

ISSN 0584—9470

C 6068 F

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Aus dem Inhalt

*Beiträge der Tagung in Saarbrücken 1980
»Sprache und Persönlichkeit«
— Zweiter Teil —*

Diskussion
Aus der Organisation
Umschau
Bücher und Zeitschriften

Postverlagsort Hamburg · April 1981 · 26. Jahrgang · Heft 2

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Ehrevorsitzende: 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 Kroppenber, Hegelstraße 49, 6500 Mainz
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6611 Hasborn
Schleswig-Holstein	Heinz Cremer, Golfstraße 5 a, 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 (064 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 4,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 24,— 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.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

April 1981 · 26. Jahrgang · Heft 2

Beiträge der Tagung in Saarbrücken 1980
»Sprache und Persönlichkeit«
— Zweiter Teil —

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 81 — 90

Peter A. Fiedler, Heidelberg

Kombination sprach- und sozialtherapeutischer Maßnahmen in der Behandlung erwachsener Stotternder

1. Soziale und psychologische Aspekte zur Ätiologie des Stotterns

In den vergangenen Jahren wird zunehmend deutlicher, welche Faktoren im einzelnen in welcher Weise an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns beteiligt sind. Leider haben seitens der Psychologie die so unterschiedlichen Perspektiven der Beobachter die Suche nach den Verursachungsbedingungen sehr erschwert. So stehen heute lernpsychologische (etwa die verhaltenstheoretisch orientierten von *Shames* sowie *Brutten* und *Shoemaker*) neben entwicklungspsychologischen (etwa *Bloodstein* oder *Johnson*) und psychoanalytischen (etwa *Schneider*) und diese wieder neben sozialpsychologisch-rolletheoretischen Ansätzen (etwa *Sheehan*). Und wenn man den Autoren selbst Glauben schenken darf, dann sind sie vielfach alternativ und unvereinbar zu sehen. Wir haben in unserem kürzlich erschienenen Buch (*Fiedler* und *Standop* 1978) einmal den Versuch unternommen, diese vielen unterschiedlichen Positionen daraufhin zu befragen, was sie denn nun tatsächlich Eigenständiges und Gemeinsames erbringen, um das Stottern aufzuklären. Und dabei haben wir feststellen können, daß die vielen psychologischen Theorien oft ungerechtfertigt als alternativ nebeneinanderstehend betrachtet werden. Im Gegenteil: Überschneidungen und Gleichartigkeiten sind sehr häufig. Und sie umreißen gemeinsam ein sich weitgehend ergänzendes Bild:

So wird allgemein von einer kontinuierlichen Entwicklung der Sprechstörungen aus der Phase des Spracherwerbs heraus (oder an diese anschließend) ausgegangen (sogenannte *Kontinuitätshypothese*). Zumeist entwickelt sich das Stottern aus jener Entwicklungsphase heraus, in der wohl die allermeisten Kinder stottern. Für dieses allgemein als *normal* angesehene Stottern in der Phase des Spracherwerbs (im Alter zwischen zwei und vier Jahren) scheint sich der Begriff »Entwicklungsstottern« durchzusetzen, der deshalb anderen (wie z. B. »Physiologisches Stottern«) vorgezogen werden sollte. Angenommen wird weiter, daß die *Entwicklung* des problematischen *symptomatischen Stotterns* entscheidend durch vor allem erzieherische Maßnahmen in der Phase des Sprechenslernens mitbestimmt wird. Dabei ist von zentraler Wichtigkeit für die psychologischen Erklärungsversuche, zu analysieren, wie die Bezugspersonen die *Sprecherziehung* des Kindes gestalten und erzieherisch be-

gleiten, welche Formen des Sprechens sie (wissentlich oder unwissentlich) fördern und erschweren, verstärken oder bestrafen. Viele der zumeist als Hilfestellungen gedachten Korrekturversuche der Eltern wirken gegenteilig, eher problemfördernd. Viele der von den Bezugspersonen gesetzten Anforderungen an besseres Sprechen und Bestrafungen fehlerhaften Sprechens führen zu nicht unerheblichen (Sprech-)Ängsten. Diese wiederum wirken symptomstabilisierend. Mit zunehmendem Alter setzt die Entwicklung eines *Störungsbewußtseins* ein, das quälende Gefühl, Stotternder zu sein und kaum etwas gegen die Sprechstörung unternehmen zu können. Dieses subjektive Erleben von Stotternden wird vielfach als *Konflikt* beschrieben, als Konflikt zwischen dem Bedürfnis oder der Notwendigkeit zu sprechen und dadurch Befriedigung zu erlangen oder soziale Bestrafung zu vermeiden und der Angst zu stottern und sozial zu versagen. Solche Konflikte führen zu einer Kommunikationshilflosigkeit und in der Folge zu einem *Vermeiden sozialer Interaktionen* und damit zu weiteren sozialen Störungen. Das Ausmaß des emotionalen Konflikterlebens leitet sich vor allem aus einer — wie wir es genannt haben — vom Stotternden *subjektiv erlebten Kommunikationsverantwortlichkeit* in aktuellen Sprechsituationen her. Wohl alle psychologischen Erklärungsversuche unterstreichen, daß das Ausmaß der aktuellen Sprechstörung in Abhängigkeit von den jeweiligen sozialen Anforderungen und der subjektiven Verantwortlichkeit des Stotternden, diesen Anforderungen zu entsprechen, zu sehen ist. Es ergibt sich die oft beschriebene paradoxe Situation: Je höher der Anspruch des Stotternden, fließend zu sprechen, um so stärker ist das Stottern.

2. Neuropsychologische Aspekte zur Ätiologie des Stotterns

Bei Sichtung der Gegenwartsliteratur fällt auf, daß neben den psychologischen und sozialen Faktoren vermutlich *neuropsychologische Bedingungen* für die Stottergenese eine wesentliche zusätzliche Rolle spielen. Mir scheinen hier insbesondere diejenigen neuropsychologischen Modelle von Interesse, die sich um eine Aufhellung der Vorgänge beim Sprechlernen bemühen. Da sie mir für die Erklärung der Sprechstörungen und damit für ihre Behandlung wichtig erscheinen, möchte ich sie hier kurz etwas ausführlicher umreißen:

So wird angenommen, daß in der Phase des Sprechlernens (etwa bei der Laut- und Silbenbildung) zunächst vornehmlich *akustische* Rückmeldungen vom Kind als Kontrollinstrumente benutzt werden. Das Kind hört sich selbst bei der Laut- und Silbenbildung zu. Der Schall der eigenen Sprache wird dabei, wie Sie wissen, über zwei wesentliche Kanäle (der Luft- und der Knochenleitung) dem Gehör zugeleitet. Im Verlauf der Sprachentwicklung wird diese Kontrollfunktion durch die akustische Wahrnehmung immer weniger wichtig. Sie verläuft einmal zunehmend automatisierter und damit weniger bewußt. Und diese Automatisierung wird mehr und mehr durch andere, sogenannte *kinästhetische* Wahrnehmungssysteme überwacht: durch die Oberflächensensibilität (also durch die Tast- und Berührungsempfindungen der Sprechorgane) sowie durch die Tiefensensibilität (also durch die Lage- und Bewegungsempfindungen in den Sprechorganen). Die akustischen Kanäle werden inzwischen ja auch dringend für andere Aufgaben benötigt: Mit zunehmender Sprachgeschicklichkeit wendet das Kind seine Aufmerksamkeit nämlich von der Artikulation ab, weg von der Kontrolle der Aussprachequalität. Das Kind konzentriert sich bewußt verstärkt auf die *Inhalte* dessen, was es sagt. Und es beobachtet weiter konzentriert seine Umwelt: Wie reagieren die anderen darauf, was es inhaltlich sagt?

Inzwischen wissen wir, daß es gerade jene *Übergangszeit von der akustischen zur kinästhetischen Aussprachekontrolle* ist, in der das bereits erwähnte *Entwicklungsstottern* auftritt, das ja für die allermeisten Kinder normal ist. *Van Riper* hat hierfür folgende Erklärung angeboten (1971): Die bei der Aussprachekontrolle, der Artikulationskontrolle, zusammenwirkenden zwei akustischen und weiteren kinästhetischen Kontrollreize legen recht unterschiedlich lange Wege in den Nervenbahnen zurück; sie brauchen unterschiedlich lange Zeit, um in den für die Aussprache zuständigen Hirnregionen einzulaufen. Es ergeben sich Zeitdifferenzen, die eine sinnvolle Integration der Kontrollreize erschweren. Können die interferierenden nacheinander einlaufenden Rückmeldesignale nicht integriert werden, dann ist auch eine geordnete Koordination der am Sprechakt beteiligten Muskeln er-

Leider ist die neurophysiologische Forschung insgesamt noch nicht so weit, sehr viel detailliertere Informationen über die vielfältigen und weiteren tatsächlich ablaufenden psychophysiologischen Mechanismen beim Spracherwerb zu liefern. Dennoch bleibt an dieser Stelle festzuhalten — und damit ist gleichzeitig einem weitverbreiteten Vorurteil gegenüber psychophysiologischen Forschungen im Bereich des Stotterns entgegenzutreten:

(1) Die neuropsychologische Perspektive *unterstützt* die Annahmen der psychologischen Erklärungsmodelle, indem sie nämlich unterstreicht, daß die Erziehungssituation entscheidende Anteile am Entstehen symptomatischen Stotterns besitzt.

(2) Sie bietet jedoch wichtige *zusätzliche* Möglichkeiten, das Phänomen Stottern weiter aufzuklären, und hat damit — wie ich gleich zeigen möchte — auch für die Psychotherapie der Sprechstörung nicht unwesentliche Konsequenzen.

3. Die Interaktion sozialer, psychologischer und neuropsychologischer Faktoren beim Stottern

Um hier zusammenzufassen: Wir vermuten eine Wechselwirkung und ein Zusammenwirken zwischen sozialen, psychologischen und neuropsychologischen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns (vgl. Abbildung 2).

Zunächst durch die frühkindliche Erziehungssituation, dann zusätzlich durch zunehmende soziale Anforderungen in Kindergarten, Schule, später in beruflichen und weiteren sozialen

Betrachtungsebene

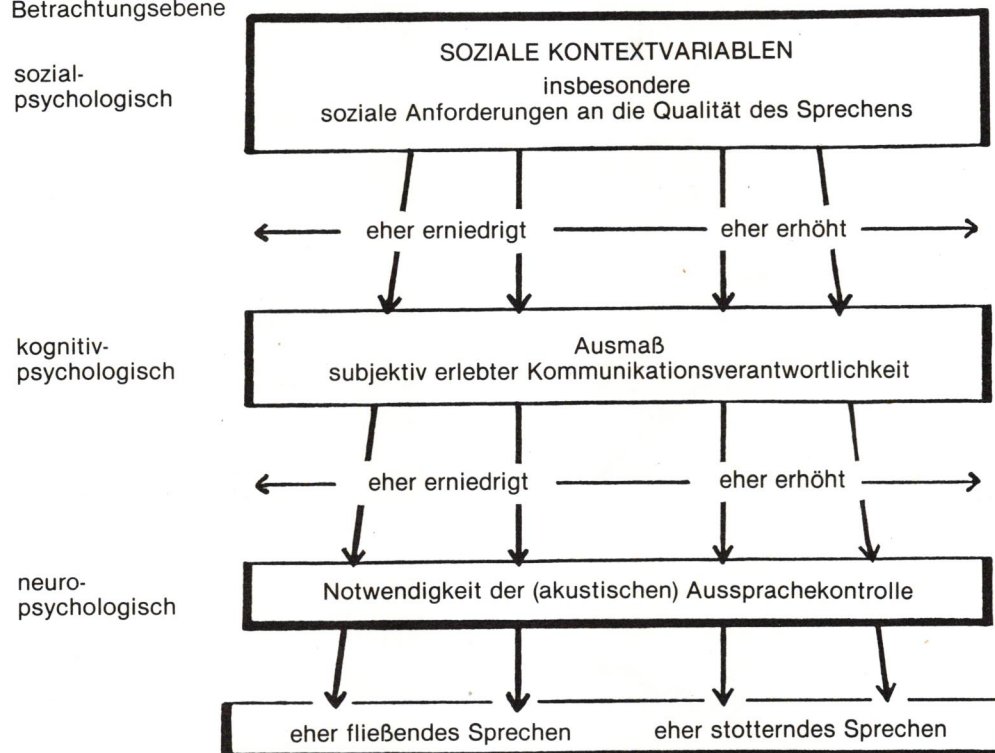


Abb. 2: Interaktion sozialer, psychologischer und neuropsychologischer Faktoren in ihrer Bedeutung für eher stotterndes bzw. eher fließendes Sprechen

Kontexten bedingt, ergeben sich sehr *unterschiedliche* Notwendigkeiten, fehlerfrei zu sprechen, und dies insbesondere für jene Menschen, die unter Sprechstörungen leiden. Ist die subjektiv erlebte Kommunikationsverantwortlichkeit des Stotternden *vermindert*, so nimmt auch die Notwendigkeit der Aussprachekontrolle ab, und damit verringert sich die Symptomatik. So treten die Stottersymptome ja selbst bei erwachsenen Klienten mit langer Symptomhistorie verringert oder gar nicht auf etwa beim Sprechen oder Singen im Chor, beim Sprechen allein oder mit vertrauten Personen und Kindern. Für unsere Hypothese spricht auch, daß weniger gestottert, vielfach gar fehlerfrei gesprochen wird, wenn die Aufmerksamkeit des Stotternden von der eigenen Sprache abgelenkt wird, etwa bei rhythmischem Sprechen im Takt oder beim Sprechen unter maskierendem, sogenanntem »weißen Rauschen«.

Unsere Annahmen verweisen jedoch auch auf eine für die Therapie relevante *paradoxe* Situation: Sind sie richtig, dann hätte jedes Bemühen des Stotternden um eine verbesserte Aussprache zur Folge, daß durch die dabei notwendig werdende akustische Selbstkontrolle der Aussprache die Integration der Sprachüberwachungsreize erschwert und damit Stottern provoziert wird. *Der Versuch, Stottern selbst aktiv zu bewältigen, führt zum Stottern*: eine Vermutung, die bereits von vielen Autoren geäußert wurde (etwa von *Johnson* 1956, *Wischner* 1952, *Bloodstein* 1958; aber auch schon früher von *Kussmaul* 1910 oder *Gutzmann* 1926).

Diese paradoxe Situation verweist auf ein therapeutisches Dilemma: Will der Stotternde sein Stottern überwinden, dürfte er seine Aussprache nicht mehr überwachen. Ist dies jedoch vom Stotternden selbst je lernbar? Erinnert ihn das Stottern selbst nicht dauerhaft an das Stottern und an den Wunsch, es doch endlich loszuwerden? Ist in dieser paradoxen Situation vielleicht eine Begründung dafür zu finden, warum es mit allen bisher bekannten Therapieverfahren so schwierig ist, dauerhaft erfolgreich zu wirken? Wir wissen wohl alle, wie leicht es ist, einen Stotternden zu Beginn einer Therapie bereits zeitweilig symptomfrei zu bekommen. Diese unmittelbare Effektivität der meisten Methoden erklärt sich u. a. durch eine Aufmerksamkeitsverlagerung von der Aussprache-Kontrolle hin auf andere Reizbedingungen der Umwelt oder Sprach- bzw. Interaktionsinhalte, auf das Spielen in spielerischen Therapieübungen oder beim Sprechtraining auf den Rhythmus in rhythmischen Übungen mit dem Metronom. Die Wirkungen dieser sprechtherapeutischen Verfahren verblassen jedoch mit zunehmender Übung, Gewöhnung und Automatisierung. Sie erfordern immer weniger die konzentrierte Aufmerksamkeit des Übenden. Überprüft der Stotternde dann nach einiger Zeit selbst den Erfolg der Verfahren, so ist leicht vorstellbar, was passiert: Überprüfen kann er dies nur durch akustisches Abhören der eigenen Aussprache; damit aber ist ein Rückfall zwangsläufig programmiert. Die Gewöhnung an eine Sprechhilfe ist deshalb ein nicht unkritischer Gefahrenpunkt jeder Stotterbehandlung.

4. Voraussetzungen für eine Therapie erwachsener Stotternder

Meine Damen und Herren! Ich habe mich deshalb so ausführlich mit den ätiologischen Aspekten des Stotterns auseinandergesetzt, weil sie meines Erachtens eine so erhebliche Bedeutung für eine jede Art der Behandlung besitzen. Dies möchte ich Ihnen weiter verdeutlichen, wenn ich mich nun Fragen der Behandlung von Stotternden zuwende. Wie Ihnen eindringlich deutlich geworden sein mag, ist mit Einzelmaßnahmen — etwa einem Sprachtraining oder dem Erlernen einer Sprechhilfe oder dem vorrangigen Hinwenden auf soziale Aspekte oder gar die alleinige Anwendung eines Einzeltherapieverfahrens (wie die Gesprächspsychotherapie, das Psychodrama oder die rational-emotive Therapie Ellis' — der *multifaktoriellen* Bedingungsstruktur des Stotterns nicht gerecht zu werden. Nicht ohne Grund finden sich in der gegenwärtigen Praxis zunehmend Bestrebungen, unterschiedliche Zugriffsweisen zum Stottern zu umfangreichen Behandlungspaketen zusammenzuschüßeln. Dabei ist folgendes allgemein wichtig:

(1) Die geplante Methodenkombination ist sehr genau auf die je individuell vorliegenden Eigenarten der Sprechstörung abzustimmen (also auf die Ausprägung der Sprechstörung, die bisherige Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle des Stotternden, auf gefühlsmäßige Komponenten und auf das Ausmaß an sozialer Geschicklichkeit).

(2) Um einem angemessenen Resozialisierungsanspruch zu genügen, sind soziale Determinanten einzubeziehen (Wie sieht die Lebenswelt des Stotternden aus? Hat er neben der Familie Freunde und Bekannte? Welche Anforderungen ergeben sich aus familiären und vor allem auch aus der beruflichen Situation, und wie kommt er diesen nach? usw.).

(3) Es ist sicherzustellen, daß das Vorgehen in der Therapie Möglichkeiten eröffnet, den Therapeuten frühzeitig ersetzbar zu machen: Es ist danach zu fragen, wie der Stotternde langfristig in die Lage versetzt werden könnte, therapeutische Hilfe zur Rückfallvermeidung selbst und ohne Therapeuten eigenverantwortlich anzuwenden (Psychotherapieziel »Selbstbehandlung«).

Der Therapeut kommt also nicht daran vorbei, mehrere *unterschiedliche* Einzelmaßnahmen miteinander zu verbinden, will er der Komplexität der Störung in seiner Behandlung nur annähernd gerecht werden.

Ich möchte Ihnen gern eine Methodenkombination vorstellen, wie wir sie selbst in Behandlungsprogrammen für erwachsene Stotternde zusammengefügt haben. Unser Ziel war einerseits eine sinnvolle Integration von sprechtherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen. Andererseits sollte die Behandlung so verlaufen, daß es dem Therapeuten möglich wird, sich nach und nach aus dem Therapieschehen auszublenden, um so den Klienten selbst zu einer sinnvollen Fortführung seiner Therapie zu führen. Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, wird dies durch eine *gleichzeitige* Arbeit auf zwei therapeutischen Ebenen zu erreichen versucht.

Ebene I umfaßt das systematische Einüben von neuen Sprechweisen und von sozialen Fertigkeiten; *Ebene II* sollte den Patienten sukzessive mit Strategien der Selbstkontrolle und Selbstmodifikation vertraut machen, um schließlich das angedeutete Psychotherapieziel »Selbstbehandlung« zu erreichen (hierzu auch *Fiedler 1980*).

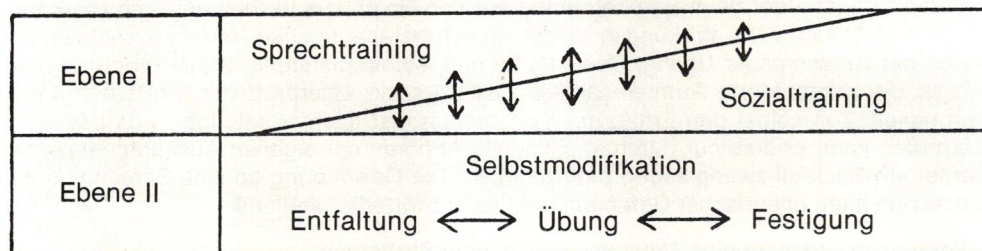


Abb. 3: Übersicht über das Vorgehen bei der Integration von sprech- und sozialtherapeutischen Maßnahmen (Ebene I) sowie Erwerb und Anwendung einer Selbstmodifikation (Ebene II); Erläuterungen im Text

5. Sprechtherapie auf der Ebene I

Wie ich bereits angedeutet habe, spricht unser Modell gegen die *alleinige* Anwendung einer Reihe von Behandlungsverfahren, die auf eine direkte Verbesserung der Aussprachequalität zielen. Dies vor allem, weil sich dadurch die Aufmerksamkeit des Stotternden auf die akustische Sprechkontrolle ausrichtet und dies mit großer Wahrscheinlichkeit die Stottersymptomatik bedingt. So sind die bekannten verhaltenstherapeutischen Verfahren — wie Metronomtraining, rhythmisches Sprechen, negative Praxis usw. — nur mit großer Zurückhaltung empfehlenswert, da sie nur einen zeitlich begrenzten Therapieerfolg ver-

sprechen. Zumindest sollte bei ihrer Anwendung sichergestellt sein, daß sie in den Kontext weiterer Verfahren gestellt werden, um durch langfristigen Transfer den anfänglich natürlich gegebenen Therapieerfolg abzusichern. Wie dies geschehen kann, haben wir ausführlich in unserem Buch dargelegt (Fiedler und Standop 1978).

Ich möchte hier vor allem zwei Vorgehensweisen näher beschreiben, die wir sehr gern anwenden und die wegen ihres spielerischen und entspannenden Charakters auch in der Therapie von Kindern Verwendung finden.

(1) Es handelt sich dabei einerseits um die *Gebärdenherapie* von Calavrezzo (vgl. Fiedler und Standop 1978, S. 111 ff., 156 ff., 167 ff.). Der Klient wird gebeten, Hände, Arme und den ganzen Körper als sinnvolle Begleitung seiner verbalen Mitteilung sehr bewußt einzusetzen. Er kann so deutlicher als bisher auch nonverbal mitteilen, was er denkt, innerlich fühlt und erlebt. Mit der Gebärdenherapie wird die Aufmerksamkeit sinnvoll und dem Gesamtsprachverhalten angemessen von der Kontrolle der Aussprachequalität abgelenkt. Es läßt sich sehr gut mit einfachen Übungen beginnen und zu komplexen Übungen ausbauen. So werden zunächst Aspekte der Gestik betont. In der Folge können Körperhaltung (Oberkörper, Bewegungen des Rumpfes, Kopf-, Arm- und Beinstellungen) sowie Aspekte des Sitzens und Stehens und des Sich-Bewegens während des Sprechens dazugenommen werden. Hinzutreten können schließlich Übungen, die Aufmerksamkeit verstärkt auf Umgebungsaspekte zu lenken und Inhalte der Interaktion zu beachten.

(2) Ein anderes sinnvolles Vorgehen wurde von Van Riper (1973) vorgestellt. Es ist besonders deshalb von Interesse, weil es eine Lösung für die paradoxe Situation anbietet, in der der Stotternde steckt, wenn er durch Selbstkontrolle des Sprechens das Stottern auslöst. Van Riper empfiehlt: Nicht das fließende, nicht das völlig stockungsfreie Sprechen soll gelernt werden, sondern das *fließende Stottern*. Der Stotternde wird explizit dazu angehalten, zu stottern, sich mit dem Stottern, sich schließlich mit seiner Person als Stotternder zu identifizieren. Sprechtraining ist in diesem Sinne zunehmend auch Sozialtraining (s. u.). Auch hier bleibt die von Van Riper empfohlene Strategie: nicht vermeiden. Der Stotternde wird dazu aufgefordert, seine vielfältigen, im Laufe seines Lebens aufgebauten Vermeidungsstrategien nach und nach abzubauen.

6. Sozialtherapie auf der Ebene I

Unser Vorschlag geht dahin, mit dem Sozialtraining möglichst frühzeitig in der Therapie zu beginnen. Wir haben in unseren Therapien vor allem *Selbstsicherheitstrainings* und *Rollenspielformen* durchgeführt, in denen auch Video-/Feedback-Verfahren eine sehr wichtige Funktion hatten. Auf beide Verfahren möchte ich hier nicht näher eingehen, da sie ja inzwischen zum gängigen Repertoire von Psychotherapeuten gehören. Interessenten finden hierzu ebenfalls vielfältige Hinweise in unserem Buch. Im Zentrum des Sozialtrainings stehen Versuche, die erworbenen vielfältigen Fertigkeiten unter realen Lebensbedingungen, vor allem in Konflikt- und Angstsituationen, zu überprüfen. In dieser Phase werden Hilfen vom Therapeuten auch dahin gehend erwartet, *gemeinsame* Veränderungsprozesse von Stotternden und Nicht-Stotternden einzuleiten. Dazu sind möglichst die Bezugspersonen und weitere nicht-stotternde Personen am therapeutischen Vorhaben zu beteiligen. Wir haben z. B. schon früh immer wieder fremde Personen (unsere Kollegen, Praktikanten, Beratungsstellensekretärinnen, auch andere Patienten) an den Therapien, vor allem an vielfältigen Rollenspielen teilnehmen lassen. Die Anzahl der Personen und ihre Verhaltensweisen konnten so erheblich variiert werden.

Schließlich ist es zu einem geeigneten Zeitpunkt sinnvoll, die Behandlung auf eine *Gruppe* auszudehnen und mehrere Patienten zu Gruppen zusammenzufassen. Eine Gruppe Stotternder eröffnet gegenüber der Einzelbehandlung viele sozialtherapeutische Möglichkeiten (vgl. Wendlandt 1972): Dem Patienten wird so eine Relativierung seiner Sprechschwierigkeiten am leichtesten möglich, etwa durch die Einsicht, daß er nicht allein mit seinen Schwierigkeiten ist. Oder, daß andere ebenfalls große Mühen auf sich nehmen, um zu Verhaltensänderungen zu gelangen. In der Gruppe können neue soziale Verhaltensweisen, etwa über Modelle, erworben werden, ohne daß sie der Therapeut von sich aus anregen

oder einführen muß. Schließlich kann das Gespräch über das Problem Stottern immer wieder geführt werden: Wie werden wir gemeinsam mit den Problemen fertig? Welche Möglichkeiten gibt es, sich im Leben trotz Stotterns erfolgreich zu behaupten und zu bestehen? So eröffnet sich die Chance, die für den einzelnen bis dahin oft neue und ungewohnte Erfahrung kollektiven Handelns zu erleben. Vielleicht hat die Gruppe gar Bestand und öffnet sich für andere, so daß eine Form der Selbsthilfe erwächst, wie sie vielerorts mit erheblichen Erfolgen aufwarten kann.

7. Selbstmodifikation auf der Ebene II

Aus dem zuletzt Gesagten wurde schon deutlich, daß der Erwerb von Selbstbehandlungs-kompetenzen ein wesentliches Anliegen jeder Therapie darstellt. In unserem Vorgehen sind die drei Schritte *Entfaltung*, *Übung* und *Festigung* eng miteinander verzahnt, die auf sämtliche Sprech- und sozialtherapeutischen Maßnahmen angewandt werden sollen.

Unter *Entfaltung* wird vor allem die Identifikation des Stotternden mit seinem Verhalten verstanden. Ziel ist, daß sich der Stotternde den vielfältigen Vermeidungsstrategien beim Sprechen und in sozialen Situationen bewußt wird, um dann Strategien für eine Bewältigung zu entfalten.

Unter *Übung* sollen die in der Sprech- und Sozialtherapie gelernten kommunikativen interaktionellen Fertigkeiten durch zusätzliche Maßnahmen der Verbesserung von Selbstbehandlungs-kompetenz unterstützt werden. Hierzu gehören das systematische Erlernen von Selbstinstruktionen und Verhaltensregeln sowie die Einübung in selbständiges Problemlösen (Fiedler 1978; 1980).

Im Schwerpunkt *Festigung* wird besonders die Stabilisierung des Gelernten unter Alltagsbedingungen zu erreichen versucht. Es sind Wege und Möglichkeiten zu erkunden, wie der Klient zukünftig eigenständig mit Mißerfolgen (Rückfällen) umgehen kann und hier Veränderungen unter Anwendung von Selbstbehandlungsstrategien von sich aus vornehmen kann. Dazu noch ein paar prinzipielle Schlußüberlegungen.

8. Schlußbemerkungen

Lassen Sie mich mit ein paar Gedanken zum Therapieerfolg schließen. Ich bin inzwischen der Meinung, daß wir gute Chancen haben, die immer wieder übermittelten Erfolgszahlen (1/3 geheilt, 1/3 gebessert, 1/3 unverändert oder verschlechtert) langsam zu überwinden. Eine wichtige Voraussetzung dazu ist, daß Therapeuten versuchen, der multifaktoriellen Bedingungsstruktur des Stotterns ein mehrdimensionales Behandlungsprogramm entgegenzusetzen.

Ich möchte hier jedoch noch ein Weiteres vorschlagen. Wir sollten allen zu optimistisch klingenden Versprechen neuer Verfahrensangebote um so kritischer gegenüberstehen, je mehr sie uns glauben machen wollen, endlich *die* Lösung gefunden zu haben. (So wie kürzlich erst wieder durch Schwarz mit seinem Buchtitel »Stottern ist heilbar«.)

Schließlich möchte ich vorschlagen, den Stotternden auch eine realistische Einschätzung des Erfolges einer Behandlung zu ermöglichen. Gemeint ist hier vor allem eine weitestgehende Ehrlichkeit des Therapeuten. Sie hat das wichtige Ziel, zu hoch gestellte Erwartungen und damit nicht realisierbare Ziele des Erwachsenen in der Therapie zurückzunehmen. Diese zu hohen Erwartungen sind nicht selten ein entscheidender Grund für einen Rückfall. Denn auf jemanden, der als erheblich gebessert oder als geheilt — etwa in der Folge eines Sprechtrainings — entlassen wird, wird ein Rückfall — etwa nach Gewöhnung an die Sprechhilfe — wie ein totales Scheitern einwirken und zu größten Zweifeln an sich selbst und seiner Zukunft Anlaß geben — totaler und größer sicherlich als bei einem Patienten, der seine Erfolgchancen realistisch vermittelt bekam. Und Ehrlichkeit des Therapeuten heißt bei alledem, was wir gegenwärtig über den Erfolg einer Behandlung des Stotterns wissen:

— Der Stotternde muß erfahren, daß eine völlige Symptomfreiheit durch eine Therapie nur sehr schwer erreichbar ist.

- Bei sich einstellenden Verbesserungen im Sprechverhalten muß er stets damit rechnen, daß diese situationsbedingt wieder zurückgehen können, ja daß sogar Verschlechterungen zu erwarten sind.
- Die Therapie vermag die Heilung nicht zu garantieren. Und da die Gefahr des Rückfalls besteht, muß der Stotternde in der Therapie lernen, mit seinem Stottern zu leben. Er muß also lernen, wie er trotz seiner Sprechschwierigkeiten sozialen Anforderungen und den eigenen Wünschen an soziales Verhalten nachkommen kann. Er muß in der Therapie auf den Rückfall vorbereitet werden. Und er braucht Kriterien dafür, wann es günstig ist, noch einmal erneut die Hilfe eines Therapeuten in Anspruch zu nehmen.

Wir sind auch bei einem verhaltenen Optimismus nach wie vor der Überzeugung, daß das gegenwärtige Therapiepotential lediglich hinreicht, recht bescheidene Ansprüche an die Therapie so zu setzen, daß sie sich auch tatsächlich erfüllen lassen.

Literatur

- Bloodstein, O.: A handbook of stuttering. Chicago 1969.
- Bloodstein, O.: Stuttering as an anticipatory struggle reaction. In: Eisenson, J. (Ed.): Stuttering — A symposium. New York 1958.
- Brutten, E. J., und Shoemaker, D. J.: The modification of stuttering. Englewood Cliffs, N. J. 1967.
- Fiedler, P. A.: Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile. In: Hoffmann, N. (Hrsg.): Grundlagen kognitiver Therapie. Bern 1979, S. 205—251.
- Fiedler, P. A.: Psychotherapieziel »Selbstbehandlung«. Grundlagen kooperativer Psychotherapie. Weinheim 1980.
- Fiedler, P. A., und Standop, R.: Stottern. Wege zu einer integrativen Theorie und Behandlung. München 1978.
- Gutzmann, H. (sen.): Übungsbuch für Stotternde. 19. Auflage. Herausgegeben von Gutzmann, H. (jun.), Nadoleczny, M. Osterwiek am Harz 1926.
- Johnson, W. (Ed.): Stuttering in children and adults. 2nd Ed. Univ. of Minnesota Press. Minneapolis 1956.
- Kussmaul, A.: Die Störungen der Sprache. 4. Aufl. Leipzig 1910.
- Shames, G. H., und Egolf, D. B.: Operant conditioning and the management of stuttering. Englewood Cliffs, N. J. 1976.
- Sheehan, J. G. (Ed.): Stuttering. Research and Therapy. New York 1970.
- Van Riper, C.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs, N. J. 1971.
- Van Riper, C.: The treatment of stuttering. Englewood Cliffs, N. J. 1973.
- Wischner, G. J.: Experimental approach to expectancy and anxiety in stuttering behavior. J. Speech Hear. Dis. 17 (1952), S. 139—154.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. P. A. Fiedler, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg,
Hauptstraße 47—51, 6900 Heidelberg.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Prospekte und Auslieferung direkt vom Verlag

Wartenberg & Söhne, 2 Hamburg 50, Theodorstraße 41

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

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

N-Indikator

zur Übung der Nasalierung bei Schulung von Hörgeschädigten und zur Verwendung im Rahmen der Sprachheilarbeit.

f₀-Indikator

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

Einzeltrainer

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

Language-Master

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

AIWA-Sprachlehrgerät

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

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

Bernd H. Keßler, Saarbrücken

Rational-emotive Therapie bei Stotterern

1. Einleitung

Mein Beitrag soll sich mit den Versuchen beschäftigen, die rational-emotive Psychotherapie auf Stottern anzuwenden. Es wird mittlerweile ja kaum mehr bezweifelt, daß die Therapie des Stotterns einen Einfluß auf ein komplexes System von kognitiven, affektiven und Verhaltensaspekten nehmen muß, um zu Erfolgen zu kommen.

Die Vertreter der rational-emotiven Therapie (vgl. z. B. *Ellis* und *Grieger* 1979; *Ellis* und *Whiteley* 1979) betonen die Gesamtheit dieses Systems, legen aber einen besonderen Schwerpunkt auf die Verknüpfung der Kognitionen des Stotternden mit seinen Affekten und auf die Veränderung spezifischer irrationaler Kognitionen, die der Klient zu sich selbst und seiner Umwelt besitzt. Damit ist die rational-emotive Psychotherapie ein Ansatz, der eng mit der kognitiven Verhaltenstherapie verwandt ist, allerdings nicht ohne die zu einer guten Verwandtschaft gehörenden Eifersüchteleien und Reibereien.

Die experimentelle Therapieforschung zur rational-emotiven Therapie hat sich bisher im wesentlichen mit sozialen Ängsten, Phobien, Sprechängsten und sexuellen Problemen beschäftigt. Was das Stottern betrifft, sind weitergehende Erfahrungen nur in der experimentellen Therapiestudie von *Moleski* und *Tosi* (1976) publiziert worden. Darin erwies sich die rational-emotive Therapie sowohl hinsichtlich des Stotterverhaltens, der dieses begleitenden Angst als auch der negativen Einstellungen gegenüber dem Stottern der systematischen Desensibilisierung signifikant überlegen. Unsere eigenen Erfahrungen mit der rational-emotiven Therapie bei Stotterern im Kindes- und Erwachsenenalter sind ebenfalls positiv, nur glaube ich, daß eine effektive Anwendung dieser Methode die Komplexität des Stotterns stärker berücksichtigen müßte, als dies bis anhin geschah.

2. Das ABC-Schema der rational-emotiven Therapie

Die rational-emotive Therapie basiert auf der Annahme, daß die emotionale Erregung nicht unmittelbar durch äußere Ereignisse aus unserer Umwelt, sondern durch unsere Ansichten zu diesen Ereignissen hervorgerufen wird. Immer wenn ein Individuum an schwerwiegenden emotionalen Problemen leidet, sind diese, jedenfalls nach einer der zentralen Thesen der rational-emotiven Therapie, durch irrationale Bewertungen und Interpretationen konkreter oder antizipierter Ereignisse bestimmt. Vereinfacht kann diese Annahme in dem sogenannten ABC-Schema dargestellt werden, das vornehmlich dazu dient, den Klienten »didaktisch« auf die Therapie vorzubereiten.

- | | |
|---|----------------------------|
| A | — aktivierendes Ereignis |
| B | — Selbstverbalisierungen |
| | iB irrationale Kognitionen |
| | rB rationale Kognitionen |
| C | — emotionale Konsequenzen |
| | iC irrationale Emotionen |
| | rC rationale Emotionen |

Abb. 1:
ABC-Schema der rational-emotiven Therapie

Die objektiven Vorgänge, die aktivierenden Ereignisse, werden mit »A« bezeichnet. Es sind, auf den Stotterer bezogen, Sachverhalte und Geschehnisse, die sein Sprachproblem auslösen können, etwa eine Vorladung zu einer Anhörung als Zeuge vor Gericht. »B« steht für das »belief-System«, für die Selbstverbalisierungen und Interpretationen, die ein derartiges Geschehnis hervorruft. Solche Ansichten können rational und irrational sein. Eine irrationale Kognition könnte beispielsweise lauten: »Das Ganze wird entsetzlich; garantiert bekomme ich keinen einzigen Satz heraus; wahrscheinlich gebe ich eine traurige Figur ab; ich kann es einfach nicht ertragen, hämisch angegrinst zu werden; das Ganze wird eine Katastrophe, weil ich alles vermassele.« Wir haben es hier mit Überzeugungen zu tun, die durch empirische Beweise nicht gestützt sind, die Selbstabwertungen enthalten und die Katastrophen vorhersagen. Sie behindern den Stotterer in seiner Zielsetzung, glücklich und ohne Zwänge zu leben. Hingegen könnte eine rationale Ansicht folgendermaßen lauten: »Es ist eine lästige und unangenehme Sache, vor dem Richter herumzusstottern. Mir kann es aber im Grunde gleichgültig sein, was er von mir hält, weil die Angelegenheit, von den konkreten Konsequenzen betrachtet, für mich unerheblich ist. Vielleicht geht es auch ganz glatt.« Wir haben es hier mit Überzeugungen zu tun, die zwar das Unangenehme der Situation erkennen, die aber keinen emotionalen Tiefpunkt heraufbeschwören. Es sind vielmehr Gedanken, die sich an den tatsächlichen Folgen des Ereignisses orientieren.

Irrationale Gedanken sind oft, um eine Wortschöpfung der rational-emotiven Therapie zu gebrauchen, Mußurbationen, d. h., sie beinhalten absolutistische Vorstellungen (»Ich muß in jedem Fall einen guten Eindruck hinterlassen. Ich muß flüssig sprechen«). Sie zeichnen sich damit durch eine besondere Rigidität aus.

Der Buchstabe »C« symbolisiert die emotionalen Konsequenzen, die sich aus den rationalen und irrationalen Gedanken ergeben können. Rationale Überzeugungen gehen mit erträglichen Emotionen einher, mit Enttäuschungen, Traurigkeit, »unguten« Gefühlen, also Emotionen, die es möglich machen, das eigene Verhalten sinnvoll zu regulieren. Irrationale Kognitionen bewirken indessen schwere und schwerste emotionale Störungen, wie Angst, Selbstverachtung, Depressionen, starke Ärgeraffekte oder Schamreaktionen. Sie stehen einer Lösung problematischer Situationen im Wege.

Wenn man sich dieses ABC-Schema kritisch vor Augen hält, können unschwer Einwände gemacht werden. Diese betreffen vor allem die Definition dessen, was als rational und irrational bezeichnet werden kann, sie beziehen sich nicht minder auf die Hypothese, Kognitionen »verursachen« die Affekte. Ich möchte auf diese Problemstellungen hier nicht näher eingehen, da ihre Diskussion zumeist in Spitzfindigkeiten endet. Nähere Hinweise dazu finden sich bei *Leventhal* (1979) und *Kleinmanns* (1980).

3. Überlegungen zur Analyse der Kognitionen von Stotterern

Ich möchte mir lieber die Aufgabe stellen, die Art der irrationalen Denkmuster und Affekte von Stotterern anzusprechen. In der verhaltenstherapeutischen Literatur ist, wenn die Affekte von Stotterern überhaupt berücksichtigt wurden, in erster Linie die Angst als Bedingung definiert worden, die das Stottern determiniert. Aversive äußere Reize, wie z. B. ein kritisches Auditorium, werden als »Angstauslöser« gesehen, die zu Angst, Unbehagen und organisch-physiologischen Erregungsprozessen führen, die ihrerseits zu Verkrampfungen der am Sprechen beteiligten Muskulatur beitragen. Die auf diesem Konzept aufbauenden Entspannungs- und Desensibilisierungstherapien mit und ohne Biofeedback kranken bei Stotterern ganz offensichtlich an Transferproblemen. Ich habe selbst bei Anwendung dieser Techniken oft erlebt, daß Stotterer im Entspannungszustand komplizierteste Zungenbrecher flüssig aussprachen, aber bei der Verabschiedung, beim »Auf Wiedersehen«, bereits wieder blockierten und zudem auch darüber enttäuscht sind, daß sie die eingeübten Sätze wie »Kaiser Karl knackt Kirschkerne« in der Realität so selten gebrauchen können.

Das Fehlschlagen der Generalisierung wird von dem Klienten vielfach so erlebt, daß er nicht in der Lage ist, einfachste Therapieschritte mitzuvollziehen. Vom Verhaltenstherapeuten ist dann oft, nicht gerade in Übereinstimmung mit seiner Theorie, zu hören, der Klient »wolle« nicht. Die alleine auf die Reduktion der Ängste hinzielenden Therapien vermitteln zudem die Botschaft, daß der Klient über Selbstberuhigungsstrategien zu einer besseren Sprache gelangen könne. Sie unterscheiden sich somit meist nur in Nuancen von dem, was der Stotterer aus seiner Umwelt ohnehin ad nauseam hört: nur ruhig, nur mal langsam. Sprachliche Situationen sind aber oft aktivierend, verlangen Wachheit und Durchsetzungsvermögen und damit auch ein Einbringen von Affekten. Die Angstreduktionstechniken jedoch fordern zur Entspannung auf. Wie kann man aber beispielsweise jemandem sagen, daß er ein Ekel ist oder daß man mit ihm die Nacht verbringen möchte, und gleichzeitig so tun, als läge man auf dem Entspannungssessel?

Ich möchte nun wahrlich nicht die rational-emotive Therapie als Methode der Wahl da-gegenhalten, sondern versuchen darzulegen, daß sie einen ergänzenden Beitrag liefern kann. Ich gehe davon aus, daß die Affekte, die mit dem Stottern einhergehen, nicht einfach nur Ängste sind. Die Erregung des Stotterers müßte vielmehr im Zusammenhang mit gleichzeitig auftretenden Affektzuständen, die miteinander im Konflikt stehen, zu sehen sein. Das Bemühen einer kognitiv ausgerichteten Therapie sollte es nun sein, die Überzeugungen, die diesen oszillierenden Affektzuständen zugrunde liegen, herauszuarbeiten und zu disputieren. Konflikttheorien zum Stottern sind nicht neu. Ich erinnere etwa an die psychoanalytischen Formulierungen von *Fenichel* (1945) oder *Glauber* (1958) oder an die Konflikttheorie des Stotterns von *Sheehan* (1958). Allen mehr oder weniger gemeinsam ist es, daß sie vornehmlich zwei Konfliktbereiche ansprechen, den, der mit den Begriffen Angst und Wut, und den, der mit Scham und Exhibieren zu beschreiben ist. Ich würde nun vorschlagen, ein solches System zur Analyse der Kognitionen von Stotternern anzuwenden. In Anlehnung an *Sheehan* (1958) könnte man davon ausgehen, daß diese Konflikte sowohl hinsichtlich des Stotterns, des Schweigens als auch des flüssigen Sprechens zu betrachten sind. Demnach wäre zur Registrierung der möglichen Kognitionen von Stotternern ein einfaches Schema denkbar:

	Angst	Scham
Stottern	a	d
Schweigen	b	e
Flüssig Sprechen	c	f

Abb. 2: Schema zur Analyse von Kognitionen stotternder Klienten

a) Angst und Stottern

In erster Linie soll hier nur die Angst vor dem Stottern berücksichtigt werden. Welche Phantasien und Befürchtungen beschäftigen den Stotterer, wenn er sprachliche Situationen antizipiert? Aus dem Bericht eines meiner jugendlichen Klienten wird beispielsweise deutlich, daß er sein Stottern als Maßstab dafür ansieht, ob er in einer Jugendgruppe »in« oder »out« ist. Ich bin »in«, sagt er, wenn ich nicht stottere, und »out«, wenn ich stottere. Gleichzeitig erklärt er, es wäre ihm »unvorstellbar«, nicht dazuzugehören, abgehängt zu sein, keine Freunde zu haben. Hier werden, in der Sprache der rational-emotiven Therapie ausgedrückt, irrationale Kognitionen deutlich. Es sind zum einen die Katastrophierungen der Konsequenzen, die sich aus dem Stottern ergeben (»Ich bin ,out', wenn ich stottere«). Es sind zum zweiten die Vorstellungen, dieser Zustand des Ausgeschlossenseins sei un-

erträglich. Es sind drittens Mußturbationen («Ich muß unbedingt ‚in‘ sein, nur dann kann ich glücklich sein»). Auch sind es schließlich übergeneralisierende Selbstabwertungen; der Stotterer reduziert sein Ansehen auf sein Sprachvermögen und läßt so die überwiegende Zahl der Qualitäten und Untugenden außer acht. Gleichgültig, was er ansonsten tut und ist, er sieht sich zunächst als Stotterer. Viele vom Sprachvermögen unabhängige Probleme werden unter den Teppich des Stotterns gekehrt.

Das Ziel des therapeutischen Eingreifens soll in diesem Bereich sein, ein angstfreies Stottern zu erleichtern, aber auch dem Stotterer zu ermöglichen, Angst zu empfinden, ohne daß es zum Stottern kommt. In erster Linie soll verhindert werden, daß der Stotterer die mangelnde Fluenz der Sprache mit sich selbst gleichsetzt. Hierzu muß ihm verdeutlicht werden, daß er sich in einem Konflikt befindet: Einerseits will er unbedingt hochgesteckte Ziele erreichen, andererseits darf er, um dem Ziel näherzukommen, in keinem Fall stottern. Je intensiver und aggressiver er bemüht ist, seine Ansprüche hochzuhalten, desto massiver wird er die Angst vor dem Stottern erleben.

b) Angst und Schweigen

Ähnlich ist die Angst vor dem Schweigen zu sehen. Es kann selbstverständlich kein Ziel der Stotterertherapie sein, das Stottern durch Schweigen zu vermeiden. Aber es ist aus der Sicht der rational-emotiven Therapie auch zu bedenken, daß die Angst vor dem Nichtakzeptiertwerden verbale Selbstdarstellungen fördert. In vielen öffentlichen Diskussionen werden von Teilnehmern Sachbeiträge geliefert, die den Zweck besitzen, den andern zu bedeuten, daß man da ist. Personen mit Stotterproblemen unterliegen diesen Zwängen um so mehr, als sie aufgrund ihrer Lerngeschichte das Sprechen als Zeichen der sozialen Anerkennung weit überschätzen. Nichtssagen wird oft zum Zeichen für Nichtssagenkönnen und somit zu einem unerträglichen Stigma.

Die Interaktion zwischen zwei Personen ist zudem ein Darstellen von Macht. Personen mit einem höheren Rang, mit ausgeprägteren Dominanzbedürfnissen, regulieren während einer Interaktion zumeist auch den sprachlichen Einsatz des Gesprächspartners. Sie teilen ihm durch Stimmführung, Gestik und Mimik mit, daß sie zu sprechen aufhören und der Partner an der Reihe ist. Auch wenn ein Stotterer während des Blockierens inhaltlich nichts über die Lippen bringt, versucht er doch durch Gestik und Mimik an der Reihe zu bleiben, auch dann noch, wenn der Gesprächspartner längst zu erkennen gegeben hat, daß er kombinierte, was der Stotterer sagen wollte. Dadurch, daß Schweigen mit Machtverlust gleichgesetzt wird, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, daß der Stotterer Angst mit ihm verbindet und es zu vermeiden sucht.

c) Angst und flüssiges Sprechen

Oft werden Therapiefortschritte, über die sich der Therapeut anerkennend äußert, gerade von Stotterern heruntergespielt. Versucht der Therapeut, die diesen Haltungen zugrundeliegenden Kognitionen zu analysieren, wird oft deutlich, daß das flüssige Sprechen für den Klienten weniger als Beweis für eine Aufwärtsentwicklung gilt; er macht es vielmehr zum Indiz dafür, wie wenig flüssig er eigentlich noch ist. Für den Stotterer ist, um ein bekanntes Bild zu gebrauchen, die Flasche immer halbleer und selten halbvoll. *Barbara* (1954) hat das vielzitierte Wort des »Riese in Ketten« zur Charakterisierung von Stotterern benutzt, ein Riese, der bei beginnender Fluenz unter Beweis stellen müßte, was er zu bieten in der Lage ist. Mit dem flüssigen Sprechen werden somit die eigenen Anforderungen und Ansprüche stärker Realität, was die Ängste zu erhöhen vermag.

Die Kognitionen, die in diesem Bereich zu berücksichtigen sind, beziehen sich vornehmlich auf die Phantasien, unter welchen Bedingungen der Stotterer glaubt, im Leben glücklich werden zu können. Solche Kognitionen sind jedoch zumeist eingeengt, absolutistisch und ohne Flexibilität, die angestrebten Lebensziele selten überhaupt erreichbar.

d) Scham und Stottern

Die Kognitionen bewegen sich hier um den Aspekt, was er, der Stotternde, seiner Umwelt an Unmöglichem zumutet, wenn er stottert. Eine entsprechende Vorstellung könnte lauten: »Das kann ja wohl kein Mensch aushalten, wenn ich so herumstottere. Ich gehe allen auf die Nerven.« Ein Klient, dem ich während einer Therapie die Gelegenheit gab, vor einer größeren Gruppe von Studenten zu sprechen, machte sich noch Wochen danach Gedanken darüber, wie maßlos er sich darüber geschämt habe, daß er die Zuhörer so quälen mußte. Jedesmal, wenn ich stottere, zitiert *Van Riper* (1971) einen seiner Klienten, einen Chinesen, schreien neunzehn Generationen von Vorfahren in ihren Gräbern auf.

Aus psychoanalytischer Sicht formuliert *Fenichel* (1945) die These, daß Stottern auf den exhibitionistischen Wünschen beruhen könne, die Zuhörer mit Hilfe allmächtiger Wörter zu beeinflussen, ja zu töten, etwa zur Befriedigung narzißtischer Bedürfnisse oder als Rückversicherung gegen Kastrationsängste. Um diese Intention zu zensieren, sei eine Hemmung der Sprache notwendig, die sich in Schamreaktionen äußere.

e) Scham und Schweigen

Hier werden Kognitionen angesprochen, die sich aus den Selbstvorwürfen ergeben, die sich ein Stotterer nach Situationen macht, in denen er einen starken Druck zum Sprechen verspürte, aber nicht gesprochen hat. Er hat sich nicht als die Person darstellen können, die er gerne gewesen wäre, oder hat sich trotz intensiver Vorbereitungen, die sich oft an Größenvorstellungen anheften, im entscheidenden Augenblick sprachlich nicht geäußert.

f) Scham und flüssiges Sprechen

Fremdheitsgefühle, die mit dem flüssigen Sprechen einhergehen, können auf den Kognitionen basieren, daß man flüssiger spricht, als man es verdient habe. Auch der Gedanke, mit der Sprache den anderen überwältigen zu wollen, kann zu Schamgefühlen beitragen, wenn durch das flüssige Sprechen der aggressive Akt deutlicher wird.

Eine andere Vorstellung, besonders von selten stotternden Klienten, ist die, daß sie dem Therapeuten die Zeit stehlen, wenn sie nicht durch Stottern belegen können, daß sie ein Stotterer sind. Einer meiner Klienten bot mir als Ersatz an, ihn zum Ausgleich in öffentlichen Seminaren »vorführen« zu können, was sicherlich seinen exhibitionistischen Wünschen entgegengekommen wäre.

4. Disputation irrationaler Kognitionen

Im Vorangegangenen sind einige Kognitionen formuliert worden, die eine Rolle bei der Aufrechthaltung des Stotterns spielen können. Die rational-emotive Therapie versucht nun, solche Gedanken und Ansichten im Dialog mit dem Klienten aufzudecken und zu disputieren.

Insgesamt gesehen benutzt der Therapeut dabei Techniken des kognitiven Restrukturierens, Imaginationsverfahren und auch verhaltenstherapeutische Prozeduren wie Verhaltensübungen, Selbstbehauptungsübungen, Hausaufgaben und Selbstregulationsmaßnahmen. Ich möchte hier jedoch lediglich auf die kognitive Restrukturierung durch die Disputation eingehen.

Es ist oft mit geringen Schwierigkeiten verbunden, den Stotternden dazu zu bewegen, die Irrationalität einer Kognition zu akzeptieren. Eine häufige Antwort aber lautet: »Ich sehe ja ein, daß mir gleichgültig sein kann, wie der Beamte auf dem Einwohnermeldeamt über mein Stottern denkt, aber ich komme trotzdem nicht über meine Angst hinweg.« Hier wird oft klar, daß das Aufdecken der Irrationalität alleine kein gewaltiger Schritt der Therapie sein kann. Es ist damit zumeist nur die Voraussetzung für die Disputation geschaffen. Erst

die Antwort auf die Frage, warum sich der Klient an die irrationalen Kognitionen klammert, kann weiterhelfen. Die Disputation muß mithin die Widerstände bedenken, die ein Klient einer Verhaltensänderung entgegensetzt.

Es gibt keine klaren Disputationsregeln oder Verlaufsschemata in der rationalen Restrukturierung. An den Beispielen des Katastrophendenkens und der negativen Selbstbewertung möchte ich aber einige wesentliche Disputationsstrategien aufzeigen.

a) Disputation des Katastrophendenkens

Als »Katastrophendenken« kann die Überbewertung der möglichen Folgen eigenen und fremden Verhaltens bezeichnet werden. Ereignisse bekommen den Charakter des Schrecklichen, Unerträglichen, Unausdenkbaren. Die Disputationstechniken des Katastrophendenkens bestehen insbesondere darin, den Klienten durch beharrliches Fragen nach den möglichen Konsequenzen von Ereignissen zu bewegen, das Ausmaß seiner Befürchtungen zu reduzieren und sich in der Realität den bislang gemiedenen Situationen unter Einschätzung der tatsächlichen Konsequenzen auszusetzen.

An einem Beispiel will ich die wichtigsten Argumentationsstrategien aufzeigen. Ein stotternder Jugendlicher meidet wegen seines Stotterns jeglichen Kontakt mit Mädchen, weil er fest davon überzeugt ist, daß, wenn er stottert, er in jedem Fall eine Abfuhr erleidet. Der Klient wird nach Beweisen für diese Grundhaltung befragt, die aus seiner bisherigen Erfahrung stammen. Er wird mit der Frage konfrontiert, wie wahrscheinlich eine derartige Zurückweisung tatsächlich ist. Es wird argumentiert, daß, wenn er mit einem Mädchen spricht, zumindest eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit existiert, daß es ja sagt, als wenn er schweigt. Zum andern wird betont, daß dann, wenn er tatsächlich abgewiesen werden sollte, dies von den konkreten Konsequenzen her gesehen schlimmstenfalls bedeutet, daß er erneut auf die Suche gehen muß, was nicht dramatisch ist, da viele Mädchen darauf warten, gesucht und gefunden zu werden.

Die erste Argumentationsstrategie in dem genannten Beispiel zielt auf das »antiempirische Denken«, das gewöhnlich mit Mußurbationen verknüpft ist (»Ich muß flüssig sprechen können, um Kontakt mit einem Mädchen zu bekommen«). Diese Vorstellung ist eine empirisch nicht zu stützende These. Die zweite Argumentationsstrategie, eine Implikationstechnik, zielt auf die schlimmstenfalls zu erwartenden Konsequenzen. Der Therapeut fragt: »Nehmen Sie an, es wäre tatsächlich so, Sie würden monatelang nur abgewiesen, was würde das für Sie bedeuten? Was würden Sie einem guten Freund raten, der ein ähnliches Problem hat? Welche Einstellung könnte Ihnen helfen, mit dem Problem am ehesten zurechtzukommen?« Ein kurzer Ausschnitt aus einer Therapie eines Beamten, der bei wichtigen Sitzungen mit Kollegen aus anderen Bundesländern stottert, soll beide Argumentationsstrategien nochmals verdeutlichen:

1. Th.: Ich frage mich, was Sie befürchten, wenn Sie vor einem Kollegenkreis eine Feststellung machen müssen.
Kl.: Ja, was befürchte ich? Eigentlich ja, ich stehe da, blockiere, und alle gucken mich stumm und verblüfft an.
Th.: Und denken, das kann doch nicht wahr sein, daß hier eine solche Flasche sitzt.
Kl.: Ja genau.
Th.: Sie sind sich da sehr sicher. Aber es wäre vielleicht auch denkbar, daß die anderen Beamten das nicht denken.
Kl.: Ich weiß ja nicht, was in den Köpfen der Leute vorgeht.
Th.: Ja, das ist oft schwer auffindig zu machen. Für Sie scheint es aber sicher zu sein. Die Leute denken alle: Da sitzt eine Flasche! Da stottert ein Versager herum!
Kl.: Ja, schon, das geht mir schon so durch den Kopf, oder ähnlich ...
Th.: Stellen wir uns doch mal die Frage, was die Leute außerdem noch denken könnten!
Kl.: Der hat ja immer noch seinen Sprachfehler.
Th.: Ja, möglich, oder?

- Kl.: Der ist aber heute aufgeregt!
 Th.: Wäre auch denkbar.
 Kl.: Der müßte zum Therapeuten.
 Th.: Das ist alles wahrscheinlich, daß Ihre Kollegen so denken. Manchen fällt Ihr Sprachproblem vielleicht gar nicht auf. Es gibt sicher auch welche, die gar nicht hinhören, wenn Sie sprechen, die sich überlegen, was sie am nächsten Wochenende anstellen oder wie sie die Steuer hintergehen können.
 Kl.: Das sehe ich schon irgendwie ein.
 2. Th.: Aber nehmen Sie doch mal an, was wir für unwahrscheinlich halten, wäre tatsächlich so. Sie stottern, und alle denken: ein Versager!
 Kl.: Eine Flasche!
 Th.: Was würde denn das nun heißen?
 Kl.: Ich kann mich da auf die Dauer nicht mehr blicken lassen. Ich müßte halt meinem Chef sagen, daß er einen anderen nach Bonn schicken soll. In jedem Fall wäre das ein deutlicher Knick in meiner Karriere. Da sind ja andere, die nur darauf warten.
 Th.: Wäre das der Zusammenbruch Ihrer Existenz?
 Kl.: Das nicht gerade, aber es ginge halt langsamer voran.
 Th.: Nehmen Sie an, Sie bräuchten drei oder vier Jahre mehr zum Oberrat und wiederum drei oder gar sechs Jahre mehr zum Regierungsdirektor, oder Sie würden versetzt.
 Kl.: Verkraften würde ich das schon, aber wer hat das gern.
 Th.: Da haben Sie recht, das ist nicht gerade angenehm. Ich frage mich nur, ob Sie damit fertig werden könnten?
 Kl.: In gewissem Sinne schon ...

b) Disputation von selbstabwertenden Kognitionen

Die Selbstabwertung stellt eine zentrale Problematik des Stotterns dar. Es ist ein vorrangiges Ziel der rational-emotiven Psychotherapie, dem Klienten zu ermöglichen, von diesen Selbstabwertungen zu einer realistischeren Sichtweise seiner eigenen Person überzugehen.

Die negative Selbstbewertung des Stotternden kann sich auf seine Person insgesamt, auf für ihn bedeutsame Teilbereiche seiner Person oder auch auf die Tatsache beziehen, daß er sich abwertet (»Wie kann ich nur so beschränkt sein, so einen Unsinn zu mir zu sagen!«). Generalisierende Selbstabwertungen sind deshalb so gefährlich, weil sie zumeist eine Selbststeinordnung in eine Minderheitengruppe (Versager, Stotterer, Anomale) mit allen demoralisierenden Folgen beinhalten.

Die Disputation der Selbstabwertung orientiert sich vornehmlich an den Funktionen negativer Selbstverbalisierungen. Drei davon seien kurz angedeutet. Eine erste Funktion negativer Selbstbewertungen liegt darin, positive Verstärker zu erhalten. Schlimme Bezeichnungen der eigenen Person werden nach außen getragen, um sie zu testen. Der Stotterer will damit hören, daß er eben nicht in dem Maße versagt, wie er es selbst von sich annimmt. Die Disputation solcher Eigenabwertungen zielt nicht darauf ab, dem Klienten das Gegenteil einzureden, sondern verlangt Beweise und Belege für eine solche gravierende Selbstbeurteilung. In seiner Antwort muß der Klient in Details gehen, was wiederum dem Therapeuten die Möglichkeit verschafft, darzulegen, daß von einzelnen Teilbereichen unzulässig auf die gesamte Person verallgemeinert wird. Eine andere Verstärkung ist eher negativer Art. Der Selbstdefätismus kann noch unangenehmere Zustände kurzfristig beseitigen. Der Stotterer, der zu sich selbst sagt, daß er auf der ganzen Linie ein Versager ist, kann dadurch etwa die konflikthafte Quälerei darüber kurzfristig beenden, ob er ein Mädchen wegen einer Verabredung ansprechen soll oder nicht. Nachdem er sich selbst bestätigt hat, auf der ganzen Linie ein Versager zu sein, bedarf es keiner weiteren Anstrengungen und Überlegungen. Die Disputation kann behilflich sein, den Konflikt zu reduzieren, zum einen dadurch, daß die möglichen Konsequenzen der drohenden Zurückweisung bedacht werden, zum anderen auf dem Wege, daß der absolutistische Gedanke angegangen wird, nur

ein Wochenende mit einem Mädchen könne ihn zufrieden machen. Durch Selbstabwertungen können schließlich Anforderungen an die eigene Person und die eigene Leistungsfähigkeit gesenkt werden. Damit wird das Ausmaß künftiger Enttäuschungen gering gehalten. Die Disputation kann hier in erster Linie die Angst vor dem Fehlermachen und die Scham nach Mißerfolgen angehen.

Ergänzend ist zum Disputieren zu sagen, daß es günstiger zu sein scheint, negative Selbstbewertungen zu restrukturieren als positive vorzugeben. Allerdings liegen hierzu auch gegenteilige Meinungen vor (vgl. *Craighead* und *Craighead* 1980; *Zettle* und *Hayes* 1980). Die Diskrepanz zwischen irrationalen und rationalen Kognitionen dürfte am ehesten durch shaping-Techniken überwunden werden können, d. h., am Anfang der Therapie sollten dem Klienten kleinere Diskrepanzen zugemutet werden. Oft kann allerdings gerade die totale und verblüffende Gegenargumentation, besonders bei leichter zu beeinflussenden Klienten, schneller zu Erfolgen führen, da sie dem Bedürfnis entgegenkommt, sich in der Therapie eine neue Sicht der eigenen Person anzueignen. Damit ist aber auch die bislang nicht diskutierte Frage angesprochen, die sich auf die differentielle Wirksamkeit der rational-emotiven Therapie bei bestimmten Stotterern bezieht. Daten zu diesem Problem liegen nicht vor. Die rational-emotive Psychotherapie scheint mir, von der Erfahrung her gesehen, eher bei schüchternen, leidgeplagten, nicht-spitzfindigen und einsichtigen Klienten am wirkungsvollsten zu sein. Nur fürchte ich, daß diese nicht in der Mehrzahl sind.

Literatur

- Barbara, D. A.: Stuttering: A psychodynamic approach to its understanding and treatment. New York 1954.
- Craighead, L. W., und Craighead, W. E.: Implications of persuasive communication research for the modification of self-statements. *Cognitive Therapy and Research* 4. 1980, S. 117—134.
- Ellis, A., und Grieger, R.: Praxis der rational-emotiven Therapie. München 1979.
- Ellis, A., und Whiteley, J. M. (Hrsg.): Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterey/Calif. 1979.
- Fenichel, O.: The psychoanalytic theory of neurosis. New York 1945.
- Glauber, P.: The psychoanalysis of stuttering. In: Eisenson, H. (Hrsg.): Stuttering: A symposium. New York 1958, S. 71—119.
- Kleinmanns, H. J.: Einige kritische Anmerkungen zum Irrationalitätskonzept von Albert Ellis. *RET-Report* 1. 1980, S. 27—35.
- Leventhal, H.: A perceptual-motor processing model of emotion. In: Pliner, P., Blankstein, K. R., und Spiegel, I. M. (Hrsg.): Perception of emotion in self and others. New York 1979, S. 1—46.
- Moleski, R., und Tosi, D. J.: Comparative psychotherapy: Rational-emotive therapy versus systematic desensitization in the treatment of stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44. 1976, S. 309—311.
- Sheehan, J.: Conflict theory of stuttering. In: Eisenson, J. (Hrsg.): Stuttering: A symposium. New York 1958, S. 121—166.
- Van Riper, C.: The nature of stuttering. Englewood Cliffs 1971.
- Zettle, R. D., und Hayes, S. C.: Conceptual and empirical status of rational-emotive therapy. In: Hersen, M., Eisler, R. M., und Miller, P. M. (Hrsg.): Progress in behavior modification. Bd. 9. New York 1980, S. 125—166.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Bernd H. Keßler, Fachrichtung Psychologie, Universität des Saarlandes,
6600 Saarbrücken.

Therapie der sprechmotorischen Symptome des Stotterns

1. Problemstellung

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich bewußt nur auf einen Teil des Syndroms Stottern, die sprechmotorischen Symptome. Daneben bestehen mit zumindest gleichrangiger Bedeutung die psychischen Symptome mit interpersoneller und intrapersoneller Sprechangst sowie sozialer Vermeidungsangst (Bindel 1980). Zum anderen beziehen sich diese Ausführungen auf die Therapie älterer Stotterer und nicht auf die Therapie im Vorschulalter, die wesentlich indirekter erfolgen muß (Bindel 1980). Beide Symptomarten, die sprechmotorischen und die psychischen Symptome, müssen in der Therapie beachtet werden. Zumindest bei der Therapie älterer Stotterer wird es aber notwendig sein, die Patienten zunächst in ein Verfahren der Sprechberuhigung einzuweisen, das dann in zunehmend belastenderen Situationen beizubehalten ist (Florin 1976). Die derzeit verwendeten Verfahren der Sprechberuhigung (Taktsprechen, verlangsamtes Sprechen, Vokaldehnung, Pausieren) sind eigentlich unabhängig von einer Theorie entstanden, und ihre theoretische Einbettung bleibt schwierig (Wingate 1977). Bezüglich der Effektivität der Verfahren ist festzustellen, daß die Angaben stark von dem angesetzten Kriterium abhängen: So kann ein Stotterer im Sinne der Therapie als symptomfrei beurteilt werden, wenn er im Metronomtakt ohne Blockierung, aber unnatürlich spricht. Die bekannten Verfahren können Stottern verändern, aber in der Regel bei Erwachsenen kein flüssiges Sprechen erreichen (Ingham und Andrews 1973). Es ist fraglich, ob innerhalb der letzten Jahrzehnte ein Fortschritt in der Therapie des Stotterns erreicht worden ist. Das Ziel muß aber dennoch normales Sprechen bleiben, in dieser Hinsicht müssen die Therapieverfahren verbessert werden (Ingham und Packman 1978).

Das hier vorzustellende Verfahren bei der Therapie der sprechmotorischen Symptome des Stotterns beruht auf der grundsätzlichen Annahme, daß (1) Stottern sich in einer Symptomhierarchie entwickelt und daß (2) zum wirklichen Abbau der Symptome eine rückwärtige Durcharbeitung dieser Symptomhierarchie notwendig ist.

2. Hierarchie der sprechmotorischen Symptome des Stotterns

Die sprechmotorischen Symptome des Stotterns entwickeln sich in einem Prozeß von leichteren Symptomen (z. B. spannungslose Silbenwiederholungen) zu schwereren Symptomen (z. B. Blockierungen). Die zugrundeliegende Dynamik dieser Entwicklung ist bestimmt durch das zentrale Motiv des Stotterers, akustisch unauffällig zu erscheinen. Er versucht stets *unmittelbar perfekt* zu sprechen. Dieses Motiv ist verständlich, denn tatsächlich lenken Wiederholungen und Verlängerungen beim stotternden Sprechen den Zuhörer stark vom Inhalt ab (Hulit 1976) und bieten sich als Zielscheibe elterlicher Korrekturversuche an. Hinzu kommt, daß gerade diese Sprechbehinderung eine sozial ungünstige Bewertung erfährt, weil sie fälschlicherweise zu persönlichen oder geistigen Schwächen assoziiert wird und häufig lächerliche Situationen bewirkt. In der Folge entsteht bei Stotternern eine Übersensibilität für mögliche Sprechfehler (Sherrard 1975), eine Unterschätzung der Sprechgeschwindigkeit und eine Intoleranz gegenüber Sprechpausen, die eine Koordination des Sprechablaufes behindern. Zum Erreichen einer momentanen akustischen Unauffälligkeit gerät der Stotterer langfristig in eine zunehmend ungünstigere Lage. Im einzelnen läßt sich dazu folgende Hierarchie der sprechmotorischen Stottersymptome darstellen:

(1) Stotterentstehungssymptome sind Störungen nach der Entwicklung des normalen Sprechens, sie treten erstmalig in einer belastenden Situation als Dyskoordination der Elemente der Sprechfunktion auf (Dalton und Hardcastle 1977): gerade in der Kindheit,

wenn Sprechimpuls und/oder Sprechhemmung auf eine Labilität in der Koordination von Atmung, Artikulation, Vokalisation, Wortwahl und Satzplanung treffen. Es ereignen sich spannungslose Versprecher, insbesondere Silbenwiederholungen der Wortanfänge. Nimmt das Kind Ansprüche wahr, besser sprechen zu sollen — wird die Form der Mitteilung kritisiert —, so entstehen aus dem willkürlichen Versuch, Stottern zu vermeiden, die eigentlich resistenten Symptome des Stotterns: die Stottervermeidungssymptome (aus wawawawas wird ... was). Bei den Stottervermeidungssymptomen soll unterschieden werden zwischen Blockierungen, Blockierungsverlagerungen und Blockierungsumgehungen.

(2) Blockierungen entstehen dann, wenn mit gewaltsamer Artikulation eine scheinbare akustische Verbesserung und Beschleunigung erreicht wird. Die Folge ist jedoch eine Sprechweise, durchsetzt mit Blockierungen an den Wortanfängen — die Artikulationsstelle des Wortanfanges wird unter Spannung beibehalten. Vom Normalsprechenden sind diese Blockierungen als Druck und Gegendruck bei den Wortanfängen imitierbar.

(3) Blockierungsverlagerungen entstehen, wenn auch die Blockierungen vermieden werden sollen. Dabei wird die Spannung an dem ursprünglichen Artikulationsort des Wortanfanges weggenommen und an eine andere Stelle verlagert — Gewalt an einer Stelle soll mit Gewalt an anderer Stelle beherrscht werden (z. B. Verspannung der Kiefermuskulatur, Spannungsverlagerung in den Hals, Mundverschluß). Bei den Blockierungsverlagerungen ist der Bezug zum Artikulationsort des Wortbeginns nicht mehr vorhanden, und damit entsteht die scheinbar unerklärliche Diversität des äußeren Erscheinungsbildes von Stottern.

(4) Blockierungsumgehungssymptome sind eine weitere Variante der Blockierungsvermeidung. Durch Inhalation, Abstoppen der Rede, Wortersetzungen oder egozentrisches Vielreden wird versucht, Blockierungen nicht auftreten zu lassen. Wie bei jedem Trick besteht aber auch bei diesen Verfahren die Gefahr einer nur zeitweisen Wirksamkeit und die spätere Integration in das Syndrom Stottern.

(5) Am Rande zu erwähnen sind noch Stotterfolgesymptome mit Störungen der Artikulation oder der Atmung: Zum Beispiel ist häufig die Zungenartikulation gestört, weil diese durch eine Kieferartikulation ersetzt worden ist, oder es herrscht eine Brustatmung statt Bauchatmung vor — beides sind Mechanismen, die mehr Gewalt im Sprechen ausüben können. Gegebenenfalls können entsprechende Artikulations- und Atmungsübungen ergänzend hilfreich sein.

3. Therapie der sprechmotorischen Symptome des Stotterns

Der Übergang von den Stotterentstehungssymptomen zu den Stottervermeidungssymptomen und der damit verbundene Verlust an willkürlicher Kontrollierbarkeit ist auch in den Untersuchungsergebnissen verschiedener Autoren dokumentiert (*Sheehan* und *Martin* 1970, *Bloodstein* und *Shogan* 1972, *Lankford* und *Cooper* 1974, *Hutchinson* und *Watkin* 1976, *Snyder* 1977); demnach sind folgende Aussagen möglich:

- Stottern ist bei der Entstehung spannungslos,
- Stottern beginnt mit Wiederholungen,
- wenn Stottern spannungslos bleibt, sind die Chancen für eine spontane Remission günstig,
- erfolglose Versuche, Stottern zu korrigieren, führen zu automatisiert ablaufenden Verspannungen,
- bei spannungsvollem Stottern ist die Chance für eine spontane Remission ungünstig,
- bei der Beachtung und Behandlung von Stottern erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, daß Stottern spannungsvoll wird, die Chancen einer Remission vermindern sich.

Die hieraus ableitbare therapeutische Konsequenz ist: Stottern muß in seinem spannungslosen Zustand erhalten bleiben oder wieder in seinen spannungslosen Zustand zurückgeführt werden. Noch genauer bedeutet dies Rückführung von Blockierungsverlagerungen

und Blockierungsumgehungen zu Blockierungen und weiter Abbau von Blockierungen in Richtung zu spannungslosem Stottern.

Die einzelnen therapeutischen Schritte sind als Stufenfolge darstellbar.

(1) Bewußtmachung der Symptome: Bezeichnenderweise sind Stotterer unfähig, richtig zu beschreiben oder willkürlich zu imitieren, auf welche Weise die Blockierung abläuft oder durch welche Bewegung sie erzeugt wird. Was nicht bewußt ist, kann auch nicht unter eine willkürliche Kontrolle gebracht werden. Insofern muß im Verlauf der Therapie eine Bewußtheit der sprechmotorischen Symptome des Stotterns erreicht werden.

(2) Abbau von Blockierungsumgehungen und Blockierungsverlagerungen: Der Stotterer wird zum Blockieren ermutigt. Dabei soll die Blockierung wieder den Wortanfang betreffen. Dies bedeutet für den Stotterer, weiterzusprechen, geschehenlassen, was vermieden werden soll, Schlechtsprechen ist nun wichtiger als die unbedingte Mitteilung, gefürchtete Blockierungen werden zum angestrebten Übungsziel.

(3) Auflösung von Blockierungen in spannungsloses, aber akustisch auffälliges Stottern: Dies kann erreicht werden durch Verlangsamung in einer Blockierung, durch Stehenbleiben in einer Blockierung und durch Abspannen in der Blockierung. Insbesondere der Artikulationsort entscheidet, ob Lippen, Zunge, Kiefer oder Stimmbänder entspannt werden müssen. Beim Sprechen ist zunächst eine perfekte und schnelle Lautbildung nicht möglich, entspannt sind nur z. B. gedehnte oder wiederholte Wortanfänge (z. B. chhchhch statt ganz, hhhhalles statt alles, wfffffenn statt wenn).

(4) Verkürzung von spannungslosem Stottern zum Normalsprechen: Die ausführlichen und spannungslosen Stottersymptome können sich dann zurückbilden, wenn die motorischen Automatismen nicht mehr die Sprache beherrschen, d. h., nicht fortwährend trainiert werden: Dann ist die Sprache allmählich wieder durch das akustische Feedback kontrollierbar. Die in Wort-, Satz- oder Leseübungen gelernten Verfahren sind bei geläufiger Beherrschung nun konsequent in spontaneren Gesprächssituationen anzuwenden, und von dieser konsequenten Anwendung ist der Therapieerfolg entscheidend abhängig.

4. Chance und Schwierigkeiten bei der Therapie

Der aktive Abbau von sprechmotorischen Verspannungen bietet die Chance zu wirklicher Überwindung des Stotterns. Alle Verfahren, die nur eine äußere Glättung schaffen, stellen wiederum einen Perfektheitsanspruch an das Sprechen, werden Teil des Symptoms und sind instabil außerhalb des Therapieraumes. Die Sprache muß natürlich sein, nicht verlangsamt und willkürlich korrigiert. In der Therapie muß der Stotterer eine neue Freiheit erfahren, sein Stottern ablaufen und auslaufen zu lassen. Hier liegen wesentliche Nachteile des Metronomsprechens, in der verzögerten Rückkoppelung oder bei Biofeedbackverfahren. Die Schwierigkeit bei dem hier skizzierten Vorgehen besteht darin, daß der Patient sich zu einem Zeitpunkt der Therapie entscheiden muß, spannungslos akustisch auffällig, aber in natürlichem Satzrhythmus zu stottern, daß er, der »den Dialog wagen muß« (*Westrich*) mit seiner Behinderung, es aufgeben muß, eine Rolle des perfekt Sprechenden zu spielen, daß er auch in spontanen Situationen dem Gesprächspartner seine Behinderung zumutet. Paradoxe Weise löst sich Stottern nur dann auf, wenn perfektes Sprechen aufgegeben wird (*Sheehan* 1970). Manche Patienten meinen, »das ist ja noch schlimmer als das, was ich jetzt mache, dann merkt ja jeder, daß ich stottere«. Die Illusion in dieser Aussage beruht darin, daß im Dialog nur das akustische Endprodukt den Eindruck beim Zuhörer ausmache. Weitere Symptome wie motorische Verspannungen, negatives Selbstkonzept und soziale Vermeidungshaltungen werden unterbewertet. Hierbei kommt es wesentlich auf die Therapie der psychischen Symptome an.

(Anschließend 15 Minuten Demonstration anhand von Videoaufzeichnungen.)

Literatur

- Bindel, R.: Stottern als Verdeckungssyndrom und seine Therapie im Vorschulalter. Zur Veröffentlichung vorgelegt bei der Zeitschrift Die Sprachheilarbeit, 1980.
- Bloodstein, O., und Shogan, R. L.: Some clinical notes on forced stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 37 (1972) S. 177—186.
- Dalton P., und Hardcastle, W. J.: *Disorders of fluency*. London 1977.
- Florin, I.: Stuttering: Theoretical approaches, experimental research results, suggestions for therapy. *European Journal of Behavioral Analysis and Modification* 3 (1976) S. 189—200.
- Hulit, L. M.: Effects of nonfluencies on comprehension. *Perceptual and Motor Skills* 42 (1976) S. 1119—1122.
- Hutchinson, J. M., und Watkin, K. L.: Jaw mechanics during release of the stuttering moment: Some initial observations and interpretations. *Journal of Communication Disorders* 19 (1976) S. 269—279.
- Ingham, R. J., und Andrews, G.: Behavior therapy and stuttering: A review. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973) S. 405—441.
- Ingham, R. J., und Packman, A.: Treatment and generalization effects in an experimental treatment for a stutterer using contingency management and speech rate control. *Journal of Communication Disorders* 42 (1977) S. 394—407.
- Lankford, S. D., und Cooper, E. B.: Recovery from stuttering as viewed by parents of self-diagnosed recovered stutterers. *Journal of Communication Disorders* 7 (1974) S. 171—180.
- Sheehan, J. G.: *Stuttering: Research and therapy*. New York 1970.
- Sheehan, J. G., und Martyn, M. M.: *Journal of Speech and Hearing Research* 13 (1970) S. 425—436.
- Sherrard, C. A.: Stuttering as »false alarm« responding. *British Journal of Disorders of Communication* 10 (1975) S. 83—91.
- Snyder, M. A.: A psychodynamic approach to the theory and therapy of stuttering. *Journal of Communication Disorders* 10 (1977) S. 85—88.
- Wingate, M. E.: The relationship of theory and therapy in stuttering. *Journal of Communication Disorders* 10 (1977) S. 37—44.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rolf Bindel, Dipl.-Psych., Universität Kaiserslautern, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Postfach 3049, 6750 Kaiserslautern.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag
anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße
und pünktliche Belieferung gewährleistet werden

Wartenberg & Söhne GmbH
Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50

Wolf-Rüdiger Minsel und Gary Bente, Trier

Gesprächspsychotherapeutische Prinzipien bei der Arbeit mit Kindern

1. Was ist Gesprächspsychotherapie?

Rogers hat die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (GT) 1942 mit seinem Buch »Counseling and psychotherapy« begründet. Seither hat sie sich durch weltweite Forschung und Praxis rasch entwickelt und differenziert. Darüber einen Überblick zu geben, führt in diesem Rahmen zu weit (vgl. Minsel und Bente 1980, 1981; Howe und Minsel 1981). Rogers selbst hat aber 1974 mit einem Mitarbeiter wesentliche zusammenfassende Aussagen zur GT gemacht, die wir hier vorstellen wollen (Rogers und Wood 1974, zit. nach Devonshire und Kremer 1978, S. 3005): Danach sind für die GT zentrale Aussagen:

»(1) Der beständige Glaube an die Verantwortlichkeit und Fähigkeit des Individuums, Wege zu finden, die es zu einer wirksameren Begegnung mit seiner Wirklichkeit führen. In einer hilfreichen Beziehung ist mein Partner (sei er Erwachsener oder Kind, Klient, Student oder ein Gruppenmitglied) der einzige, der die Möglichkeit hat, die Dynamik seines Verhaltens und seine Wahrnehmung der Realität vollständig zu verstehen und aufgrund dessen für ihn selbst angemessenere Verhaltensweisen zu entdecken.

(2) Eine beständige Konzentration auf die phänomenologische Welt des Partners — der Helfer versucht, die Welt seines Partners so zu sehen, wie dieser sie sieht.

(3) Psychotherapie wird als ein spezielles Beispiel aus den möglichen konstruktiven zwischenmenschlichen Beziehungen gesehen. Dieselben Einstellungen (empathisches Verstehen, unbedingte positive Wertschätzung und Echtheit), die sich als hilfreich in der Psychotherapie erwiesen haben, sind auch für alle anderen mitmenschlichen Beziehungen bedeutsam: Es ist in einer lebendigen Beziehung — wo eine Person einer anderen tun hilft, was sie nicht allein kann —, wo der Partner persönliches Wachstum erfährt. Dieselben Einstellungen sind für alle Personen anwendbar — seien sie nun ‚normal‘, ‚neurotisch‘ oder ‚psychotisch‘ genannt.

(4) Die sich entwickelnde Hypothese, daß bestimmte Einstellungen der Person, die Helfer genannt wird, sowohl notwendige als auch hinreichende Bedingungen therapeutischer Wirksamkeit und Veränderung in der anderen Person darstellen.

(5) Das sich entwickelnde Konzept von der Funktion des Helfers als jemandem, der unmittelbar gegenwärtig und verfügbar für seinen Partner ist und der sich zur Förderung des therapeutischen Prozesses oder Persönlichkeitswachstums auf sein unmittelbares Moment-zu-Moment-Erleben in der Beziehung verläßt.

(6) Eine sich entwickelnde Theorie, die den hilfreichen Prozeß als eine beständige Veränderung der Erfahrungs- und Erlebensweisen des Partners sieht — mit seiner wachsenden Fähigkeit, vollständiger in der unmittelbaren Gegenwart zu leben, d. h., Übereinstimmung (Kongruenz) zwischen seiner Erfahrung und seinem Selbstkonzept herzustellen.

(7) Ein Interesse an dem ‚Wie‘ des Prozesses der Persönlichkeitsveränderung statt an dem ‚Warum‘ der Persönlichkeitsstruktur.

(8) Eine Betonung der Notwendigkeit für fortwährende Forschungsarbeiten, um wichtige Lernerfahrungen über Psychotherapie, Beratung, Lernen und die Anwendungsmöglichkeiten intensiver Gruppenerfahrungen zu sammeln. Eine Entschlossenheit, alle theoretischen Formulierungen von ihren Wurzeln her, die in der Erfahrung liegen, aufzubauen, anstatt Erfahrungen so hinzuquetschen, daß sie in ein vorgefertigtes theoretisches Konstrukt hineinpassen.«

Dieses von Rogers und Wood gezeichnete Bild wird der Psychotherapiemethode GT nicht gerecht. Für die vorliegende Thematik macht es allerdings einige wesentliche Punkte überdeutlich. Gesprächspsychotherapeutische Prinzipien kommen nicht nur in psychotherapeutischen Interventionssituationen zur Anwendung, sondern sie werden als hilfreich schlechthin in allen Formen menschlichen Miteinanders angesehen. Eng damit verbunden

ist eine Aufhebung der Trennung zwischen remedialer und präventiver Anwendung dieser Prinzipien. Dabei wird zwar diagnostiziert, doch nicht in herkömmlichen psychodiagnostischen Kategorien, sondern im Sinne eher abstrakter Vorstellungen von seelischer Gesundheit bzw. seelischem Wachstum.

Derartige Aussagen werden häufig mit der Qualität »humanistisch psychologisch« belegt und dann unreflektiert akzeptiert. Es ist mittlerweile überdeutlich durch empirische Forschung und Erfahrungsberichte belegt worden, daß diese naiv formulierte »Omnipotenzvorstellung« für spezifische Situationen sowie für Personen bzw. Personengruppen differenziert werden muß.

2. Welche Besonderheiten ergeben sich bei der Arbeit mit Kindern?

Es ist eine Binsenweisheit, daß für das Verständnis von Eigenheiten bei Kindern deren soziales Umfeld und ihre individuelle Geschichte betrachtet werden müssen. Es ist das Verdienst der Familientherapie, daß derartige Zusammenhänge wieder stärker als bisher in den Blick geraten (vgl. *Rücker—Embsen—Jonasch* 1979). Nähere Ausführungen dazu wollen wir aussparen. Statt dessen wollen wir einige Besonderheiten für die therapeutische Arbeit mit Kindern anführen. In einem bereits vorliegenden Aufsatz zur Kinderpsychotherapie (vgl. *Minzel* und *Hinz-Rohwer* 1979, S. 305/306) wurden vier Problemkreise skizziert, die bei der Frage nach dem Sinn und Nutzen psychotherapeutischer Behandlung von Kindern im Gegensatz zu der von Erwachsenen von grundlegender Bedeutung sind. Danach ist die:

Behandlungsvoraussetzung ein Problem.

Kinder als Therapieklienten weisen im Gegensatz zu Erwachsenen einige Besonderheiten auf, die entweder einen Behandlungserfolg erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen oder eine Anpassung der therapeutischen Intervention an diese Charakteristika notwendig machen. Solche Besonderheiten sind:

Mangelnde Motivation zur Behandlung: Häufig werden sie ohne eigenen Wunsch zur Therapie geschickt; sie zeigen eine geringe Bereitschaft, von sich aus an den Problemen zu arbeiten. *Mangelnde Einsicht in die Behandlungsziele:* Häufig haben sie andere Therapieziele als der Therapeut. *Mangelnde sprachliche Entwicklung:* Sie haben nur begrenzte sprachliche Möglichkeiten und zeigen eher nonverbales als verbales Kommunikationsverhalten. *Mangelnde Eigenständigkeit:* Kinder sind eher abhängig von der unmittelbaren Umgebung und den direkten Bezugspersonen. *Mangelnde Persönlichkeitsstruktur:* Sie sind eher den therapeutischen Einflüssen ausgeliefert. Zudem haben sie eine geringe Integration und innere Konsistenz der Persönlichkeit.

Normsetzung ein Problem.

Festlegungen, die erst Aussagen über Abweichungen ermöglichen, sind statistischer (normal ist, was häufig ist), idealer (normal ist, was erwünscht ist) oder funktionaler Natur (normal ist, was individuumsgerecht ist). Dabei ist die Art der Abweichung selbst häufig sehr uneinheitlich gefaßt (vgl. Begriffe wie: Auffälligkeit, Schwierigkeit, Mangel, Versagen usw.). Das gleichzeitige Berücksichtigen statistischer, gesellschaftlicher, individueller und situativer Faktoren bei der Ermittlung einer Störung ist grundlegend.

So könnte schulischem Versagen durch eine generelle Einstellungsänderung der Bevölkerung gegenüber Schwachen begegnet werden; die Behandlung von Eltern, die ihre Kinder zur Kindertherapie anmelden, erscheint vielfach nutzbringender als die Behandlung der Kinder selbst (B. *Minzel* 1975); Kinder mit antisozialen Symptomen, die sozialen Gruppen mit anderen als Mittelstandsnormen entstammen, zeigen häufig eine schlechte Behandlungsprognose.

Diagnostik ein Problem.

Die Diagnose kindlichen Verhaltens ist besonders schwierig. Gründe dafür sind: Kindern mangelt es vielfach an Sprachfertigkeiten; ihre Erfahrungen z. B. im Umgang mit Testmateria-

lien sind zumeist noch sehr begrenzt; Geschlechtsunterschiede sind infolge des ablaufenden Sozialisierungsgeschehens häufig markanter, und Abweichungen von Stereotypen haben großen Einfluß auf die Diagnose von Auffälligkeiten; ein besonderes Kennzeichen der Kindheit ist die relative Instabilität der Kinderpersönlichkeit, besonders in der Kindheit und Jugendzeit sind eine Vielzahl situativer psychischer Störungen allein aufgrund allgemeiner Entwicklungsprozesse wahrscheinlich; die Stabilität devianten Verhaltens ist insgesamt sehr gering.

Hinzu kommt die Problematik eines diagnostischen Inventars, das besonders für Prozeßdiagnostik geeignet ist. Das soll jedoch hier nicht weiter ausgeführt werden (*Minsel, Ondarza und Hüme* 1978).

Behandlung ein Problem.

Psychotherapeutische Behandlung von Kindern zeichnet sich häufig durch ein besonders pragmatisches Vorgehen aus. Damit verbundene Gefahren leiten sich aus unsachgemäßer Kenntnis von Ursachen und entsprechend mangelnden gezielten Indikationsstellungen her. Die zugrundeliegenden Behandlungsvorstellungen — ebenso wie die zu den Störungskategorien — sind an einem sozial-wissenschaftlichen Krankheitsmodell orientiert. Vier Hauptcharakteristika dieses Modells sind:

Erstens sind die Ursachen schwierig zu isolieren und zu identifizieren, sie sind wenig definiert, wenig greifbar und multipel. Des weiteren enthalten die Diagnosekategorien wenig bedeutungsvolle Informationen und sind wenig zuverlässig (unreliabel). Drittens ist die Prognose oft ungewiß und nicht bestimmbar, zudem variiert sie innerhalb einzelner Diagnosekategorien. Letztlich sind die Behandlungen oft nicht präzise formuliert und selten auf eine Diagnose gestützt.

Die Skizze dieser Probleme veranschaulicht, daß wir bei der Arbeit mit Kindern nicht schematisch reagieren können. Vielmehr gilt es, Entscheidungen vielfältiger Art zu treffen, ohne daß dafür hinreichende Grundlagen zur Verfügung stehen.

3. Welches sind die Prinzipien der »nicht-direktiven Spieltherapie«?

Axline (1947/72) hat die Grundgedanken von *Rogers* zur GT für die Behandlung von Kindern übernommen. Ihre Vorstellungen lassen sich im wesentlichen an acht Leitlinien veranschaulichen (vgl. *Goetze und Jaede* 1974, S. 49 ff.):

- »(1) Der Therapeut sollte eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt;
- (2) der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist;
- (3) der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß das Kind sich frei fühlt, alle seine Gefühle uneingeschränkt auszudrücken;
- (4) der Therapeut ist wachsam in bezug auf die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte. Er versucht, sie zu erkennen und so auf das Kind zu reflektieren, daß es Einsicht in sein Verhalten gewinnt;
- (5) der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm Gelegenheit dazu gibt. Die Verantwortung, eine Wahl in bezug auf sein Verhalten zu treffen und das In-Gang-Setzen einer inneren Wandlung sind Angelegenheiten des Kindes (Prinzip der inneren Sicherheit' nach *Tausch und Tausch* 1956);
- (6) der Therapeut versucht nicht, die Handlung und Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm;
- (7) der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Sie ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß, und der Therapeut weiß das;
- (8) der Therapeut setzt nur Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen ihm und dem Kind klarzumachen.«

Den *therapeutischen Prozeß* in dieser Spieltherapie charakterisiert *Moustakas* (1953, S. 6 ff., zit. nach *Baumgärtel* 1976, S. 119) in vier Stadien:

- »1. Die Gefühle gestörter Kinder sind zu Beginn der Therapie diffus, undifferenziert und zum überwiegenden Teil negativ. Die Kinder haben Kontaktschwierigkeiten, sie fühlen sich frustriert, ärgerlich und furchtsam und haben Schuldgefühle. Diese Gefühle sind nicht mehr der Realität angepaßt, übergeneralisiert und leicht hervorzurufen.

In der Therapie wird Zorn und Wut ausgedrückt durch Schlagen und Zerschlagen und Zerreißen unabhängig vom Material und ohne äußeren Anlaß. Ängstliche Kinder sind zunächst scheu, zurückgezogen und legen viel Wert darauf, sauber zu bleiben und alles ordentlich zu hinterlassen. Das Kind ist häufig immobil und unfähig, etwas zu beginnen. Die Ängste beherrschen das ganze Kind (diffus).

2. Im zweiten Stadium beziehen sich viele Gefühle auf den Therapeuten. Sie sind konzentrierter und spezifischer. Wut wird direkt ausgedrückt und steht in direkter Beziehung zu bestimmten Personen. Das gleiche gilt für Ängste, die auf Eltern, Lehrer und Geschwister bezogen werden.
3. In diesem Stadium wird der therapeutische Prozeß deutlicher. Die Gefühle sind nicht ausschließlich negativ, sondern es werden Ambivalenzen gezeigt. So mag der Ausdruck der Gefühle für das Baby zwischen Füttern und Mißhandeln-Wollen schwanken. Ängste reduzieren sich und treten nur noch selten auf.
4. Im Endstadium des Prozesses treten positive Gefühle auf. Das Kind kann die Beziehung zu den Umgebungspersonen hier so sehen, wie sie wirklich sind. Die positiven und negativen Gefühle werden aktuellen Situationen angepaßt.«

In dieser Allgemeinheit gleichen sich die Prozeßbeschreibungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden. Die Unterschiede zu anderen Interventionsverfahren liegen in grundlegenden Aussagen zur Persönlichkeitsentwicklung, Störungsgenese und den Erklärungsansätzen für die therapeutisch erzielten Veränderungen.

Auf nähere Ausführungen dazu soll hier verzichtet werden. Dazu sei auf das Buch von Rogers (1951) und auf die Originalausführungen bei Axline (1972) verwiesen.

4. Welches sind die Prinzipien bei der Anwendung der GT im sozialen Alltag?

Die vorgenannten gesprächspsychotherapeutischen Prinzipien sollen überall im mitmenschlichen Umgang anwendbar und hilfreich sein. Es verwundert deshalb nicht, daß sie auch überall erprobt wurden. In Erziehungssituationen (etwa im Elternhaus, im Kindergarten, in Schulen und Heimen), in sozialen Versorgungseinrichtungen (wie Altenheimen, Gefängnissen, Krankenhäusern) oder Organisationseinheiten (z. B. in Firmen, Gerichten, Hochschulen, staatlichen Behörden). Die Anwendung gilt unter dem Gesichtspunkt der Prophylaxe von sozialen Problemen gleichermaßen wie unter dem der Behebung sozialer Konflikte (vgl. Tausch und Tausch 1970). In dem Buch »Die Kraft des Guten« (1978) schildert Rogers seine soziale und politische Utopie auf diesem Hintergrund — ein neuer Mensch in einer veränderten Welt. Beispiele für gemeinsame Handlungsvorstellungen bei solchen Erprobungen sind:

- Offenheit und Vertrauen sich selbst und anderen gegenüber,
- Sensibilität gegenüber den eigenen psychischen und physischen Prozessen,
- Ausformulieren der eigenen Bedürfnisse sich und anderen gegenüber,
- Sensibilität gegenüber den physischen und psychischen Prozessen anderer,
- Ansprechen der wahrgenommenen Erlebensvorgänge bei anderen,
- Konfliktregelung bei Interessenunterschieden im Sinne der gegenseitigen Selbstverwirklichung,
- Gestalten einer den Individuen entsprechenden Umwelt, die deren Bedürfnisbefriedigung ermöglicht.

5. Sind diese Aussagen haltbar?

Ganz allgemein gilt, daß die Anwendung der gesprächspsychotherapeutischen Prinzipien sowohl in der Therapie als auch in anderen Situationen evaluiert wurde. Die Ergebnisse

sind durchaus positiv, müssen jedoch auf dem Hintergrund spezifischer Mängel der einzelnen Studien relativiert werden (vgl. *Minsel* und *Royl* 1975). Solche Mängel sind etwa unreflektierte Personenselektion, Nicht-Beachtung von destruktiven Effekten, Einseitigkeiten bei der Datenerhebung usw. Trotzdem ist die Kernaussage von *Rogers*, daß die Fähigkeit zu Empathie, unbedingter Wertschätzung und persönlicher Kongruenz hilfreiche Bedingungen im mitmenschlichen Umgang sind, unbestritten. In einer spezifischen Anwendungssituation kommen diese Fähigkeiten allerdings, je nach Situationsgegebenheiten, in unterschiedlichen Ausprägungen zur Geltung.

Im einzelnen finden sich immer wieder dieselben Kritikpunkte zu vorstehenden Aussagen, u. a. (vgl. *Goetze* und *Jaede* 1974): Die Bedeutung der Prinzipien, etwa im Sinne von Verhaltensanweisungen für den Therapeuten/Sozialpartner sind unklar; die einzelnen Prinzipien sind nicht unabhängig voneinander, was auf das Zugrundeliegen noch nicht spezifizierter Verhaltensdimensionen schließen läßt; der Therapeut/Sozialpartner muß bei kindlichem Verhalten mehr aus averbalen als aus verbalen Reaktionen interpretieren; nicht näher spezifizierte, aber erkennbare entwicklungspsychologische Vorstellungen, etwa die bei *Axline* vorfindbare Annahme eines spiralartigen Verlaufs der Entwicklung, sind überholt; die Vermutung, ohne Diagnose eine Behandlung aufnehmen zu können, ist irrig; die Übertragung der Prinzipien auf andere Sozialisationsituationen, wie etwa die Schule, ist zu einseitig, da viele situations- und persönlichkeitspezifische Faktoren, wie etwa didaktische Faktoren im Falle der Schule, unberücksichtigt bleiben; das Konzept der Selbstverwirklichung an sich ist strittig und in seinen ideologischen und politischen Konsequenzen undurchdacht (vgl. *Scheller* 1980).

Trotz dieser Probleme lassen sich jedoch für die Praxis einige vorsichtige Schätzungen zur Indikation gesprächspsychotherapeutischer Prinzipien ableiten (vgl. *Biermann-Ratjen*, *Eckert* und *Schwartz* 1979, *Minsel* 1974, *Howe* und *Minsel* 1981):

- Voraussetzung für deren hilfreiche Anwendung ist, daß der Sozialpartner das Beziehungsangebot aufnehmen und für sich akzeptieren kann;
- sie scheinen hilfreich bei ängstlichen, kontaktarmen und gehemmten Personen mit starken Problemen hinsichtlich ihres Selbstwertes, speziell mit Inkongruenzen zwischen ihrem Selbstkonzept und persönlichen Erfahrungen;
- sie scheinen gut verwendbar als Diagnostikum für ablaufende Erlebensprozesse bei anderen Personen;
- sie scheinen gut geeignet als Instrument zur Selbstreflexion und Selbstkontrolle im Sinne der Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen und Haltungen anderen Menschen gegenüber;
- sie scheinen hilfreich zur Förderung von Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit bei Personen.

6. Welche Weiterentwicklungen sind zu verzeichnen?

Um nicht zu detailliert zu werden, wollen wir drei Entwicklungsrichtungen herausgreifen: den Multiplikatorenansatz, den eklektisch-kindertherapeutischen und den Systemansatz.

Beim *Multiplikatorenkonzept* geht man davon aus, daß es ökonomischer ist, Personen nach den gesprächspsychotherapeutischen Handlungsprinzipien auszubilden, die wiederum mit anderen Umgang haben, als jedes einzelne Individuum. Folgerichtig werden Eltern ausgebildet anstelle ihrer Kinder oder Lehrer anstelle ihrer Schüler. Die Entwicklung vollzog sich dabei so, daß in einer ersten Euphorie beispielsweise Eltern zu den »Therapeuten« ihrer Kinder wurden, indem ausgesuchte Verhaltensweisen, wie das Reflektieren von Gefühlen generell und schematisch, angewendet werden sollten. Mittlerweile allerdings werden Eltern gezielt selektiert und erhalten eine differentielle Verhaltens- und Einstellungsschulung nach unterschiedlichen theoretischen Konzepten (vgl. *Innerhofer* 1978,

Perrez, B. Minsel und Wimmer 1974). Die Qualität dieser Entwicklung läßt sich auch in differenzierten Untersuchungen und aussagefähigen Ergebnissen ablesen.

Psychotherapie an sich ist eklektisch. *Kinderpsychotherapie* ist noch weniger theoretisch und evaluativ geklärt als Therapie mit Erwachsenen. Besonders in den letzten Jahren sind zahlreiche Psychotherapiemodelle für die Behandlung von Kindern vorgelegt worden, die zum einen die Forschung zur Kinderpsychotherapie stimuliert haben und zum anderen den Theorie- und Forschungsstand dieses Arbeitsgebietes dem der Psychotherapieforschung insgesamt angeglichen haben. In der Bundesrepublik Deutschland kommt Goetze und Jaede (1974), Schmidtchen (1974/1978) und Baumgärtel (1976) dieses Verdienst zu. Während Goetze und Jaede sich noch streng dem Ansatz von Rogers verpflichtet fühlen, auch wenn sie andere theoretische Erklärungs- und Arbeitsmodelle, wie das Modellernen oder das Verstärkungslernen, referieren, so liefern Schmidtchen und Baumgärtel eigenständige therapeutische Handlungsvorstellungen, die auf unterschiedlichem theoretischen Hintergrund aufgebaut sind. Eigene Forschungsarbeiten dazu runden dieses Bild ab.

Der *Systemansatz* ist bisher noch am stärksten in der Entwicklung begriffen. Damit ist gemeint, daß die therapeutischen Handlungsprinzipien entweder unter Berücksichtigung sozialer und organisatorischer Systeme im Hinblick auf praktische Verwendbarkeit transformiert werden oder daß gänzlich andere theoretische Modelle, die implizit Eigenarten von Systemen berücksichtigen, zur unmittelbaren Grundlage der jeweiligen Interventionen herangezogen werden. Wir selber haben das erfolgreich für die Lehrerbildung demonstriert (Minsel, Kaatz und B. Minsel 1976). Andere Autoren erproben das in der Familientherapie (vgl. Pavel 1978) oder in der Seelsorge (vgl. Wilson 1967). Dabei spielt das gesprächspsychotherapeutische Konzept eine vom Inhalt her gesehen untergeordnete Rolle. Es hat jedoch als Voraussetzung zum Aufnehmen und Gestalten von sozialen Beziehungen einen nicht zu unterschätzenden Wert.

Literatur

- Axline, V.: Play therapy. Boston. — dt.: Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München 1947/1972.
- Baumgärtel, F.: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. München 1976.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., und Schwartz, H. J.: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart 1979.
- Devonshire, C., und Kremer, J.: Die Anwendung personenzentrierter Encountergruppen zur Förderung interkultureller Kommunikation und in verschiedenen gesellschaftlichen Untergruppen. In: Pongratz, L. J. (Ed.): Klinische Psychologie, 2. Halbband. Göttingen 1978, S. 3002—3038.
- Goetze, H., und Jaede, W.: Die nicht-direktive Spieltherapie. München 1974.
- Heinerth, K.: Einstellungs- und Verhaltensänderung. München 1979.
- Howe, J., und Minsel, W.-R.: Gesprächspsychotherapie. In: Hockel, M., und Feldhege, F. J. (Eds.): Handbuch der Angewandten Psychologie, Bd. III: Behandlung und Gesundheit. München 1981 (im Druck).
- Innerhofer, P.: Änderung des familiären Umfeldes. In: Pongratz, L. (Ed.): Klinische Psychologie, 2. Halbband (Bd. 8 der Reihe: Handbuch der Psychologie). Göttingen 1978, S. 2842—2872.
- Minsel, B.: Verhaltensmodifikation im Elternhaus. In: Rost, D., Grunow, P., und Oechsle, D. (Eds.): Pädagogische Verhaltensmodifikation. Weinheim 1975, S. 141—169.
- Minsel, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Wien 1974.
- Minsel, W.-R., und Bente, G.: Entwicklung der Gesprächspsychotherapie und ihr neuester Stand. In: Howe, J. (Ed.): Therapieformen im Dialog. — Psychoanalyse, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie. Anwendung in Beratung, Behandlung und Gesprächsführung. München 1979 a (im Druck).
- Minsel, W.-R., und Bente, G.: Gesprächspsychotherapie. In: Wittling, W. (Ed.): Handbuch der Klinischen Psychologie, Bd. II: Klinische Interventionsmethoden. Hamburg 1980, S. 139—164.
- Minsel, W.-R., und Hinz-Rohwer, I.: Kinderpsychotherapie. In: Heinerth, K. (Ed.): Einstellungs- und Verhaltensänderung. München 1979, S. 304—326.

- Minsel, W.-R., und Roysl, W.: Organisation, Schwerpunkte und Durchführung von Verhaltenstraining und soziodynamischem Training in der Projektarbeit. In: Frey, K. (Ed.): Curriculum Handbuch, Bd. III. München 1975, S. 264—273.
- Minsel, W.-R., Ondarza, V. G., und Hümme, E.: Schulversagen. In: Pongratz, L. (Ed.): Klinische Psychologie, 2. Halbband (Bd. 8 der Reihe: Handbuch der Psychologie). Göttingen 1978, S. 2537—2590.
- Minsel, W.-R., Kaatz, S., und Minsel, B.: Lehrverhalten. Band I und II. München 1976.
- Moustakas, C. E.: Children in play therapy. New York 1953.
- Pavel, F.: Die klientenzentrierte Psychotherapie. München 1978.
- Perrez, M., Minsel, B., und Wimmel, H.: Elternverhaltenstraining. Salzburg 1974.
- Rogers, C. R.: Counseling and psychotherapy. Boston 1942.
- Rogers, C. R.: Client-centered therapy. Boston. — dt. Die klienten-bezogene Gesprächstherapie. München 1951/1973.
- Rogers, C. R.: Die Kraft des Guten. München 1978.
- Rogers, C. R., und Wood, J. K.: The changing theory of client-centered therapy. In: Burton, A. (Ed.): Operational theories of personality. New York 1974, S. 211—258.
- Rücker—Embden—Jonasch, I.: Familientherapie. In: Heinerth, K. (Ed.): Einstellungs- und Verhaltensänderung. München 1979, S. 304—326.
- Scheller, R.: Theorien beruflichen Verhaltens in der Sackgasse? Psychologie und Praxis: Zeitschrift für die Anwendungsgebiete der Psychologie 2 (1980) S. 41—48.
- Schmidtchen, S.: Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim 1974.
- Schmidtchen, S.: Handeln in der Kinderpsychotherapie. Stuttgart 1978.
- Tausch, R., und Tausch, A.: Kinderpsychotherapie. Göttingen 1956.
- Tausch, R., und Tausch, A.: Erziehungspsychologie. Göttingen 1970.
- Wilson, T. J.: Theological assimilation of Rogerian therapy. Insight: Quaterly Review of Religion And Mental Health 5 (1967) S. 18—30.

Anschriften der Verfasser:

Professor Dr. Wolf-Rüdiger Minsel und Gary Bente, Universität Trier, Abt. Pädagogik, Tarforst, 5500 Trier.

Für die Sprachheil- und Kindertagesstätte suchen wir zum nächstmöglichen Termin

eine Sprachtherapeutin oder Logopädin

für die Behandlung von 16 sprachauffälligen Vorschulkindern.

Wir sind eine teilstationäre Einrichtung für sprachauffällige Kinder innerhalb eines Normalkindergartens. Die Tätigkeit erfolgt im Team, das aus Diplom-Psychologen, Sprachtherapeutinnen, einer Gymnastiklehrerin und Erzieherinnen besteht.

Die Vergütung erfolgt nach Gruppe IV. In Anlehnung an die Schulferien werden 2 Wochen mehr Urlaub gewährt. Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung und ein Zuschuß zu den Umzugskosten werden angeboten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an:

ARBEITERWOHLFAHRT Kreisverband Bremerhaven e.V.,
Elbestraße 30, 2850 Bremerhaven, Telefon (0471) 2 60 77/78 oder 6 20 58.

Das phonembestimmte Manualsystem als Sprechlehrhilfe in der sprachtherapeutischen Arbeit mit Kindern

1. Zur Terminologie

Unter dem Terminus »Handzeichensysteme« verstehen wir das Gesamt aller Zeichensysteme, die die Sprache statisch oder dynamisch, vorwiegend mit der Hand wiedergeben können (*Bechinger*).

Ein Handzeichensystem kann graphem-, phonem- oder phonetisch bestimmt sein. Für alle Handzeichensysteme gilt, daß sie »eine Wortsprache vollständig, eindeutig und gestalthaft-deutlich wahrnehmbar aktualisieren« (*Degen*, S. 236) können.

1.1. Das Fingeralphabet, ein graphembestimmtes Handzeichensystem

Der Graphembezug der Fingeralphabete wird dadurch bestimmt, daß die Zahl der Handzeichen eines Systems mit den Buchstaben des entsprechenden Alphabets übereinstimmt (1 Buchstabe = 1 Zeichen). Der Versuch mancher Systeme, durch Handzeichen die entsprechenden Buchstaben zu imitieren, muß als eine »Überdetermination« angesehen werden (*Schulte* 1969).

Das *Fingeralphabeth* ist ein klares Zeichensystem, das wie die Schrift der *Sprach- und Wissensvermittlung* dient.

Die »amerikanischen Systeme« zielen auf *Wissensvermittlung*, auf das, »was« gesprochen wird — sie verwenden viele Kürzel, damit die »Sprech-(Finger)Geschwindigkeit« und so die Wissensvermittlung in einer bestimmten Zeit möglichst groß ist.

Diese Systeme sind daher für den Artikulationsunterricht, sei es bei gehörlosen oder stammelnden Kindern, ungeeignet.

1.2. Phonembestimmte Handzeichensysteme

Wir sprechen von phonembestimmten Handzeichensystemen, »wenn den Phonemen der jeweiligen Sprache ein Zeichen entspricht und dieses vom Alphabet abweichend differenziert vorgestellt wird (Sch = 1 Phonem = 1 Zeichen). Phonembestimmte Handzeichen geben immer Informationen über die für die jeweilige Phonemrelation bei Gehörlosen (oder Stammelnden) wichtigen Lautbildungs- und Sprechgliederungsmomente« (*Bechinger*, S. 78).

Phonembestimmte Manualsysteme (PMS) informieren über das, »wie« gesprochen wird, geben Auskünfte über die Artikulationsvorgänge, über die Lautbildung.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens »Phonembestimmtes Manualsystem als Stütze lautsprachlicher Wissensvermittlung bei Sprachtauben« (*Bechinger*, S. 77) wurde unter der Leitung von Professor Dr. Schulte an der Forschungsstelle für angewandte Sprachwissenschaft in Heidelberg ein solches System entwickelt. Die Handzeichen wurden dabei unter Berücksichtigung des Phonembestandes der deutschen Sprache nach phonetischen Gesichtspunkten ausgewählt (*Schulte* 1969).

1.3.

Der Vorgang, die Schriftsprache durch Handzeichen sukzessiv wiederzugeben, wird mit dem Terminus »Fingern« ausgedrückt. Alle erwähnten Systeme werden gefingert.

2. Aufbau des PMS

Die im PMS gefingerten Phonemzeichen sind nichts anderes als die »Lautgebärden« (= Zeichen für einen Laut, ein Phonem), die wir schon immer im Artikulationsunterricht einsetz-

ten. *Schulte* hat aus einer Vielzahl von Phonemzeichen die ausgesucht, die ein Maximum an Information über den *Artikulationsvorgang* liefern. Er hat die Phonemzeichen u. a. nach informationstheoretischen, signalphonetischen, phonologischen, psychologischen, methodischen Kriterien ausgewählt und in seinem PMS systematisiert. Darüber hinaus wurde das PMS in wissenschaftlich abgesicherten Experimenten auf seinen Wert für die exakte Lautspracherlernung hin untersucht. Die sehr positiven Ergebnisse sind nachzulesen in »PMS — Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die Artikulation hörgeschädigter Kinder« (*Schulte* 1974).

Die Phonemzeichen des PMS geben dem Kind Auskunft über den *Bildungsort* und die *Bildungsart* der einzelnen Laute, also: Stellung von Artikulationsorganen, Kürze oder Länge, Stimmhaftigkeit oder Stimmlosigkeit, Intensität der Phoneme, rhythmische Gliederung und Anzahl der Phoneme bei Phonemsequenzen, Steuerung sprechdynamischer Unterschiede.

Die Phonemzeichen bieten nicht nur optische Informationen über den Sprechvorgang, sondern beeinflussen durch die phonembezogene Motorik von Hand und Arm die parallel laufenden subtilen Sprechbewegungen (*Schulte* 1969). Gerade hier sehe ich den optimalen Einsatz des Systems bei multipler Dyslalie, da nach Anbildung der Einzelphoneme die koartikulatorischen Schwierigkeiten durch das PMS beim Stammerler besser und schneller abgebaut werden können.

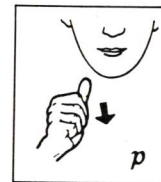
2.1. Die Phonembestimmten Manualzeichen (Siehe Seite 112).

2.2. Erklärung der einzelnen Phonemzeichen

Alle Phonemzeichen sind verkürzte Signale und informieren über den Artikulationsvorgang. Sie sind für die stammelnden Kinder eine wertvolle *Sprechgliederungshilfe*. An einem Phonemzeichen möchte ich dies demonstrieren:

Der stimmlose Plosiv »p«

»Beim ‚p‘ ist die Hand geschlossen und gespannt. Sie symbolisiert die *geschlossenen* und *gespannten Lippen*. Der hochgestreckte Daumen verweist auf den *Luftstau* hinter den Lippen. Die Lösung des Lippenverschlusses und den dabei freiwerdenden Luftstrom, also die *Plosion*, zeigt das abrupte Vorwärtskippen des Daumens. Dabei entspricht die kurze Bewegung der *kurzen Dauer* des Phonems« (*Schulte* 1980, S. 31).



3. *Einsatz des PMS bei sprachtauben, schwerhörigen und stammelnden Kindern*

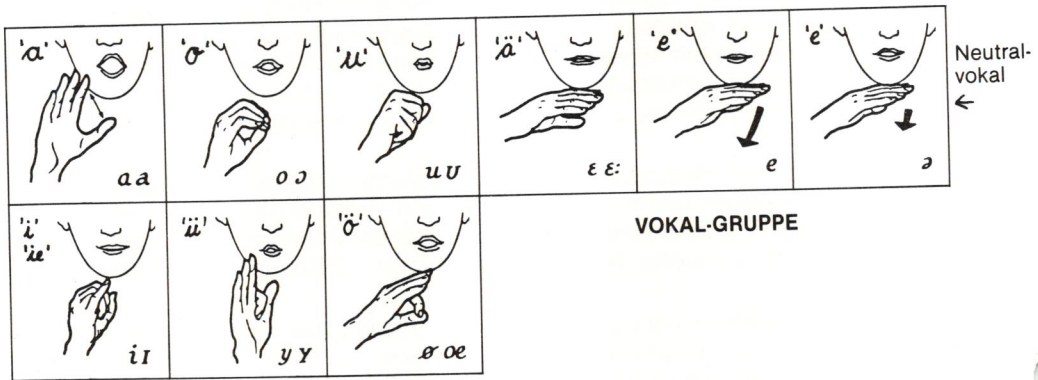
In der Wortproduktion (rein phonetisch betrachtet) und im Erscheinungsbild des »unvollkommen artikulierten Wortes« unterscheiden sich die stammelnden nicht von den schwerhörigen und nicht von den gehörlosen Kindern. Die Ursachen der Sprachstörung sind zwar verschieden, die einzelnen Lautproduktionen bei den drei genannten Gruppen sind fehlerhaft, graduell unterschiedlich und reichen von leichten Störungen bis hin zum völlig unverständlichen Sprechen.

Therapieziel bei den genannten Gruppen ist *ein gut verständliches Sprechen*.

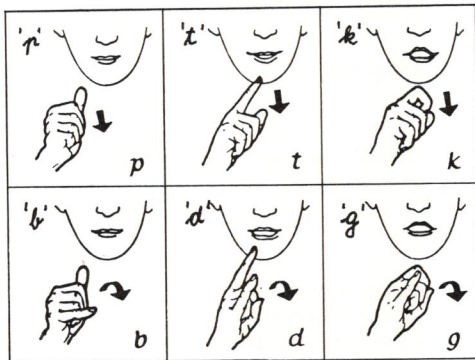
Obwohl das PMS nur für *eine* Gruppe, für sprachtaube (gehörlose) Kinder konzipiert wurde, läßt es sich, da mit den anderen beiden Gruppen das gleiche Ziel erreicht werden soll, in modifizierter Weise mit gutem Erfolg bei ihnen einsetzen.

* Interessenten an der Arbeit mit dem PMS werden besonders auf das Buch von *Schulte* (1980, vgl. Literaturverzeichnis) hingewiesen. Als Ergänzung dazu dienen Video-Cassetten und Filmmaterial. Diese Materialien können vom Institut für den Wissenschaftlichen Film, Nonnenstieg 72, 3400 Göttingen, ausgeliehen werden.

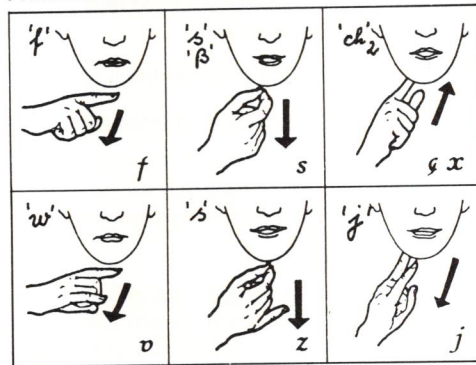
2.1. Die Phonembestimmten Manualzeichen:
links oben = Graphem, rechts unten = Phonem



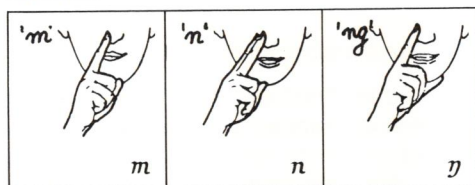
PLOSIVE: oben stimmlos, unten stimmhaft



FRIKATIVE: oben stimmlos, unten stimmhaft



NASALE:



TREMULANT:



LATERALLAUT:



4. Sprachentwicklung und Fingermotorik

Wenn man jemandem beim Sprechen zusieht, wird man feststellen, daß die Hände »mitsprechen«. Die Physiologen haben dieses Phänomen untersucht und festgestellt, daß die grobmotorischen Hand- und Armbewegungen die feinmotorischen Sprechbewegungen beim Artikulationsvorgang unterstützen und positiv beeinflussen. Diese Tatsache ist schon lange bekannt und wird in der Physiologie als »Bahndoppelung« bezeichnet.

Aus dieser Erkenntnis haben *Oseretsky, Horsch, Frostig, Eggert* u.a. ihre psychomotorischen und sensomotorischen Übungsprogramme entwickelt. Der Psychomotorik und der Sensomotorik werden in bezug auf die Entwicklung der Sprechmotorik in den letzten Jahren immer mehr Beachtung geschenkt.

So weist *Luise Geller* (1979) nach, daß »die Sprachentwicklung direkt von der Entwicklung der Feinmotorik der Finger abhängt«. Sie führt weiter aus, daß die Hand- und Fingerbewegungen sich positiv auf das Sprechen auswirken. In einem wissenschaftlich abgesicherten Versuch wurde festgestellt, »daß tägliches Üben von 20 Minuten Dauer mit den Fingern sich günstig auf die Lautnachahmung auswirkt. Diese Fingerübungen führen nicht nur zu einer 7mal schnelleren Lautnachahmung, sondern auch zu einer vollkommeneren Aussprache« (*Geller*, S. 168).

Diese Ergebnisse werden damit begründet, »daß das motorische Sprachzentrum sehr dicht am allgemeinen motorischen Gebiet liegt und daß man es als einen Bestandteil dieser Gegend ansehen kann« (*Geller*, S. 168). »Daher entwickeln sich die Handfunktion und die menschliche Sprache parallel miteinander. Die Fingerbewegung ist eng verbunden mit der Entwicklung der Sprache; sie ist eigentlich die Grundlage dafür, daß der Mensch sprechen lernt. Erst, wenn die Feinmotorik der Finger eine gewisse Vervollkommnung erreicht hat, setzt die Entwicklung des Sprachvermögens ein« (*Geller*, S. 168).

5. Erprobte und bewährte Einsatzmöglichkeiten des PMS bei Stammlern

Aus meinen letzten Ausführungen erscheint der Einsatz des PMS bei Stammlern als zwingende Notwendigkeit. Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung, verbunden mit einer multiplen Dyslalie sind die Gruppe, bei denen das PMS sehr effektiv eingesetzt werden kann.

Natürlich brauchen Stammler *nicht das gesamte* PMS zu erlernen. Sie lernen nur die Phoneme der Phoneme, die sie stammeln. Mit der Anbildung des neuen Lautes (»K«) lernt das Kind ohne große Schwierigkeiten das Phonemzeichen des Lautes (»K«) mit.

Beispiel I

Multiple Dyslalie: Die Laute »K« / »R« / »SCH« / »S« / »F« werden mit allen Verbindungen nicht gesprochen.

1. Anbildungsphase

Erlernung der Einzellaute mit den Phonemzeichen.

2. Übungsphase

Die Laute werden mit den Zeichen geübt, bis das Phonemzeichen Signalcharakter hat (Kind beantwortet den optischen Reiz »Phonemzeichen« sprechmotorisch, d. h., das Kind sieht das Phonemzeichen »K« und artikuliert ein »K«). Die Phoneme werden zuerst einzeln, dann in sinnlosen Silben geübt (ka / ko / ku / ke / ki / ak / ok / uk / ... aka / oku / kakoki ...).

3. Koartikulationsphase

Beim Einbau der Laute kommt es oft zur Zwischenartikulation. Man muß diese Zwischenartikulation als Mangel koartikulatorischer Verflechtung sehen. Grund hierfür ist das oft verlangsamte Sprechtempo. Bei Zuhilfenahme des PMS werden die koartikulatorischen Sprechmuster über motorische Muster angebildet. So wird die Zwischenartikulation schneller ausgeschaltet (»KR«, »BL«, »FR«, »SCHR« ...).

Beispiel II

»T« — Stammler, Ersatzlaut »K«: Die gesamte Artikulation ist in die dritte Artikulationszone verlagert, starke Nasalität: das Kind spricht »Koni« (nasal) statt »Toni«.

1. Anbildungsphase

»T« wird angebildet (Spiegel, »spucken« ...). Mit der Anbildung des »T« wird auch das Phonemzeichen eingeführt.

2. Übungsphase

Das »T« wird mit dem Phonemzeichen geübt: einzeln, dann mit sinnlosen Silben: Vokal—»T«, Vokal—»T«—Vokal, »T«—Vokal ...

3. Koartikulationsphase

In der Koartikulationsphase, beim Einbau des Lautes in den Wortschatz des Kindes, kommt es oft vor, daß das Kind nun kein »K« mehr im Wort sprechen kann. Es sagt »Tanne« statt »Kanne«. Jetzt führe ich das Phonemzeichen »K« ein und binde (wie bereits beschrieben) den »K-Laut« an das Phonemzeichen. Sobald das »K-Zeichen« für das Kind zum Signal für eine »K-Produktion« geworden ist, kann ich mit Hilfe der Phonemzeichen »K« und »T« beide Phoneme gegeneinander abgrenzen und in den Wortschatz des Kindes einbauen.

Beispiel III

Einzelne Phoneme werden gestammelt, z. B. Sigmatismen, Schetismen. Auch hier arbeite ich, wie in Beispiel I oder II angegeben: Ich bilde mit dem Laut das entsprechende Phonemzeichen an. Die Kinder greifen die Zeichen gerne und sofort auf. Sie klammern sich anfangs an diese Zeichen, ohne daß ich sie besonders darauf hinweise.

Durch die motorische Unterstützung bei der Artikulation und das Sichtbarmachen der Laute (optische Unterstützung) können die Laute schneller und leichter in den Wortschatz der Kinder eingebaut werden.

Literatur

Bechinger, H.: III. Ergebnisse einer Überprüfung phoneminformierender Artikulationszeichen. Ztschr. Neue Blätter f. Tbst. Bildg. 23 (1969) 2.

Degen, D.: Das Handzeichensystem der Sprache in seinen verschiedenen physischen sinnlich wahrnehmbaren Ausprägungen als terminologische Untersuchung (unveröffentlicht) 1968.

Geller, L.: Sprachentwicklung und Fingerbewegung. Ztschr. hörgeschädigte Kinder. Nr. 3, 1979.

Schulte, K.: Sprachliche Zeichen als Problem Angewandter Sprachwissenschaft in der Rehabilitation Hör-Sprachgeschädigter. Vorlesung, SS 1969, Institut für Hör-, Sprach- und Sehgeschädigten-Pädagogik Heidelberg.

Schulte, K.: Phonembestimmtes Manualsystem (PMS). Villingen-Schwenningen 1974.

Schulte, K.: Sprechlehrhilfe PMS. Heidelberg 1980.

Anschrift des Verfassers:

Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey-Hasborn.

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 114—118

Irene Schäfer, Püttlingen

Kindlicher Autismus, eine Falldarstellung

Autismus bedeutet ein Zurückziehen auf sich selbst. Personenkontakte sind weitgehend ausgeschlossen, während zu Objekten im allgemeinen gute Beziehungen bestehen. *Kanner* (1943) gibt als weitere Symptome Veränderungsangst, Sprachentwicklungsstörungen, mögliche Störungen in der Intelligenzentwicklung, motorische Besonderheiten an. Bezüglich Ätiologie lassen sich die verschiedenen Theorien unter einem psychogenetischen und einem organologischen Aspekt zusammenfassen. Nach *Nissen* (1971) handelt es sich um ein polyätiologisches Syndrom.

Beschreibung von M.

Körperliche Eigenheiten und Ausdruckserscheinungen

M. wurde im Alter von 6;8 Jahren in die Aufnahmeklasse einer Sonderschule für Lernbehinderte eingewiesen. Die Klasse zählte 15 Kinder. M. war zwei Monate zuvor in eine Grundschule eingeschult worden, fiel dort jedoch durch fehlende Sprache, totale Leistungsverweigerung und störende motorische Unruhe auf.

Er war groß, blond, mager, aufgeschossen. Obwohl sein Verhalten reich an Bewegungen war (Klatschen auf die Bank, Klopfen, an einem Knopf seiner Jacke drehen), waren Mimik und Gestik stark reduziert. Die Körperhaltung war ziemlich starr und hölzern, die Bewegungen ungelentk. Beim Gehen neigte der Junge den Oberkörper leicht nach vorne, die Arme waren meist durchgedrückt und die Hände oft zu Fäusten geballt. Es wurden ein Zehenspitzenengang und einige Male ein kanguruhartiges Hüpfen beobachtet. M. ist Brillenträger.

Familiensituation

Die Familie ist vollständig. M. hat noch zwei Schwestern, die beide das Gymnasium besuchen. Es ist eine Mittelschichtfamilie. Der Vater ist leitender Angestellter. Die Mutter hat einen Realschulabschluß und eine Bürolehre nachzuweisen. Der Vater ist mehr zurückhaltend, während die Mutter lebhaft und engagiert wirkt. Die Familie hat ein ziemlich hohes Wertesystem. Der Umgangston ist herzlich. M. ist in die Familie integriert.

Daten zur Entwicklungsgeschichte

Direkt nach der Geburt litt M. an einer schweren Gelbsucht und an Ödemen. Dies besserte sich ungefähr nach zehn Tagen. Während der Entbindung erlitt er einen Schlüsselbeinbruch. Schon in seinen ersten Lebensmonaten war M. ziemlich ruhig und machte oft einen abwesenden Eindruck. Er war nicht so lebhaft wie seine älteren Schwestern (Äußerungen der Mutter). Beim Essen bekam M. häufig Brechreiz. Er wurde noch mit zwei Jahren mit Fläschchen ernährt, da er keine größeren Nahrungstücke zu sich nehmen konnte. Im Alter von 4;6 Jahren aß er sein erstes Stück Brot. Er hat nie ein Spielzeug oder einen Schnuller in den Mund genommen. Weitere Daten: Sitzen mit 13 Monaten, Laufen mit 22 Monaten, nachts sauber mit fünf Jahren, Sprechen, nonverbale Kommunikation mit der Mutter ab elf, zwölf Monaten, ab drei Jahren wurden gelegentlich einzelne emotional geladene Wörter mit der Mutter gesprochen.

Soziale Entwicklung

1. Kindergarten

Mit fünf Jahren kam M. in einen Kindergarten. Der nonverbale Kontakt zu einem Kind war gut, jedoch nicht innerhalb einer Gruppe. M. hat vorwiegend alleine gespielt und auch mit der Erzieherin nicht gesprochen. Mitunter kam es zu unmotivierten Wutanfällen.

2. Grundschule

Mit 6;6 Jahren wurde M. eingeschult. Er hat sich in seiner Klasse stark abgesondert und sprach auch nach zwei Monaten noch nicht mit der Lehrerin. S. o.

3. Erziehungsberatungsstelle

M. ist nach Aussagen der Mutter gern hingegangen. Er hat jedoch mit dem Psychologen, der eine Spieltherapie durchführte, auch nicht gesprochen.

4. Häusliche Erziehungssituation

Der Erziehungsstil in der Familie kann als sozialintegrativ angesehen werden, wobei zu bemerken ist, daß M. von allen Familienmitgliedern etwas verwöhnt wurde. Das Verhältnis

Vater—Sohn bezeichnete die Mutter als enge Bindung. Der Vater beschäftigt sich heute noch am meisten mit ihm. Nichtangepaßtes Verhalten wurde von den Familienmitgliedern manchmal ignoriert, manchmal auch verbal bestraft.

Beobachtungen in der Sonderschule bei Schuleintritt

1. Sozialverhalten

Das Sozialverhalten war durch Kontaktscheu und die Tendenz zur Abkapselung gekennzeichnet: Kein Blickkontakt zu Lehrer und Mitschülern; wurde von den Mitschülern freundlich aufgenommen, ließ die Freundlichkeiten jedoch apathisch über sich ergehen; entfernte sich oft von der Gruppe und drückte sich in eine Ecke oder lehnte sich an eine Wand.

2. Sprachverhalten

Nachdem zunächst kein Kontakt möglich war, nahm M. nach etwa vier Tagen mit Kindern und Lehrerin nonverbalen Kontakt auf (Zeigen, Anrempeln, an der Hand führen). Mitunter horchte M. auf oder zeigte motorische Reaktionen, von denen aus man auf ein Sprachverständnis schließen konnte.

3. Leistungsverhalten

Die Antriebsfähigkeit schwankte bei M. zwischen untätig, unbeweglich und umtriebig überstürzt. Ähnlich verhielt es sich bei der Steuerung, die sich zwischen triebhaft, willenlos seinen Impulsen überlassend und gespannt, versteift skalieren ließ. Aufmerksamkeit und Konzentration waren bei ihm stark vermindert. Leistungen in den Kulturtechniken konnten nicht festgestellt werden.

4. Motorisches Verhalten

M. zeigte eine motorische Ungeschicklichkeit, die fast zur Apraxie hin tendierte, z. B. waren im lebenspraktischen Bereich Fähigkeiten wie Waschen, Zähneputzen, Ankleiden noch nicht entwickelt. M. wohnte zwar in der Nähe der Schule, konnte seinen Schulweg jedoch nicht alleine gehen.

5. Besonderheiten

Ein Nachahmen von Tätigkeiten fiel M. sehr schwer. Dagegen zeigte er Interesse für alte Wecker und Radios, aus denen er Schrauben drehen konnte, die er auch wieder zusammenbauen wollte usw. Auffallend war seine Sammelleidenschaft für kleine Autos. Er ließ sie weniger fahren, sondern drehte vielmehr an den Rädern.

6. Emotionales Verhalten

M.s Gefühlsleben war durch Unharmonie gekennzeichnet. Er wollte behutsam behandelt werden, lehnte jedoch Zärtlichkeiten auch von seiten der Mutter ab. Den Klassenkameraden gegenüber war er manchmal rücksichtslos. M. litt unter Veränderungsangst, z. B. mußte ein Gegenstand, sobald er verrutscht war, wieder in seine Stellung gebracht werden; waren die Tische im Raum anders gruppiert, dann reagierte M. mit Befremden, mit Weinen oder aggressivem Verhalten. Fremden Erwachsenen gegenüber zeigte M. oft erhebliche Angst (Zurückgehen, Schütteln, Zittern). Wenn er einen Hund sah, schrie er laut, selbst wenn das Tier außerhalb des Raumes war. M. hatte eine Scheu vor Wasser und Schmutz. Er zeigte eine Abneigung gegen bestimmte Stoffe, Gerüche, Geräusche und Essen. In Anforderungssituationen ging er in Abwehr.

Durchgeführte pädagogische bzw. therapeutische Maßnahmen

1. Förderung durch den Unterricht

Schon der äußere Rahmen, gegeben durch einen ansprechenden Klassenraum und Möbel (neben kleinen Arbeitstischen großer Tisch in der Mitte für Morgenkreis, gemeinsames

Frühstück, Geburtstagsfeiern ...), war kommunikationsfördernd. Die Mitschüler von M. konnten alle sprechen und waren auch kommunikationsbereit, so daß sich für M. optimale Kontaktmöglichkeiten boten.

M. wurde einzeln, in einer Gruppe (angefangen bei einer Dyade) und innerhalb der Klasse betreut.

Für eine spezielle Betreuung des Jungen wurden folgende Maßnahmen geplant:

1.1. Aufbau von sozialem Verhalten

- Entwickeln der Kontaktfähigkeit (Gefühl der Geborgenheit vermitteln, Selbstbewußtsein wecken bzw. stärken, Erreichen von Blickkontakt, Körperkontakt, Anlächeln, non-verbalem Kontakt, verbalem Kontakt, Kontaktbedürfnis, Erproben von Kontaktvarianten),
- gewisse Normen des Zusammenlebens mit anderen beachten (Anredeformen, Grußformen, Entwickeln eines Eigentumsbegriffes),
- sich an bestimmten Wertvorstellungen orientieren,
- sich selbst und andere in der jeweiligen Status- und Rollenverteilung realistisch einschätzen, um das eigene Verhalten modifizieren zu können,
- in enger Gemeinschaft und Zusammenarbeit mit anderen Probleme besser bewältigen zu können. — Gemeinschaftsgefühl entwickeln; lernen, anderen zu helfen.

1.2. Aufbau von Sprachverhalten

- Entwickeln der Nachahmungsfähigkeit durch Modellernen; gleichzeitig Üben von Konzentration und Aufmerksamkeit (Klatschen, Berühren des Gesichtes, Berühren des eigenen Körpers, Bewegen des Körpers, des Gesichtes, der Lippen, Bauen, Legen, Nachsprechen, rhythmisches Sprechen, Musikmalen).

Nach drei Wochen Schulbesuch in der Sonderschule L konnte M. sprechen (Sprachverständnis war von Anfang an da). Zu therapieren waren:

- Störungen in der Sprechmelodie,
- Störungen in der Tonstärke,
- einzelne dysgrammatische Sprachäußerungen,
- geringer Wort-Sprachformenschatz,
- Gebrauch von »er« statt »ich«.

1.3. Individuelle Förderung im Bereich der Arbeits- und Gestaltungserziehung

Bei M. war es erforderlich, jeden einzelnen Handgriff zu üben (Prompting). Hilfestellungen wurden nach und nach ausgeblendet. Lebenspraktische Fähigkeiten mußten entwickelt werden.

1.4. Individuelle Förderung im Bereich des Sportes

Heilgymnastik wurde außerhalb der Schule durchgeführt. Da M. Angst vor dem Schwimmen hatte, mußten auf dem Wege der sukzessiven Aproximation Wassergewöhnungsübungen durchgeführt werden. Ein besonderes Training erforderte das Duschen. Über positive Verstärkung wurde einiges erreicht.

1.5. Individuelle Förderung im Bereich der Sinneserziehung

Sinneserziehung ist zwar Unterrichtsprinzip, bei M. wurden jedoch alle Sinnesbereiche im Einzelunterricht zusätzlich trainiert (Hilfsmittel: Orff-Instrumente, Montessori-Material, Frostig-Programm, Spiele usw.).

1.6. Individuelle Förderung im Bereich der Kulturtechniken

Etwa ab der dritten Schulbesuchswoche beteiligte M. (wenn auch begrenzt) sich am Klassenunterricht. Es mußte einiges aufgearbeitet werden. Nach zwei Monaten Schulbesuch wurde bei M. zusätzlich nach dem Plan der Grundschule gearbeitet. Verstärkt wurden je-

doch optische und akustische Differenzierungsübungen sowie groß- und kleinmotorische Übungen durchgeführt.

Gegen Ende des Schuljahres lagen die Leistungen von M. leicht über dem Durchschnitt der ersten Klasse der Grundschule, so daß eine Umschulung in Erwägung gezogen wurde.

2. Spieltherapie (directive und non-directive)

Sie wurde teilweise in der Schule, teilweise in der Erziehungsberatung durchgeführt.

Ziele: Entwickeln der Gestaltungsfähigkeit. Kontaktabbau — Angstabbau. Erlernen von adäquaten Verhaltensweisen. Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten.

3. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Durch Desensibilisierung und sukzessive Approximation sollten Ängste abgebaut und neue Verhaltensweisen aufgebaut werden (z. B. Treppen auf- und absteigen, Schulweg allein gehen, Schwimmen, bei Umschulung in die Grundschule). Weitere Techniken, die Anwendung fanden, waren: Modellernen, positives Reinforcement, Prompting, Fading, Chaining.

4. Elterntraining

Um ein einheitliches erzieherisches Vorgehen zu gewährleisten, war eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern unerlässlich. Es war notwendig:

1. Mit den Eltern gemeinsam das Zielverhalten festzulegen (Herstellung von Sozialverhalten, lebenspraktische Erziehung),
2. mit ihnen kleine Übungsschritte festzulegen (bezüglich Anziehen, Waschen, Schulweg, Hilfeleistungen zu Hause),
3. mit ihnen Wege zu suchen, wie diese durchzuführen sind. — Hinweise auf Alternativen zu geben,
4. einen Verstärkerplan aufzustellen,
5. den Eltern Mut zu machen.

Weitere Ziele, die die Eltern verfolgen sollten, waren: Ausweitung des Kontaktes zu anderen Kindern, Feedback bei grobmotorischen Auffälligkeiten, Selbständigkeit bezüglich Hausarbeiten, Beitritt zu einem Verein ermöglichen, Festlegen der Rolle M.s in der Familie. Seine Vorschläge und Initiativen respektieren, seine Fragen adäquat beantworten.

Weitere schulische Entwicklung

Nach gut vorbereitetem Übergang in die Grundschule wurde M. zum neuen Schuljahr in die zweite Klasse aufgenommen. M. ging seinen Schulweg allein, fand Kontakt zu seinen Mitschülern, war in der Klassengemeinschaft ansprechbar und erbrachte durchschnittliche bis überdurchschnittliche Leistungen. Im lebenspraktischen Bereich hatte er beachtliche Fortschritte gemacht. M. durchlief die Grundschule ohne besondere Schwierigkeiten. In seinen schriftlichen Leistungen war er besser als in den mündlichen. Er redete nicht viel. Seine Äußerungen waren mitunter nicht situationsadäquat. Die Körperbewegungen waren koordinierter und weniger starr geworden. Vor fremden Menschen und in fremden Situationen zeigte M. immer noch Angstsymptome. Beim Übergang von der Grund- in die Hauptschule gab es Probleme. M. brauchte zwei Monate, bis er in die Klasse integriert war. Er zeigt gegenwärtig durchschnittliche Leistungen. Es ist zu wünschen, daß M.s Verhalten sich weiterhin positiv entwickelt.

Literatur

Feuser, G.: Grundlagen zur Pädagogik autistischer Kinder. Weinheim 1979.

Nissen: Zur Klassifikation autistischer Syndrome im Kindesalter. In: »Nervenarzt«. 1971, S. 35—39.

Anschrift der Verfasserin:

Irene Schäfer, Dipl.-Psych., Sonderschulrektorin, Espenstraße 102, 6625 Püttlingen.

Selbsthilfegruppen Stotternder

1. Vorbemerkung

Der Verfasser ist von mehreren Seiten aus angeregt worden, sich mit Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfegruppen Stotternder zu beschäftigen, und zwar durch

- Entstehung von Selbsthilfegruppen im Saarland, zusammengeschlossen in der »Sprechhilfe Saar e.V.«,
- eigene Erfahrungen in der Therapie jugendlicher und erwachsener Stotternder, verbunden mit der immer wieder drückenden Erkenntnis, daß für die Nachbetreuung keine Anlaufstellen gefunden werden konnten, sowie
- Teilnahme an relevanten Veranstaltungen der »Lindauer Psychotherapiewochen« und der dabei erhaltenen vertieften theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit der Arbeit in Selbsthilfegruppen.

2. Die Entstehung von Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfegruppen sind in ihrer Entstehung zurückzuführen auf die im Jahre 1935 in den USA gegründeten »Anonymen Alkoholiker«. Diese erfuhren im Laufe der weiteren Entwicklung eine intensive und differenzierte Entwicklung in Familien-, Jugend-, Klinik-, Gefängnis- und sogar Kindergruppen.

Etwa 30 Jahre später kam es in verstärktem Maße zur Bildung zahlreicher Selbsthilfeorganisationen, vorwiegend in fünf psychosozialen Bereichen: Familie, Krankheit—Behinderung—Sucht, Frauen, Strafgefangene und Minoritäten.

Nach Katz und Bender gab es 1976 etwa eine halbe Million Selbsthilfegruppen bei einer hochgerechneten Mitgliederzahl von fünf Millionen. Im psychosozialen Bereich Krankheit—Behinderung—Sucht erfolgte die Gründung von Selbsthilfegruppen aus mehreren Gründen:

- Einer großen Anzahl Rat- und Hilfesuchender stand und steht ein aktueller und akuter Mangel an therapeutischen Möglichkeiten gegenüber. Dies gilt für unseren Bereich insbesondere für die Betreuung jugendlicher und erwachsener Stotternder.
- Vorhandene Institutionen müssen viele Ratsuchende nach dem Erstgespräch wieder wegschicken bzw. auf unbestimmte Zeit vertrösten.
- Die Bildung anderer Selbsthilfegruppen, z. B. Patientengruppen in Kliniken für die nachtherapeutische Versorgung, hat zur eigenen Gruppengründung angeregt.

3. Ziele und Aufgaben der Selbsthilfegruppen Stotternder

Ich wähle das Beispiel einer Stottererselbsthilfegruppe, die ihre Ziele und Aufgaben in der Zeitschrift »Der Kieselstein« 1980, Heft 9, Seite 29, veröffentlicht hat. Dort heißt es:

- Abbau der oftmals selbst geschaffenen Isolation
- Abbau der Sprechangst und damit verbundener Kommunikationsprobleme
- Erlernen von Selbstvertrauen und Selbstsicherheit durch realistisches Training
- Abbau der Vermeidungs- oder Verdrängungstaktiken beim Sprechen und der dem Stotternden typischen Lebenseinstellung
- Erkennen, Einschätzen und Gebrauchen der eigenen Fähigkeiten
- Das eigene Stottern kennenlernen, denn es tritt in verschiedenen Situationen unterschiedlich stark auf
- Solidaritäts- und Gemeinschaftsgefühle entdecken
- Lernen, sich der Problematik des Stotterns zu stellen und zu versuchen, sich aus den auftauchenden Problemen »herauszustottern«

- Lernen, ein Team zu bilden, gemeinsame Probleme zu lösen, Vorstellungen zu realisieren
- Gefühle, wie Aggression, Trauer, Frust, Abneigung oder ganz einfach Freude, Angst wahrzunehmen, zu äußern, auch auf die Gefahr hin, sich unbeliebt zu machen
- Aktiver und aufgeschlossener der Gesellschaft, der sozialen Umgebung gegenüber werden, auch wenn es schwierig ist,

und stottern statt schweigen!

Insgesamt besteht also ein strukturiertes Behandlungsprogramm mit relativ klar umrissenen therapeutischen Prinzipien. Ein solches Programm mag bei dem einzelnen ein hohes Erwartungsniveau auslösen, etwa Hoffnung auf völlige Heilung und auf Geborgenheit und Glück in der Gruppe. Wird das Erwartungsniveau nicht erfüllt, kann es zu Enttäuschungen, ja Feindseligkeiten, Aggressionen und Fluchttendenzen kommen.

Enttäuschungen können jedoch auch zu der Einsicht führen, daß die *Gruppe* etwas bringen muß, daß sie womöglich der einzige Spender von Erfüllung und Befriedigung sein kann und daß schließlich jeder einzelne verantwortlich ist für den Gruppenerfolg.

Es tritt ein Prozeß der Ernüchterung ein, in dem die Erwartungen auf *sich* und die *Gruppe* gerichtet werden:

Was fangen wir an? Wie kommunizieren wir untereinander?

Andererseits können beim Aufeinanderzukommen auch Ängste entstehen

- vor der leitungslosen Gruppe ohne vorangesetzten Experten, ohne professionellen Therapeuten an der Spitze, einfach aus einer allgemeinen Skepsis *Selbsthilfgruppen* gegenüber
- Scheu vor der Gruppe, vor zu großer Nähe
- Fremdenfurcht im Sinne archaischer Ängste
- Angst vor den eigenen Problemen und ihrer Darstellung
- Angst, sich zu verändern
- Furcht vor Schädigung des eigenen Rufs, gesteuert durch die Meinung anderer, Konfliktlosigkeit bedeute seelische Gesundheit.

Eine Frage ist auch, ob sich die Gruppe eines »Beraters« versichert und welche Funktion dieser hat. Ist er überhaupt wichtig, und ist sein Zeitaufwand sinnvoll? Löst nicht gerade er unangemessene Hoffnungen aus, gerät er nicht in die Position des Hexenmeisters, der *überall* helfen soll und diesen Anspruch nicht erfüllen kann? Helfen kann er sicher beim Durchhalteversuch der Gruppe, etwa dadurch, daß er die Hoffnungen, die am Anfang zum größten Teil auf ihn gerichtet waren, von sich ablenkt und auf die Gruppe zurücklenkt.

Selbsthilfgruppen arbeiten in der Regel jedoch ohne Therapeuten, ohne Experten, deshalb die Frage:

4. Können Selbsthilfgruppen Therapie leisten?

In diesen und den folgenden Kapiteln werde ich ausschließlich auf die Darstellungen M. L. Möllers zurückgreifen.

Die Frage: Können Selbsthilfgruppen Therapie leisten? kann auch heißen: Kann man Selbsthilfgruppen im Vergleich zu herkömmlichen Therapien als Therapieform bezeichnen, können sie überhaupt helfen; haben Selbsthilfgruppen ein therapeutisches Konzept?

Dann: Kann eine Gruppe ohne Leiter arbeiten? Hat sie nicht Anleitungen nötig?

Standespolitisch und nach geltender juristischer Definition können »Selbsthilfgruppen keine Therapie durchführen und damit auch keine Therapie sein, weil sie ihre seelischen Störungen ohne Mitwirkung eines offiziell ausgebildeten Therapeuten zu beheben versuchen« (Möller 1977, S. 291).

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Redaktion: OStR Arno Schulze, 3575 Kirchhain 1, Am Schwimmbad 8, Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9-Sonderpädagogik,
2000 Hamburg 13, Sedanstraße 19, Telefon (040) 41 23 39 56
Verlag: Wartenberg & Söhne GmbH, 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41 w, Telefon (040) 89 39 48

Inhaltsverzeichnis der Jahrgänge 1979 und 1980

Die Ziffern, z. B. 79/1/27, bedeuten in ihrer Reihenfolge von links nach rechts: Jahrgang/Heft/Seite.

GRUNDLAGEN DER SPRACHBEHINDERTENPÄDAGOGIK

Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Sonderschule —	79/1/ 27
Zu den Begriffen Sprachstörung, Sprachbehinderung, Sprachschädigung und Sprachauffälligkeit (<i>St. Baumgartner</i>)	79/2/ 67
Standortanalyse der Bremer Schulen für Sprachbehinderte — Untersuchung des Einzugsgebietes (<i>K. Diederichsen</i>)	79/3/107
Untersuchungen zur Lautstruktur und Phonemkapazität bei sprachlich auffälligen Vorschulkindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	79/4/125
Aspekte einer Sozialerziehung in Schulen für Sprachbehinderte (<i>St. Baumgartner</i>)	79/5/165
Das Lernverhalten sprachentwicklungsgestörter und sprachunauffälliger Kinder in vier nicht-verbalen Experimenten (<i>L. Wölk</i>)	79/5/181
Sprachbehindertendidaktik und Individualpsychologie (<i>A. Holtz</i>)	79/6/205
Analyse der Phonemkapazität bei sprachauffälligen Kindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	79/6/227
Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten (<i>O. Braun</i> , <i>G. Homburg, J. Teumer</i>)	80/1/ 1
Berichte aller Landesgruppen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheil- pädagogik e. V. über die gegenwärtige Situation und über Entwick- lungsperspektiven, Probleme und Initiativen (Beiträge von <i>P. Griesmaier</i> , <i>K. Thierbach, E. Trieglaff, G. Homburg, R. Bangen, A. Schulze, O. F. von Hinden- burg, Th. Borbonus, D. Kroppenber, H.-J. Rathe, H. Schmalfeldt, H.-D. Speth</i>) . .	80/2/ 33
Theoretische Bemerkungen zur Thematik »Sprache und Persönlichkeit« aus individualpsychologischer Sicht (<i>A. Holtz</i>)	80/4/121
Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht der Schule für Sprach- behinderte (<i>O. Braun</i>)	80/4/135
Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei drei- bis sechsjährigen Kindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	80/5/169
Orientierungsvermögen sprachentwicklungsgestörter Kinder (<i>H. Heidtmann</i>)	80/5/195

ORGANISATIONSFORMEN

Standortanalyse der Bremer Schulen für Sprachbehinderte — Untersuchung des Einzugsgebietes (<i>K. Diederichsen</i>)	79/3/107
--	----------

Praxisorientiertes Lernen an der Universität — Bericht über eine Projektarbeit — (<i>J. Teumer</i>)	79/4/138
Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten (<i>O. Braun,</i> <i>G. Homburg, J. Teumer</i>)	80/1/ 1
Zur Frage der Schule für Sprachbehinderte als »Durchgangsschule« (<i>H. Eglins</i>) ..	80/1/ 18
Berichte aller Landesgruppen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheil- pädagogik e. V. über die gegenwärtige Situation und über Entwicklungs- perspektiven, Probleme und Initiativen (Beiträge von <i>P. Griesmaier,</i> <i>K. Thierbach, E. Trieglaff, G. Homburg, R. Bangen, A. Schulze, O. F. von Hinden-</i> <i>burg, Th. Borbonus, D. Kroppenber, H.-J. Rathe, H. Schmalfeldt, H.-D. Speth</i>) ..	80/2/ 33
Das Sprachheilwesen im amerikanischen Bundesstaat Kalifornien (<i>M. L. Frings</i>)	80/4/147

ERZIEHUNG UND UNTERRICHT

Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Sonderschule —	79/1/ 27
Thesen zur Prophylaxe von Lese-Rechtschreibstörungen (<i>H. Staps</i>)	79/3/ 97
Lese-Rechtschreibschwierigkeiten aufgrund sprachlicher Beeinträchtigung (<i>G. Heinrichs</i>)	79/3/101
Aspekte einer Sozialerziehung in Schulen für Sprachbehinderte (<i>St. Baumgartner</i>)	79/5/165
Das Lernverhalten sprachentwicklungsgestörter und sprachunauffälliger Kinder in vier nicht-verbalen Experimenten (<i>L. Wölk</i>)	79/5/181
Sprachbehindertendidaktik und Individualpsychologie (<i>A. Holtz</i>)	79/6/205
Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht der Schule für Sprach- behinderte (<i>O. Braun</i>)	80/4/135
Die schulische Karriere eines elektiv mutistischen Mädchens (<i>R. P. Broich</i>)	80/4/143
Unterricht mit autistischen Kindern (<i>H. Loddenkemper, N. Schier</i>)	80/4/153
Orientierungsvermögen sprachentwicklungsgestörter Kinder (<i>H. Heidtmann</i>)	80/5/195
Anregungen für die Praxis des Erstlese- und Schreibunterrichts in der Schule für Sprachbehinderte (<i>G. Heinrichs</i>)	80/6/239

SPRECH-, SPRACH- UND REDESTÖRUNGEN

Ist die Heilung des Stotterns vom Zufall abhängig? (<i>E. Richter</i>)	79/1/ 1
Die Beziehung der akustischen und auditiven Rückkoppelung zum Initial-Tonus beim Stottern (<i>W. Wertenbroch</i>)	79/1/ 13
Verhaltenstherapie bei erwachsenen Stotternern in einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (<i>A. Friese</i>)	79/2/ 49
Sprachhandeln in psychischen Belastungssituationen. Hypothesen über den Bedingungshintergrund von Stottern (<i>U. Schoor</i>)	79/3/ 89
Thesen zur Prophylaxe von Lese-Rechtschreibstörungen (<i>H. Staps</i>)	79/3/ 97
Lese-Rechtschreibschwierigkeiten aufgrund sprachlicher Beeinträchtigung (<i>G. Heinrichs</i>)	79/3/101
Untersuchung der Wort- und Satzdisposition im Dienste der Erforschung und Rehabilitation expressiv-aphasischer Störungen (<i>C. Tigges-Zuzok</i>)	79/4/149

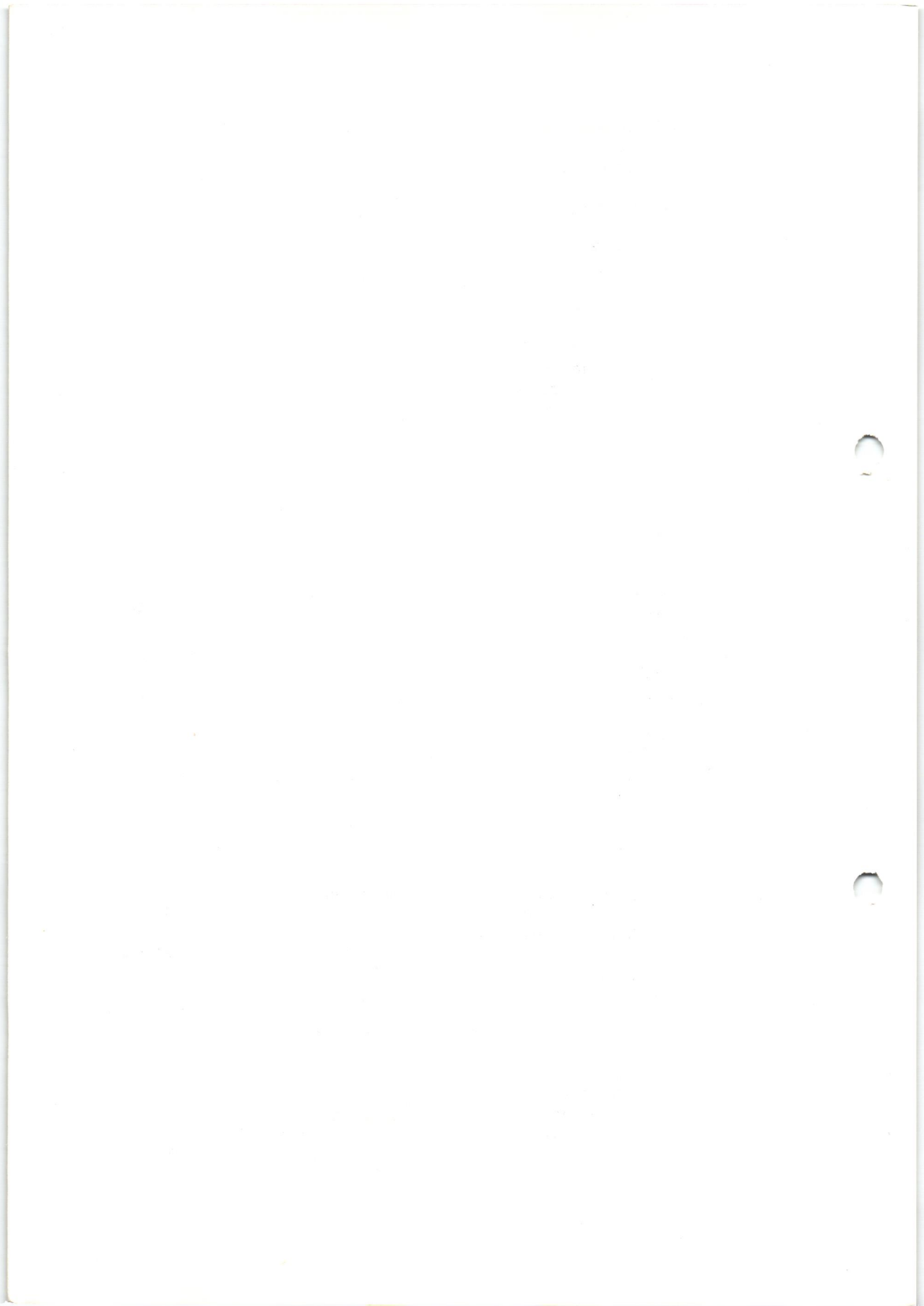
Stottern unter dem Einfluß negativer und irrationaler Selbstgespräche (<i>W. Wertenbroch</i>)	79/6/221
Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns aus der Sicht eines Sprachheil- pädagogen (<i>E. Richter</i>)	80/3/ 91
Zur Arbeit mit den Eltern im Rahmen der Frühbehandlung stotternder Kinder (<i>V. Mérei</i>)	80/3/104
Die schulische Karriere eines elektiv mutistischen Mädchens (<i>R. P. Broich</i>)	80/4/143
Zentrale Sprachentwicklungsstörungen — Differentialdiagnose und Therapie (<i>E. Kruse</i>)	80/6/205
Sprachbehandlung bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen (<i>Chr. Niemeyer-Reich</i>)	80/6/213
Der Einsatz künstlicher Sprechhilfen im Rahmen der Rehabilitation Laryngektomierter (<i>H. Moddemann</i>)	80/6/223
Anregungen für die Praxis des Erstlese- und Schreibunterrichts in der Schule für Sprachbehinderte (<i>G. Heinrichs</i>)	80/6/239

STOTTERN

Ist die Heilung des Stotterns vom Zufall abhängig? (<i>E. Richter</i>)	79/1/ 1
Die Beziehung der akustischen und auditiven Rückkoppelung zum Initial-Tonus beim Stottern (<i>W. Wertenbroch</i>)	79/1/ 13
Verhaltenstherapie bei erwachsenen Stotterern in einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (<i>A. Friese</i>)	79/2/ 49
Sprachhandeln in psychischen Belastungssituationen. Hypothesen über den Bedingungshintergrund von Stottern (<i>U. Schoor</i>)	79/3/ 89
Stottern unter dem Einfluß negativer und irrationaler Selbstgespräche (<i>W. Wertenbroch</i>)	79/6/221
Zur medikamentösen Behandlung des Stotterns aus der Sicht eines Sprachheil- pädagogen (<i>E. Richter</i>)	80/3/ 91
Zur Arbeit mit den Eltern im Rahmen der Frühbehandlung stotternder Kinder (<i>V. Mérei</i>)	80/3/104

DIAGNOSTIK

Die Bedeutung des Landauer Sprachentwicklungstests bei der Diagnose sprach- behinderter Vorschulkinder (<i>B. Hötsch</i>)	79/1/ 19
Untersuchungen zur Lautstruktur und Phonemkapazität bei sprachlich auffälligen Vorschulkindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	79/4/125
Analyse der Phonemkapazität bei sprachauffälligen Kindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	79/6/227
7 Thesen zum diagnostischen Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik (<i>St. Baumgartner</i>)	80/3/ 81
Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei drei- bis sechsjährigen Kindern (<i>M. Grohnfeldt</i>)	80/5/169
Die Diagnostik der sensorischen Dyslalie (<i>G. Kluge</i>)	80/5/178
Sollte eine partielle akustische Lautagnosie von der phonematischen Differenzierungsschwäche abgegrenzt werden? (<i>Chr. von Deuster</i>)	80/5/189
Zentrale Sprachentwicklungsstörungen — Differentialdiagnose und Therapie (<i>E. Kruse</i>)	80/6/205



NAMENSREGISTER DER AUTOREN

Bahlmann, E.	80/2/ 72	Kluge, G.	80/5/178
Bangen, R.	80/2/ 45	Kroppenberg, D.	80/2/ 56
Baumgartner, St.	79/2/ 67	Kruse, E.	80/6/205
	79/5/165	Loddenkemper, H.	80/4/153
	80/3/ 81	Mérei, V.	80/3/104
Borbonus, Th.	80/2/ 53	Moddemann, H.	80/6/223
Braun, O.	80/1/ 1	Niemeyer-Reich, Chr.	80/6/213
	80/4/135	Puppe, P.	79/5/194
Broich, R. P.	80/4/143	Rathe, H.-J.	80/2/ 58
Deuster, v., Chr.	80/5/189	Richter, E.	79/1/ 1
Diederichsen, K.	79/3/107		80/3/ 91
Eglins, H.	80/1/ 18	Rullmann, R.	80/4/159
Friese, A.	79/2/ 49	Saatweber, M.	79/5/196
Frings, M. L.	80/4/147	Schier, N.	80/4/153
Gey, M.	80/2/ 73	Schmalfeldt, H.	80/2/ 61
Griesmaier, P.	80/2/ 33	Schoor, U.	79/3/ 89
Grohnfeldt, M.	79/4/125	Schulze, A.	80/2/ 49
	79/6/227	Speth, H.-D.	80/2/ 63
	80/5/169	Staps, H.	79/3/ 97
Heidtmann, H.	80/5/195	Teumer, J.	79/4/138
Heinrichs, G.	79/3/101		80/1/ 1
	80/6/239	Thierbach, K.	80/2/ 37
Hindenburg, v., O. F.	80/2/ 51	Tigges-Zuzok, C.	79/4/149
Hötsch, B.	79/1/ 19	Trieglaff, E.	80/2/ 40
Holtz, A.	79/6/205	Wertenbroch, W.	79/1/ 13
	80/4/121		79/6/221
Homburg, G.	80/1/ 1	Wölk, L.	79/5/181
	80/2/ 42	Zuckrigl, A.	80/2/ 65

UMSCHAU/DISKUSSION/SONSTIGES

Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Sonderschule —	79/1/ 27
Das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Therapeuten (<i>P. Puppe</i>)	79/5/194
30 Jahre Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (<i>M. Saatweber</i>)	79/5/196
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe gegründet (<i>E. Bahlmann</i>)	80/2/ 72
Mitteilungen über Ausbildung und Prüfung an der Fachschule — Sprachtherapie (<i>M. Gey</i>)	80/2/ 73
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. gegründet (<i>R. Rullmann</i>)	80/4/159
Darüber hinaus zahlreiche Beiträge aus der Vorstandsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. und ihrer Landesgruppen sowie Buchbesprechungen	

BERUFUNGEN/WÜRDIGUNGEN/NACHRUFE

Helmut Ruge verstorben	79/1/ 34
Ehrentitel Professor für Dr. med. Manfred Höxter	79/1/ 34
Georg Reuter und Joachim Wiechmann traten in den Ruhestand	79/2/ 78
Ehrung für Otto-Friedrich von Hindenburg	79/3/117
Tilman Walther zum Sonderschulrektor ernannt	79/3/117
Sonderschullehrer Gerhard Fichtner abgeordnet an die Pädagogische Hochschule Reutlingen	79/3/117
Prof. Dr. Dr. H. von Bracken 80 Jahre	79/3/118
Prof. Dr. Hans Georg Rockemer verstorben	79/3/118
Gerhard Schulz verstorben	79/3/118
Prof. Dr. Werner Orthmann im Ruhestand	79/4/160
Verleihung des Bundesverdienstkreuzes an RSD Kremer	79/4/161
Prof. Dr. med. Claus Holm verstorben	79/5/198
Oberschulrat S. D. i. R. Otto Lettmayer 80 Jahre	79/6/238
Bezirksschulinspektor OSR i. R. Franz Maschka 70 Jahre	79/6/238
Edmund Bieniek im Ruhestand	79/6/239
Sonderschulrektor i. R. Erich Hampel verstorben	80/1/ 23
Direktor Hannes Aschenbrenner 60 Jahre	80/1/ 23
Zu Leben und Werk von M. Sovák aus Anlaß seines 75. Geburtstages (<i>A. Zuckrigl</i>)	80/2/ 6
Sonderschulrektor i. R. Karl Heil verstorben	80/2/ 7
Dr. Maximilian Führung verstorben	80/2/ 71
Prof. Dr. Michael Atzesberger 60 Jahre	80/3/114
Dipl.-Psych. Udo Schoor zum Professor ernannt	80/3/114
Sonderschulrektor i. R. Georg Reuter verstorben	80/4/157
Direktor i. R. Curt Heidrich verstorben	80/6/246

Übergeht man die juristische Seite und fragt nach Therapieerfolgen der Selbsthilfegruppen, so erhält man eine deutlich positive Antwort durch

- kasuistische Selbstdarstellungen von Selbsthilfegruppenteilnehmern in Form ausführlicher Interviews
- und durch durchgeführte empirische Erhebungen an Selbsthilfegruppen (z. B. Möller und Daum 1977).

Ergebnisse: Im ersten Vierteljahr zeigen sich nur geringfügige Veränderungen bei den Teilnehmern. Bei einer Teilnahme von über einem Jahr kommt es zu wahrnehmbaren therapeutischen Wirkungen, etwa zu

- »einer Zunahme von Initiative und Autonomie
- einer deutlichen Zunahme der Kontaktfähigkeit
- einer vermehrten Aufnahme intensiver Beziehungen zu anderen
- einer Zunahme der Bindungsfähigkeit und
- einer erhöhten Bereitschaft und Fähigkeit, sich selbst und anderen zu helfen, d. h. einer erhöhten *psychosozialen Kompetenz* zur Konfliktlösung« (Möller 1977, S. 291 f.).

Mit dem Nachweis dieses empirisch gesicherten Erfolges ist die eingangs gestellte Frage positiv beantwortet.

Überdies wird von den Teilnehmern an Selbsthilfegruppensitzungen gegenüber den Teilnehmern an Expertentherapiegruppen betont, daß ihre Teilnahme als befriedigender und effektiver anzusehen sei, wobei u. a. auf die größere Geborgenheit, die größere Offenheit und auf die stärkere wechselseitige Aktivierung in Selbsthilfegruppen hingewiesen wird, mit anderen Worten: Das therapeutische Potential der Selbsthilfegruppen wird in zahlreichen Faktoren höher eingeschätzt als das der Expertengruppen.

Auch die Tatsache, daß Selbsthilfegruppen weiter spontan anwachsen und sich ausdifferenzieren, spricht für einen Behandlungserfolg, denn ineffektive Gruppen lösen sich auf.

Möller vertieft die Frage weiter, indem er die Vorbehalte der Experten gegenüber Selbsthilfegruppen als Ausdruck spezieller Ängste begreift. Psychodynamisch arbeitende Selbsthilfegruppen arbeiten in bislang den Experten vorbehaltene Bereiche hinein. Es könnte deshalb darin eine konkurrierende Behandlungsart gesehen werden, mit der sich, einschließlich der aufkommenden Rivalitätsgefühle und eigenen Unsicherheiten, auseinandersetzen wäre. Die »Kränkung der Expertenposition« (was wollen diese Leute ohne Ausbildung, Kenntnisse und Erfahrung therapeutisch ausrichten?) kann zu den verschiedensten Formen der Ablehnung von Selbsthilfegruppen führen, etwa auch in der Form vorgebrachter Erwartungsangst:

»Die treiben sich ja in noch schlimmere Zustände hinein, weil sie nicht wissen, was sie tun.«

Hinter solchem Verhalten mag aber auch der Zweifel an der eigenen Therapie mitschwingen. Wir stehen vor einem Fragenkomplex, der uns, soweit wir bisher Therapie angeboten haben und dies auch in Zukunft wollen, nicht ruhen lassen sollte.

Was ist Therapie? Diese Frage prüfen *wir* auf dem Boden der bislang von uns getriebenen professionellen Therapie. Ist *sie* denn Therapie? — oder — Nicht-Therapie?

Vielleicht hilft uns die Darstellung der Psychotherapieforscherin Hartig aus der Enge, deren Frage nach der Therapie so lautet:

»Welche Art von Therapie, verabreicht durch welchen Therapeuten, unter welchen spezifischen Bedingungen, hat welche Wirkung auf welche Klienten mit welchen spezifischen Problemen und wodurch wirkt sie?« (Hartig, M. 1975)

- das heißt, die therapeutischen Bedingungen und das therapeutische Konzept sind hinterfragt.

5. Das Konzept der Gruppenselbstbehandlung

Selbsthilfegruppen, um die es hier geht, sind eigenständige Gesprächsgruppen ohne therapeutischen Experten, die bemüht sind, ihre eigenen Probleme und Störungen zu lösen. Die Interaktionen spielen sich in einer relativ kleinen Gruppe mit sechs bis zwölf Personen ab, wobei von vornherein eine Erleichterung dadurch gegeben ist, daß die Sitzungen kostenlos sind.

Die Sitzungen beanspruchen im Mittel einen Zeitraum von zwei bis drei Stunden und werden nach Möglichkeit durch intensive Treffen an Wochenenden und in Freizeiten vertieft.

Die Teilnahme ist freiwillig, sollte jedoch wegen des gewünschten Erfolges kontinuierlich über ein Jahr lang erfolgen.

Wie wir zu Anfang sahen, definiert die Gruppe ihre Ziele und legt damit ihr Thema fest. Auch die Methode ist damit vorgegeben, bei Stotterergruppen wie bei den meisten anderen Gruppen auch: *die verbale Kommunikation, das Gespräch.*

Wenn auch in allen Kontaktabläufen die Sprache im Vordergrund steht, so sollten doch die *prä-* und *averbalen* Kommunikationsmittel wie Gestik, Mimik, Rhythmus, körperliche Intensität der Zu- oder Abwendung, Stimmlage, Stimmodulation usw. als wichtige Teile des gesamten Ausdrucksniveaus nicht vergessen werden. Sicher würde der Einsatz der Video-Technik dazu verhelfen können, die Breite des Kommunikationsspektrums sichtbar zu machen.

6. Der therapeutische Prozeß

Nach Möller ist das Besondere an Selbsthilfegruppen, »daß sich hier das Selbsthilfeprinzip mit dem Gruppenprinzip verbindet«. Dadurch, so meint er, »tritt offensichtlich eine Steigerung der therapeutischen Wirksamkeit ein« (Möller 1977, S. 299).

»In der Gruppenselbstbehandlung findet meiner Beobachtung nach nämlich primär keine wechselseitige *Fremdhilfe*, sondern wechselseitige *Selbsthilfe* statt. Das bedeutet: Es hilft hier nicht einer dem anderen und der wieder ihm, wie es die Anekdote vom Blinden und Tauben erzählt. Vielmehr hilft hier jeder sich selbst und hilft dadurch anderen, sich selbst zu helfen. Das Gruppenprinzip steigert insofern das Selbsthilfeprinzip« (Möller 1977, S. 299).

Die Steuerung des therapeutischen Prozesses bei Selbsthilfegruppen führt Möller auf ein Wertesystem zurück, dessen vier Grundwerte als Kontrast zu einer pathogenen Situation eine positive, heilende Beziehung wiedergeben.

Diese vier Grundwerte sind: die Selbstbestimmung, die Authentizität, die Hoffnung und die Solidarität. Zwischen ihnen bestehen enge Wechselbeziehungen.

6.1. Die Selbstbestimmung

Jede Selbsthilfegruppe will für sich autonom sein. Sie richtet sich damit gegen eine wesentliche Bedingung psychischer Störungen, gegen die Fremdbestimmung, gegen das Beherrschtwerden durch andere in Familie, Schule, Beruf und — Therapie.

Selbsthilfegruppen fordern zur Aktivität und Autonomie auf, sie vermeiden Abhängigkeiten gegenüber Therapeuten.

Selbsthilfegruppen selektieren gewöhnlich nicht, sondern bieten jedem den Zugang an. Der einzelne entscheidet sich, ob er in der Gruppe bleiben will oder nicht, ob er sich einer anderen Gruppe anschließt oder aber professionelle Therapie aufsucht.

Die Gruppe setzt sich also freiwillig, ohne äußeren Zwang und Auflagen zusammen und kann dadurch ein Gruppengefühl schaffen, das »Expertentherapiegruppen« gegenüber erheblich unterschiedlich sein muß.

Sicher resultieren hieraus die durch empirische Untersuchungen festgestellte höhere Zufriedenheit und Effektivität von Selbsthilfegruppen.

6.2. Die Authentizität

Damit ist gemeint die Echtheit, Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit in der Kommunikation als Beziehungsqualität gegenüber den pathologischen Bedingungen der Unterdrückung. Die Kommunikation bleibt offen und konfliktfähig.

Die therapeutischen Konsequenzen sind:

- In den Selbsthilfegruppen soll sich so offen wie möglich geäußert werden; Konflikte werden dadurch sichtbar und — schließlich auch lösbar.
- Es soll versucht werden, Verleugnungshaltungen gegenüber sich selbst aufzugeben; es geht darum, sich und den anderen den Konflikt zuzumuten im Sinne des »Mut zu dem Konflikt haben«.
- Die offene Einstellung zu sich selbst schließt die Annahme des anderen in seiner Authentizität (so, wie er ist) mit ein.

Ein solches Verhalten weist auf wechselseitige Ermutigung hin und führt zwangsläufig zu einem sehr positiven therapeutischen Gruppenklima.

6.3. Die Hoffnung

Gemeint ist hier die hoffnungsvolle Beziehung als Pendant zur psychischen Störungsbedingung Angst. Hoffnung basiert auf dem Gefühl des Vertrauens zu sich selbst und anderen. Hoffnung ist Gewißheit zu sich selbst. Man kann sich entschließen zu hoffen und andere dazu auffordern. Hoffnung ist eine aktive Einstellung. Nach *Möller* kann man sie als »die emotionale Grundtendenz der Selbstheilungskräfte« ansehen.

Ihre therapeutischen Konsequenzen liegen in

- einer Stärkung der Selbstheilungstendenz im Sinne eines kontinuierlichen Durchhaltens und Durcharbeitens der Konflikte in der Gruppe,
- in der mutigen und ermutigenden Beziehungsaufnahme zu anderen
- und in einer stärkeren Bindung an das therapeutische Ziel.

6.4. Die Solidarität

Die Solidarität ist als Grundwert gegen das Erlebnis des gestörten Kontaktes zu anderen, gegen das isolierende Verhalten gerichtet. Solidarität meint die Anerkennung des anderen in seiner Eigenart in der wechselseitigen Ich-Du-Beziehung. Hier scheint mir die Basis für die oft schon gehörte Behauptung zu liegen, daß z. B. ein Stotternder oder ehemaliger Stotternder einen Stotternden besser verstehen und therapieren könne als Experten, die bisher von dem Leiden nicht betroffen waren.

Hier ist eben eine Person, die einen in der Solidarität, aus der inneren Einsamkeit, aus dem Schmerz der besonderen gemeinsamen Stigmatisierung abholt und versteht, ohne übliche Fürsorge und Mitleid. Sicherlich findet hier eine wechselseitige Verstärkung statt, von dem die Außenstehenden ausgeschlossen sind, eine Situation, die ihnen deshalb fremd bleiben muß.

Als therapeutische Konsequenzen der Solidarität sind zu nennen:

- Grundsätzliche Bereitschaft zur Gruppenbildung der Betroffenen (Stigmatisierten)
- Offenheit und Aufnahmebereitschaft gegenüber »Neuen« ohne bürokratisches Prozedere unter dem Angebot einer verlässlichen Beziehung
- Größere Offenheit der Gruppe in der Beziehung der einzelnen Mitglieder zu sich, gegenseitiges Akzeptieren und schnelles Überwinden unsolidarischer Verhaltensweisen.

Das hier aufgezeigte Wertesystem dürfte wohl in erster Linie wegen seiner therapeutischen Konsequenzen aufrechterhalten werden. Es gestattet in optimalem Maße Selbstverwirklichung und ist damit Gegenstand wiederkehrender Erfahrung.

In Beachtung der aufgezeigten therapeutischen Konsequenzen leisten Selbsthilfegruppen Therapie. Eine intensive Zusammenarbeit mit ihnen dürfte für unser Fachgebiet, insbeson-

dere für die Therapie Stotternder, von hohem Anregungswert sein. Umgekehrt könnte die Hereinnahme von Erfahrungen der Experten in die Selbsthilfegruppen vielleicht manchen Umweg vermeiden helfen, ein Vorschlag, dem ja in der Übernahme bestimmter Übungsprogramme durch Selbsthilfegruppen bereits nachgekommen worden ist.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen entlastet in ganz erheblichem Maße die herkömmliche Therapie; die wesentlichste Auswirkung dürfte jedoch darin zu sehen sein, daß sich die herkömmliche Therapie mehr der Selbsthilfe und ihrer Prinzipien besinnt und dadurch eine erhöhte psychosoziale Kompetenz gewinnt.

Literatur

Christ, J.: Neue Forschungsergebnisse über Selbsterfahrungsgruppen. Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1973, Heft 1, S. 58—65.

Hartig, M.: Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung. München/Berlin/Wien 1975.

Möller, M. L.: Zum therapeutischen Prozeß in Selbsthilfegruppen — Generelle Überlegungen zum therapeutischen Verhalten und zum Verlauf der Gruppenselbstbehandlung. Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1977, Heft 1/2, S. 127—150.

Möller, M. L.: Sind Selbsthilfegruppen Therapie? Zum Konzept der Gruppenselbstbehandlung. Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1977, Heft 3, S. 290—313.

Möller, M. L.: Selbsthilfegruppen. Reinbek bei Hamburg 1978.

Troje, E.: Selbsthilfegruppen an der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende in Frankfurt. Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1978, Heft 2/3, S. 228—239.

»Der Kieselstein« — Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen. 1980, Hefte 1—8.

Anschrift des Verfassers:

Hans-Joachim Rathe, Leiter des Sprachtherapeutischen Zentrums,
Schongauer Straße 15/17, 6650 Homburg/Saar.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag

**Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50**

Die Vereinigungen der Aphasiebehinderten in Schweden

Die Anzahl der mit Aphasiesymptomen erkrankenden Personen beträgt nach schwedischen Untersuchungen jährlich etwa 60 pro 100 000 Einwohner. Die Ursache ist in über 90 Prozent der Fälle ein Schlaganfall, in den übrigen vorwiegend eine Geschwulst oder Verletzung des Gehirns. Somit ist der Krankheitszustand immer ernst, wenn nicht lebensgefährlich. Etwa zwei Drittel der Patienten befinden sich in einem Alter von 60 Jahren oder darüber. Viele — etwa die Hälfte — sterben im unmittelbaren Verlauf ihrer akuten Erkrankung.

Das Krankheitsbild der Genesenden wird geprägt von der Aphasie, meistens aber auch von den durch die Hirnschädigung verursachten körperlichen und psychischen Behinderungen. Unter den in Betracht kommenden körperlichen Behinderungen sind anzuführen: die Halbseitenlähmung, die Herabsetzung des Tast- und Gleichgewichtssinns, die Sehbehinderung durch Einschränkung des Gesichtsfeldes oder durch Doppelsehen; unter den psychischen Funktionseinschränkungen: die Herabsetzung des abstrakten Denkens, Einprägungs- und Gedächtnisschwächen, Einschränkungen des Beobachtungs- und Orientierungsvermögens, und vor allem auch Veränderungen des persönlichen Verhaltens, mit impulsiven Gemütsschwankungen, leichter Ermüdbarkeit und Armut an eigener Antriebskraft und Ausdauer als den hervorragendsten Kennzeichen. Hinzu kommen in vielen Fällen weitere, meistens altersbedingte Krankheiten, wie Kreislauf- und Herzleiden, Zuckerkrankheit und dergleichen.

Der Krankheitsverlauf kann in drei Zeitphasen eingeteilt werden. In den ersten Wochen nach der Erkrankung ist es nicht selten, daß der Zustand des Patienten erheblich schwankt. Bewußtsein und Aufmerksamkeit können von Moment zu Moment wechseln, der Patient ist desorientiert, sein Verhalten oft von einer motorischen Unruhe geprägt. In dieser Phase ist der Patient noch keiner direkten Übungsbehandlung zugänglich, was aber eine erste Kontaktaufnahme von seiten des Aphasiotherapeuten keineswegs ausschließt. Denn der Patient wie auch seine schwer betroffenen Angehörigen bedürfen des beruhigenden Zuspruchs gleichwie einer eingehenden Aufklärung über die doch allgemein recht unbekannte Aphasie und ihre Begleiterscheinungen.

In der zweiten Phase des Krankheitsverlaufs hat sich der Zustand des Kranken stabilisiert und ist von den Folgen der eingetroffenen Hirnschädigung gekennzeichnet. Abhängig von der entstandenen Symptomatik haben nun die verschiedenen direkten therapeutischen Maßnahmen einzusetzen, wie z. B. das sprachliche Training beim Aphasiotherapeuten, die Gehübungen und übrigen krankengymnastischen Behandlungen beim Physiotherapeuten, die Beschäftigung in der Arbeitstherapie. Wenn diese Aktivitäten gut koordiniert und auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sind, so ist in dieser Phase wenigstens anfangs sehr oft eine wesentliche Verbesserung des Allgemeinzustandes und auch der sprachlichen Fähigkeiten zu verzeichnen. Der Patient, wie auch seine Familie, sind voll auf damit beschäftigt, sozusagen »wieder auf die Beine zu kommen«, d. h., alle Energie und Aufmerksamkeit richtet sich auf die Besserung des Kranken, die ja auch meistens zusehends voranschreitet. Man ist voller Hoffnung und oft leider auch voller übertrieben optimistischer Vorstellungen über die Aussichten auf eine vollkommene Genesung.

Die dritte Phase im Krankheitsverlauf tritt erst allmählich und nach etlichen Monaten ein, wenn sich der Kranke wie auch seine Angehörigen nach und nach dessen gewahr werden, daß es mit seiner Besserung trotz intensiver Bemühungen nicht weiter vorangeht. Man muß anfangen, sich damit abzufinden, daß ein beträchtlicher Teil der sprachlichen und neurologischen Behinderung nicht rückgängig zu machen ist. Für die Zukunft muß ein Leben *mit* der Behinderung, ein fortgesetztes sinnvolles Leben *trotz* der Behinderung ins

Auge gefaßt werden. Diese Einsicht bedeutet einen schweren Schlag für den Aphasiepatienten und die ihm Nahestehenden, für manche vielleicht noch schwerer als die Erschütterung im Zusammenhang mit der ursprünglichen Erkrankung. Depressive Reaktionen sind zu diesem Zeitpunkt häufig, besonders wenn der Kranke und seine Familie nicht im Zusammenhang mit der vorangegangenen Therapie behutsam, aber auch realistisch über das voraussichtliche Spätresultat nach der Krankheit aufgeklärt worden sind. Meistens muß auch gerade zu diesem Zeitpunkt den regelrechten direkten Behandlungen im Rahmen der medizinischen Pflegeinstitutionen ein Ende gesetzt werden, teils aus Mangel an Therapeuten, teils weil fortgesetzte Behandlungen allzuwenig fruchten. Dabei fühlt sich der Aphasiepatient oft einer Ungerechtigkeit ausgesetzt, da er noch lange nicht von seiner Behinderung wiederhergestellt ist.

Gerade an diesem Punkt, wo der Kranke als lebenslänglich Behinderter, oder wie es im Schwedischen heißt: als »Defektgeheilte«, aus der Obhut der medizinischen Krankenpflege entlassen wird, setzt die Rolle der Behindertenvereinigungen ein. Zweck dieser Vereinigungen ist es, die Aphasiebehinderten in ihren fortgesetzten Mühen um ein sinnvolles und aktives Leben mit und trotz der Behinderung auf jede mögliche Weise zu unterstützen. Wie und in welchem Ausmaß dies zur Zeit in Schweden geschieht, soll Thema der weiteren Ausführungen sein. Zunächst aber erst einiges über die Entwicklung und Organisation der Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden.*

Es bestehen zur Zeit (Sommer 1980) neun solcher Vereinigungen in Schweden, deren Wirkungsort aus Tabelle 1 hervorgeht. Aus dieser Tabelle sind auch die ungefähren Mitgliederzahlen der jeweiligen Vereinigung ersichtlich mit einer Summe von etwa 1300 Mitgliedern für ganz Schweden. Hierbei ist zu bedenken, daß sich die Mitglieder aus drei verschiedenen Personengruppen zusammensetzen, nämlich 1. den Aphasiebehinderten, 2. deren Angehörigen und 3. den übrigen Interessenten, die vorwiegend zum Kreis jener zählen, die sich mit der Rehabilitation von Aphasiepatienten beschäftigen. Das Zahlenverhältnis zwischen diesen Gruppen schwankt etwas unter den einzelnen Vereinigungen: In groben Zahlen ist die Relation etwa 5:3:2 zwischen Behinderten, Angehörigen und therapeutischem Personal. Erfahrungsgemäß ist es für eine realistische Vereinsarbeit zuträglich, wenn alle drei Gruppen im Vorstand der jeweiligen Vereinigung genügend stark vertreten sind.

Wie aus den in der Tabelle angegebenen Gründungsjahren hervorgeht, sind die Vereinigungen für Aphasiebehinderte eine noch ziemlich neue Erscheinung in Schweden. Dies erklärt sich wahrscheinlich einmal aus einem in den siebziger Jahren allgemein gesteigerten Selbstbewußtsein bei unseren chronisch Kranken und Behinderten, was u. a. durch intensivere Vereinsaktivitäten zum Ausdruck kommt und auch von öffentlicher Hand in zunehmendem Umfang unterstützt wird. Des anderen hat die ständig wachsende Anzahl von Aphasiotherapeuten und hierbei vor allem der Logopäden in Schweden sicher dazu beigetragen, die umfassende Problematik der Aphasiebehinderten erkennbar zu machen und die Motivation zu steigern, bei begrenzten Mitteln zur Rehabilitation innerhalb des Gesundheitswesens für eine fortgesetzte Fürsorge zu wirken durch die Aktivierung von freiwilligen ehrenamtlichen Kräften. Dies trifft zu für die Vereinigungen in den drei Großstädten Stockholm, Göteborg und Malmö, die um 1975 gegründet wurden. Für die kleineren, in den letzten Jahren hinzugekommenen Vereinigungen gilt meistens, daß ihre Gründung zwar auf Wunsch einer Gruppe von Interessierten am jeweiligen Ort, jedoch zum größten Teil von einer benachbarten größeren Vereinigung betrieben wurde, sowohl durch persönliche Besuche als auch finanzielle Unterstützung.

Seit einigen Jahren bestehen Pläne zur Gründung eines Dachverbandes für ganz Schwe-

* Den Aphasikervereinigungen, die mit ihren Informationen zur Erstellung dieses Referats beigetragen haben, sei auch an dieser Stelle gedankt.

Tab. 1: Gründungsjahr, Standort und ungefähre Mitgliederzahl der Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden (Stand: Sommer 1980)

Gründungsjahr	Standort	Anzahl der Mitglieder
1974	Stockholm	450
1976	Göteborg	350
1976	Malmö	200
1977	Uppsala	60
1977	Eskilstuna	20
1979	Jönköping	90
1980	Östersund	35
?	Västerås	35
?	Karlstad	90
Summe		1330

den. Daß sie bislang noch nicht ausgeführt wurden, mag einem mangelnden Bedarf zuzuschreiben sein, da die Funktionen eines solchen Verbandes weitgehend schon durch organisierte persönliche Begegnungen zwischen Abgesandten der einzelnen Vereinigungen (zwei Wochenend-Treffen in diesem Jahr) sowie auch eine rege Korrespondenz (u. a. mit einem Austausch der Programme und Jahresberichte) wahrgenommen werden.

Die Finanzierung der Arbeit erfolgt in den verschiedenen Vereinigungen auf recht unterschiedliche Weise. An einem Ort stammt etwa die Hälfte der benötigten Mittel aus öffentlicher Hand und fast ein Fünftel aus dem Erlös von verkauften Handarbeiten und dergleichen anlässlich eines Wohltätigkeitsfestes. An einem anderen Ort kommen fast 90 Prozent der Einnahmen vom Erlös aus privaten Lotterien, die man in Schweden mit polizeilicher Genehmigung für ideelle Zwecke durchführen kann und deren Lose z. B. in Warenhäusern oder in Marktbuden an den Mann gebracht werden. An einem dritten Ort ist es gelungen, bedeutende private Spenden zu erhalten. Nirgends fällt der Mitgliedsbeitrag besonders schwer ins Gewicht, da er bewußt gering gehalten wird, um nicht vom Beitritt abzuschrecken. Ein nicht unbedeutender Teil der Arbeit wird in sogenannten Studienkreisen oder Studiengruppen organisiert, die bestimmte Forderungen betreffs ihres Inhalts, ihrer Teilnehmer und ihrer Leitung erfüllen müssen. Unter dieser Vorbedingung werden sie dann von öffentlicher Hand als Volksbildungsarbeit anerkannt und finanziell unterstützt.

Die eigentlichen Vereinsaktivitäten lassen sich, wenn auch mit Überschneidungen, in drei verschiedene Arbeitsbereiche gliedern: Zusammenkünfte zum Zweck geselligen Beisammenseins, um die Isolierung der Aphasiebehinderten zu brechen; Reaktivierung der Behinderten, nicht nur in sprachlich-kommunikativer, sondern auch in sozialer und körperlich-motorischer Hinsicht; Informationsverbreitung, sowohl innerhalb der Vereinigung als auch mit Blick auf eine größere Allgemeinheit.

Unter den geselligen Zusammenkünften sind an erster Stelle die monatlichen Treffen zu schildern, die es in fast jeder Vereinigung gibt. Hauptprogrammpunkt ist meistens irgendeine Unterhaltung. Beliebte sind Lichtbildervorträge, z. B., der Stadtgärtner schildert die Anlagen der eigenen Stadt, oder ein Mitglied erzählt über eine Urlaubsreise. Auch Musikunterhaltungen sind sehr geschätzt, vor allem, wenn es den Vortragenden gelingt, ihre Zuhörer zu einem gemeinsam gesungenen Lied oder auch einem taktfesten »Mitschunkeln« anzuregen. Hin und wieder bietet sich Gelegenheit zu ganz besonderen Unterhaltungen, wie vielleicht die Vorstellung eines Zauberkünstlers. Oft bestehen die Monatstreffen in Studienbesuchen, wie z. B. in einem Zeitungsunternehmen, in einer Brauerei oder Fabrik, in einem Radio- und Fernsehsender oder in der Polizeizentrale. Oder es werden einfach Auto- oder Omnibusausflüge mit Picknicks veranstaltet. Selbstverständlich werden auch Feste gefeiert, die vielleicht an die Jahreszeit oder an allgemeine Feiertage anknüpfen. Beispiele

hierfür sind das alljährliche typisch schwedische Luciafest kurz vor Weihnachten oder auch etwa ein Frühlingsfest im Villagarten eines der Vereinsmitglieder.

Die meisten Zusammenkünfte finden sonst in Clubräumen statt, über die die Vereinigungen allgemein verfügen. Hier wird zu bestimmten Zeiten offenes Haus gehalten, so daß sich die Mitglieder zu einem ungezwungenen Beisammensein bei einer Tasse Kaffee treffen können, um sich zu unterhalten, ein Gesellschaftsspiel zu spielen oder auch ein Laubsägepuzzle zu legen. Einigen Mitgliedern ist dabei für den Verlauf des Abends die Rolle des Gastgebers zugewiesen. Indem sie diese Verantwortung übernehmen können, steigt ihr Selbstbewußtsein, und sie werden selber reaktiviert. In den größeren Vereinigungen gibt es gewöhnlich auch ein ganz- oder teilzeitbeschäftigtes Mitglied, dem die Verwaltung der Clubräume, die anfallenden Büroarbeiten und ein großer Teil der Informationsarbeit aufgetragen sind. Eine weitere Aufgabe dieses Verwalters ist die Vergabe von Eintrittskarten für Theater-, Operetten- oder Ballettvorstellungen, die den Behinderten von seiten der städtischen Bühnen gegen stark ermäßigte Preise zur Verfügung gestellt werden.

Soweit das gesellige Beisammensein, das dem Kommunikationsbehinderten aus seiner Isolierung heraushelfen möchte und woran der einzelne auch mehr oder weniger *passiv* teilnehmen kann. Ein wichtiges Anliegen der Vereinigungen ist indessen auch die *Aktivierung* der Mitglieder, sei es in körperlicher, in sprachlicher oder sozialer Hinsicht. Gymnastikgruppen werden meistens in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Organisationen für Behindertensport angeordnet. Mancher Aphasievereinigung ist es auch gelungen, ihren Mitgliedern gesonderten Zugang zu therapeutischen Bäderanlagen zu verschaffen.

Die sprachliche Aktivierung nimmt in der Arbeit der Aphasikervereinigungen selbstverständlich einen zentralen Platz ein. Nach dem Modell der Volksbildungsarbeit allgemein in Schweden werden diese Tätigkeiten wie schon erwähnt als Studiengruppen oder Studienkreise organisiert. Insgesamt gibt es im Rahmen der Aphasikervereinigungen in Schweden 64 solcher Studiengruppen, die einen qualifizierten Leiter, eine feste Teilnehmeranzahl von mindestens vier Personen, einen festgestellten Studienplan und ein bestimmtes Studienmaterial (z. B. in der Form von Lehrbüchern) vorweisen müssen, um aus öffentlicher Hand finanziell unterstützt zu werden. Zweck der Sprachübungsgruppen ist es, durch eine allgemeine Aktivierung der einzelnen sprachlichen Fähigkeiten bei den Teilnehmern eben das wiedererlangte Sprachvermögen soweit wie möglich zu festigen und beizubehalten. Die Übungen wollen dort anknüpfen, wo einer traditionellen gezielten Aphasietherapie aus verschiedenen Gründen ein Ende gesetzt ist, sie wollen diese Therapie ergänzen, können sie aber keineswegs ersetzen.

Die meisten der Leiter dieser Gruppen haben eine pädagogische oder therapeutische Berufsausbildung. Bis auf einige an der Gruppenleitung beteiligte psycholinguistisch geschulte Logopäden entbehren sie jedoch einer regelrechten sprachtherapeutischen Ausbildung. Im Rahmen der Volksbildungsorganisationen werden deshalb kürzere Lehrgänge angeordnet, die die Gruppenleiter für ihre Aufgabe vorbereiten.

Bei diesen Lehrgängen werden vorwiegend praktische Angelegenheiten angesprochen. Welche Art von Themen eignen sich am besten für die Sprachübungen, welche sind besser zu vermeiden? Wenn man z. B. ein Buch als Unterlage für die sprachlichen Übungen gewählt hat, ist die Gefahr groß, daß das daraus folgende Gespräch von den Gruppenteilnehmern als eine Gedächtniskontrolle aufgefaßt werden kann und die Stimmung von unbehaglichen Erinnerungen aus der Schulzeit geprägt wird. Auch hat es sich erwiesen, daß aktuelle Tagesfragen aus der Zeitung oder dem Fernsehen allgemein eine allzu hohe Abstraktionsebene voraussetzen, als daß sie als Gesprächsthema bei den Sprachübungen gut funktionieren könnten. Desgleichen sollte man vorsichtig damit sein, allzu genau auf die Zeit vor der Erkrankung der jeweiligen Gruppenteilnehmer einzugehen. Allzu rege Erinnerungen an Einzelheiten aus dem vorhergehenden Leben ohne Behinderung können

leicht schwere Gemütsverstimmungen hervorrufen. Gut ist es, wenn der Gruppenleiter soviel wie möglich aus dem Stegreif arbeiten kann, wenn er an konkrete Erfahrungen oder interessante Begebenheiten im täglichen Leben der Teilnehmer anknüpfen kann und wenn es ihm gelingt, die Teilnehmer dafür zu interessieren, selber möglichst viel zur Thematik der Sprachübungen beizutragen.

Die Anzahl der Gruppenteilnehmer sollte nicht über sieben oder acht steigen. Bei größerer Teilnahme ist es besser, in kleinere Gruppen zu unterteilen. Die Frage, ob die Angehörigen bei den Sprachübungsgruppen teilnehmen sollten, ist vielleicht am besten zu verneinen. Lieber sollten die Angehörigen dann eine selbständige Gruppe bilden, vielleicht um aus familientherapeutischer Sicht ihre eigenen Probleme zu bearbeiten. Können Personen mit totaler expressiver Aphasie teilnehmen? Erfahrungsgemäß ja, da sie oft im gemeinsamen lauten Lesen im Chor doch noch mitmachen können und ihre Fähigkeit zu nichtverbaler Kommunikation in der Gruppe gesteigert werden kann. Auch Behinderte mit schwerer impressiver Aphasie sollten von der Gruppenarbeit nicht ausgeschlossen werden. Wenn nur das Thema genügend lange beibehalten wird und das Gespräch nicht von einem zum anderen wechselt, können sie situationsbedingt und über nichtsprachliche Informationswege oft überraschend gut folgen.

Die Stimmung in der Gruppenarbeit sollte von Offenheit und Realismus, von gegenseitiger Hilfsbereitschaft und soweit irgend möglich von Humor geprägt sein. Viel ist gewonnen, wenn man in der Gruppe wagt, über komisch anmutende Sprachfehler zu lachen. Dem einen oder anderen Teilnehmer gelingt dabei vielleicht zum erstenmal auch ein Lachen über die eigene Behinderung. Und mit der Distanz zu den eigenen Problemen wächst die Lust, den Gruppenkameraden bei ihren Kommunikationsschwierigkeiten zu helfen. Alle merken, daß die Verständigung besser funktioniert. Das Erfolgserlebnis steigert die Motivation zur Erweiterung der Kommunikation auch außerhalb der Gruppe. Der Aphasiebehinderte erlebt, daß seine Isolierung behoben werden kann.

Nicht alle Studiengruppen der Aphasikervereinigungen haben Sprach-, Lese- und Schreibübungen zum Inhalt. Manche beschäftigen sich mit Keramik und Töpferei, mit Malerei und Kollagen, mit Weben und Textilarbeiten; andere mit Gesang und Musik, mit Rhythmus und Bewegung oder mit Theaterübungen. Vereinzelt arbeiten mit alternativen Kommunikationsformen, wie Amerind (American Indian Sign Language) oder mit musiktherapeutisch beeinflussten ganzheitlichen Sprachanbildungsmethoden (Melodic Intonation Therapy). Außerhalb der Gruppenarbeit tragen die Vereinigungen zur sprachlichen Aktivierung der einzelnen Mitglieder bei durch den Ankauf und Verleih von leicht lesbichen Büchern (Easy Readers), durch die Vermittlung von besprochenen Tonbändern und Kassetten und den Verleih von Tonbandgeräten.

Der dritte zu besprechende Arbeitsbereich der Vereinigungen für Aphasiebehinderte besteht in der Aufklärung über das Aphasiesyndrom und die vielen damit zusammenhängenden Probleme. Behinderungen durch den Funktionsausfall konkreter Organsysteme sind jedem Laien geläufig, wie z. B. Blindheit, Taubheit oder Lahmheit. Daß aber die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung eine spezifische Funktion ausmacht, die an sich verlorengehen kann, ist auch unter Gebildeten noch weitgehend unbekannt. Die meisten denken bei einer Hirnschädigung mit Sprachstörungen zunächst an einen allgemeinen Intelligenzdefekt und halten den Betroffenen für nur beschränkt zurechnungsfähig.

Gleich im Anfang, unmittelbar nach der Erkrankung, besteht ein umfassendes Informationsbedürfnis sowohl bei den Angehörigen als auch beim Patienten, und erfahrungsgemäß dauert es dann eine absehbare Zeit, bis dieser die Art und den Umfang sowie die Folgen und Begleiterscheinungen seiner Behinderung wenigstens annähernd korrekt erfaßt hat. Eine gleichermaßen eingehende wie konstruktive Aufklärung des von der Behinderung betroffenen Personenkreises ist anfangs vor allem eine wichtige Aufgabe für den

Aphasietherapeuten. Trotzdem bleiben immer noch so viele Fragen offen, daß Aufklärungsprogramme über die Aphasieproblematik in den Vereinigungen immer ein großes Interesse finden und in deren Veranstaltungen regelmäßig vorkommen. An einem Ort gibt es eine zweimal jährlich wiederkehrende Serie von vier Vorträgen über die neurologischen, die sprachtherapeutischen, die rehabilitativen und die familientherapeutischen Aspekte zur Aphasie, wobei die verschiedenen Fachkräfte im Behandlungsteam zu Wort kommen, wo aber u. a. durch eine Beschränkung der Teilnehmerzahl auf fünfzehn Personen auch reichlich Gelegenheit zu Fragen und Diskussionen geboten wird. An einem anderen Ort wird derselbe Stoff im Rahmen eines monatlich wiederkehrenden Diskussionsprogramms erörtert, wobei oft auch einzelne Mitglieder und deren Angehörige über ihre Erfahrungen mit der Aphasiebehinderung berichten. Solche Selbsterfahrungsberichte sind gerade im Anfang der Behinderung von großem Wert, und dies nicht zuletzt für die Angehörigen, die in der Familie oft einen großen Teil der mit der Behinderung verknüpften Bürden tragen.

Es ist deshalb natürlich, daß familientherapeutische Anliegen in den Aphasikervereinigungen immer stärker hervorgehoben werden. Dies geschieht vorwiegend in Wochenendkursen oder Rehabilitationswochen, wo eine intensive Gruppenarbeit unter Leitung von Fachkräften in den verschiedenen Bereichen der Aphasieproblematik durchgeführt werden kann. Gleichzeitig bieten diese Treffen Gelegenheit, sich besser kennenzulernen als bei den üblichen Vereinszusammenkünften. Die Erfahrungen mit diesen Intensivkursen für Aphasiebehinderte und deren Angehörige sind durchweg sehr positiv. Einzelheiten würden indessen den Rahmen dieser Darstellung sprengen.

Zur Informationsarbeit der Aphasikervereinigungen gehört auch die Aufklärung einer breiteren Allgemeinheit. Zu diesem Zweck werden Drucksachen und Rundbriefe versandt, Zeitungs- und Zeitschriftenartikel geschrieben oder Reporter zur Berichterstattung über die Vereinigungen eingeladen. Es hat Radio- und Fernsehprogramme gegeben. Eine große Vereinigung hat sogar im lokalen Radiosender eine wöchentlich wiederkehrende Programmzeit von einer Viertelstunde. Material für Schaukästen in den Foyers von Krankenhäusern ist erstellt worden. Polizei und Taxifahrer, die in ihrer Dienstausbildung manchmal Schwierigkeiten haben, Aphasiebehinderte von Betrunknen zu unterscheiden, sind durch Aufklärungsartikel in ihren Fachblättern eines Besseren belehrt worden. Viele Aphasiebehinderte wagen sich eher hinaus ins öffentliche Leben, wenn sie mit einem von ihrer Behindertenvereinigung ausgestellten *Ausweis* schnell über ihre Schwierigkeiten Bescheid geben können. Und zuletzt, aber deshalb nicht minder bedeutend: Es sind zu anderen Behindertenvereinigungen wie den Laryngektomierten und den Blinden Kontakte aufgenommen worden, um sich gegenseitig über die Besonderheiten der Behinderungen zu informieren und um Erfahrungen in der Vereinsarbeit auszutauschen.

Abschließend kann zusammengefaßt werden, daß die Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden zwar eine noch ziemlich neue Erscheinung darstellen, jedoch jetzt schon so umfangreiche und wichtige Aufgaben in der Behindertenfürsorge erfüllen, daß mit einer fortgesetzten Entwicklung in die eingeschlagene Richtung zu rechnen ist. Dies ist sehr zu begrüßen, nicht nur weil durch diese Arbeit die wesentlich kostspieligere spezifische Aphasietherapie in den medizinischen Institutionen ergänzt und abgelöst wird, sondern auch weil sich damit für den Behinderten die beste Gelegenheit anbietet, die Problematik seiner Behinderung in Zusammenarbeit mit seinen Leidensgefährten selber zu bewältigen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Peter Kitzing, Ent-Department Malmö General Hospital,
S-21401 Malmö (Schweden).

Die Behandlung der Rede- und Sprachstörungen in Frankreich

Je nach Herkunft und Art der sprachlichen Auffälligkeit zeigen sich Behandlung und Korrektur der Sprachstörungen in Frankreich unter verschiedenen Aspekten. Nach gemeinsamer Grundausbildung werden für die zu behandelnden Fälle Spezialisten ausgebildet. Man unterscheidet allgemein:

1. Die Hörbeeinträchtigungen
 - 1.1. Die von Geburt an Gehörlosen bilden die Schulpopulation. Sie zeichnen sich durch ein Maximum an Sprachproblemen aus, was sich in der Früherfassung, der Sprachanbahnung, dem Spracherwerb, Pflege und Korrektur der Artikulation zeigt. In der Mehrzahl werden diese Fälle von 42 privaten oder 4 staatlichen Institutionen betreut.
 - 1.2. Die leicht- und mittelgradig Hörgeschädigten werden oft mit großem Erfolg durch die Anpassung eines Hörgerätes behandelt. Die derart mit Hörgeräten versorgten Kinder besuchen die sogenannten »classes de l'Éducation«. Es handelt sich hierbei um für Schwerhörige reservierte Sonderklassen, die an normalen Grundschulen eingerichtet sind. Die Anzahl dieser Sonderklassen beläuft sich derzeit auf 300. Die dort unterrichtenden Lehrer sind für ihre Aufgabe eigens informiert worden.
Zusätzlich sind Integrationsversuche (gehörlose Schüler in Klassen hörender Schüler, 1 bis 2 Gehörlose unter 25 bis 30 Hörenden) unternommen worden. Diese Kinder wurden zusätzlich pädagogisch, prothetisch und sprachheilpädagogisch unterstützt.
In den »classes de l'Éducation« (Sonderklassen) ist der Unterricht im Spracherwerb dem Normalprogramm angepaßt. Jedoch wird ein spezieller Lehrer für Sprachpädagogik hinzugezogen.
 - 1.3. Die nach dem Spracherwerb ertaubten Kinder, deren Sprache sich mehr und mehr verschlechtert, werden in Einzelbehandlungen sprachheilpädagogisch betreut und erhalten in Einzel- oder Gruppensitzungen Unterricht im Mundablesen.
 - 1.4. Die schwierigsten Fälle, z. B. mehrfach behinderte Hörbehinderte, werden von einigen wenigen speziell ausgebildeten Lehrern betreut.
2. Fälle von Sprach- und Redestörungen, deren Ursprung nicht ein Hörverlust ist, stellen das Arbeitsgebiet der Orthophonisten (Sprachheillehrer) dar. Es gibt derzeit mehr als 3000 Orthophonisten in Frankreich. Sie können sich in ihrem Arbeitsfeld auf verschiedenen Gebieten spezialisieren. Einige haben sich auf die Behandlung Hörgeschädigter spezialisiert und unterrichten in Einzeltherapie das Mundablesen und das Hörtraining, während die öffentlichen Institute nur Gruppentherapie anbieten.
3. Störungen und krankhafte Veränderungen der Stimme, der Stimmbänder und der an der Phonation beteiligten Organe werden im allgemeinen von Hals-Nasen-Ohrenärzten behandelt.
4. Die Phoniater erhalten ihre Fachausbildung in Besançon, Bordeaux, Lyon oder Marseille. Eine staatliche Kommission erteilt ihnen die Anerkennung.
Die Französische Gesellschaft für Phoniatrie hatte im Jahre 1979 insgesamt 120 aktive, 125 angeschlossene und 40 ausländische Mitglieder. Die Beziehungen zwischen den Fachleuten verschiedener Herkunft (Phoniater, Sprachheillehrer u. a.) sind eng, und häufige gemeinsame Zusammenkünfte ermöglichen die freundschaftliche Gegenüberstellung der Arbeitsmethoden.
Aber jede Gruppe versucht, ihr eigenes Wesen in der Unabhängigkeit ihrer Statuten zu erhalten, was dem individuellen Freiheitsbewußtsein des französischen Geistes entspricht.

Die Sprache hörgeschädigter Kinder

In Frankreich haben etwa 9000 Kinder im Schulalter Hörbehinderungen verschiedener Art und zeigen Sprach- und Artikulationsstörungen. Die Früherkennung von Hörbehinderungen geschieht mehr und mehr bei der Geburt in den Kliniken nach der Methode Veit-Bizaquet. Spätestens wird im frühen Kindesalter durch das Ausbleiben der natürlichen Sprachentwicklung entdeckt, daß ein möglicher Hörverlust vorliegt. Vom Zeitpunkt der Erkennung des Hörfehlers erhalten die Eltern hörgeschädigter Kinder Möglichkeiten, wirksame Hilfe anzufordern.

Früherziehung

Eine gewisse Anzahl von Instituten für Hörbehinderte (ungefähr 60 in Frankreich) hat Zentren für die Elternberatung eingerichtet. Sprachentwicklung und Hörerziehung stehen an erster Stelle der Bemühungen. Andere Hör- und Sprachzentren existieren in Universitätsstädten. Fachpädagogen und Sprachheillehrer vereinigen ihre Bemühungen, das hochgradig hörgeschädigte Kind aus der Sprachlosigkeit herauszuführen und ihm die ersten Elemente der Muttersprache zu vermitteln.

Alle diese Aktivitäten zeigen die wesentliche Rolle der Familien hörgeschädigter Kinder auf. Seit 1965 lädt die Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder (ANPEDA) die Eltern ein, sensibilisiert sie für die gestellten Probleme, informiert und schlägt Lösungsmöglichkeiten für jeden Einzelfall vor. Sie sichert die Mitarbeit der wichtigsten Spezialisten, um eine zugleich einfache, aber weitreichende Politik zu definieren und zu veröffentlichen. Sie gibt eine Zeitschrift (*Communiquer*) heraus, organisiert Kongresse und internationale Kolloquien (z. B. 1979 »Das gehörlose Kind unter 3 Jahren«), publiziert Anleitungen, empfängt Eltern, berät sie in ihren regionalen Vertretungen.

Die Arbeit der Vereinigung fand ihren Höhepunkt auf dem Gebiet der Erwachsenenbildung mit der Gründung des nationalen Zentrums für Bildung und Aktivität der Familie auf dem Schloß »La Motte Feuilly« (Département de l'Indre im Zentrum Frankreichs). In diesem Schloß des 13. bis 15. Jahrhunderts mit seinem Park, seinem See und seinen Bauernhöfen, mit einer Fläche von 170 Hektar, das der Vereinigung 1977 von einer Mäzenin geschenkt wurde, werden Aufenthalte unter Mitwirkung verschiedener Fachrichtungen organisiert. Sie vermitteln den Eltern hörgeschädigter Kinder für sie notwendige Ratschläge technischer, erzieherischer und gesetzeskundlicher Art. Das System der ständigen Weiterbildung erlaubt den Familien, finanzielle Hilfe in Anspruch zu nehmen, die alle oder den größten Teil der Reise- und Aufenthaltskosten deckt. Der Tagessatz wird ohne Gewinnspanne berechnet.

Vorschulerziehung

Im Alter von drei Jahren kann das Kind in den Kindergarten oder eine Vorschulklasse aufgenommen werden. Das hörgeschädigte Kind hat die Wahl zwischen den traditionellen Schulsystemen der Hörenden oder den speziellen Einrichtungen für Hörbehinderte. Besucht das hörbehinderte Kind eine Regelschule, so muß es zwingend prothetisch und sprachheilpädagogisch versorgt werden. Diese Form ist in Frankreich noch wenig verbreitet, da die Mehrzahl der Eltern die ständige Präsenz von Spezialisten um ihr Kind vorzieht. Einige Versuche werden unternommen, deren Resultate noch nicht vorliegen.

Welche Lösung auch gewählt wird, die Vorschulerziehung ist um so erfolgreicher, je effektiver die Zeit von Geburt bis zum dritten Lebensjahr genutzt wird. Deshalb gilt die besondere Sorge der Früherfassung und Frühbetreuung des hörbehinderten Kindes.

Schulerziehung

Die Schulpflicht beginnt im Alter von sechs Jahren. Die französische Organisation sieht

zwei Lösungen vor, um dem hörbehinderten Kind die begonnene Sprachanbahnung immer unter der notwendigen Spracherziehung zu ermöglichen.

Die Praxis unterscheidet die Schwerhörigen mit Hörresten und die hochgradig Hörbehinderten mit kaum noch verwertbaren Hörresten. Die erste Gruppe nennt man die leicht- oder mittelgradig Hörgeschädigten (nach der Klassifikation des Biap), die zweite Gruppe nennt man nach der Klassifikation des Biap auch die hochgradig Hörgeschädigten. Diese letzte Gruppe nannte man früher Taubstumme, heute benutzt man den Begriff Gehörlose.

Das Problem der Darstellung und der Korrektur der gesprochenen Sprache ist für jede Gruppe verschieden. Die Aufteilung dieser Kinder auf die verschiedenen Unterrichtssysteme geschieht in Frankreich nach folgender Art:

1. Kinder mit verwertbaren Hörresten besuchen
 - 1.1. die Sonderklassen an Regelschulen,
 - 1.2. die Klassen an Regelschulen (Integration).
2. Kinder mit hochgradiger Hörbehinderung besuchen
 - 2.1. private Sonderschulen der Fisaf (Fédération d'institutes de sourds et d'aveugles de France), 42 Schulen für Hörbehinderte,
 - 2.2. nationale Schulen (4 Schulen).

Die Sonderklassen

Das französische Kultusministerium hat Lehrer ausgebildet, die für das Gebiet der Behinderungen spezialisiert sind. Sie unterrichten in Sonderklassen, die einer Regelschule angeschlossen sind. Die Ausbildung dieser Lehrer, die nach der allgemeinen Lehrerausbildung erfolgt, dauert zwei Jahre und findet in Suresnes (bei Paris) statt. Die Bewerber müssen ein Examen bestehen, das die Bezeichnung CAEI trägt (Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Inadaptés). Das erste Ausbildungsjahr ist für Lehrer aller Behinderungsarten gleich, das zweite Jahr dient der Spezialisierung. Für die Fachrichtung Hörbehindertenpädagogik handelt es sich um das Zertifikat für Hörbehinderte. Eine neue Terminologie nennt diese Prüfung psychopädagogische Sondererziehung.

Im Schuljahr 1979/80 gibt es 300 Hörbehindertenlehrer. Sie werden von 69 nicht spezialisierten Lehrern und diplomierten Mitgliedern der GAPP (Gruppe der psychopädagogischen Hilfe) unterstützt. Diese Lehrer sind nicht sprachheilpädagogisch tätig. Sie werden von Sprachheilpädagogen unterstützt, die sich um die Korrektur von Sprachstörungen kümmern.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Sonderklasse eine Spezialklasse für leichte Fälle von Hörbehinderungen ist. Sie ist in die Regelschule integriert und wird von einem Lehrer geleitet, der teilweise für die Problematik des schwerhörigen Kindes ausgebildet ist.

Integration und Sprache

Die Integration ist ein relativ neuer Gedanke in Frankreich. Sie schlägt die Koedukation der jungen Hörbehinderten in einer Klasse von Kindern ohne Sinnesbeeinträchtigungen vor. Sie schließt leicht hörbehinderte wie auch gehörlose Kinder ein. Im Kindergartenalter beginnend soll sie während der gesamten Schulzeit weitergeführt werden.

Das Problem wurde von verschiedenen Gruppen behandelt. Die europäische Vereinigung der Lehrer hörgeschädigter Kinder hat Untersuchungen durchgeführt, eine Kommission des Biap fertigt jetzt eine Studie an. Definitive Antworten sind noch nicht erfolgt. Die linguistischen und sprachheilpädagogischen Probleme bleiben bedeutsam. Die vorliegenden Informationen scheinen zu beweisen, daß die Integration im Kindergarten sich relativ leicht realisieren läßt. Das hörbehinderte Kind paßt sich dank verschiedener Aktivitäten sehr gut der allgemeinen Umgebung an. Es kann die Gruppe verlassen, um prothetisch ver-

sorgt und sprachheilpädagogisch gefördert zu werden. Später ist diese Form der Betreuung und Unterrichtung in der Schule nur noch bedingt möglich.

Nur der durch sein Hörgerät gut informierte Hörbehinderte kann von dem Sprachmilieu der Regelschule profitieren. Lücken werden durch gezielte Hilfe ausgeglichen. Aber Probleme treten auf, wenn die Schwerhörigkeit nur wenig Informationen unter der Hand zuläßt. Erschwert wird der Tatbestand zusätzlich, wenn intellektuelle Leistungen bestehende Lücken nicht ausgleichen können. Der normale Schulbetrieb wirft den jungen hörbehinderten Schüler in tiefe linguistische Nacht. Um ihn aus dieser Isolation zu lösen, ist es nötig, neben den gezielten Übungen der Sprachanbahnung und der Hörerziehung eine fast ständige Hilfe anzubieten, die sich auch auf die Freizeit des Kindes ausdehnt. Eine mögliche Überforderung des Kindes muß berücksichtigt werden. Die ständige Beanspruchung der Aufmerksamkeit des Kindes kann zu psychischen Schäden führen. Der erwartete Erfolg bleibt dann aus. Daraus erklärt sich die kleine Zahl von gelungenen Integrationsversuchen in Frankreich. Dennoch steht es den Eltern hörgeschädigter Kinder frei, die Möglichkeit der Integration zu wählen. Über die Aufnahme in die Klasse der Regelschule entscheidet allein der aufnehmende Lehrer. Zu seiner Vorbereitung hat das Kultusministerium eine Broschüre herausgegeben, die Ratschläge über die Unterrichtung und Erziehung hörbehinderter Kinder enthält. Es bleibt jedoch die kritische Bemerkung, daß das Aufnahmeverfahren keineswegs objektiv ist. Es ist eben abhängig von der Bereitschaft und der Initiative des einzelnen Lehrers. Bei der Berechnung der Klassenstärke zählt ein Hörbehinderter mehrfach. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Integration hörbehinderter Schüler in die Regelschule in Frankreich sehr schwierig ist. Maßnahmen der Sprachanbahnung und Sprachförderung insgesamt erfolgen außerhalb des Unterrichts durch einen beauftragten Fachlehrer.

Privatschulen für Hörbehinderte

Die FISAF (Fédération Nationale des Instituts de jeunes sourds et de jeunes aveugles de France) faßt alle Privatschulen zusammen, die sich der Erziehung Hörbehinderter widmen. Bei den Schülern handelt es sich meist um mittel- bis hochgradige Höreinbußen.

Die französischen staatlichen und privaten Hörbehindertenschulen waren anfangs in Trägerschaft von Religionsgemeinschaften. Die FISAF hat die Privatschulen übernommen. Erinnern wir uns daran, daß ein französischer Priester »Abbé de l'Épée« (1712—1789) um das Jahr 1760 in Paris die erste Schule für Gehörlose einrichtete. Sein Beispiel wurde um das Jahr 1775 durch Abbé Deschamp (1745—1822) in Orléans nachgeahmt.

In der Geschichte des Taubstummensewesens sind die Namen von Abbé Massé und Abbé Salvan, beide Nachfolger von Abbé de l'Épée, ebenso Abbé Sicard (1742—1822) sowie Abbé Goudelin und Périer (Direktoren in Paris von 1822 bis 1827) zu erwähnen.

In der Hauptstadt ausgebildete Lehrer verteilten sich im ganzen Land, um andere Schulen zu gründen, von denen noch etwa 40 von der FISAF unterhalten werden.

Seit 1884 verleiht der französische Staat Diplome an Privatlehrer, aber man mußte das Jahr 1924 und die wirksame Arbeit des Herrn Lemesle, Direktor des schon berühmten Instituts in La Persagotière (Vorort von Nantes) abwarten, um die Einführung eines Zeugnisses zur Fähigkeit in einem Spezialunterricht mit einem Grund- und einem Aufbaudiplom zu erleben.

Die Vereinigung FISAF unterhält im Jahre 1980 insgesamt 42 Schulen für Hörbehinderte im schulpflichtigen Alter. Derzeit sind 4892 meist mittel- und hochgradige Schüler dort aufgenommen. Die Schulen sind über das ganze Land verstreut. Für die schulische Arbeit gilt der Grundsatz, daß Sprachanbahnung und Sprachaufbau eng miteinander verbunden sind.

Die FISAF betreut darüber hinaus 19 Schulen für Blinde und Sehbehinderte. Dort sind insgesamt 1859 Schüler aufgenommen. Die einzige französische Schule für Taubblinde liegt

ebenfalls in der Verantwortung der FISAF. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für das Lehramt sieht folgende Regelung vor:

Der Kultusminister verleiht nach der erfolgreichen Ablegung einer Prüfung das Diplom (CAEJDA, Certificat d'Aptitude de premier degré à l'Enseignement des jeunes Déficiants Auditifs dans les Établissements privés). Es müssen in einem Zeitraum von einem Jahr zwei Examen abgelegt werden. Nach der schriftlichen und mündlichen Prüfung schließt sich das zweite Examen an, das während eines Praktikums insbesondere die praktischen Prüfungen beinhaltet.

Abitur oder ein vergleichbarer Schulabschluß sind Voraussetzung zur Zulassung zum Ersten Examen. Ebenfalls muß ein Praktikum von insgesamt 300 Stunden in einer Schule für Hörbehinderte abgeleistet werden. Die künftigen Lehrer werden dort als Lehramtskandidaten (Lehreranwärter) angestellt. Die Verantwortung für die Zeit des Praktikums trägt entweder die Fédération Nationale des Instituts de jeunes sourds et de jeunes aveugles de France, 74 rue Dunois, 75646 Paris, Tel. 1/5850715 oder die École Nationale de la Santé Publique, Abteilung Fernstudienlehrgang, avenue de Prof. Léon Bernard, 35043 Rennes, Tel. 99/592936.

Die dreijährige Ausbildung umfaßt im zweiten Jahr das Zweite Examen. Die FISAF hat ein umfangreiches Arbeitsprogramm entwickelt, das sich weitgehend auf den persönlichen Arbeitseinsatz des Anwärters im Lehramt bezieht. Dabei wird die größte Bedeutung den Grundkenntnissen in Artikulation und Sprachanbahnung beigemessen. Sprachanbahnung und Sprachausbau innerhalb der verschiedenen Schulstufen werden ganz besonders während der praktischen Ausbildung erlernt. Der künftige Lehrer ist nie von der praktischen Arbeit des Unterrichtens abgeschnitten. Die Rolle der Gruppe beim Lernen ist vorherrschend. Das »gewußt-wie« ist angestrebt. Die Möglichkeiten, Modelle zu beobachten und in die Realität umzusetzen, sind vielfältig. Das heißt jedoch nicht, daß die theoretische Unterweisung vernachlässigt wird. Aber wesentliches Kriterium bleibt die Ausbildung eines soliden Pädagogen, der mehr Praktiker als Theoretiker ist.

Jährlich erhält die FISAF etwa 20 bis 30 Bewerbungen um einen freien Studienplatz. Die Persönlichkeit des Kandidaten und seine allgemeine Ausgeglichenheit spielen bei der Auswahl eine wichtige Rolle. Von 146 Bewerbern waren 111 Frauen und nur 35 Männer. Die FISAF beschränkt ihre Rolle als Ausbilder nicht nur auf die Vorbereitung künftiger Lehrer. Sie verfügt auch über eine Grundausbildung für Personen, die mit Hörbehinderten später beruflich zu tun haben: Sozialarbeiter, Eltern, Erzieher. Nach Besuch einer Fortbildungsveranstaltung wird eine Überprüfung durchgeführt, und die Kenntnisse und erworbenen Kompetenzen werden bescheinigt. Jedes Jahr werden Fortbildungsveranstaltungen mit unterschiedlichen Inhalten angeboten. Während einer Woche beschäftigen sich die Teilnehmer ebenso mit der Hörerziehung wie auch mit dem Verhältnis zu Eltern hörbehinderter Kinder und der Zusammenarbeit mit diesen. Ebenfalls beschäftigt man sich mit Fragen der Kommunikation zwischen Hörbehinderten und Hörenden und auch mit der Sprachverbesserung. Die verantwortlichen Fachpädagogen ihrerseits treffen sich ebenfalls alljährlich für die Dauer einer Woche. Fortbildungsveranstaltungen sind insofern wichtig, weil neue Abteilungen in den Schulen geschaffen werden, wie z. B. die Pädaudiologische Beratungsstelle, wo Hörbehinderungen aufgespürt werden und die ersten Schritte in der Hörspracherziehung im Beisein der Familie gemacht werden.

Einige von Ihnen werden nach Nancy-La Malgrange fahren. Diese Einrichtung für Hörbehinderte ist eine der modernsten und bestausgestatteten der FISAF. Der Direktor, Herr André Bailly, wird Ihnen für alle notwendigen und zusätzlichen Auskünfte zur Verfügung stehen. Ich kann Ihnen an dieser Stelle sagen, daß seine Schule eine seit mehreren Jahren bestehende Abteilung für Mehrfachbehinderte hat. Übrigens war der Gründer dieser Einrichtung in Nancy 1828 Joseph Piroux (eine Straße in Nancy wurde nach ihm benannt). Er

war ein hartnäckiger Kämpfer um die Ausbildung der Gehörlosenlehrer (seit 1830). Piroux war so bekannt, daß am 16. Mai 1833 der Abgeordnete des Départements Meuse, Herr Gillon, ihn öffentlich von der Rednertribüne der Abgeordnetenversammlung in Paris lobte, indem er ihn einen geschickten Meister voller Menschenliebe nannte, geschickt ebenso in der Ausbildung Gehörloser als auch ihrer Lehrer.

Zum Schluß eine Statistik zum Personal der FISAF, die 4892 Hörbehinderte betreut:

1. Pädagogisches Personal	
Pädagogische Leiter	46
Sonderschullehrer	470
Lehreranwärter im 1. Studienjahr	46
Lehreranwärter im 2. Studienjahr	83
Lehreranwärter im 3. Studienjahr	93
Erzieher	56
Technische Lehrer für Hörbehinderte (Sonderpädagogische Unterrichtshilfen)	82
Unterrichtshilfen	46
Sportlehrer	48
Verschiedene Fachlehrer (z. B. Zeichenlehrer)	46
Gesamt	1016
2. Erzieherisches Personal	
Leiter für die Abteilung Erziehung	29
Spezialisierte Erzieher	142
Spezialisierte Kindergärtnerinnen	42
Erzieher	245
Erzieher im Vorbereitungsdienst	39
Helfer im Vorbereitungsdienst	41
Erzieherisches Personal, das auf eine Ausbildung wartet	150
Verschiedene andere Personen	22
Gesamt	710
3. Bezahltes Personal	
Vollzeitbeschäftigte	2722
Teilzeitbeschäftigte	268

Die Finanzierung ist auf der Basis eines Tagessatzes, der sich nach den allgemeinen Kostensätzen richtet, gesichert und wird durch die Sozialämter ausgezahlt.

Die vier nationalen Schulen für Hörbehinderte

Sie befinden sich in Paris, Coguin (Chambéry), Metz und Gradignan (Bordeaux). 850 Schüler werden von insgesamt 125 Lehrern betreut. Wie in den Schulen der FISAF sind die Kinder mittel- und hochgradig hörbehindert. Die Kosten werden vom Gesundheitsministerium getragen. Es wurde bereits erwähnt, daß die erste Schule für Gehörlose 1760 durch den Abbé de l'Épée in seinem Haus in der Rue des Moulins in Paris gegründet wurde. Ende 1789, kurz vor seinem Tod, empfing der Abbé eine Delegation der Nationalversammlung. »Sterbt in Frieden«, sagte ihm der Vertreter der Abgeordneten, »das Vaterland adoptiert Eure Kinder.« 1794 wurde die Schule des Abbé de l'Épée eine staatliche Einrichtung und zog in das Seminar Saint Magloire, die heutige Adresse, um. Seit dieser Zeit fanden Versuche statt, Lehrer für Gehörlose auszubilden. Abbé de l'Épée hatte neun ausländische Schüler, Gründer von neun Schulen, und zehn französische Schüler, die ihrerseits acht Schulen gründeten.

Entgegen einer ebenso hartnäckigen wie auch unrichtigen Meinung unterrichteten Abbé de l'Épée und Sicard nicht nur die Gebärdensprache. Sie lehrten ebenfalls die Lautsprache

und führten ihre Schüler aus der Sprachlosigkeit, wie es die Schriften und Bilder, die in den Archiven aufbewahrt sind, bezeugen. Da es den Rahmen dieses Vortrages überschreiten würde, alle ehemaligen Lehrer zu nennen, sollen hier nur einige Namen erwähnt werden.

- Abbé Goudelin, Direktor in Paris 1822, nach dem Tod von Sicard.
- Abbé Périer, Direktor in Paris von 1823 bis 1827.
- Marie-Joseph Degerando (1772—1842). 1827 Veröffentlichung eines Buches über die von Geburt an Gehörlosen.
- Dr. Itard (1774—1838), Itard erzog Viktor, den Wilden von Aveyran. Erster Vertreter der Hörspracherziehung, gründete 1828 mit der medizinischen Akademie die erste Klasse der Lautsprache und des Mundablesens im Institut von Paris.
- Desiré Ordinaire (1773—1838), Direktor des Instituts in Paris.
- Dubois (1844), sprechender Gehörloser, Verteidiger der Lautsprachmethode.
- Dr. Blanchet (gestorben 1867), medizinischer Leiter des Instituts, gründete die erste Sonderklasse, in der Hörbehinderte mit Hörenden gemeinsam unterrichtet wurden.
- Jean-Jaques Valade-Gabel (1801—1879), veröffentlichte 1857 »Methode für Grundschullehrer, ohne Zeichensprache den Gehörlosen die französische Sprache zu lehren«.
- Léon Vaïsse, Verteidiger der Lautsprachmethode am Institut von Paris von 1859 bis 1872.
- Der italienische Abbé Baledra, 1879 nach Paris gekommen, predigte die Lautsprache.

Seit der Zeit des berühmten Streitgespräches zwischen Abbé de l'Épée und Samuel Heinicke (1727—1790) und schließlich bis zum Kongreß von Mailand (September 1880) war das Zusammenwirken in der Unterrichtsarbeit von Zeichensprach- und Lautsprachmethode im Institut von Paris oft schwierig. Schließlich setzte sich jedoch die Idee der Lautsprachmethode generell durch.

Seit 1881 (nach dem Kongreß von Mailand) wurde die Ausbildung von Augustin Dubranle geleitet. Um die Jahrhundertwende kam der von der Lautsprachmethode überzeugte Benoît Thollon, dann Fernand Fourgon von 1947 bis 1963. So setzte sich der Elan der Revolutionszeit von 1789 durch den Abgeordneten Maignet aus Puy-de-Dôme fort, der zum ersten Male in unserer Geschichte vor der Abgeordnetenkammer die Forderung erhob, ein Noviziat (heute würde man sagen: eine Pädagogische Hochschule) zur Ausbildung von Gehörlosenlehrern zu gründen. Im Nationalinstitut Saint-Jacques sind die heutigen Direktoren Herr Dessaint und Herr Dussutour Erben und Hüter der in der Revolution durch Abbé de l'Épée geborenen Tradition und beauftragt, sie zu verewigen. Sie werden unterstützt von Lehrern, die nach heutiger Auffassung kompetent in Fragen der allgemeinen Pädagogik und der Sonderpädagogik sind. Sie sind in der Lage, Artikulationsunterricht und Hörspracherziehung durchzuführen. Die Lehramtsanwärter, die selbstverständlich Abitur oder eine gleichwertige Reifeprüfung nachweisen müssen, werden durch einen Wettbewerb (concours) ausgesucht. Sie sind verpflichtet, in einem ersten Ausbildungsgang (universitäre Ausbildung) ein Universitätsdiplom für literarische Studien (DUEL) oder ein Universitätsdiplom für naturwissenschaftliche Studien (DUES) zu erwerben. In einem zweiten Ausbildungsgang (spezielle Ausbildung) erwerben sie die Befähigung für das Lehramt an Schulen für Hörbehinderte (CAPINJS Certificat d'aptitude au professorat des instituts de jeunes sourds). Diese Ausbildung umfaßt Vorlesungen an der Universität, praktische Übungen und Praktika an schulischen Einrichtungen und im Krankenhaus.

Die Lehramtskandidaten sind Beamte auf Probe. Sie unterstehen der Staatlichen Schule im Ministerium für Gesundheitswesen (École Nationale de la Santé-Publique). Sie erhalten ein Entgelt, müssen sich dafür jedoch verpflichten, nach Ernennung zum Sonderschullehrer für die Dauer von sechs Jahren im Staatsdienst zu verbleiben. Für weitere und zusätzliche Auskünfte ist das Familien- und Gesundheitsministerium zuständig (Ministère de la Santé et de la Famille, Direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget, Sous-Direction du Personnel, Bureau RF 1, 1, Place de Fontenoy, 75007 Paris).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wurden in Erlassen vom 14. Juni 1969 und 20. Juni 1969 geregelt. Die Zulassung ausländischer Studenten zur Ausbildung ist unter bestimmten Bedingungen möglich. Der Titel eines »Professeur d'institut national de jeunes sourds« ist im allgemeinen öffentlichen Beamtenrecht festgelegt. Im allgemeinen ist der Lehrer in einer Sonderschule beschäftigt. Er hat aber auch die Möglichkeit, Privatstunden außerhalb seines Dienstes in einer öffentlichen oder privaten Einrichtung zu erteilen. An dieser Stelle sei noch das Diplôme d'instituteur spécialisé pour les sourds (Dis) erwähnt (Diplom eines Sonderschullehrers für Gehörlose, das am Institut für Psychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaft, 47—49 rue Philippe de Lassalle, 69004 Lyon, Tel. 78/299164, erworben werden kann). Dieses Diplom berechtigt zur Erteilung von Unterricht in den verschiedenen Einrichtungen für Gehörlose oder Schwerhörige in Frankreich.

Die Logopädie in Frankreich

Seit einigen Jahren ist der Beruf des Logopäden gesetzlich geregelt. Nach Abschluß eines dreijährigen Studiums in einem der nachfolgend genannten Zentren (im allgemeinen medizinische Fakultäten) wird der Titel »Logopäde« verliehen:

06034 Nizza	13385 Marseille	25030 Besançon
31054 Toulouse	33076 Bordeaux	33060 Montpellier
37000 Tours	44035 Nantes	54019 Nancy
59046 Lille	67085 Strasbourg	69373 Lyon
75634 Paris		

Viele Logopäden üben ihren Beruf in der freien Praxis aus. Die Kosten für logopädische Bemühungen sind tariflich festgelegt und werden von der Staatlichen Krankenkasse erstattet. Seit Anfang des Jahres 1980 bewegen sich die Kosten für eine Sitzung (AMO — auxiliaire médical orthophoniste) zwischen 39 ffrs und 93,60 ffrs.

Beispiele:

Einfache Artikulationsstörung	39,00 ffrs/pro Sitzung
Schwere Artikulationsstörung	62,40 ffrs.
Unterricht in Schriftsprache, Lesen, Stottern	78,00 ffrs.
Aphasie, Sprachanbahnung, Mundablesen	93,60 ffrs.

Die Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse setzt voraus, daß die ärztliche Verordnung vorher eingeholt wurde.

Manche Logopäden arbeiten in öffentlichen oder privaten Rehabilitationszentren. Sie werden dort als Angestellte bezahlt. Es ist ihnen möglich, einen Teil der Arbeitszeit für private Patienten zu reservieren. Ungefähr 3000 Logopäden haben sich im französischen Verzeichnis für Audiophonologie für das Jahr 1979/80 eingetragen. Dieses Werk erscheint alljährlich und wird im Verlag OVFP, 113 boulevard Richard Lenoir, 75011 Paris (Direktor Albert Ghez) herausgebracht.

Einige Logopäden spezialisieren sich auf ein bestimmtes Gebiet, z. B. Behandlung von Aphasien, Phonation, Artikulation, Gehörlosigkeit, Stottern, Poltern, Sprachauffälligkeiten bei Gaumenspalten oder Kehlkopfoperationen; einige Logopäden bemühen sich insbesondere um Übungen des Mundablesens, sind tätig bei Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens.

Wenn der Logopäde im Hause des Patienten behandelt, so bekommt er zusätzlich Kilometergeld, das zum größten Teil durch die Sozialversicherung vergütet wird. Die verbleibenden Kosten werden von den Ersatzkassen erstattet. In Frankreich sind Frauen als Logopäden in der Überzahl. In manchen Städten ist der Bedarf gedeckt, wogegen in abgelegenen Gegenden immer noch ein Mangel an Logopäden besteht. Der Zustrom zu diesem

Beruf ist so groß, daß man für die nahe Zukunft eine Befriedigung des Bedarfs auch in ländlichen Bereichen voraussagen kann.

Die französische Sozialgesetzgebung erlaubt jedem, auch den Ausländern, die ihrerseits obligatorisch sozialversichert sind, die Bemühungen der Logopäden bei Bedarf in Anspruch zu nehmen.

Sonderfälle

Gehörlose Mehrfachbehinderte

Sprachanbahnung und Sprachentwicklung sind in diesen Fällen besonders problematisch. In Frankreich rechnet man mit einem gehörlosen Mehrfachbehinderten auf acht Gehörlose. Für diese Fälle gibt es jedoch nur wenige Einrichtungen, z. B. in Pont à Marcq bei Lille, Jarville-La Malgrange bei Nancy, Saint Laurent en Royans.

Die Ausbildung der Lehrer, die sich mit gehörlosen Mehrfachbehinderten beschäftigen und ihnen die ersten Elemente einer sprachlichen Kommunikation vermitteln, ist noch nicht festgelegt. Jedoch wurde an einigen staatlichen Einrichtungen begonnen, eine entsprechende fachpädagogische Grundlage zu erforschen und festzulegen.

Taubblinde

Die Statistiken sind ungenau. Vermutlich gibt es derzeit in Frankreich etwa zwischen 320 und 470 Kinder im Alter bis 16 Jahren, die gleichzeitig gehörlos und blind sind. Davon sollen 170 bis 250 Kinder so stark behindert sein, daß sie unterrichtlich nicht versorgt werden können. In Frankreich gibt es für taubblinde Kinder eine einzige Schule. Sie befindet sich in Larnay bei Poitiers und gehört zur Organisation FISAF. Hier unterrichten die Lehrer nach der Methode Todoma und benutzen auch die Zeichensprache. Die nationale Vereinigung für Taubblinde (L'association nationale pour les sourds-aveugles, 37—39 rue Saint-Sébastien, 75011 Paris, Tel. 3552025), die im Dezember 1978 gegründet wurde, kann alle weiteren Informationen mitteilen. Unter gleicher Anschrift sind die Vereinigung der Eltern mehrfachbehinderter Kinder und die Vereinigung mehrfachbehinderter Erwachsener zu finden (Comité de Liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés).

Spätertaubte

Spätertaubte erhalten zur Sicherung oder zur Wiedergewinnung der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit Unterricht im Mundablesen unter eventueller Anwendung des Hand-Mund-Systems (Cornett). Die Kurse werden in Form der Einzel- oder Gruppenbehandlung von Hörbehindertenlehrern oder Logopäden durchgeführt.

Zusammenfassung

Notwendige Maßnahmen zum Erwerb der Sprache und die Korrektur sprachlicher Auffälligkeiten wird in Frankreich jedem Personenkreis angeboten. Die Therapeuten sind im wesentlichen Fachpädagogen für Hörbehinderte, Logopäden und Phoniater. Ihre Berufsausbildung ist staatlich anerkannt. Die Ausübung des Berufes ist durch Gesetz geregelt und geschützt. Sprachtherapeutische Maßnahmen werden in Privatkliniken, in Sonderschulen und (jedoch seltener) im Haus sprachauffälliger Personen durchgeführt. Die Früherkennung von Hörverlusten erfolgt sehr frühzeitig, in vielen Fällen bereits nach der Geburt. Der Einsatz von Hörgeräten kann jedoch die persönliche Arbeit des Therapeuten, dessen Fachwissen unersetzlich und von großer Bedeutung ist, nicht ersetzen. Die Lehr- und Lernangebote zum Spracherwerb und zur Sprechkorrektur sind nach Möglichkeit den Lehrplänen der Regelschule angeglichen. Das angestrebte Ziel ist die weitgehende Rehabilitation.

In Frankreich werden Sprachstörungen als Krankheiten anerkannt. Daher wird der größte Teil der entstehenden Kosten (oftmals die Gesamtkosten) von der Sozialversicherung (Krankenkasse) erstattet. Eventuell verbleibende Restkosten werden von unterschiedlichen Sozialeinrichtungen übernommen. Die Inanspruchnahme von sprachtherapeutischen Bemühungen ist demnach nicht vom Einkommen abhängig und daher jedem Bürger möglich.

Anschrift des Verfassers:

Paul Wagner, Gehörlosenlehrer, 3, Chemin des Plantes, F-57000 Metz.

Internationales Jahr der Behinderten 1981
TREFF
Partnerschaft mit Behinderten

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

Die Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen.

Fordern Sie bitte im Bedarfsfalle unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

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

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

Die sprachtherapeutische Situation in Luxemburg

Kurzer Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Sprachtherapie in Luxemburg

Die Sprachtherapie in Luxemburg hat ihren Ursprung in der Ausbildung der Gehörlosen. Im vorigen Jahrhundert begann man, sich offiziell um die besondere schulische Betreuung und die sprachliche Ausbildung der Gehörlosen zu kümmern. Die gehörlosen Kinder wurden in die Gehörlosenschule nach Camberg geschickt.

1880 wurde ein Taubstummeninstitut in Luxemburg selbst eingerichtet. Dort unterrichteten die ersten Sonderschullehrer des Landes. Von diesen Lehrern gingen alsbald auch die ersten sprachheilpädagogischen Bemühungen aus. An den schulfreien Nachmittagen betreuten sie die hörenden sprachgestörten Kinder, die ihnen von den anderen Lehrern geschickt oder von den Eltern selbst vorgestellt wurden.

1938 wurde dem Taubstummeninstitut eine Sprachheilabteilung angegliedert. Nach dem Krieg wurden die gehörlosen und die sprachgestörten Kinder in verschiedenen Häusern der Stadt untergebracht, weil die Zahl der sprachgestörten Schüler ständig wuchs.

Die Lehrer genossen jetzt auf Kosten des Staates eine Zusatzausbildung im Ausland. Mit einer Ausnahme haben alle in Heidelberg studiert, wegen der dreifachen Facultas als Gehörlosen-, Schwerhörigen- und Sprachheillehrer, die dort ausgestellt wurde. Sie konnten also in den beiden Abteilungen der Schule nach Bedarf eingesetzt werden. Nebenamtlich versahen sie das Ambulatorium für leichtere Sprachstörungen. Schule und ambulante Sprachheilkurse unterstanden dem Unterrichtsministerium.

Auf die Initiative der Lehrer hin richtete dann das Gesundheitsministerium nach und nach die audiometrische Gehörkontrolle in allen Kindergärten und Primärschulen, die Schwerhörigenberatungsstelle für Erwachsene sowie die Gehöruntersuchungen bei allen Neugeborenen des Landes ein. Die Ärzte schickten ihre Patienten mit Kehlkopftomie, Aphasie, Stimmstörungen usw. zwecks sprachtherapeutischer Behandlung zu den Lehrern. Letztere waren von den Krankenkassen als Sprachtherapeuten anerkannt.

1968 wurden in einem Gesetz ein »Logopädisches Zentrum« und eine »Audiometrische und Orthophonische Dienststelle« geschaffen. Das brachte einige Änderungen:

- Die Schule bekam eine genauere gesetzliche Grundlage und sollte fortan »Centre de Logopédie« heißen.
- Wie die Gehörlosen sollten nun auch die sprachgestörten Kinder im ganzen Lande erfaßt werden.
- Die Schule blieb dem Unterrichtswesen unterstellt, und die »Audiometrische und Orthophonische Dienststelle« wurde dem Gesundheitswesen untergeordnet.
- In dieser Dienststelle des Gesundheitsamtes wurden von nun an Orthophonisten (vgl. Logopäden in Deutschland) eingestellt.

Als Folge dieses Gesetzes entstand ein langer und heftiger Kompetenzstreit zwischen dem »Logopädischen Zentrum« des Unterrichtsministeriums und der »Audiometrischen und Orthophonischen Dienststelle« des Gesundheitsministeriums um die Aussonderungsuntersuchungen und die sprachtherapeutische Behandlung der Kinder in den Vor- und Primärschulen. Die vom Gesetzgeber angestrebte Zusammenarbeit der beiden Dienststellen scheiterte, und so kam es, daß Beamte von beiden Ämtern in den Schulen parallel liefen. Die Verwirrung bei den Lehrern und Gemeinden war groß.

1980 endlich wurde in einem interministeriellen Abkommen beschlossen, daß die Aussonderungsuntersuchungen sowie die ambulante sprachtherapeutische Behandlung an den Vor- und Primärschulen zum Arbeitsbereich des »Logopädischen Zentrums« gehören.

1971 zog die Schule des »Logopädischen Zentrums« in die neuen Räume im Val St. André. 1975 wurde die Sonderschule für zerebral motorisch behinderte Kinder eingerichtet. Dieses »Institut pour Infirmes Moteurs Cérébraux« ging praktisch aus dem »Logopädischen Zentrum« hervor und gastiert auch in dessen Räumen. Es untersteht dem Unterrichtsministerium.

Mehrere Kollegen haben die Schule in letzter Zeit verlassen, um andere Aufgaben zu übernehmen (Leiter von anderen Schulen und Dienststellen). Zur Zeit besteht deshalb Mangel an ausgebildeten Lehrern. Die Lage ist besonders schwierig, da der alte Ausbildungsweg im Ausland nicht mehr möglich ist, und es ist zu hoffen, daß das neue luxemburgische Ausbildungsreglement, das dem Studium im Ausland Rechnung trägt, bald angenommen wird. Es befinden sich schon heute mehrere Kandidaten im Studium, hauptsächlich an der Hochschule in Köln.

Aktuelle sprachtherapeutische Lage

Alle sprachtherapeutischen Aufgaben verteilen sich zur Zeit auf die bestehenden öffentlichen Einrichtungen des Erziehungswesens und des Gesundheitswesens. Es gibt eigentlich keine privaten Einrichtungen.

Die »Audiometrische und Orthophonische Dienststelle« des Gesundheitsministeriums ist zuständig für

- die Gehöruntersuchungen bei allen Neugeborenen,
- die Gehörkontrollen in den Schulen,
- die Hörgeräteversorgung der Kinder,
- die Hörgeräteversorgung der Erwachsenen,
- die Schwerhörigenberatung für Erwachsene,
- die Betreuung der erwachsenen Aphoniker,
- die Betreuung der Kehlkopftomierten,
- die Betreuung der Stimmgestörten,
- die Betreuung der nicht mehr schulpflichtigen Sprachgestörten und überhaupt für
- die sprachliche Betreuung aller von den Ärzten geschickten Patienten (Orthophonist ist ein paramedizinischer Beruf, der auf ärztliche Anordnung arbeitet).

Im Rahmen des Sonderschulwesens führt das Unterrichtsministerium folgende Schulen:

- das »Logopädische Zentrum«, zuständig für die Betreuung und Erziehung der hörgeschädigten Kinder und Jugendlichen bis zur Berufsausbildung sowie für die Betreuung der sprachgestörten Kinder und Jugendlichen im Schulalter (4 bis 15 Jahre),
- das »Institut für zerebral motorisch Behinderte«, zuständig für die Betreuung und Erziehung der zerebral motorisch behinderten Kinder und Jugendlichen bis zur Berufsausbildung,
- die den Gemeinden angegliederten »Zentren für differenzierten Unterricht«, zuständig für die Betreuung und Erziehung der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen bis zur Berufsausbildung und
- das »Institut für Sehgeschädigte«, zuständig für die Betreuung und Erziehung der blinden und sehgeschädigten Kinder und Jugendlichen bis zur Berufsausbildung.

Das »Logopädische Zentrum« ist mit den Aussonderungsuntersuchungen Sprachgestörter und der ambulanten Sprachtherapie in den Schulen beauftragt.

Die Sprachtherapie im Sonderschulwesen wird nach Bedarf auch vom »Logopädischen Zentrum« erteilt.

Die Therapie in den Ambulatorien und an den fremden Schulen wird von den Lehrern des Zentrums zur Zeit noch nebenamtlich (Überstunden) getätigt, bis genügend ausgebildete Lehrer zur Verfügung stehen.

Das Logopädische Zentrum

Die Schule ist seit 1971 in vier neuen Gebäuden im Val St. André in Luxemburg-Strassen untergebracht. Sie besteht aus zwei Abteilungen, eine für hörgeschädigte und eine für sprachgestörte Kinder. Die Schule verfügt über ein Internat. Das Einzugsgebiet ist das ganze Land mit seinen rund 350 000 Einwohnern, davon circa 45 000 Kinder im schulpflichtigen Alter.

Die Situation gegen Ende des Schuljahres 1979/80 war folgende:

- bei den Gehörlosen 2 Kinder in Hauserziehung (3 Jahre)
 7 Kinder in einer Vorschulgruppe
 25 Kinder in 4 Primärschulklassen
 11 Jugendliche in der Berufsausbildung
- bei den Schwerhörigen 10 Kinder in einer Klasse
- bei den Sprachgestörten 3000 Kinder in 24 Ambulatorien (6,6 Prozent)
 63 Kinder in 7 Vorschulgruppen
 97 Kinder in 8 Primärschulklassen
 8 Kinder in der Nebenstelle in Esch.

Ablauf der Hörgeschädigtenausbildung

Die Baby-Audiometrie ermöglicht es, schon gleich nach der Geburt die Kinder mit Verdacht auf Hörschäden auszusondern. Die Fälle mit schwereren Hörschäden müßten sich somit unter diesen Risikokindern befinden.

Wenn ein Verdacht sich bestätigt hat, kommen die Eltern mit dem Kind öfters zur Beobachtung ins Logopädische Zentrum. Dort bekommen die Eltern vom Gehörlosenlehrer die Anleitungen zu einer gezielten sprachlichen Erziehung im Elternhaus, bis das Kind dann im Alter von drei bis vier Jahren eingeschult wird. Die eigentliche Aufnahme wird von der »Medico-pädagogischen Kommission« der Schule entschieden.

Eine Vorschulgruppe besteht aus sechs bis acht Kindern. Hier arbeiten ein Gehörlosenlehrer, eine Kindergärtnerin und eine Erzieherin im Team zusammen.

Mit sechs Jahren kommen die Kinder in eine Primärklasse, die aus sechs bis acht Kindern besteht. Sie wird von einem Gehörlosenlehrer geleitet, der halbamtlich von einem Volksschullehrer unterstützt wird.

Am Ende ihrer Schulpflicht schlagen die Gehörlosen in der Regel eine Berufsausbildung über einen Handwerksbetrieb ein. Die theoretische Ausbildung bekommen sie an der normalen Berufsschule. Zusätzlich stehen die Lehrer des Logopädischen Zentrums in den theoretischen Fächern zur Verfügung, zur Klärung der sprachlichen Schwierigkeiten (vier Stunden pro Woche).

Sobald wie möglich werden die gehörlosen Kleinkinder mit individuellen Hörgeräten versorgt. Der Unterricht erfolgt über eine »Phonic-Ear«-Verstärker- und Sendeanlage.

Ablauf der Sprachheilbetreuung

Die Kinder, die von den Eltern, Lehrern, Ärzten, Sozialhelfern usw. dem Logopädischen Zentrum gemeldet werden, werden vom Sekretariat sofort an den zuständigen Sprachlehrer des betreffenden Bezirksambulatoriums weitergeleitet. Dieser besucht zusätzlich, zu Anfang des Schuljahres, die Klassen (hauptsächlich die Kindergärten) seines Ressorts, um die sprachgestörten Kinder herauszufinden. Diese werden dann mit den Eltern in die Ambulanz bestellt. Nachdem der logopädische Befund erstellt wurde, kommen die Kinder dann einzeln oder in Gruppen zu den wöchentlichen Sprachheilkursen. Die Zahl der Sitzungen hängt vom Ausmaß der Sprachstörung und von der Schnelligkeit des Fortschrittes ab. Sie liegt meistens zwischen 1 und 25. Wenn mehr Lektionen vorauszusehen sind, wird das Kind in der Regel für eine Woche zur Beobachtung in die Zentralschule geschickt. Dort

entscheidet dann die »medico-pädagogische Kommission« im Einverständnis mit dem Bezirksleiter und dem Beobachtungslehrer über eine eventuelle Aufnahme in die Zentralschule. Die Eltern müssen einverstanden sein.

Die Sprachheilschule ist eine Durchgangsschule, in der die Kinder normalerweise maximal zwei Jahre bleiben. Nach der Behandlung werden die Kinder wieder, durch Entscheidung der Kommission, in ihre Gemeinde zurückgeschult. In den Sprachheilklassen befinden sich im Kindergarten höchstens acht und in der Primärschule höchstens zwölf Kinder. Das Programm ist das gleiche wie in den anderen Schulen. Leiter der Klasse ist eine Kindergärtnerin oder ein Volksschullehrer. Zu je zwei Klassen gehört ein Sprachheillehrer, der die Sprachtherapie einzeln oder in Gruppen erteilt.

Das Internat

Es ist in Familiengruppen eingeteilt, die in Appartements untergebracht sind. Auf eine Familie kommen acht bis zehn Kinder mit zwei Erzieherinnen. Es sind zur Zeit sechs Gruppen. Sie sind gemischt hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schädigung. Es befinden sich hauptsächlich Kinder im Internat, die weit vom Zentrum weg wohnen oder aber aus schlechteren sozialen Verhältnissen stammen.

Die Schulzeiten

Sie sind aus Transportgründen anders als in den Gemeinden. Die Schule des Logopädischen Zentrums ist eine Ganztagschule, die von montags bis freitags funktioniert. Es gibt sechs Unterrichtseinheiten à 50 Minuten am Tag, die mit den Pausen von 8.30 bis 14.30 Uhr dauern.

Das Personal

Im Schuljahr 1979/80 standen für die Betreuung von mehr als 200 Kindern 59 Personen zur Verfügung:

1 Direktor	1 Büroangestellte
12 Gehörlosen- und Sprachheillehrer	1 Schwimmlehrer
13 Volksschullehrer	1 Elektrotechniker
8 Kindergärtnerinnen	1 Hausmeister
1 Psychologe	1 Koch
1 Sozialhelferin	2 Küchenhilfen
12 Erzieherinnen	1 Wäscherin
1 Sekretärin	2 Arbeiter

Besondere sprachtherapeutische Probleme in Luxemburg

Durch die Mehrsprachigkeit im Lande gibt es ganz besondere Probleme für den luxemburgischen Sprachtherapeuten. Die Muttersprache der Luxemburger ist das Luxemburgische, eine deutsche Mundart, die aber recht verschieden vom Hochdeutschen ist. Es ist keineswegs der Fall, wie so oft gemeint wird, daß die Luxemburger dreisprachig aufwachsen. Die Vorschulsprache ist luxemburgisch. Da das Luxemburgische keine eigentliche Schriftsprache ist, lernen die Kinder in der Primärschule das Lesen und Schreiben in deutscher Sprache, was die Sache sicherlich nicht erleichtert. Sodann kommt gleich das Jahr darauf das Französische hinzu, das von den minder begabten Schülern nur mühsam erlernt werden kann. Der Sprachtherapeut ist also gezwungen, bei kleinen Kindern und Vorschulkindern Luxemburgisch anzuwenden. Das bedeutet, daß er sein Material selbst ausarbeiten muß, da natürlich in einem so kleinen Land, das zudem noch in seinen sprachtherapeutischen Anfängen steht, wenig Material vorliegt. Außerdem arbeitet er oft unter Zeitdruck, da es von großem Interesse ist, wenigstens die Entwicklung der Muttersprache abzuschließen, bevor die erste Fremdsprache hinzukommt. Er ist schlecht dran, wenn ihm Kinder mit Sprachrückstand erst kurz vor dem ersten Primärschuljahr vorgestellt werden.

Die zwei Fremdsprachen fordern den meisten Sonderschülern oft soviel Energie ab, daß für die Sprachübungen nur wenig bleibt. Auch besonders die Stotterertherapie ist durch die Mehrsprachigkeit erschwert.

Zum Schluß sei noch auf das Ausländerproblem hingewiesen. In letzter Zeit hat die Zahl der Ausländerkinder beträchtlich zugenommen (50-Prozent-Grenze in Luxemburg-Stadt überschritten). Der Sprachtherapeut begegnet ungeahnten Schwierigkeiten bei portugiesischen, spanischen und jugoslawischen Schülern, da er deren Sprache selbst nicht beherrscht. Meistens kann er sich kaum mit den Eltern verständigen. Er hat Mühe, überhaupt herauszufinden, ob es sich bei diesen Kindern um Sprachstörungen oder nur um Sprachlernschwierigkeiten im Luxemburgischen handelt.

Wir können uns in Luxemburg nur wünschen, daß der nötige Nachwuchs an Sprachheillehrern gesichert wird, um die besonderen Probleme, die durch die Mehrsprachigkeit entstehen, durch Spezialisierung besser lösen zu können.

Anschrift des Verfassers:

Romain Steichen, Gehörlosen- und Sprachheillehrer, Logopädisches Zentrum, Val-Saint-André, Luxemburg.

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 145—148

Mathilde Cremer-Zanzen, Meyerode (Belgien)

Die sprachheilpädagogische Erfassung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Belgien

Vorbemerkung

Es ist ein sehr schwieriges Unterfangen, über organisatorische und inhaltliche Gegebenheiten sprachtherapeutischer Bemühungen in Belgien zu berichten, weil Belgien aus drei Sprachgemeinschaften besteht: der flämischen, der französischen und der deutschen. Wir haben uns bemüht, einen allgemeingültigen Bericht zu verfassen. Dies ist aber unmöglich, wenn man die Therapiemittel, Testdiagnostik, Übungsprogramme und andere Arbeitsmittel anspricht, da man hier zwischen den Gemeinschaften differenzieren muß.

1. Gegenwärtige Situation

Augenblicklich bestehen keine gesetzlichen Regelungen zur Erfassung der Hör- und Sprachbehinderten. Die Erfassung der sprachbehinderten Kinder im Vorschulalter und im Schulalter erfolgt in erster Linie über Ärzte (niedergelassene Kinder- und HNO-Ärzte), Schulärzte, Schulpsychologen, Kindergärtnerinnen und Lehrer. Die Eltern registrieren aufmerksam die Fehlentwicklungen ihrer Kinder und holen sich Rat vor allem beim Arzt.

Die schulischen Beratungsstellen bemühen sich aber, durch Reihenuntersuchungen in Kindergärten die Früherfassung zu fördern. Dadurch werden in einer größer werdenden Zahl sprachauffällige Kinder von Logopäden in enger Zusammenarbeit mit den Kindergärtnerinnen und Eltern zur vollen Sprachentfaltung geführt. Die Behandlung ist ambulant. Behandlungsort ist die Praxis des Logopäden, oder der Schulleiter stellt dem freischaffenden Logopäden einen Raum in der Schule zur Verfügung. Kinder mit Mehrfachbehinderungen kommen zur Sonderschule. Dort sind unterrichtsbegleitende Gruppen- und Einzeltherapie eingerichtet. Neben den Lernbehindertenschulen gibt es Schulen für Geistigbehinderte, Hörgeschädigte, Verhaltensgestörte, Cerebralgeschädigte sowie Schulen für LRS-schwache Kinder. Zusammenfassend darf gesagt werden,

- a) daß die logopädische Sprachbehindertenbetreuung im Aufbau ist und dies in enger Zusammenarbeit mit dem schulärztlichen Dienst einerseits sowie den Fachärzten andererseits, da die sprachtherapeutische Behandlung Erwachsener nach fachärztlicher Verordnung erfolgt;
- b) daß die Bevölkerung, die Institutionen, die niedergelassenen Ärzte und ganz besonders die Kindergärtnerinnen und Lehrer der Regelschule nicht genügend Informationen über die Beeinträchtigungen durch Sprachstörungen und über die Möglichkeiten der Hilfe für Sprachbehinderte besitzen;
- c) daß das Netz der Ambulatorien besonders in ländlichen Gegenden ausgebaut werden muß.

2. *Therapeuten*

2.1. Therapeut ist der Logopäde.

Ziel seiner Arbeit ist die Rehabilitation der Patienten, die an Hör-, Stimm- oder Sprachstörungen leiden. Seine Arbeit umfaßt:

- die Diagnostik,
- die Aufstellung des Heilplanes,
- die Therapie,
- die Beratung und Gutachtenerstellung.

2.2. In den Kompetenzbereich der Diagnose fallen:

- Verfahren zur Registrierung und Analyse von Sprachstörungen,
- groborientierende Hörüberprüfung,
- Diagnose der Stimmfunktion,
- Diagnose der Motorik der Sprechorgane,
- Verfahren zur Feststellung von Lernvoraussetzungen bei Sprachbehinderten,
- Verhaltensbeobachtungen bei Sprachbehinderten.

2.3. Sprachtherapeutische Leistungen sind:

- die Therapie von Sprachentwicklungsverzögerungen (Stammeln, Dysgrammatismus),
- die Therapie von zentralen Entwicklungsbehinderungen der Sprache (Hörstummheit, auditive Agnosie),
- die Therapie von früh- oder späterworbenen Störungen der ausgebildeten Sprache (Aphasie, Dysphasie),
- die Therapie von Sprachbehinderungen bei pathologischen Veränderungen der Sprechorgane,
- die Therapie von
 - Stottern,
 - Poltern,
 - psychogener Stummheit,
 - Sprachstörungen bei Autismus,
 - Stimmstörungen,
 - Lese- und Rechtschreibschwäche,
- sowie logopädische Rhythmik, Atmungstherapie, Sprachanbahnung und Haussprach-erziehung bei Hörgeschädigten.

2.4. Überweisungsleistungen sind:

- besonders audiometrische Verfahren.

3. *Bildungsgänge*

3.3. Graduat in Logopädie

Als paramedizinisch wird der von einem Fachmann ausgeübte Beruf des Logopäden ein-

gestuft, der ein Studium von drei Jahren an einer Fachhochschule für paramedizinische Ausbildung abgeschlossen hat. Dieses Studium führt zu einem Titel, dem Graduat in Logopädie.

Die Ausbildung umfaßt medizinische, psychologische, linguistische und technische Gebiete. Das Studium der verschiedenen Fachgebiete ist unterschiedlich intensiv. Einerseits besteht es aus einem Überblickartigen Sich-Informieren, andererseits führt es zum Erwerb gründlicher Fachkenntnisse und der Beherrschung einschlägiger Methoden. Gewisse Grundlagen in den komplementären Wissenschaften ermöglichen die Interdisziplinarität der Rehabilitation der Sprachbehinderten.

Oben erwähntes Diplom ist vom Unterrichtsministerium und Gesundheitsministerium staatlich anerkannt (Königlicher Erlaß vom 9. November 1964).

Es gibt Fachhochschulen für paramedizinische Ausbildung in Lüttich, Brüssel, Libramont und Glin, an denen die Unterrichtssprache Französisch ist. In Antwerpen, Gent und Brügge ist die Unterrichtssprache Niederländisch. *Aufnahmebedingung* ist das Abitur.

3.2. Lizentiat in Logopädie

Ferner organisieren die medizinische Fakultät und das psychologische Institut der Universitäten Löwen und Gent einen Lehrgang (drei Jahre), der zu dem Titel eines Lizentiaten oder Doktors in Logopädie führen kann. *Aufnahmebedingung*: Graduat in Logopädie oder Kandidatur in Medizin oder Psychologie.

Hier sei erwähnt, daß in Belgien keine Fachhochschule für nicht-ärztlich-medizinische Berufe besteht, an denen die Unterrichtssprache Deutsch ist. Die Studenten der deutschen Gemeinschaft müssen sich also aus eigener Initiative und mit viel Mehrarbeit Informationen und Arbeitsmittel aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz besorgen.

4. Sprachtherapeutische Einrichtungen

Die Logopäden arbeiten:

- in Kliniken mit Abteilungen für Stomatologie, Orthodontie, Phonaudiologie, Neurologie, Pädiatrie, Geriatrie und in der HNO-Abteilung,
- in Krankenhäusern für neurologische und chirurgische Kranke,
- in Rehabilitationseinrichtungen medizinischer und pädagogischer Art,
- in Heimen für körperlich und geistig Behinderte,
- in Heimen und Tagesstätten für behinderte Erwachsene,
- in Sonderschulen.

Hier sei erwähnt, daß Krankenkassen und Gemeinden Träger solcher Einrichtungen sein können. Der Logopäde kann seinen Beruf auch als Freischaffender bei einer privaten Kundschaft ausüben.

5. Therapiemittel

Wie schon eingangs erwähnt, besteht Belgien aus drei Gemeinschaften, die wiederum ihre Grenzen mit Ländern teilen, in denen nur eine Sprache vorherrscht; so ist das für die flämische Gemeinschaft die Niederlande, für die französische Gemeinschaft Frankreich und für die deutsche Gemeinschaft Deutschland. Es ist daher selbstverständlich, daß die jeweiligen Gemeinschaften zum größten Teil ihre Therapiemittel aus den vorgenannten Ländern beziehen und sich an ihren Übungsprogrammen inspirieren und diese anpassen. Es ist also müßig, auf die in Belgien gängigen Therapiemittel einzugehen, da diese zum größten Teil mit jenen aus Deutschland, Frankreich oder Holland identisch sind und höchstwahrscheinlich in anderen Referaten dieses Kongresses zur Sprache kommen.

6. Kostenträger

Kostenträger sind in Belgien:

- a) die Krankenkassen, die intervenieren, wenn die Sprachstörung eine organische Ursache hat,
- b) der »Nationale Fonds zur sozialen Eingliederung der Behinderten«, der bei allen anderen logopädischen Leistungen interveniert,
- c) das Unterrichtsministerium, das den sprachheilpädagogischen Unterricht in den Sonderschulen finanziert,
- d) das Gesundheitsministerium, das die Logopäden, die in Krankenhäusern und Rehabilitationszentren angestellt sind, bezahlt.

Anschrift der Verfasserin:

Mathilde Cremer-Zanzen, Medell 72 a, B-4781 Meyerode (Belgien).



KREIS WESEL

Der Kreis Wesel

sucht zur Ergänzung eines jungen und aufgeschlossenen Teams für die
Frühförderstelle in Moers-Meerbeck zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

Sprachtherapeuten(in)

Bei der Frühförderstelle handelt es sich um eine Einrichtung, in der eine umfassende Therapie für alle behinderten und von einer Behinderung bedrohten Kinder angeboten wird. Das Therapieangebot erstreckt sich auf Krankengymnastik, Psychomotorik, Heilpädagogik, Beschäftigungstherapie und Schwimmen.

Aufgrund der Vielzahl der sprachtherapeutisch zu behandelnden Kinder soll das Therapieangebot um die Sprachtherapie erweitert werden.

Vergütung wird je nach Aus- und Vorbildung nach Vergütungsgruppe VI b — V b Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) gewährt.

Ggf. kommt auch eine Halbtagsbeschäftigung in Betracht.

Die Zahlung von Umzugskosten und Trennungsschädigung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, lückenlosem Tätigkeitsnachweis und beglaubigten Zeugnisabschriften werden innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an den

**Oberkreisdirektor des Kreises Wesel — Personalamt —
Herzogenring 34, Postfach 11 60, 4230 Wesel 1.**

Zur Situation der Logopädie in den Niederlanden

Mein Kurzreferat soll die vier folgenden Punkte enthalten:

1. Ausbildung in den Niederlanden
2. Arbeitsbestimmungen
3. Kostenträger
4. Der Niederländische Verein für Logopädie und Foniatrie

1. Ausbildung in den Niederlanden

Zuerst möchte ich Ihnen erklären, daß wir in den Niederlanden nicht den Unterschied zwischen Sprachheilpädagogen, Sprachtherapeuten, Stimmtherapeuten und Logopäden kennen bzw. nicht mehr kennen. Es gibt nur ein Studium der Logopädie in den Niederlanden. Wir hatten im Jahre 1950 in unserem Lande einen Verein von Sprachheilpädagogen und auch den Verein für Logopädie und Foniatrie. Der Verein für Logopädie hat den Sprachheilpädagogenverein unter die Flügel genommen und, da es nicht so viele Leute betraf, diese Pädagogen auch zu Logopäden gemacht.

Bei uns gibt es daher nur noch Logopäden, und das macht, das sollten Sie beachten, viele Dinge leichter.

Die Ausbildung in den Niederlanden wurde bis 1966 durch den Niederländischen Verein für Logopädie und Foniatrie betrieben. Weil die Tochter zu groß wurde, fing sie an, selbständig zu werden. Das war auch im Hinblick auf die Zukunft besser so. Im Zusammenhang mit ministeriellen Forderungen und Unterstützungen ist die Ausbildung seit 1966 in Händen der »Stiftung Logopädische Ausbildungen«. Der Hauptvorstand dieser Stiftung hat mindestens einen Logopäden als Mitglied.

Die Stiftung hat für sechs Ausbildungsstätten zu sorgen, die über die Niederlande verteilt sind. Daneben gibt es auch noch eine selbständige Ausbildung in Hoensbroek, im Süden des Landes.

Logopäden sind Mitglieder des ministeriellen Komitees für Ausbildungsplanentwicklung, ein Komitee vom Ministerium für Unterricht und Wissenschaften.

Alle Ausbildungen sind vierjährige Ganztagsausbildungen. Alle sieben Ausbildungsgänge sind auf H.B.O.-Niveau, das heißt höherer Berufsunterricht, und werden vom Ministerium für Unterricht und Wissenschaften unterstützt.

Pro Jahr absolvieren zusammen etwa 200 Logopäden die Ausbildungsgänge. Die Ausbildungsstätten sind hauptsächlich dort, wo sich Universitätskrankenhäuser befinden. Die Ausbildung für Logopädie findet in Zusammenarbeit mit den Abteilungen für Logopädie-Phoniatrie und Audiologie dieser Universitätskrankenhäuser statt.

Während der Ausbildung volontiert der Student bei Logopäden auf den verschiedenen Arbeitsgebieten. Das Fächerpaket während der Ausbildung umfaßt neben der eigenen Stimme und Sprache: Hörrehabilitation, Sprachentwicklungsstörungen, Artikulationsstörungen, Stottern und Stammeln, Aphasiologie; die Fächer Schallehre, Audiologie, Elektroakustik, Audiometrie, artikulatorische und akustische Phonetik, Anatomie, Neuroanatomie, Physiologie, Pathologie, Neurologie, Psychologie, Pädagogik, Psychiatrie, Didaktik, Sprachwissenschaft, dramatischer Ausdruck, Musik, Gesprächstechniken, Psychologie der auditiv Gestörten, Spiel und Spielmaterial sowie Puppenspiel.

Die Studenten haben, ausgenommen während der Volontierzeit, zusammen mindestens 63 und höchstens 72 Unterrichtsstunden pro Woche. Die Volontierzeit dauert mindestens 120 Tage.

2. Arbeitsbestimmungen

Wenn ich richtig informiert bin, so sind 80 Prozent der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik an Sonderschulen tätig. Vom Niederländischen Verein haben 60 Prozent von unseren 3000 Mitgliedern eine Stellung an Kindergärten, Normal-schulen, Sonderschulen, auch an Sonderschulen für Kinder mit einer retardierten Entwicklung, an Lehrerseminaren, Konservatorien, Theaterakademien, an den Ausbildungsstätten für Logopädie und seit kurzer Zeit im Kursusverband beim Radio und beim Fernsehen. Die übrigen 40 Prozent sind in freien Praxen, Krankenhäusern, Audiologischen Zentren, Rehabilitationszentren, Altersheimen, Kindergärten und Instituten für Geistesschwache tätig.

3. Kostenträger

Zuerst sind da die Krankenkassen. Die logopädische Therapie wird von der Krankenkasse übernommen, wenn ein Arzt sie verordnet hat.

Zweitens sind da die Privat-Kranken-Versicherungen. Sie haben verschiedene Regelungen. Manchmal erstatten sie 50 oder 80 Prozent der Kosten, manchmal in Form einer maximalen Unterstützung pro Jahr, variierend von 500 bis 1500 Gulden. Und dann gibt es auch immer Patienten, die kein Rezept von einem Arzt bekommen können und die eine Therapie selbst bezahlen wollen. Wenn es nur um sogenannte »Schönheitsfehler« geht, dürfen wir diese Patienten in Behandlung nehmen.

Ab Oktober 1980 sollen die Logopäden in den Niederlanden offiziell in die gesetzliche Regelung aufgenommen werden, und dann ist auch der Beruf Logopäde offiziell anerkannt. Dann haben wir Rechte, aber auch Pflichten.

4. Der Niederländische Verein für Logopädie und Foniatrie

Die Vereinigung ist gegründet worden im Oktober 1929 als eine Verschmelzung der Niederländischen Vereinigung für Sprachheillehrer und der Gesellschaft von Sprach- und Stimm-pädagogen. Die Sprachheillehrer kümmerten sich hauptsächlich um die Sprache, die Stimpädagogen hauptsächlich um die Stimme. Das Ziel war, daß in der neuen Ausbildung Stimme und Sprache in gleichem Maße berücksichtigt werden sollten. Und so wird die neue Vereinigung genannt: »Niederländische Vereinigung für Logopädie und Foniatrie«.

Die Statuten der Vereinigung sind durch einen notariellen Akt festgelegt. Die Vereinigung ist der I.A.L.P. (International Association of Logopedics and Phoniatrics) angeschlossen. In der I.A.L.P. gibt es auch das »Schulcommittee«.

Der Verein hat ein eigenes Büro in Gouda, einer Stadt zwischen Utrecht und Den Haag. Dort sitzen drei fleißige Sekretärinnen, und da treffen sich auch die leitenden Leute jeden Dienstag, ausgenommen während der Schulferien. Der Verein wird geleitet durch einen Hauptvorstand. Im Moment sind das zwölf Personen, sechs davon sitzen in der Geschäftsleitung. Jeder von den Hauptvorstandsmitgliedern hat eine Aufgabe als Delegierter, z. B. als Koordinator zwischen dem Hauptvorstand und den Abteilungsvorständen oder den Sektionen und Kommissionen. Der Verein ist in sieben Abteilungen gegliedert und über das Land verteilt. Jede Abteilung hat einen Vorstand. Es gibt regelmäßig eine Beratung zwischen dem Hauptvorstand und den Abteilungsvorständen, mindestens viermal pro Jahr, daneben auch mit den Sektionen und Kommissionen.

Die Vereinigung hat verschiedene Sektionen, die sich mit dem Berufsinhalt auf den spezifischen Arbeitsgebieten beschäftigen. Zum Beispiel besteht je eine Sektion für Klinische Logopädie, Logopädie an den Schulen, Logopäden-Dozenten an Berufsausbildungsstätten, die freie Praxis und in Zukunft vielleicht eine Sektion für Stottertherapeuten.

Innerhalb unserer Vereinigung räumen wir der Fortbildung eine hohe Priorität ein. Die entsprechende Kommission organisiert zum Beispiel nationale Studientage und Kongresse und koordiniert mit den Abteilungen die Abteilungsjahresprogramme.

Die Vereinigung bringt auch eine Zeitschrift heraus, die zweimal pro Jahr erscheint. Die Redaktion ist verantwortlich für den Inhalt der Zeitschrift, bei speziellen Themen in Zusammenarbeit mit der betreffenden Kommission oder Sektion. Außer Artikeln über Logopädie und verwandte Berufsgebiete veröffentlichen wir in der Zeitschrift u. a. auch Berichte aus den Abteilungen und Sektionen und Informationen von dem Hauptvorstand.

Die durch die I.A.L.P. organisierten Kongresse werden von mindestens einem Vertreter unseres Vereins besucht. Übrigens hat die I.A.L.P. Ende August 1980 eine kurze Übersicht publiziert von den verschiedenen logopädischen Ausbildungen in der Welt unter dem Titel »Training programs in logopedics«.

Die Vereinigung nimmt schließlich die rechtlichen Belange ihrer Mitglieder außerhalb der Belange von den Mitgliedern mit einer freien Praxis durch zwei Verbände wahr.

Was die in freier Praxis tätigen Logopäden betrifft, noch das folgende: Unsere Kommission für Logopäden mit freier Praxis, auch eine Kommission unseres Vereins, verhandelt mit den Krankenkassen und dem Ministerium für Ökonomie über die Tarife für logopädische Therapie.

Anschrift der Verfasserin:

Tina Belterman, Enschedelaan 74, NL-2541 C.K. Den Haag, Nederland.

Diskussion

Lothar Werner, Karlsruhe

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 151—155

Neue Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte seit August 1980 in Baden-Württemberg in Kraft

Zusammenfassung

Eine erste nähere Befassung mit den 1980 in Kraft getretenen neuen Richtlinien für die Schulen für Sprachbehinderte in Baden-Württemberg zeigt, daß das konsequente Ausklammern von Hochschulvertretern der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik aus den Gremien, die das Konzept erstellten, doch sehr nachteilige Auswirkungen auf die Intention des verantwortlichen Ministeriums hatte, den neuesten Forschungs- und Erkenntnisstand der Sprachbehindertenpädagogik in die Richtlinien einfließen zu lassen. Eine Chance zur sachbezogenen Kooperation zwischen Theorie und Praxis wurde leider nicht ergriffen.

Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Sonderschule für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche gibt es in Baden-Württemberg bereits seit dem Jahre 1970. Sie entstanden damals im Zusammenwirken von Ministerium und anderen Institutionen, wie z. B. der Pädagogischen Hochschule Heidelberg bzw. dem dortigen Institut zur Ausbildung von Lehrern für Hör-, Sprach- und Sehgeschädigtenschulen und dienten in der Folgezeit mehreren anderen Bundesländern als Orientierungshilfe bei der Erstellung eigener Richtlinien für diese Schulart.

Sicher konnten die 1970 in Kraft gesetzten Richtlinien nicht in allen Punkten zufriedenstellen, aber sie markierten doch erstmals in dieser Form den damaligen Stand dieses Sonderschultyps und beeinflussten seine Ausgestaltung sowie Weiterentwicklung im abgelaufenen Jahrzehnt in nicht unerheblicher Weise.

Seit August 1980 sind nun neue Richtlinien für diese Schulart in Baden-Württemberg in Kraft, und es erhebt sich die Frage, wie weit sie die positiven Elemente der früheren Kon-

zeption übernehmen oder fortschrieben und wo sie begründet neue Perspektiven für Gegenwart und Zukunft aufzeigen.

Obgleich nun Baden-Württemberg in der fast einmalig glücklichen Lage ist, gleich zwei sonderpädagogische Studienstätten für Sprachbehindertenpädagogik innerhalb seiner Grenzen zu haben, wurden beide Institutionen weder von der beabsichtigten Neukonzeption der Richtlinien in Kenntnis gesetzt noch gar an der hierzu erforderlichen Gremienarbeit beteiligt. Es soll hier ausdrücklich darauf verwiesen sein, daß es nicht darum geht, die in Kraft befindlichen Richtlinien nun seitens der am Entstehungsprozeß ausgeklammerten Hochschulvertreter in mehr oder minder polemischer Form zu zerpfücken. Die verantwortlichen Vertreter des Ministeriums für Kultus und Sport und die Autoren müssen sich aber eine sachlich-kritische Prüfung ihres »Kindes« unter anderem aus der Perspektive gefallen lassen, wie weit hier wirklich »Fortschritte und neue Erkenntnisse in der Sprachheilpädagogik« (Minister Herzog im Vorwort zu den Richtlinien) praxisrelevant Berücksichtigung fanden. Dies — so der seinerzeit verantwortliche Minister — war ein wesentlicher Beweggrund für die Neubearbeitung des Richtlinienkonzeptes aus dem Jahre 1970.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien daher folgende Problembereiche aufgezeigt:

1. Eine klarere und übersichtlichere Einteilung der verschiedenen Sprachbehinderungen (S. 6 ff.) wäre sicher notwendig und hilfreich gewesen, um — in zufriedenstellendem Überblick — ein transparentes Strukturbild des sehr vielschichtigen Syndrombereiches zu vermitteln. Wie eine solche syndromorientierte Darstellung aussehen könnte, ist z. B. in den vom Erziehungswissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik erstellten »Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten« (1980, S. 13) zu entnehmen. Ansätze in Richtung zu einer derartigen Gliederung sind in den Richtlinien zu erkennen. Ihre konsequente Beibehaltung und Ausgestaltung ist aber leider nur unzureichend gegeben.

So werden z. B. Stottern und Poltern — mit dem Hinweis auf Erschwerungen bei der Trennung der zwei Komplexe in der Praxis — zu einer Gliederungskategorie zusammengefaßt. Sieht man einmal von tachyphemischer Dysphemie ab (Arnold 1970, S. 753, 759), so ist Poltern jedoch ätiologisch dem kongenitalen Sprachschwäche-syndrom zuzuordnen. Stottern hingegen greift weit über diesen ätiologischen Ansatz hinaus und würde allein dadurch bereits eine eigene Kategorie erfordern (vgl. Arnold 1970, S. 528, 759 ff.).

Wenn Arnold (1970, S. 535) zum Poltern feststellt:

»Hervorragende Begabung auf dem Gebiete des exakten Denkens, also die hohe mathematisch-quantitative Intelligenz des Q-Typus findet man recht häufig. Aus diesem Grunde ist auch die *mathematische Begabung* häufig sehr hoch entwickelt.«

dann erhebt sich doch sehr die Frage, aufgrund welcher Einsichten die Richtlinien nun gerade beim Polterer auf »z. T. ... Ausfälle im mathematischen Bereich« (S. 8) verweisen.

2. Zumindest redaktionell zu beanstanden — weil nicht hinreichend deutlich, was gemeint — ist im Zusammenhang mit den Ausführungen zur Diagnostik:

»Die jeweiligen beschreibenden, handlungsanweisenden und affektiv-emotionalen Funktionen sind zu berücksichtigen.« (S. 12)

Unklar ist weiterhin, was unter »linguistischen Testverfahren« (S. 12) — als einer eigenen Diagnosekategorie — in Abhebung z. B. zu »ordnen und zuordnen von Bildern und Bildgeschichten nach verbalen Vorgaben« oder zu »befolgen verbaler Handlungsanweisungen« gemeint ist. (Wollte man hier eine Sammelkategorie für alle zufällig sonst nicht genannten Verfahren linguistischer Art schaffen?)

3. Der Terminus »Frühbetreuung« in den Richtlinien (S. 14) bezieht sich auf den *gesamten* vorschulischen Lebensabschnitt. Es bleibt dabei unberücksichtigt, daß das für diesen Lebensabschnitt in Frage kommende Diagnose- und Beratungs- bzw. Therapiefeld inhaltlich sowie formal in zwei recht unterschiedliche Teile gegliedert ist — einmal in die Frühphase (Geburt bis 3 Lj.) und zum anderen in die Elementarphase (4. bis 6. Lj.). Erläuternde Ausführungen dazu finden sich z. B. in den bereits erwähnten »Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten« (S. 9 ff.) oder in den Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates (1974, S. 53).
4. Wenn die neuen Richtlinien (S. 15 und S. 17) von »Sonderberufs- und Berufsfachschulen für Hör- und Sprachbehinderte« sprechen, an denen die schulische Betreuung Sprachbehinderter erfolge, so muß einerseits gefragt werden, ob und wo es derartige Einrichtungen für *Sprachbehinderte* — als eigenständige Institution — in Baden-Württemberg gibt, und andererseits, ob sie unter dem Aspekt der Integration Behinderter, hier speziell Sprachbehinderter, in unser Berufs- und Gesellschaftsleben überhaupt wünschenswert sein können.
5. Wenn auf S. 25 der Richtlinien ausgeführt ist, daß sich »Sprachstörungen ... stets im mündlichen Bereich der Kommunikation« auswirken würden, so trifft das so wohl nicht zu. Man denke nur an die vielfältigen sprachlichen Normabweichungen im Alltagsleben, die sogar in Sprecherberufen (Funk, Fernsehen) nicht selten sind und ganz offenbar die Kommunikation keineswegs beeinträchtigen. Schließlich muß gefragt werden, was die Richtlinien mit »Sprachstörungen« in diesem Zusammenhang meinen. Die Begriffe »Sprachbehinderung« und »Sprachstörung« scheinen synonym nebeneinander zu stehen und beziehen sich dann — gemäß den Ausführungen auf S. 6 ff. — in gleicher Weise auf partielles, multiples und universelles Stottern, auf die verschiedensten Grade des Dysgrammatismus, auf Stottern oder Poltern bzw. dysphasische und aphasische Sprachbehinderungen oder auf den Mutismus. Derart pauschalierende Folgerungen auf den kommunikativen Aspekt der Sprache müssen bei einem so heterogenen Strukturfeld zwangsläufig falsch werden.
7. Absolut unzureichend dürfte für Kinder mit »Schwierigkeiten bei Simultanleistungen von Wahrnehmung, Verarbeitung, Speicherung sowie Planung und Ausführung von motorischen Abläufen« (S. 27) sein, »Besinnungspausen zur Wiederholung und Korrektur« zu geben. »Strukturierungshilfen durch Erklärungen, Veranschaulichungen und eigene Umformulierungen« *können* dann nicht nur förderlich sein. Sie sind vielmehr — auf der Basis einer die jeweiligen Teilleistungsschwächen der Kinder gezielt berücksichtigenden Einzel- oder Gruppentherapie — unverzichtbare Notwendigkeiten. Bei derartigen Rehabilitationsmaßnahmen haben spezifische Arbeitsprogramme zur Therapie von Lese-Rechtschreiblabilitäten (einschließlich LRS) ganz wesentliche Bedeutung. Sie prägen und bestimmen — möglichst nach ätiologischen Gesichtspunkten — die methodischen und materialen Strukturen der LRS-Therapie (einschließlich ihrer weniger gravierenderen Formen). Dabei gehen sie in ihrem spezifischen Gehalt weit über das hinaus, was in vielen Fällen lese-rechtschreibschwachen Schülern beim Diktatschreiben an Orientierungs- und Lernhilfen angeboten wird.
8. Im Sachunterricht und den darauf aufbauenden Fächern sind die Probleme keineswegs nur auf der Ebene der *sprachlichen* Integration neuer Zusammenhänge in bereits vorhandenes Wissen angesiedelt (S. 28), wie der Text der Richtlinien hier vermuten lassen könnte. Gravierendere Sprachbehinderungen der Schüler beeinflussen vielmehr über ihren komplexen Syndromcharakter in sehr unterschiedlich ausgeprägter Form *alle Ebenen* von Informationsaufnahme und -verarbeitung. Hierauf hat der Sachunterricht, wie alle anderen Fächer der Schule für Sprachbehinderte, etwa nach dem Prinzip der Therapieintegration oder Therapieimmanenz Rücksicht zu nehmen.

9. Nicht einsichtig erscheint schließlich, warum die Schulen für Sprachbehinderte in der Regel von Klasse 1 bis 6 zu führen sind (S. 33). Wo liegt die spezifisch sprachbehinder-tenpädagogische Begründung für eine Zäsur ausgerechnet nach Klasse 6? Eventuelle Orientierungen an statistischen Berechnungen dürften für solche doch recht grund-sätzlichen Strukturhinweise kaum genügende fachliche Absicherung bieten. Sachlich eher vertretbar erscheint eine Zäsur am Ende der Grundschulzeit (vgl. hierzu Empfeh-lungen der KMK 1978, Ziffer 5.2 oder Gutachten der Bildungskommission des Deut-schen Bildungsrates, *Knura*, G. 1974, S. 172). Darüber hinaus sind selbstverständlich weiterführende Einrichtungen in zentraler Form möglich und sinnvoll.
10. Nicht hinreichend klar zum Ausdruck dürfte wohl auf S. 34 der Richtlinien kommen, daß therapeutischer Einzel- und Gruppenunterricht auch grundsätzlich ohne zeitliche oder inhaltliche Parallelisierung zum Klassenunterricht möglich und sonderpädago-gisch nötig sein kann. Der diesbezügliche kurze Hinweis auf S. 40 erscheint dafür nur bedingt ausreichend.
11. Die auf S. 36 getroffene Feststellung, daß die Schule für Sprachbehinderte »in der Re-gel als Ganztageschule« zu führen sei, um ihren sonderpädagogischen Auftrag erfül-len zu können, ist bisher wissenschaftlich noch keineswegs abgesichert. Nicht zuletzt die in Baden-Württemberg in jüngerer Zeit teilweise sehr überstürzt eingeführten Ganz-tageschulen für Sprachbehinderte zeigen oft in komprimierter Form die Fülle der Pro-bleme des Ganztagesbetriebes auf, die bisher in der Praxis häufig noch nicht einmal ansatzweise zufriedenstellend einer Lösung zugeführt werden konnten. Im derzeitigen Stadium der theoretischen Erörterungen und bei den vorliegenden praktischen Erfah-rungen, Ganztageschulen für Sprachbehinderte zur Regeleinrichtung zu erklären, kann aus wissenschaftlicher Sicht nicht verantwortet werden. Zu betonen bleibt, daß bei dieser Feststellung nur aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik argumen-tiert wird. Die Gegebenheiten und Erfahrungen in anderen sonderpädagogischen Dis-ziplinen mögen andere Schlüsse nahelegen. Als geradezu verhängnisvoll und unzuläs-sig muß die leider immer wieder anzutreffende nivellierende Betrachtungsweise unter-schiedlicher sonderpädagogischer Gegenstandsbereiche bezeichnet werden. Sie sollte als antiquiert der Vergangenheit angehören.
12. Die Förderung nach Fachlehrern für rhythmisch-musikalische Erziehung, Gymnastik u. a. (S. 39) erscheint in höchstem Maße problematisch. Sie dürfte im Gegensatz zu dem auf S. 38 angesprochenen und zu unterstützenden Klassenlehrerprinzip stehen. Zu fordern und zu vertreten ist vielmehr das Studium des Unterrichtsfaches Rhyth-misch-musikalische Erziehung *im Rahmen des Sonderschullehrerstudiums*. Als »Brücke zwischen verschiedenen Unterrichtsfächern« (S. 41) — eine sehr zu begrüßen-de Aufgabe — kann die Rhythmisch-musikalische Erziehung *nur* fungieren, wenn sie von Sonderschullehrern mit dem entsprechenden Unterrichtsfach angeboten und durchgeführt wird.
13. Aus den Hinweisen für rhythmisch-musikalische Erziehung (S. 41 ff.) wird die besonde-re Verbindung des Arbeitsgebietes mit der Sprachbehindertenpädagogik nicht genü-gend deutlich. So ist der Faktor »Sprache« im Beziehungsgeflecht von Bewegung—Musik—Sprache mit den Einzelaspekten (Sprechmotorik, Sprachrhythmik, Phonetik, Begriffsbildung, Atemschulung, Syntax, Phrasierung usw.) weitgehend unterentwickelt bzw. vergessen. Des weiteren vermißt man wichtige Bereiche, wie Interaktion und Kommunikation oder Ausdrucksschulung. Wie in vielen anderen Bereichen sind diese Richtlinien auch bei den Arbeitshinweisen für rhythmisch-musikalische Erziehung vor ihrer eigentlichen Aufgabe stehengeblieben.

Ohne alle Probleme der nun in Kraft befindlichen Richtlinien aufgezeigt zu haben, ist be-reits nach den ausgeführten 13 Punkten zusammenfassend festzustellen, die vom Minister

für Kultus und Sport im Vorwort angesprochene Begründung für die Neubearbeitung der Vorlage aus dem Jahre 1970 in bezug auf neuere Erkenntnisse in der Sprachbehindertenpädagogik konnte in der vorgelegten Form nur sehr bedingt ihre Verwirklichung erfahren. Eine gute Chance zur wissenschaftlich fundierten und abgesicherten Strukturierung des schulischen Sprachheilwesens in Baden-Württemberg heute und in den kommenden Jahren blieb leider weitgehend ungenutzt.

Literatur

- Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Bd. 2: Die Sprache und ihre Störungen. Wien/New York 1970³.
- Braun, O., u. a.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Deutscher Bildungsrat — Empfehlungen der Bildungskommission —: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Stuttgart 1974.
- Knura, Gerda: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat — Gutachten und Studien der Bildungskommission. Sonderpädagogik 4, Bd. 35. Stuttgart 1974.
- Kultusministerkonferenz: Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule) vom 10. November 1978.
- Kultusministerium Baden-Württemberg: Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Sonderschule für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg. In: Kultus und Unterricht — Sondernummer 1, 1970.
- Ministerium für Kultus und Sport Baden-Württemberg: Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule). In: Kultus und Unterricht — Lehrplanheft 20/1980.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Lothar Werner, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fb 6,
Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik, Keplerstraße 87, 6900 Heidelberg 1.

Aus der Organisation

Ständiger Ausschuß für Berufsfragen der dgs gegründet

Der von der Delegiertenversammlung in Saarbrücken beschlossene ständige Ausschuß innerhalb der dgs zur Vertretung der Interessen nach § 2 Ziffer 1 Buchstabe e der Satzung hat sich am 22. November 1980 konstituiert.

Name des Ausschusses: »Ständiger Ausschuß für Berufsfragen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.«

Adresse: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. — Ständiger Ausschuß für Berufsfragen — Lange-Hop-Straße 57, 3000 Hannover 71, Telefon (0511) 52 86 90 (Frau Heinle)

Vorsitzender (Koordinator): Herr Otto-Friedrich von Hindenburg

Folgende Landesgruppen sind im Ausschuß vertreten: Berlin, Niedersachsen, Rheinland, Westfalen-Lippe

Alle Landesgruppen können Mitglieder in diesen Ausschuß entsenden.

Aufgaben: Der Ausschuß befaßt sich mit allen Fragen, die im Zusammenhang mit Sprachheilbehandlung im außerschulischen Bereich auftreten.

Weitere Einzelheiten werden demnächst in der »Sprachheilarbeit« veröffentlicht.

Otto-Friedrich von Hindenburg

Sitz der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik in Reutlingen

Auf der letzten Sitzung der Ständigen Dozentenkonferenz am 21./22. Februar 1981 in Würzburg wurde beschlossen, das Sekretariat dieser Einrichtung von der Pädagogischen Hochschule Heidelberg an die Pädagogische Hochschule Reutlingen zu verlegen. Zum 1. Vorsitzenden wurde Professor Dr. M. Grohnfeldt gewählt, Stellvertreter ist Professor U. Schoor.

Die Ständige Dozentenkonferenz setzt sich aus Mitgliedern der deutschsprachigen Studienstätten für Sprachbehindertenpädagogen zusammen. Das Ziel besteht darin, Fragen der Ausbildung, Lehre und Forschung in Theorie und Praxis zu diskutieren und vor der Öffentlichkeit zu vertreten.

Die nächste Sitzung findet am 3./4. Oktober 1981 in Heidelberg statt. Zu dem Thema »Neuere Entwicklungstendenzen in der Sonderpädagogik« ist ein Vortrag von Professor Dr. M. Sovák vorgesehen. Die Fachvertreter der einzelnen Hochschulen sind dazu herzlich eingeladen.

Dem bisherigen Vorsitzenden Professor Dr. L. Werner und seiner Stellvertreterin Professor Angela Keese soll an dieser Stelle für die engagierte Tätigkeit in den Jahren 1977 bis 1981 gedankt werden.

Manfred Grohnfeldt

Internationale Tagung für Audiophonologie und Gerontologie

Kommunikationsbehinderung im Alter
11. bis 14. November 1981
Besançon — Frankreich

Adresse des Organisationskomitees:
Audiophonologie et Gérontologie, Faculté de Médecine, 25030 Besançon-France.

7. Laryngectomee Rehabilitation Seminar

**Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA
vom 14. bis 19. Juni 1981**

Die Abteilung Sprachpathologie der Mayo Clinic und der Bezirk Minnesota der Amerikanischen Krebsgesellschaft führen vom 14. bis 19. Juni 1981 in der Mayo Clinic erneut ein Intensivfortbildungsprogramm zur sprachlichen Rehabilitation Kehlkopflöser durch.

Die Fortbildung umfaßt Vorlesungen, Seminar-

arbeit, Demonstrationen und klinisches Training unter Supervision.

Information: Robert L. Keith, Section of Speech Pathology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, 55901. Telefonische Auskunft: Prof. Helmut Moddemann, Hannover (0511/5281 14).

Internationale Seminare in Boldern

Thema: Atem-, Stimm- und Sprechschulung

11.—18. Juli 1981: Grundkurse, Intensivkurse, Aufbaukurs I

18.—25. Juli 1981: Grundkurse, Intensivkurse, Aufbaukurs I, eventuell Aufbaukurs II

25. Juli—1. August 1981: Grundkurse, Intensivkurse, Aufbaukurse I + II

Leitung: Prof. Dr. H. Coblenzer, Max Reinhardt-Seminar, Wien.

Seminarort und Sekretariat: Tagungs- und Studienzentrum Boldern, CH-8708 Männedorf (am Zürichsee), Telefon (01) 922 11 71

18. Kongreß

der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IALP) in Washington, USA, im August 1980

I. Im August 1980 fand der 18. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IALP) in Zusammenarbeit mit der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) in Washington statt.

IALP wurde 1924 in Wien als »Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie« gegründet und hat heute 620 Mitglieder (Stand: August 1980). Die Gesellschaft hat u. a. einen Informations- und Beratungsstatus (Kategorie B) bei der UNESCO, WHO, Unicef und dem CIOMSC (Council for International Organizations of Medical Sciences). Die von IALP herausgegebene Fachzeitschrift *Folia Phoniatrica* erscheint seit 1947 bei Karger in Basel/New York.

Mit IALP sind 41 Gesellschaften aus 37 Ländern assoziiert. Diese können zu den Kongressen, die im Dreijahresrhythmus stattfinden, Delegierte entsenden, die u. a. bei der Generalversammlung durch Stimmberechtigung aktiv Einfluß auf IALP nehmen können.

Ich selbst war Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. und danke an dieser Stelle der Landesgruppe Niedersachsen für die gewährte Unterstützung.

II. Das Fachprogramm gliederte sich in Hauptvorträge (mit Simultanübersetzung in Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch), Workshops und Kurzreferate.

Themen der Hauptreferate waren: Ausbildungsprogramme in Logopädie (Moll, USA) und Phoniatrie (Fritzell, Schweden). Beide Referenten gaben einen Überblick über die Ausbildungssituation in den Bereichen Logopädie und Phoniatrie (oder verwandten anerkannten Berufen). Zur Zeit gibt es weltweit etwa 310 Phoniater, wobei in 19 Ländern dieser Beruf als Facharzt anerkannt wird. Dem Beitrag »Logopädie« war eine umfangreiche Fragebogenaktion vorausgegangen, an der sich alle angeschlossenen 41 Gesellschaften zur Situation in ihren Ländern äußern konnten. Moll schätzt die Zahl der in dem Bereich Logopädie/Sprachbehindertenpädagogik ausgebildeten Fachkräfte auf insgesamt 70 000. Ein Vergleich der gesammelten Daten ist seiner Meinung nach äußerst schwierig, da Eingangsvoraussetzung, Ausbildungsdauer, Ausbildungsart (Schule, Studium) sowie wissenschaftliches Verständnis (medizinisch, erziehungs- oder verhaltenswissenschaftlich orientiert) von Land zu Land variieren.

Die anderen Hauptreferate waren: »Neuere Fortschritte der Phonochirurgie« (Isshiki, Japan), »Sprech-, Sprach- und Hörprobleme bei Mehrfachbehinderten« (Schiefelbusch, USA), »Der Einfluß von Hörstörungen auf die Sprachentwicklung« (de Quirós, Argentinien).

Außerdem wurden ungefähr 300! zehnmütige Kurzreferate vorgetragen. Der Kongreßteilnehmer hatte nicht nur die Qual der Wahl. Viele Probleme konnten bedingt durch die Zeitkurze und fehlende Diskussionsmöglichkeit nur knapp angerissen werden.

Ferner gab es einige gute Workshops zu Themen wie: »Behandlung des Stotterns«, »Ein Vorschulprogramm für Kinder mit expressiver Sprachentwicklungsverzögerung«, »Familietherapie bei Aphasikern« oder »Sprachliche Rehabilitation nach Laryngektomie«.

Die einzelnen Workshops dauerten meist mehrere Stunden, wurden in Form von Seminaren durchgeführt und boten Gelegenheit zu einem in die Tiefe gehenden Erfahrungsaustausch. Eine Fachausstellung sowie eine Reihe von Filmen rundeten das Fachprogramm ab.

III. Für die 48 Delegierten gab es eine Delegiertenversammlung, wobei Abstimmungsergebnisse lediglich Vorschläge für die Generalversammlung darstellten. Tagesordnungspunkte von Delegierten- und Generalversammlung waren nahezu identisch. Da die Delegierten bei der Generalversamm-

lung auch stimmberechtigt sind, ist nicht deutlich, warum IALP so zweigleisig verfährt.

Hier die Hauptergebnisse der Generalversammlung: Nach Begrüßung durch den Präsidenten von IALP (Loebell), den Berichten des Vorstandes und der Kassenprüfer wurden die Wahlen durchgeführt.

1. Neuer Präsident von IALP wurde für die Zeit von 1980 bis 1983 Björn Fritzell, Schweden, Vizepräsidenten wurden Loebell (Bundesrepublik Deutschland), Steer (USA) und Schwester M. de Montfort Supple (Großbritannien). Sie brauchte nicht gewählt zu werden, da sie als Delegierte des Landes, in dem der nächste Kongreß stattfindet, automatisch eine der drei Vizepräsidenten ist.

2. Wiedergewählt wurden Bergendal (Schweden), Butler (USA), Croatta (Italien), Hiroto (Japan), Lafon (Frankreich), Müller (Schweiz), Preus (Norwegen). Neu für ausgeschiedene Vorstandsmitglieder wurden hinzugewählt Biesalski (BRD), Cornut (Frankreich), Frint (Ungarn), Goorhuis (Niederlande), Kaiser (Schweiz).

3. Kongreßort 1983 wird Edinburgh (Schottland) sein. Beworben hatten sich auch Israel und Japan.

4. Die Themen für die Hauptreferate 1983 sind: Differentialdiagnose bei verzögerter Sprachentwicklung; Therapie bei funktionellen Stimmstörungen; Psycho-Neurolinguistik in der Logopädie.

Als Reservethemen wurden gewählt: Kommunikationsprobleme im Alter — Diagnose und Behandlung; Frühes Kommunikationsverhalten bei Kindern; Pathophysiologie bei motorischen Sprechstörungen.

Sowohl zur Delegierten- wie auch zur Generalversammlung erhielten die Teilnehmer jeweils erst zu Beginn der Zusammenkünfte die Tagesordnung. Dadurch war eine Vorbereitung nicht möglich. Über die einzelnen angeschlossenen Gesellschaften sollten die Delegierten 1983 besser informiert werden (Themenauswahl, Themenvorschläge, Kandidatenvorstellung u. ä.). Die für den Vorstand von IALP kandidierenden Personen waren den meisten Stimmberechtigten unbekannt, sie wurden weder schriftlich noch persönlich vorgestellt.

Insgesamt nahmen an dem IALP-Kongreß in Washington etwa 750 Personen aus 35 Ländern teil. Diese überschaubare Zahl ermöglichte einen guten beruflichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus vielen Ländern.

Da der Kongreß kein Schwerpunktthema hatte und die einzelnen Beiträge aus allen Bereichen der Logopädie und Phoniatrie kamen, ist es hier nicht möglich, inhaltliche Angaben über die Referate zu geben. Einige Hauptreferate wurden inzwischen in Folia Phoniatica veröffentlicht. Die Kurzreferate liegen als Abstracts ebenfalls vor.

Helmut Moddemann

Tagungsbericht

über die Fortbildungstagung der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. 1980.

In der Zeit vom 17. bis 21. September 1980 fand die Fortbildungstagung der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. in Bad-Teinach statt. Der Tagungsort außerhalb der Ausbildungsstätte Eldingen ermöglichte Mitgliedern verwandter Berufsgruppen erstmalig die Teilnahme. Auf diese Weise gelang es u. a., die Arbeitsweise und Anwendungsmöglichkeiten der Schule Schlaffhorst-Andersen vorzustellen und den fachlichen Austausch zu intensivieren.

Tagungsthema war »Atmung—Sprache—Stimme«. Nachdem Fr. Saatweber, 1. Vorsitzende der Lehrervereinigung, die Anwesenden begrüßt hatte, eröffneten Dr. med. Barth, Homburg/Saar, und seine Frau die Vortragsreihe mit dem Seminar zu dem Thema »Physiologie und Pathologie der menschlichen Stimme«. Dr. Barth erläuterte die physiologische Stimmfunktion auf der Basis der anatomischen Gegebenheiten in den Registern Brust-, Mittel- und Kopfstimmfunktion. Er wies auf die Bedeutung der Randstimmfunktion (Randkantenverschiebung) für die Stimmhygiene und Diagnostik von Dysphonien hin. Fr. Barth, die als Gesangspädagogin tätig ist, bereicherte das Seminar durch die Demonstration praktischer Übungen.

Es folgte der Vortrag von Fr. Derbolowsky mit dem Thema »Haltung—Atmung—Stimme«. Die Referentin hob die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Atmung, Haltung und Stimmfunktion hervor und veranschaulichte in vier Fallbeispielen, wie sie mit Hilfe von Atem-, Stimm- und Bewegungsübungen physische Veränderungen schaffte, die sich auch im psychischen Befinden der Patienten auswirkten. Praktische Übungen für interessierte Teilnehmer vervollständigten das Seminar.

Herr Semrau, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Mönchengladbach, referierte zu dem Thema »Bewegung nach Schlaffhorst-Andersen«. Er stellte die Grundbewegungsformen (schwingende, kreisende und rhythmische Bewegung) und die fünf Regenerationswege nach Schlaffhorst-Andersen (Regeneration als Zurückführung auf natürliche organische Vorgänge) vor und erklärte Bewegungsabläufe mit ihren Auswirkungen auf Atmung, Haltung und Bewegung. Es gelang dem Referenten, die in der Arbeit benutzte Terminologie allgemein verständlich zu erklären und zu veranschaulichen. Es war ein wichtiger Beitrag zur Förderung des Austausches mit anderen Berufsgruppen.

In dem Seminar »Die Auswirkungen der deutschen

Sprachlaute auf Atmung und Stimme« gab Fr. H. Noodt, Baden-Baden, einen Überblick über die Sprachlaute und besprach deren Auswirkungen auf Atmung und Stimme. Die Teilnehmer wurden zum selbständigen Ausprobieren aufgefordert. Sie erhielten Hilfestellungen sowie Hinweise auf mögliche Fehlerquellen. Fr. Noodt verwies außerdem auf den inhaltlichen und kommunikativen Aspekt des Sprechens.

Gleichzeitig wurde das Seminar »Atemschriftzeichen, eine Bewegungsunterstützung für Atem- und Stimmübungen« von Fr. G. Schümann, Titisee/Neustadt, angeboten. Die Teilnehmer erhielten Einblick in die von ihr entwickelten Atemschriftzeichen, die, zur Unterstützung von Atem- und Stimmübungen eingesetzt, zu einer belebenden und regenerativen Wirkung für den Organismus führen können.

Von ihren Erfahrungen bei Diagnose und Therapie der Dysarthrie, die sie an einem neurologischen Rehabilitationskrankenhaus machten, berichteten Fr. Auer und Fr. v. Bühler, Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen. Die Referentinnen führten, nach einem allgemeinem Überblick, Übungen an, die sich als erfolgreich erwiesen hatten. Tonbandaufnahmen dokumentierten die Veränderungen der Sprech- und Sprachleistungen der Patienten. Zusammenfassend schlußfolgerten die Referentinnen, daß die Behandlung der Dysarthrie eine Langzeitbehandlung ist, die nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit Erfolg hat. Die Arbeitsweise nach Schlaffhorst-Andersen ist ihres Erachtens nur in Teilbereichen anwendbar.

Fr. Lowes, Sprecherzieherin, Stuttgart, aus Krankheitsgründen vertreten durch Fr. Naumer, leitete das Seminar mit dem Titel »Sprechen als Wechselwirkung zwischen Lautfunktion und Textgestaltung«. Fünf Tagungsteilnehmer erarbeiteten unter ihrer Anleitung Interpretationen von Gedichten und Texten und übten, deren Aussage und Eigenheiten sprechgestalterisch zu realisieren.

Besonderes Interesse weckte die Erstaufführung des Filmes »Atemführung und Körperhaltung beim Musizieren« von Fr. Prof. Langer-Rühl, Wien. In beeindruckender Weise ist es ihr gelungen, mit Hilfe von Röntgenaufnahmen das Zusammenspiel von Atmung und Spielbewegung beim Musizieren sichtbar und ihre Auswirkungen auf die Tongebung hörbar zu machen.

In seinem Vortrag »Das Verständnis von Sprache als Voraussetzung für eine adäquate Therapie« stellte Prof. Dr. Westrich, Mainz, den Sprachbehinderten als einen in seiner Sprachlichkeit beeinträchtigten Menschen dar. Der Referent will sprachliche Unzulänglichkeiten nicht als Defekt der Sprache, sondern als Beeinträchtigung eines

Menschen in der Verbalisation seiner Person durch Defizite in seinen Erlebens- bzw. Lernbedingungen verstanden wissen. Vom Therapeuten müssen deshalb außer der Ertüchtigung der Organfunktion auch sprachliche Lernprozesse gefördert werden. Die Sprachbehinderung ist somit medizinisches und pädagogisches Problem.

Mit Informationen über Buchführung und Steuerabrechnung beendete Herr Meyer-Dammerau, Rheinfeld/Holst., Betriebswirt grad., die Vortragsreihen der Tagung.

Eine Führung durch das Archiv der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen bildete das Ende einer Arbeitstagung, die allen Kollegen die Möglichkeit der Fortbildung und des fachlichen Austausches geboten hat.

Die Mitgliederversammlung der Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen wählte am 20. September

1980 einen neuen Vorstand. Er setzt sich wie folgt zusammen:

1. Vorsitzende: Irene Ossadnik-Uhrbach
Talstraße 28, 3014 Laatzen 1,
Telefon (0511) 86 26 62

2. Vorsitzende: Hilde Ziemer
Großweidenmühlstraße 2, 8500 Nürnberg 90,
Telefon (0911) 33 56 06

Kassenwart: Birgit Remper-Hinterland
Isoldestraße 19 a, 3300 Braunschweig,
Telefon (0531) 32 24 63

Schriftführerin: Dietlind Jacobi,
Am Hohlack 65, 6000 Frankfurt 50,
Telefon (0611) 548 34 85

Beisitzer: Eva Auer
Schwarzwaldstraße 24, 7700 Singen/Hohentwiel,
Telefon (07731) 63 87
Dietlind Jacobi

Bücher und Zeitschriften

Hannes Aschenbrenner (Hrsg.): Sprachbehinderungen und Gruppenaktivitäten.

Kongreßbericht 3. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik Wien, 3. bis 6. Oktober 1979.

Reihe: Pädagogik der Gegenwart 712.

Verlag Jugend und Volk, Wien/München 1980.

136 Seiten. Glanzfolien-Paperback.

In dem Band sind zwölf Vorträge des 3. Kongresses der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik zusammengefaßt. Auf die nicht zur Thematik zielenden Beiträge von Lesigang: Untersuchungen zur Häufigkeit minimaler cerebraler Bewegungsstörungen bei Kindern der Wiener Sprachheilschule, und Löwe: Hörhilfen für hörgeschädigte Kinder — Grenzen und Möglichkeiten ihres Einsatzes aus pädagogischer Sicht, wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

In der allgemeinen Abhandlung über Kommunikation in Gruppen stellt Mann, ausgehend von Geschichte und Bedeutung der Gruppenpsychologie, einer Merkmalsbeschreibung der Gruppe (Angaben über Autoren oder zugrundeliegende theoretische Positionen fehlen) und Leistungsvorteilen von Gruppen, die Bedeutung des Phänomens Kommunikation für Gruppen heraus. Nur sehr knapp werden zum Schluß Störfaktoren der Kommunikation und ihre Überwindung thematisiert. In den Referaten von Braun und Muchitsch

wird die Kommunikation Sprachbehinderter behandelt. Nachdem Braun zeichen- und systemtheoretische Kommunikationsmodelle sehr fundiert kritisiert hat, stellt er als neuen, positiven Ansatz die transaktionstheoretische Position dar, die durch die Dimensionen reflexive Koordination, Situationseingebundenheit und kommunikative Produktivität strukturiert wird. Im zweiten Abschnitt faßt er empirische Befunde zur Kommunikationsproblematik bei Stotternden übersichtlich zusammen. Als wesentliches Merkmal eines kommunikativ pädagogisch-therapeutischen Ansatzes wird die Untersuchung und Behandlung gestörter Sprache im kommunikativen Zusammenhang ihrer konkreten Verwendung herausgestellt. Muchitsch beschreibt eindrucksvoll an drei Beispielen die Entstehung und Weiterentwicklung pathologischer Interaktionsmuster. Für Berater, Erzieher und Lehrer sei es notwendig, die Methode der hilfreichen Gesprächsführung zu beherrschen.

Vielfältige Anregungen für die praktische Arbeit mit sprachbehinderten Kindern findet man in den Beiträgen von Gereben: Individualisierte Gruppentherapie mit Spaltkindern; Schneider: Möglichkeiten rhythmisch-musikalischer Aktivitäten in der Gruppe, und Muray: Über die Verwendung von Puppen in der Gruppenarbeit mit Sprachbehinderten, besonders bei frühkindlichen Kommunika-

tionsstörungen. In der Gruppentherapie mit Fingerpuppen sieht Muray die Möglichkeit, »die logopädischen Behandlungsprinzipien für die verschiedenen Störungsgruppen in kindgemäßes logodidaktisches Spiel einzukleiden, seine (die des Kindes, Anm. d. Verf.) verschiedenen Sprachebenen über das Spiel zu erreichen und den damit eng zusammenhängenden sozialen Hintergrund miteinzubeziehen« (S. 105).

Wettstein und Kowarik berichten über ihre Erfahrungen in der Gruppenarbeit mit Legasthenikern. Während letzterer ziemlich unkritisch althergebrachte Meinungen vorträgt, geht Wettstein das Problem kritisch mit fünf Thesen an. Abschließend berichtet er über ein Projekt zur kollektiven und individuellen Legasthenieprävention.

Wünschenswert wäre es, wenn bei allen Vorträgen zur Veröffentlichung auf die sonst üblichen formalen Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten (z.B. hinsichtlich zitierter Literatur) geachtet würde.

Hildegard Heidtmann

Sprachtherapeut(in) oder Logopäde(in)

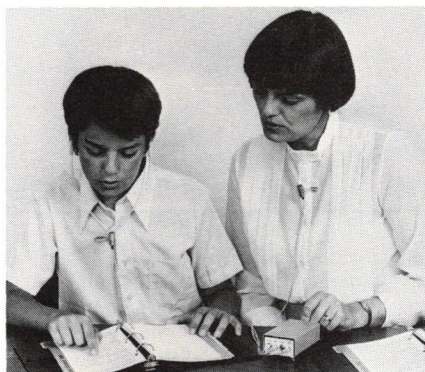
für ambulante Praxis in Hannover
zum 1.7. oder später gesucht.

Bezahlung nach BAT IV b, 4-Tage-
Woche (26 Std.) oder auch weniger.
13. Gehalt, 6 Wochen Urlaub.

Bewerbungen unter Chiffre
Nr. 01/02 SP an den Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

miniDAF von PHONIC EAR®

**Ein neues
Sprachtherapiegerät
für Stotterer und andere
Kommunikationsstörungen**



Jetzt noch kleiner und leichter. Deshalb kann man das miniDAF auch in der Tasche oder am Gürtel befestigt tragen. Das miniDAF kann man überall und für jede Altersgruppe benutzen.

Informieren Sie sich auch über unsere

- **Anderen Sprachtherapiegeräte**
- **Drahtlosen Hör-Sprechgeräte für Hörgerätebenutzer**
- **Drahtlosen Schulungsanlagen**
- **Hörgeräte mit eingebautem UKW Empfänger**

PHONIC EAR INT. GERMANY

6078 Neu Isenburg 2 · Dreiherrnsteinplatz 7
Tel. (06102) 54 12

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

- 1.—18. Folge mit Wort- und Satzbeispielen
- 21.—23. Folge mit Übungen anhand von Abbildungen

Beratungsschriften für Eltern und Erzieher

Testmittel

für Anamnese, Diagnose und Behandlung

Strukturierte Materialien-Sammlung

Einmaliges Informationsmittel für Lehrkräfte, Schulen und Kindergärten

Grundwerk:

Darstellung von 170 Spiel- und Übungsmaterialien

1. Ergänzungslieferung:

Darstellung weiterer 108 Materialien

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

Unsere Lehrmittel und Schriften zur Sprachbehandlung können Sie vorteilhaft direkt vom Verlag beziehen. Fordern Sie bitte unseren Prospekt mit Bestellzettel an.

Für Beratungsstellen und Ambulanzen

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

Prospekte und Lieferung **nur direkt** vom Verlag

Wartenberg & Söhne, Theodorstraße 41, 2000 Hamburg 50

Telefon (040) 89 39 48

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

HERRN WSS 000199 *0016*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Für unser Kindergarten- und Therapiezentrum in der Stader Innenstadt suchen wir zum nächstmöglichen Termin

2 Sprachtherapeutinnen

(Sprachheillehrerin, Logopädin, Atem-, Stimm- und Sprachlehrerin)

für den Einsatz in unserer Sprachheilambulanz sowie für unseren zum August 1981 zu eröffnenden Sonderkindergarten für sprachgestörte Kinder im Vorschulalter.

Die Mitarbeiter in der Sprachheilambulanz beschäftigen sich in erster Linie mit der sprachlichen Frühförderung (Sprachentwicklungsverzögerungen, Stammeln, Dysgrammatismus, Näseln, Poltern, Stottern).

Die neue Mitarbeiterin wird im Rahmen unseres Teams selbständig und eigenverantwortlich in enger Zusammenarbeit mit Ärzten und Sprachbeauftragten vorwiegend Kinder im Vorschulalter zu behandeln haben. Die Arbeitszeit kann frei gewählt werden. Zwischen Weihnachten und Neujahr wird Sonderurlaub gewährt. Die Behandlungseinheit beträgt 45 Minuten. Im übrigen richtet sich das Dienstverhältnis nach den Vorschriften des BAT.

Der neuen Mitarbeiterin im Sprachheilkindergarten wird die Leitung und Verantwortung auf dem Sprachheilsektor übertragen werden.

Der Sonderkindergarten für Kinder im Vorschulalter mit zwei Gruppen wird zum August in einem zur Zeit im Bau befindlichen Gebäude eingerichtet.

Die Arbeitsbedingungen werden den Bedürfnissen angepaßt; neben den Leistungen des BAT werden Sonderleistungen gewährt.

Bewerbungen bitte an

Gemeinnützige Gesellschaft für Soziale Dienste m.b.H. — Herrn Schneiderei —
Bei der Börne 7 und 9, Postfach 14 27, 2160 Stade, Telefon (04141) 36 06.