiert, wenn sie in den Raum kommen oder wenn es bei ihrem Namen gerufen wird. Es fehlt in den meisten Fällen der Blickkontakt als Rückversicherung bei Entfernung der Mutter/des Vaters. Die autistischen Kinder zielen ihre Aufmerksamkeit nicht auf eine nahe Person, einen Gegenstand oder ein Ereignis, sondern auf die spezifischen Teile von Objekten (Geräusche, Oberfläche usw.).

Die Situation, in der das Kind ihre Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand oder ein Ereignis zielt und dabei die Reaktion (sprachliche oder nonverbale) der Bezugsperson (Mutter, Vater) erwartet, nennt man Joint attention. Das Zeigen von Objekten, das die gesunden Kinder in diesem Alter machen und das die Sprachentwicklung und soziale Interaktion unterstützt, nennt man Protodeklaratives Zeigen. Kinder mit ASS zeigen kaum joint attention und in meisten Fällen fehlt auch das protodeklarative Zeigen.

Symptome nach dem 3. Lebensjahr

Sprachentwicklung

Sehr starke Verspätung oder Fehlen der Sprachentwicklung gilt als früher Indikator einer autistischen Störung. Die Sprache entwickelt sich nicht und die nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten versagen auch.

Die Kinder mit ASS zeigen sehr wenig Interesse an menschlicher Stimme, fast keine Präferenz für die Stimme eigener Mutter. Sie reagieren nicht auf Ansprache und wenden sich den Geräuschen in ihrer Umgebung nicht gezielt zu.

Die erwähnten Stereotype äußern sich in der Sprache sehr intensiv. Sie bestehen darauf, dass in einer gleichen Situation die gleichen Sätze benutzt werden (müssen). Die Äußerung muss gerade in „richtiger“ Form gesagt werden, sonst zeigt das Kind seine Verstimmung oder sogar Widerstand.

Beispiel: Zur Essenssituation gehört z. B. Frage: „Willst du etwas essen?“ Ohne diese Frage darf das Essen nicht beginnen und das Kind besteht darauf.

Häufig kommt Echolalie vor – das Kind wiederholt unverändert ganze Äußerungen. Für die Kinder mit ASS ist es schwierig, „ICH“ und „DU“ zu unterscheiden, sie begreifen oft den Sinn von diesen Pronomen nicht und sie sprechen von sich als „DU“.

Für die Kinder mit einem Asperger Syndrom ist typisch, dass sie früh schwierige Wörter und ganze Textpassagen auswendig lernen. Ihre Sprache wirkt oft altklug, pedantisch. Oft haben sie großes Interesse an einzelnen Wörtern, die ihnen gefallen und die sie ständig vor sich hin sprechen. Die nonverbale Kommunikation ist auffällig – Mimik und Gestik sind nicht angemessen der Situation.

Spiel der autistischen Kinder

Die Vorschulkinder beschäftigen sich zuerst mit stereotypen Tätigkeiten wie Klopfen, Drehen, Anschlagen oder Aufreihen von verschiedenen Spielzeugen. Das Symbolspiel tritt verzögert auf, ist aber sehr stereotyp und wird immer in gleicher Weise ausgeführt. Das spontane gemeinsame Spiel mit anderen Kindern erfolgt nur selten, es wird nicht vom Kind mit ASS initiiert.

Spezifische Interessen

Kinder mit ASS stimulieren sich selbst mit gleichförmigen, rhythmischen Bewegungen, wie Schaukeln des Oberkörpers oder Wedeln der Hände. Sie sind fasziniert von bestimmten Geräuschen, wie z. B. Waschmaschinen, Staubsauger, sie produzieren Geräusche auch selbst durch Kratzen oder Wischen an Oberflächen.

Die Stereotype müssen jeden Tag in der gleichen Reihenfolge gemacht werden (sie betreffen Essen und Trinken, Ankleiden oder andere tägliche Aktivitäten), sonst kommt es zu heftigen Erregungsausbrüchen, die auch stundenlang anhalten können.

Die spezifischen Interessen treten insbesondere bei den Kindern mit einem Asperger-Syndrom im Vorschulalter auf. Sie interessieren sich für einen engen Bereich (egal, was er betrifft), von ihren Kenntnissen reden sie mit jedem, der ihnen zuhört. Oft stellen sie auch Fragen, deren Antwort sie gut kennen.

4.4 Erwachsene Menschen mit ASS und die Perspektive in die Zukunft

Bei einigen Menschen kann erst im Erwachsenenalter der hochfunktionale Autismus (HFA) oder Asperger-Syndrom diagnostiziert sein. Sie weisen meistens keine Intelligenzminderung auf, soziale Fähigkeiten sind bei ihnen stark beschränkt (Flexibilität, Einfühlungsvermögen, kommunikative Fähigkeiten).

Eltern, bei denen bei einem Partner ein hochfunktionaler Autismus gestellt wurde, haben Möglichkeit, ihr Kind gründlich zu diagnostizieren, um möglichst frühzeitig eine Therapie einzuleiten. Die Voraussetzung, dass das Kind von autistischen Eltern gleiche Behinderung haben wird, ist höher als bei gesunden Eltern (sie steigt auch nur bei einem autistischen Elternteil).

Die Merkmale autistischer Störungen sind im Laufe der Zeit sehr veränderlich. Es gilt jedoch Regel, dass sie trotz der Entwicklung bestehen bleiben. Die Beeinträchtigungen, die für Autismus typisch sind, können zwar häufig gebessert oder kompensiert aber nicht geheilt werden. Die meisten Menschen mit Autismus benötigen eine lebenslange Hilfe und Unterstützung, deren Grad sehr unterschiedlich sein kann.



K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

Der Blickkontakt, die Verhaltensbesonderheiten, die Rückversicherung, die Bezugsperson, die Ansprache, sich gezielt zuwenden, die Verstimmung, der Widerstand, etwas

auswendig lernen, altkluge/pedantische Sprache, etwas ständig vor sich hin sprechen, das Symbolspiel, ein Spiel initiieren, gleichförmige/rhythmische Bewegungen, von etw. fasziniert sein, die Erregungsausbrüche, j-n gründlich diagnostizieren, eine Therapie einleiten, gründlich diagnostizieren, eine lebenslange Hilfe

4.5 Bildung und Inklusion der autistischen Kinder

Besonderheiten der Bildung der Kinder mit ASS

Bildung der autistischen Kinder sollte einen stark individuellen Charakter haben, das bedeutet, sie sollte auf ihren spezifischen Bedürfnissen basieren. Diese Schüler werden nach individuellen Studienplänen gebildet, egal welche Schule sie besuchen. Die Schule (falls es ihre Organisation erlaubt) kann bei Kindern mit ASS auch spezielle Organisation des Unterrichts und spezielle Methoden durchsetzen. Es können folgende sein:

- Gliederung der Unterrichtseinheit in kürzere Zeitblöcke
- Andere Pausengliederung
- Gliederung der Aufgaben in einzelne Stufen (wobei wieviel Stufen der Schüler/Schülerin schafft, ist sehr unterschiedlich).

Im allgemeinen sollte man immer im Auge behalten, dass die autistischen Kinder:

- Schwierigkeiten mit der gesprochenen Rede haben: das Gesprochene sollte immer von geschriebenen oder anderen visuellen Mitteln begleitet werden.
- direkte Definitionen ihres Verhaltens erfordern.
- sehr empfindlich auf einige Anreize sein können: Geräusche (v. a. unerwartete, laute Geräusche, aber auch andere Intensität der menschlichen Stimme, Geräusche von außen wie Krankenwagen- oder Sireneheulen, Läuten am Anfang und Ende der Unterrichtsstunde u.a.). Wenn es notwendig ist, kann das Kind in bestimmten Situationen die Ohrenschützer tragen oder Kopfhörer benutzen, die es von störenden Geräuschen isolieren.

Manche autistische Kinder mögen nicht gern Berührungen. Der Lehrer sollte dem Kind immer im voraus mitteilen, dass er es berühren beabsichtigt.

- immer stabile Umgebung erfordern: die Klasse sollte dem Schüler immer die Sicherheit und Vorhersagbarkeit leisten. Auf alle Änderungen sollte der Lehrer das Kind im voraus aufmerksam machen (Besuche in der Klasse, Änderungen im Stundenplan u. a.).

- Probleme mit der spontanen Rede haben können: Schwierigkeiten ihre Meinung zu äußern, aus mehreren Möglichkeiten zu wählen, selbstständig eine Wahl zu treffen, um Hilfe zu bitten usw. Für diese Fälle sollte der Lehrer eine einfache Anleitung (in Abbildungen oder Punkten) haben.
- besondere Interessen oder Fähigkeiten haben können: der Lehrer sollte es als Mittel der Interaktion mit den Mitschülern auffassen und dem Kind ermöglichen seine Kenntnisse anderen Kindern zu zeigen.

Beteiligte Personen

In Tschechien beteiligen sich gewöhnlich an der inklusiven/integrativen Bildung der Kinder mit ASS (ohne oder mit einer geistigen Behinderung) folgende Personen:

- Pädagogen – Klassenlehrer, Fachlehrer, Erzieher
- Assistenzpädagoge
- Persönlicher Assistent
- Erziehungsberater
- Schulpsychologe
- Sonderpädagoge

Voraussetzungen der Inklusion der autistischen Kinder – ohne geistige Behinderung

Integration eines autistischen Kindes ist ein fortlaufender Prozess, in dem immer volle Unterstützung der Pädagogen, Umgebung und Familie notwendig ist. Dieser Prozess ändert sich – modifiziert und ermäßigt - abhängig davon, wie sich die Bedürfnisse und Ergebnisse des Kindes verändern. Man sollte immer zwei Grundziele dieses Prozesses berücksichtigen: akademischen (die Bildung sollte kognitives Potenzial des Kindes stimulieren) und sozialen (Eingliederung des Kindes in die Gruppe der Altersgenossen).

Wenn ein autistisches Kind in eine gewöhnliche Klasse integriert ist, in der die Mehrheit von Kindern ohne sonderpädagogische Bedürfnisse ist, dann wird die Bildung den Fähigkeiten dieser Kinder angepasst. Es wird dabei vor allem mit dem Durchschnitt der sozialen Entwicklung gerechnet. Wenn das soziale Verhalten des Kindes mit ASS ausgeprägt abweicht, ist unreif, ungewöhnlich, die Bildung kann nicht weder für das autistische Kind noch für die anderen Schüler erfolgreich sein.

Vor der Entscheidung ein Kind mit ASS zu integrieren ist es nötig sein Niveau vor allem in diesen Bereichen zu beurteilen:

- im kognitiven Bereich
- im Sprachbereich
- im sozialen Bereich

Die Organisation des ganzen Bildungsprozesses ist sehr anspruchsvoll – sowohl seine inhaltliche, als auch methodische Seite. Man sollte sich immer dessen bewusst sein, das auch die Pausen, freie Unterrichtsstunden, Erholungspausen u. ä. für das autistische Kind ein Risiko darstellen. Die Aufgaben und andere Aktivitäten ist notwendig im voraus zu visualisieren, Schritt für Schritt in einfache Etappen zu gliedern.

Sehr wesentlich ist die Vorbereitung des Kinderteames: die Besonderheiten eines konkreten Kindes zu erklären und nicht Autismus im allgemeinen zu erläutern. Der Lehrer sollte betonen, das das Verhalten unbeabsichtigt ist und alles, was das Kind tut, seine Ursache hat. Das autistische Kind ist empfindlich gegen seine Umgebung und wegen der Besonderheiten im Verhalten kann es einfach Ziel der Aufmerksamkeit, des Auslachens oder auch Mobbings werden.

Voraussetzungen der Inklusion der autistischen Kinder – mit geistiger Behinderung

Bildung der autistischen Kinder mit geistiger Behinderung erfolgt am meisten als ein kürzerer Unterricht, geteilt in kürzere Zeitabschnitte – Blöcke. Ihre Länge ist direkt von der Aufmerksamkeit jedes Kindes abhängig und sie kann sich in Zusammenhang mit dem aktuellen Zustand des Kindes verändern. Einzelne Blöcke werden nicht mit dem Läuten geteilt. Je tiefer ist die Behinderung des Kindes, desto weniger unterliegt der Bildungsprozess den Standards.

Es gelten weiterhin folgende Maßnahmen:

- Visualisierung (Stundenplan, Reihenfolge der Tätigkeiten)
- Individualisierung (geplante Tätigkeiten für jeden einzelnen Schüler)
- Gliederung der Aufgaben in einzelne Schritte
- Kombinieren der einfachen Elemente des Verhaltens
- Formen des unerwünschten Verhaltens in eine andere – gewünschte Form
- Verwendung der verbalen/alternativen/augmentativen Kommunikation



SAMOSTATNÝ ÚKOL/SELBSTSTÄNDIGE AUFGABE

Bevor man ein Kind mit ASS in eine gewöhnliche Klasse eingliedert, sollte man über folgende Bereiche nachdenken. Schreiben Sie zu jedem Bereich mindestens drei Fragen, die man vor dem Anfang des Bildungsprozesses beantworten sollte. Inspiration finden Sie z. B. bei Viktor Lechta – Základy inkluzivní pedagogiky:

Klasse: (z. B. Ist die Klasse für den Schüler gut übersichtlich?)

.....
.....
.....

Aufgaben: (z. B. Ist die Aufgabe altersgerecht?)

.....
.....
.....

Studenplan und Tagesplan: (z. B. Weiß der Schüler, was, wo und wann während des Tages stattfindet?)

.....
.....
.....



PŘÍPADOVÁ STUDIE/FALLSTUDIE

Lesen Sie eingehend folgende Fallstudie aus der Perspektive der Patientin, ihrer Eltern und die Einschätzung des diagnostischen Zentrums. Diese Fallstudie zeigt anschaulich die soziale Isolierung einer jungen Frau mit Asperger-Syndrom.

KE (1979) – ihre eigene Perspektive

KE behauptet, sie habe panikartige Ängste bei Veränderungen: früher bei Lehrerwechsel, jetzt bei bevorstehendem Umzug. Sie habe Körperkontakt immer abgelehnt, sei immer ernst und nachdenklich gewesen, habe immer viel gelesen. Von der Selbsteinschätzung bezeichnet sich KE als introvertiert, ordentlich, pünktlich, sauber, intelligent, wenig ehrgeizig. Sie werde häufig überschätzt. Hilfsbereit sei sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten, d. h. unter Berücksichtigung ihrer sozialen Einschränkungen. Im Laufe der Jahre habe sie durch Imitation sozial erwünschtes Verhalten antrainiert.

KE – Angaben ihrer Mutter und ihres Vaters

Nach schwerer Geburt und anfänglich motorischer Entwicklungsverzögerung habe sich KE schon früh mit Buchstaben beschäftigt, habe mit drei Jahren angefangen zu lesen. Dadurch habe sie sich die „Schriftsprache“ angeeignet, die von anderen nicht verstanden worden sei. Dadurch habe sie keinen Kontakt zu Jüngeren und Gleichaltrigen gefunden, zu Älteren schon. Die Eltern hätten immer wieder versucht, für die Tochter Kontakte zu schaffen. In der Schule sei sie isoliert gewesen, vor allem nach dem Wechsel von der Grundschule aufs Gymnasium. Ab der 5. Klasse sei die Tochter alleine gewesen, niemand habe sich zu ihr hingesezt. Schon aus dem Kindergarten habe sie auf Wunsch der Kindergärtnerin herausgenommen werden müssen, da sie nicht „intergrationsfähig“ gewesen sei. Sie habe dort niemand verstanden, habe an keinen Gruppenaktivitäten teilnehmen können, habe Angst und Panik entwickelt und zum Schluss alles Essen und Trinken wieder ausgespuckt, so dass die Kindergärtnerinnen „kapituliert“ hätten.

KE – Diagnostische Einschätzung

Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5). Es besteht seit Kindheit eine qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen, ohne dass diese auf schizotype bzw. paranoide Verkennungen zeigt. Trotz entsprechender Angebote hat KE es immer vorgezogen, „für sich“ zu sein, dies auch nicht als „Ausschluss durch andere“ empfunden. Es bestehen „Sonderinteressen“ (Buchstaben, Zahlen) und körperliche Ungeschicklichkeit, die nicht auf eine perinatale Schädigung zurückführen. Dank ihrer intellektuellen Fähigkeiten konnte KE soziale Verhaltensweisen anderer „kopieren“ und sich „antrainieren“.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ/AUFGABE ZUM NACHDENKEN



Denken Sie nach, was da abgebildet ist, wie das Photo mit der Problematik der autistischen Kinder zusammenhängt.



(Übernommen aus <https://cs.wikipedia.org/wiki/Autismus#/media/File:Autistic-sweetiepie-boy-with-ducksinarow.jpg>)



SHRNUTÍ KAPITOLY/ZUSAMMENFASSUNG

Eine erfolgreiche Therapie der autistischen Kinder wird immer der Teamarbeit bedingt. Während der frühen Fürsorge diskutieren die Eltern vor allem mit den Fachleuten (Neurologen, Kinderpsychiater u. a.). Eine unvertretbare Stelle haben hier auch Psychologen, Sonderpädagogen, später Lehrer und Erzieher (im Rahmen der Bildung im Kindergarten und an den Grundschulen). In Tschechien helfen auch spezielle Beratungsstellen: SPC (Sonderpädagogische Zentren) und PPP (Pedagogisch-psychologische Beratungsstelle).

In nächsten Lebensphasen können sie Dienste der gemeinnützigen Organisationen nutzen (z. B. APLA, Autistik).

Der wichtigste und wesentlichste Bestandteil des Lebens eines autistischen Menschen ist jedoch die Familie und ihre Sorge und Zusammenarbeit mit den oben genannten Spezialisten.



DALŠÍ ZDROJE/LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS

BUNDESVERBAND AUTISMUS DEUTSCHLAND e.V. *Inklusion von Menschen mit Autismus*. Karlsruhe: 2011. ISBN 978-3-86059-231-1

LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: 2010. ISBN 978-80-7367-679-7

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: 2000.

www.autismus.de

www.autistik.eu

www.nautis.cz

5 KÖRPERBEHINDERTENPÄDAGOGIK

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY/SCHNELLER EINSICHT



Der Terminus *Körperbehindertepädagogik* bezeichnet die Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen der körperlichen und motorischen Entwicklung. Die Schädigung kann von Geburt an vorhanden sein oder später eintreten, es kann sich auch um eine chronische Erkrankung handeln.

In den europäischen Ländern wird zur Zeit eine andere Terminologie verwendet (vergleiche den tschechischen Terminus *Somatopedie* mit dem deutschen *Körperbehindertepädagogik* oder *Rehabilitationspädagogik*; oder mit dem englischen Begriff *Education of Students with Fysical Disability*). Es ist auch immer üblicher Tendenz, für alle Typen von Behinderungen einen Oberbegriff *Bildung und Erziehung von Kindern mit spezifischen Bildungsbedürfnissen* (*Education of Students with Special Education Needs*) zu benutzen. Die Schädigung kann zu Erschwernissen im Leben führen (in der sozialen, emotionellen, kognitiven Ebene), sie beeinflusst auch menschliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.

In dieser Kapitel wird über einzelne Kategorien der körperlichen Behinderungen geschrieben. Detailliert wird dann Problematik der Zerebralparese behandelt. Es werden auch Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Förderung beschrieben.

CÍLE KAPITOLY/ZIELE



Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Den Begriff *körperliche Schädigung* zu erläutern
- Von Beschwerden der Betroffenen in einzelnen Lebenssituationen zu sprechen
- Eine Übersicht in der Problematik *Kategorien der körperlichen Schädigung* zu bekommen
- Den Begriff *Zerebralparese* zu erklären, ihre Formen darzustellen und Ursachen zu begreifen
- Begriffe *Zerebralparese und Kinderlähmung* zu differenzieren
- Probleme im Alltagsleben von körperlich Behinderten zu verstehen

- Sonderpädagogische Förderung der Menschen mit körperlicher Schädigung zu beschreiben



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY/SCHLÜSSELWÖRTER

Primäre/sekundäre körperliche Schädigung, vollständige/partielle Schädigung, Zentralnervensystem, periferes Nervensystem, Sozialisierung, Deformität, Angeborene Hüftluxation, Falsche Körperhaltung, Missbildung, Amputation, Progressive Muskeldystrophien, Kinderlähmung, Infantile Zerebralparese, Spastische Zerebralparese, Athetoid Zerebralparese, Ataktische Zerebralparese, Mischform, Schwierigkeiten im Alltagsleben, Förderung



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU/ZEIT ZUM STUDIEREN

Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 8 Stunden notwendig.

5.1 Menschen mit körperlicher Schädigung

Menschen mit körperlicher Schädigung bilden keine homogene Gruppe. Ihr auffälligstes Merkmal ist **vollständige** oder **partielle** motorische Einschränkung. Die Einschränkung ist entweder **primär** oder **sekundär**.

Erster Fall betrifft die Beeinträchtigungen des Bewegungssystems oder Schädigung des Zentralnervensystems oder des peripheren Nervensystems. Unter diese Behinderungen zählt man z. B. verschiedene Deformationen und Amputationen und verschiedene Arten von Lähmungen.

Im zweiten Fall bleibt das Bewegungssystem und Zentralnervensystem ohne pathologische Änderungen, Beweglichkeit ist jedoch von anderen Ursachen beeinflusst. Die Beschwerden von Patienten entstehen hier als Nachwirkung von Herz- und Knochenerkrankungen oder Rheumatismus. Im Gegensatz zu einer Krankheit, die früher oder später vorübergeht, handelt es sich um einen langzeitigen oder dauerhaften Zustand.

Körperliche Schädigung betrifft den Menschen in seiner ganzen Persönlichkeit. Motorik, Wahrnehmung, kognitive und emotionelle Prozesse sind voneinander untrennbar und miteinander verbunden. Beschränkte Bewegungsfähigkeit kann die Selbstverwirklichung und soziale Interaktionen komplizieren. Probleme in der Sozialisierung von körperlich behinderten Menschen sind sehr unterschiedlich, sie hängen vor allem vom Schweregrad, Umfang und von der Art ab, aber auch von den individuellen Besonderheiten und persönlichen Eigenschaften. Der Gesundheitszustand eines körperlich behinderten Menschen zwingt ihn im viel größerem Umfang, sich immer an neue Situationen und Lebensbedingungen anzupassen als eines gesunden Menschen.

Körperliche Schädigung ist ein sehr breiter Begriff. Eine Reihe von körperlichen Krankheiten, Schädigungen oder Funktionsstörungen (insbesondere zerebrale Störungen, spinale Störungen, Muskel- und Gelenkerkrankungen, aber auch Atmungs- und Kreislaufprobleme) betreffen die Motorik unmittelbar. Besonders schwere Koordinationsstörungen treten im Rahmen neurologischer Erkrankungen und als Folge von Schädel-Hirn-Traumen auf. Die Bewegungsentwicklung kann ebenfalls eine eingeschränkte Sensorik beeinträchtigen – vor allem bei den blinden, sehbehinderten oder schwerhörigen Kindern.

In dieser Kapitel konzentrieren wir uns auf die körperlichen Beeinträchtigungen, die direkt mit der motorischen Einschränkung zusammenhängen. Hervorgehoben wird vor allem Problematik der Zerebralparese.

5.2 Formen der Bewegungseinschränkungen

Deformitäten schließen eine große Gruppe von angeborenen und erworbenen Defekten ein.

Angeborene Deformitäten des Bewegungssystems haben mehrere Ursachen. Man spricht von der multifaktoriellen Erbllichkeit, wobei es gilt, dass je früher in der pränatalen Entwicklung die Deformation entsteht, desto schwerer ist sie.

Der dargestellte Verzeichnis ist nicht komplett, jedoch für unsere Zwecke genügend.

- **Angeborene Hüftluxation** – es handelt sich um ein ziemlich häufiges Defekt, beim Baby ist sie sogar eine der häufigsten angeborenen Fehlstellungen. Von der Hüftluxation sind etwa 5-6 mal häufiger Mädchen als Jungen betroffen. Sie kann entweder einseitig oder beidseitig sein. Die Ursachen sind vielfältig und beruhen oft auf Fehllagen beim Baby in der Schwangerschaft. Um Fehlstellungen von Hüften früh zu erkennen, wird in Tschechien eine Vorsorgeuntersuchung – Ultraschalluntersuchung - gleich nach dem Geburt und später im Alter sechs Wochen durchgeführt. Die Hüftluxation beim Baby lässt sich gut behandeln, wenn eine Therapie früh eingeleitet wird.
- **Falsche Körperhaltung** – charakteristisch sind Asymmetrien im Rücken. Am häufigsten entsteht die *Skoliose* während der Pubertät. Es geht um die Fehlstellung der Wirbelsäule, wobei die deutlichsten Anzeichen ein schiefes Becken und ungleich stehende Schultern sind. Die Haltung wirkt schief. Beugt sich ein Erkrankter, zeigt sich im Bereich der Rippen of ein Buckel. An Skoliose leiden ungefähr vier Prozent der Bevölkerung – Frauen wesentlich öfter als Männer.

Bei einer anderen Erkrankung – *Kyphose* – verformen sich die Brustwirbel und werden keilförmig. Man spricht hier auch vom Rundrücken. Therapeutischer Eingriff ist möglich – es helfen vor allem regelmäßige spezielle Übungen und Tragen eines Korsettes.

- **Missbildung** – ist pathologische Entwicklung eines oder mehrerer Körperteilen. Am häufigsten werden Gliedmaßen betroffen. Eine angeborene Fehlbildung einer oder mehrerer Gliedmaßen nennt man *Dysmelie*. Den Zustand, wenn eine Hand oder ein Bein völlig fehlt, nennen wir *Amelie*. Sind alle vier Gliedmaßen betroffen, spricht man von *Tetraamelie*.

Zur Zeit wird mit Erfolg die Ultraschalluntersuchung im ersten Drittel der Schwangerschaft durchgeführt, um frühzeitig die Missbildungen zu erkennen.

- **Amputation** – unter diesem Begriff versteht man die Abtrennung eines Körperteils (am häufigsten einer Gliedmaße) durch eine Operation. Gründe dafür sind sehr abwechslungsreich:

Unfälle – zur Amputation kommt im Moment des Unfalls oder sofort nach ihm, z. B. während des Autounfalls, nach einer schweren Verletzung durch den elektrischen Strom, durch die Explosion, während der sportlichen Aktivitäten.

Diabetischer Fuss – es geht um häufige Komplikation der Zuckerkrankheit. Aufgrund des hohen Blutzuckers können (vor allem an den unteren Gliedmaßen) oberflächliche, später tiefe Wunden entstehen. Dieser Zustand kann zum Absterben des Geweben führen (Nekrose) und das Bein muss abgetrennt werden.

Zu anderen Ursachen der Amputation gehören Tumore in den Gliedmaßen, Infektionen und Gefäßerkrankungen.

➤ **Hirnentzündungen, Hirntumore, Hirnschlaganfall**

PRŮVODCE STUDIEM



➤ **Kinderlähmung und Infantile Zerebralparese** – dieses Thema wird weiter ausführlich verarbeitet

Es handelt sich um zwei völlig unterschiedliche Erkrankungen/Behinderungen. Weil es oft zur Verwechslung dieser Begriffe kommt, werden sie parallel behandelt und ihr Ursprung, Verlauf und Folgen erläutert.

➤ **Progressive Muskeldystrophien** – schließen mehrere von progressiven Erkrankungen ein, deren Prognose negativ ist. Die Betroffenen sterben manchmal sehr früh, zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Es handelt sich um eine degenerative Muskelerkrankung, genetisch bedingt, deren Symptome sich im Verlauf der Zeit immer deutlicher vertiefen. Die Betroffenen verlieren allmählich die Kontrolle über alle Muskeln in ihrem Körper. Bis zum Ende des Lebens sind sie sich ihres Zustandes bewusst. Für den Betroffenen und seine Familie ist diese Krankheit sehr ausschöpfend und vor allem psychisch belastend.

Für einen Sonderpädagogen stellt die Arbeit mit an Dystrophien leidenden Kranken eine der schwierigsten Herausforderungen dar.

SAMOSTATNÝ ÚKOL/SELBSTÄNDIGE AUFGABE



Lesen Sie sorgfältig folgenden Text und versuchen Sie die Lücken mit angebotenem Wortschatz sinnvoll zu ergänzen.

Wortschatz: Beckenmuskulatur, Behinderung, Schwäche, unregelmäßigen, Infektionen, aufrichten, Untersuchung, Treppen, Kopfschmerzen, Wirbelsäule, Gefahr

Symptome der progressiven Muskeldystrophien

Als erste Krankheitserscheinung wird häufig eine der Beckenmuskulatur bemerkt. Der Kranke hat dann Schwierigkeiten beim Laufen, kann nicht mehr so gut steigen oder sich aus der Hocke Später kann es zu einer Schwäche im Schultergürtel kommen: Die Oberarme können nicht mehr so gut gehoben werden wie früher, zuvor mühelos bewältigte Lasten zu tragen oder anzuheben, fällt schwer. Selbstverständlich kann auch die Schultermuskulatur früher als diebetroffen sein.

In fortgeschrittenen Stadien liegen häufig Kontrakturen vor, d. h. fixierte, kaum korrigierbare Fehlstellungen der Gelenke infolge narbiger Verkürzungen der auf sie einwirkenden Muskeln. Auch zu einer Verbiegung der(Skoliose) kann es beim Befall der die Wirbelsäule stabilisierenden Rumpfmuskulatur kommen. Die Folgen sind Rückenschmerzen und der Atmung. Wenn Kranke sich im Bett nicht mehr aus eigener Kraft drehen können, besteht diedes Wundliegens.

Bei einigen Formen von Muskeldystrophie kann der Herzmuskel mitbetroffen sein. Der Kranke verspürt dann häufig einen schnellen oder Herzschlag, in schweren Fällen auch Atemnot bei körperlicher Anstrengung. Eine Herzbeteiligung kann aber auch lange ohne Beschwerden einhergehen; diedurch einen Herzspezialisten kann darüber Aufschluss geben.

Durch den seltenen Befall der Atemmuskulatur kann es zu nächtlichen Sauerstoffabfällen mit morgendlichen sowie leichter zu der Atemwege mit allen schwerwiegenden Komplikationen kommen. Durch die Beteiligung der Atemmuskulatur und des Herzmuskels kann die Lebenserwartung verkürzt sein.

(übernommen und aus www.dgm.org, gekürzt)



K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

Vollständige/partielle Behinderung, primäre/sekundäre Behinderung, s Zentralnervensystem, peripheres Nervensystem, s Bewegungssystem, e Beweglichkeit, e Nachwirkung, langzeitiger/dauerhafter Zustand, e Selbstverwirklichung, s Schweregrad, r Gesundheitszustand

➤ **Kinderlähmung und infantile Zerebralparese**

Kinderlähmung (Poliomyelitis)

ist eine hoch ansteckende Krankheit. Sie ist durch persönlichen Kontakt und kontaminiertes Wasser übertragbar. Sie befällt hauptsächlich Kinder unter fünf Jahren. Die Krankheit kann nicht geheilt werden, jedoch es existiert eine Impfung (in Tschechien seit 1958 sog. Sabin-Schluckimpfung), die die Infektion wirksam verhindert. In den europäischen Ländern kommt die Krankheit aus diesem Grund nicht mehr vor, in vielen afrikanischen und asiatischen Staaten wird die Bevölkerung systematisch geimpft, um allen Kindern Impfschutz zu gewähren. In den betroffenen Ländern sind heute mehrere Vereine tätig, die nach der vollständigen Ausrottung der Krankheit streben (z. B. Rotary Foundation).

Der Erreger (es handelt sich um eine Viruskrankheit) befällt das Zentralnervensystem und führt zu Lähmungen und manchmal zum Tod. Die intellektuellen Fähigkeiten bleiben ohne Schädigungen. Die Entwicklung nach der Genesung ist individuell – bei manchen Erkrankten kommt allmählich zur Verbesserung von Funktionen, bei anderen bleibt eine schwache Lähmung, in seltenen Fällen auch eine Querschnittlähmung ohne die Gehfähigkeit.

Infantile Zerebralparese

Die Zerebralparese (ICP) ist keine Krankheit, sondern eine spastische Störung des Nerven- und Muskelsystems, zur Zeit leider nicht heilbar. Die Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie können den Betroffenen sehr behilflich sein. Sie ist charakterisiert durch Störungen des Nerven- und Muskelsystems in unterschiedlichem Ausmaß.

Betroffen sind:

- Muskelspannung (Tonus) – am häufigsten handelt es sich um spastische Formen, bei welchen die Muskelspannung erhöht ist.
- Muskelstärke
- Koordination von Bewegungen
- Koordination der Sprachmuskeln – die Sprache kann sehr schwer verständlich sein, da es dem Kind schwer fällt, die an der Lautbildung beteiligten Muskeln zu kontrollieren.

Generell tritt die Störung bei den Kindern auf – davon die Benennung *infantile*. Besonders häufig sind die frühgeborenen Kinder betroffen (sogar 15 Kinder von 100 Frühgeburten). Sehr oft geht um eine kombinierte Behinderung, manche Kinder haben auch intellektuelle Behinderungen, Verhaltensstörungen, Seh- oder Hörstörungen. Die Hirnschädigung,

die zu Fehlfunktionen von Muskeln führt, ist ab einem Alter von 2 Jahren nicht als Zerebralparese bezeichnet.

Die Ursachen sind sehr unterschiedlich:

- Sauerstoffmangel während der Schwangerschaft oder im Verlauf der Geburt
- Eine Risiko-Gruppe sind Mehrlinge und frühgeborene Kinder
- Infektionen während der Schwangerschaft (z. B. Röteln, Toxoplasmose, Zika-Virus-Infektion u.a.)
- Nabelschnurkomplikationen
- Hirnblutungen und Unfälle während der Schwangerschaft
- Schwere Erkrankungen wie Meningitis, Blutvergiftung
- Verletzungen des Gehirns während der ersten zwei Lebensjahre

Das Spektrum der Symptome der Zerebralparese ist sehr abwechslungsreich – von leichten Formen, die nur zur Ungeschicklichkeit führen bis zu starker Spastik (Krämpfe) mit verdrehten Armen und Beinen. Bei schwereren Fällen sind die Mobilitätshilfen wie Orthesen, Gehhilfen oder ein Rollstuhl erforderlich.

Die Zerebralparese lässt sich in vier Gruppen unterteilen:

- Spastische Zerebralparese
- Athetotische Zerebralparese
- Ataktische Zerebralparese
- Mischform

Spastische Zerebralparese – bei der spastischen Zerebralparese, an der etwa 70 Prozent aller Kinder mit dieser Behinderung leiden, sind Muskeln mit Spastik betroffen. Wenn die Steifheit beide Arme und beide Beine betrifft, geht es um *Quadriplegie*. Wenn die Beine mehr als Arme an Spastik leiden, handelt es sich um *Diplegie*. Wenn nur der Arm und das Bein auf einer Seite betroffen sind, sprechen wir von *Hemiplegie*. Bei der *Paraplegie* betrifft die Steifheit nur die Beine und den unteren Teil des Körpers.

Die Entwicklung bei so betroffenen Kindern ist sehr abwechslungsreich, es hängt vom Typ der Störung ab. Viele Kinder mit spastischer Diplegie, Paraplegie und Hemiplegie sind normal intelligent. Manche Kinder überkreuzen die Beine beim Gehen, wobei ein Bein vor das andere schwingt. Kinder mit Quadriplegie leiden oft an Sehstörungen, z. B. schielenden

Augen (Strabismus), an intellektuellen Behinderungen, Krampfanfällen und Schluckbeschwerden. Diese Fälle sind schon Bestandteil der kombinierten körperlichen Behinderungen.

Athetoide Zerebralparese – dieser Typ betrifft etwa 20 Prozent der Kinder mit Zerebralparese. Die Arme, Beine und der Körper bewegen sich langsam und unwillkürlich, manchmal ruckartig. Die Krampfanfälle sind nur selten. Die Intelligenz ist meist normal. Häufig sind Probleme beim deutlichen Artikulieren von Wörtern.

Ataktische Zerebralparese – diese Form, von der weniger als 5 Prozent der Kinder mit Zerebralparese betroffen sind, ist durch Koordinationsstörungen und schwache Muskeln gekennzeichnet. Die Bewegungen können zittrig sein, v. a. wenn sie nach einem Gegenstand greifen. Sie haben Schwierigkeiten mit schnellen und feinmotorischen Bewegungen. Typisch ist auch ein breitbeiniger, schwankender Gang.

Mischform der Zerebralparese – bei einer Mischform der Zerebralparese liegen zwei Formen (meist spastische und athetotische Form) gemeinsam vor.

ŘEŠENÁ ÚLOHA/AUFGABE ZU LÖSEN



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel. Die tschechische Übersetzung finden Sie diesmal unter den deutschen Wörtern. Ordnen Sie das tschechische Wort dem deutschen zu:

Verben: übertragen, befallen, heilen, verhindern, gewähren, impfen, betreffen, schwingen, schwanken

Substantive: e Impfung, e Ausrottung, e Lähmung, e Gehfähigkeit, r Muskel, e Hirnschädigung, e Blutvergiftung, e Verletzung, r Krampf, e Steifheit, r Krampfanfall

Adjektive: ansteckend, übertragbar, heilbar, behilflich, frühgeboren, erforderlich, abwechslungsreich, unwillkürlich, ruckartig, zittrig

Slovesa: zabránit, přenést/přenášet, zajistit, týkat se, kývat se (kolísat, máchat), klátit se (potácet se), očkovat, napadnout, uzdravit

Podstatná jména: zranění, očkování, ztuhlost, vymýcení, schopnost chůze, poškození mozku, otrava krve, sval, křečovitý záchvat, obrna, křeč

Přídavná jména: přenosný, nakažlivý, trhavý (pohyb), léčitelný, nápomocný (užitečný), předčasně narozený, bezděčný (mimovolný), potřebný, rozmanitý, třesoucí se (chvějící se)



ODPOVĚDI/ANTWORTEN

Hier können Sie Ihre Arbeit kontrollieren, hier finden Sie richtige Wortpaare:

Slovesa: zabránit – verhindern, přenést/přenášet – anstecken, zajistit – gewähren, týkat se – betreffen, kývat se (kolísat, máchat) – schwigen, klátit se (potácet se) – schwanken, očkovat – impfen, napadnout – befallen, uzdravit – heilen

Podstatná jména: zranění – e Verletzung, očkování – e Impfung, ztuhlost – e Steifheit, vymýcení – e Ausrottung, schopnost chůze – e Gehfähigkeit, poškození mozku – e Hirnschädigung, otrava krve – e Blutvergiftung, sval – r Muskel, křečovitý záchvat – r Krampfanfall, obrna – e Lähmung, křeč – r Krampf

Přídavná jména: přenosný – übertragbar, nakažlivý – ansteckend, trhavý (pohyb) – ruckartig, léčitelný – heilbar, nápomocný (užitečný) – behilflich, předčasně narozený – frühgeboren, bezděčný (mimovolný) – unwillkürlich, potřebný – erforderlich, rozmanitý – abwechslungsreich, třesoucí se (chvějící se) - zitterig



KORRESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE

Besuchen Sie die Webseiten www.myhandicap.ch . Suchen Sie im Verzeichnis von Diagnosen eine aus, die sich an motorischen Fähigkeiten beteiligt (diejenige, die die Bewegung verschlechtert). Studieren Sie die Webseite durch. Konzentrieren Sie sich auf die Symptome, Ursachen und Therapie. Berichten Sie über diesen drei Bereichen der ausgewählten Krankheit.

PRO ZÁJEMCE/FÜR INTERESSIERTE


Für bessere Übersichtlichkeit und Vertiefen von Kenntnissen steht hierher eine Tabelle der Formen von Zerebralparese zur Verfügung.

Formen von Cerebralparese (Rosenbaum & Rosenbloom, 2012)

Spastische* Zerebralparese (mindestens zwei Symptome müssen vorhanden sein)	- Weniger als zwei abnormale Bewegungsmuster/ Körperstrukturen - erhöhter Tonus* (nicht konstant) - pathologische Reflexe	
	<u>bilateral*</u> : beide Körperhälften betroffen	<u>unilateral*</u> : eine Körperhälfte betroffen
Ataktische* Zerebralparese	- abnormale Bewegungsmuster /Körperstrukturen - Verlust von ordnungsgemäßer Muskelkoordination → Kraft, Rhythmus, Exaktheit	
Dyskinetische* Zerebralparese	- abnormale Bewegungsmuster/ Körperstrukturen - unwillkürliche, unkontrollierte, wiederkehrende, zweitweise stereotype Bewegungen - entweder in choreoathetotische* oder dystonische* eingeteilt	
	<u>dystonisch*</u> - Hypokinese* (wenig Bewegung, Steifigkeit) - erhöhter Tonus*	<u>choreoathetotisch*</u> - Hyperkinese* (stürmische Bewegungen) - verminderter Tonus*
Nicht klassifizierbare Zerebralparese	- alle nicht klassifizierbare Formen werden hier zugeteilt	

5.3 Probleme und Förderung der Menschen mit Mobilitätseinschränkung

Menschen mit einer körperlichen Schädigung kämpfen im Alltag mit zahlreichen **Schwierigkeiten**. Von ihnen muss man folgende hervorheben (damit Sie sich die Informationen gut merken, sind sie immer mit einer anschaulicher Abbildung angegeben):

Die Menschen sind in der Mobilität eingeschränkt, sie haben Probleme, Entfernungen und Barrieren zu überwinden.



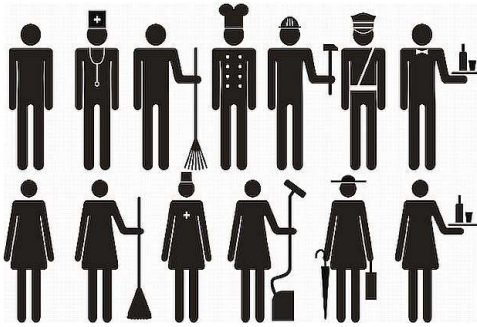
Die Entwicklung eines Körperbildes und Körperbewusstseins, sowie der Motivation und einer realistischen Selbsteinschätzung ist erschwert.



Sie erleben starke Erschwerung der emotionalen Entwicklung, der sozialen Integration und der Begegnung mit anderen Menschen.



Ihre Berufs-, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten sind eingegrenzt.



Sie haben eingeschränkte Auswahl, wie sie ihre Freizeit verbringen (v. a. sportliche Aktivitäten).



Sie erleben oft Ablehnung in der Gesellschaft wegen des anderen Aussehens und veränderten Verhaltens.



Sie erleben Probleme, einen Lebenspartner zu finden und befriedigendes Sexualleben zu haben.



Förderung von körperlich behinderten Menschen beinhaltet folgende Bereiche:

- Sonderpädagogische Förderung – spezifische Bedürfnisse der Menschen mit einer motorischen Behinderung erfordern spezielle sonderpädagogische Ansätze. Die Lehrer sollten sich im Vordergrund auf die Entwicklung von sensorischen und motorischen Fertigkeiten und auf die Bewegungskoordination konzentrieren. Sehr wichtig für den Alltag sind Selbstbedienungsfähigkeiten und Unterstützung der Kommunikationskompetenz. Jede Schule sollte den körperlich behinderten Kindern und ihren Eltern entgegenkommen – die Einrichtung und Ausstattung der Schulen und Schulklassen sollte solchen Kindern behilflich sein. Das Bestandteil der pädagogischen Förderung sollte auch die Feststellung und Akzeptierung von Schul- und Klassenregeln. Diese unterstützen Gefühle der Sicherheit (auch bei den gesunden Kindern) und Sozialisierung der Kinder. Als sehr wirksam gilt die Team-Zusammenarbeit.
- Technische Förderungsmittel (Orthopädische Mittel, Rehabilitations- und Kompensationsmittel) – sie ersetzen und verbessern die Leistung von anderen Funktionen statt der beschädigten Funktion. Es handelt sich um Hilfsmittel, Einrichtung oder sogar technische Systeme zur Erhöhung und Stärkung der Selbstständigkeit. Jedenfalls verbessern sie die Lebensqualität der behinderten Menschen. Sie können in vielen Bereichen nützlich sein – Hilfsmittel für die Kommunikation, Selbstbedienung, Bildung, Bewegung und Beförderung, Hilfsmittel für die Freizeit, ergonomische Hilfsmittel usw.
- Rollstühle – sie helfen zur Beförderung von behinderten Personen in den Innen- und Außenräumen, entweder aktiv oder passiv (wo eine andere Person behilflich ist). Sie erweitern sehr wesentlich Möglichkeiten der sozialen Kontakte mit der Umgebung und mildern die Abhängigkeit eines Behinderten. Das spiegelt sich sehr positiv im psychischen Wohlbefinden. Ein Rollstuhl wird gewöhnlich erst in der Situation empfohlen, wenn das Gehen ganz ausgeschlossen ist.

Mit der Auswahl eines Rollstuhls hilft üblich ein Facharzt (Neurologe, Orthopäde). Es gibt zur Zeit eine große Reihe von Rollstuhltypen – für Kinder, Jugendliche und Erwachsene; spezielle (für sportliche Zwecke); mechanische und elektrische.

- Positionsübungen – der Komfort eines körperlich Behinderten ermäßigt psychische Belastung und verbessert auf diese Art die Verteidigungsfähigkeit des Körpers. Regelmäßige Änderungen von Positionen gewährleisten die richtige Sauerstoffversorgung und Blutversorgung, sie verhindern auch die Entwicklung der Deformitäten. Man sollte nur solche Positionen wählen, die schmerzlos und angenehm sind. Auch hier sind zahlreiche Hilfsmittel zu verwenden: Polster, Schaumgummizylinder, Unterlagen, aufgerollte Handtücher u. ä.
- Unterstützung von motorischen Fähigkeiten (neuromotorisch, sensomotorisch, psychomotorisch, sozomotorisch) – es handelt sich um körperliche Tätigkeiten,

die zur allmählichen Steuerung und Haltung des Körpers, Koordination der oberen und unteren Gliedmaßen und Rhythmisierung der Bewegungen führen.

Von den Sachverständigen wird oft das Schwimmen empfohlen. Es wirkt sehr günstig auf die Abhärtung des Körpers, es verbessert das Atmen und den Stoffwechsel, es reduziert die Muskelspannung und trägt dem psychischen Wohlbefinden bei.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE



Besuchen Sie die Webseite www.spastikinfo.de. Suchen Sie aus, was folgende Abbildungen (es handelt sich um Hilfsmittel für Menschen mit Spastik) genau bedeuten. Sie haben auch Möglichkeit, alle Texte auf dieser Webseite Deutsch anzuhören. Dazu dienen die Symbole einer sprechenden Person. Nutzen Sie die Gelegenheit, interessante Informationen auch durch Hören wahrzunehmen!



SHRNUTÍ KAPITOLY/ZUSAMMENFASSUNG



Die motorische Entwicklung ist für die Gesamtentwicklung des Menschen von grundlegender Bedeutung. Störungen dieser Fertigkeiten bedeuten eine entscheidende Beeinträchtigung für jeden Menschen – beeinträchtigen sein Selbstvertrauen und hemmen meist auch in seinen sozialen Aktivitäten. Vor allem im Kindesalter besteht die Gefahr, dass das Kind infolge seiner schwachen motorischen Leistungen Misserfolge erleidet und immer stärker hinter die Leistungen Gleichaltriger zurückfällt.

Wenn eine Behinderung eingetreten ist, kann sie in vielen Fällen medizinisch geheilt oder der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der betroffenen Personen durch eine Behandlung verbessert werden. Menschen, die mit einer Behinderung leben, erhalten durch Rehabilitation vielfältige Hilfe, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Als größte Hürde auf dem Weg zur Chancengleichheit ist immer wieder das Umfeld, das sich gegenüber Betroffenen gleichgültig oder sogar stigmatisierend verhält. Organisationen von behinderten und für behinderte Menschen sowie politische Akteure versuchen, vermeidbare Behinderungen zu verhindern. Gleichzeitig wollen sie ein Bewusstsein dafür schaffen, dass Menschen mit Behinderungen Hilfe im Alltag brauchen, aber ebenso wie andere Menschen Teil der Gesellschaft mit allen Rechten und Pflichten sind. Ziel aller Unterstützung für Menschen mit Behinderungen muss letztendlich eine inklusive Gesellschaft sein.



DALŠÍ ZDROJE/LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS

GRUBER, H.; LENDL, V. *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien: 1992.

LINDEMANN, K. *Die infantilen Zerebralpareesen*. Stuttgart: 1969.

OPATŘILOVÁ, D; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. Brno: 2007. ISBN 978-80-7315-137-9

OPATŘILOVÁ, D; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. - <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/index.html>

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: 2005. ISBN 80-247-1018-8

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 2006. ISBN 80-7315-120-0

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: 2006. ISBN 80-7315-134-0

BROCKHAUS, R. SCHIEßL, P. *Thema Behinderung bei uns und weltweit. (Unterrichtsmaterial für Sekundarstufe I. und II.)* – www.cbm.de

www.dgm.org

www.myhandicap.ch

www.spastikinfo.de

6 LOGOPÄDIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY/SCHNELLER EINSICHT



Logopädie konzentriert sich auf die Verbesserung von Sprachqualität und die Rückbildung aller fehlerhaften, negativen Sprechmuster und Sprechfunktionen. Ziel aller Therapien ist eine Normalisierung der Sprache und damit eine Sprachqualität.

Logopäden (Sprachtherapeuten) beschäftigen sich mit Störungen der Sprache und Stimme und mit Krankheiten der Sprech- und Stimmorgane. Zu den genannten Störungen und Krankheiten gehören Sprachstörungen (z. B. Aussprache), Sprechstörungen (z. B. Stottern), Stimmstörungen (z. B. Stimmbandlähmung), Schluckstörungen, Sprachstörungen nach Schlaganfall, Hirntumor, Koma und anderen neurologischen Erkrankungen, Sprachstörungen bei Schwerhörigkeit.

Dieses Verzeichnis ist selbsterklärend gar nicht vollständig. In diesem Kapitel sind die Hauptbereiche der logopädischen Intervention dargestellt. Um den neuen Wortschatz und neue Kenntnisse besser zu unterstützen und zu erhalten, sind zu diesem Zweck zum Kapitel einige Übungen angefügt.

CÍLE KAPITOLY/ZIELE



Nach dem gründlichen Studium dieses Kapitels werden Sie fähig:

- Begriffe Kommunikation, Sprache, Rede und Kommunikationsfähigkeit zu definieren
- Gestörte Kommunikationsfähigkeit in einzelne Gruppen zu teilen und ihre Symptome zu beschreiben
- Mit Hilfe von Sprachübungen weiter mit dem erworbenen Wortschatz zu arbeiten und ihre Sprachfähigkeiten zu vertiefen

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY/SCHLÜSSELWÖRTER



Kommunikation, Sprache, Rede, gestörte Kommunikationsfähigkeit, symptomatische Sprachstörung, partielle/vollständige Sprachstörung, Klassifizierung der gestörten

Kommunikationsfähigkeit, verzögerte Sprachentwicklung, Dysphasie, Aphasie, Neurotische Störungen, Störungen des Redeflusses, Nasalitätsstörungen, Störungen der Artikulation, Stimmstörungen

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU/ZEIT ZUM STUDIEREN



Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 8 Stunden notwendig.

6.1 Kommunikation, Rede, Sprache, gestörte Kommunikationsfähigkeit

Die Kommunikation (aus dem lat. Communicatio) bedeutet menschliche Fähigkeit, die Ausdrucksmittel zu verwenden und auf diese Art und Weise zwischenmenschliche Beziehungen zu bilden und zu pflegen.

Dieser Begriff wird in mehreren wissenschaftlichen Fächern benutzt – in der Pädagogik, Linguistik, Psychologie, Soziologie, aber auch in den technischen Disziplinen wie Verkehr und Kybernetik. Es scheint unmöglich zu sein, Kommunikation vollständig zu definieren, weil sie zu viele Aspekte einschließt (kognitiver, philosophischer, sozialer, kultureller).

Damit man richtig den Begriff gestörte Kommunikationsfähigkeit versteht, ist es notwendig, genau die Unterschiede zwischen der Rede und Sprache zu begreifen.

Die Rede ist eine spezifische menschliche Fähigkeit. Es geht um eine bewusste Verwendung der Sprache als eines komplizierten Systems von Symbolen und Zeichen. Sie dient den Menschen zur Vermittlung der Gefühle, Wünsche, Gedanken. Sie beteiligt sich an der Entwicklung jeder Person, sie beeinflusst die Entwicklung von seinen kognitiven, emotionalen und Willenseigenschaften. Die Rede ist Fähigkeit, sich mit Hilfe der Sprache zu verständigen.

Die Sprache ist System der Laut- und anderen Kommunikationsmittel. Sie ist als ein Zeichensystem realisiert, der imstande ist, menschliches Wissen, alle Vorstellungen des Menschen und seine innere Erfahrungen zu vermitteln. Im Gegensatz zur Rede (die individuell ist), ist die Sprache ein soziales Phänomen.

Logopädie als ein sonderpädagogischer Bereich widmet sich den individuellen Fähigkeit jedes Menschen, die Sprache als System zu verwenden. Weil die Sprache als sozialer

Kode keine Störung oder Pathologie haben kann, ist es auch unsinnig, den Begriff „Sprachtherapie“ zu benutzen. Rede und Sprache lassen sich nicht voneinander trennen, weil sie nur gemeinsam funktionieren können.

Die Kommunikationsfähigkeit und **gestörte Kommunikationsfähigkeit** sollte man in voller Breite wahrnehmen – nicht nur ihren phonetisch-phonologischen Hinsicht zu beachten. Dieser Hinsicht wäre zu beschränkt. Man sollte während der Beobachtung der gestörten Kommunikationsfähigkeit auch den lexikalisch-semantischen (Inhalt der Vermittlung), morphologisch-syntaktischen (Grammatik) und pragmatischen Hinsicht zu berücksichtigen.

Diesen Begriff finden wir in vielen europäischen Sprachen (engl. Communicative disability, fr. trouble de la capacité communicative, rus. narušennaja komunikacionnaja sposobnost' usw.). Ihre exakte Definition ist jedoch umstritten und kompliziert. Erstens sollte der Begriff „Normalität“ genau definiert werden – wann handelt es sich um die Norm und wann spricht man schon von einer Störung. In einzelnen Weltsprachen gelten nämlich bestimmte sprachliche Besonderheiten: z. B. unterschiedliche Aussprache von Vibranten im Tschechischen, Deutschen oder Französischen, anderes Tempo der Rede bei uns und in Japan, andere Qualität von Nasallauten u.a. Weiter sollte man auch die Ausbildung, den Mundart und die Professionalität (Lehrer, Schauspieler, Moderator u. ä) der beobachteten Person berücksichtigen.

Die Störung kann **vollständig** oder **partiell** sein. Wenn die Störung der Kommunikationsfähigkeit Symptom einer anderen dominierenden Störung ist, dann sprechen wir von **symptomatischen Sprachstörungen** (z. B. ein Mensch mit Zerebralparese kann auch an Störung der Rede leiden).

Gestörte Kommunikationsfähigkeit kann in der pränatalen, perinatalen oder postnatalen Zeit entstehen. Zu ihren häufigsten Ursachen gehören Genmutationen, Entwicklungsabweichungen, ungünstige Einflüsse der Umgebung, Organstörungen, Gehirnstörungen usw.

K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

Die Vermittlung, der Gedanke, der Logopäde, der Sprechtherapeut, sich verständigen, reden, die Rede, gestörte Kommunikationsfähigkeit (Störung der Kommunikationsfähigkeit), berücksichtigen, die Aussprache, der Laut (z. B. Nasallaut), vollständig, partiell, bewusste Verwendung

6.2 Klassifizierung der gestörten Kommunikationsfähigkeit

Zur Zeit wird gestörte Kommunikationsfähigkeit in folgende Gruppen unterteilt:

- Verzögerte Sprachentwicklung
- Dysphasie
- Aphasie
- Neurotische Sprachstörungen
- Störung des Redeflusses - Stottern, Poltern
- Sprechstörung - Rhinolalie, Palatolalie
- Störungen der Sprechartikulation – Dyslalie, Dysarthrie
- Stimmstörungen – Dysphonie

Verzögerte Sprachentwicklung

Bei einem gesunden Kind verläuft innerhalb eines Jahres die Vorbereitungsphase der Sprachentwicklung. In diesem Stadium spricht das Kind noch nicht, es schreit, lallt jedoch. Diese Zeit nennt man als **physiologische Sprachlosigkeit** und sie dauert ungefähr ein Jahr. Wenn das Kind ein Jahr alt ist (manchmal ein bisschen früher, manchmal leicht später), erscheinen die ersten Worte – es beginnt die Phase eigener Sprachentwicklung. Zwischen dem zweiten und dem dritten Jahr sprechen die meisten Kinder schon in Sätzen.

Wenn sich die Sprachentwicklung verzögert, d. h. wenn das Kind nicht wörtlich kommuniziert oder seine Kommunikation nicht dem Alter entspricht,

- aber wenn das Kind gesund ist,
- wenn es gut hört,
- wenn seine geistige Entwicklung nicht verspätet ist,
- wenn seine Motorik nicht gestört ist,
- wenn seine Sprechorgane nicht gestört sind
- wenn es seine soziale Umgebung (Familie) angemessen stimuliert
- wenn es auf die Anregungen reagiert (nicht wörtlich)

dann spricht man von der **verlängerten physiologischen Sprachlosigkeit**.

Von einer **Sprachentwicklungsverzögerung** spricht man, wenn sich ein Kind im Vergleich zu seiner Altersgruppe in seinem Spracherwerb und seinem Sprachverständnis spät, zu langsam und unvollständig entwickelt. Die Grenze bei der Beobachtung des Kindes sind drei Jahre. Betroffen sind sowohl der Wortschatz und das Sprachverständnis, als auch die Artikulation und die Grammatik. Wie stark die einzelnen Bereiche betroffen sind, kann sehr unterschiedlich sein.

Der Wortschatz eines sprachentwicklungsverzögerten Kindes ist im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern zu klein. Es kann oft ihm bekannte Dinge nicht benennen. Häufig verwendet es nicht altersgemäße Begriffe wie z. B. „wauwau“ für „Hund“. Wenn das Sprachverständnis eingeschränkt ist, versteht das Kind die Bedeutung von vielen Wörtern oder Sätzen nicht. Die Kinder können dies im Alltag oft durch die Entschlüsselung von Mimik und Gestik des Kommunikationspartners kompensieren. Aufgrund dieser Tatsache bemerken Eltern die Sprachverständnisschwierigkeiten ihres Kindes häufig nicht.

Auf jedem Fall ist es geeignet, das Kind bei einem Sachverständigen (Kinderarzt, Psychologe, Phoniater) zu untersuchen. Diese Untersuchung schließt bei dem Kind vor allem eine Hörschädigung oder geistige Störung aus (bei autistischen Kindern kommt sehr häufig die Sprachentwicklungsverzögerung vor).

Zu den häufigsten Ursachen dieses Problems gehören:

- nicht stimulierende Umgebung des Kindes (Eltern sprechen sehr wenig mit dem Kind, sie schenken ihm zu wenig Aufmerksamkeit)
- Einfluss der Erblichkeit
- Unreife des Nervensystems
- Frühgeburt des Kindes

Dysphasie

Dysphasie (Entwicklungsdysphasie) ist eine Störung von Kommunikationsfähigkeiten, obwohl die Bedingungen für die Kommunikation gut sind, d. h. dass:

- es finden sich keine beachtenswerte neurologische oder psychiatrische Diagnosen
- es ist keine Hörschädigung vertreten
- die Intelligenz ist angemessen

- soziale Umgebung ist motivierend (sie sichert genug Anregungen)

Dysphasie betrifft die Sprache in ihren verschiedenen Ebenen, d. h. sie anbelangt die Aussprache, grammatische Struktur und den Wortschatz. Sehr häufig sind auch Störungen im Bereich der Feinmotorik, mangelhafte Grafomotorik, Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Kinder mit Dysphasie werden schnell müde.

Logopädische Sorge bei den dysphatischen Menschen dauert am meisten sehr lange, sie ist oft auch im Schulalter notwendig.

Aphasie

Aphasie ist eine zentrale Störung der Fähigkeit, Sprache zu verarbeiten. Dabei sind immer alle sprachlichen Ausdruckformen – Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben – betroffen (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß). Die Sprache hat sich bei den Betroffenen schon vollständig entwickelt und die Störung der Kommunikationsfähigkeit entsteht aufgrund der Schädigung der dominanten Hemisphäre (bei meisten Menschen die linke Hirnhälfte).

Die Ursachen dieser Schädigung können sein: Hirnblutung, Hirnentzündungen, Kopfunfälle, Schlaganfälle usw.

Charakteristische Symptome der Aphasie sind zum Beispiel:

- Wortfindungsstörungen
- Fehler in der Wortwahl/Wortbedeutung (z. B. *Glas* statt *Tasse*)
- Fehler in der Lautstruktur der Wörter (z. B. *Spille* statt *Spinne*, *Bansane* statt *Banane*)
- Gestörter Satzbau, unvollständige Sätze (z. B. *Auto kaputt, umfallen und dann Krankenhaus*)

Es handelt sich um eine komplizierte Systemschädigung, die eine komplexe Sorge erfordert.

Bei den Kindern ist der Verlauf komplizierter, weil die Beschädigung während der Zeit von sich entwickelnden Fähigkeiten entsteht (die Sprache ist noch nicht automatisiert). Aphasie bei den Kindern ist deswegen abwechslungsreicher als bei den Erwachsenen, und die zukünftige Fortschritte in ihrer Sprache hängen davon ab, wann das Gehirn beschädigt war und wie das Kind kognitiv entwickelt war.

Neurotische Sprachstörungen

In diese Gruppe der gestörten Kommunikationsfähigkeit gehört Mutismus und elektiver (selektiver) Mutismus.

Mutismus (Verstummen) ist eine Störung der Kommunikationsfähigkeit, während der zum Verlust der artikulierten Rede aufgrund eines starken psychischen Traumas kommt (der Schock, der Stress, der Schreck, die Erschöpfung).

Elektiver und selektiver Mutismus ist diagnostiziert, wenn das Verstummen an bestimmte Situation, Umgebung, Person gebunden ist. Das Verstummen muss mehr als ein Monat dauern. Diese Störung ist ziemlich oft bei den Kindern am Anfang ihres Schulbesuches zu beobachten – sie sprechen mit ihrem Lehrer/ihrer Lehrerin nicht, obwohl sie ohne Probleme mit den Gleichaltrigen kommunizieren. Nonverbale Sprachmittel bleiben bei manchen Kindern ungestört, manche Kinder können auch flüstern oder nur mit einem Wort antworten.

Diese Kinder sind sehr empfindlich gegen Unfreundlichkeit und autoritäres Verfahren ist bei ihnen nicht geeignet.

Störungen des Redeflusses

Zu diesem Typ der gestörten Kommunikationsfähigkeit gehört Stottern (*balbuties*) und Poltern (*tumultus sermonist*).

Nach neustesten Erkenntnissen ist **Stottern** eine komplexe Störung der Koordinierung von Organen, die am Sprechen teilnehmen. Es ist sehr auffällig in seiner Äußerung, es zeichnet sich durch unfreiwillige Störungen des Redeflusses aus. Die stotternden Menschen sprechen mit Pausen, sie wiederholen Wörter, Silben oder Lauten. Sie ändern infolge dieser Störung ihre Stellung zur Kommunikation, sie befürchten oder sogar vermeiden das Sprechen. Die Situation kann zur Logophobie (Angst vor Sprechen) führen. Es erscheinen auch begleitende neurotische Störungen – z. B. Spannung, übermäßiges Schwitzen, Unruhe, Zwinkern, Kauen u. a.

Man unterscheidet zwei Hauptformen von Stottern. **Klonisches Stottern** äußert sich durch Lautwiederholungen (z. B. „B-B-B-B-Butterbrot“), Silbenwiederholungen (z. B. „Ich möchte gerne ein „Bu-Bu-Bu-Butterbrot mit Schmalz“) und Wortwiederholungen (z. B. „Ich möchte – Ich möchte – Ich möchte gerne ein Butterbrot mit Schmalz“).

Tonisches Stottern äußert sich durch Verkrampfungen und Blockierungen des Sprechens. Bemerkbar sind dabei die Gesichtsgrimmasierungen des Unterkiefers.

Bei manchen stotternden Menschen treten auch kombinierte Formen des Stotterns auf, die durch den überwiegenden Teil als „klonisch-tonisches Stottern“ oder „tonisch-klonisches Stottern“ bezeichnet werden.

Die Ursachen des Stottern sind noch nicht zuverlässig bestimmt. Es werden folgende Starter angegeben:

- Erblichkeit
- Organstörungen
- Neurologische Störungen

Weil wir noch nicht sicher wissen, wie Stottern entsteht, ist es auch kompliziert es zu beseitigen. Derzeit können wir nur Symptome unterdrücken, leider nicht diese Störung ausheilen.

Poltern gehört zu den Störungen des Redeflusses, wo das Tempo der Rede betroffen ist. Die Geschwindigkeit der Rede ist zu schnell, sehr oft ist das Sprechen unverständlich. Es kommt Wiederholen, Weglassen der Buchstaben, Störungen des Atmens vor. Die Artikulation ist unklar, gestört, es kommt zum Verschucken von Lauten. Typisch ist fehlerhafter Akzent und eintönige Rede (gestörte Modulation der Rede).

Die bisher überprüften Ursachen des Polterns sind:

- Organstörung
- Erblichkeit
- Gekreuzte Lateralität
- Einfluss der Umgebung

Nasalitätstörungen

Im deutschen wird diese Gruppe von Sprachstörungen als **Rhinophonien** benannt. Es handelt sich um Störungen des Stimmklangs und der Artikulation, die durch eine gestörte Nasenresonanz entstehen. Es gibt drei Arten von Nasalitätsstörungen:

- **Offenes Näseln** – während des Sprechens entweicht zu viel Luft durch die Nase und dies stört die Verständlichkeit.

[Ursachen: eine angeborene Lippen-, Kiefer- und/oder Gaumenspalte, eine Gaumenspalte nach einem Unfall, ein angeborener zu kurzer Gaumen, Lähmung der Muskulatur des weichen Gaumens, verringerte Muskelkraft im Gaumen u. a.

- **Geschlossenes Näseln** – während des Sprechens entweicht keine Luft über den Nasenraum und die Sprache klingt verstopft. Es ist insbesondere bei den Nasallauten /m/, /n/ deutlich.

Ursachen: Nasenpolypen, vergrößerte Rachenmandel, geschwollene Nasenschleimhaut.

- **Gemischtes Näseln** – eine Kombination beider Formen

Der Logopäde untersucht den Schweregrad der Nasalitätsstörung und den Effekt auf die Verständlichkeit. In manchen Fällen ist ein medizinischer (chirurgischer) Eingriff notwendig (Gaumenspalten), bevor die logopädische Behandlung beginnen kann.

Bei dem offenen Näseln besteht die Behandlung aus Übungen, die die Gaumenmuskulatur aktivieren. Bei dem geschlossenen Näseln liegt der Schwerpunkt darauf, die pathologische Luftstromlenkung der physiologischen Lenkung anzunähern. Die Behandlung des gemischten Näsels besteht aus einer Kombination. In allen Fällen wird das Sprachverhalten systematisch verändert.

Störungen der Sprechartikulation

Dyslalie ist die häufigste Störung der kommunikativen Fähigkeit. Sie bezieht sich auf einzelne Laute oder Lautgruppen in den Silben und Wörtern. Eine logopädische Untersuchung muss solche Dyslalie unterscheiden, die nur eine Übergangserscheinung, Entwicklungsperiode darstellt, von einer pathologischen Aussprache, die noch nach dem siebten Lebensjahr des Kindes bestehen bleibt (die Entwicklung der Aussprache sollte nach dem siebten Lebensjahr schon vollendet sein). Es ist die Aufgabe eines Logopäden, die Unreife des Kindes von einer Störung der kommunikativen Fähigkeit zu unterscheiden.

Die Ursachen sind:

- Mangel in der phonematischen Differenzierung
- Hörschädigung
- Störungen des zentralen Hirnsystems
- Abnormitäten der Sprechorgane
- Unrichtiges Sprachmuster (die Kinder ahmen pathologische Aussprache ihrer Eltern oder anderen Verwandten nach) und fehlerhafte Einstellung der Umgebung zur Dyslalie

Dysarthrie ist eine Sammelbezeichnung für verschiedene motorische Sprechstörungen, die durch eine Schädigung des zentralen Nervensystems (ZNS) ausgelöst werden. Die völlige Unfähigkeit Sprechbewegungen zu führen nennt man **Anarthrie**. Die Störung wird durch Ausfälle der motorischen Innervation der Sprechmuskulatur verursacht. Dadurch fehlt die notwendige Kontrolle über die Zunge, die Lippen oder den Kehlkopf.

In unterschiedlichem Maße sind gestört das Atmen, die Stimmbildung, die Artikulation, das Sprechtempo, der Akzent, die Melodie.

Diese Beeinträchtigung ist vor allem für die Zerebralparese typisch, die Ursachen sind jedoch sehr verschiedenartig und die logopädische Behandlung ist in diesem Fall sehr kompliziert.

Dysarthrie kann als Folge dieser Ursachen entstehen (es geht nicht um vollständige Auflistung):

- Unfälle und Infektionen der Mutter in der pränatalen Zeit
- Hirnblutung des Kindes in der pränatalen Zeit
- Frühgeborenes Kind
- Asphyxie während der Geburt
- Folgen der Gehirnhautentzündung (Meningitis)
- Fieberhafte Erkrankungen
- Intoxikationen
- Tumore
- Schädelunfälle

Stimmstörungen

Die Stimmstörungen werden als **Disphonien** benannt. Man kann sie in drei, bzw. vier Gruppen unterteilen:

- **Funktionelle Stimmstörungen** – sind gekennzeichnet durch Stimmänderungen des Stimmklanges und Veränderungen der Stimmleistungsfähigkeit. Sie entstehen durch eine unrichtige Benutzung der Stimme (zu große Bemühung und Spannung). Das typische und hörbare Symptom ist die Heiserkeit. Bei einer Hyperfunktion klingt die Stimme anstrengend, rau und heiser. Es können auch Schmerzen des Kehlkopfes, Trockenheit oder Räusperzwang auftreten. Diese

Störung ist typisch für die Menschen, die in ihrem Beruf oft die Stimme benutzen müssen (Lehrer, Schauspieler usw.). Eine dauerhafte Hyperfunktion kann zu organischen Veränderungen (Stimmknötchen) führen.

Eine Hypofunktion dagegen zeichnet sich durch kraftlosen Stimmklang mit kleiner Muskelspannung.

Wenn man Fähigkeit zu singen verliert, nennt es man **Dysodie**.

- **Organisch bedingte Stimmstörungen** – die Stimme ist durch pathologische anatomische Veränderungen im Kehlkopf geändert. Sie unterscheiden sich von den funktionellen Dysphonien (bei denen keine strukturelle Veränderungen im Kehlkopf erkennbar sind). Erstes Merkmal ist meist eine Veränderung des Stimmklangs (tiefer, höher, heiser, rau, doppeltönig). Dieser Zustand ist typisch im Zusammenhang mit Unfällen, Lähmungen, Tumoren, Stimmknötchen, Polypen u. a.). Organisch bedingte Stimmstörungen benötigen logopädische, medikamentöse und chirurgische Behandlung.
- **Psychogene Stimmstörungen**
- **Zustand nach Laryngektomie** (Kehlkopferentfernung) – es handelt sich um vollständigen Verlust der Stimmlippen (v. a. nach einer Krebserkrankung des Kehlkopfes), das eine komplexe medizinische-psychologische-logopädische Behandlung erfordert.

OTÁZKY/FRAGEN



1. Was ist die Kommunikation, die Sprache und die Rede? Wo liegen die Hauptunterschieden unter diesen Begriffen?
2. Was verstehen sie unter dem Begriff „Gestörte Kommunikationsfähigkeit“?
3. Wie unterscheiden sich physiologische Sprachlosigkeit und Sprachentwicklungsverzögerung? Welche Bedingungen müssen erfüllt werden, um von einer verzögerten Sprachenentwicklung sprechen zu können?
4. Was sind die Hauptsymptome von Dysphasie?
5. Was können die Ursachen von Aphasie sein? Nennen Sie mindestens drei. Was sind charakteristische Symptome von Aphasie?
6. In welche Gruppe der gestörten Kommunikationsfähigkeit gehört der Mutismus?
7. Was können die Starter von Stottern sein?

8. Nennen Sie drei Arten von Nasalitätsstörungen.
 9. Wie kann Dysarthrie entstehen, was sind ihre Ursachen?
 10. Wie wirken sich funktionelle und organisch bedingte Stimmstörungen aus?
-



SAMOSTATNÝ ÚKOL/SELBSTÄNDIGE AUFGABE

Verbinden Sie immer zwei Begriffe aus folgenden Gruppen. Bilden Sie Paare (Synonyme), die zueinander gehören:

- Mutismus, Rhinolalia, Balbuties, Respiration, Artikulation, Dyslalie, Akzent, Larynx, Velum, Lateralität, Dialekt, Fluence, Logophobie, monoton
 - Näseln, Stottern, Lispeln, Aussprache, Atmen, Kehlkopf, Mundart, weicher Gaumen, eintönig, Betonung, Redefluss, Redeangst/Redehemmung, Bevorzugung von Organen oder Gliedmaßen einer Körperseite, fehlerhaftes Aussprechen, Verstummen
-



ODPOVĚDI/ANTWORTEN

Mutismus – Verstummen, Rhinolalia – Näseln, Dyslalia – Lispeln, Balbuties – Stottern, Respiration – Atmen, Artikulation – Aussprache, Akzent – Betonung, Larynx – Kehlkopf, Velum – weicher Gaumen, Lateralität – Bevorzugung von Organen oder Gliedmaßen einer Körperseite, Dialekt – Mundart, Fluence - Redefluss, Logophobie – Redeangst/Redehemmung, monoton – eintönig



KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE

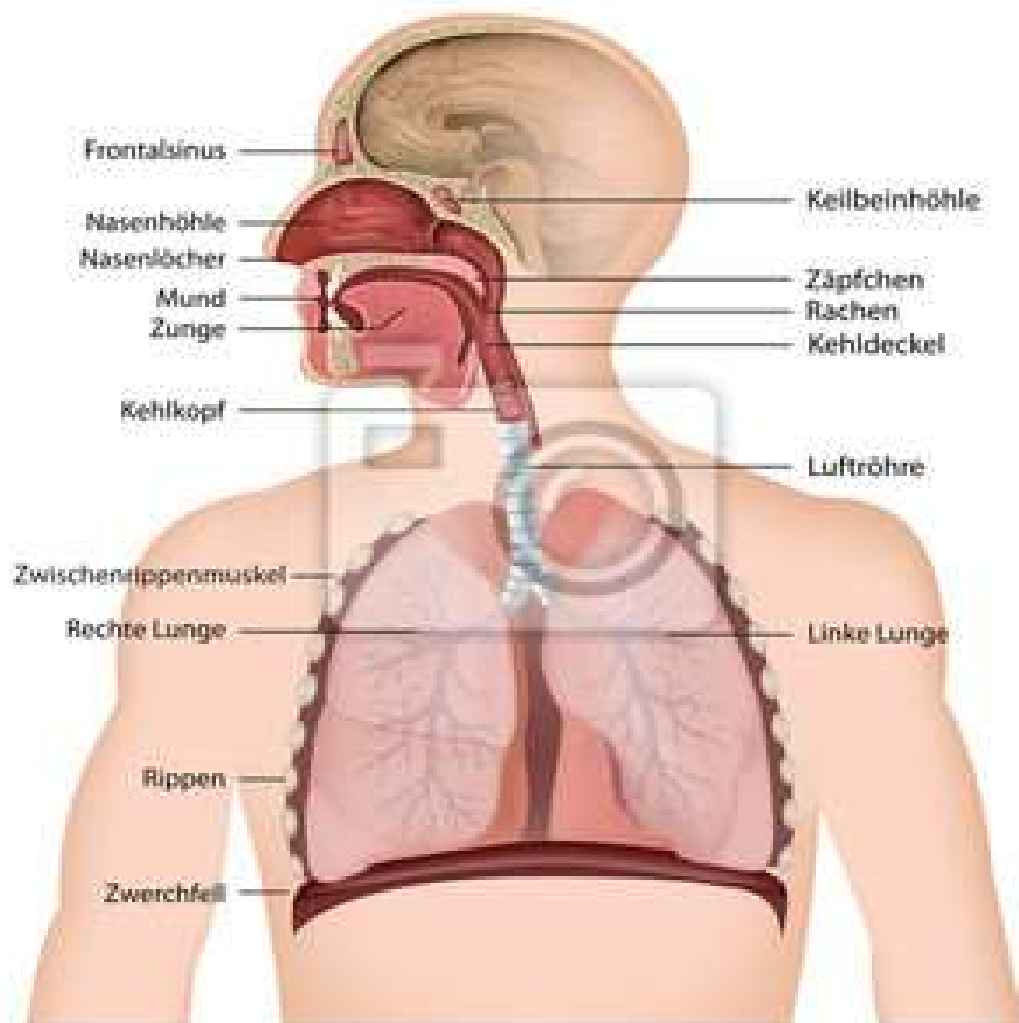
- *Auf Webseiten Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe (www.bvss.de) suchen Sie auf, wie Zuhörer auf Stottern reagieren sollen. Lesen Sie dabei auch die Hinweise für Eltern und für Lehrer.*
 - *Auf obengenannten Webseiten machen Sie eingehend die Kapitel „Behandlung“ vertraut und suchen Sie auf, welche Therapien es gibt, ob sie erfolgreich sind und ob es auch Medikamente gegen Stottern gibt?*
-

PRO ZÁJEMCE/FÜR INTERESSIERTE



Wenn Sie Ihren aktiven Wortschatz erweitern wollen, lernen Sie aus folgender Abbildung medizinische Bezeichnungen der menschlichen Atemwege, die sich an der Bildung der menschlichen Stimme beteiligen:

Anatomie der menschlichen Atemwege





PŘÍPADOVÁ STUDIE/FALLSTUDIE

Hier steht ein Beispiel der Probleme eines stotternden Jungen zur Verfügung. Es handelt sich um eine Sequenz seiner therapeutischen Behandlung.

Daniel

Daniel war beim Besuch der Intensivtherapiewoche 14 Jahre alt, ging auf die Hauptschule und hatte bis dahin keine logopädische Therapieerfahrung. Seine Geburt war problematisch, er war eine Frühgeburt und erlitt während des Geburtsvorgangs eine Hirnblutung. Sein Schluckvorgang war im Kleinkindesalter gestört. Er stotterte bei Sprechbeginn im zweiten Lebensjahr, die Eltern waren ab seinem dritten Lebensjahr geschieden. Die Mutter stotterte selbst bis zum 15. Lebensjahr und versuchte das Stottern ihres Sohnes zu ignorieren, verspürte aber einen «innerlichen Schmerz», wenn sie ihn stotternd erlebte. Daniel selbst versuchte ebenfalls sein Stottern zu ignorieren. Innerhalb des Familiensystems reagierte lediglich die Grossmutter offen auf das Stottern.

Seine Symptomatik zu Beginn der Intensivtherapiewoche war klonisch-tonisch. Auffällig waren bei erhöhtem Kommunikationsdruck eine einhergehende rasante Temperatureigerung mit gleichzeitigem Tonhöhenanstieg und Lautstärkeabfall. Er zeigte sowohl feinmotorische als auch grobmotorische Mitbewegungen. Er setzte sowohl Embolophonien und -phrasien (z. B.: «ähm», «ja also») als auch Umschreibungen bei bestimmten angstbesetzten Anlauten ein. Er reflektiert sich und sein Stottern so: Er hielt sich wegen seines Stotterns für „nicht normal“. Er wusste, dass das Stottern „schlimmer war“ beim Vorlesen vor der Klasse, beim Sprechen vor fremden Personen, nach Videospiele, wenn er log oder wenn ihm das Gesprächsthema unangenehm war. Wir nahmen einen differenzierten Wortschatz, eine ausdrucksstarke Gestik, guten Blickkontakt und viel Initiative zur Kommunikation von Beginn an wahr.

Veränderungen im Laufe der Therapiewoche: Daniel stotterte im Verlauf der Woche immer leichter und Phasen des flüssigen Sprechens wurden immer häufiger. Er zeigte ebenfalls weniger Sekundärsymptomatik in Form von Mitbewegungen. Er steigerte sein Selbstbewusstsein von Tag zu Tag und konnte konkrete Handlungen als Auslöser dafür benennen: Zum Beispiel machte das Tauchen als geschaffte Mutprobe ihn ebenso stolz wie das von ihm konstruierte Sprungbrett am Floss. Das Sprechen vor der großen Gruppe verlor nach anfänglich stark empfundenem Kommunikationsdruck an angstbesetztem Wert, er ergriff zunehmend die Initiative beim Gruppengespräch und genoss letztendlich sogar die verbale Darstellung vor der Gruppe bei gleichzeitig zunehmend flüssigem Sprechen. Auch bei Therapiesequenzen mit fremden Personen überwand er seine Ängste und traute sich diese anzusprechen und locker stotternd mit den Fremden zu sprechen.

(Übernommen aus Methodenkombination Stottertherapie und Erlebnispädagogik, gekürzt)

SHRUTÍ KAPITOLY/ZUSAMMENFASSUNG



Zur Zeit erhöht sich jedes Jahr die Menge von Kindern, die nicht richtig artikulieren, deren Aussprache auf bestimmte Art mangelhaft ist. Leider existiert auch Voraussetzung, dass sich diese Tendenz in der Zukunft nicht bessern wird. Gründe hierfür sind sehr vielfältig – beispielweise das mehrsprachige Aufwachsen in der Familie (bilinguale Erziehung) oder zu wenig Zeit seitens der Bezugspersonen für Gespräche mit den Kindern. Eltern als die nächsten Personen übergeben ihren Kindern „Sprachmuster“. Wenn ein oder beide Eltern lispeln – unrichtig artikulieren, werden diese Fehler oft kopiert, nachgeahmt. Manche Eltern halten das Lispeln ihrer Kinder für nett und süß und sie sprechen dann ebenso unrichtig aus. So fixiert sich die mangelhafte Artikulation. Manche Eltern oder andere Verwandte neigen dazu, unrichtige Aussprache zu bagatellisieren („es ist doch keine Krankheit“, „das macht nichts, ich spreche auch nicht perfekt und trotzdem lebe ich zufrieden“, „es wird mit der Zeit vergehen“ u. ä.).

Aus diesen Gründen bieten Kindergärten häufig allgemeine, spielerische Sprachförderungsprogramme. Bei ernsthaften Sprachstörungen reicht diese Förderung jedoch nicht aus. Diese Fälle bedürfen logopädische Behandlung, am deren Anfang eine fachkundige Diagnostik steht. Eltern sollten sich niemals scheuen, ihr Kind in die Hände erfahrener Logopäden zu geben. Sprachstörungen aller Art können für Kinder und ihre Eltern im Alltag eine riesige Belastung darstellen. Die Logopädie ist hier ein wichtiges Hilfsmittel, um die Kommunikationsfähigkeit von Kindern zu verbessern.

Der Stellenwert der Eltern während der logopädischen Behandlung ist genauso wichtig wie die Zusammenarbeit des Kindes. Da die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen für ihre Kinder darstellen und enorm wichtig für ihre sprachliche Entwicklung sind, beziehen Logopäden sie gerne in die Therapie mit ein. Für eine optimale Beratung ist es sinnvoll, dass zumindest ein Elternteil in der Sitzung anwesend ist.

DALŠÍ ZDROJE/LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS



VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: 2003. ISBN 80-214-2359-5

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: 2010. ISBN 978-80-7367-679-7

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 2006. ISBN 80-7315-120-0

BÖHME, G. *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. München, Jena: 2003.
ISBN 978-3-437-46950-3

KOHLER, J.; BRAUN, W.; SCHNEIDER, K. *Methodenkombination Stottertherapie und Erlebnispädagogik. Evaluation einer Intensivtherapiewoche*. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 7-8/2008

www.sprachtherapie-intensiv.de

www.bvss.de

7 HÖRGESCHÄDIGTENPÄDAGOGIK

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY/SCHNELLER EINSICHT



Hörbehinderungen vertreten in der Bevölkerung eine der häufigsten körperlichen Beeinträchtigungen. In Tschechien sind das mehr als 0,5 Millionen Menschen, eine genaue Zahl ist praktisch nicht nachweisbar. Diese Angabe umfasst die Menschen mit unterschiedlichen Hörschäden – angeborener oder erworbener Schwerhörigkeit, Menschen mit Hörresten oder Gehörlosigkeit, Menschen, die erst im späteren Alter das Gehör verloren haben, Menschen mit Tinnitus und viele andere „Gruppen“.

In dieser Kapitel wird erläutert, wie gegenwärtige Medizin und Sonderpädagogik die Hörschäden unterteilt - es gibt nämlich mehrere Hinsichte. Es werden die Begriffe Schallleitungsschwerhörigkeit und Schallempfindungsschwerhörigkeit erwähnt und geklärt.

Weiter beschäftigt sich diese Kapitel mit den Möglichkeiten der Kommunikation der schwerhörigen oder tauben Menschen. Weiter wird hier das Kommunikationssystem Gebärdensprache betont. Es werden auch einige von technischen Hilfen dargestellt – das Hörgerät und Cochlea-Implantat.

Problematik der Integration, bzw. Inklusion von schwerhörigen/gehörlosen Menschen wird in der Form eines Textes „zum Nachdenken“ angedeutet.

CÍLE KAPITOLY/ZIELE



Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Hörschäden aus mehreren Perspektiven zu klassifizieren und damit zusammenhängende Begriffe zu erläutern
- Förderung der Hörgeschädigten zu deuten – über Hörgerät, Cochlea-Implantat und andere Hilfsmittel zu reden
- Begriffe Gebärdensprache und Fingeralphabet zu erklären, die Unterschiede der deutschen und internationalen Gebärdensprache zu begreifen
- Über der Integration der Hörgeschädigten nachzudenken und ihre Vorteile und Nachteile zu interpretieren



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY/SCHLÜSSELWÖRTER

Schwerhörigkeit, Schalleitungsschwerhörigkeit, Schallempfindungsschwerhörigkeit, geringgradige/mittelgradige/hochgradige Schwerhörigkeit, Hörreste, Taubheit, angeborene/erhaltene Schwerhörigkeit, Hörgeräte, Cochlea-Implantat, Gebärdensprache, Fingeralphabet, Integration der Hörgeschädigten



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU/ZEIT ZUM STUDIEREN

Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 8 Stunden notwendig.

7.1 Klassifizierung der Hörschäden

Ein Mensch ist schwerhörig, wenn seine Fähigkeit zu hören herabgesetzt ist. Eine Schwerhörigkeit erschwert es, Sprache und andere Geräusche zu hören. In vielen Fällen ist auch die Kommunikationsfähigkeit betroffen, weil das Sprechen eng mit dem Hören zusammenhängt.

Man unterscheidet Hörschädigung nach:

- Arten – Schalleitungsschwerhörigkeit, Schallempfindungsschwerhörigkeit, genetische Schwerhörigkeit
- Zeit der Entstehung – angeborene Schwerhörigkeit, erhaltene Schwerhörigkeit
- Schwere (Grad) – geringe Schwerhörigkeit, mittlere Schwerhörigkeit, hochgradige Schwerhörigkeit, Taubheit

7.1.1 NACH ARTEN DER BEHINDERUNG

Man unterscheidet drei Hauptgruppen der Hörschäden nach der Lokalisation ihrer Entstehung.

Schalleitungsschwerhörigkeit (conductiva) – bei einer Schalleitungsschwerhörigkeit wird der Schall nicht mehr zum Innenohr geleitet. Die Ursache ist jedes Hindernis, das die Schalleitung von außen zu den Hörzellen verhindert. Die Hörzellen sind in Ordnung, sie

sind jedoch nicht stimuliert. Diese Störung kann in vielen Fällen medikamentös oder operativ beseitigt, bzw. verringert werden.

Mögliche Ursachen: Ohrenschmalz, Entzündungen oder Missbildungen des Gehörgangs, Entzündungen des Mittelohrs, geschädigtes Trommelfell u. a.

Schallempfindungsschwerhörigkeit (perceptiva) – eine Schallempfindungsschwerhörigkeit entsteht durch eine Funktionsstörung in der Hörschnecke (Cochlea). Sie ist im Regelfall nicht durch Operationen oder medikamentöse Behandlung zu heilen. Der Hörschaden kann nur mit Hörgeräten oder Implantaten ausgeglichen – jedoch nicht beseitigt werden.

Häufigste Ursache: die häufigste Ursache ist Lärm (wie stark die Schädigung ist, hängt sowohl von der Intensität des Lärms als auch von der Einwirkungsdauer ab). Geräusche von mehr als 85 dB sind für den menschlichen Hörorgan gefährlich. Sehr intensiver Schall von 150 dB (auch bei einmaliger Einwirkung) kann zur Taubheit führen.

Andere Ursachen: Infektionen, die vor allem die Kinder bedrohen (z. B. Hirnhautentzündung, Masern, Röteln, Diphtherie, Scharlach, Mumps); weiterhin können verschiedene Gifte und Medikamente eine Hörschädigung hervorrufen.

Gemischte Hörschäden – es geht um eine Kombination der Schalleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit. Sie erfordern meistens eine operative Lösung.

K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH



Merken Sie sich eingehend die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

r Hörschaden, schwerhörig, e Schwerhörigkeit, e Gehörlosigkeit (e Taubheit), s Innenohr, s Mittelohr, e Schalleitung, e Hörzelle, e Hörschnecke, s Hörgerät, e Funktionsstörung, medikamentöse Behandlung

Merken Sie sich auch die Nuancen in folgenden Synonymen, die mit der Hörwahrnehmung zusammenhängen:

r Schall – hlahol, hluk	s Gepolter – lomož, povyk, rachot
r Ton – tón, zvuk	s Geschrei – řev, vřískot, jekot
e Laut – hláska, hlas, zvuk	s Getöse – hřmot, dunění, rachocení
r Lärm – hluk, hřmot, lomož, povyk	e Hall – hlahol, hlaholení
s Geräusch – hluk, řum, řepot	r Klang – zvuk, tón, hlahol

s Randal – hluk, rámus, randál

r Gekrach – burácení, praskání

Merken Sie sich Benennungen der Kinderkrankheiten:

s Masern – spalničky

e Röteln - zarděnky

r Ziegenpeter, Mumps – příušnice

e Diphtherie – záškrt

e Hirnhautentzündung – zánět mozkových blan

r Scharlach – spála

e Pocken (Blattern) – neštovice

7.1.2 NACH DEM GRAD (DER SCHWERE) DER BEHINDERUNG

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legte im Jahre 1980 eine Skala der Hörschäden (siehe auch die Tabelle weiter):

1. **Geringgradige Schwerhörigkeit** – der Hörverlust bei geringgradiger Schwerhörigkeit liegt zwischen 26 bis 40 dB. Menschen mit einer leichten Schwerhörigkeit haben Probleme, in einer lauten Umgebung einer Unterhaltung zu folgen. Die Sprache in normaler Lautstärke wird bei einer Entfernung von einem Meter noch verstanden. Die Ärzte empfehlen jedoch an diesen Schwerhörigkeiten Hörgerät zu tragen.
2. **Mittelgradige Schwerhörigkeit** – von mittelgradiger Schwerhörigkeit spricht man bei einem Hörverlust von 41 bis 55 dB. Ein Gespräch wird in normaler Lautstärke nicht mehr verstanden, es wird nur noch lautes Sprechen (≥ 60 dB) im Abstand von 1 Meter vom Ohr verstanden. Ein Hörgerät ist in diesem Fall vordringlich.
3. **Hochgradige Schwerhörigkeit** – es wird von einer hochgradigen Schwerhörigkeit gesprochen, wenn der Hörverlust zwischen 56 und 70 dB liegt. Patienten mit hochgradiger Schwerhörigkeit verstehen nur noch einige wenige Worte, auch bei sehr lautem Sprechen. Sie benötigen Hörgeräte, Gebärdensprache oder Absehen vom Mund. In diesen Fällen existiert schon eine wirksame Alternative – Implantate.
4. **Hörreste und Taubheit** – die Sprache ist bei maximaler Lautstärke nicht mehr verständlich. Die Versorgung mit einem Hörgerät bringt keine befriedigende Verbesserung. Die Versorgung mit Neuroprothesen (Implantaten) benötigen die Patienten bedingungslos.
5. **Begriff „Taubstumm“** – die Hörenden benutzen leider immer noch diesen bestreitbaren Begriff. Auch in den Medien wird das Wort häufig verwendet. Dabei der Begriff „taubstumm“ ist veraltet und von vielen gehörlosen Menschen als diskriminierend, abwertend und beleidigend empfunden. Gehörlose Menschen sind doch keinesfalls stumm, sie benutzen nur ein anderes Kommunikationssystem – die Gebärdensprache.

Schwere der Hörschädigung nach WHO

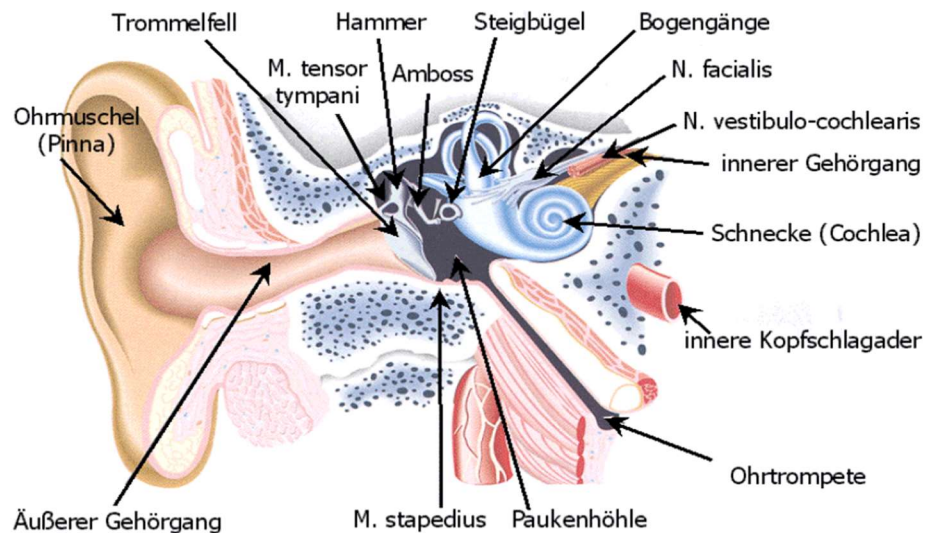
Grad der Schwerhörigkeit	mittlerer Hörverlust im Reinton-Audiogramm	klinischer Befund	Empfehlung
0 – normalhörig	25 dB oder besser	keine oder nur leichte Probleme bei der Kommunikation, Patient kann Flüstersprache hören	Beratung, Verlaufskontrolle, bei Schallleitungsschwerhörigkeit OP-Indikation prüfen
1 – geringgradige Schwerhörigkeit	26–40 dB	Umgangssprache wird 1 m vor dem Ohr verstanden	Beratung, Hörgerät gegebenenfalls empfehlenswert, bei Schalleitungsschwerhörigkeit oder kombinierter Schwerhörigkeit gegebenenfalls operative Versorgung
2 – mittelgradige Schwerhörigkeit	41–60 dB	lautes Sprechen wird 1 m vor dem Ohr verstanden	Hörgerät ist zu empfehlen, bei Schalleitungsschwerhörigkeit oder kombinierter Schwerhörigkeit gegebenenfalls operative Versorgung
3 – hochgradige Schwerhörigkeit	61–80 dB	einige Worte werden bei sehr lautem Sprechen auf dem besseren Ohr verstanden	Hörgerät nötig. Falls kein Hörgerät möglich, prüfen, ob andere Hörsysteme in Frage kommen (implantierbares Hörgerät, Cochlea-Implantat) Lippenlesen und Zeichensprache unterstützend
4 – Hörreste oder Taubheit	81 dB oder mehr	keinerlei Sprachverständnis bei maximaler Lautstärke	Hörgerätetrageversuch, bei Scheitern in der Regel heute Indikation zur Cochlea-Implantation gegebenenfalls auch Hirnstammimplantatversorgung, ergänzend gegebenenfalls Lippenlesen/Zeichensprache

Übernommen aus www.aerzteblatt.de

PRO ZÁJEMCE/FÜR INTERESSIERTE



Damit Sie noch besser die Problematik der Hörschäden verstehen, steht hierher eine Abbildung des Hörorgans zur Verfügung:



(übernommen aus www.dhi-online.de)

7.1.3 NACH DER ZEIT DER ENTSTEHUNG

1. Angeborene Schwerhörigkeit – vererbte Schwerhörigkeit oder Taubheit hat zahlreiche Ursachen. Sie kann sich im Laufe der Zeit allmählich verschlechtern

- Genetisch bedingte Schwerhörigkeit - kommt sehr selten vor (ungefähr 0,7 % der Geburten). Bei diesem Typ der Störung müssen beide Genome (männliches und weibliches) defekt sein, also für die Schädigung verantwortlich.
- Erworbene während der Schwangerschaft oder Geburt – verantwortlich sind v. a. Krankheiten der Mutter (z. B. Masern, Röteln oder Toxoplasmose), RTG-Strahlung, Frühgeburten, Sauerstoffmangel, Gelbsucht bei Neugeborenen usw.

2. Erhaltene Schwerhörigkeit

- Erworbene vor dem 6. Lebensjahr – sie beeinflussen die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten, die schon funktionsfähigen sprachlichen Stereotype verschwinden allmählich

Mögliche Ursachen: Hirnhautentzündung, Ziegenpeter, Masern, Röteln, Scharlach, Meningitis, Unfälle (Gehirninfälle), onkologische Erkrankungen und Nebeneffekt der Chemotherapie und Bestrahlung, wiederholende Mittelohrentzündungen u. a.

- Erworbene nach dem 6. Lebensjahr – die Sprache ist schon völlig verankert

Mögliche Ursachen: Kopf- und Ohrverletzungen, langzeitige Wirkung des Lärms, Gifte, Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis) – im Alter hören die Menschen schlimmer, weil die Hörzellen absterben; Tinnitus (Ohrgeräusche) – wird von lauten Anregungen hervorgerufen

7.2 Förderung der Hörgeschädigten

Es gibt zur Zeit mehrere Möglichkeiten, wie den Hörgeschädigten ihr Leben verbessern zu können. Im Prinzip kann man die Hilfsmittel in zwei Gruppen unterteilen:

Hilfsmittel für Schwerhörige

- Hörgeräte – grundlegendes Hilfsmittel. Es gilt, dass je früher ein Schwerhöriger mit Hörgerät beginnt, desto besser kann er Hörschwächen ausgleichen und den richtigen Umgang mit ihm erlernen. Es sollte nicht versteckt, sondern sichtbar getragen werden. Das Umfeld eines Betroffenen sollte über die Hörbehinderung informiert werden. Die Gewöhnung an Hörgeräte verlangt meistens Geduld und Zeit, positive Einstellung und persönliche Übung. Es gibt mehrere Varianten – das Hinter-dem-Ohr-Gerät, das Im-Ohr-Gerät.

- Induktionsspulen – sie werden immer häufiger in öffentlichen Räumen, Kulturstätten, Kirchen, Kinos u. ä. installiert. Sie verbessern räumliche Tonwahrnehmung.
- Hilfsmittel für Tonverstärkung des Fernsehens - in privaten Räumen verbessern sie das Fernsehen und Radiohören.
- Hilfsmittel für Tonverstärkung beim Telefonieren

Hilfsmittel für taube Menschen und Menschen mit Hörresten

- Cochlea-Implantat – stellt für viele hochgradig schwerhörige Menschen Hoffnung dar. Es ermöglicht ihnen, akustische Signale wahrzunehmen. Bei Erwachsenen wird zur Zeit nur ein Ohr (einseitige Operation) operiert. Erst nach einer Eingewöhnungszeit wird eine Operation auf dem zweiten Ohr durchgeführt. Bei Kindern wird ohnehin eine beidseitige Operation gemacht, um den Spracherwerb möglichst zu optimieren. Die Gehörneubildung ist sehr anspruchsvoll und langzeitig. Die Voraussetzung für den Erfolg ist eine aktive Mitarbeit der Familie des betroffenen Kindes.
- Logopädische Hilfsmittel, Computer, Untertitel, Internet, Multimedia-Programme, Handy, Licht- und Vibrationsanlagen, Brandmelder - erleichtern den Spracherwerb, motivieren zum Lesen, erleichtern die Gewinnung von Informationen und optimieren tägliche Aktivitäten.

SAMOSTATNÝ ÚKOL/SELBSTÄNDIGE AUFGABE



Es gibt Symptome, die die Schwerhörigkeit signalisieren. Ihre Anwesenheit bedeutet, dass der Mensch nicht mehr gut hört.

Lesen Sie folgende Aussagen und übersetzen Sie sie ins Tschechische:

- Es stören Sie Nebengeräusche und sie erschweren das Verstehen.
- Sie müssen öfter bei Gesprächen nachfragen und Sie verstehen teilweise.
- Sie müssen Ihren Fernsehen und Radio lauter einstellen.
- Sie nehmen nicht wahr, wenn Sie von hinten oder seitlich angesprochen werden.
- Sie können bei einer Feier oder im Restaurant nur schwer einem Gespräch folgen.
- Sie verstehen bei Telefongesprächen nicht mehr alles.

(Übernommen aus www.oessh.or.at)

7.3 Kommunikationsformen der Hörgeschädigten

Gebärdensprache ist eine visuelle Sprache (keine Pantomime, wie viele Menschen oft vermuten), wobei die Worte mit den Händen gebildet werden. Wichtig ist dabei auch der Gesichtsausdruck (die Mimik), die Bewegung des Mundes und „Geräusche“.

Die Vollwertigkeit der Gebärdensprache wurde erst seit 2002 in Deutschland anerkannt, obwohl sie sehr lange existiert. Es gibt nicht nur die Deutsche Gebärdensprache (DGS), sondern jede Sprache hat ihre eigene (z. B. Tschechische, Französische, Amerikanische usw.), die an spezifische Merkmale eigener Sprache gebunden ist. Die Gebärdensprache kann also nicht international sein. In den großen Ländern, wo es zahlreiche Dialekte gibt, entwickelten sich sogar mehrere Gebärden-Mundarten (das ist der Fall von Deutschland).

Gebärdensprache verfügt über eine eigene, vollständige Grammatik und konventionelle Zeichen. Sie kann sowohl konkrete als auch abstrakte Sachverhalte gut ausdrücken.

Die Verständigung auf internationaler Ebene ist jedoch gut möglich. Für die Kommunikation von Gehörlosen, die unterschiedliche nationale Gebärdensprachen verwenden, setzten sich sog. „**International Signs**“ durch. Es handelt sich nicht um ein einheitliches System. Das „Sprechen“ beruht zum größten Teil auf Wiederholungen und dem Umschreiben von Gebärden und Sachverhalten. Die Kommunikation klappt, aber dauert wesentlich länger. Aus diesen Gründen verständigen sich die Teilnehmer_innen auf internationalen Kongressen meistens mittels anwesender Dolmetscher_innen.

Für die Gebärden nutzt man immer seine dominante Hand – Rechtshänder die rechte, Linkshänder die linke. Manche von Gebärden werden mit beiden Händen ausgeführt. Wesentlich ist auch, wo eine Gebärde gemacht wird – am Kopf oder Gesicht, Hals, an den Armen oder am Körper.

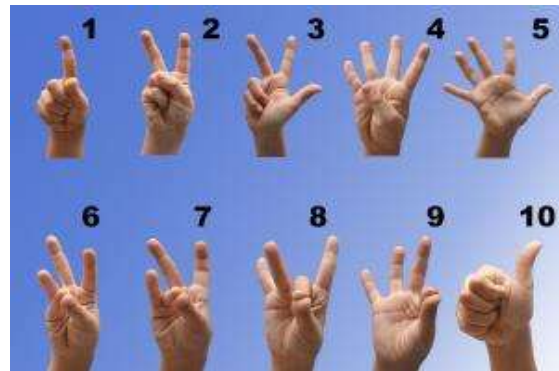
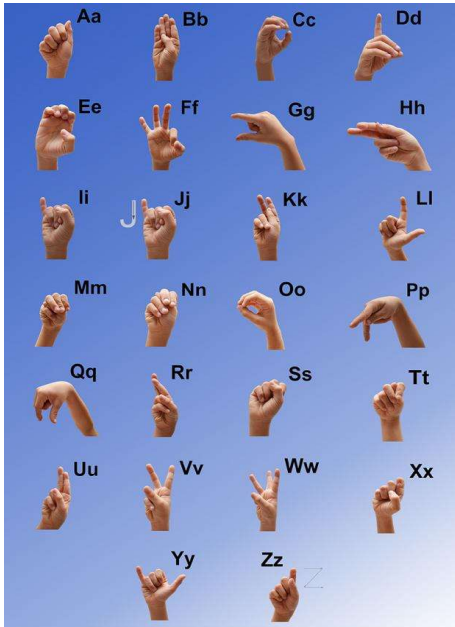
Fingeralphabet – alle Länder der Welt verwenden nicht das gleiche Fingeralphabet (d. h. dass die Gehörlosen in gewisser Weise auch „Fremdsprachen“ lernen müssen, wenn sie z. B. Englische Fingeralphabet verstehen möchten). Es wird als Hilfsmittel verwendet, wenn eine bestimmte Gebärde nicht bekannt ist. Man kann es mit der Situation eines Hörenden vergleichen, der etwas einem anderen Menschen buchstabiert. In der gebärdensprachlichen Kommunikation kommt es überwiegend bei Eigennamen, Fremdwörtern oder unbekanntem Begriffen vor

Das Deutsche Fingeralphabet basiert auf dem internationalen, das aus der USA kommt. Die Gebärdensprache und Fingeralphabet kann man mit Hilfe der Bücher, Videos und CD-ROMs lernen – sie helfen als eine gute Unterstützung. Sie können aber den wirklichen Kontakt mit Gehörlosen nicht ersetzen.

PRO ZÁJEMCE/FÜR INTERESSIERTE



Hier sehen Sie die Deutsche Fingeralphabet für Laute und Zahlen. Versuchen Sie mit Ihren Fingern zu spielen und sie nachzubilden.



(Übernommen aus <https://www.geo.de/geolino/mensch/1854-rtkl-gebaerden-gebaer-densprache>)

7.4 Integration der Hörgeschädigten

Die Tendenz ist heutzutage klar – immer mehr hörgeschädigte junge Menschen in Regelschulen zu integrieren. Es ist sicherlich sehr wichtig, dass hörgeschädigte Menschen möglichst früh gemeinsam mit guthörenden Menschen lernen. Trotzdem ist die Situation mindestens heikel und widersprüchlich, insbesondere im Hinblick auf die Situation hochgradig hörgeschädigter, resthöriger oder gehörloser Schüler_innen.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ/ZUM NACHDENKEN



Lesen Sie eingehend die Auffassung (bearbeitet, gekürzt) von Ulrich Hase (Webseiten /www.deutsche-gesellschaft.de), wo interessant die Vorteile und Nachteile der Integration der Hörgeschädigten erläutert werden. Denken Sie darüber nach, wie die Integration in Regelschule den Hörgeschädigten nützlich sein kann und im Gegensatz welche Beschwerden sie bringen kann.

Findet Integration statt, wenn hörgeschädigte Menschen unter erheblichem Druck des „Andersseins“ am gemeinsamen Unterricht mit Nichtbehinderten teilnehmen? Findet Integration z. B. auch dann noch statt, wenn Schülerinnen und Schüler im Freizeitgeschehen isoliert bleiben?

Aus eigener Erfahrung an Regelschulen weiß ich, wie ich mich trotz relativ guter schulischer Leistungen mit meiner Hörschädigung uneins und isoliert gefühlt habe: Ich wollte wie die anderen sein. Meine Hörschädigung stand mir dabei im Weg, mit der Konsequenz, dass ich sie leugnete – und dadurch meine Situation noch erschwerte. Wir wissen, wie wichtig es ist, gegenüber unseren Mitmenschen auf die Hörschädigung hinzuweisen und entsprechendes Verhalten abzufordern. Aber wir wissen auch, wie schwer es ist, Hörschädigung transparent zu machen! Und noch viel schwerer ist es, als junger hörgeschädigter Mensch zur eigenen Behinderung Zugang zu finden und deshalb kaum in der Lage zu sein, den eigenen Leidensdruck Eltern und anderen Bezugspersonen mitteilen zu können.

Eine Angebotsstruktur mit den „Extremen“ Sonderschulen unter Verzicht auf das Miteinander mit guthörenden Menschen und schulische Integration unter Verzicht auf Erfahrungen mit hörgeschädigten Menschen ist höchst problematisch.

Hörgeschädigte Menschen, die nicht bereits in der Schule die Erfahrung gewonnen haben, wie hilfreich das Miteinander mit ähnlich Betroffenen sein kann, haben im späteren Erwachsenenalter nur schwer Zugang zu dieser Erfahrung. Viele verbinden mit dem erfolgreichen Abschluss einer Regelschule den Eindruck, ihre Behinderung erfolgreich überwunden zu haben. Der Zugang und Ausgleich bzw. Entlastung unter Ähnlichbetroffenen ist im späteren Alter schon sehr kompliziert und sie können schlimmstenfalls in die Isolation geraten und/oder psychosomatische Beschwerden haben.

Der **Deutsche Schwerhörigenbund** hat trotz der erheblichen Überzahl schwerhöriger Menschen in Deutschland erheblich weniger Mitglieder als der **Deutsche Gehörlosen-Bund**. Das liegt nur zum Teil daran, dass viele schwerhörige Menschen mit ihrer Umwelt so gut zurechtkommen, dass sie kein Bedürfnis nach ihrer Gemeinschaft empfinden. Wesentliche weitere Gründe sind gerade auch mangelnde Kontakterfahrungen zu anderen Schwerhörigen und nicht selten auch die Angst vor Begegnungen mit anderen Schwerhörigen. Im Gegensatz hierzu steht die Situation Schwerhöriger oder Gehörloser, die eine Hörgeschädigtenschule besucht haben. Denn viele von ihnen sind in entsprechenden Selbsthilfegruppen, sie haben bereit in der schulischen Förderung das sie stützende Miteinander erfahren können.

Ein gutes Beispiel stellt die Integration einer größeren Anzahl hörgeschädigter Jugendlicher in eine Regelschule dar (High School in Leeds – England). Hörgeschädigte erfahren hier Integration im doppelten Sinne: Sie haben die Möglichkeit, sich mit anderen Hörgeschädigten auszutauschen, erhalten spezielle Förderangebote und lernen gleichzeitig gemeinsam mit guthörenden Gleichaltrigen, denen Gebärdensprachkurse angeboten werden.

Die Eltern wünschen sich auch deshalb die schulische Integration, um ihre Kinder zu Hause behalten zu können und nicht in Internate abgeben zu müssen. Eine enge Kooperation von Regel- und Hörgeschädigtenschulen in Form von Schulpartnerschaften in verschiedenen Fächern könnte also erfolgreich sein.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE



Besuchen sie Webseite www.oessh.or.at/hoerspuren/umgangschwerhoerige. Dort finden Sie interessante Anregungen, wie man mit einem Hörgeschädigten umgehen soll, um wie möglich gut kommunizieren. Lesen Sie sie eingehend, wählen Sie zehn von ihnen aus und schreiben Sie sie mit eigenen Worten um.

SHRNUTÍ KAPITOLY/ZUSAMMENFASSUNG



Hörschädigung ist ein breiter Begriff. Sie umfasst angeborene und erhaltene Schwerhörigkeit. Es wird immer auch die Schwere der Behinderung betrachtet – von der geringen Schwerhörigkeit, die dem Behinderten im Alltagsleben nur kleinere Beschwerden mitbringt, bis zur Gehörlosigkeit, die die Betroffenen vollkommen auf die Gebärdensprache verweist.

Die Situation der Gehörlosen und Schwerhörigen hat sich in den vorigen Jahren deutlich verbessert. Dazu haben neue Methoden der Hörgeschädigtenpädagogik und Entwicklung der digitalen Hörgeräte (v. a. Cochlea Implantat) erheblich beigetragen. Es ist unbestritten, dass sich in den letzten Jahren völlig neue Chancen zur Verbesserung der Kommunikation hörgeschädigten Menschen eröffnet haben.

Trotzdem bleibt die erschwerte Kommunikationsfähigkeit und die Position der Hörgeschädigten ist nicht beneidenswert. Hörgeschädigtenpädagogik sollte Integration und gesellschaftliche Akzeptanz anstreben, gleichzeitig jedoch auch die Gemeinschaft hörgeschädigter Menschen fördern. Ihre Rolle liegt auch in der Förderung der technischen, medizinischen und pädagogischen Innovationen.

DALŠÍ ZDROJE/LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS



VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: 2003. ISBN 80-214-2359-5

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: 2010. ISBN 978-80-7367-679-7

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 2006. ISBN 80-7315-120-0

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: 2002. ISBN 978-80-7216-345-8.

JANOTOVÁ, N.; ŘEHÁKOVÁ, K. *Surdopedie. Komunikace sluchově postižených*. Praha: 1990. ISBN 80-7066-004-X

www.hoerbehindertenselbsthilfe.de

www.schwerhoerigen-netz.de

<http://www.gehoerlosen-bund.de>

www.oessh.or.at

www.geo.de

8 BLINDEN- UND SEHBEHINDERTENPÄDAGOGIK

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY/SCHNELLER EINSICHT



Die Sehbehinderten- und Blindenpädagogik sind ein Teilbereich der Sonderpädagogik. Sie befassen sich mit sonderpädagogischen und didaktisch-methodischen Fragestellungen der Erziehung und Bildung von sehbehinderten Menschen. Sie benutzen Erkenntnisse aus Nachbarwissenschaften, z. B. Augenheilkunde.

In dieser Kapitel bekommen Sie grundlegende Informationen über die Fachbegriffe. Es werden weiter Sehschädigungen nach mehreren Kriterien geteilt und Symptome der Sehbehinderung dargestellt. Die Kapitel widmet sich auch der Problematik der Erblindung und ihren häufigen Ursachen. Keinesfalls wird da die ganze Breite der Augenerkrankungen dargestellt.

Die Sehgeschädigten benötigen in ihrem Leben unbedingt Interesse und Hilfe ihres Umfelds. Die Breite der Hilfsmittel für den Alltag wird immer größer. Die Kapitel umfasst nicht volle Breite dieser Problematik, sie stellt jedoch die gewöhnlichsten und bekanntesten Sehhilfen dar.

CÍLE KAPITOLY/ZIELE



Nach dem gründlichen Studium dieser Kapitel werden Sie fähig:

- Begriffe Sehschädigung, Sehbehinderung, Fehlsichtigkeit, Erblindung zu erläutern
- Symptome der Sehbehinderungen zu nennen
- Sehschädigungen nach verschiedenen Kriterien zu teilen
- Häufige Erblindungsursachen – ausgewählte Augenkrankheiten kurz zu beschreiben
- Sich nach Hilfsmittel der schwer Sehbehinderten und Blinden zu erkundigen



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY/SCHLÜSSELWÖRTER

Sehschädigung, Sehbehinderung, Mensch mit einer Sehbehinderung, hochgradige Sehbehinderung, Blindheit, Fehlsichtigkeit, Erblindung, Altersbedingte Makuladegeneration, Grauer Star, Grüner Star, Diabetische Retinopathie, Retinopathia Pigmentosa, Blindenschrift, Braille-Schrift, Screenreader, Langstock, Sprache der Blinden, Blindenführhunde



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU/ZEIT ZUM STUDIEREN

Abhängig von bisherigen Kenntnissen und sprachlichen Kompetenzen des Studenten sind zum ausführlichen Studium dieser Kapitel min. 6 Stunden notwendig.

8.1 Fachbegriffe

Im Sichtfeld der Sehbehinderten- und Blindenpädagogik liegt die Unterscheidung von einigen verwandten Begriffen – der Sehschädigung, Fehlsichtigkeit, Sehbehinderung und Erblindung.

Der Terminus **Sehschädigung** wird üblicherweise als Überbegriff für die beiden Begriffe Blindheit und Sehbehinderung verwendet.

Von einer **Fehlsichtigkeit** spricht man, wenn die Störung mit einer Sehhilfe korrigierbar ist. Entweder fällt so betroffenen Menschen schwer, Dinge in der Ferne klar und deutlich zu erkennen (Kurzsichtigkeit) oder sie können die Dinge unmittelbar vor ihren Augen nicht mehr deutlich erkennen (Weitsichtigkeit). In vielen Fällen lässt sich eine Fehlsichtigkeit mit einer Brille oder mit Kontaktlinsen vollständig beheben. Dann gibt es im Alltag keine Einschränkungen, weil die Betroffenen durch das Tragen ihrer Sehhilfe wieder ihre volle Sehkraft haben.

Es gibt aber auch Menschen, die trotz des Tragens einer Sehhilfe nur noch über einen Bruchteil ihrer Sehkraft verfügen. Dann spricht man von einer **Sehbehinderung**.

Sehbehinderungen sind verschiedenartig und sehr individuell. Als **sehbehindert** wird bezeichnet wer trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen nicht die normale Sehfunktion erreicht. Dabei wird auch die Sehschärfe (Visus) betrachtet. Falls der Sehverlust auf dem besseren Auge zwischen 33 % und 5 % liegt, handelt es sich um die Sehbehinderung.

Als **hochgradig sehbehindert** wird bezeichnet wer mit dem besseren Auge eine Sehschärfe von weniger als 5 % bis zu 2 % erreicht.

Menschen mit noch geringerer Sehschärfe gelten gesetzlich als **blind**, auch wenn sie noch Licht wahrnehmen oder Restsehvermögen vorhanden ist.

Zu den typischen Symptomen der Sehbehinderung gehören folgende (abhängig vom Typ der Sehbehinderung):

- Dauerhaft eingeschränkte Sicht
- Kopfschmerzen
- Tränende Augen, Entzündungen in den Augen, blutige Augen
- Zusammengekniffene Augen
- Angst vor Treppen, Höhen oder sportlichen Aktivitäten
- Gestörter Gleichgewicht, Schwindel
- Sehr kurzer oder langer Leseabstand

Die Verteilung der Sehbehinderungen ist mit Rücksicht auf verschiedene Kriterien möglich.

Erstens muss man die Zeit und Ursache ihrer Entstehung berücksichtigen – die Sehstörungen werden dann in **angeborene** und **erworbene** untergeteilt. Später erworbene Sehstörung ist im Vergleich zu einer angeborenen ganz unterschiedlich – sie ändert (verschlechtert) wesentlich die Lebenssituation. Dieser Zustand traumatisiert den Menschen und subjektiv wirkt sie schlimmer als ein angeborenes Handicap, das für das Kind kein Verlust bedeutet. Sie muss nicht unbedingt an beiden Augen auftreten, sie kann sich auch auf ein Auge beschränken.

Eine angeborene Störung ist jedoch komplizierter was die psychische Entwicklung betrifft. Dem Kind fehlen bestimmte Erfahrungen, seine Entwicklung ist langsamer, es muss alternative Lehrmethoden suchen und die Anregungen weichen von der gewöhnlichen Norm wesentlich ab.

Zu den häufigsten Ursachen einer angeborenen Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung gehören erbliche Erkrankungen der Netzhaut.

Hauptursache für eine erworbene Sehbehinderung sind Erkrankungen und Schädigungen der Netzhaut wie z. B. altersbedingte Makuladegeneration. Weitere Ursachen sind grüner Star (Glaukom), diabetische Retinopathie (sie wird durch die Zuckerkrankheit hervorgerufen), grauer Star (bei dem es zur Trübung der Linse kommt), Herpes simplex, Trübungen der Hornhaut usw.

Eine **Erblindung** kann grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten. Es können sowohl ein als auch beide Augen betroffen sein. Die Erblindung kann langsam und schleichend kommen, so dass die Betroffenen mit der Zeit immer schlechter sehen. Die Sehstörung kann jedoch auch ganz plötzlich kommen, als wäre das Licht ausgeschaltet worden. Mögliche Ursachen sind hier z. B. schwere Verletzungen, Hirnblutungen, Ödeme und Infektionskrankheiten (häufig in Entwicklungsländern).

Wenn man das Zeitaspekt berücksichtigt, dann werden Sehbehinderungen in **Funktions-** und **Organstörungen** geteilt. Praktisch bedeutet es, dass die Sehstörung entweder das ganze Sehorgan (Funktionsstörung) betrifft oder dass seine einzelne Teile (Organstörung) betroffen sind.



K ZAPAMATOVÁNÍ/MERKEN SIE SICH

Merken Sie sich die wichtigsten Begriffe aus dieser Kapitel:

e Fehlsichtigkeit, e Kurzsichtigkeit, e Weitsichtigkeit, e Brille, e Kontaktlinsen, eine Störung beheben, e Sehkraft, e Sehhilfe, e Sehschärfe, s Sehorgan, e Sehbehinderung, hochgradige Sehbehinderung, e Blindheit, e Erblindung, angeborene/erworbene Sehbehinderung, r Leseabstand, zusammengekniffene Augen (Augen zusammenkneifen), tränende Augen, schleichend/plötzlich auftreten, an einem/an beiden Auge/Augen auftreten, e Trübung, e Linse, e Hornhaut

8.2 Charakteristik von häufigen Erblindungsursachen

Hier stehen einige ausgewählten Erkrankungen zur Verfügung, die zugleich zu den häufigsten Erblindungsursachen gehören. Für einen problemlos sehenden Menschen kann es unvorstellbar sein, die Welt ohne Augen wahrzunehmen. Damit Sie sich besser darstellen können, wie die Betroffenen sehen, sind zu jeder Sehschädigung auch Abbildungen/Photos beigefügt.

Natürlich ist dahier nicht möglich, alle Augenkrankheiten ausführlich zu beschreiben. Es soll die Rolle der medizinischen Fachbereiche sein. Für unsere Studienzwecke genügt diese kurze Einsicht.

- **Altersbedingte Makuladegeneration**



ist die häufigste Ursache für eine Sehbehinderung im Alter. Makula ist das Zentrum der Netzhaut, welches das scharfe Sehen ermöglicht. Bei manchen Menschen kommt es im Alter aus unklaren Gründen zu Veränderungen (Degeneration) in diesem Bereich, die zu einer Sehverschlechterung führen.

- **Grüner Star (Glaukom)**



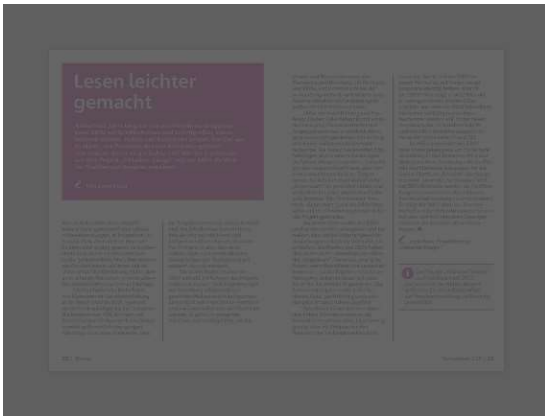
ist eine Gruppe von Augenerkrankungen. Allen ist gemeinsam, dass es im Verlauf zu einer zunehmenden Schädigung des Sehnerven kommt. Dies führt zu einer fortschreitenden Einschränkung des Gesichtsfeldes. Im Spätstadium bleibt nur noch ganz zentral eine Restfunktion erhalten, wenn es nicht sogar zu einer vollständigen Erblindung kommt. Der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung eines Glaukoms ist der Augendruck.

- **Diabetische Retinopathie**



ist eine Erkrankung der Netzhaut des Auges, die Diabetiker betrifft. Der Diabetes schädigt die Blutgefäße der Netzhaut und kann die Gefäßwände verändern oder sogar zerstören.

- **Grauer Star (Katarakt)**



bezeichnet eine Gruppe der Augenkrankheiten, die zur Trübung der Linse führen. In seltenen Fällen ist die Katarakt angeboren, viel öfter handelt es sich um einen Alterungsprozess. Die Therapie erzielt zur Zeit sehr gute Erfolge – die Betroffenen werden in örtlicher Betäubung ambulant operiert.

- **Retinopathia pigmentosa**



sind mehrere erblich bedingte Netzhauterkrankungen (der Betroffene kann sie weiter an die Nachkommen weitergeben), bei denen schrittweise die Netzhautzellen absterben. Das führt langsam zu einer Einschränkung des Gesichtsfeldes. Zunächst ist das Sehen in der Dämmerung betroffen, später erst auch das Farbsehen. Im Verlauf (die Erkrankung entwickelt sich sehr lange) engt sich das Gesichtsfeld des Pa-

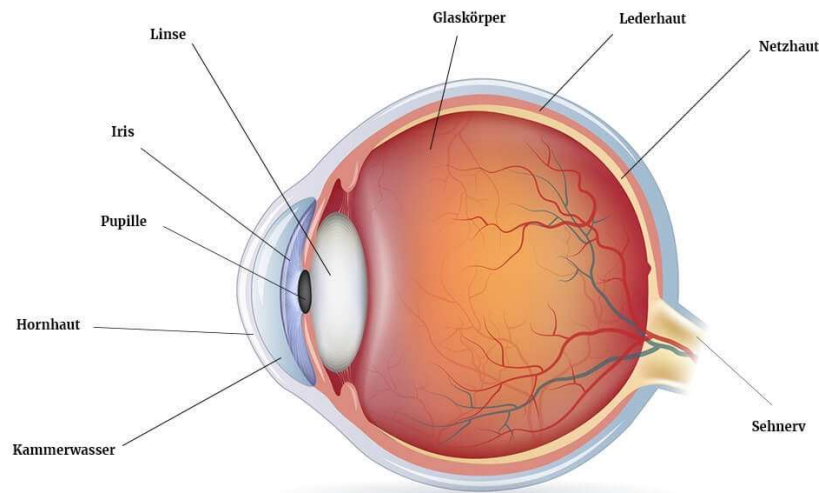
tienten j. Zuerst verliert er das periphere Sehen, nach und nach entwickelt sich ein „Tunnelblick“. Die Betroffenen haben den Eindruck, als ob sie durch ein Rohr sehen. Die Erkrankung führt zur vollständigen Erblindung.

- **Netzhautablösung** – bei dieser Erkrankung verliert die Netzhaut den Kontakt zur Aderhaut. Das verursacht das Absterben von Lichtsinneszellen innerhalb kurzer Zeit. Zu den Symptomen zählt man plötzlich zuckende Lichtblitze im Auge, selbst wenn man es schließt. Manchmal schiebt sich auch nur ein schwarzer Schatten von oben oder unten vor das Auge. Eine rasche Operation kann allerdings den meisten Patienten helfen. Falls die medizinische Hilfe nicht rechtzeitig kommt, wird der Patient von Erblindung bedroht.



Um besser die Funktion des Auges zu verstehen, können Sie seine Teile erlernen:

Augenstruktur



(Übernommen aus www.augenklinik-teufen.ch)

8.3 Hilfsmittel – Sehhilfe

Sehbehinderte und blinde Menschen benötigen die Hilfe der Menschen in ihrem Umfeld. Alltägliche Situationen, die für einen Sehenden keine Schwierigkeit darstellen, bedeuten für einen Sehbehinderten oft eine unüberwindliche Beschränkung.

Die Sehbehinderten benötigen andere Sinne als das Sehen – den Gehör- und Tastsinn. Sie sind auf sie angewiesen und erfüllen eine Kompensationsrolle. Die Behauptung, dass der Gehörsinn der sehbehinderten Menschen besser ist als bei den gesunden Menschen, ist jedoch unbegründet und nicht bewiesen. Manche positive Änderungen in ihrer Hörempfindlichkeit sind nur Ergebnisse einer aktiven Benutzung des Hörorgans.

Die Blindenschrift

Es handelt sich um eine Schrift, die mit dem Tastsinn der Finger „gelesen“ wird. Besonders gebräuchlich und weitverbreitet ist jedoch die **Braille-Schrift**. Dieses Schriftsystem wurde vom Franzosen Louise Braille im Jahr 1825 entwickelt. Braille war selbst blind und war sich dessen bewusst, welche Kriterien die Schrift erfüllen soll, damit sie den Sehbehinderten von Nutzen ist.

Es handelt sich um Punkte, die einfach tastbar sind und die aus verschiedenen Oberflächen herausragen. Zur Zeit ist diese Punktschrift allgemein bekannt und man kann sie an vielen öffentlichen Plätzen (Treppengeländer, Fahrpläne, Fahrstühle, Schilder usw.) antreffen. Jede Medikamentenschachtel ist schon mit der Braille-Schrift versorgt. Diese Hilfsmittel, die das alltägliche Leben erleichtern, gibt es auch im persönlichen Leben. Erhältlich sind z. B. Wand- und Taschenkalender in Braille-Schrift.

Sehr behilflich sind auch kleine Klebepunkte, die blinde oder sehbehinderte Menschen in ihrem Umfeld ankleben (z. B. an Waschmaschinen, Lichtschalter, Fernbedienungen). Das alles hilft ihnen bei der Orientierung.

Die Informationen aus Internet können für sie auch erreichbar sein. Es gibt Computertastaturen mit angeschlossener Braille-Zeile. Das Schreiben von Texten oder E-Mails ist für Blinde ganz einfach möglich.

Braille-Schrift

A	B	C	D	E	F	G
H	I	J	K	L	M	N
O	P	Q	R	S	T	U
V	W	X	Y	Z	Ä	Ö
Ü	ß					

Markierung der alltäglichen Dinge



Der Langstock

Für einen Sehbehinderten sind Hindernisse wie Bordsteinkanten, Schlaglöcher, Stäbe, Steine und Treppen ein alltägliches Problem. Von den Sehenden werden sie einfach umgangen. Für einen Blinden ist das möglich mit einem Langstock, der als das wichtigste Hilfsmittel für die Bewegung blinder Menschen gilt.

Am unteren Ende befindet sich eine drehbare Spitze, mit der eventuelle Hindernisse besser getastet werden. Der Langstock muss auf jedem Fall der Körpergröße und Schrittlänge des Besitzers angepasst. Mit ihm kann der Sehbehinderte die Hindernisse erkennen, die sich im Schrittbereich befinden. So verbleibt nur ein kleines Risiko der Verletzungen am Kopf oder am Oberkörper, das jedoch gering ist.

Die Sprache

Da das Hören bei blinden Menschen einwandfrei funktioniert, ist die Sprache für sie ein wichtiges Hilfsmittel, um sich im Alltag zurechtzufinden. Wenn ein sehbehindertes Kind mindestens durchschnittliche Voraussetzungen für die Sprache hat und wenn es in einer anregenden Familie lebt, kommt es bei ihm zu keiner Verzögerung von verbalen und kognitiven Fähigkeiten.

Die blinden Menschen akzentuieren sehr die Sprache, weil sie ihnen die Welt vermittelt. Das führt oft zu sog. **Verbalismus** der Sehbehinderten – zum Wortgebrauch ohne entsprechenden Erfahrungshintergrund. Die Kinder erlernen auch Wörter und Begriffe, deren Inhalt sie nicht verstehen.

Sehr gut entwickelt ist bei den Sehbehinderten das **Gedächtnis**. Es dient als eine „Vorratskammer“ von Informationen.

Es gibt zahlreiche alltägliche Dinge, die mit einer Sprachausgabe ausgestattet sind, z. B. Uhren, Handys und Telefone, Küchen- und Personenwagen, Thermometer, Blutdruckgeräte u. a.

Damit die blinde und schwer sehbehinderte Menschen Bücher lesen können, gibt es Vorlesesprechgeräte. Sie benutzen auch sog. Bildschirm-Leser, der auch unter dem Begriff **Screenreader** bekannt ist. Er liest den Inhalt des Bildschirms aus und gibt ihn als Sprache aus.

Blindenführhund

Ein Blindenführhund bietet dem blinden Menschen wiedergewonnene Mobilität. Er verringert Stress und Einsamkeit des Betroffenen. Unbekannte oder neue Situationen wirken weniger bedrohlich und die Navigation mit dem Hund erhöht die Sicherheit des Halters. Positiv wirkt auch tägliche Bewegung auf frischer Luft, da der Hund bei jedem Wetter draußen muss. So wird nebenbei auch Gesundheit seines Halters gefördert.

Ein Blindenführhund ist eigentlich kein Hilfsmittel, sondern ein Lebewesen. Die Führung eines blinden Menschen ist für ihn seine Arbeit, für die er lange vorbereitet wurde. Daneben braucht er auch Spiel- und Ruhezeit, Spaziergänge. Das alles kann ihm ein blinder Mensch anbieten. Die Hilfe ist also beiderseitig, der Blindenführhund ist weit mehr als eine Mobilitätshilfe, sondern eine wichtige Bereicherung des Lebens.



KONTROLNÍ OTÁZKY/KONTROLLFRAGEN

Beantworten Sie folgende Fragen, die sich auf die Problematik der Hilfsmittel von Sehbehinderten beziehen:

1. Welches Schriftsystem benutzen die Sehbehinderten? Wo kann man es antreffen?
 2. Was ist sog. Verbalismus der Sehbehinderten?
 3. Wie bereichert ein Blindenführhund einen Sehbehinderten?
 4. Wozu dienen den Sehbehinderten kleine Klebepunkte in ihrem Alltag?
 5. Was ist der „Screenreader“?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL/KORRESPONDENZAUFGABE

- Besuchen Sie Webseite <https://www.blindenverband.org/wir-informieren/fragen-und-antworten/> oder eine andere und beantworten Sie folgende Fragen:

1. Können Blinde im Internet surfen? Was hilft ihnen dabei?
2. Welche Sportarten können blinde Menschen ausüben?
3. Kann ein blinder Mensch radfahren?

- Informieren Sie sich über die Aktivität der Blindenführhunde auf der Webseite <https://www.orcam.com/de/blog/10-spannende-fakten-ueber-blindhunde-und-wie-sie-beantragt-werden/> und beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wie lange dauert die Ausbildung eines Blindenführhundes?
 2. Welche Hunderasse ist für die Ausbildung besonders günstig?
 3. Was ist ein weit verbreitetes Missverständnis, was das Überqueren der Straße mit einem Blindenführhund betrifft?
-

SHRNUŤÍ KAPITOL Y/ZUSAMMENFASSUNG



In der Kapitel Sehbehinderten- und Blindpädagogik haben Sie die wichtigsten Begriffe dieser Problematik erlernt – sie sollten jetzt Begriffe Sehschädigung, Fehlsichtigkeit und Sehbehinderung differenzieren und erläutern. Weiter wurde erklärt, was die normale Sehschärfe ist und der Sehverlust in perzentuellen Abstufung dargestellt. Sie können einige von Symptomen der Sehbehinderung nennen, Termini angeborene und erworbene Sehstörung erklären und die Lebenssituation der betroffenen Menschen betrachten. Es sollte Ihnen klar sein, was alles die Erblindung verursachen kann und welche Symptome die häufigen Augenerkrankungen begleiten.

Ein wesentlicher Bestandteil des Lebens eines sehbehinderten Menschen sind die Hilfsmittel – die Blindenschrift, der Langstock, Besonderheiten ihrer Sprache und nicht zuletzt der Blindenführhund.

DALŠÍ ZDROJE/LITERATUR UND WEITERFÜHRENDE LINKS



BUNDSCHUH, K.; WINKLER, Ch. *Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik*. UTB. ISBN 978-3825209995.

LINDMEIER, B.; LINDMEIER, Ch. *Pädagogik bei Behinderung und Benachteiligung*. Kohlhammer: 2012. ISBN 978-3170198081.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 2006. ISBN 80-7315-120-0.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika*. Brno: 2003. ISBN 80-214-2359-5.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: 2000. ISBN 978-80-7315-159-1.

LUDÍKOVÁ, L. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. In RETONIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2003. s. 185 – 200. ISBN 80-244-0646-2.

<http://www.brailnet.cz>

<https://www.dbsv.org/leben-mit-blindheit-sehbehinderung.html>

<https://www.blindenverband.org/wir-informieren/fragen-und-antworten/>

LITERATURA

BERNITZKE, F.; TUPI, A. *Heil- und Sonderpädagogik*. Jugend&Volk: 2008. ISBN: 9783823715429.

BIERMANN, A.; GOETZE, H. *Sonderpädagogik*. Kohlhammer: 2005. ISBN: 978-3-17-017665-2.

BIEWER, Gottfried. *Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik*. Utb: 2017. ISBN: 978-3-825-246945.

BÖHME, G. *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*. München, Jena: 2003. ISBN 978-3-437-46950-3.

BROCKHAUS, R. SCHIEßL, P. Thema Behinderung bei uns und weltweit. (Unterrichtsmaterial für Sekundarstufe I. und II.) – www.cbm.de

BUNDESVERBAND AUTISMUS DEUTSCHLAND e.V. *Inklusion von Menschen mit Autismus*. Karlsruhe: 2011. ISBN 978-3-86059-231-1

BUNDSCHUH, K.; WINKLER, CH. *Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik*. UTB. ISBN: 978-3825209995.

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: 2000. ISBN: 80-86022-76-5.

ELLINGER, S.; WITTROCK, M. *Sonderpädagogik in der Regelschule. Konzepte-Forschung-Praxis*. Kohlhammer: 2005. ISBN: 978-3-17-018868-6.

FISCHER, D. *Heilpädagogik – ein Versprechen*. Bentheim: 2009. ISBN: 978-3-934471-79-5.

GRUBER, H.; LENDL, V. *Allgemeine Sonderpädagogik*. Wien: 1992.

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: 2002. ISBN 978-80-7216-345-8.

JANOTOVÁ, N.; ŘEHÁKOVÁ, K. *Surdopedie. Komunikace sluchově postižených*. Praha: 1990. ISBN 80-7066-004-X.

JELÍNKOVÁ, M. *Autismus II. Problémy v sociálních vztazích dětí s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR: 2000.

LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LINDEMANN, K. *Die infantilen Zerebralparesen*. Stuttgart: 1969.

LINDMEIER, B.; LINDMEIER, Ch. *Pädagogik bei Behinderung und Benachteiligung*. Kohlhammer: 2012. ISBN: 978-3170198081.

LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika osob s postižením zraku*. In RETONIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2003. s. 185 – 200. ISBN 80-244-0646-2.

LÜTJE-KLOSE; B. RIECKE-BAULECKE, T. *Inklusion in der Schule und Unterricht. Grundlagen in der Sonderpädagogik*. IQSH: 2011. ISBN: 978-3772711565.

KAHLERT, J.; HEIMLICH, U. *Inklusion in Schule und Unterricht*. Kohlhammer: 2014. ISBN: 978-3170257252.

KLUTH, P.; DANAHER, S. *Inklusion in der Praxis. 100 Tips und Tricks für den differenzierten Unterricht*. Verlag an der Ruhr: 2010. ISBN: 978-3834631084.

KOHLER, J. ; BRAUN, W.; SCHNEIDER, K. *Methodenkombination Stottertherapie und Erlebnispädagogik. Evaluation einer Intensivtherapiewoche*. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 7-8/2008.

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: 2000.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOTNY, K. *Pädagogik in der Sonderpädagogik*. Schneider Verlag Hohengehren: 2010. ISBN: 978-3-8340-0744-5.

OPATŘILOVÁ, D; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. - <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/index.html>

OPATŘILOVÁ, D; ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. Brno: 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: 1998. ISBN 80-85931-65-6.

POLÁKOVÁ, Jenny; NELEŠOVSKÁ, Alena. *Česko-německý, Německo-český pedagogicko-psychologický slovník*. Olomouc: 2000. ISBN 80-7182-091-1.

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2003. ISBN 80-244-0646-2.

REICHENBACH, Ch.; THIEMANN, H. *Lehrbuch diagnostischer Grundlagen der Heil- und Sonderpädagogik*. Borgmann: 2013. ISBN: 978-3-8080-0695-5.

STEIN, M. *Allgemeine Pädagogik*. Utb: 2017. ISBN: 978-3-825-247911.

TEXTOR, A. *Einführung in die Inklusionspädagogik*. Klinkhard: 2015. ISBN: 978-3825243401.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: 2014. ISBN 978-80-262-0602-6

VERNOOIJ, M. *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik*. Quelle&Meyer: 2007. ISBN: 978-3-494-01425-8.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní (školní) speciální pedagogika*. Brno: 2003. ISBN 80-214-2359-5.

ZEZULKOVÁ, E. *Speciální pedagogika – Úvod do problematiky*. Ostrava: 2009.

SHRnutí STUDIjNÍ OPORY























Studijní text Odborný německý jazyk pro speciální pedagogy, určený studentům oboru speciální pedagogika, je rozčleněn do osmi samostatných kapitol. Současná terminologie a informace, které studenti získají v předmětech psychopedie, somatopedie, surdopedie, logopedie, oftalmopedie a poruchy autistického spektra, jsou v něm převedeny do německého jazyka. Smyslem celé studijní opory je podnítit studenty k hlubšímu zájmu o studovaný obor a zároveň motivovat k zlepšení jazykových kompetencí.

Text podporuje nejen učení izolovaných termínů, nýbrž i celkovou orientaci ve speciálně pedagogické problematice a porozumění německým textům. Distanční prvky přidané k studijnímu textu podněcují k podrobnější práci s terminologií daných oborů, upozorňují na německá synonyma, odkazují na další možné internetové adresy, prostřednictvím kterých studenti dále plní zadané úkoly. Distanční prvky se snaží o variabilitu a činí tak text pro studenty přitažlivým.

První dvě kapitoly představují základní terminologii, zabývají se pojmy primární a sekundární postižení, integrace, inkluze a segregace. Dále vysvětlují základní obsah zmiňovaných speciálně pedagogických oborů. Ve druhé kapitole je zařazena i zmínka o kombinovaných vadách, dále však text vzhledem ke komplikovanosti a obšírnosti tuto problematiku nerozvádí.

Další kapitoly vždy v úvodu pracují se základní terminologií. Zvláštní zřetel je kladen na německé názvosloví jednotlivých speciálně pedagogických disciplín, neboť němčina – s výjimkou logopedie – se zažitými českými názvy surdopedie, somatopedie, oftalmopedie a psychopedie nepočítá. Úvod těchto kapitol rovněž podrobně probírá klasifikaci, symptomy a etiologii probíraných vad, někdy i z různých hledisek. Pravidelně se také vyskytují informace o pomůckách a edukativních přístupech vzhledem k jednotlivým typům postižení.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení

Název: **Odborný německý jazyk pro speciální pedagogy**

Autor: **Mgr. Ladislava Zezulková**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 119

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.