

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Stephan Baumgartner, München

7 Thesen zum diagnostischen Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik

Erwin Richter, Lübbenau

Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns
aus der Sicht eines Sprachheilpädagogen

Vera Mérei, Budapest

Zur Arbeit mit den Eltern
im Rahmen der Frühbehandlung stotternder Kinder

Umschau

Aus der Organisation
Würdigungen
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · Juni 1980 · 25. Jahrgang · Heft 3

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:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Peter Griesmaier, Ackerstraße 2, 7140 Ludwigsburg-Egolsheim
Bayern	Klaus Thierbach, Sperlingstraße 4, 8502 Zirndorf-Weiherhof
Berlin	Ernst Trieglaff, Kiepertstraße 23, 1000 Berlin 48
Bremen	Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	Rainer Bangen, Seestraße 15, 2000 Hamburg 52
Hessen	Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Dipl. Päd. G. Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	Dieter Kroppenberger, Hegelstraße 49, 6500 Mainz
Saarland	Manfred Bohr, Koßmannstraße 16, 6600 Saarbrücken 6
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, Golfstraße 5a, 2057 Wentorf bei Reinbek
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachgeschädigtenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9, Sonderpädagogik

Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13

Telefon: Dienststelle (040) 41 23 39 56

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 3,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 21,60 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, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden, deshalb ist, wenn Rücksendung gewünscht wird, Rückporto beizufügen.

Die Autoren erhalten für ihre Beiträge ein Honorar von 10,— DM je angefangene Druckseite. Darüber hinaus werden den Verfassern 30 Sonderdrucke geliefert. Weitere Sonderdrucke sind gegen Bezahlung erhältlich und sind spätestens mit der Korrekturrückgabe 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.

Beilagenhinweis: Unserer Zeitschrift liegt ein Prospekt der Reha-Versand-Buchhandlung, 5800 Hagen 1, bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Juni 1980 · 25. Jahrgang · Heft 3

Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 3, S. 81—89

Stephan Baumgartner, München

7 Thesen zum diagnostischen Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik

Vorbemerkung

Ein Dilemma der Sprachbehindertenpädagogik bestand und besteht darin, daß die Wesensmerkmale ihrer Diagnostik nicht pädagogischer, sondern medizinischer, psychologischer oder linguistischer Natur sind. *Homburgs* umfassender Entwurf einer Pädagogik der Sprachbehinderten (1978) hat deutlich vor Augen geführt, wie sehr der Sprachbehindertenpädagogik selbst eine pädagogisch benutzbare Basis fehlte. Das Versäumnis, der pädagogischen Zielsetzung ihrer Diagnostik Priorität einzuräumen, hat also historische Wurzeln. Pädagogische Zielsetzung hieße, Möglichkeiten zu schaffen, die das Lernen sprachauffälliger Menschen ausreichend erfassen und Bedingungen herstellen, unter denen ihr Lernen optimal gefördert werden kann. Pädagogisch gesehen ist nicht das statische Symptom vorrangig, sondern die Dynamik seiner Entwicklung aus dem Interaktionsprozeß zwischen Anlage, Umwelt und Individuum. Die handlungstheoretisch begründete pädagogische Behandlung löst das dem medizinischen Krankheitsmodell verpflichtete diagnostisch-therapeutische Vorgehen ab und verklammert Diagnose und fördernde pädagogische Maßnahme. Die traditionelle, vorwiegend sprachsymptomorientierte Defekt- oder Defizitdiagnostik (vgl. *Schoor* 1980), deren Datengewinnung zudem meist zufällig, deren pädagogische Maßnahmen diagnostisch nicht begleitet und die das Zielerreichen nicht kontrollierte, kann diese Einheit nicht bewirken. Pädagogischer Anspruch und diagnostische Wirklichkeit klaffen auseinander.

Die Überlegungen, die in die folgenden Thesen eingehen, vermögen mit Sicherheit nicht das ganze diagnostische Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik einschließlich seines theoretischen Hintergrundes abzubilden. Sie berühren seine Basis und den Rahmen, decken Alternativen zur herkömmlichen Datenerhebungsstrategie auf und deuten Entwicklungslinien für eine zukünftige Diagnostik an.

1. *Diagnostisches Handeln nimmt Bezug auf die Theorie/Praxis der Sprachbehindertenpädagogik und die Theorie/Praxis pädagogischer, sonderpädagogischer und nachbardisziplinärer Diagnostik.*

Um dem diagnostischen Handeln eine pädagogische Dimension geben zu können, muß es einerseits an die Theorie/Praxis der Sprachbehindertenpädagogik eng gekoppelt werden. Andererseits muß diagnostisches Handeln, will es der Zielsetzung der Integration förderlich sein, Bezug auf die Theorie/Praxis der anderen Sonderpädagogiken sowie der Allgemeinen Pädagogik nehmen. Eine gemeinsame Basis kristallisiert sich um das (sonder-)pädagogische Handeln als auf Lernen gerichtete Intervention in einem sozial-interaktiven Prozeß zwischen dem (Sonder-)Pädagogen und dem jeweiligen behinderten oder nicht-behin-

der Interaktionspartner. Jedes pädagogische Handeln respektiert das Individuum als Urheber von Handlungen, ein Individuum, das aufgrund seiner gegebenen Bedürfnislage und Situationseinschätzung bewußt Ziele formuliert und versucht, diese durch Eigenaktivität in der konkreten Situation zu verwirklichen (vgl. *Schönberger* 1978, S. 98 f.). Sprachbehindertenpädagogisches Handeln zielt unter erschwerten Sprachlernbedingungen so auf Lehren und Lernen, daß das sprachauffällige Individuum hinsichtlich seines jetzigen und zukünftigen sprachlichen und nichtsprachlichen Handelns Verhaltens- und Problemlösungsstrategien entwickeln kann, die es ihm ermöglichen, in Kooperation mit anderen seine eigenen Bedürfnisse zu entfalten, zu artikulieren und durchzusetzen. Solche Pädagogik fördert weiter die Lernbereitschaft der sozialen Umwelt, sich mit dem sprachauffälligen Individuum zu solidarisieren und es in die Gemeinde zu integrieren. Ich verweise hier für die Sonderpädagogik auf die Überlegungen des Fachbereichs Sonderpädagogik der PH Reutlingen (1978), speziell für die Sprachbehindertenpädagogik auf die von *Homburg* (1978).

Integriert in die Theorie/Praxis der Pädagogik kann sich diagnostisches Handeln der Diskussion um die allgemeinen bildungspolitischen Konzeptionen, um Nivellierung und dem Prinzip individueller Förderung, um Rehabilitation, Integration und Abbau institutionalisierter Hilfe zugunsten einer Behindertenarbeit in der Gemeinde nicht entziehen.

Auch die Gemeinsamkeiten mit der allgemeinen pädagogisch-psychologischen Diagnostik gilt es hervorzuheben. Hier seien u. a. Inhalte wie Persönlichkeits- und Lerntheorien, Intelligenzmodelle, Testtheorie, Theorie des Lehrerurteils, Konstruktion informeller Leistungstests genannt. Integrativ im Hinblick auf die sonderpädagogische Diagnostik unterstützt diagnostisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik die Revision traditioneller Erziehungs- und Bildungsziele und nimmt Stellung gegen Leistungs-, Konsum- und Ausbeutungsideologie, die eine auf das Individuum beschränkte Defizitdiagnostik mit dem Ziel langfristiger Segregation aufweist (vgl. die Diskussion bei *Barkey, Langfeldt und Neumann* 1976; *Kornmann* 1978; *Pulver, Lang und Schmidt* 1978). Solches Handeln integriert sich in die Bestrebungen der sonderpädagogischen Diagnostik nach Humanität, Chancengleichheit, Individualisierung, Überwindung von Isolation und Zwang. Diagnostizieren heißt nicht kollektiv auslesen, sondern individuell fördern mit dem Ziel selbstkontrollierenden Handelns.

Richtiger und notwendigerweise hat die Sprachbehindertenpädagogik schon seit langem ein enges Verhältnis zu den verschiedenen Nachbardisziplinen gesucht, um den vielfältigen Problemen ihrer Theorie/Praxis wirksam begegnen zu können. Entsprechend muß auch für ihre Diagnostik eine enge personelle, forschungsrelevante und institutionelle Verzahnung mit der Diagnostik der Nachbardisziplinen wie Psychologie, Linguistik, Medizin u. a. gegeben sein.

In der ersten These steht zur Aufdeckung von Gemeinsamkeiten der mehr integrative Aspekt der Diagnostik im Vordergrund. Bevor ihr spezifischer Anteil in einer weiteren These benannt wird, sollen zur näheren Kennzeichnung zwei weitere Thesen vorangestellt werden.

2. Die Identifikation von Störungen im Sprachlernprozeß setzt Kenntnisse über ein umfassendes Sprachentwicklungsmodell voraus.

Um zu wissen, was wann diagnostiziert werden kann, benötigen wir ein den Spracherwerb umfassend abbildendes Entwicklungsmodell der Sprache, dessen Geschlossenheit wünschenswert wäre, angesichts der konkurrierenden linguistischen und psychologischen Konzepte zwischen Kompetenz- und Performanzmodellen, Nativismus, Empirismus, Strukturalismus, Kognitivismus und Interaktionalismus derzeit aber nicht herstellbar ist (*Lewandowski* 1978; *Weisgerber* 1979).

Mit *Grimm* (1978) meine ich, in einer für pädagogisches Handeln pragmatischen Sichtweise zwei synergetische Sprachebenen zur Beschreibung des kindlichen Spracherwerbs ausmachen zu können: Sprache auf der Ebene des Systems als linguistische Grammatik (Phonologie, Syntax, Morphologie, Semantik) und Sprache auf der Ebene der Handlung als interpersonelle Grammatik (Text-Situation — Sprechakt — kommunikativer Akt). Letztere führt uns zum Sprachbenutzer und verstärkt das Bemühen, Sprachentwicklung im Zusammenhang mit der Gesamtentwicklung des Individuums zu sehen, also seiner kognitiven, sozial-emotionalen, sensorischen und motorischen Entwicklung, seinem Handeln und seinen Handlungsbeziehungen. Wir müssen wissen, daß sich z. B. die Sprachentwicklung kontinuierlich in Stufen vollzieht, diese auch von der Eigenaktivität des Kindes abhängt, daß die Grundlage aller Sprachfunktionen die kommunikative Funktion ist. Sprachverstehen geht der Sprachproduktion voraus. Syntax und Semantik, verbales und nonverbales Sprachverhalten, Sprachentwicklung und Allgemeinentwicklung sind untrennbar (z. B. *Augst* 1978; *Grimm* 1977; *Oksaar* 1977; *Wilkinson* 1975).

Die Antwort auf die Frage, wie Sprache gelernt wird, berücksichtigt die ständige Wechselwirkung zwischen individuell ausgeprägten psychophysischen Eigenarten und der Einwirkung der sozialen und materiellen Umwelt: Individuum und Umwelt tauschen sich aus. Hierfür haben die Erkenntnisse über das klassische und operante Konditionieren, vor allem auch über die Funktion des Lernens am Modell, des Instruktionslernens und des Lernens aus eigener Erfahrung nicht an Gültigkeit verloren (*Bandura* 1976; *Brack* 1977; *Schneider* 1978). Einzuschließen sind die kognitiven Ansätze, die die Bedeutung der Eigenaktivität und der emotionalen und kognitiven Steuerungsmechanismen gegenüber peripheren Prozessen und Handlungsstrategien gegenüber einzelnen Verhaltensakten betonen (*Miller, Galanter und Pribram* 1973; *Bandura* 1979; *Graichen* 1978; *Leontev* 1975). Diese pädagogischem Handeln entsprechende Akzentuierung der Lehr-/Lernprozesse für die Sprachentwicklung führt direkt zur nächsten These über die Entwicklung auffälligen Sprachverhaltens.

3. Auffälliges Sprachverhalten ist Ergebnis von Lernprozessen.

Das Sprachentwicklungsgeschehen ist nun in den Prozessen der Rezeption, Integration und Produktion (En- und Rekodierung) auf der phonologisch-artikulatorischen, morphologisch-syntaktischen, lexikalisch-semantischen und pragmatischen Ebene stöbar. Neben der phonischen bezieht sich die gestörte En- und Rekodierung auch auf die graphische als dem 2. Symbolsystem nach *Vygotsky*. Auffälliges Sprachverhalten sehe ich als im Verlauf mangelnder Lehr-/Lernprozesse erworben an. Die Vielfalt bedingender und aufrechterhaltender Variablen externer und interner Art reicht von organischer Schädigung über inadäquates Selbstkonzept, dem Erziehungsverhalten der Eltern bis in den Bereich gesellschaftlicher, ökonomischer, historischer Rahmenbedingungen, bis in die Problematik unserer Normen, Wertvorstellungen, Leistungs- und Aussonderungsideologien (*Baumgartner* 1979). Auffälliges Sprachverhalten ist ein ausgesprochen sensibler Indikator für störbare intra- und interpersonell verlaufende Rückkoppelungsprozesse. Man denke an das sprachliche und nicht-sprachliche Angebot der sozialen Umwelt, die Fähigkeit der Wahrnehmungsorgane, Information aufzunehmen, die komplizierten zentralen Abläufe, während derer diese Information analysiert, verglichen und gespeichert wird. Erwähnt seien die vielen Teilleistungen, mit deren Hilfe der Sprachbenutzer die zuvor entworfenen Sprachhandlungspläne realisiert und diese nicht zuletzt auch über die Reaktionen der Umwelt lernt zu kontrollieren (vgl. *Homburg* 1978; *Graichen* 1978). In dieser Vorstellung hebt sich auffälliges Sprachverhalten aus der »organophysiologischen Sichtverengung« und der Interpretation als statisches Merkmalsbündel hinaus in ein besser pädagogisch benutzbares systemisches Entwicklungsgeschehen. Es wird zum Lehr-/Lernprodukt aus den Hand-

lungen des Individuums, jenen seiner sozialen Umwelt, sowie den materiellen Gegebenheiten.

4. *Diagnostisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik ist auch durch einen spezifischen Aspekt gekennzeichnet.*

Indem sich die Diagnostik dem kurz erläuterten Verständnis von Pädagogik und auffälligem Sprachverhalten gemäß auf das Lehren und Lernen von Sprache in ihren auffälligen Dimensionen hin orientiert, hebt sie sich gegenüber der allgemeinpädagogischen, sonderpädagogischen und nachbardisziplinären Diagnostik ab. Diagnostisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik ist dort und nur dort spezifisch, wo es auf das Erfassen, Beurteilen und Fördern auffälligen Sprachverhaltens und dessen Entwicklung ausgerichtet ist, wo es sich zielbezogen, systematisch und nahtlos in den pädagogischen Prozeß des Lehrens und Lernens einfügt, an dessen Ende die wirkungsvolle Realitätserschließung des sprachauffälligen Individuums steht.

5. *Diagnostisches Handeln sollte funktional, hypothesengeleitet und fördernd sein.*

Die systemische Interpretation auffälligen Sprachverhaltens verlangt, Lernbiographie und Gesamtsituation im diagnostischen Prozeß aufzuarbeiten. Die sozialen, materiellen und institutionellen Rahmenbedingungen sind als Handlungsinstanzen ebenso diagnosewürdig wie die Verarbeitungsvorgänge des aktiv handelnden Individuums. Damit wird auch der Notwendigkeit ein Riegel vorgeschoben, das sprachliche Symptom und seinen Träger zwingend zum Gegenstand der Behandlung zu machen. Die Diagnose beachtet die verbal-subjektive, motorische und physiologische Ebene unter dem Blickwinkel der wechselseitigen Abhängigkeit des Sprachverhaltens zu den sensorischen, motorischen, sozial-emotionalen und kognitiven Prozessen. Sie schließt den mit dem verbal funktional unlöslich verbundenen nonverbalen Bereich ein. Neben der Verhaltensanalyse erhellt die Handlungsanalyse das zu diagnostizierende »Was«, »Wozu« und »Unter welchen Bedingungen«, die Frage nach dem Wissen über die Gesetzmäßigkeiten des eigenen und des fremden Handelns, die Frage nach den alternativen Aktionsprogrammen oder nach den vorhandenen Problemlösungsstrategien zum Erreichen eines Zieles.

Ausgangspunkt der Diagnose ist das handelnde sprachauffällige Individuum in der Bewältigung konkreter sprachlicher Anforderungen seiner alltäglichen Lebenssituation, genau das Gegenteil einer bislang praktizierten, auf wenig Reizmaterial reduzierten, kommunikationsfremden Abfragesituation, die für den sprachlichen Alltag keineswegs repräsentativ ist. Ziel der Beobachtung ist vor allem auch die Identifikation der Quellen, aus denen das Kind sein Wissen über die Sprache schöpft, z. B. die Kommunikations- und Kooperationsformen im Elternhaus (vgl. *Ihssen* 1978; *Clezy* 1979).

Als »kritische Begleitinstanz« sprachbehindertenpädagogischen Handelns (*Homburg* 1978, S. 176) bemüht sich der Diagnostiker um die Überwindung Vorurteile provozierender einmaliger Ist-Standsfindung. Er konzentriert sich vielmehr auf eine sequentielle, hypothesengeleitete, sich selbst immer wieder in Frage stellende Suchhaltung.

Ihre fördernde Funktion erhält die Diagnostik, wenn sie an die Stelle der Auslese die der individuellen Hilfe setzt. Sie überprüft die Lernbasis, gibt Anhaltspunkte für die Strukturierung des zu Lernenden in Relation zur Lernfähigkeit, stellt die Einheit von Diagnose und Behandlung her (*Schoor* 1980; *Klauer* 1978). Erfolgreiches Helfen setzt eine so differenzierte Diagnose voraus, daß z. B. Teilfunktionen wie Antizipieren, Speichern, Diskriminieren, propriozeptiv Rückkoppeln in den Prozessen der Aufnahme, Produktion und Verarbeitung von Sprache erfaßt werden können. Entsprechendes diagnostisches Handeln begrenzt unsinnige Homogenitätsthesen, die etwa individuell stotternde Kinder zu Stotternern

etikettieren wollen, und es verhindert die hinlänglich bekannten, nach dem Gießkannenprinzip arbeitenden pädagogischen oder psychologischen Interventionen.

Die Formulierung der für das sprachbehindertenpädagogische Handeln wertvollen Ziele (Soll-Stand), die Auflistung von Methoden, mit deren Hilfe diese Ziele erreicht werden können, und die Planung von Möglichkeiten zur Kontrolle des Lernfortschritts ergänzen die Bestimmung der aktuellen Leistung (Ist-Stand).

Die Bedeutung der unmittelbar sinnlichen Erfahrung in der praktischen Tätigkeit führt m. E. zu der diagnostischen Strategie, jene Sprachmuster zu überprüfen, die zur Bewältigung verschiedenster Sprachsituationen notwendig sind. Sprachsituationen z. B., in denen zu etwas aufgefordert wird, führen zum Sprachmuster: sprachliche Aufforderung. Um Besitzverhältnisse sprachlich zu klären, benötigt man das Sprachmuster: sprachliche Verhältnisse des Habens (*Schaar* o. J.). Dabei ist auch zu fragen: Zeigt ein Kind überhaupt Verhaltensweisen, die das Konzept des Besitzes betreffen (z. B. verteidigt es Spielzeug?) und die später zum Erwerb des Possessiv-Pronomens führen? Zeigt es Verhaltensweisen, die später zur Bildung sprachlicher Zeit-Ortskonzepte notwendig sind?

Das Globalziel pädagogischen Handelns, die Selbstverwirklichung des einzelnen in der Gemeinde, verlangt von einer fördernden Diagnostik in Kooperation mit allen Betroffenen Handlungsziele zu benennen, die durch eigenes selbstverantwortliches Handeln erreicht werden können. Die Beachtung der Lernmotivation ermutigt zum Sprachlernen und setzt schneller Selbstvertrauen in die sprachlichen Fertigkeiten.

6. Diagnostische Methoden und Medien sollten den Prinzipien der Förderdiagnostik genügen.

Nicht alle diagnostischen Methoden und Medien sind in der Lage, die vielfältigen Lernprozesse sprachauffälliger Personen und deren Bedingungen hinreichend zu analysieren und die funktionale Einheit des diagnostischen und therapeutischen Handelns herzustellen. Ist Ausgangspunkt der Diagnose das handelnde Individuum, so bietet sich unter den genannten Prinzipien der Funktionalität und Förderung als diagnostische Methode vor allem die Verhaltensbeobachtung über längere Zeiträume hinweg an. Der einzelne wird, ausgerichtet auf sein sprachliches und nicht-sprachliches Lernen, allein oder in Gruppen, in unterschiedlichen Monolog-, Dialog- und Spielsituationen, zu Hause, in der Schule usw. beobachtet (*Baumgartner* 1978; *Mash und Terdal* 1980). Geeignet erscheint ferner der Einsatz informeller Prüfverfahren und Verhaltensinventarien (einen Überblick für entsprechende Medien geben *Böhme* 1978; *Nation und Aram* 1978), außerdem die Verwendung verschiedener gesprächsdiagnostischer Methoden, speziell das verhaltensdiagnostische Interview (*Heller und Nickel* 1978; *Lutz* 1978).

Problematisch ist der Gebrauch standardisierter Testverfahren wie die bekannten Intelligenz-, Sprach- oder Persönlichkeitstests. Im allgemeinen verweisen die damit quantifizierten Schätzwerte nur auf den Ist-Stand einer Leistung, auf ein eng begrenztes Merkmal. Sie beinhalten, wenn überhaupt, wenige Bedingungen des kommunikativen Aktes und etablieren sich in leistungsbezogenen, angstbesetzten Abfragesituationen. Standardisierte Testverfahren entbehren dem Prinzip der Funktionalität, tragen also nicht dazu bei, auffälliges Sprachverhalten systemisch zu diagnostizieren. Sie sind mit Einschränkung therapie- und lernzielorientiert. Die Differenzierungsfähigkeit in den gerade für die sprachauffällige Population bedeutsamen Extrembereichen ist denkbar gering. Die Konfidenzintervalle, in denen der wahre Testwert zu liegen kommt, bleiben schwindelerregend weit, die Prognosefähigkeit minimal. Konstanz wird gemessen, wo Variabilität gegeben ist, wo Information über individuelle Entwicklungsverläufe wünschenswert wäre. Verschlossen ist der Einblick in den Prozeß der Aufgabenlösung (*Pawlik* 1976; *Klauer* 1978). Mit dieser Kritik soll und kann der Einsatz standardisierter Testverfahren nicht pauschal verdammt werden. Förder-

diagnostische Funktion erhalten sie dann, wenn sie als psycho- oder linguodiagnostische Beobachtungs- und Beratungsinstrumente Verwendung finden. Nicht das Resultat mit seiner Wahrscheinlichkeitsaussage, sondern der diagnostische Prozeß muß in den Vordergrund rücken. Testaussagen brauchen folglich den Betroffenen nicht zu bedrohen, sie können in Selbsterfahrung und Selbstbeurteilung einmünden (*Pulver et al. 1978*).

Speziell neuere Sprachtests wie der Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (*Götte 1976*), der Allgemeine Deutsche Sprachtest (*Steinert 1978*) oder der Heidelberger Sprachentwicklungstest (*Grimm 1979*) gewinnen auf dieser Basis brauchbare Qualitäten als Hypothesenspendender für normabweichendes Sprachverhalten, als vielfältiges Stimulusmaterial und gut strukturiertes Trainingsinventar. Zur Kritik an der Konstruktion und der linguistischen Fundierung von Sprachtests sei der interessierte Leser auf die Beiträge von *Ihssen (1979)*, *Martens und Schmidt (1979)*, *Grimm (1978)* und *Hötsch (1979)* verwiesen.

7. Diagnostisches Handeln berührt mehrere Handlungsfelder.

Analog der von *Braun, Homburg und Teumer (1980)* für die Sprachbehindertenpädagogik formulierten Strukturierung der Handlungsfelder in Abhängigkeit vom Alter der Zielgruppen (Frühphase 0 bis 3 Jahre, Elementarphase 4 bis 6 Jahre, Schulphase, Jugend- und Erwachsenenalter), nach den institutionellen Gegebenheiten (z. B. schulische oder klinische Einrichtungen) und der Art der Sprachbehinderung etabliert sich die Strukturierung der Felder, in denen das diagnostische Handeln stattfindet. Ich möchte hier mir Wesentliches kurz skizzieren:

Im Interesse der Prävention und der präventiven Integration bemüht sich diagnostisches Handeln besonders um die Früh- und Elementarphase. Entsprechend unserem entwicklungspsychologischen und -psycholinguistischen Wissen führt es an die Bedingungen heran, die das Sprachlernen des Kindes beeinträchtigen oder beeinträchtigen könnten, sucht nach Möglichkeiten, diese Bedingungen fördergemäß zu verändern und verfolgt kontrollierend die weitere Entwicklung des Lernens. Da die Eltern neben dem Kind Hauptinitiatoren für das Ingangsetzen und Verändern von Sprachlernprozessen sind, sollten Früherkennung und Frühbehandlung nach dem Modell der Hausfrüherziehung wirksam werden (*Speck 1977*; vgl. *Teumer 1978*).

Ziemlich brach liegt das Feld immer noch dort, wo sich die Diagnostik an den Erziehungsauftrag der Schule und die Inhalte der schulischen Lehrpläne ankoppeln müßte. Schuldidaktik und Diagnostik haben kaum Nahtstellen. In Anlehnung an *Kanter (1978)* und *Homburg (1978)* definiere ich Sprachbehindertendidaktik als Theorie und Praxis des unterrichtlichen Handelns, als das Insgesamt eines sprachbehindertenpädagogischen Handlungsinventars. Diagnostizieren ist Voraussetzung für ein systematisches und methodisiertes sprachbehindertenpädagogisches Handeln unter dem Primat des Sprachlernprozesses. Diagnose einerseits und Lehr-/Lernplan andererseits müssen eng verzahnt sein. Nur von der beurteilten Lernbasis aus können die Lernziele, Inhalte, Methoden und die Medienauswahl erstellt werden. Solche Lernziele sind aufzustellen, die in Selbstregulation ansteuerbar, subjektiv wertvoll sind und die u. a. die Lernfelder verbales und nonverbales Verhalten, Sensomotorik, Soziabilität, Emotionalität und Kognition umfassend repräsentieren. Der Unterricht berücksichtigt dabei nicht nur die Lern-, sondern vor allem auch die Lebens- und Arbeitsgemeinschaft der Schüler. Er zentriert sich auf diese. Nach jenen Inhalten ist zu forschen, die an die spezielle Lebenssituation sprachauffälliger Schüler anknüpfen, die die sie umgebende Wirklichkeit abbilden und die vor allem sein sprachliches Verhalten ständig aktivieren. Diagnostisches Handeln gibt Hilfe im methodischen Vorgehen, u. a. bei der Erstellung eines individuellen, hierarchisch angeordneten Lehrplans, beim Einsatz verhaltensmodifikatorischer Techniken, im Bereich Lehrer-Schüler- und Schüler-Schüler-Konflikt oder beim Aufbau eines fördergemäßen Bewertungssystems (*Baumgartner 1980*).

Da über die Diagnose Entscheidungen in Fragen der äußeren Organisation sprachbehindertenpädagogischen Handelns fallen, steht die Diagnose in einer direkten Verbindung zum Problem der Integration oder Segregation sprachauffälliger Menschen. Ich will an dieser Stelle Fragen formulieren, da einmal vergleichbares empirisches Material über die Effizienz der einzelnen Organisationsformen fehlt, man darüber hinaus m. E. zu wenig Erfahrung mit realisierten Formen einer integrierten Betreuung in der Bundesrepublik hat (Schindele 1977):

- a) Reichen Ambulanzlehrer-, Beratungs-, Förderprogramme oder Sonderklassen an Regelschulen für die Versorgung sprachauffälliger Schüler aus?
- b) Ist eine ausreichende Spezialförderung nachweislich nur über Segregation möglich? Gibt es ein förderliches Neben- und Miteinander integrierter und segregierter Betreuungsformen? Ist Segregation zur Bildung geschützter Subgruppen notwendig, oder führt sie nur zu deren Stigmatisierung? Führt gerade die Aussonderung in homogene Gruppen nur sprachauffälliger Menschen nicht zum Fehlen einer genügenden Anzahl vorbildlicher sprachlicher Modelle und angemessener sozialer Interaktionsformen?
- c) Ist der Verzicht auf eine Aussonderung z. B. in eine Sonderschule für Sprachbehinderte angesichts der einer solchen Institution innewohnenden sich selbst erhaltenden Eigen- dynamik überhaupt diskutabel?

Schlußbemerkung

Es bedarf wohl keiner tiefschürfenden Überlegungen, daß die Realisierung des in den vorangegangenen Thesen erläuterten diagnostischen Handelns nicht nur organisatorische Veränderungen in den betroffenen Institutionen voraussetzt, sondern auch Modifizierungen seiner Lehre und unserer eigenen Einstellungen gegenüber der Diagnostik und gegenüber dem sprachauffälligen Individuum. Diagnostizieren ist ein dynamischer Prozeß, aus dem auf der Basis des Vertrauens, der Selbsterfahrung, des Einfühlungsvermögens, des Sachwissens und der kollegialen Supervision des Diagnostizierenden Hilfe für den Diagnostizierten erwächst. Diagnostisches Handeln vereint theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten, die schon in der Ausbildung trainiert werden müssen.

Häufige und langfristige Praktika und Projekte während des Studiums machen die Verifikation und Falsifikation diagnostischer Hypothesen nachvollziehbar. Mehr Praxis verlangt auch nach mehr Kooperation zwischen den Lehrenden der Hochschule und den in den verschiedenen Institutionen praktizierenden Pädagogen. Wünschenswert wäre, neben dem Studienschwerpunkt »Primarstufe«, falls es mit der Prävention ernst gemeint ist, gleichwertig auch den der »Früh- bzw. Elementarstufe« zu setzen. Der Wille zur Integration sprachauffälliger Menschen in die Gesellschaft beinhaltet außerdem die Forderung nach gemeinsamem Handeln von Regel- und Sonderschullehrern bereits in entsprechenden Veranstaltungen der Hochschule.

In der Lehre der Diagnostik schlägt sich die Studentenzentrierung modellhaft für die geforderte Schülerzentrierung nieder: symmetrische Kommunikation, Aufhebung der Anonymität des einzelnen, Selbststudium, gemeinsames Planen der Veranstaltungen, Ablösung des üblichen Seminar- und Vorlesungsbetriebes durch Projekte, Erkundungen, Kurse und Forschungsseminare.

Diagnostisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik kann nicht von heute auf morgen verwirklicht werden. Seine theoretische Basis muß weiter differenziert, geeignete Beurteilungsverfahren aus dem bestehenden Angebot diagnostischer Medien müssen herausgefiltert oder neu konstruiert, ihre Praktikabilität in Modellversuchen ausreichend erprobt werden. Eine arbeitsteilige Kooperation (interdisziplinäre Forschung, fachübergreifende Veranstaltungen) mit den Vertretern der Nachbardisziplinen der Sprachbehindertenpädagogik könnte dafür nur förderlich sein.

Schließlich wird das Integriert-Bleiben und das Handlungsfähig-Sein sprachauffälliger Menschen in dem Maße zunehmen, als unsere pädagogisch-soziale Basiskompetenz wächst, d. h. unser sensibles Grundverständnis für auffälliges Sprachverhalten als Ergebnis spezifischer gesellschaftlicher Bedingungen und unzureichender Bewältigungsmöglichkeiten. Dieses Grundverständnis resultiert vor allem aus einer intensiven Begegnung mit dem Personenkreis der Sprachauffälligen in seinen sozialen Systemen sowie dem Erleben unserer eigenen Formen von auffälligem Verhalten.

Literatur

- Augst, G. (Hrsg.): Spracherwerb von 6—16. Düsseldorf 1978.
- Bandura, A. (Hrsg.): Lernen am Modell. Stuttgart 1976.
- Bandura, A. (Hrsg.): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart 1979.
- Barkey, P., Langfeldt, H.-P., und Neumann, G.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik am Beispiel von Lernschwierigkeiten. Bern 1976.
- Baumgartner, S.: Empirische Untersuchungen zum Sozialverhalten sprachauffälliger Vorschulkinder. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 2, S. 41—52.
- Baumgartner, S.: Zu den Begriffen Sprachstörung, Sprachbehinderung, Sprachschädigung und Sprachauffälligkeit. Die Sprachheilarbeit 24 (1979) 2, S. 67—77.
- Baumgartner, S.: Aspekte der Sprachbehinderung und der Sprachbehindertendidaktik. In: Becher, H. R. (Hrsg.): Taschenbuch für die Grundschule — Beiträge zur Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik. München 1980.
- Böhme, G.: Methoden zur Untersuchung der Sprache, des Sprechens und der Stimme. Stuttgart 1978.
- Brack, U.: Spracherwerb und Imitationslernen. Weinheim 1977.
- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Clezy, G.: Modification of the mother-child interchange in language, speech, and hearing. Baltimore 1979.
- Fachbereich Sonderpädagogik der PH Reutlingen (Hrsg.): Handlungsorientierte Sonderpädagogik. Rheinstetten 1978.
- Grimm, H.: Der Heidelberger Sprachentwicklungstest (H-S-E-T). Theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse. In: Augst, G. (Hrsg.): Spracherwerb von 6—16. Düsseldorf 1978, S. 53—81.
- Grimm, H.: Psychologie der Sprachentwicklung. Bd. 1 und 2. Stuttgart 1977.
- Grimm, H., und Schöler, H.: Heidelberger Sprachentwicklungstest (H-S-E-T). Braunschweig 1978.
- Heller, K., und Nickel, H. (Hrsg.): Psychologie in der Erziehungswissenschaft. Bd. 4. Beurteilen und Beraten. Stuttgart 1978.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten. Rheinstetten 1978.
- Hötsch, B.: Die Bedeutung des Landauer Sprachentwicklungstests bei der Diagnose sprachbehinderter Vorschulkinder. Die Sprachheilarbeit 24 (1979) 1, S. 19—26.
- Ihssen, W.: Linguistik, Kindersprachforschung und Pathologie der Kindersprache. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 5, S. 149—156.
- Ihssen, W.: Psychologie, Linguistik und Primärsprachdiagnostik. In: Lotzmann, H. (Hrsg.): Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation. Stuttgart 1979, S. 9—20.
- Klauer, K. J. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Diagnostik. Düsseldorf 1978.
- Kornmann, R.: Strategien der Defizitdiagnostik. In: Klauer, K. J. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Diagnostik. Düsseldorf 1978.
- Leontev, A. A.: Psycholinguistische Einheiten und die Erzeugung sprachlicher Äußerungen. Berlin 1975.
- Lewandowski, Th.: Linguistisches Wörterbuch. Heidelberg 1979 und 1980.
- Lutz, R.: Das verhaltensdiagnostische Interview. Stuttgart 1978.
- Martens, K., und Schmid, R.: Zum Problem der Sprachentwicklungsdiagnostik. Praxis Deutsch 1979 (Juli), S. 5—9.
- Mash, E., und Terdal, L.: Kompendium der verhaltenstherapeutischen Diagnostik. Frankfurt 1980.
- Miller, G., Galanter, E., und Pribram, K.: Strategien des Handelns. Stuttgart 1973.
- Nation, J., und Aram, D.: Diagnosis of speech and language disorders. Saint Louis 1977.
- Oksaar, E.: Spracherwerb im Vorschulalter. Einführung in die Pädolinguistik. Stuttgart 1977.
- Pawlik, K. (Hrsg.): Diagnose der Diagnostik. Stuttgart 1976.

- Pulver, U., Lang, A., und Schmid, F. W.: Ist Psychodiagnostik verantwortbar? Bern 1978.
- Schaar, E.: Konzept zum Sonderunterricht sprachverzögerter Kinder an der Maria-Stern-Schule, Würzburg. Unveröffentl. Manuskript.
- Schindele, R. (Hrsg.): Unterricht und Erziehung Behinderter in Regelschulen. Rheinstetten 1977.
- Schneider, B.: Sprachliche Lernprozesse. Lernpsychologische und linguistische Analyse des Erst- und Zweitspracherwerbs. Tübingen 1978.
- Schönberger, F.: Sozialpsychologie im Kontext einer handlungsorientierten Pädagogik der Körperbehinderten. In: Fachbereich Sonderpädagogik der PH Reutlingen (Hrsg.): Handlungsorientierte Sonderpädagogik. Rheinstetten 1978. S. 98—114.
- Schoor, U.: Förderdiagnostik im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik. In: Grohnfeldt, M., und Schoor, U. (Hrsg.): Sonderpädagogisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik. Berlin 1980.
- Speck, O.: Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder. München 1977.
- Steinert, J.: Allgemeiner Deutscher Sprachtest. Braunschweig 1978.
- Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 1, S. 1—16.
- Weisgerber, B.: Theorie der Sprachdidaktik. Heidelberg 1974.
- Wilkinson, A.: Sprache und Spracherwerb. Wie Kinder sprechen und lesen lernen. München 1975.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Stephan Baumgartner, Studienrat, Am Stadtpark 20, 8000 München 60.

Ausschreibung für den Entwurf eines Emblems der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. fordert hiermit zu einem Wettbewerb für den Entwurf eines Emblems auf. Das Emblem soll geeignet sein, auf Veröffentlichungen, Briefbögen und -umschlägen usw. dargestellt oder als Abzeichen verwandt zu werden.

Ausführung: Schwarz-weiß oder blau-weiß, rund oder eckig. Der Entwurf soll die Buchstaben »DGS« und/oder ein Symbol enthalten, das auf die Aufgaben der Gesellschaft hinweist. Höhe/Breite/Durchmesser des Entwurfs 10 bis 15 cm.

Für die Annahme eines Entwurfs wird ein Preis in Höhe von 500,— DM ausgesetzt.

Die Deutsche Gesellschaft erwirbt mit der Vergabe des Preises alle Rechte an dem Entwurf, der damit in ihren Besitz übergeht.

Über die Vergabe des Preises entscheidet ein vom Hauptvorstand eingesetzter Ausschuß. Bewerber erkennen durch ihre Teilnahme diese Bedingungen an. Der Rechtsweg bleibt in jedem Fall ausgeschlossen.

Entwürfe müssen **bis zum 15. September 1980** in verschlossenem Umschlag mit Angabe des Absenders dem Geschäftsführenden Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik vorliegen (Rostocker Straße 62, 2000 Hamburg 1).

Hamburg, den 1. Juni 1980

Der Hauptvorstand
i. A. K. H. Hahn
1. Vorsitzender

Hinweis und Bitte der Redaktion

Aus Gründen des Abbaus einer erheblich und fast unzumutbar angestiegenen Arbeitsbelastung bittet die Redaktion potentielle Autoren, die folgenden Richtlinien bei der Abfassung von Manuskripten zu beachten:

1. Dem Beitrag sollte eine etwa 10- bis 15zeilige Zusammenfassung vorangestellt werden.
2. Das Manuskript sollte vor dem Versand noch einmal gründlich auf orthographische sowie grammatikalisch-syntaktische »Unebenheiten« durchgesehen werden.

3. Hinsichtlich der Literaturhinweise im Text sollte beachtet werden:

Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern.

Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte (Beispiel: Luchsinger, 1956 a).

Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen (Beispiel: Liebmann, S. 93).

4. Hinsichtlich des Literaturverzeichnisses gilt:

Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschrieben (Beispiel: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.).

Sekundärliteratur ist als solche zu kennzeichnen (nach ...).

Bei **Büchern** sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Auflage) anzugeben.

Beispiel: Führung, M., und O. Lettmayer: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 1970⁴.

Bei **Handbuchartikeln** gilt folgendes:

Beispiel: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.

Bei **Zeitschriften-Beiträgen** sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern, das Heft sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen.

Beispiel: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971) 4, S. 111—123.

Die Redaktion

Die Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit m.b.H.
sucht zum nächstmöglichen Termin

1 Logopädin oder **1 sprachtherapeutische Assistentin**

für ihre sonderpädagogischen Kindergärten für sprach- und lernbehinderte Vorschulkinder.

Anfragen und Informationen erteilt Herr Dipl.-Psych. Meyer.

Bewerbungen sind zu richten an die

Gemeinnützige Gesellschaft für Behindertenarbeit m.b.H.
Liebigstraße 6, 3012 Langenhagen.

Erwin Richter, Lübbenau

Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns aus der Sicht eines Sprachheilpädagogen

1. Die Tatbestände

1.1. Zum gegenwärtigen Stand der medikamentösen Behandlung

Es ist in unserer Fachliteratur um die medikamentöse Behandlung des Stotterns merklich ruhiger geworden, nachdem in den Jahren von etwa 1955 bis 1967 darüber viel veröffentlicht wurde. Als von einem Großteil der Autoren anerkannt worden ist, daß an der Verursachung des Stotterns maßgeblich auch neuro-vegetative Störungen und pathophysiologische Hirnschaltungen beteiligt sind (vgl. *Seeman* 1974, S.279 ff.), wurde empfohlen, diese Störungen klinisch-medizinisch anzugehen. Damit fand als dritter Behandlungsweg die medikamentöse Behandlung Eingang in die Komplextherapie des Stotterns. Sie gehört also einer noch nicht langen Vergangenheit an und könnte eigentlich noch als Neuland bezeichnet werden. Denn dieser dritte Behandlungsweg ist, an der Unzahl der täglich behandelten Fälle gemessen, erst recht selten unter Hinzuziehung eines Mediziners und dazu oft noch unvollständig beschritten worden. Die medikamentöse Behandlung des Stotterns ist eigentlich Thema eines Arztes. Es dürfte jedoch allgemein interessieren, über dieses Thema aus pädagogischer Sicht zu diskutieren.

Es stellen sich die Fragen, warum nach dem ersten Anlaufen die weitere Forschung der medikamentösen Behandlung steckengeblieben ist und warum sie noch nicht den festen Platz erlangt hat, der ihr nach Anteil der somatischen Ursachen des Stotterns gebührt. Dafür können mehrere Gründe genannt werden.

Als Hauptgrund darf wohl angeführt werden, daß die hohen Erwartungen, die man nach Erkennen der somatisch-organischen Ursachen in die Medizin gesetzt hat, sich nicht erfüllt haben. Nach dieser Enttäuschung folgte bei den Medizinerinnen als auch bei den Pädagogen eine gewisse Resignation. Zum weiteren muß eingestanden werden, daß die medikamentöse Behandlung des Stotterns recht kompliziert ist, wie an späterer Stelle noch näher erläutert wird. Sie steckt also noch in großer Verunsicherung. Nicht jedes Medikament, das der Arzt verordnet, wird die ursächliche Störungsform treffen, und nicht jedes Medikament, das bei dem einen Stotterer eine sehr gute Wirkung zeigte, muß auch dem anderen helfen. Als weiterer wichtiger Grund ist die zu einseitige Erprobung von Medikamenten zu nennen. Gehen wir das Literaturverzeichnis durch, so sehen wir, daß die meisten Autoren der aufgeführten Titel Ärzte waren. So ist auch aus vielen Berichten zu entnehmen, daß bei einer medikamentösen Behandlung der Hauptakzent auf die Medikation gesetzt und dabei die Übungsbehandlung vernachlässigt oder gar nicht beachtet wurde; die Angaben des Therapieerfolges stützten sich hauptsächlich auf das eingesetzte Medikament.

Auch folgende Tatsachen können zur Begründung angeführt werden: Die Therapie des Stotterns liegt in der Hand des Pädagogen und Psychologen. Der Mediziner muß erst dazugeholt werden. Trotz der Hinweise zur Teamarbeit in unserer Literatur darf wohl gesagt werden, daß die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sprachheilpädagogen noch nicht recht zustande gekommen ist. Es ist möglich, daß den Kollegen in der Praxis, nach der vielen psychologischen Literatur der letzten Jahre, die psychische Seite des Stotterns zu sehr in den Blickpunkt ihrer Aufmerksamkeit gebracht worden ist und sie nun glauben, den Arzt in ihre Bemühungen nicht einschalten zu brauchen. Sicherlich bricht auch bei manchem Pädagogen der Ehrgeiz durch, die Beseitigung des Stotterns allein

mit pädagogischen Maßnahmen zu schaffen. Dieser wird sich erst gar nicht um eine Zusammenarbeit mit dem Arzt bemühen. Und es darf wohl auch gesagt werden, daß der Psychologe den Mediziner erst recht nicht um Rat und Mithilfe bitten wird. Er sieht die gestörte Sprache in rein psychologischen Ursachen und lehnt auch oft eine bedeutsame somatisch-organische bzw. neurophysiologische Mitursache ab. So mahnen z. B. *Fiedler/Standop* (1978, S. 148) zur »Zurückhaltung gegenüber der medikamentösen Unterstützung einer Sprechbehandlung.«

Es muß die weitere Frage gestellt werden, ob die Erprobung einiger in der Literatur genannter pharmazeutischer Präparate zur unterstützenden Behandlung des Stotterns bereits in so großem Stil erfolgt ist, daß die Berichte darüber wissenschaftlich beweiskräftig sind. Aus unserer Sicht können wir verneinen. Nach den Berichten zu urteilen, ging die Erprobung vielerorts etwa folgend vor sich: Es wurde ein geeignet erscheinendes Präparat herausgegriffen, oft von der Herstellerfirma zu Werbezwecken zur Verfügung gestellt, an einer Klinik oder Schule vom Arzt überwacht. Dieser ließ sich vom Sprachheilpädagogen über die Wirkweise berichten und faßte nach Enduntersuchung der Probanden seinen endgültigen Bericht ab. Wir können folgern, daß mit den bisherigen Erprobungen, auch oft mit dem Mangel zu geringer Zahlen behaftet, unser Thema der medikamentösen Behandlung noch lange nicht erschöpft ist, sondern daß wir erst am Anfang in der Forschung dieser Richtung und der Diskussion darüber stehen.

In der gegenwärtigen Stotterforschung scheint der Trend dahin zu gehen, die psychologische Seite des Stotterns noch besser erfassen und aufhellen zu wollen. Es wurde bereits gesagt, daß der Blick zu sehr auf die psychische Komponente des Stotterns gerichtet ist. Die Einbeziehung der amerikanischen Literatur und hier besonders der Verhaltenstheorie in die Therapie des Stotterns wird dazu wesentlich beigetragen haben. Darüber ist die Bedeutung der somatisch-organischen Beteiligung an der Gesamtverursachung des Stotterns zu gering beachtet worden, und damit kann auch die weitere Forschung jener Ursachen und mit ihr die medikamentöse Behandlung steckengeblieben sein. Wir müssen aber anerkennen, daß eine mehr oder minder starke somatische Komponente immer an der Verursachung des Stotterns beteiligt ist. Das beweisen schon die guten und schlechten Sprechtage des Stotternden. Wir informieren uns zur somatischen Beteiligung anhand von Zahlen, wenn wir bei *Steinig* (1954) lesen:

»Bei 70 Prozent der stotternden Jungen zeigte sich eine endogene Schwäche des Nervensystems im Sinne einer vegetativen Übererregbarkeit, eine Neuropathie oder aber Psychopathie leichten Grades. Bei einer kleineren Gruppe — etwa 15 Prozent — fanden sich Regulationsstörungen mit Erscheinungen einer neuromuskulären Erregbarkeit als Ausdruck einer larvierten Tetanie. Diese nervösen Krampfstände können aber auch durch psychische Traumata ... ausgelöst werden. Bei der restlichen Gruppe — auch etwa 15 Prozent — bestanden ausgesprochen endokrine Störungen, vorwiegend hypophysär-diencephaler Natur.«

1.1.1. Ein weiterer Mangel der bisherigen Erprobung

Sehen wir die vorliegenden Berichte über die versuchsweise medikamentöse Behandlung des Stotterns durch, so hören wir, daß ein Medikament in vielen Fällen eine sehr gute Wirkung gezeigt und in anderen Fällen hingegen völlig versagt hat. Wo mögen die Gründe dafür liegen? Ein Grund könnte sein, daß in einem Großversuch das Stottern als einheitliche Sprachstörung diagnostiziert, aber nicht nach der Störungsform differenziert wurde. Jedoch können zwischen Stottern und Stottern in der pathophysiologischen Struktur sehr große Unterschiede bestehen. Die am häufigsten anzutreffende Störungsform ist die vegetative Übererregbarkeit, wie bereits oben erwähnt. »In der Labilität der vegetativ-affektiven Sphäre sehen wir ... das Terrain, auf welchem sich das Stottern entwickeln kann.«

(Luchsinger 1943, S. 868). Nun aber kann der eine Stotterer ein mehr sympathikotones und der andere ein mehr parasympathikotones (vagotones) Zustandsbild zeigen.

Um bei Einsatz eines Medikaments die positive physiologische Wirkung bestimmen zu können, müßte also die Unterscheidung vorgenommen werden, ob es sich um einen mehr sympathikoton oder um einen mehr vagoton angeschlossenen Stotterer handelt. Darauf hat besonders *Brankel* (1955, 1960) in seinen Arbeiten aufmerksam gemacht. Die möglichen medizinischen Erkennungszeichen der vegetativen Anschlüsse dürften bekannt sein oder können leicht nachgelesen werden. Ein einfaches Erkennungsmerkmal für uns Pädagogen ist von *Seeman* (1941) klar herausgearbeitet worden. Die mögliche Phonationsdauer des Stotternden soll ein untrügliches Kriterium sein: Bei überlanger Phonationsdauer (bis zu 45 Sekunden) steht der Vagus in der Überfunktion, bei zu kurzer Phonationsdauer (oft nur 6 bis 8 Sekunden) steht der Sympathikus in der Überfunktion.

Es kann in der medikamentösen Behandlung bekanntlich zu Kontraindikationen kommen. Dazu ein Beispielfall: Atropin dämpft die Vagusfunktion und würde bei seiner Überfunktion das Vegetativum wieder in ein ungefähres Gleichgewicht bringen. Würde man einem stotternden Kind mit sehr kurzer Phonationsdauer das Medikament »Daturatropin« verordnen, so wäre das eine Kontraindikation und könnte möglicherweise die gegenwärtige Störungsform erheblich provozieren. Dagegen hat der Verfasser mehrmals eine sehr gute Wirkung von Daturatropin (vgl. bei *Scholz* 1954, auch *Weisse* 1957) bei jüngeren Kindern beobachten können, das von einem Neurologen verordnet worden war, und die tatsächlich eine lange Phonationsdauer zeigten.

1.2. Stimmen zur Pharmakotherapie

Wenn an einer Stelle pharmazeutische Präparate zur Erprobung bei Stotterern eingesetzt worden waren, so wurde wohl immer danach ein Ergebnisbericht veröffentlicht. Gehen wir diesen Berichten nach, so finden wir recht positive und befürwortende als auch negative und kritische Stimmen. Im folgenden sollen nur einige solcher Aussagen zitiert werden.

»Seit der Zeit, in der ich die medikamentöse Behandlung systematisch anzuwenden begann, haben sich die Ergebnisse der Behandlung des Stotterns wesentlich gebessert und beschleunigt« (*Seeman* 1974, S. 309).

»Erst dieses komplexe medizinisch-pädagogische Vorgehen führt zu einem großen Effekt bei der Behandlung von Stotterern« (*Asatiani* 1977, S. 174).

»Insgesamt haben wir den Eindruck gewonnen, daß ... eine medikamentöse Therapie eine wirkungsvolle Unterstützung der sonstigen Behandlungsmethoden darstellt« (*Bente und Schönhärl* 1956, S. 519).

»Die medikamentöse Behandlung erscheint uns deshalb so wichtig, weil sie die somatischen Störungen des Patienten beseitigt. — Es ist daher naheliegend, mit der medikamentösen Behandlung das vegetativ-funktionelle Gleichgewicht wieder herzustellen und den Patienten auf diese Art von seinen nervös bedingten Erscheinungen zu befreien, so daß er sich wohler fühlt und auf die übrige Behandlung auch besser ansprechen kann« (*Imre* 1955, empfohlenes Präparat: Anirrit).

»Diese erste Versuchsreihe hat jedenfalls ergeben, daß uns mit dem Allotropal ein Mittel an die Hand gegeben ist, mit dem bei dieser schweren Erkrankung, die unter dem Namen ‚Stottern‘ allgemein bekannt ist, selbst ohne oder mit nur geringer Unterstützung durch Übungsbehandlung und psychotherapeutische Verfahren, ein deutlicher Erfolg erzielt werden kann« (*H. Gutzmann* 1962).

»Besonders bei Tic und Stottern ist eine Reihe bisher unbeeinflussbarer Fälle nunmehr zu heilen oder maßgeblich zu bessern« (*Künzer, Ströder und Geisler* 1958, S. 1424, empfohlenes Präparat: Clorpromazin).

»Wir können ... sagen, daß mehr als die Hälfte der Patienten, die gleichzeitig ihre Übungstherapie durchmachten, spontan das Gefühl der inneren Beruhigung, das Nachlassen oder Schwinden der Sprechangst und damit der Erleichterung der Sprechsituation ... angaben« (Scholz 1954, eingesetztes Präparat: Daturatropin forte).

»Die Ergebnisse unserer Erhebungen bestätigen die Mitteilung von Scholz, daß mit den hier verwendeten Heilmitteln eine medikamentöse Therapie des Stotterns, stets natürlich verbunden mit den üblichen sprachheilpädagogischen Maßnahmen, möglich und nützlich ist, wenn auch deren Erfolge sich zunächst noch in bescheidenen Grenzen halten« (Weisse 1957, eingesetztes Präparat: Daturatropin forte).

»Bei dem Versuch (eine 7wöchige Medikation mit Meprobramat) wurde davon ausgegangen, daß die medikamentöse Unterstützung den Auswirkungsgrad exogener, die Übungsbehandlung und die Psychotherapie unter Umständen störender Faktoren einschränken könnte. — Eine Verbesserung des sprachlichen Leistungsniveaus war lediglich bei Kindern im Vorschulalter nach Abschluß der medikamentösen Unterstützung festzustellen, nicht jedoch bei den etwa 7 bis 10 Jahre alten Schulkindern« (Gebelt, Müller, Petrak und Zschocke 1967).

Die sicherlich zu voreiligen Erfolgsmeldungen über den Einsatz von »Haloperidol«, die sogar durch die Tagespresse und über den Rundfunk gingen, forderten eine berechtigte Kritik heraus. Plath (1975) referierte: »Diese Ergebnisse berechtigen zu der Forderung, daß in jedem Falle bei Stotternern der Versuch einer halbjährigen Behandlung mit Haldol neben einer psychologisch-sprachheiltherapeutischen Behandlung notwendig ist« (zitiert aus »Der Sprachheilpädagoge«, Heft 2/75). Dem hält Wurst (1976) gegenüber: »Wir konnten bei unseren Fällen keine überzeugende spezielle Wirkung (mit Haloperidol) auf das Stottern feststellen. In den meisten Fällen haben die Eltern bzw. die Logopäden oder Erzieherinnen festgestellt, der Zustand sei der gleiche wie vorher« (zitiert aus »Der Sprachheilpädagoge«, Heft 3/76). Wertebroch (1976) schreibt als kritische Erörterung: »Wegen erheblicher Mängel erscheint keine der Studien geeignet, wissenschaftlich haltbare Aussagen zu machen hinsichtlich der Wirkung von Haloperidol.«

Abschließend sei ein verheißungsvoller Satz aus ärztlichem Munde für den Sprachheilpädagogen gebracht: »Die erwähnte Pharmakotherapie bedeutet für die Logopädie-Lehrer eine wesentliche Hilfe. Eine diesbezügliche weitere gemeinsame Arbeit wird hoffentlich das erwartete befriedigende Resultat für unsere an Sprachstörung leidenden Mitmenschen bringen« (Szalka 1965, S.9).

Unsere Untersuchungen haben indessen ergeben, daß trotz der dazwischenliegenden 15 Jahre die »befriedigenden Resultate« noch ausstehen. Als kritische Stellungnahme zu den Beiträgen der medikamentösen Behandlung des Stotterns geben wir Aschenbrenner (1975) das Wort: »Sehr einfache Veröffentlichungen über Erprobungen an einer Handvoll Stotterer ohne Berücksichtigung des Trainerwechseleffekts, ohne Nachprüfungen der Ergebnisse etc. sind wohl eher als bedenklich zu bezeichnen und sollten im Hinblick auf die Folgeproblematik unterbleiben.«

1.3. Zur gewünschten medizinischen Unterstützung

Aschenbrenner (1975) hat das Thema der medikamentösen Behandlung des Stotterns aus überschaubarer Sicht wieder aufgegriffen. Nach Anführen einiger Autoren mit ihren empfohlenen Pharmazeutika und kritischen Bemerkungen dazu, gelangt er schließlich zu folgendem Schluß, »daß sich alle mit der Behandlung des Stotterns Befaßten eine medikamentöse Unterstützung allgemeiner, aber vielleicht auch speziell gezielter Art, individuell präzise angepaßt, für ihre schwere Arbeit vorstellen können und auch wünschen.« Dieser Satz drückt im wesentlichen das aus, was in den nachfolgenden Ausführungen enthalten sein soll. Dabei liegt für uns Pädagogen der Nachdruck auf den Stichworten

- »eine medikamentöse Unterstützung«,
- »gezielter individueller Art«,
- »vorstellen und wünschen«.

Zur gezielten individuellen Art bedarf es längerer Ausführungen, die in einem eigenen Kapitel (2.2.) enthalten sind.

1.3.1. Zur medikamentösen Unterstützung

Es ist in unseren bisherigen Ausführungen schon mehrmals darauf hingewiesen worden, daß die medikamentöse Behandlung nur eine unterstützende Therapie sein kann. Bei *Schönhärl* (1958) ist dazu zu lesen: »Ein Erfolg bei der Behandlung (des Stotterns) ist nur zu erwarten, wenn die 3 Behandlungswege, also Übungsbehandlung, Psychotherapie und medikamentöse Behandlung gleichzeitig, konsequent und aufeinander abgestimmt durchgeführt werden. Mit einer medikamentösen Therapie allein wird man ebensowenig etwas erreichen, als wenn man nur eine Übungsbehandlung oder nur eine Psychotherapie durchführt.«

In diesem Zitat ist deutlich gesagt, und wir möchten es unterstreichen, daß die medikamentöse Behandlung nur eine unterstützende Therapie sein kann. Aber sie wird unsere Gesamtbehandlung wesentlich erleichtern und verkürzen helfen. Die Hauptpfeiler in ihr bleiben die Übungsbehandlung und die Psychotherapie.

Die Übungsbehandlung hat die Aufgabe, die falsche Sprechtechnik und das widrige Zusatzhandeln des Stotternden abzubauen, um danach die neue erleichternde Sprechweise aufzubauen (vgl. *Richter/Wertenbroch* 1979). Das könnte natürlich kein Medikament übernehmen, es kann nur durch ein fleißiges Training erreicht werden. Es wäre also falsch zu erwarten, daß von einer bloßen Medikation, ohne Beherrschung der erleichternden Sprechtechnik, sich die jahrelang fest verwurzelte Symptomatik verlieren wird. Das entspräche freilich dem Wunschtraum aller Stotterer mit der vergleichsweisen Vorstellung eines anderen Übels: »Wenn ich Kopfschmerzen habe, nehme ich eine Tablette und bin frei von Beschwerden!« — Der Sportler kann auch nicht durch ein Pillenschlucken beispielsweise die Technik des Hochsprungs erlernen. Um zur Hochleistung zu kommen, muß er sehr fleißig trainieren. Er könnte aber dopen (wenn er dürfte), um im Wettkampf die absolute Ruhe und Sicherheit zu behalten.

Der Stotterer dürfte dopen, um die Erregungswelle vor Sprechbeginn zu stoppen und damit die Ruhe zu behalten, die gelernte erleichternde Sprechweise auch in kritischen Sprechsituationen anwenden zu können. Das Erreichen einer Ruhe zum Sprechen gehört schon zu den Aufgaben der Psychotherapie. Wenn dem Stotterer durch ein Psychopharmakon eine bedingte Sprechruhe und Sprechsicherheit gegeben und die Sprechangst gemindert werden kann, so wäre das eine sehr wertvolle und willkommene Hilfe der psychotherapeutischen Betreuung.

1.3.2. Zum Vorstellen und Wünschen

Das Ideal einer Stotterbehandlung wäre in jedem Fall die Einbeziehung des Arztes. Eine reguläre Zusammenarbeit mit Ärzten ist wohl heute erst an logopädischen Zentren möglich, die einer HNO-Klinik angeschlossen sind. Der ambulant arbeitende Sprachheilpädagoge müßte an seinem Ort um die Gunst des HNO-Arztes oder Neurologen buhlen, der unserem Anliegen wohl wenig Verständnis entgegenbringen wird. Und außerdem — so verlangt es wohl seine Kompetenz — würde er sich von einem in der Rangordnung unter ihm stehenden Pädagogen wohl nicht gern anraten lassen, was er laut unseren Literaturberichten verordnen könnte.

Ich selbst habe mir eine medikamentöse Unterstützung in der Behandlung meiner Stotterer sehr gewünscht, als ich noch im Dienst stand. In den wenigen Fällen, wo die Eltern

von sich einen Neurologen aufgesucht haben, zeigten sich nach entsprechender Medikation mitunter außerordentlich gute Erfolge. Ich denke da besonders an das Arzneimittel Daturatropin, das bei Überfunktion des Vagus die Stotter Symptome wesentlich reduzierte und nicht nur die Therapie in der Zeitfolge sehr verkürzte, sondern auch zu einer längeren Periode völliger Symptombefreiung führte — bis dann eventuell wieder ein Rückfall eintrat und eine neue Medikation nötig wurde. Sehr erfolgreich für mich war eine leider nur kurze Zusammenarbeit mit der Psychiatrie Lübben, mit einem für unsere Angelegenheit sehr aufgeschlossenen Neurologen.

Sehr oft habe ich mir bei stark verkrampften Kindern und Jugendlichen ein Medikament gewünscht, das diese starke Verkrampfung aufgelöst hätte, um nun überhaupt erst eine günstigere Voraussetzung für die Übungsbehandlung zu haben. Sehr oft wünschte ich mir bei psychisch verklemmten Kindern ein Psychopharmakon, das seelisch gelockert und die Kontaktarmut aufgelöst hätte. Aber es blieb beim Wünschen. In der Rückschau darf ich heute sehr wohl behaupten, daß meine Erfolge in der Stotterbehandlung, besonders bei Jugendlichen, noch weit bessere hätten sein können, wenn eine Zusammenarbeit mit den Medizinern von der Dienststelle erwünscht und auch möglich gewesen wäre.

1.4. Zur Bedeutung des Einsatzes von Psychopharmaka

Es ist allgemein bekannt, daß der Genuß von Alkohol die soziale Distanz verringert, kontaktbereiter macht, die Zunge löst und zur Sprechfreudigkeit anregt. Uns ist gleichfalls bekannt, daß viele jugendliche und erwachsene Stotterer vor wichtigen Sprechvorhaben zu ihrem schon bewährten Hilfsmittel in Form von Alkohol greifen. Es genügt ihnen meist schon ein mäßiger Genuß, um die beabsichtigte Wirkung eines besseren Sprechens zu erzielen. Der Einfluß des Alkohols auf ein störungsfreieres bis völlig fließendes Sprechen beim erwachsenen Stotterer darf als ein Phänomen angesehen werden.

Nun können wir freilich nicht dem Stotterer die Empfehlung geben, stets sein Fläschchen bei sich zu tragen, um in kritischer Sprechsituation störungsfrei sprechen zu können. Aber die Wirkung des Alkohols auf das Sprechen des Stotterers erbringt den Beweis, daß es möglich ist, mit (noch zu findenden) Substanzen die Steuerung der Hirntätigkeit zur Sprechkoordination derart positiv zu beeinflussen, so daß der Sprechablauf fließend bleibt. In all den Jahren meines eigenen Suchens (vgl. Richter 1979) schwebte mir vor, daß es vielleicht auch ein Medikament geben könnte, welches ohne schädliche Nebenwirkung dieselbe gute Wirkung auf das Sprechen erzielt wie der Alkohol. Dieses Medikament müßte die gleichen drei Wirkkomponenten haben, wie sie ein mäßiger Alkoholgenuß hervorbringt, nämlich

- Entspannung der Gesamtmuskulatur,
- psychische Entspannung mit Heben der Gemütslage bis zur Heiterkeit,
- Steigerung der Selbstsicherheit mit Mutbildung und stark verbesserter Kontaktfähigkeit.

Oder in der Terminologie der Medizin gesprochen: Das Medikament muß relaxierend, sedierend und euphorierend wirksam sein.

Ein in unserer Literatur mehrmals genanntes und zur Erprobung gekommenes Präparat ist »Librium«, das in seiner Wirkweise der des Alkohols gleichen könnte, wenn wir lesen:

»Die wichtigsten Eigenschaften, die das Psychopharmakon Librium bei der klinischen Anwendung zeigt, sind die Befreiung von Angst und ihren psychischen Begleiterscheinungen, die Lösung übersteigerter psychischer und muskulärer Spannungszustände sowie die Hemmung von Erregung, Reizbarkeit und Aggressivität. — Als Folge des Verschwindens der Angstzustände kann es, gleichsam auf indirektem Wege, zu einer leichten psychischen Stimulation und Stimmungshebung kommen, so daß der Eindruck eines antidepressiven Effektes entstehen kann.« (Zitiert aus: »Literatur-Dienst« der Dtsch. Hoffmann-La Roche A. G., Nr. 5/1961, S. 17.)

Für die unterstützende Therapie des Stotterns scheint »Librium« leider nicht gehalten zu haben, was man sich von ihm laut Indikationsanzeige hätte versprechen können. *Hommerich und Korzendorfer* (1966) haben in einer dreimonatigen Therapie bei 101 Stotterern im doppelten Blindversuch Librium und ein gleichaussehendes Placebo als Adjuvans zur gleichzeitigen Sprachübungsbehandlung eingesetzt und sind zu folgendem Resultat gekommen: »Aus dem Vorstehenden ergibt sich, daß eine routinemäßige Anwendung von Librium in der Stottertherapie wenig aussichtsreich erscheint, da eine direkte Beeinflussung des Leidens wenig wahrscheinlich ist« (S. 217).

Wiederum scheint »Librium« doch in der Stotterertherapie einsetzbar zu sein, wenn wir bei *Gastager* u. a. (1961) lesen können:

»Schließlich haben wir noch Librium bei 2 Stotterern im Alter von 19 bzw. 26 Jahren gegeben, die schon seit früher Kindheit an besonders stark ausgeprägtem Stottern litten und deswegen unsere psychotherapeutische Ambulanz aufsuchten. Die Gabe von 3mal 25 mg des Medikamentes pro Tag hat bei diesen beiden Patienten innerhalb von 2 bis 3 Tagen eine wesentliche Besserung im Sinne einer allgemeinen Entspannung und auch Lockerung beim Sprechen ergeben, die seit Monaten anhaltend ist« (S. 548).

Wir halten aus den Indikationsanzeigen fest, daß die Psychopharmaka eine muskuläre und psychische Entspannung sowie einen emotionalen Hochtrieb bringen. Das sind aber gerade die Kriterien, die das Stottern mindern können. Für den älteren Stotterer (obere Schulklassen und Jugendliche) ist die Minderung der affektiven Spannungen und die Reduktion der Sprechangst von ganz zentraler Bedeutung. Es ist zumeist immer die Erregungswelle vor Sprechbeginn, die den Stotterakt einleitet. Vermittelt man dem Stotterer mit einem Psychopharmakon die nötige Ruhe zum Sprechen, so wird die Erregung ausgeschaltet, die affektive Spannung mit Sprechangst vermindert, und der Sprechgang wird störungsfreier ablaufen. Oft würde schon der Anstoß bzw. die Einstellung zur Ruhe und Sicherheit genügen, um ein sich sonst einstellendes Stottern zu verhindern. Wir wissen jedoch, daß es auch dem routinierten älteren Stotterer mittels der Selbstbeherrschung nur schwer gelingt, zur Sprechruhe umzuschalten. Ein geeignetes Präparat könnte sie ihm geben oder zumindest dazu beitragen. Diese Heilmittel, die als Psychopharmaka bezeichnet werden, haben eine Untergliederung in

- Tranquilizer (tranquillitas = Wind- und Meeresstille)
- Ataraktika (ataractos = ungestört, unerschrocken)
- Antiphobika (landläufig als Antiangstmittel bezeichnet).

2. Theoretische Vorstellungen

2.1. Zur Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sprachheilpädagogen

»Die Behandlung des Stotterns ist schwierig und nur dann erfolgreich, wenn sie auf einer ärztlichen Behandlung in Verbindung mit Psychotherapie und Übungsbehandlung beruht.« ... »Bei der Behandlung des Stotterns darf nicht vergessen werden, daß es auf einer neuropathischen Konstitution beruht« (*Seeman* 1974, S. 293).

In diesem Zitat hebt *Seeman* die somatische Komponente hervor und setzt als Arzt die »allgemein ärztlichen Grundsätze« an die erste Stelle. Wir Sprachheilpädagogen rücken die logopädische Behandlung nach vorn und möchten diese vom Arzt unterstützt wissen.

Eine medikamentöse Behandlung des Stotterns sollte nur in der engen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sprachheilpädagogen erfolgen. Weiter oben wurde gesagt, daß bei der medikamentösen Behandlung individuell gezielt vorgegangen werden soll. Zum geforderten gezielten Einsatz müßte aber erst eine zeitraubende und kostspielige klinische Untersuchung mit genauer neurologischer Diagnose erstellt werden. Das dürfte jedoch die

Schranke für weitere Erprobungen großen Stils außerhalb von Kliniken sein. Es ist nicht möglich, jeden einzelnen Stotterfall einer klinischen Untersuchung zuzuführen. Einfacher wäre es, nach einer neurologischen Kurzuntersuchung und dem vom Pädagogen vermuteten bzw. differenziert diagnostizierten Stotterfall eine kleine Auswahl von Präparaten individuell auf ihre Wirksamkeit zu probieren, wobei der Pädagoge Hauptbeobachter sein müßte und dem Arzt Bericht erstattet. Der Arzt hat also unbedingt den Einzelfall zu sehen, ehe er nun nach Gutdünken ein Medikament verordnet.

Zum Erkennen des jeweiligen Stotterfalles und zur Beobachtung der Wirkweise des verordneten Medikaments muß sich der Sprachheilpädagoge einschalten. Er hat die zeitraubenden Vorarbeiten für eine medikamentöse Behandlung zu leisten und entlastet mit der Beobachtung weitgehendst den Arzt. Meine Vorstellungen hierzu sind folgende: Der Stotterer, Kind oder Jugendlicher, wird zuerst vom Pädagogen aufgenommen. Es gilt, zunächst die Art des Stotterns und die möglichen Ursachenquellen aufzudecken. Dazu ist eine gründliche Anamnese erforderlich. Hieraus soll ersehen werden, ob das Stottern hauptsächlich psychisch oder somatisch bedingt ist. Das ist sehr wichtig zu erkennen, denn bei Vorschulkindern werden wir wohl nur somatisch bedingte Stotterfälle dem Arzt zuführen. Aus den gezeigten Symptomen läßt sich auch erkennen, ob es sich um das genuine Stottern oder um ein Poltern mit Stotterkomponente handelt, ob dem Stottern somatisch bedingte Krampfpotentiale zugrunde liegen und ob eine vorherrschende Stimmabschnürung, besonders vor Sprechensatz, auf einen ernsthaften psychischen Ursachenanteil deutet. Nach all den Unterscheidungen kann der Pädagoge den vorliegenden Stotterfall differenzieren und an den Arzt mit entsprechenden Empfehlungen zur weiteren medizinischen Untersuchung und Behandlung weiterleiten.

Wenn dereinst die medikamentöse Unterstützung ein fester Bestandteil in der Komplexbehandlung des Stotterns geworden ist, so würde also nach der soeben dargelegten Vorstellung die Wirkweise eines Medikamentes nicht nur in der Kontrolle des Arztes, sondern auch in der des die Therapie erteilenden Pädagogen oder Psychologen stehen. Wie bereits an früherer Stelle erwähnt, hilft nicht jedes empfohlene Medikament jedem Stotterer. Für einige Präparate gibt es Kontraindikationen, oder es können sich störende Begleiterscheinungen zeigen. Es ist durchaus auch möglich, daß ein bisher gut wirkendes Medikament nach längerem Gebrauch plötzlich in das Gegenteil umschlägt (vegetativer Phasenwechsel) und nun wieder eine Sprechverschlechterung bringt. Das alles würde der Pädagoge zuerst feststellen und heraushören, um nun den Arzt darauf aufmerksam machen zu können.

Wir brechen damit sicherlich nicht zu sehr in den Kompetenzbereich des Arztes ein. Es ist nun einmal Tatbestand, daß der Sprachheilpädagoge viel öfter mit seinen zu behandelnden Stotternern zusammenkommt, als es dem Arzt möglich ist, und daß er persönlichere, wenn nicht gar freundschaftliche Kontakte zu ihnen unterhält. Im längeren Zusammensein wird der stotternde Schüler dem Pädagogen eher all seine Empfindungen mitteilen, so daß dieser wiederum als Mittler mit dem Arzt Rücksprache halten kann. Zudem hat der Sprachheilpädagoge das geübte Ohr dafür, die Schwankungen in der Sprechleistung sofort herauszuhören, um somit die positive als auch die negative Wirkung des eingenommenen Medikamentes feststellen zu können.

Der Sprachheilpädagoge wird nicht nur den Arzt zur Verordnung von Medikamenten in Anspruch nehmen wollen, sondern wird auch in vielen Fällen um Unterstützung im Gespräch mit den Eltern bitten müssen. Wir wissen, daß gerade bei jüngeren Stotternern ernsthafte Einschlafstörungen und Schlafstörungen vorliegen können. Oder es ist eine viel zu kurze Schlafdauer des Kindes festzustellen, die sich aus dem Erziehungsstil oder der Familiensituation ergibt. In diesem Punkt sündigen sehr viele Eltern und provozieren damit das Stottern ihres Kindes. Der Arzt wird bei den Eltern als größere Autorität angesehen,

als sie der Pädagoge genießt. Wenn der Arzt auf die Kräftigung des Nervensystems drängt und einen verlängerten Schlaf des Kindes fordert, so hat dies bestimmt mehr Gewicht, als wenn es der Pädagoge empfiehlt und begründet.

2.2. Zur Differenzierung der medikamentösen Behandlung

Um die Behandlung eines Stotterfalles mit Medikamenten differenziert unterstützen zu können, müßte das Stottern selbst zunächst unterteilt werden in

- Stottern mit rein neurotischer Komponente,
- Stottern mit diffuser organischer Komponente.

Wir folgen hier der grob überschaubaren Einteilung von *Beljakowa* (1977, S. 83/84). Diese zwei Komponenten lassen sich nicht streng auseinanderhalten, es sind immer beide Anteile, wenngleich in sehr verschiedener Gewichtsverlagerung, in einem Stotterfall vorhanden. Beide Komponenten bringen im Gehirn pathophysiologische Steuerungen und Schaltmechanismen, die es im Zuge der Heilarbeit zu verhindern oder aufzulösen gilt. Ein Weg dazu, der keinen großen Aufwand erfordert, ist eben der medikamentöse Angriff auf diese Fehlsteuerungen der höheren Nerventätigkeit. Wir werden also ein entsprechendes pharmazeutisches Präparat einmal hauptsächlich in die psychische Komponente und in einem anderen Fall hauptsächlich in die somatische Komponente einsetzen wollen.

In den Anfängen der medikamentösen Behandlung wurde in allen Stotterfällen, die jedoch die verschiedensten Störungsformen aufweisen können, und für jede Altersgruppe ein- und dasselbe ausgewählte Präparat eingesetzt. Heute wissen wir, daß der Arzt differenziert vorzugehen und zu verordnen hat. Das eingesetzte Medikament kann also verschiedene Angriffspunkte mit Wirkweisen haben.

1. Auf der psychischen Komponente liegend:

- Auflösen der psychischen Spannungslage bzw. allgemeine seelische Ruhigstellung,
- erleichterte soziale Kontaktherstellung,
- Reduktion der Sprechangst bzw. Aufbau einer Sprechsicherheit,
- Erhöhen der allgemeinen Stimmungslage bzw. Halten einer positiven Gemütslage.

2. Auf der somatisch-organischen Komponente liegend:

- Entspannung der Muskulatur, besonders der Phonations- und Artikulationsmuskulatur,
- Dämpfen und Gleichrichten der vegetativen Zentren, das ein Ausbleiben der üblichen Erregungswelle vor Sprechbeginn bringt.
- Zur Schlafvermittlung eines verlängerten Schlafs bei stark nervösen und nervenschwachen Kindern,
- Roborantia bei allgemein konstitutionell schwachen Kindern.

Der Einsatz von Medikamenten muß auch nach Altersgruppen differenziert werden.

Das Vorschulkind

Zuerst muß mittels einer eingehenden Anamnese die sehr wichtige Unterscheidung getroffen werden, ob das Stottern hauptsächlich aus psychischen oder somatisch-organischen Ursachen ausgelöst worden ist. Hier ist die Unterscheidung noch verhältnismäßig leicht. Bei den somatisch bedingten Stotterfällen wird eine medikamentöse Behandlung sehr erfolgversprechend sein. Wir erinnern daran, daß frühkindliche Hirnschädigungen und Schlafstörungen bzw. stark verkürzter Schlaf recht häufig die auslösende Ursache des Stotterns beim Vorschulkind sind. Als Arzt empfiehlt *H. Gutzmann* (1963, S.518): »Bei Kleinkindern kommt in allererster Linie eine medikamentöse Behandlung in Frage.«

Zum individuellen Einsatz bei Vorschulkindern lesen wir bei *Wlassowa/Kotschergina* (1968, S.21): »Die physiologischen Besonderheiten des wachsenden Organismus der Klein-

kinder ... erlauben es nicht, die krampfartigen Störungen des einen oder anderen Teils des sprechmotorischen Systems vorzugsweise zu lokalisieren, und machen eine genaue Differenzierung beim Indizieren der Mittel für die gezielte Therapie recht schwierig. Darum empfiehlt es sich, die Anwendung der genannten Heilmittel für alle Kinder eine Zeitlang durchzuführen. Zugleich ist es auch ratsam, bei der Indikation der Heilmittel individuell vorzugehen.«

Das Schulkind

Hier ist die Unterscheidung, ob das Stottern ursächlich und hauptsächlich auf der psychischen oder somatischen Komponente liegt, schon recht schwierig geworden. Beim stotternden Schulkind ist jetzt wohl immer mehr oder minder ein psychischer Anteil beteiligt, auch in den Fällen, die im Vorschulalter rein somatisch bedingt waren. Bei sensiblen Kindern wird sich die Erregungswelle vor Sprechbeginn, die Sprechunsicherheit und eventuell auch schon die Sprechangst dazugesellt haben. Im allgemeinen sollte nicht sofort mit Beginn der Übungsbehandlung auch die medikamentöse Behandlung einsetzen. Nur in besonders gelagerten und schweren Fällen könnte nach ärztlichem Gutachten eine Zeitlang schon vor Beginn der Übungsbehandlung ein geeignetes Medikament von Kindern eingenommen werden, die

- allgemein stark verkrampft sind,
- Schlafstörungen haben oder bei denen die Schlafdauer zu kurz ist,
- eine starke motorische Unruhe zeigen bzw. stark erethisch sind,
- kontaktarm und sehr ängstlich sind.

Damit würde man überhaupt erst die Grundlage für eine erfolgreiche Sprachübungsbehandlung schaffen.

Der Hauptansatzpunkt in der Behandlung des stotternden Schulkindes wird wohl nach wie vor die Sprachübungsbehandlung bleiben. Es sollte jedoch nur dort ein Medikament zugleich mit der Übungsbehandlung eingesetzt werden, wo es der Stotterfall tatsächlich erfordert. Würden wir ein Medikament bei noch bestehendem starkem Stottern einsetzen, so würde man von seiner Wirkweise zuviel erwarten und es könnte alsbald wieder verworfen werden, weil es immer noch kein wesentlich besseres Sprechen gezaubert hat. Es kann seine Wirkung nicht bringen, weil die Technik der erleichternden Sprechweise mit der möglichen Aussteuerung der Symptome noch nicht genügend beherrscht wird. Die Störungsform muß also schon mittels der Übungsbehandlung sehr gemindert worden sein, ehe wir die medikamentöse Unterstützung einsetzen können.

Bei Schulkindern empfiehlt der Verfasser zunächst eine Zurückhaltung im Einsatz von Psychopharmaka. Stotternde Schüler, die ihren Sprachfehler nicht allzu ernst nehmen und nicht besonders motiviert sind, dürfen vorerst kein Medikament bekommen. Es würde sie nur dazu verleiten, ihre Heilarbeit noch nachlässiger zu betreiben oder ihre aktive Mitarbeit ganz einzustellen, um nun alle Erwartungen in die Tablette zu setzen. Sie müssen erst eine gute Mitarbeit und ein ernsthaftes Bemühen bewiesen haben, ehe wir sie auch mit der Erprobung von unterstützenden Psychopharmaka vertraut machen können.

Wenn der Schüler gut mitarbeitet und auch zu Hause die neue erleichternde Sprechweise fleißig übt, so dauert es nicht allzulange, daß er im Therapiezimmer symptomfrei sprechen kann. Das ist jedoch erst der erste Abschnitt zur völligen Befreiung von seiner Sprachstörung. In emotional besetzten und erregenden Sprechsituationen (z. B. im Schulunterricht) wird er noch in seiner früheren Symptomatik bleiben. Jetzt könnte erforderlichenfalls mit einer medikamentösen Unterstützung begonnen werden. Besonders der sensible Schüler, der an schneller Erregung und Sprechangst leidet, braucht für das Sprechen im Alltag die Stützen der Sprechruhe und Sprechsicherheit. Wie bereits an früherer Stelle vorgeschlagen, müßte diese Medikation mit in der Kontrolle des Pädagogen liegen. Auch

wenn die offizielle Stotterbehandlung nach einer bestimmten Anzahl von Therapiestunden abgebrochen werden muß, bleibt der Schüler dennoch eine längere Zeit in der Dispensairebetreuung. Hier ist Gelegenheit gegeben, die Wirkweise weiter zu beobachten und einen möglichen Rückfall zu verhindern. Eine neuerliche große psychische Erschütterung, die zu einem Rezidiv führen könnte, kann allemal mit einem Beruhigungsmittel abgeschirmt oder abgefangen werden. Ganz besonders zur Rückfallverhütung kann medizinisch eingegriffen werden.

Der jugendliche Stotterer

Hier ist die Unterscheidung, ob es sich hauptsächlich um ein somatisch oder psychisch ursächlich bedingtes Stottern handelt, nicht mehr entscheidend. Jetzt ist die psychische Komponente wohl immer so stark vorherrschend geworden, daß sie den Hauptaufwand der Therapie erfordert. Wir werden auch hier mit der Übungstherapie beginnen, damit erst weitgehendst die Symptomatik abgebaut wird. Die Aussteuerung der Symptome in einer realen sozialen Situation erfordert eine gewisse Sprechtechnik, die erlernt und geübt werden kann. Sobald der Klient im Therapiezimmer fast symptomfrei sprechen konnte, begann der Verfasser sogleich mit der Psychotherapie und versuchte, ihn damit für ein störungsfreies Sprechen auch in den Alltagssituationen zu präparieren. Zur Unterstützung der Psychotherapie und zum leichteren Überstehen der spannungsbesetzten Situationen des Alltags wird sich ein geeignetes Psychopharmakon als sehr wirksame Hilfe erweisen. In diesem Alter legt *H. Gutzmann* (1963, S. 619) das Hauptgewicht auf die medikamentöse Behandlung, wenn er schreibt: »Die Behandlung nach beendeter ... Pubertät verschiebt sich in der Dosierung der drei angegebenen Grundrichtungen (medikamentöse Therapie, logopädische Übungsbehandlung, Psychotherapie) wieder mehr zu der medikamentösen Therapie hin.«

Für das Sprechen im Alltag braucht der ältere Stotterer ganz besonders die Stützen der Sprechruhe und Sprechsicherheit. In der Übungsbehandlung lernt er, wie er seinen Sprechgang in ruhiger und emotional spannungsfreier Situation symptomfrei steuern kann. Mit einem geeigneten Medikament gewinnt er die Ruhe, sein Sprechen auch in schwierigen Situationen symptomfrei zu steuern. Vornehmlich aber ist es die Sprechangst, die ein Stottern auslöst. Ein Psychopharmakon kann die Angst mindern oder ganz ausschalten und somit eine bedingte Sprechsicherheit geben.

Es könnten seitens der Sprachheilpädagogen oder der Stotterer selbst Bedenken erhoben werden, daß sich der Klient an das Medikament gewöhnt und es zum Dauergebrauch werden läßt. Das ist keineswegs zu befürchten und wird erfahrungsgemäß auch vom Stotterer selbst abgelehnt. Die medikamentöse Unterstützung wird nur so lange durchgeführt, bis eine gewisse Sprechkontaktbereitschaft und Sprechsicherheit erreicht ist. Weil alle diese Psychopharmaka rezeptpflichtig sind, muß der Patient immer wieder beim Arzt neu vorstellig werden. Er wird nur dann zu ihm gehen, wenn er das Mittel tatsächlich noch braucht. Er wird es aber trotzdem nie ganz ausgeben lassen. Auch der als rehabilitiert geltende Stotterer wird nie so sprachsicher werden, daß er nicht doch kritische Situationen kennt, wo er hängen bleiben könnte. Hat sich der Therapeut nach beendeter Dispensairebetreuung endgültig vom Klienten gelöst, und hat dieser seine »bewährte Tablette« gefunden, so ist ihm damit ein neuer Helfer an die Hand gegeben. Es gibt ihm schon eine erste Sicherheit, sein Mittel in der Tasche zu haben und es nötigenfalls eine halbe Stunde vor der kritischen Sprachsituation einnehmen zu können.

2.3. Als Schlußwort

Aus dem Dargestellten ist ersichtlich geworden, daß das Stottern durchaus auch ein medizinisches Problem darstellt, das nur allzuoft von Pädagogen und Psychologen übersehen oder ignoriert wird. Es harren noch viele Fragen zur Verursachung des Stotterns der

Lösung, ehe wir auch die Frage der Therapie einer Lösung näher bringen können. Hier hinein gehört auch die Forschung unserer abgehandelten medikamentösen Behandlung des Stotterns. Ich bin fest davon überzeugt, daß sie dereinst einen festen Platz in der Komplexbehandlung des Stotterns einnehmen wird, wenn die hirnpathophysiologische Forschung zur Verursachung dieser Sprachstörung weiter vorangeschritten ist. Es ist des weiteren meine feste Überzeugung, daß der große erwünschte Durchbruch einer erfolgreicheren Behandlung des Stotterns nur auf dieser Ebene neuer Erkenntnisse der Neurophysiologie des Stotterns mit dem dann möglichen gezielten Einsatz entsprechender Medikamente liegt. Und sehr wahrscheinlich bringt die pharmazeutische Industrie aus ihren Forschungslaboratorien auch für unsere Belange noch bessere Präparate hervor.

Es ist anzunehmen, daß dieser Beitrag zur Diskussion herausfordert. Das wäre vom Verfasser sehr erwünscht. Aus einer sachlich und fair geführten Diskussion können sich neue Aspekte und Erkenntnisse ergeben, die helfen würden, unsere so überaus aktuelle Fragestellung der medikamentösen Behandlung des Stotterns weiter aufzuklären. Wir haben uns in diesem Beitrag nur auf die wesentlichsten Punkte beschränkt. Es gäbe noch viele Fakten zur medikamentösen Behandlung im einzelnen zu erörtern, die indessen vielleicht in der zu erwartenden Diskussion angeschnitten werden.

Literatur

- Asatiani, N. M.: Die Beseitigung des Stotterns bei Erwachsenen. In: Becker, K.-P., Wlassowa, N. A., u. a.: Stottern. Berlin 1977.
- Aschenbrenner, H.: Aus neuerer Literatur über die medikamentöse Behandlung des Stotterns. Der Sprachheilpädagoge (1975) 4, S. 25—29.
- Beljakowa, L. I.: Zur Frage nach den pathophysiologischen Mechanismen des Stotterns. In: Becker, K.-P., Wlassowa, N. A., u. a.: Stottern. Berlin 1977.
- Bente, D., Schönhärl, E., und Krumpf, J.: Elektroencephalographische Befunde bei Stotterern und ihre Bedeutung für die medikamentöse Therapie. Arch. Ohren- usw. Heilk. (Kongreßbericht) 169. Bd. (1956), S. 513—519.
- Brankel, O.: Versuch einer pathophysiologischen Gesamtschau des Stotterns. Folia phoniatica 7 (1955) S. 153—171.
- Brankel, O.: Die Pathophysiologie des Stotterns im Lichte der Inbildlehre. Ärztliche Forschung 14 (1960) S. 341—347.
- Fiedler, P., und Standop, R.: Stottern. München/Wien 1978.
- Gastager, H., Hofmann, G., und Tschabitscher, H.: Klinische Erfahrungen mit Clordiazepoxide (Librium), einem neuen Tranquillizer. Wiener Med. Wochenschr. 111 (1961) S. 545—548.
- Gebelt, Müller, Petrak und Zschocke: Meprobamat in der Behandlung stotternder Kinder. Das deutsche Gesundheitswesen 22 (1967) S. 653—656.
- Gutzmann, H.: Über die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung des Stotterns. Dtsch. Med. Journal 13 (1962) S. 467—469.
- Gutzmann, H.: Das Stottern und seine Behandlung. Medizinische Klinik 58 (1963) S. 518—520.
- Hommerich, K. W., und Korzendorfer, M.: Untersuchung über die Anwendung von Clordiazepoxyd (Librium) in der Stottertherapie. HNO-Wegweiser f. d. ärztl. Praxis 14 (1966) S. 211—218.
- Imre, V.: Die medikamentöse Behandlung des Stotterns. Wiener Med. Wochenschr. 105 (1955) S. 286—287.
- Künzer, W., Ströder, J., und Geisler, E.: Pädiatrische Indikationen zur Therapie mit Phenothiazin-Derivaten. Münchener Med. Wochenschr. 100 (1958) S. 1422—1424.
- Luchsinger, R.: Untersuchungen des vegetativen Nervensystems bei Stotterern. Schweiz. Med. Wochenschr. 73 (1943) S. 868.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg-Bergedorf 1979.
- Richter, E.: Ein Beitrag zur medizinischen Behandlung des Stotterns aus der Sicht eines ehemaligen Stotterers. Der Sprachheilpädagoge (1979) 3, S. 17—27.
- Scholz, W.: Über Anwendung zentral wirkender Alkaloide bei Stotterern. Arch. Ohren- usw. Heilk. u. Z. Hals- usw. Heilk. 165 (1954) S. 618—622.

- Schönhärl, E.: Die medikamentöse Therapie bei Sprachstörungen, besonders beim Stottern. *Medizinische Klinik* 53 (1958) S. 1055—1057.
- Seeman, M.: Untersuchungen über Phonationsdauer bei Stottern. *Archiv. f. Sprach- und Stimmphysiol.* Bd. 5 (1941) 2.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin (Ost) 1974, 4. Aufl.
- Steinig, K.: Sonderkuren für sprachleidende Kinder im Rahmen einer spezialisierten Kurheilverfürsorge. *Neue Blätter f. Taubstummenbildung* 8 (1954).
- Szalka, W.: Die Pathogenese und Pharmakotherapie des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 10 (1965) S. 2—11.
- Weisse, H.: Zur unterstützenden medikamentösen Behandlung des Stotterns. *HNO-Wegweiser f. d. ärztl. Praxis* 6 (1957) S. 243—244.
- Wertenbroch, W.: Die Behandlung von Stottern mit Haloperidol. *Die Sprachheilarbeit* 21 (1976) S. 78—82.
- Wlassowa, N. A., und Kotschergina, W. S.: Das Stottern von Vorschulkindern und seine Heilung. *Die Sonderschule* 6 (1968) S. 17—25.

Weitere Literatur zur medikamentösen Behandlung des Stotterns

- Beckmann, G.: Neues zur Stimm- und Sprachheilkunde. *Med. Monatsschr.* 13 (1959) S. 482—484.
- Boers, G.: Sedierungstherapie im Rahmen der Sprachbehandlung. *Kinderärztliche Praxis* 30 (1962) S. 519—523.
- Brankel, O.: Erfahrungen mit der Reaktometrie bei der medikamentösen Stottertherapie. *Die Heilkunst* 76 (1963) S. 156—157.
- Doubek, F., und Pakesch, E.: Zur komplexen Therapie des Stotterns. *Wiener Med. Wochenschr.* 102 (1952) S. 687—691.
- Gundermann, H., Krone, U., und Böthig, H.: Die Station für sprachkranke Kinder an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik. *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung* 61 (1967) S. 201—205.
- Hanicke, O., und Leben, R.: Beiträge zur neuzeitlichen Betrachtungsweise und Behandlung des Stotterns. *Das deutsche Gesundheitswesen* 19 (1964) S. 545—550.
- Kluge, G.: Erfahrungen in der stationären Stottererbehandlung. *Die Sonderschule* 7 (1962) S. 206—212.
- Maschka, F.: Das Korrelationsprinzip in der Behandlung des Stotterns. *Die Sprachheilarbeit* 2 (1957) S. 75—84.
- Nessel, E.: Die Sprachstörungen des Kindes. *Münchener Med. Wochenschr.* 99 (1957) S. 1485—1487.
- Pakesch, E., und Doubek, F.: Die gezielte komplexe Therapie zentralbedingter Sprachstörungen bei Kindern. *Schweiz. Med. Wochenschr.* 84 (1954) S. 950—953.
- Peltz, H.-D.: Captagon in der Kinderpsychiatrie: Zur Behandlung des neurotisch bedingten komplexen Stotterleidens. *Medizinische Welt* 19 (1968) S. 261—267.
- Plath, P., und Caspers, H. P.: Erfolgreiche Behandlung des Stotterns mit Haloperidol. *Deutsches Ärzteblatt* (1975) Heft 33.
- Rantala, S.-L., und Petri-Larmi, M.: Haloperidol bei der Behandlung des Stotterns. *Folia phoniatrica* 28 (1976) S. 354—361.
- Schilling, A.: Die medikamentöse Unterstützung der Therapie des Stotterns. *HNO-Wegweiser f. d. ärztl. Praxis* 11 (1963) S. 300—303.
- Schönhärl, E.: Das sogenannte physiologische Stottern vornehmlich beim Kleinkind. *Dtsch. Med. Journal* 8 (1957) S. 618—620.
- Steinig, K., und Schreiber, W.: Rationelle Stottererbehandlung. *Neue Blätter f. Taubstummenbildung* 4 (1949/50) S. 124—129.
- Wlassowa, N. A.: Die Behandlung des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter. *Die Sonderschule* 2 (1957) S. 196—204.

Anschrift des Verfassers:

Erwin Richter, Sprachheilpädagoge i. R., Straße der Jugend 12, DDR-7543 Lübbenau.

Die 1. Ergänzungslieferung SMS

zur Strukturierten Materialien-Sammlung ist erschienen. Beachten Sie bitte unsere Anzeige mit Bestellzettel auf Seite 119.

Wartenberg & Söhne GmbH · Verlag

Vera Mérei, Budapest

Zur Arbeit mit den Eltern im Rahmen der Frühbehandlung stotternder Kinder

Eine der Hauptbestrebungen der zeitgemäßen Heilpädagogik ist die Früherfassung und Frühbetreuung von Behinderten. Diese Anschauung hat sich — schon vor Jahrzehnten — bei den Hörgeschädigten verbreitet und ist seitdem in jeden Bereich der Heilpädagogik durchgedrungen.

Die Voraussetzung für eine Realisierung der Frühförderung ist — berücksichtigt man das Lebensalter des Kindes — die Einbeziehung der Eltern, vor allem der Mutter, in die Heilerziehung des Kindes. Der Unterricht der Eltern über die Beschäftigung mit ihrem behinderten Kind und die fachgemäße Anleitung durch geeignete Supervision zeigten sich in allen Bereichen der Heilpädagogik als wirksam.

Unter den verschiedenen Vorstellungen bezüglich der Ätiologie des Stotterns treffen wir immer häufiger die Auffassung, daß eine angeborene spezifische Disposition und die das Stottern manifestierenden Mikro- und Makrotraumen gemeinsam den Hintergrund der Sprachstörung bilden. Unter Traumen ist die Komplexität jener Milieueinflüsse zu verstehen, die auf die ganze Persönlichkeit und auf den Sprachzustand des Kindes ungünstige Auswirkung ausüben. Einige Autoren betonen — besonders in bezug auf Kleinkinder —, daß ein günstiger Erfolg therapeutischer Bemühungen nicht von der Beschäftigung mit dem stotternden Kinde selbst, sondern eher mit seiner Umwelt — besonders mit der Mutter — zu erwarten ist. Die Wichtigkeit der Rolle der Mutter ist nicht nur wegen des jungen Lebensalters des Kindes gegeben. Noch wesentlicher ist die von vielen Autoren berichtete Erfahrung, daß in der Familienkonstellation stotternder Kinder häufig dominante, autokratische Mütter und schwache, passive Väter zu finden sind. Diese Erscheinung konnten wir selber auch öfters beobachten.

In der Fachliteratur können wir von verschiedenen Formen der Beschäftigung mit Eltern stotternder Kinder lesen. *Schuell* empfiehlt, in einem Intervall von jeweils mehr als einem Monat vier Interviews mit den Eltern durchzuführen. *Bensinger* organisiert am Wochenende zweitägige Seminare für die Eltern der in ihrem Heim untergebrachten schwer stotternden Kinder. *Beckey* und *Webster* führen Einzel- und Gruppengespräche mit den Eltern. Außerdem machen sie noch etliche Familienbesuche und stehen mit den Eltern in Brief- und Telefonkontakt.

Die Methode, von der ich jetzt berichten möchte, beruht auf dem mediativen Effekt wöchentlicher eineinhalbstündiger Gruppensitzungen mit Eltern stotternder Vorschulkinder.

Wir haben diese Arbeit im April 1973 im Rahmen des Phonetischen und Logopädischen Lehrstuhles der Heilpädagogischen Hochschule in Budapest begonnen und seitdem weiter fortgesetzt. In dieser Arbeit versuchten wir, zwei bedeutende moderne methodische Richtungen für die Logopädie zu verwenden: die eine ist die Methode der *Gruppendynamik*, die andere ist die der *pädagogischen Mediation*. Das wesentliche der pädagogischen Mediation ist, daß der erwünschte Effekt nicht unmittelbar die Person betrifft, die ein gestörtes Verhalten zeigt, also das stotternde Kind, sondern daß mit Hilfe der Mediation der Effekt in der Umwelt des Kindes zur Geltung kommt.

Anfangs — im ersten Jahr — haben wir die 14 Mütter zu den Gruppenzusammenkünften eingeladen, deren stotternde Kleinkinder in der logopädischen Zentrale in Budapest vorgemerkt waren. In den folgenden Jahren kamen auch solche Mütter in die Gruppe, deren Kinder in den Bezirksambulanzen vorgemerkt sind oder dorthin zur Therapie gehen. Im letzten Jahr haben wir von unserer Tätigkeit auch die Erziehungsberatungsstellen brieflich informiert, und so konnten wir auch von dort Mütter in die Gruppe einbeziehen.

Die Gruppenarbeit mit doppelter Leitung (Leiterin und Kotherapeutin) verläuft nach den traditionellen Prinzipien der Trainingsgruppen. Die Leitung zeichnet sich durch einen nondirektiven Stil aus, obwohl das Thema im Grunde genommen festgesetzt ist und so die Vorgehensweise eher als semidirektiv zu betrachten ist.

Die Zusammenkünfte finden jeden Donnerstag von 18.30 bis 20 Uhr statt. Außer den Müttern nehmen auch zeitweise Väter, Großmütter, zuletzt sogar eine ältere Schwester teil. Die Zahl der Teilnehmer fluktuiert stark. Krankheiten, Verkehrsschwierigkeiten, anderweitige Inanspruchnahme usw. spielen eine Rolle. Im Durchschnitt sind vier bis sechs Teilnehmer anwesend.

Nach einigen Wochen, wenn es so scheint, daß die Mutter die Gruppe regelmäßig besucht, untersuchen wir das Kind (seine Sprache und allgemeine Intelligenz) und nehmen von der Mutter eine ausführliche Anamnese auf. Am Ende des Schuljahres rufen wir die Kinder wieder ein, um den Sprachzustand festzustellen. Gleichzeitig untersuchen wir den Effekt der Gruppe mit einer pädagogischen Exploration. In den Sommerferien halten wir einmal eine Konsultation mit den Müttern.

Die Teilnehmer der Gruppe können frei von allem sprechen. Bei der ersten Gelegenheit bitten wir jede Mutter, ihr Kind »vorzustellen«. Sie soll von dem Kind, von dem Stottern, von seinen Eigenarten sprechen. Übrigens sind die Gespräche nicht gelenkt. Bekanntlich ist das Hauptmerkmal einer Gruppe das gemeinsame Ziel — in diesem Fall ist es das Beheben des Stotterns des eigenen Kindes. Diese Motivation hat im großen Maße die Aktivität der Gruppe bestimmt. So kann man sich eine Erscheinung klarmachen, welche nach eigener Erfahrung in anderen Gruppen und auch nach Erfahrung anderer Autoren zu beobachten ist, daß nämlich in dieser Gruppe nie Stillschweigen vorkommt. Außer der Rechenschaftslegung von dem aktuellen Sprachzustand des Kindes gruppieren sich die Themen der Gespräche um die alltäglichen Erziehungsfragen. Unter diesen war viel die Rede von den Spielen der Kinder, von Zerstreuungsmöglichkeiten, den Freundschaften, dem Zeitpunkt des Schlafengehens und den Umständen des Fernseh-Konsums, dem Essen (muß man alles aufessen, oder ist es erlaubt zu wählen?), den Ängsten, der sexuellen Aufklärung, den Antworten in Beziehung auf Fragen zu den Geschlechtsunterschieden, dem Problem der Geschwister-Eifersucht, dem Verspotten wegen des Stotterns usw.

Zum Zeitpunkt des Nikolaustages und zu Weihnachten oder Ostern entstehen viele Diskussionen über Realität oder Mythos. Im Zusammenhang mit Todesfällen in der Familie tauchte auch die Frage nach der Wahrheit oder dem Verschweigen auf.

Die Mütter, deren Kinder vor der Einschulung standen, hat dieser Problembereich (Schulbeginn) viel beschäftigt. Die obligatorische Schulreife-Untersuchung erweckte viel Unruhe bei den Müttern. Es gibt immer solche Mütter, die ganz unrealistisch sich davor fürchten, daß ihr Kind wegen des Sprachfehlers nicht die normale Schule besuchen könne, sondern nur die Sonderschule. Im allgemeinen schauten die Mütter mit viel Besorgnis den schulischen Anforderungen entgegen (»Jetzt kann er schon ganz vernünftig was erzählen, aber man muß abwarten. Wie wird das aber in der Schule sein?«).

Wie zu sehen, so kam die reiche Erscheinungswelt der verschiedenen Erziehungsstile und der Problembereich der Mutter-Kind-Beziehung zur Sprache. Die Mutter-Kind-Beziehung

war durch auffallend viele negative Gefühle charakterisiert. Wir hörten die endlose Flut von Beschwerden, welche nicht nur große Intoleranz verrät, sondern auch die Tatsache, daß die Eltern stotternder Kinder sich wegen ihrer Kinder schämen. Zwei Mütter haben z. B. erzählt, daß sie im Vorraum des Kindergartens ihrem Kind in der Anwesenheit anderer Eltern verbieten zu sprechen.

Aus den Offenbarungen der Mütter war das reiche Arsenal der rückständigen, autokratischen Erziehungsmethoden zu erkennen, die durch Strafen, Verbote, Prügel charakterisiert werden. Das Prügeln hält die Mehrheit der Eltern für ganz natürlich («Ich prügte ihn nicht mehr als sonst», sagte eine sich für tolerant haltende Mutter!). Die Mitteilungen der Mütter verraten auch, daß sie sich von den starren, stereotypen Verhaltensmustern in bezug auf überzogene Forderungen nicht freimachen können. Die Spontaneität des Kindes, der Gedanke an die selbständige Absicht des Kindes ist ihnen vollkommen fremd. In ihren Ansprüchen dem Kinde gegenüber richten sie sich nicht nach dem Kinde selbst.

»Man muß alles essen, weil nur die abwechslungsreiche Nahrung gesund ist.« — »Zum Frühstück«, sagt eine andere Mutter, »muß jeder dasselbe essen. Es ist nicht zu erlauben, daß das eine Kind Honig, das andere Käse ißt.« Die Mutter eines stotternden Mädchens beklagte sich: »Weil sie schlecht spricht, erlaube ich ihr alles. Jetzt spricht sie zwar gut, sie ist mir aber über den Kopf gewachsen. Man soll auch zur Entsendung erziehen. Ich will nicht, daß alles so geschieht, wie sie möchte«, widerspricht sie sich selbst, »das gefällt mir nicht.« — Ein 5jähriger Bub wird von der Mutter genötigt, nach dem Nachhausekommen vom Kindergarten noch mit anderen Kindern zu spielen, um in Gemeinschaft zu sein. — »Eva spricht sehr schön«, berichtet eine Mutter, »aber diese viele Liebe, die ich ihr jetzt gebe, ist vielleicht auch nicht gut, weil sie jetzt schlimm und überschwänglich ist. Sie setzt sich z. B. auf den Boden. So bedankt sie sich, daß ich alles für sie tue. Es schadet ihr nicht, wenn sie sich schuldig fühlt. Warum soll sie kein Schuldgefühl haben? Viele sagen mir, ich lobe sie viel zu viel, und darum ist sie jetzt so zu mir.«

Das schematische Denken der Eltern illustriert z. B. gut die Äußerung: »Ich habe bisher keine Antwort bekommen — auch von den Müttern dieser Gruppe nicht — was richtig und was falsch ist. Mein Sohn wünschte, sein Vater soll ihn baden. Schickt sich das?« Hierzu gehört auch der Wunsch mehrerer Mütter, daß es ein gutverständliches Buch geben sollte, welches das Maß gibt, wie ein Kind im gewissen Lebensalter *sein muß*.

Bei den Gesprächen mit anderen Mitgliedern der Familie konnten wir auch oft erfahren, daß sie das Kind nicht verstehen, daß ihre Einstellung zu der Sprachstörung des Kindes sehr ungünstig ist. Wir haben unter anderem gehört: »Öffne schon deinen Mund! Oh wie häßlich hast du das gesagt.« Eine andere Großmutter: »Mach deinen Mund nicht so auf, es fliegt noch was herein, und man muß ihn dann zusammennähen!« Eine schädliche Erscheinung ist es auch, daß das Hauptthema der ganzen Familie der aktuelle Sprachzustand des Kindes ist. Der Vater telefoniert z. B. tagsüber öfter nach Hause: »Wie spricht heute Hans?«

Eine weitere wichtige Erfahrung war für uns, daß in der Mehrheit der Familien der einheitliche Standpunkt bezüglich der Erziehung vollkommen fehlt. Wir haben auch solche Familien getroffen, in welchen die Erziehung nur von der Mutter oder ausschließlich vom Vater geleitet wird nach dem Grundsatz »die Erziehung soll in einer Hand sein«. Bei vielen Eltern ist die Quelle der ehelichen Konflikte der *Wertorientierungsunterschied* zwischen ihnen, z. B. meint der Vater: »Mit dem Lob muß man sparsam sein, man soll streng und mit Schimpfen erziehen.« Die Mutter, der diese Attitüde zu ihrer Persönlichkeit, mit ihren inneren Ansprüchen, mit der natürlichen mütterlichen Zärtlichkeit im diametralen Gegensatz steht, die aber ihrem Mann gegenüber sehr hörig ist, gelangt in

einen schwierigen Nervenzustand. Offensichtlich war diese Situation auch für die Kinder sehr schädlich. »Ich will meine Kinder so erziehen, daß sie nicht so werden, wie mein Mann ist«, sagte mit Recht diese Mutter. — Ein anderes Mal: »Es ist keine Harmonie zwischen uns. Mein Mann hält mich für schwach den Kindern gegenüber, deshalb holt er die Strenge manchmal nach. Unlängst hat er die Kinder so angeschrien, daß ich selber sehr erschreckte.« Eine andere Mutter — Pädagogin — sagte: »Ich stelle meinen Sohn nicht in die Ecke, ich überzeuge ihn eher. Mein Mann stellt ihn aber in die Ecke.« Ein anderer Vater wollte sein linkshändiges, stotterndes Kind auf die rechte Hand umstellen und hält die Mutter für zu schwach, weil sie die Linkshändigkeit toleriert.

Notwendigerweise stammen viele Schwierigkeiten daraus, daß zwei bis drei Generationen zusammenleben, zusammenwohnen. Die Interessen des Kindes respektierend und unseren Ratschlägen folgend, berichtet über dieses Problem eine Mutter folgenderweise: »Seit ich hierher komme, mache ich mir noch mehr Zeit frei für die Abende mit meinem Sohn. Seitdem ist auch mein Mann ruhiger und geduldiger mit mir. (Der Vater nahm auch an einigen Gruppenzusammenkünften teil.) Peter spricht jetzt wesentlich besser, obwohl er jetzt sogar kein Medikament einnimmt. Sein Verhalten ist zu Hause und auch im Kindergarten viel besser. Am Abend sind nur mein Mann und ich mit dem Kind zusammen. Wir haben uns von den anderen Mitgliedern der Familie (Großmutter, Tante) separiert. Meine Mutter ist zu laut und weist Peter ständig zurecht. Sie erlaubt ihm nicht, in der Küche zu helfen, obwohl er mir so gerne hilft. Jetzt schaut die Großmama auch das Fernsehen anderswo. Peter steht deshalb nur unter unserem Einfluß. Unsere Abende sind seitdem ganz anders. Auch mit meinem Mann kommen wir besser zurecht.«

Im Laufe der Zeit entwickelte sich eine gewisse *Solidarität*, ein Zusammenhalt, eine Wechselseitigkeit unter den Mitgliedern der Gruppe. Wenn jemand z. B. ein gutes Buch oder Spielzeug gefunden hat (besonders vor Weihnachten), bringt er das in die Gruppe, um es den anderen zu zeigen. Die Beweglicheren hatten ausgezeichnete Ideen zur Freizeitgestaltung, zu Familienausflügen (Flugplatz, Tropfsteinhöhle, Museum usw.). Die bis dahin mehr zu Hause Sitzenden berichteten bei nächster Gelegenheit mit Freude über die gut gelungene Zerstreung. Die Mutter eines Schulkindes brachte die Bücher und die Arbeitshefte ihres Kindes, um sie denen zu zeigen, deren Kinder vor der Einschulung stehen und die dieses Problem ganz besonders beschäftigt. Andere empfahlen Methoden zur Übung des Schreibens und Lesens. Einer Mutter, die sich viel plagte, ihrem Kind die Verkehrsregeln beizubringen, bringt eine andere einen für diesen Zweck angefertigten Diafilm. Als eine Mutter, deren Mann wegen seiner Strenge und Schroffheit bekannt war, darüber berichtete, daß ihr Mann ihren Sohn gelobt und geküßt hat, drückte die ganze Gruppe ihre Freude aus.

Im Laufe der Gruppenzusammenkünfte haben wir den Effekt erreicht, daß sich das Verhalten der Eltern veränderte, und dieser Effekt wirkte sich notwendigerweise auch auf die Kinder aus.

Diese Wirkung kam durch dreierlei mediatorische Kanäle zur Geltung:

1. durch Gruppengespräche,
2. durch populärwissenschaftliche Erklärungen über die Ätiologie und Eigenarten des Stotterns und die Darbietung einiger grundsätzlicher methodischer Kenntnisse,
3. durch Beratung über die Lebensführung.

In den auf die Einsicht zielenden *Gruppengesprächen* führte uns in erster Linie das Bestreben, daß die Mütter ihre Kinder mit deren Schwächen akzeptieren und lieben sollen und ihre anderen Werte erkennen. (»Ich beobachte mich jetzt selbst eher, ich sehe, daß ich nicht nur das Kind, sondern auch mich selbst erziehen muß.«) Die bedingungslose Liebe und Annahme ist die unentbehrliche Voraussetzung des Gefühls der Geborgenheit, Sicherheit des besonders sensiblen stotternden Kindes.

Von großer Bedeutung für die Einsicht war unter anderem das Treffen bei ihren Schicksalsgefährten mit ähnlichen Schwierigkeiten und die Freilegung der quälenden Probleme ihres Lebens. Einige Beispiele: »Ich lernte auch viel von den Antworten, die den anderen Eltern gegeben worden sind. Bisher konnte ich mir gar nicht vorstellen, daß auch ein Kind einen guten oder einen schlechten Tag haben kann. Aber jetzt, da ich es auch von den anderen Müttern hörte und mehr darauf achte, bin ich darauf gekommen, daß es so ist.« — »Die anderen Eltern haben mich auch gegenüber anderen (ihren eigenen Eltern, Verwandten) überzeugt, daß das Kind auch als Mensch betrachtet werden muß.« — »Früher störte es mich, daß mein Sohn stottert und ich ihm nicht helfen kann. Dann kam ich hierher, und damit hat ein neuer Zeitabschnitt begonnen. Diese Beschäftigung hat mir auch viel Schwung in den häuslichen Dingen gegeben. Der Mensch hört die Probleme der anderen.« — »Ich habe hier viel darüber gehört, daß die stotternden Kinder anders, empfindlicher sind.«

Eine weitere interessante Erfahrung war für uns, wie ähnlich die Probleme bei Müttern verschiedenen Lebensalters, verschiedener gesellschaftlicher Klasse, verschiedenen Bildungsgrades sind. Es war auch festzustellen, daß das Maß der Einsicht und des Verständnisses nicht von dem Bildungsgrad, sondern viel eher von der Persönlichkeit der Eltern bestimmt ist. In unserer Gruppe waren auch mehrere sogenannte »over-protective« Mütter. Diese möchten um jeden Preis ihr Kind an sich binden und mißbilligen die Bestrebung zur Selbständigkeit (z. B. brach die eine Mutter in Tränen aus, da ihr 6jähriger Sohn ohne sie für drei Tage fortfahren wollte. Dieselbe Mutter ist im Herbst bei der Schuljahreseröffnungsfeier, da ihr Sohn Schulkind geworden ist, in Ohnmacht gefallen.) Eine andere Mutter: »Eva geht sehr gerne allein einkaufen, aber ich fürchte, sie wird einen Hund treffen und erschrecken.« Dieselbe ist beleidigt, wenn ihre 8jährige Tochter die sich in alles einmischende Mutter aus dem Zimmer schickt, weil sie sich allein anziehen will, allein zeichnen will usw. Auf diese Mütter hatte große Wirkung, was sie von der Selbständigkeit, Unabhängigkeit einiger anderer Kinder hörten. (»Seit den Gesprächen erlaube ich mehr Selbständigkeit, verbiete weniger.«)

Von den grundlegenden Veränderungen, die in dem Erziehungsstil der Eltern erfolgten, haben die Mütter folgenderweise berichtet: »Thomas schläft jetzt ein, wann er will. Früher haben die Eltern das Zimmer des 4jährigen Buben abgesperrt, nachdem sie ihn ins Bett legten. Wir sind in jeder Beziehung nachgiebiger geworden. Wir danken für die Hilfe und Ratschläge. Alles hat sich bewährt, die Änderung ist fast unglaublich. Die Familie wundert sich auch, weil mein Schwager noch als Student auch schwer stotterte.«

»Das tägliche Prügeln hat aufgehört. Ich habe mich überzeugt, daß es einen richtigeren Weg gibt. Auch auf meine seelische Harmonie wirkt es so gut, daß ich herkommen kann. Mein Mann rät mir jetzt schon nicht mehr ab von der Teilnahme in der Gruppe. Er hat sich damit abgefunden. Er selbst ist jetzt auch geduldiger. Ich bin froh, daß ich meine Methode änderte. Ich traue mich schon eher, die Kinder zu lieben und das auch zur Schau zu stellen. ‚Mutti, du hast so ein gutes, warmes Herz‘, sagte unlängst mein Sohn. Er selber hat auch schon keine Hemmungen wegen des Stotterns und hat bei der Muttertagsfeier im Kindergarten schön deklamiert. Ich fange jetzt an, die Kinder zu genießen mit Hilfe der neugewonnenen Gesichtspunkte.«

»Wir prügeln jetzt Hans nicht mehr, sogar mein Mann nicht. Jetzt paßt sich mein Mann mir an, er hört mir eher zu als früher, und ich kann mit ihm auch schon die Erziehungsfragen besprechen.«

»Ich habe hier viel gelernt, bin viel ruhiger und sehe, daß die Kinder gleichrangige Menschen sind. Im Kindergarten sagte man mir, daß ich meinen Sohn zu sehr verwöhne. Ich habe aber der Kindergärtnerin berichtet, was ich hier hörte. Sie hat versprochen, sie wird auch herkommen.«

»Ich habe in der Familie schon erreicht, daß niemand das Kind zurückweist. Wir selber sprechen auch leiser und langsamer. Ich habe tatsächlich bemerkt, daß in der Bank, wo ich arbeite, die Klienten sich auch beruhigen, wenn ich leise zu ihnen spreche. Mein Sohn spricht auch besser, wenn ich ihn streichle.«

Der zweite Kanal ist die *Vermittlung populärwissenschaftlicher Kenntnisse* über die Ätiologie des Stotterns und über therapeutische Methoden. Die Mütter haben die Bauchatmung gelernt sowie auch die spielerischen Atemübungen von *Fernau-Horn* (Dampflok, Waldesrauschen) und ferner das auflösende Abendmärchen (*Mühlhausen*). Wir lasen häufig gemeinsam, später einzeln, solche Kindergedichte, die sich zum Rhythmisieren eignen. Diese begleiteten wir mit Trommeln am Stuhl, der Methode von *Svend Smith* entsprechend. Ähnlich wie *Fernau-Horn* und noch andere Autoren halten wir selbst es auch für wichtig, die Eltern über die Ätiologie des Stotterns und auch über die Eigenarten aufzuklären. Wir hielten es für besonders wichtig zu betonen, daß der wechselnde Sprachzustand des Kindes von seinem Willen unabhängig ist, d.h., daß die Bemühung die Krampfhaftigkeit nur erhöht (Bauchpresse). In bezug auf die methodischen Kenntnisse lenkten wir die Aufmerksamkeit auf das geeignete Sprechbeispiel (langsam, akzentuiert) und auf die Arten der Hilfe beim Stocken. Durch all das wollten wir auch das Ziel erreichen, daß wir die Mütter zur aktiven Mitwirkung in der Heilung ihres Kindes befähigen. Wir sind nämlich überzeugt, daß das auch ein wichtiger Weg zur erwünschten Besserung des Mutter-Kind-Verhältnisses ist.

In der Beratung zur *Lebensführung*, dem dritten Kanal unserer Einwirkung, haben wir besondere Aufmerksamkeit den vor der Einschulung stehenden Kindern gewidmet. Wir haben empfohlen, die zukünftige Lehrerin des Kindes aufzusuchen, um sie auf die eventuell auftretenden Sprachschwierigkeiten vorzubereiten und sie zu bitten, die Sensibilität des Kindes zu berücksichtigen. In mehreren Fällen haben wir schriftliche Gutachten zur Einschulung gegeben. Wo nötig, haben wir ihnen Hilfe zur entsprechenden logopädischen Versorgung gegeben. In mehreren Fällen haben wir einen Psychotherapeuten empfohlen.

Ein Mädchen, deren Debität der Kindergarten nicht entdeckte, haben wir in die Sonderschule bzw. zur Untersuchung in die heilpädagogische Beratungsstelle überwiesen. Die Mutter, die im Morgengrauen ihren Sohn ans andere Ende der Stadt in den Kindergarten ihrer Fabrik brachte — das Kind war deshalb immer unausgeschlafen, erschöpft —, hat sich entschlossen, zu Hause zu bleiben und Hausarbeiterin zu werden. Eine junge, seit kurzem verwitwete Mutter konnten wir überzeugen, ihre zwei Söhnchen aus dem Wochenkindergarten, welchen die Kinder ungern besuchten, herauszunehmen. Für einen schweren Asthmatiker haben wir einen guten Facharzt gesucht. Mehreren Müttern gaben wir Ratschläge bezüglich der Unterkunft ihrer Kinder in den Sommerferien.

Die Wirksamkeit der mediativen Technik kann vorrangig eine Änderung des Zustandes der Kinder wahrscheinlich machen. Die Umgestaltung des pädagogischen Stils der Eltern hat sich wie folgt auf das Stottern der Kinder ausgewirkt: Von den 18 am Ende des Schuljahres untersuchten Kindern stagnierten drei, gebessert waren neun, symptomfrei sechs.

Im Erziehungsstil der Eltern erfolgte eine grundsätzliche Veränderung. Laut der pädagogischen Exploration am Ende des Schuljahres geht man durch den Einfluß der Gruppenarbeit beinahe in jeder Familie toleranter mit dem stotternden Kind um, man schlägt es nicht, es wird selten und mild bestraft. Die die Gruppe besuchenden Mütter konnten das auch von ihrem Mann, von ihren Familienmitgliedern akzeptieren lassen. Laut der Exploration sind dadurch auch die Kinder näher an ihre Eltern gekommen. Die emotionellen Mißverständnisse nehmen ab, die Hemmungen des Kindes lindern sich. Diesem Prozeß ist die bedeutende Besserung der Sprache des Kindes zuzuschreiben.

Trotz alledem ist das Bild doch nicht so idyllisch, und wir können nicht sagen, daß wir die Arbeit mit diesen Müttern beendet hätten. Es kommt noch vor, daß sie oft nicht genügend Selbstvertrauen haben; die alte Mentalität und der Konservatismus der Umgebung geistern noch manchmal umher. Sie vertrauen auch noch nicht alle genügend ihren Kindern. »Wird denn Peter eine ordentliche Schule besuchen können?«, fragt z. B. die Mutter des jetzt 5jährigen Jungen, welcher früher ganz leicht stotterte und heute schon ganz symptomfrei ist, außerdem außerordentlich intelligent und diszipliniert, sogar etwas überreguliert ist.

Die erwähnten drei mediatorischen Kanäle (Gruppengespräch, populärwissenschaftliche Kenntnisvermittlung, Beratung zur Lebensführung) haben gemeinsam diese gruppensdynamische Atmosphäre hergestellt, deren Effekt sich im Laufe unserer Arbeit herausstellte. Die Mütter, die sich selbst, ihr Verhältnis zu ihrem Kind und die Probleme der anderen besser kennenlernten, beurteilen nun objektiver und toleranter ihr Kind und mit mehr Selbstkritik sich selber.

Die veränderte Einstellung dem Kind gegenüber ist auch das hervorragende Ergebnis anderer Autoren, die Gruppentherapie ausüben. *Kevin* z. B. berichtet, daß nach dem Abschluß der Gruppenarbeit die Mütter weniger perfektionistisch sind. Sie loben mehr, disziplinieren weniger, und das Verhalten der Kinder ist zu Hause (und parallel dazu in der Schule) wesentlich besser.

Wir selber haben auch deshalb den Gruppenrahmen gewählt, weil nach den Erfahrungen der Sozialpsychologie die Gruppe jedem Mitglied die Möglichkeit gibt, das eigene Verhalten besser zu verstehen, und das befähigt zur besseren Kontrolle der sonst auf automatischen, nichterwogenen Verhaltensstereotypen gründenden Reaktionen. Die Wirkung dieses Prozesses manifestiert sich auch in der Erziehung. Die Veränderungen, die die Gruppenstrukturen hervorrufen, sind nicht nur vorübergehend. Sie beeinflussen vielmehr das Verhalten auch außerhalb der Gruppe dauerhaft.

Aufgrund unserer günstigen Erfahrungen in der Elternarbeit setzen wir unsere Arbeit weiter fort. Ich hoffe, daß mein Bericht die Kollegen zur ähnlichen Arbeit anspornen wird, da es doch so scheint, daß wir uns durch die Eltern — vor allem die Mütter — der Lösung des Problems des Stotterns bei Kleinkindern nähern können.

Anschrift der Verfasserin:

Vera Mérei, Pasaréti — ut 36, H-1026 Budapest.

Wir sind eine größere sozial-caritative Einrichtung für lern- und geistig-behinderte — insbesondere für mehrfachbehinderte — Kinder und Jugendliche.

Für den sprachtherapeutischen Bereich innerhalb unseres modernen Therapiezentrums suchen wir eine(n)

Sprachtherapeutin(en) oder **Logopädin(en)**

Vergütung nach AVR/BAT; Zusatzversorgung und Beihilfe.

Bewerbung erbeten an

St. Vincenzstift Aulhausen — Sonderpädagogisches Zentrum —
Vincenzstraße 60, 6220 Rudesheim am Rhein.

6. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik führte vom 15. bis 17. Februar 1980 in Köln ihre 6. Mitgliederversammlung unter internationaler Beteiligung durch. Diesem seit 1977 bestehenden Gremium gehören etwa 30 Professoren und Dozenten für Sprachbehindertenpädagogik an Universitäten und anderen Hochschulen des Inlandes und vergleichbaren Einrichtungen des Auslandes an.

Neben berufspolitischen Fragen wurden im Rahmen einer Klausurtagung vor allem Probleme der Früherziehung Sprachbehinderter erörtert.

Die Arbeitstagung wurde vom Wissenschaftsministerium in Nordrhein-Westfalen finanziell unterstützt.

Moddemann

12. »Inzirkofener Gespräche (IG)«

Bei bisher stärkster Teilnahme versammelten sich vom 29. Februar bis 2. März 1980 im Volkshochschulheim Inzirkofen in erster Linie Logopäden, Sonderpädagogen und Sprechtherapeuten zum zwölftenmal. Das Rahmenthema der bekannten wissenschaftlichen Regionaltagung, bei der aktuelle Probleme der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Hörrehabilitation referiert und diskutiert werden, lautete diesmal: Die Körpersprache — nonverbale Kommunikation — in der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Hörstörungen.

Diese Tagung war vor allem auf praktische Übungen angelegt. Insofern zeigte es sich als notwendig, den 1979 zum erstenmal integrierten Workshops auch diesmal einen dominierenden Akzent zu geben. Da das Thema *Körpersprache*, auch Aspekt der Rhetorischen Kommunikation, einerseits äußerst aktuell ist, wissenschaftstheoretische Definitionen und Beschreibungen aber erst in Ansätzen bekannt sind — zumindest in der deutschsprachigen Literatur — ergab sich die Notwendigkeit, die praktischen Demonstrationen in den Arbeitsgruppen durch Referate vorzubereiten. Das geschah durch folgende Themen:

Nonverbale Kommunikation und nonverbales Verhalten — Überblick über ein Forschungsgebiet (Dipl. Psych. Harald G. Wallbott, Universität Gießen);

Körperlose Sprache — sprachlose Körper (Prof. Thomas von Fragstein, Fachbereich Darstellende Kunst der Hochschule für Künste Berlin);

Störungen im Sprachhandeln (Dipl. Psych. Udo Schoor, Pädagogische Hochschule Reutlingen).

Den verpflichteten Leitern der Arbeitsgruppen gelang es danach in zum Teil hervorragender Weise, die ohnehin stark motivierten Teilnehmer in den einzelnen Workshops zu aktivieren und mit den zu erarbeitenden Stoffen vertraut zu machen. Folgende Themen wurden demonstriert:

Wahrnehmung und Ausdruck. Übungsmodelle und Spielrealisationen zur nonverbalen Kommunikation (Prof. Dr. Claus Thomas, Staatliche Hochschule für Musik Freiburg);

Musiktherapeutische Arbeitsformen im Gesamttherapieplan in der Behandlung von Sprach-, Sprech- und Hörstörungen (Dipl. Päd. Volker Bolay, Fachbereich Musiktherapie der Stiftung Rehabilitation Heidelberg);

Einführung in das Psychodrama anhand von Kurzspielen (Psychodrama-Therapeutin Irene Haller, Heidelberg);

Die Anwendung gestaltungstherapeutischer Methoden im vortherapeutischen Feld (gepr. Sprechtherapeuten Josef Schnorrenberg, Köln);

Wechselbeziehung zwischen Atem — Stimme — Bewegung im Ausdruck der Persönlichkeit (Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin Verena Rauschnabel, Konservatorium Hamburg);

Eurhythmie als sichtbare Sprache (Heileurhythmikerin Ursula Herberg, Nürnberg).

Die Referate der 12. IG werden vermutlich Anfang 1981 im Beltz Verlag (Weinheim/Basel) publiziert.

Das Rahmenthema der »13. IG«, die vom 6. bis 8. März 1981 stattfinden, lautet: »Sprecherische Ausdrucksgestaltung als Therapieform bei Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen.«

Geert Lotzmann

32. Jahrestagung

der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie vom 6. bis 9. Juli 1980 in München (Messegelände)

für Ärzte, Psychologen, Heilpädagogen, Sonderschulpädagogen, Beschäftigungstherapeuten, Sprachtherapeuten, Musiktherapeuten, Sozialarbeiter und Kinderkrankenschwestern.

Themen u. a.: »Immunität und Schutzimpfungen im Kindesalter«, »Sozialpädiatrische Behindertenhilfe«, »Aktuelle Probleme der kindlichen Sozialentwicklung einschließlich Drogenszene und Jugendkriminalität«.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e.V. gemeinsam mit der Sektion Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, der Stiftung für das behinderte Kind und dem Fachausschuß Kinderkrankenpflege.

Anmeldungen und Informationen: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (089) 77 90 37.

Rehabilitation International

veranstaltet vom 6. bis 10. April 1981 in Wien ihre »3. Europäische Regionalkonferenz« unter dem Rahmenthema »Der Behinderte in der Gesellschaft«.

Montag, 6. 4. 81: Eröffnung und Plenarsitzung
Dienstag, 7. 4. 81: Prävention und medizinische Rehabilitation als Aufgabe der Sozialmedizin
Mittwoch, 8. 4. 81: Die Situation der Behinderten im Rahmen der Erziehung und der Ausbildungssysteme
Donnerstag, 9. 4. 81: Soziale Rehabilitation — Integration
Freitag, 10. 4. 81: Plenarsitzung

Die Teilnehmergebühr beträgt S 2250,— (bis 15. Januar 1981), danach S 2500,—.

Anmeldungen sind zu richten an das Sekretariat der 3. Europäischen Regionalkonferenz von Rehabilitation International, Postfach 10 5, A-1014 Wien.

Aus der Organisation

Außerordentliche Hauptvorstandssitzung

Am 19. April 1980 trat der Hauptvorstand (HV) der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik in der Sprachheilschule Würzburg zu einer außerordentlichen Arbeitssitzung zusammen.

Die vorbildlich angelegte, zweckentsprechend eingerichtete und mit ansprechenden Bildern, phantasievollen Kinderarbeiten und Blumen geschmückte Schule beeindruckte die Teilnehmer dieser Sitzung und ließ erahnen, daß unter diesen Bedingungen eine optimale Arbeit mit sprachbehinderten Kindern möglich ist.

Nach der Begrüßung und Eröffnung durch den 1. Vorsitzenden stand die Reaktion der Phoniater und des Zentralverbandes für Logopädie auf die Veröffentlichung des Papiers »Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten« in der »Sprachheilarbeit« zur Diskussion. Im Gespräch mit Herrn Prof. Biesalski wurde geklärt,

- daß pädagogisches Handeln bei Sprachbehinderten von allen an der Rehabilitation Sprachbehinderter beteiligten Berufsgruppen eingesetzt wird (rein medizinische bzw. psychotherapeutische Maßnahmen sind davon ausgenommen),
- daß mit dem Papier keine berufsständischen Ziele verfolgt werden und
- daß weiterhin an der Absicht, das gemeinsame Papier »Merkmale rehabilitativen Handelns bei Kommunikationsgestörten« zu erstellen, festgehalten wird.

Anschließend wurden Anträge an die Delegiertenversammlung besprochen, u. a.

- eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrages auf 35 DM an die Bundeskasse,
- eine Anhebung des Betrages, über den der GV ohne Zustimmung des HV verfügen kann,
- eine Neuregelung des Delegiertenschlüssels (1 Delegierter auf 50 Mitglieder).

Herr Hahn berichtete über die Arbeit an dem Entwurf zur 3. Auflage der »Begutachtungsanleitung bei Stimm- und Sprachstörungen«.

Nach der Diskussion des von Herrn Wiechmann eingebrachten Vorschlags, ein Emblem für die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (DGS) zu entwerfen und künftig zu verwenden, beschloß der HV, dieses Anliegen als Wettbewerb in unserer Fachzeitschrift auszuschreiben (siehe Seite 89).

Abschließend berichteten Frau M. Gey, Vorsitzende des Berufsverbandes der Sprachtherapeutischen Assistenten, und Frau M. Saatweber, Vorsitzende der Lehrervereinigung Schlauffhorst-Andersen, über Probleme ihrer Berufsgruppen, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit ihrer Einbeziehung in das Logopädengesetz (Anerkennung als Heilhilfsberuf) und der damit verbundenen Vor- und Nachteile.

Die nächste HV-Sitzung wird am Mittwoch, dem 24. September 1980, 11 Uhr in der Kongreßhalle der Stadt Saarbrücken stattfinden.

R. Mosebach
Komm. Geschäftsführer

Landesgruppe Hessen

In der Zeit vom 2. bis 3. Mai 1980 fand im Kurhaus von Bad Nauheim eine Fortbildungstagung für Sprachheilbeauftragte, Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen statt, die vom Hessischen Sozialministerium in Verbindung mit der Landesgruppe Hessen und der Frankfurter Schule für Hörbehinderte des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen veranstaltet wurde.

Neben Problemen der ambulanten Versorgung Sprachbehinderter in Hessen, wobei die Sprachheilbeauftragten bei den Gesundheitsämtern eine gewichtige Rolle spielen, stand die Frühförderung im Mittelpunkt der Referate und Diskussionen. Es wurden jedoch auch Themen der schulischen Sprachheilarbeit angesprochen.

Über die Tagung erscheint demnächst ein Tagungsbericht, der über die Landesgruppe Hessen bei dem 1. Vorsitzenden Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1, angefordert werden kann.

Bericht über die »5. Berchtesgadener Tage« der Landesgruppe Hessen

Nachdem nunmehr die »5. Berchtesgadener Tage« vorbei sind, kann man wohl mit Recht hoffen, daß diese eine ständige Einrichtung bleiben können, zumal gerade diese fünfte überregionale Fortbildungstagung der Landesgruppe Hessen nicht nur am stärksten besucht war, sondern auch die aktivsten Teilnehmer aufzuweisen hatte.

Das Programm der Tagung umfaßte folgende Punkte:

24. 3.: Buch- und Materialenausstellung. Begrüßungsabend. A. Schulze, Marburg: Einführung in das Programm. E. Güll, Berchtesgaden: Land, Leute und Schulwesen des Berchtesgadener Landes, 1. Teil.
25. 3.: A. Schulze, Marburg: Zur Sprachtherapie bei lern-, geistig- und körperbehinderten Kindern. Dr. S. Baumgartner, München: Neue Aspekte der Diagnostik (mit Video-Vorführung). Abends: Auswertung der Tagesthemen in Kleingruppen. Video-Vorführungen über Behindertenprobleme.

BEZIRKSAMT NEUKÖLLN VON BERLIN	BERLIN
<p>Wir suchen für unsere Abt. Gesundheitswesen zum sofortigen Dienstantritt</p> <h2 data-bbox="347 1055 949 1104">2 Logopäden</h2> (40 bzw. 20 Wochenstunden) <p>Arbeitsgebiet: Beratungsstelle für Hörbehinderte (im Heilpädagogischen Zentrum), Sprachausbildung und Sprachverbesserung bei hörbehinderten Kindern und Jugendlichen in Zusammenarbeit mit Fachpädagogen, Ärzten und Psychologen.</p> <p>Anforderungen: Staatliche Anerkennung oder mindestens 2jährige Fachausbildung an Universitätskliniken oder medizinischen Akademien mit Prüfung als Logopäde.</p> <p>Wenn Sie an der genannten Tätigkeit interessiert sind, richten Sie bitte Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an das</p> <p>BEZIRKSAMT NEUKÖLLN VON BERLIN Abt. Personal und Verwaltung, Personalamt — PA II/1 — Karl-Marx-Straße 83, 85, 1000 Berlin 44.</p>	

26. 3.: O.-F. von Hindenburg, Hannover: Zur Frühförderung Sprachbehinderter. Vorstellung eines neuen Behinderten-Zentrums Hannover. Anni Braun, München, und Arbeitskreis der Sprachheilschule München: Beispiele einer speziellen Stottererbehandlung und nachgehenden Fürsorge. Abends: Auswertung der Tagesthemen in Kleingruppen.
27. 3.: Exkursion zum Behinderten-Kinderdorf St. Isidor bei Linz OÖ. mit Außenstelle Hartheim. Führungen: Geistlicher Rat Professor Erber, Direktor des Kinderdorfes, Frau Sonderschuldirektorin Marianne Keplinger. Abends: E. Güll, Berchtesgaden: Aus der bayerischen Landes- und Schulgeschichte, 2. Teil.
28. 3.: G. Heinrichs, Essen, O.-F. von Hindenburg, Hannover: Berufsbilder, Berufsvertretungen. Ausschubarbeit unter Mitwirkung aller Teilnehmer. Desgl.: Honorierung der Sprachtherapie. Abends: Arbeit in Seminaren: H. Aschenbrenner, Wien: Rhotazismusbehandlung, Dr. Hohenleitner, München: Konzentrations- und Reaktionsübungen, A. Wiebe, Lehnsahn: Ambulatorium und Frühförderung.
29. 3.: Zusammenfassung der Tagungsergebnisse in Kleingruppen und Plenum. Schlußwort.
- Während der Tagung wurden verschiedene Anträge gestellt und Resolutionen verabschiedet, die sich mit der Beschreibung des Berufsfeldes des Sprachheilpädagogen, mit der Schaffung einer berufsständischen Vertretung innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik und mit der Vereinheitlichung der Honorierung für Sprachtherapie befaßten. Die Anträge wurden inzwischen bereits auf der Tagung des Hauptvorstandes in Würzburg besprochen und sollen auf der Delegiertenversammlung in Saarbrücken vorgebracht werden.
- Besonders ist hervorzuheben, daß sich diesmal die Landesgruppe Bayern in noch größerem Maße an der Tagung beteiligte und der 1. Vorsitzende dieser Landesgruppe, Herr Thierbach, sowie Vorsitzende und Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, voran Frau Marianne Keplinger und die Herren Hannes Aschenbrenner und Anton Rumler, durch ihre Anwesenheit auch für die künftige Zusammenarbeit besondere Zeichen setzten.
- Die »6. Berchtesgadener Tage« werden vom 6. bis 11. April 1981 im Lehrerheim Schloß Fürstenstein in Berchtesgaden stattfinden. Arno Schulze

Würdigungen

Prof. Dr. phil. Michael Atzesberger 60 Jahre

Wie wir erst kürzlich erfuhren, ist der große Förderer der sprachheilpädagogischen Arbeit mit Lern- und Geistigbehinderten, Prof. Dr. Michael Atzesberger, am 8. Januar 1980 60 Jahre alt geworden.

Atzesberger, der durch zahlreiche Veröffentlichungen, u. a. durch seine Bücher »Sprachbildung bei Lernbehinderten«, »Sprachaufbauhilfe bei Geistigbehinderten«, »Sprachaufbau, Sprachbehinderungen, Pädagogische Hilfen« und neuerlich durch die »Einführung in die Tiefenpsychologie und Kinderpsychotherapie« bekannt geworden ist (zusammen mit Herbert Frey erschienen noch »Verhaltensstörungen in der Schule« und »Förderung von lese-rechtschreibschwachen Grundschulern«), studierte 1948/49 bei Prof. Montalta in der Schweiz, nach einigen Jahren in der Schulpraxis bis 1961 in München und nahm anschließend als promovierter Diplom-Psychologe eine Berufung in die Leh-

rerbildung des Landes Rheinland-Pfalz an. Seit 1970 ist er ordentlicher Professor für Psychologie an der Erziehungswissenschaftlichen Hochschule Rheinland-Pfalz, Abteilung Koblenz.

Wir grüßen Prof. Atzesberger von dieser Stelle recht herzlich und wünschen ihm noch viele Jahre Schaffensfreude zum Wohle der Behinderten.

Arno Schulze

Dipl. Psych. Udo Schoor zum Professor ernannt

Herr Dipl. Psych. Udo Schoor, Vertreter für Sprachbehindertenpädagogik (Schwerpunkt: Psychologie bei Sprachbehinderten) am Fachbereich Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Reutlingen, wurde im März 1980 zum Professor ernannt.

Wir gratulieren Herrn Professor Schoor zu dieser Ernennung und wünschen ihm weiterhin ein erfolgreiches Wirken im Reutlinger Arbeitskreis.

M. Grohnfeldt

Bücher und Zeitschriften

Manfred Grohnfeldt: Diagnose von Sprachbehinderungen. Theorie und Praxis der Felddiagnostik bei Sprachbehinderten. Carl Marhold Verlag, Berlin 1979. 98 Seiten. Kartoniert. 18 DM.

Unter diesem Titel veröffentlicht der Autor eine Schrift, die versuchen will, »bei Einhaltung eines hohen Standes an theoretischer Instruktion den Praktiker in die Lage zu versetzen, unter den Bedingungen des Schulalltages Diagnostik zu betreiben und pädagogisch zu verantworten« (S. 1). Abgesehen davon, daß der Rezensentin (vielleicht geht es anderen Lesern auch so) die Bedeutung der Formulierung »Diagnostik pädagogisch zu verantworten« bis zum Schluß des Buches rätselhaft geblieben ist, stellt der Autor selbst mit diesem

Satz einen hohen Anspruch an sein Werk, an dem er gemessen werden sollte.

Grohnfeldt beginnt mit einem Kapitel zur Definition von Sprachbehinderungen, in dem — neben der klassischen Auflistung einzelner Erscheinungsformen sprachlicher Beeinträchtigungen — auf die Feststellung Wert gelegt wird, daß diese auf vielfältige und komplexe Verursachungsfaktoren zurückgehen und häufig im Zusammenhang mit anderen Beeinträchtigungen wie z. B. der Wahrnehmung, der Motorik, der kognitiven Entwicklung zu sehen sind.

Unter der Überschrift »Aufgaben- und Funktionsbereiche einer Diagnostik von Sprachbehinderungen« streift der Autor die verschiedensten Teilpro-

erftkreis

Das Heinrich-Meng-Institut — Institut für Psychohygiene — des Erftkreises in Brühl sucht einen

Logopäden(in)/Sprachtherapeuten(in)

mit staatlich anerkannter Ausbildung.

Die Stelle ist nach Vergütungsgruppe IV b/IV a BAT ausgewiesen.

Das Institut für Psychohygiene ist eine Einrichtung des Erftkreises mit einer Hauptstelle in Brühl und zwei Nebenstellen in Bergheim und Frechen. Die Aufgabe der Sprachtherapeuten/Logopäden umfaßt sprachliche Untersuchungen und Behandlungen (Einzel- und Gruppentherapie) bei Kindern und Jugendlichen sowie intensive Elternarbeit in enger Zusammenarbeit mit Psychologen.

Die Schloßstadt Brühl liegt zwischen Köln und Bonn. Alle Elementar- und weiterbildenden Schulen sind am Ort bzw. in unmittelbarer Nähe. Die benachbarten Universitäten Köln und Bonn lassen sich mit öffentlichen Verkehrsmitteln schnell erreichen.

Wir bieten: Gleitende Arbeitszeit, Zuschuß zum Mittagessen sowie alle sonst üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sowie Angaben des frühesten Eintrittstermins werden möglichst umgehend erbeten an den

**Oberkreisdirektor des Erftkreises — Personalamt —
Bethlehemer Straße 9, 5010 Bergheim (Erft)**

bleme, so z. B. die Normproblematik (Subjektivität in der Beurteilung sprachlicher Normabweichungen), die Bedeutung einer Spracherwerbtheorie als Hintergrund für die Erfassung gestörter Sprachentwicklung, Fragen der Verteilung von Sprachbehinderungen in verschiedenen Altersgruppen, damit zusammenhängend die Zuständigkeit von Sprachbehindertenpädagogik und -schule, ferner Fragen der Prophylaxe usw. Die Ausführungen hierzu werden auf 16 Seiten komprimiert und geraten dadurch zum Teil uninformativ; so wenn z. B. zum Spracherwerbsprozeß im syntaktisch-morphologischen Bereich die aus der Psycholinguistik herrührende Position Chomskys und anderer Vertreter der nativistischen Richtung derart verkürzt skizziert wird, daß sie dem nicht vorinformierten Leser keinen Einblick in die Problematik vermittelt, den informierten hingegen durch Ungenauigkeit verärgert — bei ganzen 13 Zeilen für dieses Thema eigentlich nicht verwunderlich (S. 17).

In den folgenden Kapiteln nimmt der Autor Bezug auf die in der Psychodiagnostik seit einigen Jahren diskutierte Kritik an der traditionellen Diagnostik und stellt das medizinische Modell dem sozialwissenschaftlichen gegenüber, gibt einen Überblick über gängige diagnostische Verfahren zu den Bereichen Anamnese, Stimm-, Sinnes- und Sprachprüfungen, Motorik, Lernverhalten, Intelligenz- und Persönlichkeitstests. Abschließend druckt der Autor ein fiktives Beispielgutachten zur Veranschaulichung des von ihm so genannten und vertretenen Ansatzes einer »mehrdimensionalen Förderdiagnostik im Sinne einer problemorientierten Strategie«.

Auch in diesen Teilen unterlaufen dem Autor verschiedentlich Fehler oder zumindest Ungenauigkeiten. So wird einer der Hauptkritikpunkte am medizinischen Modell — die ausschließlich individuumorientierte Betrachtungsweise von Störungen — nur am Rande erwähnt und kommt auch in den folgenden Ausführungen (Besprechung von Verfahren, Gestaltung eines Gutachtens) in keiner Weise zum Tragen. Die einzige, drei Zeilen umfassende Stelle, an der der Einsatz von

Verhaltensbeobachtung als diagnostischer Methode erwähnt wird, verweist auf eine sehr allgemeine Literaturangabe aus dem Gebiet der Soziologie von 1967 (S. 67). Interaktionsanalytische Vorgehensweisen werden gar nicht erwähnt. Es drängt sich der Verdacht auf, daß der Autor, obwohl er an die neuere Fachdiskussion anknüpft, sein eigenes Vorgehen doch sehr stark an das traditionelle medizinische Modell der Diagnostik anlehnt.

Ebenfalls negativ fällt die meist unkritische und zum Teil wenig Sachkenntnis verratende Vorstellung diagnostischer Verfahren auf (z. B. die Ausführungen zu SON und HAWIK auf den Seiten 62/63).

Auch hier mag die Kürze der Darstellung manche Mängel erklären. Doch der Anspruch des Autors war ja durchaus die Einhaltung eines hohen Standes an theoretischer Instruktion. Ob er — um auf den zweiten Teil des von ihm formulierten Anspruchs zurückzukommen — den Praktiker mit diesem Buch tatsächlich in die Lage versetzt, unter den Bedingungen des Schulalltags Diagnostik zu betreiben, muß ebenfalls bezweifelt werden. Allgemeine Hinweise zur Beurteilung von Schülern bzw. Erstellung von Fördergutachten liegen in der Fachliteratur seit einiger Zeit vor (z. B. Ulich/Mertens: Urteile über Schüler. Weinheim 1976³; Kornmann: Diagnose von Lernbehinderungen. Weinheim 1977), und die Spezifizierung dieses Vorgehens in bezug auf Sprachbehinderungen ist in der vorliegenden Arbeit in entscheidenden Teilen zu oberflächlich geraten, um dem Praktiker als Anleitung zu dienen.

Das Anliegen des Autors, in die Diagnostik von Sprachbehinderten einen breiteren, nicht nur symptomorientierten Ansatz einzubringen und zu einer auf pädagogische Interventionen ausgerichteten Begutachtung zu gelangen, ist ohne Zweifel zu begrüßen. Um mit diesem Anliegen zu überzeugen, wäre allerdings eine — vielleicht auf weniger Aspekte eingegrenzte — fundiertere Auseinandersetzung mit den zentralen Fragen notwendig gewesen.

Ursula Pixa-Kettner

Unvermeidliche Preiserhöhung

Die in den letzten zwei Jahren eingetretenen Kostensteigerungen und vor allem die Papierpreiserhöhungen in den letzten Monaten haben uns gezwungen, die Preise für »Übungsblätter zur Sprachbehandlung« um durchschnittlich 6 Prozent zu erhöhen.

Die Preise für Testmittel und Beratungsschriften mußten wir stärker anheben, da sich bei diesen die Papierpreiserhöhungen stärker auswirken.

Wir bitten um Verständnis.

Wartenberg & Söhne · Verlag · Hamburg 50

Bestellzettel mit den derzeit gültigen Preisen stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Reinhard Lempp: Hat das Kind denn einen Hirnschaden? Kösel-Verlag, München 1979. 55 Seiten. Kartoniert. 8,80 DM.

Man erlebt es immer wieder: Der geäußerte Verdacht, ein Kind habe wohl einen frühkindlichen Hirnschaden, löst Betroffenheit, Sorge und Angst aus. Der eigentlich notwendige Hinweis auf die Diffusität dieser angeblich so genauen Diagnose und auf die Bandbreite der möglichen bzw. tatsächlichen Beeinträchtigungen, die inzwischen unter diesem Störungsbild subsumiert werden, unterbleibt leider allzuoft.

Es ist deshalb beinahe schon unbesehen gut und nützlich, wenn ein derart renommierter Fachmann wie Lempp, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen, sich des Problems in der Form eines Eltern-Ratgebers annimmt.

Im Mittelpunkt der Darstellung steht die Beschäftigung mit den sogenannten leichten, diskreten, minimalen Hirnschädigungen, die in Übernahme eines amerikanischen Fachterminus auch (und wahrscheinlich zutreffender) als minimale cerebrale Dysfunktionen bezeichnet werden. Nach Lempps Schätzungen sind etwa 12 bis 15 Prozent aller Kinder von derartigen Verdrahtungs- oder Verbindungsfehlern einzelner Funktionsteile des Computers Gehirn betroffen.

Die Schrift, handlich im Format und mit einem »augenfreundlichen« Satz versehen, enthält 20 recht prägnante Kapitel. Einleitend stehen Informationen über die Entwicklung des kindlichen Gehirns und mögliche Risikofaktoren vor, während und nach der Geburt. Breiteren Raum nehmen die Beschreibungen von Eigenarten, Verhaltens- und Reaktionsweisen ein, die sich auf verschiedenen frühkindlichen und kindlichen Altersstufen in sogenannten Teilleistungsstörungen (u. a. motorische Retardierungen, Wahrnehmungsschwächen) äußern und die später, etwa bei Jugendlichen, meistens überlagert werden und sekundär in neurotische Beziehungsstörungen einmünden. Einige Merksätze und Verhaltensregeln stehen am Schluß des schmalen Bändchens. Sie greifen noch einmal den Leitgedanken auf: Kinder mit minimalen cerebralen Dysfunktionen sind nicht schlechter oder schwächer, sondern anders; sie brauchen eine andere Art der Zuwendung und Rücksichtnahme, eben ein Verständnis, welches aus dem Wissen um ihre Eigenart erwächst.

Es ist zu wünschen, daß die fundierte, verständlich gehaltene Schrift aufklärerische Wirkungen nach sich ziehen und zum erstrebten Angstabbau bei unmittelbar Betroffenen und zur Verbesserung

des Informationsstandes bei mittelbar Betroffenen (wie den Sprachbehindertenpädagogen) beitragen kann.

Jürgen Teumer

Klaus Schulte: Phonemhäufigkeit und Artikulation. Ergebnisse einer phonetischen Querschnittsanalyse von Sprechlehrmaterialien für Hör-Sprach-Geschädigte in bezug zu Sprechleistung und Artikulation. Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis zur Rehabilitation behinderter Kinder und Jugendlicher. Herausgegeben von K. Schulte und W. Katein, Band XXVII. Neckar-Verlag, Villingen-Schwenningen 1979. 118 Seiten. Broschur. 12 DM.

Diese mit praktischem Endziel dargestellte Analyse der bis 1976 erschienenen einschlägigen Sprechlehrmaterialien will die Verwendungshäufigkeit der Phoneme im Deutschen »in Bezug setzen zu Bedingungen und Notwendigkeiten der Artikulation besonders bei hörsprachgeschädigten Vorschul- und Grundschulkindern« (S. 107).

Die Anwendbarkeit der gewonnenen Ergebnisse ist reichlich dokumentiert durch Empfehlungen bzw. durch Abraten an den entsprechenden Stellen. Als Kernpunkt für die didaktische Verwertung sehen wir die Betonung »eine(r) präzise(n) artikulatorische(n) Ausdifferenzierung der homorganen Phoneme nach ihrer Bildungsart« (S. 48). Wenn aber andererseits vom Einüben des velaren Frikativlautes für »r« abgeraten wird, so ist das gleich in der geringen Beobachtbarkeit der Artikulation dieses Lautes begründet. So wird die Problematik aufgezeigt, aber auch Anleitung gegeben.

Auch am Beispiel des Phonembestands sieht der Leser den zugrundeliegenden didaktischen Gedanken. Besonders zu bemerken — und zu unterstützen — ist in diesem Zusammenhang die Forderung des Verfassers, dem festen Stimmeinsatz phonematische Gültigkeit einzuräumen. Eine Phonemisierung entspringt aus dem jeweils in Aussicht genommenen Anwendungsbereich. Somit kann das Studium dieses Buches auch Phonologen tiefere Einsicht in den intentionsbezogenen Charakter der ihrer Art nach abstrakten Phonematik bringen. Der hier zugrunde gelegte Phonembestand beweist seine Berechtigung durch seinen Nutzen für die Hörgeschädigtenpädagogik, der er zu dienen hat. Auch die linguistische Grundlage dieser Arbeit für die Planung und Durchführung des Artikulationsunterrichts bei hör-sprachgeschädigten Kindern ist somit gesichert.

Martin Kloster-Jensen

Manfred Höck: Die Hilfsschule im Dritten Reich.
Carl Marhold Verlag, Berlin 1979. 355 Seiten.
29 DM.

Eine Beurteilung der Rolle der Sonderschulen und ihrer Vertreter während des deutschen Faschismus gründete sich bislang weitgehend auf Vermutungen und persönlicher Einschätzung. Um so erfreulicher ist das Erscheinen eines Buches, das sich mit der Geschichte der Hilfsschule im Nationalsozialismus befaßt.

Die Arbeit gliedert sich in folgende zehn Kapitel: Sozialdarwinismus und Behinderte; Der Einfluß des Sozialdarwinismus auf das Aufgabenverständnis der Heilpädagogen in der Weimarer Zeit; Bestrebungen zur Abschaffung der Hilfsschule nach der Machtübernahme; Die Aufgabenstellung für die Hilfsschule durch den nationalsozialistischen Staat; Die Schülerschaft der Hilfsschule und ihr Bezug zu benachbarten Schülergruppierungen; Schulorganisatorisch-pädagogische Einzelprobleme der Hilfsschule in der NS-Zeit; Erziehung und Unterricht in der Hilfsschule der nationalsozialistischen Zeit; Hilfsschüler und Berufsausbildung; Der Hilfsschüler und die Organisationen der Partei und des Staates; Der Hilfsschullehrer im nationalsozialistischen Staat.

Die weitgespannte, anhand eines aufwendigen Quellenstudiums bearbeitete Thematik vermittelt wichtige Aufschlüsse über die keineswegs konstante Einstellung der Nationalsozialisten gegenüber der Hilfsschule, erörtert pädagogische und schulorganisatorische Fragen der damaligen Hilfsschule und diskutiert schließlich das berufliche Selbstverständnis der Hilfsschullehrer während dieser Epoche. Gerade an diesem letzten Punkt offenbaren sich allerdings auch einige Mängel der Arbeit. Die zum Teil ungenügende Berücksichtigung als auch unzutreffende Beurteilung der Traditionen des Kaiserreichs und der Weimarer Republik sowie die Abstinenz gegenüber expliziten, die gesamte Untersuchung strukturierende Fragestellungen begünstigen die Fehleinschätzung, daß sich die Hilfsschullehrer mit den Forderungen des Nationalsozialismus allein im Interesse der ihnen Anvertrauten arrangiert hätten. Ungenügende Berücksichtigung findet der Umstand, daß Hilfsschullehrer bereits vor der Zeit des Nationalsozialismus die »ökonomische und völkische Brauchbarmachung« der Hilfsschüler propagierten bis hin zur Befürwortung eugenischer Maßnahmen. Unerörtert bleibt die sich aufdrängende Frage, ob Parteinahme für die Hilfsschüler nicht hätte bedeuten müssen, gerade für einen Abbau der Hilfsschule einzutreten.

Für den historisch interessierten Leser ist ferner bedauerlich, daß zahlreiche Aussagen nicht belegt sind, daß Abkürzungen unerläutert bleiben und daß der Verfasser schließlich keine Angaben über die Quellsituation und die Fundorte macht. Gerade im Hinblick auf weitere Forschungen über die NS-Zeit wären detaillierte Angaben hinsichtlich der Quellenbestände von großem Nutzen.

Siegling Ellger-Rüttgardt

H. Thorwarth: Wir sprechen mit Bildern 1 und 2

— Arbeitsmittel zur Sprachförderung. 3. überarbeitete Auflage. Je Band 23 Bildgeschichten in 3 bis 9 Teilen. Kartoniert. Je Band 8,80 DM, bei Bezug beider Bände 14,80 DM. Verlag und Vertrieb: Ingeborg Thorwarth, Lürader Weg 15, 2100 Hamburg 90.

Bei der Überarbeitung bemühte sich der Verfasser

- um eine verbesserte Bildqualität,
- um mehr Verständlichkeit,
- um einen hohen Motivationswert,
- um kind- und altersgemäße Themen (Bd. 1: Vor- und Grundschule, Bd. 2: etwa ab Klasse 4),
- um einen Aufbau vom Leichten zum Schweren (Bd. 1: leichte Sachzusammenhänge, Bd. 2: Steigerung bis zu gesellschaftlichen Konfliktsituationen),
- um Möglichkeiten, über das reine Beschreiben hinaus zum Nachdenken, zum Erkennen und Durchschauen von Problemen und darüber hinaus zur Stellungnahme anzuregen (u. a. Diebstahl, Verkehr, Umweltschutz, Erziehungsprobleme).

Die jeweils rechte Seite ist in der Neuauflage frei von Bildern und nur mit Schreiblinien versehen,

- um eine Ablenkung der Kinder zu vermeiden,
- um Raum für Aufzeichnungen des Therapeuten bzw. »für erarbeitete Texte« zur Verfügung zu stellen.

Für den Gebrauch als Unterrichtsmittel können die Bildgeschichten auch als Transparentfolien für den Overhead-Projektor und als Kopiervorlagen erworben werden.

So bieten sich diese Bücher als brauchbares Arbeitsmittel für verschiedene Aufgabenstellungen an:

- für die Frühförderung in Elternhaus, Kindergarten und Vorschule (Bd. 1),
- für die Sprachtherapie (besonders bei Sprachschwäche und Dysgrammatismus),
- für die Ausdrucksschulung (mündlich und schriftlich) im Deutschunterricht,
- für die Arbeit mit Ausländerkindern und
- für den Fremdsprachenunterricht.

R. M.

Die SMS Strukturierte Materialien-Sammlung

von Dr. Jürgen Teumer und Tilman Walther verschafft Ihnen den notwendigen Einblick in das breite Spektrum von Spiel- und Übungsmaterialien zur Förderung (sprach-)entwicklungsverzögerter Kinder.

Die Informationen umfassen neben einer Abbildung die genaue Kennzeichnung (mit Titel, Verfasser, Verlag, Bestellnummer usw.) den möglichen Einsatzbereich, die Materialbestandteile, den Preis sowie eine Beschreibung mit Zielsetzung, Inhalt und ggf. weiteren Hinweisen.

Das Grundwerk (Loseblattsammlung) beschreibt 170 Materialien.

Die 1. Ergänzungslieferung ist erschienen

und beschreibt weitere 108 Materialien, die in die Sammlung entsprechend den Zuordnungskennzeichen einzuordnen sind.

Machen Sie bitte von diesem allseitig anerkannten Informationsmaterial Gebrauch, erleichtern Sie sich damit die Auswahl geeigneter Übungsmaterialien.

An Wartenberg & Söhne Verlag · Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

___ SMS Strukturierte Materialien-Sammlung	
___ Grundwerk einschl. Ordner	36,— DM
___ SMS1. Ergänzungslieferung	24,— DM

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum

Sprachheil-, Schwerhörigen- und Gehörlosenpädagoge

(Praxis in allen 3 Bereichen)
sucht verantwortungsvolle und selbständige Tätigkeit.

Angebote erbeten unter Chiffre 02/03 an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50.

Bezirksverband Pfalz

Wir suchen für unsere Einrichtung Augustin-Violet-Schule mit Heim für gehörlose und schwerhörige Kinder und Jugendliche zum baldmöglichen Eintritt eine

Logopädin

Der Einsatz ist vorgesehen in unserer Pädoaudiologischen Beratungsstelle als Sonderpädagogische Unterrichtshilfe. Damit sind verbunden: Vergütung nach BAT, Ferien wie in Schulen, günstige Bedingungen hinsichtlich Essenzuschuß und Altersversorgung.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild erbitten wir an die

Direktion der Augustin-Violet-Schule
Holzhofstraße 21, 6710 Frankenthal.

Für Beratungsstellen und Sprachheilambulanzen

stellen wir auf Wunsch spezielle Bestellzettel für Übungsblätter zur Sprachbehandlung zur Verfügung, die im Sinne eines Rezeptes den Patienten ausgehändigt werden können.

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle diese Bestellzettel an, Sie erleichtern damit sich und uns die Arbeit und vermeiden Mißverständnisse.

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

Sprachtherapeut(in) oder Logopäde(in)

für ambulante Praxis in Hannover zum 1. 9. oder 1. 10. 1980 gesucht. Bezahlung nach BAT, 4-Tage-Woche (26 Std.), 13. Gehalt, 6 Wochen Urlaub.

Bewerbungen unter Chiffre 01/03 an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50.

Städt. Krankenhaus Lörrach

— Kinderklinik —
— Akademisches
Lehrkrankenhaus —



Für das Sozialpädiatrische Zentrum der Kinderklinik suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine zweite

Logopädin

Das Aufgabengebiet des Zentrums umfaßt Diagnostik und Therapie von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatischen Reaktionsbildungen und neuropädiatrischen Erkrankungen.

Unser Team besteht zur Zeit aus Pädiater, Psychologe, Krankengymnastinnen, Sozialpädagogin und Logopädin.

Das Aufgabengebiet der Logopädin umfaßt Diagnostik, Therapie und Elternberatung sprachgestörter und entwicklungsverzögerter Kinder.

Die Stelle ist auch für Berufsanfänger geeignet, da Einarbeitung durch eine Kollegin möglich ist.

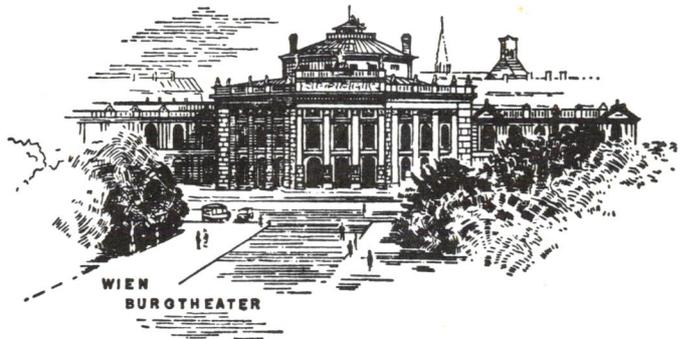
Die Anstellung erfolgt zu den üblichen Bedingungen des öffentlichen Dienstes.

Richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bitte an:

Chefarzt P-D Dr. M. Stahl
Städt. Krankenhaus — Kinderklinik —
Spitalstraße 25, 7850 Lörrach
Telefon (07621) 1 63 10

HANNES ASCHENBRENNER (Hg.)

SPRACH- BEHINDERUNGEN UND GRUPPEN- AKTIVITÄTEN



KONGRESSBERICHT

3. KONGRESS

DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPRACHHEILPÄDAGOGIK

WIEN, 3.-6. OKTOBER 1979

Inhalt:

Vorwort, Kommunikation in Gruppen, die Kommunikation Sprachbehinderter in der Gruppe: Eine theoretisch-praktische Analyse aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik, die Stellung der Gruppenbehandlung im Rahmen der Sprachtherapie aus der Sicht der Wiener Sprachheilschule, individualisierte Gruppentherapie mit Spaltkindern, kollektive und individuelle Legasthenieprävention, Untersuchungen zur Häufigkeit minimaler cerebraler Bewegungsstörungen bei Kindern der Wiener Sprachheilschule, Gruppenarbeit in der Legastheniebehandlung, Möglichkeiten rhythmisch-musikalischer Aktivitäten in der Gruppe, Hörhilfen für hörgeschädigte Kinder – Grenzen und Möglichkeiten ihres Einsatzes aus pädagogischer Sicht, über die Verwendung von Puppen in der Gruppenarbeit mit Sprachbehinderten, besonders bei frühkindlichen Kommunikationsstörungen, Sprachbehinderungen und gestörte Sozialbeziehungen, Rahmenprogramm, Ausstellungen, Referentenverzeichnis.

öS 158,— sFr 23,— DM 23,—
ISBN 3-7141-5161-3

JUGEND UND VOLK WIEN MÜNCHEN

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

Postvertriebsstück —
Gebühr bezahlt

Wartenberg & Söhne GmbH
Druckerei und Verlag
Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50

HERRN WSS 000199 *0015*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47



Städtische Krankenanstalten Esslingen a.N.

Krankenhaus der Regel-/Zentralversorgung
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen

Die Neuropädiatrische Abteilung der Städtischen Kinderklinik Esslingen a.N.
benötigt ab sofort für die Arbeit mit behinderten Kindern

1 Logopädin/Sprachtherapeutin

(staatlich anerkannt)

1 Krankengymnastin

mit Ausbildung in Bobath- oder Vojta-Therapie

Diese Arbeit wird bereits seit 3 Jahren nach dem Vorbild sozialpädiatrischer
Zentren im Sinne mehrdimensionaler Diagnostik und Therapie im Team von
Neuro-Pädiatern, Psychologen, Heilpädagogen, Sprachtherapeuten und
Krankengymnastinnen mit Bobath- und Vojta-Ausbildung geleistet.

Diagnostik und Behandlung erfolgen ambulant, stationär und in Mutter-Kind-
Einheiten.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Früherfassung und Frühbehandlung
kindlicher Behinderungen. Es werden jedoch alle Altersgruppen
von 0 bis 14 (18) Jahren betreut.

Wir bieten eine Anstellung nach dem BAT, alle Vergünstigungen des
öffentlichen Dienstes und ein angenehmes Arbeiten in einer modernen neuen
Klinik. Die Nähe zur Landeshauptstadt Stuttgart (S-Bahn-Verbindung 10 Min.)
garantiert vielfältige kulturelle Angebote.

Bewerbungsunterlagen (einschließlich Zeugnisabschriften und frühestem
Eintrittstermin) werden erbeten an das

Städtische Personalamt, Neues Rathaus, 7300 Esslingen a.N.

Telefonische Kontaktaufnahme:

Leitender Abteilungsarzt Herr Dr. med. Buchheim,
Städt. Kinderklinik Esslingen a.N., Telefon (0711) 3103-654.