

ISSN 0584—9470

C 21843 F
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR
SPRACHHEILPÄDAGOGIK e.V.
LANDESGRUPPE BERLIN

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

Käte Rambatz, Hamburg

Möglichkeiten der Sprachtherapie bei expressiver Aphasie
im Kindesalter
unter besonderer Berücksichtigung des Dysgrammatismus

E. Mückenhoff, Dortmund

Zur objektiven Registrierung und Kennzeichnung
des Stotterns

Umschau und Diskussion

Aus der Organisation

Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · August 1977 · 22. Jahrgang · Heft 4

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S- und Reibelauten und Unterscheidung stimmloser und stimmhafter Reibelaute.

N-Indikator

zur Übung der Nasalisierung bei Schulung von Hörschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f₀-Indikator

Der f₀-Indikator oder Grundfrequenz-Anzeiger für Tonhöhen-schulung der Stimme, sowie Übung der Intonation.

Elektronisches HdO-Metronom

wird hinter dem Ohr getragen, kein Schalleitungsschlauch. Taktfolge kontinuierlich einstellbar von 2 s bis 0,3 s (0,5 Hz – 3 Hz). Dauerbetriebszeit über 1000 Stunden mit einer Batterie.

Einzeltrainer

zur optimalen Hör-Spracherziehung. Zur Korrektur von Fehlartikulationen und für den ständig differenzierter werdenden Sprachaufbau bei einer Hörerziehung.

Language-Master

mit dem Tonkarten-System hat für den Bereich des Lernsektors „Sprache“ den einmaligen Vorteil, daß es in engem Verbund optisch-visuelle, akustisch-auditive und sprechmotorische Faktoren bei gleichzeitiger Selbsttätigkeit des Schülers berücksichtigt.

AIWA-Sprachlehrgerät

Ein Sprachlehr-Kassetten-Tonbandgerät, 4-Spur-Norm, Zweikanalbetrieb, variable Abhör-geschwindigkeit $\pm 10\%$ der Normalgeschwindigkeit. Getrennte Wiedergabe der Lehrer- und Schüler-Spur.

Weitere ausführliche Information erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte 8520 Erlangen, Gebbertstr. 125

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

August 1977 · 22. Jahrgang · Heft 4

Käte Rambatz, Hamburg

Möglichkeiten der Sprachtherapie bei expressiver Aphasie im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung des Dysgrammatismus

1. Einleitung

Der vorliegende Erfahrungsbericht entstand aus der sprachtherapeutischen Beschäftigung mit einer Schülerin, die infolge einer hirntraumatischen Verletzung an expressiver Aphasie leidet. Bei der Konzeption eines Therapieplanes für dieses Kind stellte ich fest, daß auf dem Gebiet »Aphasietherapie« kaum grundlegende Literatur für die Behandlung von Kindern zu finden ist. Das zur Verfügung stehende Schrifttum beschäftigt sich fast ausschließlich mit der Behandlung erwachsener Aphasiker. Durch die immer wachsende Zahl von unfallgeschädigten Kindern mit Schädelverletzungen ist jedoch auch die Zahl der an cerebralen Ausfallserscheinungen und damit auch an aphasischen Störungen leidenden Kinder im Zunehmen begriffen, für die eine sprachheilpädagogische Behandlung erforderlich ist.

2. Zur Problematik der Aphasie im Kindesalter

Bezüglich der Definition von Aphasie — bezogen auf den Erwachsenen — herrscht der Sache nach weitgehende Einigkeit. Allgemein wird der Begriff »Aphasie« im Sinne *Sollbergs* verwendet, der diesen folgendermaßen umschreibt: »Wir verstehen unter Aphasie gemeinhin den Verlust oder die Beeinträchtigung der expressiven oder rezeptiven Sprachleistungen aufgrund einer durch organische Hirnläsion gesetzten Blockierung der sogenannten inneren Sprache bei anatomisch und funktionell intakter Sprechmuskulatur und meinen mit der »inneren Sprache« jene sprachlichen Formulierungsakte, die der Verlautbarung durch den äußeren Sprechakt vorausgehen.« (S. 94).

Die Erklärungen darüber, was man unter *kindlicher* Aphasie zu verstehen habe, weichen dagegen stark voneinander ab. Die in ihrem Erscheinungsbild sehr ähnliche Sprachentwicklungsverzögerung — verursacht durch eine frühkindliche Hirnschädigung oder eine anlagemäßige Sprachschwäche — wird manchmal als infantile Aphasie, angeborene Aphasie, kongenitale Aphasie sowie zuweilen als Entwicklungsdysphasie bezeichnet. Da jedoch von Aphasie im Sinne der angegebenen Definition nur dann gesprochen werden kann, wenn bei Krankheitsbeginn Sprache schon vorhanden war, beinhaltet der Ausdruck »angeborene Aphasie« bereits einen

Widerspruch. Im folgenden soll daher unter *kindlicher Aphasie* im Gegensatz zur Sprachentwicklungsverzögerung eine Beeinträchtigung oder ein Verlust der *bereits erworbenen Sprache* verstanden werden.

Es stellt sich nun die Frage, in welchem Alter der Spracherwerb in dem Maße erworben ist, daß man später von einem Sprachverlust sprechen kann. Nach *Arnold* und *Luchsinger* (S. 80) ist im 4. Lebensjahr der Vorgang der eigentlichen Sprach-erlernung abgeschlossen. *Grewel* dagegen setzt den Zeitpunkt für eine erworbene Aphasie wesentlich früher an, nämlich dann, wenn das Kind Sprache zu benutzen anfang, also frühestens im Alter von 1 1/2 bis 2 Jahren. *Leischner* setzt als untere Grenze das 4. Lebensjahr.

Von den verschiedenartigen Störungserscheinungen der Aphasie soll hier nur die expressive Aphasie betrachtet werden. Ihre wesentlichen Symptome bestehen in Störungen der Satzbildung in der Spontansprache mit verschiedenem Schweregrad, und zwar von der Unfähigkeit, einzelne Wörter zu äußern bis zum leichten Dysgrammatismus. Bei der Rückbildung der Aphasie ist häufig ein »Telegrammstil« anzutreffen, bei dem Satzstücke aneinandergereiht werden; das Substantiv ist dabei die beherrschende Wortart.

Die Symptomatik der Aphasie bei Kindern ist im wesentlichen die gleiche wie bei Erwachsenen. Nach *Seeman* unterscheidet sich die kindliche Aphasie darin von der Erwachsener, daß sie meist nicht in so reinen Formen vorkommt. *Grewel* hebt besonders den Dysgrammatismus hervor. Oft bleiben orthographische, dyskalkulische und dyslektische Erscheinungen nach Rückbildung der Aphasie bestehen.

Über Verlauf und Rehabilitation von kindlichen Aphasien sind keine einheitlichen Aussagen festzustellen. Von *Arnold* und *Luchsinger* wird die Prognose als günstig angesehen. »Dysphasien nach Infektionskrankheiten oder Unfällen im Kindesalter zeigen eine besonders rasche spontane Tendenz zur Wiederherstellung« (S. 706). *Grewel* meint, daß die Anpassungsmöglichkeiten nach Sprachverlust beim Kind größer sind als beim Erwachsenen, wohl weil die Funktionsmöglichkeiten des kindlichen Hirngewebes größer und vielleicht weniger differenziert sind. Deshalb gehen in den meisten Fällen die Aphasien schnell und in bedeutendem Maße wieder zurück. *Lhermitte* schätzt den Heilungsprozeß bei Kindern weitaus negativer ein. Er hat in 10 Jahren im Rehabilitationszentrum des Hôpital de la Salpêtrière in Paris den Werdegang von 502 Kindern im Alter von 6 bis 13 Jahren verfolgt. Nach intensiver Betreuung wurde die Restitution der Sprache im linguistischen Sinne in allen Fällen erreicht, aber

»in keinem dieser Fälle konnte die Fortsetzung der schulischen Entwicklung oberhalb des Niveaus, welches das Kind zur Zeit der Schädigung hatte, erreicht werden. Neue Kenntnisse konnten nicht erworben werden. Die Hirnläsion beim Kind verbietet nicht die Wiedergewinnung der Sprache, aber sie verhindert neues Lernen« (S. 95).

Sicherlich sind die Folgen einer Aphasie beim Kind ebenso schwerwiegend wie beim Erwachsenen. Es läßt sich aber kaum Allgemeingültiges aussagen. Jeder Aphasiefall unterscheidet sich vom anderen, und seine Rehabilitation hängt von vielen Faktoren ab. Besonders tragisch erscheint das Schicksal des aphasischen Kindes, da ihm in den meisten Fällen eine volle Entfaltung seiner Entwicklungsmöglichkeiten verwehrt zu sein scheint. Um hierüber genaue Aussagen machen zu können, fehlt es noch an ausführlichen Fallstudien mit Langzeitbeobachtungen, wie *Böhme* betont (S. 56):

»Während hirntraumatische Sprachstörungen, insbesondere Dysarthrien und Aphasien bei Erwachsenen hinreichend bekannt und schon vielfach beschrieben sind, fehlen Untersuchungen bei Kindern unter dem Gesichtspunkt der frühkindlichen Hirnschädigung völlig.«

3. Gesichtspunkte zur Sprachbehandlung

Einer der wenigen Autoren, die sich mit aphasischen Störungen und deren Therapien bei Kindern beschäftigt, ist *Seeman*. Als Therapie-Richtlinie gibt er an, daß man im wesentlichen die Übungsweisen, die man bei verzögerter Sprachentwicklung anwendet, auch hier einsetzen muß. Es sei nötig, den Verlauf der natürlichen Sprachentwicklung nachzuahmen (vgl. dazu *Kainz*).

Bei allen Empfehlungen und Ratschlägen zur Sprachtherapie der Aphasie sowohl für den Erwachsenen als auch für das Kind wird eine Forderung immer wieder genannt: Die Therapie muß stets auf den einzelnen Fall abgestimmt sein; es ist nicht möglich, eine einheitliche Behandlungsweise anzugeben. Wohl aber sind allgemeine Leitlinien zu erkennen, die beachtet werden müssen. Da die Aphasie stets als Ausdruck einer Hirnerkrankung angesehen werden muß, ist es eine Grundvoraussetzung zur Therapie, daß der Neurologe nach gründlicher Untersuchung die Indikation zur Sprachtherapie gestellt haben muß; denn es gibt auch fortschreitende Hirnprozesse, die eine Sprachbehandlung als nicht sinnvoll erscheinen lassen.

Von ebenso großer Bedeutung ist die Sprachdiagnose. Ohne einen klaren Befund über den derzeitigen Sprachstatus eines Patienten ist eine gezielte Therapieplanung nicht möglich. Dazu gehört nicht nur die linguistische Erfassung noch vorhandener Sprachreste, sondern der Therapeut muß sich einen Eindruck von der Gesamtpersönlichkeit mit den etwaigen Hirnleistungsschwächen und anderen Hirnsyndromen sowie psychischen Fehlentwicklungen verschaffen (vgl. *Lang* 1969).

Der Aufbau der Therapie wird sich nach dem Alter des Kindes richten. Beim älteren Schulkind wird es sich — ähnlich wie beim Erwachsenen — darum handeln, die Sprachfunktionen global zu reinnervieren. Das Ziel ist, wie *Lebrun* sagt (S. 14), »die Reorganisation normal entwickelter, aber plötzlich gestörter Sprachfunktionen«. Beim jüngeren Kind dagegen ist der sprachstoffliche Aspekt wichtig. Es muß schrittweise ein synthetischer Aufbau der einzelnen Sprachelemente erfolgen. Das Sprachvermögen hängt vom Wortschatz ab, der durch begrifflich-dingliche Zuordnung aufgebaut werden muß. Eine Sprachbehandlung des aphasischen Kindes wird also einen Sachunterricht im weitesten Sinne mit einbeziehen.

3.1. Stufen der Sprachbehandlung

Die expressive Aphasie tritt in verschiedenen Schweregraden auf, und im Verlauf der Behandlung setzt fast immer eine Rückbildung bzw. eine Wandlung der Symptome ein. Die Aufgaben der Sprachbehandlung werden sich daher den jeweiligen Rückbildungsstufen anzupassen haben. Beim schwersten Fall der expressiven Aphasie, bei der praktisch keine Sprachäußerungen möglich sind, geht es um die Wiederanbahnung der expressiven Sprachleistungen. In leichten Fällen oder bei einer in der Rückbildung begriffenen Aphasie muß die Sprache systematisch ausgebaut und der Wortschatz vervollständigt werden, während schließlich im dritten Stadium die Restsymptome durch Übung beseitigt werden sollen. Es lassen sich somit bei der Aphasiebehandlung drei Stufen erkennen: Sprachanbahnung, Sprachausbau und Sprachübung. In der praktischen Arbeit können diese Stufen jedoch nicht immer eindeutig abgegrenzt werden, die Übergänge sind fließend.

Im Folgenden soll insbesondere die Phase der Sprachübung betrachtet werden. Hier wird neben einer ständigen Wortschatzerweiterung die Behandlung des Dysgramatismus im Vordergrund stehen. Wie *Goldstein* beschreibt, fehlen dem Aphasiker, auch wenn er die meisten Wörter wieder sprechen kann, für die Spontansprache die Automatismen, die erst ein fließendes Sprechen ermöglichen, die unmittelbar richtige Verwendung der grammatischen Formen, der Suffixe, Präfixe,

Artikel. Der aphasische Patient muß über jede Form nachdenken, seine Sprache ist dadurch langsam und schwerfällig. Durch Lernen, auch mit Hilfe verschiedener Gedächtnisstützen, soll er diese Automatismen wiedererlangen. Es ist wichtig, daß er das Gelernte so bald als möglich in sinnvollen Sätzen anwendet. Es geht nach *Goldstein* darum, die üblichen grammatischen Formen und Satz schemata »einzuschleifen«. *Braun* gibt als Inhalt dieses Sprachtrainings folgende Übungen an: Lückentests ausfüllen, Umformung der Satz teile im einfachen Satz, Umformung in andere Zeitformen, Übung der Artikel und Pronomen, Satzbildung mit einem gegebenen Verb oder Substantiv, Flexion des Verbs, Bildbeschreibung sowie Nacherzählung gelesener Geschichten. Als didaktische Hilfsmittel nennt sie Situationsbilder, Wortkarten mit verschiedenen Wortarten, die zu Sätzen zusammengesetzt werden können, verschiedene Lesespiele wie Bimbo, Scrabble, Lettera.

Für die Behandlung des aphasischen Kindes ist es besonders wichtig, die leicht trocken und langweilig wirkenden grammatischen Übungen methodisch aufzubereiten und so anzubieten, daß sie das Kind zur Äußerung reizen. Das Üben muß, besonders beim jüngeren Kind, erlebniserfüllt und an Anschauung gebunden sein. Es sollte möglichst dem Spiel- und Bewegungsbedürfnis des Kindes entgegenkommen, weil beim aphasischen Kind das abstrakte Denken oft beeinträchtigt ist und Sprachreize über konkrete Situationen leichter hergestellt werden können. *Staps* hat viele Möglichkeiten für ein kindgemäßes Arbeiten zusammengestellt, die bis zur Erarbeitung umfangreicher Sätze, verschiedener Zeiten und schwieriger Formen reichen. *Seeman* nennt als Hilfsmittel das gezeichnete Bild, das vor den Augen des Kindes entsteht. Um Tätigkeiten darzustellen, weist er auf die Hilfen hin, die das Kind durch erklärende und auffallende Gebärden erhält, wie *Liebmann* sie angewendet hat. Wenn die Lesefähigkeit noch vorhanden oder bereits wieder erlernt sein sollte, lassen sich zur Übung der Satzbildung sehr gut Leselottospiele, wie sie im Anfangsleseunterricht benutzt werden, verwenden. Für ältere Kinder und Jugendliche könnte man darüber hinaus Sätze mit sachkundlichem Inhalt anbieten, beispielsweise zerlegt und auf einzelne Wortkarten geschrieben. Die Aufgabe des Kindes würde darin bestehen, diese Wortkarten zu vollständigen Sätzen zusammenzufügen. Diese Übung, wie auch das Erlernen von Satz schemata, ist oft mit einer Sachinformation verbunden; das Kind lernt neues Sachwissen hinzu. *Wepman* und auch *Braun* betonen, daß man geeignetes Arbeitsmaterial je nach Interesse und Fähigkeit des Patienten selbst herstellen muß. Hinzuweisen wäre ferner auf die Möglichkeit der Verwendung technischer Hilfsmittel, wie den »Language-Master«, ausführlich geschildert von *Ruge* (1966, 1969, 1970, 1971) sowie den »Sprach-Studien-Recorder«, dessen Einsatz in der Aphasie-Therapie *Lang* (1971) und *Leites* beschrieben haben.

4. Versuche zur Therapie des Dysgrammatismus bei expressiver Aphasie im Kindesalter

Im folgenden Teil sollen an einem Fall von expressiver Aphasie im Kindesalter einige sprachtherapeutische Behandlungsweisen in ihrer praktischen Durchführung dargestellt werden, die sich zum Teil auf die in der Literatur beschriebenen Möglichkeiten stützen. Dabei wurden Bild- und Schriftmaterial sowie — in Anlehnung an den Sprach-Studien-Recorder — ein Kassetten-Recorder eingesetzt. Daneben wurde die Einbeziehung von Dialogen, szenischen Spielen und rhythmisch-musikalischen Arbeitsformen in die Sprachtherapie erprobt.

4.1. Anamnese

Die Patientin Cornelia M. erlitt im Alter von fünf Jahren bei einem Verkehrsunfall eine schwere hirntraumatische Verletzung. Als deren Folge traten unter anderem

schwere Sprachstörungen auf, die durch EEG-Befunde bestätigt wurden. Nach Auskunft der Eltern hatte das Mädchen bis zum Zeitpunkt des Unfalls eine normale Entwicklung durchlaufen. Auch ihr Sprachvermögen zeigte keinerlei abnorme Abweichungen. Durch eine hirnpathologische Untersuchung im Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg wurde zunächst eine totale Aphasie festgestellt, die sich im weiteren Verlauf in eine expressive Aphasie zurückwandelte. Schon drei Monate nach dem Unfall kam C. in sprachtherapeutische Behandlung, zunächst im Krankenhaus, später in einer Körperbehindertenschule. Als die Verfasserin C. im Frühjahr 1973 kennenlernte, waren die Sprachstörungen noch recht auffällig. Um diese genau zu erfassen, wurde eine gründliche Untersuchung zur Ermittlung des Sprachstatus durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können an dieser Stelle nur kurz zusammengefaßt dargestellt werden.

4.2. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Das wesentliche Symptom einer expressiven Aphasie, der Dysgrammatismus, war bei C. noch vorhanden. Der Satzbau und die Flexion der Wortarten waren noch so fehlerhaft, daß die Sprachstörung als Dysgrammatismus zweiten Grades bezeichnet werden mußte. C. bevorzugte konkrete Begriffe, vorwiegend Substantive. Verben wurden außer im Infinitiv auch schon in der Form des 2. Partizips verwendet. Besonders schlecht beherrschte C. die Artikel. Der aktive wie auch der passive Wortschatz mußte insgesamt als zu gering beurteilt werden. Anzeichen einer amnestischen Aphasie, die durch Wortfindungsschwierigkeiten charakterisiert ist, waren deutlich bemerkbar. Auch Paraphasien* traten noch auf. Die Artikulation war bis auf gelegentliches Wortstammeln unauffällig. Das Sprachverständnis war weitgehend unbeeinträchtigt. Lediglich Sinnzusammenhänge und Begriffe mit übertragener Bedeutung wurden oft nicht verstanden, da bei C. das abstrakte Denken gestört war. Dieser Mangel ist aber nicht als Ausdruck einer rezeptiven Aphasie zu sehen, sondern gilt allgemein als Begleiterscheinung bei Aphasien. Die Symbol-schwäche machte sich bei C. nur im Buchstabenbereich, nicht jedoch im Zahlenraum oder im zeichnerischen Darstellungs- und im Gebärdensbereich bemerkbar.

C's Intelligenzleistungen waren unterdurchschnittlich im Sinne einer Lernbehinderung. Auffällig war die geringe akustische Merkfähigkeit, die für C's Sprachmängel sicherlich mitverantwortlich ist. Sie ist ein Teil der Symptomatik einer allgemeinen Hirnleistungsschwäche, wie die schnelle Ermüdbarkeit, die geringe Ausdauer und die Konzentrationsschwäche, die ebenfalls bei C. beobachtet wurden.

Nach den vorstehenden Angaben handelte es sich bei C. um eine expressiv-amnestische Aphasie im Rückbildungsstadium.

4.3. Arbeitsformen und Hilfsmittel zur Therapie des Dysgrammatismus

Die Sprachtherapie, die sich an die vorangegangene Untersuchung anschloß, fand in einem Zeitraum von etwa 4 Monaten statt. Es wurden 3 bis 5 Sitzungen wöchentlich durchgeführt. Eine Sitzung dauerte ungefähr 20 bis 30 Minuten.

In diesem relativ kurzen Gesamtzeitraum konnten bei der hartnäckigen, teilweise eingeschliffenen fehlerhaften Sprechweise keine deutlichen Besserungen in der Spontansprache erwartet werden. Zwar waren Fortschritte in der Übungssprache zu beobachten, jedoch sollen diese nicht in meßbaren Angaben wie beispielsweise einer Prüfung des erweiterten Wortschatzes wiedergegeben werden, weil der Zeitraum von knapp 4 Monaten für eine deutlich meßbare Verbesserung der sprach-

* Unter Paraphasien versteht man die Verwechslung von Bezeichnungen, die durch Wortklang, Zweck oder Bedeutung mit dem richtigen Wort in Verbindung stehen.

lichen Fähigkeiten dieser Patientin als zu kurz erscheint. Vielmehr werden die angewendeten Maßnahmen in exemplarischen Beispielen dargestellt und ihre spontane Wirkung auf das Kind beschrieben. Auch daraus können Rückschlüsse gezogen werden, inwieweit die gewählten Methoden für eine erfolgreiche Therapie geeignet sind. Der Schwerpunkt der Therapie lag weitgehend auf der Behandlung des Dysgrammatismus. Daneben wurden der Wortschatz erweitert und kleinere Artikulationsschwierigkeiten gebessert. Auf die Behandlung der amnestischen Aphasie soll hier nicht eingegangen werden.

4.3.1. Bild und Schrift

Die oben angegebenen Untersuchungsergebnisse lieferten Anhaltspunkte für den Ansatz der Therapie. Da ferner festgestellt wurde, daß C. ein gutes visuelles Gedächtnis besaß, lag die Möglichkeit nahe, diese visuellen Fähigkeiten zur Sprachförderung auszunutzen und die Therapie mit Hilfe von Bildern, später mit Bildgeschichten, durchzuführen. Daneben sollten Wortkarten mitverwendet werden, wenn auch nur in begrenztem Umfang, da C. nur über geringe Lese- und Schreibfertigkeiten verfügte. Für die folgenden Übungen wurden die Bilder der »Hamburger Bildserie« (Eckel) zerschnitten als Einzelbilder verwendet.

Der erste Satz wurde als Sprachmuster vorgesprochen oder auch vom Kind genannt. In der folgenden Übungsreihe konnte C. nach Vorlage des entsprechenden Tierbildes jeden Satz in Analogie an das vorgegebene Satzschema bilden, zum Beispiel einen durch eine adverbiale Bestimmung erweiterten Satz:

Im Zoo ist ein Zebra. — Im Zoo ist ein Kamel. — Im Zoo ist eine Giraffe.

Auf die Korrektur der Artikel wurde hier noch nicht eingegangen, da es zu diesem Zeitpunkt vor allem auf die richtige Stellung der Satzteile ankam.

Das Verb in der 1. Person der Einzahl wurde durch folgendes Satzschema eingeübt:

Im Garten seh' ich eine Raupe. — Im Garten seh' ich eine Biene.

Durch Vorlegen von zwei gleichen Bildern ergab sich in Wiederholung der Satzergänzung die Bildung der Mehrzahl:

Im Garten seh' ich zwei Rosen. — Im Garten seh' ich zwei Bäume.

Die Darstellung von Tätigkeiten auf den Situationsbildern erlaubte die Bildung von vielen Sätzen, in denen vor allem das Verb gefunden werden mußte.

Der Junge ruft. — Der Hund bellt. — Das Mädchen schläft.

Manchmal boten sich Ergänzungen an, zum Beispiel:

Die Kinder putzen sich die Zähne. — Die Kinder streicheln die Katze. — Der Maler malt die Decke.

Erschwert wurde die Aufgabenstellung dadurch, daß die vorgelegten Bilder anschließend verdeckt wurden und C. die Aufforderung erhielt: »Erzähle, was auf diesem Bild vor sich geht!« Es fehlte nun die visuelle Stütze beim Sprechen des Satzes. Mit Hilfe ihres guten visuellen Gedächtnisses konnte C. mehrere verdeckte Bilder nacheinander beschreiben. Durch die Frage, wo sich die Gegenstände bzw. Personen befänden, ergab sich die Anwendung der Präpositionen und die Möglichkeit, die Dinge zueinander in Beziehung zu setzen, zum Beispiel:

»Wo ist die Hose?« — »Die Hose ist auf dem Stuhl!«

»Wo ist das Mädchen?« — »Das Mädchen ist im Bett!«

Auch die Bildung der Mehrzahl wurde in die Übung einbezogen:

»Wo sind die Schuhe?« — »Die Schuhe sind unter dem Stuhl.«

Die Deklination der Substantive konnte C. noch nicht bewältigen. Es wurde auch nur selten von ihr verlangt, den Satz in der richtigen Fallsetzung zu wiederholen, um sie nicht zu entmutigen. Die Verfasserin sprach den Satz lediglich noch einmal richtig nach.

C. verwendete schon häufig das Verb im 2. Partizip, jedoch meist ohne das dazugehörige Hilfsverb. Besonders schwer fiel ihr die Stellung der zusammengesetzten Zeiten im erweiterten Satz. Beim freien Erzählen über das Einkaufen sagte sie: »Bonbons gekauft.« Sie wurde aufgefordert, den ganzen Satz zu sprechen: »Wir haben Bonbons gekauft.« C. wiederholte: »Wir gekauft Bonbons.« Im Laufe weiterer Sitzungen korrigierte sie diesen Satz in: »Wir gekauft haben Bonbons.« Um die Übung dieser für C. schwierigen Konstruktion zu erleichtern, versuchte die Verfasserin, das Schriftbild des Satzes zu Hilfe zu nehmen. Sie las den Satz »Ich habe Kirschen gekauft« in synthetischer Weise zusammen mit dem Kind. Anschließend schrieb C. den Satz auf einen Papierstreifen ab, jedes Wort in einer anderen Farbe. Das Wort »Kirschen« wurde mit einer Zeichnung illustriert, damit C. sich seinen Sinn besser merken konnte. Nachdem C. den Satz gelesen hatte, erhielt sie den Auftrag, den Satzstreifen in Einzelwörter zu zerschneiden und ihn danach wieder zusammenzufügen. Zum Schluß sollte sie den Satz noch einmal lesen und ihn anschließend auswendig sagen. Diesmal gelang es ihr wesentlich besser.

C. konnte unter mehreren ihr vorgesprochenen Sätzen sofort den syntaktisch falschen herauszufinden. Dies kann als Beweis dafür gelten, daß ihr Verständnis für den richtigen Sprachaufbau erhalten geblieben oder neu entwickelt war. Diese Tatsache erhärtete einerseits die Annahme, daß bei C. eine rezeptive aphasische Störung nicht vorlag, andererseits war dieses syntaktische Verständnis eine bedeutende Hilfe für den weiteren Ausbau der expressiven Sprachleistungen.

Der spezielle Vorteil dieser Methode bestand also darin, daß C. durch das Lesen und Lesen der einzelnen Wörter Zeit zum Überlegen des richtigen Satzaufbaus hatte, während beim spontanen Nachsprechen ihre akustische Gedächtnisschwäche dies verhinderte.

Mit dem obigen Satzschema wurde weiter gearbeitet, indem die Bildkarte »Kirsche« durch andere wie »Äpfel«, »Brot«, »Milch« ausgetauscht wurde. Um die Schwierigkeit zu erhöhen, legte die Verfasserin schließlich nur noch die das Objekt darstellende Bildkarte vor, und C. formulierte ohne weitere Hilfen das Satzmuster dazu. Es konnte beobachtet werden, daß C. sich durch diese Arbeitsform motiviert fühlte. Sowohl das manuelle Tun beim Schreiben und Legen als auch die Erfolgserlebnisse verstärkten ihren Leistungswillen und verbesserten ihr Durchhaltevermögen.

4.3.2. Dialoge und szenische Spiele

Das Ziel der sprachtherapeutischen Bemühungen bei C. in diesem Status war, wie bereits genannt, das Erarbeiten und Einschleifen von Satzmustern. Um C's Interesse an der Mitarbeit zu erhalten, war es nötig, diesen Übungen durch wechselnde Methoden den Anreiz zu erhalten. C's Durchhaltevermögen war nur gering, eine gleichbleibende Übungsform konnte meist nur bis zu einer Dauer von 10 Minuten durchgeführt werden. Dann klagte sie häufig über Müdigkeit, die sich durch Gähnen und Abfall der Konzentration bemerkbar machte. Beim Einsatz eines neuen Hilfsmittel war sie aber bereit, weiterzuarbeiten. Als besonders geeignet erschien das Spiel mit Kasperfiguren, das naturgemäß eine hohe Sprechmotivation für Kinder besitzt. Als Einstieg für den Dialog wählte ich das freie Gespräch, etwa eine Unterhaltung oder eine spontan erfundene Szene. In diesem Spielstadium wurden

etwaige grammatische Fehler der Schülerin noch nicht korrigiert, um die Spontaneität des Dialogs nicht zu unterbrechen. In einer zweiten Phase lenkte ich das Spiel so, daß durch gezielte Fragen wiederum Satzmuster erarbeitet und anschließend durch Analogiebildung automatisiert wurden. Nachdem einfache Satzschema geübt worden waren, bei denen jeweils ein Wort ergänzt werden mußte, folgten Sätze, zu denen der Gegensatz zu suchen war. Zur Verstärkung des Denkanstoßes wurde der »Unsinnssatz« gewählt, um den Widerspruch des Kindes herauszufordern und ihn beim Denk- und Sprechvorgang sinnvoll einzusetzen. Kern, der auf Sinnverkehrungen im muttersprachlichen Unterricht großen Wert legt, sagt: »Der Unsinn erzwingt geradezu eine genaue Überprüfung von Sinngehalt und sprachlichem Ausdruck« (S.9). Er betont, daß das Kind sich mit einer urtümlichen Freude mit solchen Gestaltungsaufgaben beschäftigt.

Ein Beispiel für ein derartiges Zwiegespräch: Seppl (Lehrerin) redet Unsinn, Kasper (Schülerin) weiß es besser:

Seppl: »Im Winter ist es heiß.« — Kasper: »Nein, im Winter ist es kalt.«
Seppl: »Marmelade schmeckt sauer.« — Kasper: »Nein, Marmelade schmeckt süß.«

Im Sinne von Rös/ers »Denksprechen« fanden zu einem späteren Zeitpunkt Übungen statt, bei denen größere Anforderungen an die Denkfähigkeit gestellt wurden. Gleichzeitig wurde das persönliche Fürwort in der 3. Person Einzahl geübt. Beispiel:

Seppl: »Der Hund miaut!« — Kasper: »Nein, er bellt!« Seppl: »Aber wer miaut denn?« — Kasper: »Die Katze miaut!«

Beide Übungen wurden auch mit Rollenwechsel gespielt. Dabei wurde C's Phantasie herausgefordert.

Um das Einprägen von erweiterten Sätzen ging es beim folgenden Spiel: Muschi (Lehrerin) ist ungezogen, Grete (Schülerin) ermahnt sie:

Muschi: »Ich springe aufs Sofa.«
Grete: »Muschi, du darfst nicht aufs Sofa springen!«
Muschi: »Ich zerkratze den Sessel.«
Grete: »Muschi, du darfst nicht den Sessel zerkratzen!«

Auch hier wurden in bestimmten Zeitabständen die Rollen getauscht, wobei C. Sätze fand wie: »Ich mache die Blume kaputt« und »Ich klaue Wurst.«

Eine andere Form von Dialogspielen ohne Verwendung von Handpuppen waren Frage- und Antwortspiele, bei denen wiederum ein bestimmtes »pattern« die Grundlage bildete. Es wurde dabei deutlich, daß C. gerne auf ihren persönlichen Erfahrungsbereich angesprochen werden mochte. Beispiel:

Lehrerin: »Ißt du gerne Fisch?«
Schülerin: »Nein, ich esse nicht gerne Fisch!«
Lehrerin: »Ißt du gerne Schokolade?«
Schülerin: »Ja, ich esse gerne Schokolade.«

Besonders reizvoll wurde die Übung, wenn unsinnige Sätze eingeschoben wurden:

Lehrerin: »Ißt du gerne Holz?«
Schülerin: »Nein, ich esse nicht gerne Holz!«

Ähnlich verlief folgendes Spiel, bei dem die zusammengesetzten Zeiten geübt werden sollten. Erschwert wurde es dadurch, daß C. auch hier die Verneinungsform finden mußte:

Lehrerin: »Hast du gestern ferngesehen?«
Schülerin: »Ja, ich habe gestern ferngesehen.«
Lehrerin: »Hast du gestern gebadet?«
Schülerin: »Nein, ich habe gestern nicht gebadet.«

Bei einem anderen Spiel wurde der Gebrauch von Nebensätzen angebahnt:

Grete (Lehrerin): »Kasper, warum ißt du nicht?«
Kasper (Schülerin): »Weil ich keinen Hunger habe.«
Grete: »Kasper, warum trinkst du nicht?«
Kasper: »Weil ich keinen Durst habe.«

Bei diesen Sätzen mußte sich C. jeweils eine sinnvolle Ergänzung ausdenken, was ihr in der Regel gut gelang.

Eine andere Spielmotivation ergab sich aus der Aufforderung: »Rate, was ich tue.« Während die Lehrerin pantomimisch Tätigkeiten vorführte, versuchte C., diese zu umschreiben. So entstanden Sätze wie:

»Du deckst den Tisch.« — »Du legst die Tischdecke auf.« — »Du stellst die Teller hin.«

In einer späteren Sitzung wurde die Höflichkeitsanrede geübt, deren Verwendung C. noch sehr schwer fiel, z. B.:

»Sie kämmen sich.« — »Sie putzen sich die Zähne.«

Bei all diesen Spielen wurde deutlich, welche stimulierende Wirkung ihnen innewohnt und welche wichtige Rolle die Motivation beim Kind auch im Hinblick auf die Verbesserung der sprachlichen Leistungen spielt. Während der Sprachuntersuchung, bei der C. nur die Aufforderung erhielt: »Sprich den Satz nach«, waren die Resultate weitaus schlechter als beim Sprechen ähnlicher Sätze in der Spielsituation. Sicherlich ist beim Spiel das Emotionale, das sich in der Akzentuierung, in der Satzmelodie und in der Gebärde ausdrückt, für das Einprägen der Satzschema von großer Bedeutung.

4.3.3. Rhythmisch-musikalische Elemente

Die Anwendung rhythmisch-musikalischer Mittel bot eine weitere Möglichkeit, Satzmuster zu festigen. Bei der Untersuchung der sensomotorischen Fähigkeiten war neben anderen das musikalische Gehör und das rhythmische Empfinden geprüft worden. Dabei hatte sich gezeigt, daß C. ein Gefühl für Melodien und Rhythmen besaß und daß sie gern mit Instrumenten umging. Es bot sich also der Versuch an, eine Verknüpfung von Sprache und Melodie herzustellen, d. h. bestimmte Sprechabläufe an Rhythmen und Melodien zu koppeln und sie auf diese Weise einzuschleifen.

Folgende Bedingungen waren erforderlich, um bei der Schülerin gerade am Anfang Erfolgserlebnisse zu vermitteln, die später weitere und schwierigere Übungen ermöglichen konnten:

1. Das Instrument mußte leicht spielbar sein; deshalb wurde das Xylophon gewählt. Die Töne dieses Instruments lassen durch ihr geringes Nachklingen die Sprache besonders deutlich werden. Um C. das Treffen der richtigen Klangstäbe zu erleichtern, wurden die Stäbe herausgelegt, die nicht gebraucht wurden.
2. Die Melodie mußte einprägsam sein und aus wenigen Tönen bestehen.
3. Der Text mußte so ausgewählt werden, daß er leicht verständlich und kindgemäß war. Formal mußten die Sätze sich an das sprachliche Niveau des Kindes anschließen, aber neue Anforderungen stellen.

Da C. leichte Sätze in der Übungssprache keine Schwierigkeiten mehr bereiteten, sollten sich die folgenden Satz schemata auf komplexe Erweiterungen erstrecken. Für diese Zielsetzung bot sich beispielsweise der Kinderreim an:

Morgens früh um sechs
kommt die kleine Hex,
morgens früh um sieben
schabt sie gelbe Rüben.

Der einfach strukturierte Sprechrhythmus erleichterte das Einprägen des Textes, eine zusätzliche Hilfe bildete die Reimform. Zu dieser Satzmelodie paßte das folgende von einer Rufferz abgeleitete Motiv:



Um das Kind mit dem Instrument und den verwendeten Tönen vertraut zu machen, wurden der oben angegebenen Melodie spielerische Übungen mit der Rufferz vorgeschaltet.

Die Verfasserin spielte einfache Rufe, wie C. sollte raten, welches Kind aus ihrer Klasse man damit rufen könnte, z. B. Edeltraut. Anschließend übernahm C. die Rolle des Spielers.



Hierbei konnte die Schlagtechnik verbessert werden, was bei der späteren eigentlichen Übung gestört hätte. Um C. zum Singen und Spielen zu ermutigen, führte die Lehrerin anfangs alle Übungsschritte vor. Der Übungsablauf vollzog sich in 11 Teilschritten:

1. Die Lehrerin spielte die Melodie auf dem Xylophon, die Schülerin hörte zu.
2. Wie 1, aber Lehrerin und Schülerin summten die Melodie mit.
3. Die Schülerin erhielt ebenfalls ein Instrument und spielte zusammen mit der Lehrerin, beide summten dazu.
4. Lehrerin und Schülerin spielten, Lehrerin sang dazu den Text.
5. Lehrerin und Schülerin sangen und spielten gemeinsam.
6. Lehrerin sang und spielte nur sehr leise mit.
7. Beide sprachen gemeinsam den Text, bei den Akzenten »sechs« und »Hex« klatschten beide in die Hände.
8. Beide sprachen gemeinsam den Text, die Lehrerin schlug dazu den Sprechrhythmus auf der Handtrommel.
9. Wie 8, aber die Schülerin spielte den Rhythmus auf der Handtrommel mit.
10. Die Schülerin sprach den Vers allein und wurde von der Lehrerin auf der Handtrommel begleitet.
11. Die Schülerin sprach den Vers allein und ohne Verstärkung.

Diese Reihenfolge darf nur als eine von vielen Möglichkeiten verstanden werden. Der Weg vom Rhythmus über die Melodie zum Sprachtext ist ebenso denkbar. Durch diese Übungsfolge wurde zunächst eine Spracheinheit gebunden an eine Melodie geübt, später nur noch durch den Rhythmus unterstützt und schließlich losgelöst von Melodie und Rhythmus frei gesprochen.

Dieses musikalisch-rhythmische Spiel hatte nicht nur die Aufgabe, die Spracheinheiten einzuprägen. Gleichzeitig konnte durch das selbständige Agieren, durch Einsetzen der Motorik und durch das Tun auf einem anderen, weniger vom Verstand geprägten Gebiet, nämlich dem des Musizierens, ein leicht ermüdbares Kind wieder Kraft und Aufmunterung zur Weiterarbeit erhalten. Deshalb wurde dieses

mit Musik verbundene Üben meist zwischen zwei andersgeartete Arbeitsformen gelegt.

Für diese Methode waren die von *Rösler* und *Geißler* aufgestellten Prinzipien maßgebend (S. 60): »Musik, Spiel und Sprache lösen beschwingende Kräfte der Kinder... Die Rhythmisierung der Sprachmelodie ermöglicht therapeutische Hilfe. Sie drängt Ermüdungserscheinungen und Unlustgefühle bei der Übungsbehandlung zurück.«

In der geschilderten Weise wurde erreicht, daß C. das Satzschema fehlerfrei und fließend sprechen konnte. In der folgenden Therapiestunde sollte das Satzmuster mit neuem Inhalt versehen und dann kontrolliert werden, ob es wirklich schon fest verankert war. Im Anschluß an den zur Wiederholung gesungenen und gespielten Reim legte ich ein Bild von einem Bus vor und fragte: »Wer kommt morgens um acht?« C. antwortete: »Morgens um acht kommt der Bus.« Ähnlich wurden weitere Sätze erarbeitet. Leicht war nun der Wechsel zu dem Satz: »Wer kommt abends um sechs?« — »Abends um sechs kommt mein Vati.« In diesem Übungsabschnitt wurde also versucht, den Anschluß an die Umgangssprache herzustellen, die in den von Melodie und Rhythmus unterstützten Reimen nicht repräsentiert war. In ähnlicher Weise wurden später auch andere Reime erarbeitet.

4.3.4. Bildgeschichten

Um die Verwendung von Bildgeschichten in der Dysgrammatismusbehandlung zu demonstrieren, soll der Verlauf einer entsprechenden Übungseinheit dargestellt werden. Zugrundegelegt wurde eine Bildgeschichte aus dem Buch »Wir sprechen mit Bildern« (*Thorwarth*). Diese wurde aber nicht als Ganzes, sondern in Einzelbildern angeboten, da auf diese Weise vielfältigere Arbeitsformen möglich wurden.

Inhalt der verwendeten Bildgeschichte:

- Bild 1. Ein Junge steht vor einem Vogelkäfig und öffnet die Tür. Im Käfig sitzt ein Vogel auf einem Ast.
- Bild 2. Der Vogel fliegt heraus. Der Junge schaut erschrocken zu.
- Bild 3. Der Junge versucht, den Vogel zu fangen. Er steht auf einem Hocker, um den Vogel zu greifen. Dieser sitzt auf dem Gardinenbrett.
- Bild 4. Der Hocker fällt um, der Junge will sich an der Gardine festhalten. Inzwischen fliegt der Vogel weg.
- Bild 5. Der Junge ist zu Boden gefallen und hat das Gardinenbrett heruntergerissen. Der Vogel fliegt zum Käfig zurück.
- Bild 6. Der Vogel sitzt wieder im Käfig. Der Junge hat die Tür des Käfigs geschlossen.

C's Reaktion ließ erkennen, daß ihre Phantasie durch die Bildgeschichte zweifellos angeregt wurde, wenn auch teilweise Denkanstöße von der Therapeutin erforderlich waren. C. bemühte sich, die Geschichte logisch aufzubauen und den Gang der Handlung in einfachen Sätzen wiederzugeben. Der Aufbau der meisten Sätze war syntaktisch richtig. Bezüglich der Grammatik dagegen bestanden noch verschiedene Unsicherheiten. Dennoch muß hervorgehoben werden, daß Syntax und Flexion hier im Vergleich zur Spontansprache wesentlich besser gebildet wurden. Teilweise wurde die zusammengesetzte Zeit richtig gebraucht. Das Ergebnis kann sehr wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, daß während der Beschäftigung mit der Bildgeschichte mehr Zeit zum Formulieren eines Satzes zur Verfügung stand als beim freien Sprechen. Diese Erklärung paßt gut zu der von vielen Aphasiologen geäußerten Meinung, daß die Denkprozesse — und damit auch die sprachlichen Formulierungen — beim Aphasiker langsamer ablaufen als beim gesunden Menschen.

Verlaufsprotokoll

Verhalten des Therapeuten	Therapeutisches Ziel	Reaktion des Kindes
1. C. erhält das 1. Bild mit der Aufforderung: »Erzähle zu dem Bild!«	Die bildliche Darstellung soll in die Spontansprache umgesetzt werden.	»Der Junge macht den Käfig auf.« »Der Vogel ist im Käfig.«
2. Frage: »Warum öffnet der Junge den Käfig wohl?« »Was wird der Vogel vielleicht tun?«	Die Phantasie des Kindes soll angeregt werden. Es werden eigene, vom Bild unabhängige Gedankenabläufe in Sprache übergeführt.	»Der Junge will den Vogel haben!« »Der Vogel fliegt weg.«
3. C. erhält das 2. und 3. Bild. Frage: »Kannst du die Bilder so ordnen, wie die Geschichte weitergeht?«	Das logische Zuordnen wird geübt. Im Erkennen des Handlungsablaufes soll die innere Sprache angeregt werden. Geschehnisse sollen sprachlich formuliert werden.	C. ordnet die Bilder in richtiger Reihenfolge. »Der Vogel fliegt 'raus. Der Junge macht den Mund so.« Sie öffnet dabei den Mund.
4. Die Therapeutin formuliert den Begriff »erschrocken«: »Der Junge ist erschrocken. Mach doch mal vor, wie das aussieht. — Vielleicht ruft der Junge etwas?«	Durch Gestik und Gebärde wird die sprachliche Äußerung unterstützt. Anregung der Phantasie.	C. hebt die Arme und öffnet erschrocken den Mund, »Der Junge ruft: »Nein, nicht wegfliegen!«
5. Bild 3 wird genauer betrachtet. Die Therapeutin gibt Denkanstöße, indem sie mit dem Finger auf Einzelteile des Bildes zeigt.	Schulung der genauen Beobachtung. Sprachliche Umsetzung der Bildteile.	»Der Junge steht auf'm Stuhl.« »Der Vogel sitzt im Fenster.«
6. Das Satzmuster »Der Vogel sitzt auf dem Gardinenbrett« wird gegeben. Dabei wird das für C. schwierige Wort »Gardinenbrett« isoliert geübt, indem es in Silben zerlegt und durch Klopfen auf dem Tisch akzentuiert gesprochen wird. Frage: »Wo könnte der Vogel sonst noch sitzen?«	Wortschatzerweiterung und Sprechübung. Das gegebene Satzmuster soll von dem Kind variiert werden.	»Der Vogel sitzt auf dem Schrank.« »Der Vogel sitzt auf dem Bett.« »Der Vogel sitzt auf dem Waschbecken.«
7. Frage: »Wie kann denn die Geschichte weitergehen?«	Anregung der Phantasie	»Der Vogel fliegt aus'm Fenster, ist weg.«
8. C. erhält die Bilder 4, 5, 6. Frage: »Kannst du sie richtig ordnen und dazu erzählen?«	Wiederum logisches Zuordnen der Bilder. Der Sachzusammenhang soll gefunden und dargestellt werden.	Die Bilder werden schnell und richtig geordnet.
9. Die Bilder 4, 5 und 6 werden ähnlich wie bei Bild 1 im einzelnen betrachtet und besprochen.		

Lediglich den erschrockenen Ausdruck des Jungen vermochte C. aus der bildlichen Darstellung nicht zu deuten. Erst nachdem ihr der Begriff erklärt wurde, konnte sie die Übertragung vollziehen. An diesem Beispiel wird die Symbolschwäche der Schülerin deutlich.

In der folgenden Sitzung wurde mit der gleichen Bildgeschichte weitergearbeitet:

1. Die Bilder wurden von C. noch einmal in die richtige Reihenfolge gebracht. Danach sollte sie die Geschichte im Zusammenhang erzählen.
2. Grammatikalische Fehler, die in der letzten Sitzung aufgetreten waren, wurden aufgegriffen und an Beispielen geübt.
3. Um die »innere« Sprache zu entwickeln, sollten aus der Bildgeschichte Begriffe in Form eines Rätsels gefunden werden, z. B. »Das Ding ist lang und schmal, es ist etwas daran befestigt, es ist aus Holz.« C. riet richtig: »Das Gardinenbrett.« Sie selbst stellte folgendes Rätsel: »Es ist klein, es fliegt, es ist gelb.« Gemeint war der Kanarienvogel.
4. Gleichzeitig mit der Übung der Satzbildung sollte der Wortschatz erweitert werden, z. B. wurde der Unterschied zwischen Hocker und Stuhl geklärt. Ferner wurde C. dazu angehalten, sich die Bilder in allen Einzelheiten genau anzusehen und die dargestellten Gegenstände und Vorgänge sprachlich möglichst treffend wiederzugeben. Sie wurde z. B. aufgefordert, zu sagen, was der Junge auf den einzelnen Bildern tut: er steht, er öffnet, er greift, er hält sich fest, er fällt, er guckt. Die nicht gefundenen Wörter wie »greift« und »hält sich fest« wurden zusammen mit der Schülerin spielerisch dargestellt und so inhaltlich geklärt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß einem sprachgestörten Kind der Vorgang der Sprachbildung durch Verwendung einer Bildgeschichte wesentlich erleichtert wird. Durch die dargestellten Gegenstände und ihre jeweilige Zuordnung auf den einzelnen Bildern wird die Begriffsbildung unterstützt. Der Zusammenhang der Bildfolge liefert dem Kind Denkanstöße zur Entschlüsselung des inhaltlichen Geschehens und seiner sprachlichen Umsetzung. Mit Hilfe der Bilder wird das Kind zu kontinuierlichem Erzählen angehalten. Auf diese Weise kann es sich leichter auf einen syntaktisch und grammatikalisch richtigen Satzbau konzentrieren.

4.3.5. Kassetten-Recorder

Als zusätzliche Übungs- und Kontrollgeräte bei der Sprachtherapie haben sich der »Language-Master« und der »Sprach-Studien-Recorder« bewährt (vgl. S. 5). Leider standen mir diese Geräte nicht zur Verfügung. Da ich ihre Eigenschaften und Verwendungsmöglichkeiten wenigstens teilweise erproben wollte, wählte ich an ihrer Stelle den technisch ähnlichen Kassetten-Recorder.

C. war noch nicht zu einer selbständigen Arbeitsweise fähig, deshalb konnte man sie mit dem Gerät und einem vorgesprochenen Lernprogramm nicht allein üben lassen. Sie brauchte immer die persönliche Mitarbeit der Therapeutin. Unter ihrer Anleitung mochte C. jedoch recht gern mit dem Kassetten-Recorder arbeiten. Beim Üben eines Satzschemas konnte das Gerät zur bewußten Kontrolle ihrer jeweiligen Sprachleistung benutzt werden. Diese Hörerziehung ist eine ganz wesentliche Voraussetzung der Dysgrammatismusbehandlung; denn wenn das Kind nicht dem Vorgesprochenen und der Eigensprache bewußt Aufmerksamkeit zuwendet, ist eine Entwicklung des Sprachgefühls unmöglich.

Ein Beispiel soll die Art der Kontrolle durch den Kassetten-Recorder deutlich machen: Beim Üben von Sätzen zu einer Bildgeschichte formulierte C. folgenden Satz: »Der Junge ist gelaufen auf Spielplatz.« Dieser Satz war aufgenommen wor-

den und wurde ihr nun vorgespielt mit der Aufforderung: »Hör dir den Satz noch einmal an!« C. verbesserte spontan »Der Junge ist auf Spielplatz gelaufen.« (Der fehlende Artikel wurde an dieser Stelle noch nicht korrigiert.)

Ein gut gesprochenes Satzmuster wie: »Heute morgen habe ich mir die Zähne geputzt«, wurde ebenfalls auf Band gesprochen, abgehört und dazu analoge Sätze gebildet, wie: »Heute morgen habe ich mir das Gesicht gewaschen« usw. Bei fehlerhafter Satzbildung wurde der Mustersatz wieder zur Kontrolle vorgespielt. Das Abhören ihres selbst gesprochenen richtigen Satzes hob C's Selbstgefühl.

Auch zum Korrigieren eines für C. schwierigen längeren Wortes war der Einsatz des Recorders von Nutzen. Durch die Faszination, die eigene Stimme zu hören, war C. offensichtlich bereit, genauer zuzuhören. Allgemein wird an der Arbeit mit Tonbandgeräten (vgl. *Blankenheim* und *Gillen*) als positiv hervorgehoben, daß die Sprechfreudigkeit der Kinder durch die Beschäftigung mit dem technischen Gerät verstärkt wird. Dieser Gesichtspunkt war bei C. von nicht so großer Bedeutung, weil sie in den Therapiestunden stets mitteilend und sprechfreudig war. Er kann aber bei vielen dysgrammatischen Kindern sehr wichtig sein. Wie *Zuckrigl* bemerkt, ist es die erste und wichtigste Aufgabe der Dysgrammatikerbehandlung, den Redetrieb zu wecken und aufrechtzuerhalten.

Wenn nach einer andersgearteten Übung C's Konzentration schon erschöpft war, konnte sie durch die Arbeit mit dem Recorder wieder angeregt werden. Das Umgehen mit dem Apparat, den sie unter meiner Aufsicht selbst bedienen durfte, weckte ihr Interesse.

Der Übungszeitraum mit dem Kassetten-Recorder erstreckte sich im allgemeinen auf 10 bis 15 Minuten. Auch wurde das Gerät nicht in jeder Sitzung eingesetzt, um C's Interesse an dieser Arbeitsform zu erhalten. Es zeigte sich, daß durch die Arbeit mit dem Kassetten-Recorder die Aufmerksamkeit des Kindes für akustische Ereignisse erhöht und die Sprechmotivation verstärkt wurden. Dadurch ergaben sich Möglichkeiten zur Verlängerung der Konzentrationsspanne sowie zur Intensivierung der Sprechaktivität.

Die hier dargestellten Methoden hatten, wie gezeigt wurde, einen positiven Einfluß auf die sprachliche Entwicklung von Cornelia M. Ein wesentliches Moment war auch der häufige Wechsel der Maßnahmen, so daß die rasch eintretende Ermüdung des Kindes aufgefangen wurde. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt war der, daß die Übungen so dosiert wurden, daß sie vom Kinde bewältigt werden konnten. Das Entstehen von Fehlleistungen sollte so weit wie möglich verhindert werden. Wie der erwachsene Aphasiker merkt auch das Kind sehr gut, wenn es den Anforderungen des Therapeuten nicht genügt und reagiert dann oft mit Trotzreaktionen oder wird sprechscheu, was unter allen Umständen vermieden werden muß.

Die wenn auch nur sehr langsam erfolgten Fortschritte in der Sprachleistung — insbesondere in der Besserung des Dysgrammatismus — lassen hoffen, daß C. ihn einmal ganz überwinden wird. Ihre Rehabilitation wird zu einem großen Teil vom Verlauf und von der Intensität der weiteren Sprachtherapie abhängen. Auch im schulischen Bereich kann eine Reihe von Maßnahmen ergriffen werden, um die sprachtherapeutischen Bemühungen zu unterstützen. Dazu gehören unter anderem die vom Lehrer gelenkte Einbeziehung des Kindes in das freie und gebundene Klassengespräch, das gezielte Lesetraining, die Heranführung an die Bereiche des deutschen Sprachunterrichts und nicht zuletzt die lebendige Begegnung mit der Sachwelt. Bei allen Unterrichtsmaßnahmen sollte der Lehrer jedoch darauf achten, daß der jeweilige Sprachstatus nicht durch inadäquate Anforderungen gefährdet

wird. Eine behutsame Arbeit in »kleinsten Schritten« ist auch hier von großer Wichtigkeit.

5. Zusammenfassung

In dem vorliegenden Bericht wurden die besondere Problematik der Aphasie im Kindesalter betrachtet, ihre Symptomatik und verschiedene Ansichten über Rehabilitationsmöglichkeiten sowie Gesichtspunkte der Sprachtherapie aufgezeigt. Von den unterschiedlichen Schweregraden der expressiven Aphasie und den damit zusammenhängenden Stufen der Sprachbehandlung wurde nur die Spätphase der expressiven Aphasie berücksichtigt, in der die Behandlung des Dysgrammatismus im Vordergrund steht. Hier ist die Verwendung von Bild und Schrift, insbesondere aber die Bildgeschichte von Bedeutung. Mit Erfolg konnten auch musikalische Mittel zur Sprachbildung benutzt werden. Ihr Einsatz ist aber vom Interesse und von der musikalisch-rhythmischen Begabung des Kindes abhängig. Besonders anregend in bezug auf Sprachbildung und Sprechmotivation hat sich die Verwendung von Dialogen und szenischen Spielen gezeigt. Der Einsatz technischer Hilfsmittel wie Language-Master und Sprach-Studien-Recorder hängt vom Alter des Kindes und seiner Fähigkeit zum selbständigen Arbeiten ab. Diese Geräte werden kaum ohne Mitarbeit des Therapeuten verwendet werden können, sie stellen aber eine wertvolle Bereicherung zu den anderen Maßnahmen dar, weil sie die Eigenkontrolle der sprachlichen Äußerungen ermöglichen. Wenn auf die Hilfe der genannten Geräte nicht zurückgegriffen werden kann, so leistet ein einfacher Kassetten-Recorder, wie beschrieben wurde, ähnlich wertvolle Dienste.

Abschließend kann festgestellt werden, daß es empfehlenswert ist, mit möglichst vielseitigen Methoden und Hilfsmitteln an die Behandlung der Aphasie heranzugehen. Sicherlich muß man häufig, wie *Gottschick* meint, nach dem Prinzip »trial and error« vorgehen und mit Hilfe möglichst verschiedener Verfahren herauszufinden versuchen, welche Methoden im Einzelfall die größten Fortschritte erzielen.

Literatur

- Arnold, G. und Luchsinger, R.: Die Sprache und Störungen, Wien 1970³
Blankenheim, H. und Gillen, G.: Möglichkeiten einer gezielten Dysgrammatiker-Therapie im Sprachlabor. Die Sprachheilarbeit 18 (1973), S. 13—17.
Böhme, G.: Störungen der Sprache, der Stimme und des Gehörs durch frühkindliche Hirnschädigungen. Jena 1966.
Braun, R.: Vorschläge zur Therapie von Aphasien. Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. (Hrsg.). Hamburg 1973.
Eckel, W.: Hamburger Bildserie zur Sprachförderung. Köln 1973⁴.
Goldstein, K.: Language and Language Disturbances. New York 1960³.
Gottschick, J.: Hirnpathologie, Heilpädagogik und Rehabilitation. In: Sprachheilpädagogik und hirnpathologische Probleme bei der Rehabilitation von Hirn- und Sprachgeschädigten. Tagungsbericht der Arbeitsgem. für Sprachheilpädagogik. Hamburg 1967.
Grewel, F.: Differential-Diagnose zwischen verspäteter Entwicklung der Sprachbenutzung und des Sprechens. Unveröffentlichtes Manuskript o. J.
Kainz, F.: Psychologie der Sprache, Bd. II, Stuttgart 1969².
Kern, A.: Muttersprache — Mutterlaut. Freiburg 1958².
Lang, H.: Grundlegende Gesichtspunkte für die Behandlung aphasischer Sprachstörungen. Die Sprachheilarbeit 14 (1969), S. 54—61.
Lang, H.: Der Sprach-Studien-Recorder. In: Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 46—50.
Lebrun, Y.: Die Behandlung der Aphasien in Belgien. In: Leischner, A. (Hrsg.): Die Rehabilitation der Aphasie in den romanischen Ländern nebst Beiträgen zur Aphasieforschung. Stuttgart 1970.

- Leischner, A.: Aphasiefragen unter Berücksichtigung sprachheilpädagogischer Aspekte. In: Tagungsbericht der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.). Hamburg 1967.
- Leites, K.: Programmierung in Unterricht und Therapie Sprach- und Hörgeschädigter. In: Die Sprachheilarbeit 13 (1968), S. 245—249.
- Lhermitte, R.: Die Tätigkeit eines Rehabilitationszentrums. In: Leischner, A. (Hrsg.): Die Rehabilitation der Aphasie in den romanischen Ländern nebst Beiträgen zur Aphasieforschung. Stuttgart 1970.
- Rambatz, K.: Ein Fall von kindlicher Dysphasie nach traumatischer Hirnverletzung. Unveröffentlichte Semesterarbeit. Hamburg 1973.
- Rösler, A. und Geißler, E.: Die fröhliche Sprechschule. Berlin 1964.
- Ruge, H.: Neue Aphasie-Therapie mit dem Language-Master. In: Die Sprachheilarbeit 11 (1966), S. 208—211.
- Ruge, H.: Berufliche Rehabilitation aphasisch betroffener Schwersthirnbeschädigter. In: Die Sprachheilarbeit 14 (1969), S. 15—21.
- Ruge, H.: Aphasie-Forschung und Aphasie-Therapie in den USA. In: Die Sprachheilarbeit 15 (1970), S. 33—38.
- Ruge, H.: Erfahrungen mit einer programmierten Sprachtherapie bei Schwersthirnbeschädigten. In: Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 37—45.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern, Halle 1959.
- Sollberg, G.: Aphasie im Lichte moderner Forschung. In: Sprachheilpädagogik und hirnpathologische Probleme bei der Rehabilitation von Hirn- und Sprachgeschädigten. Tagungsbericht der Arbeitsgem. für Sprachheilpädagogik (Hrsg.). Hamburg 1967.
- Staps, H.: Spiele und Übungen zur Sprachbildung. Hamburg, 9. Auflage.
- Thorwarth, H.: Wir sprechen mit Bildern. Hamburg.
- Wepman, J.: Recovery from Aphasia. New York 1951.
- Zuckrigl, A.: Sprachschwächen. Villingen 1964.

Anschrift der Verfasserin:

Käte Rambatz, Studienrätin an Sonderschulen,
Berner Heerweg 40, 2000 Hamburg 72.



**LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND**

**Rheinische Landesschule
für Körperbehinderte
Frechen-Königsdorf**

sucht

Logopädin

— Vergütung nach BAT —

Gewährt werden alle sozialen
Leistungen des öffentlichen Dienstes,
13 Monatsgehälter, 5-Tage-Woche.

Bewerbungen werden erbeten an:

**Direktor des Landschaftsverbandes
Rheinland**

Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21

Telefonische Auskunft:

(02 21) 82 83 27 03 oder 82 83 25 49

Wegen der Erweiterung der Sprach-
heilarbeit mit Kindern im Vorschulalter
in unserer Sprachheil- und Kindertages-
stätte in Bremerhaven suchen wir
zum jederzeitigen Eintritt

**zwei
Sprachtherapeutinnen
oder Logopädinnen**

Vergütung nach BAT entsprechend der
Berufsjahre, Ortsklasse S, zusätzliche
Altersversorgung.

Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir
beihilflich, Umzugshilfe wird gewährt.

Bewerbungen sind zu richten an

Arbeiterwohlfahrt

Waldemar-Becké-Platz 9, 2850 Bremer-
haven, Telefon (04 71) 41 23 42.

Zur objektiven Registrierung und Kennzeichnung des Stotterns

1. Vorbemerkung

Erhebungsverfahren, die den gestörten Redefluß bei Stotternden quantitativ und qualitativ möglichst objektiv registrieren und kennzeichnen, sind problematisch und stoßen auf erhebliche Schwierigkeiten, wie entsprechende Ansätze und Versuche in der einschlägigen Fachliteratur deutlich erkennen lassen. Vgl. Barber (1940), Brady (1961), Wohl (1968), Wendlandt (1972). Eine Bestandsaufnahme der Stottersymptomatik vor und nach der Behandlung sowie laufende Therapiekontrollen sind jedoch unumgänglich, um Veränderungsprozesse im Sprechverhalten und therapeutische Effektivitäten zu registrieren, zu bewerten und kritisch zu beurteilen. »Prä-, Inter- und Postcontrols« mit gleichen Erhebungs- und Berechnungsverfahren entsprechen der Methode der Wahl, damit durch Vergleichsanalysen der Resultate relativ schlüssig über Therapieerfolg oder Resistenz entschieden werden kann.

2. Quantitative und qualitative Auswertungsverfahren in gegenseitiger Ergänzung

Zur Beschreibung, objektiven Registrierung sowie zur verstehenden Analyse von Erfahrungen bieten sich nach Habermas (1967, 8) zwei unterschiedliche methodische Zugriffsweisen an: Die nomothetische (naturwissenschaftliche) und die historisch-hermeneutische (geisteswissenschaftliche) Betrachtungsweise. Zur Registrierung und Kennzeichnung der Stottersymptomatik sowie der Effektivität einer Behandlungsmethode genügt nicht nur die Anwendung einer quantifizierenden naturwissenschaftlichen Zugriffsweise. Damit beschränkte sich das Erhebungsverfahren lediglich auf das Auszählen der Stottersymptome bezogen auf eine bestimmte Zeiteinheit, beispielsweise innerhalb des Behandlungszeitraumes vor, während und nach der Therapie. Beim Erhebungsverfahren ist vielmehr zusätzlich der Stotterer als Individuum zu berücksichtigen, das einer speziellen Methode ausgesetzt ist, so daß neben den quantifizierenden Aussagen über einen Therapieerfolg hinsichtlich der Registrierung der Stottersymptome gleichermaßen wichtig die pädagogischen Fragen stehen nach den individuellen psychischen Reaktionen des Stotternden auf die angewandte therapeutische Methode: Welche individuellen Lernprobleme ergeben sich für den Probanden? Auf welche Weise bewältigt er sie? Vermag sich der Patient auf Sicht mit der Behandlungsmethode zu identifizieren? Diese Aspekte innerhalb einer Therapiekontrolle verweisen deutlich auf die hermeneutisch-verstehende Zugriffsweise, die bei der Kennzeichnung der Stottersymptomatik bzw. der Effektivität einer Behandlungsmethode die quantifizierenden Aussagen auf naturwissenschaftlicher Basis notwendig ergänzt im Interesse einer vollständigen Darstellung eines Behandlungsstadiums.

Einführendes Verstehen im Sinne der hermeneutischen Methode umfaßt sowohl den unmittelbaren Verstehensakt als auch die erkennende Darstellung eines Zusammenhanges. Nach Spranger (1960, 18 f.) heißt Verstehen, »geistige Zusammenhänge in der Form objektiv gültiger Erkenntnis als sinnvoll aufzufassen. Verstehen ist nicht gleichbedeutend mit einem getreu abbildenden Nacherleben des subjektiven Seins, Erleben und Verhalten einer Einzelseele. Zum echten Verstehen ist ein über den Standpunkt des unmittelbaren Lebensbewußtseins hinausgehendes Wissen um objektiv-geistige Zusammenhänge verschiedener Art erforder-

lich.« Wenn es sich »nicht um die Darstellung einer ‚Objekt‘-, sondern einer ‚Erlebniswelt‘ handelt, verschließt sich das Wesentliche dem naturwissenschaftlich erkennenden Zugriff, es bleibt nur dem geisteswissenschaftlich verstehenden Mitvollzug zugänglich, so daß die von uns zu beschreibenden Erlebnisfelder zwar dargestellt und interpretiert, aber nicht in derselben Weise wie körperliche Objekte aufgewiesen oder wie abstrakte Erkenntnisse ‚nachgedacht‘ werden können« (Roessler 1962, 190).

Auf diese Weise lassen sich aus sprachsonderpädagogischer Sicht auf dem Gebiet der Stotterertherapie Aussagen von wissenschaftlicher Relevanz treffen, und zwar im Vergleich zu statistischen und quantitativen Aussagen, die, für sich allein gewonnen, kaum pädagogische Kernfragen in der Stotterertherapie erschöpfend zu beantworten vermögen. Alles psychische Geschehen ist nämlich in Maß und Zahl lediglich in seinem phänomenologischen Anteil zu erfassen. Zum einführenden Verstehen und Behandeln eines Stotternden jedoch müssen die experimentell gewonnenen Daten über ihre bloße statistische Darstellung und Quantifizierung hinaus auf ihre pädagogisch anthropologische Bedeutung hin interpretiert werden. Bei der Individualität eines jeden Stotterers und der Komplexität seines Verhaltens muß zu der empirisch phänomenologisch beschreibenden und quantifizierenden Methode das hermeneutisch deutende Verfahren zur Interpretation von Therapieergebnissen ergänzend herangezogen werden. Dadurch erhalten die während der Therapie gewonnenen Daten ihre pädagogische Relevanz.

3. Die Quantifizierung der Stottersymptome

3.1. Der intraindividuelle Sprecherfolgsvergleich

Eine quantitative Darstellung der Stottersymptomatik erfordert eine möglichst objektive Registrierung der Anzahl der Stottersymptome bezogen auf eine bestimmte Zeiteinheit. Um mit Hilfe der quantitativen Darstellung beispielsweise die Effektivität einer Behandlungsmethode nachzuweisen, bedarf es der Auszählung der Stottersymptome nach obigem Verfahren, und zwar einmal zu Behandlungsbeginn bei der Spontansprache des Stotterers und zum anderen nach der Anwendung einer bestimmten, in ihrer Effektivität zu überprüfenden Behandlungsmethode. Dabei läßt sich der behandlungsspezifische Therapieerfolg durch ein Zahlenverhältnis kennzeichnen, das die Anzahl der Stottersymptome bei einer Sprechprobe (1) ohne Einsatz der Therapiemethode in Relation setzt zu der Anzahl der Redestörungen einer Sprechprobe (2) unter Anwendung einer speziellen therapeutischen Maßnahme, so daß sich beispielsweise folgendes Zahlenverhältnis ergibt:

Zahlenverhältnis: Sprechprobe (1), in Relation zu Sprechprobe (2)

Sprechprobe (1)

ohne Anwendung einer
Behandlungsmethode

Anzahl der Stottersymptome: 40

Sprechzeit: 3 Min.

Sprechprobe (2)

unter Anwendung einer bestimmten
Behandlungsmethode

Anzahl der Stottersymptome: 8

Sprechzeit: 3 Min.

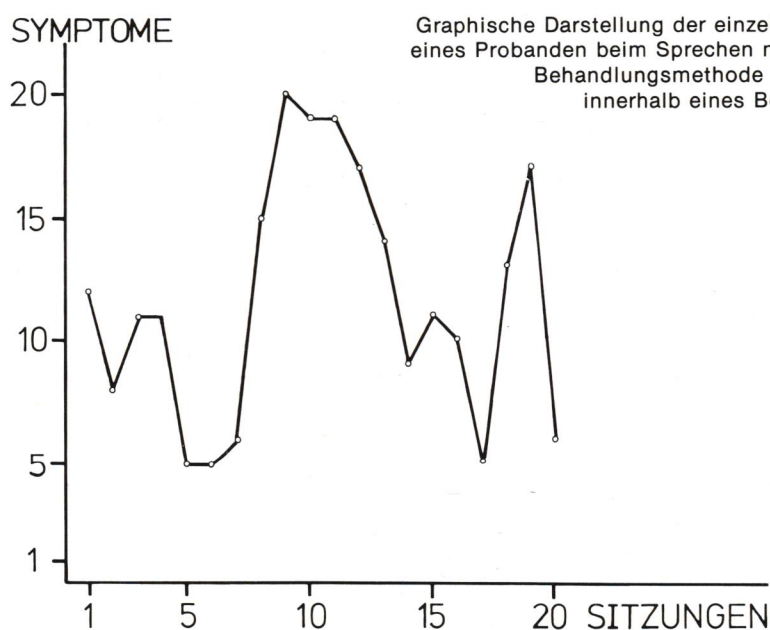
Das sich ergebende Zahlenverhältnis beträgt in diesem Falle 40 : 8.

Die zum Vergleich stehenden Sprechprobentexte (1) und (2) sind hinsichtlich ihrer grammatikalischen, syntaktischen, lexikalischen und inhaltlichen Beschaffenheit sowie in ihren sprechtechnischen Schwierigkeiten gleichwertig.

Ein einziges Zahlenverhältnis obiger Art ist jedoch zur exakten Kennzeichnung des Schweregrades beim Stottern sowie der therapeutischen Effektivität einer Behand-

lungsmethode nicht ausreichend, da die Sprechleistungen eines Probanden nicht konstant sind. Sie schwanken vielmehr von Behandlungssitzung zu Behandlungssitzung unterschiedlich stark, so daß im Interesse einer realitätsgetreuen Darstellung des Sprechers in jeder Behandlungssitzung ein Zahlenverhältnis obiger Art ermittelt werden sollte zur regelmäßigen Kontrolle der Redefertigkeit des Patienten. Dabei bleibt die Sprechprobe (1) mit ihrer Anzahl von Stotterersymptomen für alle zu erstellenden Zahlenverhältnisse immer die gleiche, nämlich jene Probe, die zu Beginn der Behandlung vom Stotternden ohne Anwendung einer therapeutischen Maßnahme in seiner Spontansprache gesprochen wurde und im angeführten Beispiel 40 Stotterersymptome aufweist. Auf sie bezieht sich stets der Wert der Sprechprobe (2), der die von Sitzung zu Sitzung unterschiedliche Anzahl von Stotterersymptomen jeweils repräsentiert. Das bedeutet, daß zur Prüfung der Effektivität einer Therapiemethode alle Sprechverbesserungen des Patienten quantitativ auf die Anzahl der Stotterersymptome der Sprechprobe (1), in diesem Falle 40, bezogen werden.

Darüber hinaus lassen sich die Sprechleistungsschwankungen beim Stotternden während der gesamten therapeutischen Sitzungen im Rahmen einer Effektivitätsprüfung in einem Koordinatensystem graphisch darstellen, um ein übersichtliches und einprägsames Bild von der Wirksamkeit einer Behandlungsart hinsichtlich eines speziellen Patienten zu erhalten. Die nachstehende Graphik verdeutlicht diesen Vorschlag. Auf der Ordinate ist die Anzahl der Stotterersymptome aufgetragen und auf der Abszisse die Anzahl der Sitzungen. Der graphischen Darstellung läßt sich somit entnehmen, daß der redegestörte Patient beim Sprechen nach einer bestimmten Therapiemethode beispielsweise in der ersten Sitzung 12 Redestörungen aufweist, während er in der zehnten Sitzung 19 Symptome zeigt. Bezogen auf den Ausgangswert der Sprechprobe (1) — in unserem Beispiel 40 Stotterersymptome — weist der Proband in der ersten therapeutischen Sitzung einen größeren Sprecherfolg auf als in der zehnten.



Graphische Darstellung der einzelnen Sprechleistungen eines Probanden beim Sprechen nach einer bestimmten Behandlungsmethode während 20 Sitzungen innerhalb eines Behandlungszeitraumes von 150 Tagen.

Wie aufgezeigt wurde, läßt sich mit Hilfe obiger Verfahren der Behandlungsverlauf beim Patienten hinsichtlich der Reduzierung der Stotterersymptomatik zweckmäßig erfassen. Ein intraindividueller Sprecherfolgsvergleich von Sitzung zu Sitzung wird auf diese Weise möglich.

3.2. Der interindividuelle Sprecherfolgsvergleich

Um jedoch einen interindividuellen Sprecherfolgsvergleich innerhalb einer Gruppe von Stotternden durchzuführen, bedarf es einer zusätzlichen verfahrenstechnischen Maßnahme. Die einzelnen Sprechleistungen der Patienten einer Gruppe sind pro Proband und Sitzung mit Prädikaten von »sehr gut«, »gut« über »befriedigend« und »ausreichend« bis »mangelhaft« zu bewerten. Für einen interindividuellen Erfolgs- und Effektivitätsausgleich ist eine Prädikatsgebung nämlich erforderlich, da eine relative Sprechverbesserung von beispielsweise zehn Stotterersymptomen bezogen auf eine Sprechzeit von drei Minuten bei einem Stotternden mit 40 Ausgangssymptomen einen anderen Aussagewert besitzt als die numerisch gleiche Sprechverbesserung bei einem Patienten mit nur 22 Ausgangssymptomen.

Zur bestmöglichen Objektivierung der Sprecherfolgsbeurteilung durch Prädikate im Rahmen eines interindividuellen Vergleichs sind die Prädikate auf die Sprechprobe (1), d. h. auf die Sprechleistung eines Probanden ohne Anwendung einer therapeutischen Maßnahme zu Beginn der Behandlung wie folgt bezogen: Dem Prädikat »mangelhaft« wird die Anzahl der Stotterersymptome bei der Sprechprobe (1) zugeordnet. Diese zeigt die massive Stotterersymptomatik der »normalen« Sprechweise des Patienten und wird in ihrem Zahlenwert allen späteren Sprechverbesserungen als Bezugsgröße zugrundegelegt. Das bedeutet, daß alle späteren Sprechverbesserungen des Patienten bei Anwendung einer Behandlungsmethode quantitativ auf diesen Ausgangswert bezogen sind.

Beispielsweise entsprechen bei einem bestimmten Probanden 40 Stotterersymptome dem Prädikat »mangelhaft«. Die Zahlenwerte für die prädikativen Bewertungen »sehr gut«, »gut«, »befriedigend« und »ausreichend« ergeben sich dann aus einer gleichmäßigen Verteilung der 40 Punkte auf fünf einzelne Bewertungsklassen. Es entsteht damit nachstehende Intervallskala mit je acht Punkten pro Intervall als Beurteilungsmaßstab für die unterschiedlichen Sprechleistungen während der einzelnen therapeutischen Sitzungen. Somit wird für jeden einzelnen Probanden eine individuelle Bewertungsskala erstellt.

Individuelle Bewertungsskala für obiges Beispiel

Sprechprobe (1): Anzahl der Stotterersymptome ohne Anwendung einer Behandlungsmethode = 40.

Klassenintervallmaß = 8 (ggf. auf- oder abgerundet).

<u>Intervallklassen</u>	<u>Klassifizierung</u>
Anzahl der Symptome (n)	Prädikative Bewertung (Klassen)
1— 8	I
9—16	II
17—24	III
25—32	IV
33—40 und mehr	V

Die einzelnen Klassen unterscheiden sich voneinander qualitativ wie folgt:

- I = sehr gute, symptomfreie oder relativ symptomfreie Sprechleistung
- II = gute, symptomfreie Sprechleistung
- III = befriedigende, hörbar symptomreduzierte Sprechleistung
- IV = ausreichende, nur schwach symptomreduzierte Sprechleistung
- V = mangelhafte, unverändert symptomreiche Sprechleistung

Eine völlig symptomfreie Sprechleistung (0 Symptome) wird selbstverständlich der Klasse I zugeordnet.

Weist eine Prüfung des Probanden beispielsweise in der fünften therapeutischen Sitzung 20 Stottersymptome auf, so wird die Sprechleistung nach obigem Verfahren mit »befriedigend« (Klasse III) bewertet. Bei einem Probanden, der hingegen 22 Symptome bei der Sprechprobe (1) aufweist, fallen 20 Symptome bei Anwendung einer therapeutischen Maßnahme in die Klasse V der Prädikate und ergeben die Sprecherfolgsbewertung »mangelhaft«. Das zugehörige Intervallmaß beträgt vier.

Indem Zahlenwert und Prädikate auf der Basis einer fünfstufigen Intervallskala, bezogen auf die Anzahl der Stottersymptome bei der Sprechprobe (1) einander zugeordnet werden, erlaubt das obige Verfahren einen interindividuellen Sprecherefolgsvergleich zwischen Teilnehmern einer Therapiegruppe.

Die Anzahl der gesprochenen Silben während einer bestimmten Sprechzeit, beispielsweise von drei Minuten, kann beim Sprechleistungsvergleich unberücksichtigt bleiben. Die Silbenanzahl ist nämlich zur Kennzeichnung der Sprechverbesserung nicht relevant, obgleich der Proband logischerweise bei schnellem Sprechen mehr Silben in einer vorgegebenen Zeiteinheit produziert als bei langsamem Reden. Darüber hinaus kann die Anzahl der Stottersymptome mit steigender Silbenzahl durchaus zunehmen. Jedoch sind diese Zusammenhänge keineswegs zwingend. Vielmehr beweist die Praxis der Stotterertherapie, daß sich hinsichtlich des funktionalen Zusammenhanges zwischen der Anzahl der Symptome und der Anzahl der gesprochenen Silben in Abhängigkeit vom Sprechtempo ein durchaus anderes, ja sogar ein umgekehrtes Verhältnis ergeben kann als logisch angenommen. Der Stotterer vermag nämlich einerseits bei langsamer Sprechweise und entsprechend wenigen produzierten Silben viele Symptome innerhalb einer vorgegebenen Zeiteinheit hervorzubringen und kann andererseits bei schnellem Sprechen mit einer hohen Anzahl artikulierter Silben hingegen nur wenige Stottersymptome zeigen. Demnach ist die Anzahl der Stottersymptome pro Zeiteinheit nicht nur abhängig von der Menge der produzierten Silben, sondern darüber hinaus auch in einem hohen Maße durch unterschiedliche Sprechdispositionen bedingt. Aufgrund des spontanen Wechsels von guten und schlechten Sprechphasen des redegestörten Patienten ist daher eine wechselseitige funktionale Abhängigkeit zwischen der Silbenanzahl pro Zeiteinheit und der Anzahl der beim Sprechen auftretenden Symptome offensichtlich nicht notwendig gegeben. Damit bleibt lediglich die Anzahl der Stottersymptome für die quantitative Beurteilung des Sprecherefolgs relevant.

Ferner läßt sich die Sprechgeschwindigkeit des Stotterers und damit die Anzahl der gesprochenen Silben pro Zeiteinheit durch unterschiedliche Behandlungsmethoden manipulieren. Die Redeweise des Patienten bleibt unter anderem sowohl bei niedrigen als auch bei höheren Taktfrequenzen, nach denen der Proband seinen Redefluß gestaltet, in gleichem Maße symptomarm bzw. symptomfrei. Ähnliches läßt sich beobachten bei der Anwendung der Methode *Gutzmanns* (1924), wobei das Silbendehnen ein langsameres Redetempo erzeugt als beispielsweise die Anwendung der Therapie *Liebmanns* (1918), bei der der Stotternde sein Sprechtempo der durchaus »normal« schnellen Redegeschwindigkeit des Therapeuten anpaßt.

Demzufolge hat die Zahlenangabe der pro Zeiteinheit gesprochenen Silben keinen Aussagewert im Hinblick auf die Kennzeichnung eines Therapieerfolgs.

4. Zur qualitativen Kennzeichnung des Stotterns

Obgleich »zahlreiche Untersuchungen mit projektiven Verfahren keinerlei Nachweis darüber erbringen, daß Stotterer als Gruppe im Vergleich zu Nichtstotternden etwa übermäßig neurotisch wären oder durch eine besondere Persönlichkeitsstruktur oder bestimmte, allen Stotterern gemeinsame Persönlichkeitseigenschaften zu charakterisieren seien« (Knura 1974, 134), erfolgt die qualitative Erfassung des Stotterns auf dem Hintergrund einer ausführlichen Anamnese, um von daher Hinweise zur Erhellung der menschlichen und gesundheitlichen Situation des Patienten zu erhalten. Die qualitative Kennzeichnung des Stotterns umfaßt unter anderem die im speziellen Fall gegebenen sekundären Behinderungen, die mit der Redestörung verbunden sind, z. B. in Form von Kommunikationsstörungen und Integrationsschwierigkeiten sowie Minderwertigkeitsgefühlen einschließlich ihrer Beeinflußbarkeit durch therapeutische Maßnahmen. Ferner gehört zur qualitativen Kennzeichnung der Stottersymptomatik die Angabe der Art der Störungen (klonisch, tonisch) und die Beschreibung der Mitbewegungen im Sinne Gutzmanns, Fröschels, Nadolecznys, und Stockerts (vgl. Seeman 1969, 273 f.). Berücksichtigung finden sollten weiterhin die Arbeitshaltung des Stotterers, sein spezielles Verhältnis zum Therapeuten sowie die spezifische Motivationsgrundlage, auf der die Therapie basiert. Individuelle Schwierigkeiten, die sich für den Patienten während der Behandlung ergeben, sind ebenfalls unerläßliche Bestandteile einer qualitativen Erfassung der Stottersymptomatik.

5. Darstellungsweise der quantitativ und qualitativ ausgewerteten Daten und Fakten einer Therapie

Zur Darstellung von quantitativ und qualitativ ausgewerteten experimentell gewonnenen Daten und Fakten bieten sich grundsätzlich zwei unterschiedliche Möglichkeiten an: Die idealtypische Darstellung und die individuelle Einzelfalldarstellung. Im Rahmen der Erfolgs- und Therapiekontrolle bei Stotternden ist jedoch lediglich die individuelle Einzelfalldarstellung als adäquate Methode angezeigt, da die idealtypische Darstellungsweise nämlich gemeinsame durchgängige Merkmale der Gleichheit oder Verschiedenheit innerhalb der Einzelergebnisse voraussetzt, aufgrund derer sich bestimmte Kriterien abstrahieren lassen für einen immer wiederkehrenden Sachverhalt. Weber (1964), der den »Durchschnittstyp« von der Art »empirisch-statistischer Typen« und den »Idealtypus« erwähnt, stellt fest: »Für die typenbildende wissenschaftliche Betrachtung werden nur alle irrationalen, affektiv bedingten Sinnzusammenhänge des Sichverhaltens, die das Handeln beeinflussen, am überschaubarsten als ‚Ablenkung‘ von einem konstruierten rein zweckrationalen Verlauf desselben erforscht und dargestellt« (Weber, 1964, 5). Obgleich eine idealtypische Darstellung aufgrund von Versuchsergebnissen nicht dem Bild der Wirklichkeit entspricht und von ihrem wissenschaftstheoretischen Ansatz her auch gar nicht der Realität adäquat sein kann, ist sie als gedankliche Konstruktion dennoch von praktischer Bedeutung, da sie Prognosen über mögliche Verhaltensweisen des Stotterers mit den daraus ableitbaren pädagogischen Konsequenzen zuläßt.

Da sich innerhalb der Einzelergebnisse bei Stotternden jedoch keine allgemein durchgängig beobachteten wesentlichen Merkmale finden, läßt sich auch keine idealtypische Darstellung für die gesamten Untersuchungsbefunde einer Stottererguppe konstruieren. Die Therapieresultate der einzelnen Stottererfälle unterschei-

den sich vielmehr erheblich voneinander hinsichtlich ihrer Erfolge, Erfolgsverteilungen, Leistungstendenzen und Einzelproblematiken, so daß eine idealtypische Darstellungsweise von Therapieverlauf und Behandlungsergebnissen nicht möglich ist. Statt dessen ist eine Einzelfallbesprechung durch sogenannte Fallstudien als die gebotene, methodisch exakte Darstellungsform angezeigt. In jeder Einzelfalldarstellung befinden sich neben der quantitativen und qualitativen Auswertung der Behandlungsdaten und -fakten unter anderem eine Anamnese und Situationsanalyse, die den erklärenden Hintergrund und zugleich auch den einschränkenden Rahmen für die Gültigkeit der aufgezeigten Einzelergebnisse bilden.

Der wissenschaftstheoretische Standpunkt, der hier im Interesse einer möglichst objektiven Registrierung und Kennzeichnung des Stotterns eingenommen wird, läßt sich somit abschließend wie folgt darlegen: Die Resultate einer therapeutischen Behandlung bei Stotternden werden nach zwei unterschiedlichen, jedoch einander notwendig ergänzenden methodischen Zugriffsweisen in Form einer Einzelfalldarstellung zusammengestellt, ausgewertet und interpretiert.

1. Während der einzelnen therapeutischen Sitzungen werden unterschiedliche Sprecherfolge erzielt. Diese werden im Rahmen der Einzelfalldarstellung in Zahlenverhältnissen quantitativ erfaßt und phänomenologisch exakt beschrieben.
2. Die während der Therapie gewonnenen Daten und Fakten sind qualitativ auszuwerten und pädagogisch zu interpretieren.

Damit gelangen in einer Einzelfalldarstellung zwei methodisch verschiedene, jedoch sachlich aufeinander bezogene wissenschaftliche Strategien zur Anwendung:

- Die naturwissenschaftlich ausgerichtete Strategie, die der Beschreibung und Quantifizierung der gewonnenen Behandlungsdaten und -fakten dient.
- Die hermeneutische, d. h. die deutend orientierte Strategie, die durch Interpretation und Diskussion der experimentell gewonnenen Daten und Fakten zur Erhellung der menschlichen Situation des Stotternden beiträgt und von daher darüber hinaus individuelle Lösungen einbringt für die spezifischen Probleme bei der Behandlung eines bestimmten Patienten.

Zusammenfassung

Die objektive Registrierung und Kennzeichnung des Stotterns ist problematisch, jedoch unerläßlich für eine Therapie- und Effektivitätskontrolle im Hinblick auf die Anwendung einer bestimmten Behandlungsmethode. Der vorliegende Beitrag bietet eine Verfahrenstechnik an zur quantitativen Erfassung der Stottersymptomatik, und zwar sowohl bei einem intra- als auch interindividuellen Sprechleistungsvergleich. Es wird darüber hinaus auf die Notwendigkeit verwiesen, die quantitativen Aussagen über einen Therapieerfolg durch eine qualitative Erfassung der Stottersymptomatik nach hermeneutisch deutender Methode zu ergänzen im Sinne einer exakten und vollständigen Darstellung eines Behandlungsstadiums. Dabei ist die Einzelfalldarstellung im Rahmen der Stotterertherapie als die wissenschaftlich exakte Darstellungsform angezeigt im Unterschied zur idealtypischen Darstellungsweise von Untersuchungs- und Therapiebefunden einer Stotterergruppe.

Literatur:

- Barber, V.: Studies in the Psychology of Stuttering. In: Journal Speech Disorders 5, S. 29—42.
Brady, J. P.: Metronome-Conditioned Speech Retraining for Stuttering. In: Behavior Therapie 2 (1971), S. 129—150.

- Gutzmann, H.: Sprachheilkunde. Berlin 1924.
 Habermas, J.: Zur Logik der Sozialwissenschaften. Zeitschrift Philosophische Rundschau, Beiheft 5. Tübingen 1967.
 Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat, Gutachten und Studien der Bildungskommission. Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974.
 Liebmann, A.: Vorlesungen über Sprachstörungen. Heft: Die Pathologie und Therapie des Stotterns und Stammelns. Berlin 1924.
 Roessler, W.: Jugend im Erziehungsfeld. Düsseldorf v. J., 1962.
 Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin 1969.
 Spranger, E.: Psychologie des Jugendalters. Heidelberg 1960.
 Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft, 1. Halbband. Köln, Berlin 1964.
 Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin-Charlottenburg 1972.
 Wohl, M. T.: The Electronic Metronome — An Evaluative Study. In: British Journal of Disorders of Communication 3. London 1968, S. 89—98.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. E. Mückenhoff, Sonderschullehrerin, Gartenweg 5, 4600 Dortmund 50.

Umschau und Diskussion

Inzigkofener Gespräche

Zum neunten Mal trafen sich Logopäden, Phoniater, Psychologen, Sprachbehindertenpädagogen und Sprecherzieher Baden-Württembergs zur alljährlichen wissenschaftlichen, interdisziplinären Regionaltagung vom 25. bis 27. März 1977 in Inzigkofen. Das Rahmenthema »Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation« wurde vor allem durch Referate, die zu einem erheblichen Teil empirisch angelegt waren, von Psychologen bestritten, die sich erfreulicherweise zunehmend mit dem Komplex der Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen empirisch und therapeutisch auseinandersetzen.

Die folgenden Themen wurden referiert und diskutiert:

Die Sprache in der Sicht einer anthropologischen Psychologie (Prof. Dr. D. von Uslar, Universität Zürich); Zur Empirie und Therapie der Sprechhängstlichkeit (Dipl.-Psych. R. Kriebel, Universität Marburg); Psychologie, Linguistik und Primärsprachdiagnostik (St. Ass. W. B. Ihssen, PH Esslingen); Konzeption eines Therapieprogramms auf der Diagnostikgrundlage des psycholinguistischen Entwicklungstests (Dipl.-Päd. P. Arnoldy, Schule für Sprachbehinderte, Esslingen und Dipl.-Päd. A. Holtmann, Sprachheil- und Schwerhörigenschule Stuttgart); Kurz- und langfri-

stige Effekte von Benennungshilfen bei Apathikern (Dipl.-Psych. S. Kelter, Universität Konstanz); Medizinische Psychologie im Rahmen der Anthropokommunikation (Prof. Dr. H. Gundermann, Stiftung Rehabilitation Heidelberg); Psychologische Aspekte der phoniatischen Praxis (Dr. I. Stabenow, Städt. Krankenanstalten Ludwigshafen/Rh.); Neuropsychologische Probleme in der Logopädie (Dipl.-Psych. G. Weiss, Reha-Klinik Heidelberg); Verhaltenstherapeutische Strategien bei elektivem Mutismus (Dipl.-Psych. S. Schaller und Dipl.-Psych. A. Schmidtke, Universität Mannheim); Die Bedeutung sozialpsychologischer Aspekte für die Didaktik der Sprachbehindertenschule (Dr. M. Grohnfeldt, PH Reutlingen); Die Elternarbeit in der Kinder-Psychotherapie eines 7jährigen Stotterers (Psychotherapeut D. Kroppenber, EWH Rheinland-Pfalz in Mainz).

Die zehnten »Inzigkofener Gespräche« finden vom 7. bis 9. April 1978 statt. Als Rahmenthema wurde gewählt: Gruppenpädagogik, Gruppendynamik, Gruppentherapie.

Geert Lotzmann

Der Zentralverband für Logopädie

hat einen neuen Bundesvorstand gewählt. 1. Vorsitzende ist Frau Ursula Breuer, Trautenaustraße 11, 1000 Berlin 31.

Bericht über die Sonnenberg-Tagung

vom 23. Mai bis 1. Juni 1977.

Thema: Rehabilitation
der Sprach- und Hörgeschädigten.

An der von Dr. G. Dupuis geleiteten Tagung des Internationalen Arbeitskreises Sonnenberg nahmen Lehrer, Sonderschullehrer, Sprachheilpädagogen, Logopäden und Ärzte aus Österreich, der Schweiz, Ungarn und der Bundesrepublik teil.

Im Laufe der Tagung, die auch einen internationalen Wissens- und Erfahrungsaustausch ermöglichte, wurde immer wieder deutlich, daß die Aufgabe der Eingliederung Sprachbehinderter, Schwerhöriger sowie Gehörloser nur interdisziplinär gelöst werden kann.

Wie eine derartige interdisziplinäre Arbeit aussehen kann, wurde in dem Vortrag von Prof. Dr. *Maneke*, Hannover, deutlich, der ein Gremium vorstellte, das sich aus Fachpädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern, Fachärzten und anderen Mitarbeitern entsprechender Einrichtungen und Dienststellen zusammensetzt. Dieses Gremium hat sich im Jahre 1962 konstituiert und seitdem zunehmend bewährt. Die anschließende Diskussion ließ den Wert einer solchen Zusammenarbeit deutlich werden, auch wenn das Ziel einer möglichst frühzeitigen Diagnose und Behandlung damit noch nicht immer erreicht wird.

Mit einem Bericht über die »Probleme der Kooperation interdisziplinärer Teams in Behinderteneinrichtungen, dargestellt am Beispiel des Sprachheilzentrums der Arbeiterwohlfahrt in Bad Salzdetfurth«, wies Dipl.-Psychologe *H. Oertle* ebenfalls auf die Dringlichkeit einer effektiven Zusammenarbeit von Fachleuten hin. Anhand eines Planspiels auf der Grundlage der Teamkooperation innerhalb der bereits genannten Sprachheileinrichtung wurde im Rahmen der Tagung von einer Arbeitsgruppe versucht, sich mit den Problemen vertraut zu machen, die innerhalb eines interdisziplinären Teams in konkreten Konfliktfällen entstehen können.

Früherfassung und Frühbehandlung war das gemeinsame Anliegen der Vorträge von *U. Rihovsky*, Heidelberg, *K. Gereben*, Budapest, *H. Aschenbrenner*, Wien, sowie Dr. *S. Prillwitz*, Hamburg.

U. Rihovsky, wiss. Assistentin in Hannover, ging in ihren Ausführungen von den Beratungsstellen für hörgeschädigte Kinder in

Baden-Württemberg aus. Darüber hinaus wies sie besonders auf die Bedeutung der Hausspracherziehung und auf den Wert psycholinguistischer Ansätze hin.

K. Gereben berichtete über die Frühbehandlung stotternder Kinder in Budapest. Kinder im Alter von 4–5 Jahren werden dort in Kleingruppen (4–5 Kinder) bei einer Frequenz von mindestens vier Behandlungen pro Woche über einen Zeitraum von einem Jahr intensiv therapiert. Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit dieses Modells sieht Frau Gereben u.a. in einer phoniatischen und psychodiagnostischen Untersuchung, einer Differentialdiagnose zwischen pathologischem und physiologischem Stottern, einer multifaktoriellen Symptomerfassung, gezielter Anamnese. Ziel dieser »intensiven Therapie« ist die Sicherung einer möglichst anhaltenden Symptomfreiheit, wobei der Einbeziehung der Familie, der Förderung des sprachlichen Milieus bei Eltern und Erziehern, sowie der Beeinflussung der psychosozialen Faktoren besondere Beachtung geschenkt wird.

Der Leiter der Wiener Sprachheilschule und Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, *H. Aschenbrenner*, widmete sich in seinem Vortrag »Erkennung und Behandlung von Sprachschwächen« insbesondere den Sprachentwicklungsverzögerungen. In diesem Zusammenhang stellte er eine von ihm entwickelte Lautprüfscheibe sowie Übungsmaterialien vor, die sich in der Stammerbehandlung bewährten.

In seinem Vortrag über die psycholinguistischen Aspekte in der Hörsprachgeschädigtenpädagogik befaßte sich Dr. *S. Prillwitz*, Hamburg, mit einer vergleichenden Funktionsbestimmung von Laut- und Gebärdensprache. Hierbei ging er vor allem auf die immer wiederkehrende Kontroverse zwischen Anhängern und Gegnern der Gebärdensprache ein. Er bekannte sich zur Gebärdensprache, die seiner Meinung nach für die vorschulische (und Gesamt-)Entwicklung des gehörlosen Kindes eingesetzt werden kann und soll. In seinen Ausführungen berief er sich u. a. auf neuere empirische Untersuchungen aus den USA, in denen nachgewiesen wurde, daß die Gebärdensprache den Lautspracherwerb nicht negativ zu beeinflussen braucht und forderte dazu auf, Laut- und Gebärdensprache im Sinne einer »Totalen Kommunikation« zum Vorteil der Gehörlosen miteinander zu verbinden.

Prof. Dr. G. Heese, Zürich, leistete einen Beitrag zur Thematik »Integration Gehörloser«, wobei er den Teilnehmern Gelegenheit bot, die in seinem Referat geschilderten Integrationsmodelle noch während der Tagung mit einem Betroffenen zu diskutieren. In seiner Begleitung befand sich ein 26jähriger Student der Universität Zürich, der seit seinem 1. Lebensjahr gehörlos ist und zu den Gehörlosen gehört, die sich lautsprachlich gut verständigen und gleichzeitig aber auch bei Bedarf mit anderen Gehörlosen über Manualsysteme kommunizieren können.

F. W. Jürgens, Hildesheim, dessen Referat »Probleme der sprachlichen Kommunikation mit Gehörlosen« zum Inhalt hatte, demonstrierte den Teilnehmern dieser Tagung mit Hilfe von Video-Aufzeichnungen zwei der derzeit angewandten Kommunikationshilfen: das Fingeralphabet und die Gebärdensprache. Am Beispiel des Fingeralphabets wies er nach, daß Normalhörende sich die Kommunikationshilfen Gehörloser aneignen können, um auf diese Weise von sich aus einen Beitrag zur Überwindung der sozialen Isolation dieser Gruppe leisten zu können.

H. Claußen, von der Universität Hamburg, und die Rektorin der Sprachbehindertenschule Hannover, Hildegard Schneider, befaßten sich mit der Frage der schulischen Integration Schwerhöriger und Sprachbehinderter. H. Claußen wählte als Schwerpunkt seiner Ausführungen die Integration Schwerhöriger in Regelschulen der Sekundarstufe II und weitete seinen Bericht durch Erfahrungen Schwerhöriger am Arbeitsplatz aus. In seinem Referat wurden die derzeitigen Grenzen der schulischen und beruflichen Integration Schwerhöriger deutlich. So wirkt sich z. B. die »Leistungsschule« oft negativ auf die sozialen Kontakte im Unterricht aus; von »leistungsfähigen« Schülern wird es häufig abgelehnt, mit Schwerhörigen in einer Lerngruppe zusammengefaßt zu werden; sie befürchten, durch diese Gruppe in ihren Leistungen beeinträchtigt zu werden.

Bei den berufstätigen Schwerhörigen sind die sozialen Kontakte zu den nichtbehinderten Kollegen oft weitgehend auf den Arbeitsplatz beschränkt. »Integration« endet dann am Fabrikator bzw. an der Bürotür. Die erwachsenen Schwerhörigen und Ertaubten sollten nach den Worten von H. Claußen selbstbewußter ihre Interessen in der Öffentlichkeit artikulieren und durchsetzen.

Frau Schneider ließ in ihrem Referat deutlich werden, daß die Schule für Sprachbehinderte heute weitgehend zu einer Durchgangsschule geworden ist. In ihrer Schule gibt es in den Vor- und Grundschulklassen bis zu sechs parallele Züge, während vom sechsten Schuljahr an nur noch eine Klasse notwendig ist. Bei einer solchen Entwicklung treten Probleme des Übergangs von den sonderpädagogischen Einrichtungen in die allgemeinen Schulen in den Vordergrund. Die Voraussetzungen, die notwendig sind, damit Sprachbehinderte in diesen Einrichtungen nicht scheitern, müssen z.T. noch erheblich verbessert werden. Dazu gehört z. B. die Mitarbeit von Sprachbehindertenpädagogen in Grund-, Haupt- und Gesamtschulen.

Anschriften:

Waltraud Janssen, Wedemeyerstraße 15, 3000 Hannover 1
Ursula Uthe, Podbielskistraße 31, 3000 Hannover 1

Einladung

Die Arbeiterwohlfahrt veranstaltet anläßlich des 20jährigen Bestehens der Sprachheil-einrichtungen des Bezirksverbandes Weser-Ems vom 17. 11. 77 bis zum 19. 11. 77 eine Arbeitstagung unter dem Thema

Der Sprachbehinderte als Mehrfachbehinderter

im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth bei Hildesheim und lädt zur Teilnahme an dieser Tagung ein.

Interessenten erhalten das Tagungsprogramm sowie eine Anmeldekarte vom Sprachheilzentrum Werscherberg, Postfach 40, 4516 Bissendorf. Die Anmeldung ist kurzfristig erbeten.

Auf der Tagung werden vier Grundsatzreferate und zwölf Arbeitsgruppen angeboten. Je vier Arbeitsgruppen mit unterschiedlicher Themenstellung finden zur gleichen Zeit statt.

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Posteinganges notiert, es wird um Verständnis gebeten, falls bei der teils sehr begrenzten Teilnehmerzahl einzelner Arbeitsgruppen nicht alle Wünsche berücksichtigt werden können. —

Die Quartiersbestellungen sind zu richten an den Verkehrsverein Hildesheim. Das Sprachheilzentrum kann keine Quartiervermittlung übernehmen. Tageskarten zum Preis von DM 25,— bzw. Eintageskarten zum Preis von DM 10,— werden vom 16. 11. bis 19. 11. 77 im Tagungsbüro in der Eingangshalle des Hotels Kronprinz in Bad Salzdetfurth ausgegeben.

Ausschnitt aus den »Mitteilungen des Deutschen Städtetages« Nr. 10 vom 17. 5. 1977

Sprachgestörte Kinder

Zwei Prozent aller schulpflichtigen Kinder leiden unter Sprachstörungen verschiedenster Art. In der Bundesrepublik Deutschland haben 200 000 Schüler Schwierigkeiten mit dem Sprechen. Das Thema wurde in einem Amtsärzte-Lehrgang im »Zentrum für sprechbehinderte Kinder und Jugendliche« des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) eingehend erörtert. Ärzte und Pädagogen stimmten überein, daß die ambulante Sprachtherapie weiter Vorrang haben müsse. Folgende Leitsätze wurden für die Mitarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes erarbeitet.

Sprachbehinderungen sind, im Gegensatz zu den meisten anderen Behinderungen, bei rechtzeitiger Therapie im allgemeinen reparabel. Sie sollten deshalb so frühzeitig wie möglich in ambulanter Form erfolgen und bereits im Vorschulalter einsetzen.

Nur bei schweren Störungen, die durch ambulante Hilfen nicht zu beseitigen sind, ist eine zeitlich begrenzte stationäre Behandlung erforderlich.

Sonder-Grundschulen für Sprachbehinderte sind Durchgangsschulen, aus denen die meisten Kinder spätestens vor Übergang in die Sekundarstufe in die allgemeine Schule wechseln sollten. Nur bei schwersten Schädigungen ist auch in der Sekundarstufe der Besuch einer Sonderschule für Sprachbehinderte vorgesehen.

An Kreise und Städte wird appelliert, die kommunalen Ambulanzen auszubauen und dabei vor allen Dingen Kinder im Vorschulalter stärker zu berücksichtigen. Es muß erreicht werden, daß möglichst viele Kinder die Normal-schule besuchen und während der Therapie bei ihren Eltern wohnen können.

Bei der Tagung wurde darauf hingewiesen, daß das Zusammenwirken aller an der Rehabilitation beteiligten Stellen im Interesse der Kinder verbessert werden muß.

Zur Benachteiligung der Sprachheilpädagogen

gegenüber Logopäden bei der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen.

Ein Diskussionsbeitrag zu Anmerkungen von Herrn Professor Dr. Werner über das Verhältnis von Logopäden und Sprachbehindertenpädagogen. In: »Die Sprachheilarbeit« 22. Jg., H. 2, 1977, S. 61.

Die Tatsache, daß unsere Ausbildung als Sprachbehindertenpädagogen sich unter anderem auch auf den logopädischen Bereich erstreckt, führt zwangsläufig infolge des gegenseitigen Konkurrenzdenkens zu Belastungen in den Beziehungen zwischen Logopäden und Sprachheilpädagogen. Wohl auch aus diesem Grunde versucht der Sprachbehindertenlehrer sich von dem Logopäden immer wieder dahingehend abzuheben, daß sein Tätigkeitsbereich sich hauptsächlich auf Erziehung und Bildung Sprachbehinderter konzentriert.

Leider führt die Betonung seiner pädagogischen Arbeit dazu, daß manche Krankenkassen die Kosten für seine Leistungen nicht übernehmen, denn »... es kann nicht Aufgabe der Krankenkasse sein, pädagogische Maßnahmen zu gewährleisten.« Soweit Dr. von Hartz in der Sitzung des Fachausschusses für Versicherungsrecht am 28. 2. 1977.

In seinem und im Interesse des sprachbehinderten Kindes sollte der Sprachheilpädagoge nicht nur den pädagogischen, sondern auch den medizinisch-psychologischen Aspekt seiner Arbeit und Ausbildung mehr in den Vordergrund stellen, welche unter anderem die Teilgebiete der Kinderpsychologie und -psychiatrie, Phonetik und selbstverständlich die gesamte Sprachpathologie nebst Therapie umfaßt.

C. Tigges-Zuzok,
Diplom- und Fachpädagogin für Sprachgestörte,
Jägerstraße 25, 4300 Essen 1.

TACTRONIC das Therapiemetronom für die Praxis

Endlich ist es da: Das elektronische Taschenmetronom, handlich klein. Praxisgerechte Lautstärke- und Taktfrequenzreglung. Betrieb über Ohrhörer oder Kleinlautsprecher. Speziell entwickelt für die Stottertherapie. Universell anwendbar. Informationen durch:

Friedhelm Matuschat, Am Sparrenberg 4, 4800 Bielefeld 1

Aus der Organisation

Bericht der LG Bayern

Anläßlich einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema »Pädagogische Frühförderung« hielt die Landesgruppe am 14. Mai 1977 ihre ordentliche Mitgliederversammlung ab. Erstmals konnte als Ehrengast ein Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus begrüßt werden: MR A. Brandl. Das Fachreferat hielt Frau K. Korte, MA von der Arbeitsstelle Frühpädagogik am Institut für Sonderpädagogik der Universität München.

Die Neuwahlen brachten folgendes Ergebnis:

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1. Vorsitzender: | Klaus Thierbach, Weiherhof |
| 2. Vorsitzende: | Gundula Lindemann, München |
| Kassenführer: | Manfred Berr, Bad Windsheim |
| Geschäftsführer: | Herbert Freisleben, Wipfeld |

Zuvor gab der 1. Vorsitzende den Tätigkeitsbericht ab, der in drei Schwerpunkte unterteilt war:

1. Die Arbeit nach außen
 2. Die Arbeit innerhalb des Verbandes
 3. Programmpunkte und ihre Verwirklichung
- Die Arbeit nach außen gestaltete sich ebenso umfangreich wie mannigfaltig. Die Vorstandschaft hatte laufend engen Kontakt zum Kultusministerium. Ferner konnten mit allen Bezirksregierungen und den jeweiligen Referenten Kontaktgespräche geführt werden.

Im einzelnen konnten wir zu folgenden Vorhaben Stellungnahmen abgeben:

1. Novellierung der 1. DV,
2. Betreuung sprachbehinderter Kinder in Kindergärten
3. Ausbildung von Sonderschullehrern in der II. Phase
4. Arbeitszeit des Personals für heilpädagogische Unterrichtshilfe
5. Berufsbild des Heilpädagogen an Sprachheilschulen
6. Novellierung des Bayerischen Lehrerbildungsgesetzes von 1974
7. Verlängerung der Schulpflichtzeit
8. Revision der Stundentafel für Sprachbehinderte

In der Regel gingen diesen Stellungnahmen und Eingaben lebhaft Diskussionen in Arbeitskreisen und ad-hoc-Konferenzen voraus. Weiter hatte die Vorstandschaft häufig Gespräche mit anderen Verbänden zu führen, deren Anliegen auch die unseren sind.

Über den Bereich der Verbände hinaus versuchte die Vorstandschaft auf die politischen Entscheidungen direkt Einfluß zu nehmen durch Gespräche mit verschiedenen Politikern. So trafen wir uns mit Vertretern der Mehrheitspartei, wie auch mit Sprechern der Opposition.

Nicht übersehen werden darf die Arbeit am Institut für Schulpädagogik (ISP) und die gute Zusammenarbeit mit der Ausbildungsstätte. Mit allen Lehrstuhlinhabern der Sonderpädagogik hatten wir stets einen guten Kontakt.

Die Arbeit innerhalb des Verbandes war gekennzeichnet durch die organisatorische Umstrukturierung eines Verbandes, der seine Mitglieder vorwiegend in zwei Städten hatte, zu einem Verband, der immer mehr das ganze Gebiet des Freistaates Bayern abdeckt. Die Entwicklung der Mitgliederzahl darf als sehr erfreulich bezeichnet werden. Sie nahm von 95 auf über 170 zu.

In der Frage der Organisation konnte ebenfalls ein großer Schritt nach vorn getan werden: Die Landesgruppe verfügt derzeit über 12 Ortsverbände. Ohne die Arbeit der einzelnen Ortsverbandsvorsitzenden wäre es für die Vorstandschaft eine kaum zu leistende Aufgabe, regelmäßig alle Mitglieder zu erreichen.

Als ständiges Medium der Korrespondenz dient unser Mitteilungsblatt. Das Mitteilungsblatt ist für einen Verband unserer Größe das wichtigste Band des Zusammenhalts. Es ist kein Mittel der Selbstdarstellung der Vorstandschaft, sondern ein wichtiges Organ der Information und des Erfahrungsaustausches. Deshalb soll in Zukunft gerade dieses Band der Kommunikation weiter gestärkt werden.

Endlich war die Arbeit des Verbandes gekennzeichnet durch die Organisation zahlreicher Fortbildungsveranstaltungen. Neben der alles überragenden Nürnberger Tagung konnten wir nicht weniger als acht weitere Veranstaltungen durchführen. Inhaltliche Schwerpunkte dieser Veranstaltungen waren therapeutische Anliegen, wie auch neuere pädagogische Entwicklungen (Curriculare Lehrpläne). Es darf mit Genugtuung festgestellt werden, daß die Fortbildungsbereitschaft unter den Kollegen nach wie vor sehr groß ist. Es muß deshalb auch in Zukunft ein Hauptanliegen des Vorstandes sein, hier Aktivitäten zu entwickeln.

Von den vor zwei Jahren in Ingolstadt von uns gestellten Programmpunkten konnte der überwiegende Teil inzwischen verwirklicht werden. Über den Erfolg oder Mißerfolg der einzelnen Zielsetzungen entschied zumeist der persönliche Einsatz unserer Mitglieder. Insgesamt konnte auch für kritische Betrachter viel erreicht werden, dennoch kann nicht übersehen werden, daß auch für die Zukunft noch viel zu tun bleibt.

So müssen wir versuchen, daß

1. die Tätigkeit der Ambulanz vermehrt auf das Stundenmaß angerechnet wird.
2. die Pädagogische Frühförderung in kompetente Hände von Sonderpädagogen gelegt wird.
3. die Ausbildung von Sprachbehindertenlehrern sich am Bedarf orientiert. Wir müssen unbedingt Arbeitslosigkeit unter unseren Kollegen vermeiden!
4. alle im bayerischen Behindertenplan vorgesehenen Einrichtungen zügig verwirklicht werden. Die weißen Flecke auf der Landkarte des Sprachbehindertenwesens müssen verschwinden!
5. für alle an Sprachbehindertenschulen Tätigen spezifische Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.
6. die äußeren Verhältnisse unserer Einrichtungen endlich verbessert werden.
7. auch im Innern der Landesgruppe noch mehr Aktivität geweckt wird. Alle Mitglieder sind zu reger Mitarbeit aufgefordert!
8. unser wiedergewonnenes Ansehen weiter ausgebaut wird. Öffentlichkeitsarbeit und Imagepflege sind keine Schlagworte, sondern harte Notwendigkeit!

Diesem Bericht des 1. Vorsitzenden schloß sich der Bericht des Kassensführers an. Anschließend wurde dem gesamten Vorstand Entlastung erteilt.

Die neue Vorstandschaft wird sich auch weiterhin zum Wohle der Landesgruppe Bayern voll einsetzen und bemüht sein, die gesteckten Ziele zu verwirklichen.

Im Anschluß veröffentlichen wir eine Aufstellung über den *Stand des Sprachheilwesens in Bayern* (Anfang Mai 1977):

Orte	Ambulanz	SVE *	Schul- klassen
Augsburg	ja	2 Gr.	5
Aschaffenburg		2 Gr.	3
Bad Windsheim	ja	geplant	
Bayreuth	ja	Gr.	8
Fürth	ja	1 Gr.	4
Ingolstadt	ja	3 Gr.	10

* Schulvorbereitende Einrichtung

Kempten	geplant	geplant	
Landshut	ja	Gr.	1
München-Mitte	ja	3 Gr.	17
München-Süd	ja	2 Gr.	6
München-Nord	ja	1 Gr.	5
Neu-Ulm	geplant	geplant	
Nürnberg	ja	7 Gr.	19
Passau	ja	geplant	
Regensburg	ja	1 Gr.	5
Rosenheim	geplant	geplant	4
Schweinfurt	ja	7 Gr.	3
Unterpaffenhofen		1 Gr.	4
Weißenburg	ja	geplant	
Würzburg	ja	7 Gr.	6
Straubing	ja		2

Landesgruppe Hessen

Bericht über

die zweiten »Berchtesgadener Tage«

(Überregionale Fortbildungstagung der Landesgruppe Hessen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. im Lehrerheim Schloß Fürstenstein in Berchtesgaden vom 12. 4. bis 16. 4. 1977)

Während bei der ersten Fortbildungstagung in Berchtesgaden Anfang April 1976 auch ausführlichere Referate im Vordergrund standen, wurde diesmal das Schwergewicht noch mehr auf die sich selbst organisierenden und selbständig arbeitenden Kleingruppen gelegt, zumal gerade diese Organisationsform einer Fortbildungsarbeit schon beim ersten Mal lebhaft Zustimmung gefunden hatte. Auch 1977 hatten die Teilnehmer somit wiederum Gelegenheit, praxisnahe Probleme in außerordentlich motivierter Weise eingehend zu erörtern.

Alle engeren Mitarbeiter der Tagung übernahmen reihum und zeitweilig die Moderation in den einzelnen Arbeitsgruppen und trugen meist aus ihrem eigenen Erfahrungskreis handfeste Anregungen in die Plenumsdiskussionen. Neben den ebenfalls wieder erschienenen Gästen aus dem Lehrerheim und anderen Kurgästen aus dem Ort (was eine gute Öffentlichkeitsarbeit ermöglichte!) waren es besonders die im folgenden genannten Teilnehmer, die als ehrenamtliche Mitgestalter der Tagung verschiedene Gebiete der Sprachbehindertenpädagogik ansprachen:

Hannes Aschenbrenner, Direktor der Sprachheilschule Wien, 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, A-1170 Wien, Andergasse 14/4 (Bericht über das Sprachheilwesen in Österreich — Darstellung der Wiener Materialien zur Sprachheilarbeit).

- Hilde Dittrich, Taubstummeneroberlehrerin, 6759 Odenbach, Untere Glanstraße 2 (Rollenspiel — Rhythmisch-musikalische Erziehung — Möglichkeiten der Nachbetreuung nach abgeschlossener stationärer Sprachtherapie).
- Ulrich Dorsch, Sonderschullehrer für Sprachbehinderte, 6270 Idstein/Ts., Am Taubenberg 16 (Lösungs- und Atemtherapie, z. B. Autogenes Training, Aktive Entspannungsbehandlung — Stimmpädagogische Übungen, mit Vorführungen — Zusammenarbeit mit dem Arzt).
- Werner Etzold, Sonderschuloberlehrer, 6554 Meisenheim/Glan, Nachtigallenweg 8 (Frühversorgung, mit besonderer Berücksichtigung der Mehrfachgeschädigten).
- Magda Gay, Leitende Sprachtherapeutin, Dozentin und Praxisanleiterin der Sprachtherapeutischen Lehranstalt Werscherberg, 4516 Bissendorf 1, Osnabrücker Str. 22 (Zur Ausbildung sprachtherapeutischer Fachpersonen für den außerschulischen und außerklinischen Bereich — Vorstellung der Werscherberger Materialien — Zur Behandlung stammelnder Kinder mit Lautagnosie, unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse mit dem Prüfmittel von Hildegard Schäfer, Gießen).
- Hilde Hauffen, Konrektorin an der Schule für Sprachbehinderte Kassel, 3500 Kassel, Kölnische Straße 127 (Beiträge zur Didaktik der Schule für Sprachbehinderte).
- Alfred Hausold, Sonderschullehrer für Sprachbehinderte, 6240 Königstein/Ts., Oberstraße 14 (Über Erfahrungen in der Gruppentherapie mit sprachbehinderten Kindern in der Grundschule).
- Marianne Keplinger, Leiterin der Landessonderschule II, St. Isidor, 2. Vorsitzende der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, A-4060 Leonding, Am Südhang 12 (Sprachaufbauhilfe bei geistig behinderten Kindern — Berichte über die Sonderbeschulung im Kinderdorf St. Isidor bei Linz/OÖ.).
- Ursula Kuhn, Lehrerin, 6380 Bad Homburg v. d. H., Weinbergweg 1 (Lehr- und Lernmaterial für behinderte Kinder, mit Vorführungen und praktischen Beispielen).
- Horst Krulis, Taubstummeneroberlehrer, 6000 Frankfurt/Main 50, Zehnmorgenstraße 4 (Hörbehinderungen bei Mehrfachgeschädigten).
- Annelies Rahmel, Sprachtherapeutin, 6380 Bad Homburg 6, Holzweg 46 (Zur ambulanten Behandlung sprachbehinderter Kinder).
- Manfred Schönbeck, Sonderschullehrer für Sprachbehinderte, 6451 Mainhausen/Zellhausen, Rheinstraße 28 (Erfahrungen aus der Sprachheilarbeit im Klassenunterricht und in der Ambulanz).
- Christel Schulz, Sonderschullehrerin für Sprachbehinderte, 6229 Walluf/Rhg., Riesengebirgsstraße 26 (Zum Unterricht und zur Therapie in der Schule für Sprachbehinderte).
- Arno Schulze, Studienrat im Hochschuldienst an der Universität Marburg, Lehrbeauftragter für Hör- und Sprachbehindertenpädagogik, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8 (Gesamtleitung der Tagung — Über Forschung und Lehre in den Ausbildungsstätten für Sprachbehindertenlehrer).
- Waltraud Thömmes, Sonderschullehrerin für Sprachbehinderte, 6200 Wiesbaden, Bierstadter Höhe 31 (Zum Unterricht und zur Therapie in der Schule für Sprachbehinderte).
- Dorothea Wegerle, Rektorin der Schule für Sprachbehinderte in Offenbach/Main, 6050 Offenbach, Grenzstraße 138 (Zur Didaktik und Methodik der Schule für Sprachbehinderte — Bericht über einen Schulversuch an der Schule für Sprachbehinderte in Offenbach — Materialsammlung für den Unterricht und zur sprachbehindertenpädagogischen Behandlung).

Den weiteren Teilnehmern, die sich vor allen Dingen an den Diskussionen lebhaft beteiligten, sei an dieser Stelle ebenso herzlich gedankt wie den hier besonders erwähnten engeren Mitarbeitern. Außerdem haben wir wiederum dem Kollegen Rektor Erich Güll, Berchtesgaden, zu danken, der als Leiter des Hauses und Vertreter des Bayerischen Lehrerinnen- und Lehrerverbandes wie im Vorjahr über das Schulwesen des Berchtesgadener Landes und über Land und Leute sehr launig und von Lichtbildern unterstützt zu berichten wußte. Selbstverständlich gilt unser besonderer Dank den Teilnehmern aus Österreich, die mit ihren Beiträgen unsere Tagung bereicherten.

Aus dem bisherigen Echo auch auf diese zweite länderübergreifende Tagung der Landesgruppe Hessen geht hervor, daß uns wieder ein guter Erfolg beschieden war. Damit gingen auch die mit herzlichen Grüßen verbundenen besten Wünsche vieler Kollegen und besonders der Landesgruppe Bayern in Erfüllung. Die engagierte Arbeit der bayerischen Sprachbehindertenpädagogen zum weiteren Ausbau des Sprachheilwesens wurde gerade in diesen Tagen und auch bei unserer Berchtesgadener Tagung in eindrucksvoller Weise dokumentiert (siehe Bericht der Landesgruppe Bayern in diesem Heft und die dort wiedergegebene Tabelle der Sprachheileinrichtungen).

Die dritten »Berchtesgadener Tage« der Landesgruppe Hessen sollen 1978 wieder um Ostern stattfinden. Das bisher vorgeschlagene Hauptthema dreht sich um die Sprachanbildung und die Hörspracherziehung bei Geistigbehinderten. Da sich für diese Fortbildungstagung schon viele Interessenten aus den Einrichtungen für Geistigbehinderte gemeldet haben, bitten wir auch unsere Kolleginnen und Kollegen schon jetzt um baldige Anmeldung bei Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8.

Bücher und Zeitschriften

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): **Störungen der Sprachentwicklung**, Bericht der 12. Arbeitstagung vom 30. 9. bis 2. 10. 1976 in Nürnberg, zusammengestellt von Rolf Mosebach. Verlag Wartenberg & Söhne, Hamburg 50. 234 S., kart., 39,80 DM.

Die Erkenntnis, daß eine effektive Sprachheilarbeit möglichst früh beginnen muß, hat in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Phase der Entstehung von Sprachbehinderungen gelenkt. Eine wesentliche Rolle spielen hierbei die Störungen der Sprachentwicklung, die sich die 12. Arbeitstagung als Diskussionsthema gewählt hat. Ausgangspunkt ist die Erörterung der Sprachentwicklungsstörung und ihrer Diagnostik unter pädagogischem (G. Knura), medizinischem (R. Lempp) sowie unter psycholinguistischem und neuropsychologischem Aspekt (J. Graichen). Referate und Vorführungen konkretisieren und differenzieren sodann die in diesem Zusammenhange wichtigen Probleme und Aufgabenbereiche.

Allgemeine Überlegungen gelten den Voraussetzungen und Erfordernissen der Rehabilitation (F. Meixner) und den Lernvorgängen und Merkmalen des Sprachtherapeutenverhaltens im Sprachunterricht (V. de Vries). Als ätiologisch bedeutsam erkannte Faktoren — insbesondere im sensomotorischen Bereich (R. Lotz, W. Dirnberger) — akzentuieren die therapeutische Arbeitsplanung. Dargestellt werden die Bewegungserziehung und das Wahrnehmungstraining nach Frostig (M. Frank, G. Lindemann), die Schulung der phonematischen Differenzierungsfähigkeit (A. und H. Haberl) und die Möglichkeiten einer Hörschulung im Rahmen des Erstleseunterrichts (G. Schratzenstaller). Psychologische Aspekte werden fruchtbar für den Einsatz des Spiels in der sprachheilpädagogischen Behandlung (H. Schneider), für die Diagnose und Therapie der Angst bei neurotischen Sprachstörungen (W. Tunner) und für die Verhaltenstherapie durch Rollenspiele (W. Wendlandt). Möglichkeiten einer Verhaltensmodifikation werden am Beispiel des Erstleseunterrichts in einer ersten Klasse mit Hilfe eines Token-Verstärkungsprogramms (A.-M. Funke und W. Wendlandt) und in einem Trainingsprogramm für die Arbeit im Sprachheilkindergarten (E. Schaar) gezeigt. Unter

besonderer Berücksichtigung des logopädischen Aspekts werden Möglichkeiten und Erfordernisse der Gruppenbehandlung (M. Gey) und der Sprachbehandlung vor und nach dem Verschluß von Gaumenspalten (H. Wulff) aufgewiesen.

Wichtig sind in diesem Zusammenhange auch Themen für die Elternberatung (W. Elstner) und für die Arbeit im Rahmen einer Elternschule, um die Möglichkeiten elterlicher Hilfeleistung beim Sprechenlernen (E. Schaar) und bei der Überwindung von Mehrfachbehinderungen (A. Schulze) zu steigern.

Besondere Arbeitsgruppen befassen sich mit phoniatriisch-audiologischen (G. Böhme), organisatorischen (K.-H. Hahn) und methodischen (W. Seyd) Problemen der Früherfassung und Frühbehandlung sprachentwicklungsgestörter Kinder. Außerhalb des Gesamttemas der Tagung beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten der Therapie stotternder Schüler nach Wendlandt (I. Jöns-Hetschold, J. Thieß, H.-W. Noll). Den Abschluß bildet ein Bericht über Konzeption und Arbeit im Sprachheilheim Ahrensburg (M. Höxter, H. Wulff, G. Ahrens).

Der Tagungsbericht bietet insgesamt einen wohlfundierten und detaillierten Überblick über die Problematik der Sprachentwicklungsstörungen unter Berücksichtigung aller für die Sprachheilarbeit wesentlichen Aspekte. Er liefert damit wertvolle Hilfen zur Früherfassung und Frühförderung sprachbehinderter Kinder, zumal ein Großteil der Beiträge praxisbezogen ist und daher einen großen Informationsgehalt für die praktische Arbeit besitzt.

Walter Dohse

Einführung in die Sonderschuldidaktik.

Herausgegeben von Karl-J. Kluge in Zusammenarbeit mit führenden Sonderschulpädagogen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1976. 256 Seiten, 43,— DM (Vorzugspreis für Mitglieder der Gesellschaft: 24,50 DM). ISBN 3-534-06057-1.

Dieses Buch möchte allen Sonderpädagogen, Studenten und Fachpädagogen, aber auch den »Normalschullehrern« Anregungen und Denkanstöße geben, um ein »Verständnis für die vielfältigen Aufgaben von Sonderpädagogen zu wecken und das breite Spektrum

sonderschulunterrichtlicher Aufgaben aufzuzeigen«, daneben aber auch die Chancen und Hilfestellungen für die Integrationsmöglichkeiten in die Normalschule zu eröffnen. Insbesondere soll dieses Werk dazu beitragen, die wissenschaftliche Auseinandersetzung über Sinn und Notwendigkeit einer eigenen Sonderschuldidaktik und weiterhin sogar spezieller Behindertendidaktiken anzuregen und voranzutreiben.

Hierzu engagierten sich Vertreter der sonderpädagogischen Teildisziplinen:

Alich, G.: Didaktische Anmerkungen zum Sachunterricht in der Grundschulstufe der Gehörlosenschule / Bach, H.: Didaktik der Sonderschule für Geistigbehinderte / Hudelmayer, D.: Didaktik der Blindenschule / Jussen, H.: Grundbedingungen effektiven Lernens im Sachunterricht der Grundschule für Schwerhörige / Kanter, G. O.: Lernbehindertendidaktik / Kluge, K.-J.: Statusverbesserung, Leistungssteigerung und emotionale Stabilisierung verhaltensauffälliger Schüler durch soziales Lernen im Unterricht / Mersi, F.: Sehbehindertendidaktik / Orthmann, W.: Sprachbehindertenpädagogik / Wolfigart, H.: Grundaspekte einer Didaktik der Schule für Körperbehinderte.

Die einzelnen, klar gegliederten und fundierten Beiträge möchten insgesamt darauf hinweisen, daß eine behinderungsspezifische Didaktik notwendig wurde, »weil mit Hilfe einer Grund- und Hauptschul-Didaktik die erwünschte und geforderte Rehabilitation und Sondererziehung behinderter Schüler nicht eingeleitet und erreicht werden konnte«. Gerade darin könnte aber auch die Gefahr liegen, daß nämlich durch die speziellen Unterrichtsprogramme und sonderpädagogischen Teildidaktiken die Einzelbehinderung festgeschrieben und eine angestrebte Integration erschwert werden könnte.

Dieses Werk stellt eine gute Ausgangsbasis dar für die Diskussion, wie die Didaktik der einzelnen Behinderungsarten weitergeführt wird, ob sich eine allgemeine, behinderungsübergreifende Didaktik (vor allem auch im Hinblick auf Mehrfachbehinderungen) herauskristallisieren kann und ob die Ausdifferenzierung einer »Sonderschuldidaktik« letztlich wünschens- und erstrebenswert bleibt.

In diesem Sinne kann das Buch allen Pädagogen und Studenten, insbesondere den Sonderpädagogen, sehr empfohlen werden, schließt es doch eine — zu lange offengebliebene — Lücke im Bereich der Didaktik.

Besonderen Vorteil erbringt die Lektüre dieses Werkes, weil neben den fachrichtungsspezifischen didaktischen Problemen und Möglichkeiten einer speziellen Behinderungsart der Blick und das Verständnis geweitet werden für die anderen sonderpädagogischen Teildisziplinen, so daß gerade dadurch günstige Ansatzpunkte für das Überdenken des eigenen Tuns entspringen könnten.

Zum speziellen Beitrag von W. Orthmann: »Sprachbehindertenpädagogik« (S. 213–236):

Daß besonders die Sonderschule für Sprachbehinderte im Spannungsfeld der allgemeinen »Grund- und Hauptschul-Didaktik« und der »Sonderschuldidaktik« nach klaren Ansätzen und didaktischen Konsequenzen für ihre Arbeit sucht, liegt nahe. Hierfür werden die relevanten Überlegungen für die Bereiche der sprachstörungsbezogenen Symptomatik, des Lern- und Leistungsverhaltens und des Sozialverhaltens sprachbehinderter Schüler ausgeführt und die sonderschuldidaktischen Konsequenzen mit sprachstörungsbezogenen Akzenten, der Berücksichtigung des eingeschränkten Lern-, Leistungs- und Sozialverhaltens detailliert dargestellt (hier stärker akzentuiert auf den methodischen Bereich) und ein sonderschuldidaktisches Konzeptionsmodell angerissen. Gerade dieses Modell könnte noch spezifischer und ausführlicher für die Praxis ausgearbeitet werden, da hier der Lehrer an der Sonderschule für Sprachbehinderte Hilfen für seine tägliche Arbeit erwartet. Der interessierte Kollege findet in diesem Beitrag insgesamt viele Anregungen und einen Ansatz für die Umsetzung behinderungsspezifischer Daten seiner Schüler in die Unterrichtsplanung und den Unterrichtsverlauf.

Tilman Walther

Klinikum der Universität Tübingen

— Hals-, Nasen- und Ohrenklinik —

Bei der Abteilung für Phoniatrie und Audiologie der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik werden im Herbst wegen Niederlassung der früheren Stelleninhaber

Logopäden

eingestellt.

Bewerbungen erbittet Prof. Dr. Breuninger, HNO-Klinik, Liebermeisterstr., 74 Tübingen.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

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

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

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

Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.

Geschäftsführender Vorstand:

2000 Hamburg 1, Rostocker Straße 62, Telefon (040) 24 82 64 34 — Postscheckkonto Hamburg 97 40

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Prof. Dr. Werner Orthmann, 7445 Bempflingen, Silberstraße 1
Bayern	Klaus Thierbach, 8501 Weiherhof, Sudetenstraße 199
Berlin	Ernst Trieglaff, 1000 Berlin 48, Kiepertstraße 23
Bremen	Gerd Homburg, 2820 Platjenwerbe, St. Magnus-Straße 137
Hamburg	Rainer Bangen, 2000 Hamburg 52, Seestraße 25
Hessen	Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, 3000 Hannover, Ubbenstraße 17
Rheinland	Werner Großmann, 4010 Hilden, Beethovenstraße 62
Rheinland-Pfalz	Prof. Dr. Edmund Westrich, 6500 Mainz, Göttemannstraße 46
Saarland	Manfred Bohr, 6600 Saarbrücken 6, Koßmannstraße 16
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, 2057 Wentorf bei Reinbek, Golfstraße 5a
Westfalen-Lippe	Friedrich Wallrabenstein, 4400 Münster i. W., Stettiner Straße 29

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Redaktion

Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1 (Landkreis Marburg/Lahn),
Am Schwimmbad 8, Telefon (0 64 22) 28 01

Dr. Jürgen Teumer, 3550 Marburg/Lahn, Schwanallee 50,
Telefon (0 64 21) 28 38 17

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

Wartenberg & Söhne · 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41, Telefon (040) 89 39 48

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

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

Mitteilungen der Redaktion

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

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

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

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

Zur Erweiterung unseres Behandlungsangebotes suchen wir einen (eine)

Logopäden(in)

Wir sind eine bedeutende Spezialklinik für physikalische Medizin (500 Betten) in landschaftlich reizvoller Lage und verfügen über alle einschlägigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. Zwischen den Fachabteilungen für Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie findet eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit statt. Ein HNO-Facharzt betreut das Haus konsiliarisch. Mitbehandelt werden müssen vornehmlich Teil-Aphasien und Dysarthrien.

Wir bieten eine großzügige Vergütung in Anlehnung an den BAT, zusätzlich Altersversorgung. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir gern behilflich, gegebenenfalls klinikeigene Wohnung bzw. Appartement.

Schicken Sie uns Ihre Bewerbung
oder rufen Sie uns einfach an

WBK

Weserbergland-Klinik Höxter

Verwaltung der Weserbergland-Klinik, 3470 Höxter 1
Postfach 10 01 93, Telefon (0 52 71) 6 42 19

Klinikum der Universität Heidelberg

— Univ.-HNO-Klinik —

sucht zum sofortigen Eintritt
für die Abteilung für Stimm- und Sprachstörungen sowie Pädoaudiologie

Logopädin

Geboten wird Vergütung nach BAT sowie die sonstigen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen bitten wir zu richten an
Herrn Prof. Dr. Wirth, Univ.-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik,
Voßstraße 5—7, 6900 Heidelberg 1.