

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Aus dem Inhalt

Friedrich Michael Dannenbauer, München, und Walter Dirnberger, Würzburg

Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts
in der Schule für Sprachbehinderte —
Kriterien und Realisationsmöglichkeiten für die Grundstufe

Erwin Richter, Lübbenau (DDR)

Zu Fragen der Therapieresistenz des Stotterns

Rolf Bindel, Kaiserslautern

Stottern als Verdeckungssyndrom und seine Therapie im Vorschulalter

Hildegard Heidtmann, Hannover

Sprachdiagnostik — Eine kritische Reflexion —

Waltraut Seyd, Bergen

Anbahnung der Sprache bei nicht sprechenden Vorschulkindern

Johannes Michels, Osnabrück

Sprachheilzentrum — Sprachheilschule — Sprachheilambulanz
Überblickartige Darstellung über Schwerpunkte
der institutionellen Betreuung sprachgeschädigter Kinder

Postverlagsort Hamburg · Dezember 1981 · 26. Jahrgang · Heft 6

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

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

Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (I.G.L.P.)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

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

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	.....	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
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	.....	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	.....	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	.....	Dipl. Päd. G. Heinrichs, Rühlestraße 20, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz	.....	Dieter Kroppenberg, Hegelstraße 49, 6500 Mainz
Saarland	.....	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
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.

Beilagenhinweis: Dieser Zeitschrift liegt ein Prospekt des Verlages Sigrid Persen, Hamburg, bei.

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1981 · 26. Jahrgang · Heft 6

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, S. 313—325

Friedrich Michael Dannenbauer, München, und Walter Dirnberger, Würzburg

Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte — Kriterien und Realisationsmöglichkeiten für die Grundstufe

Zusammenfassung

Bisher ist es noch nicht gelungen, eine spezifische Sprachbehindertendidaktik zu erarbeiten, die dem sprachheilpädagogischen Handeln in der Praxis des Unterrichts als wirksame Orientierungsgrundlage dienen könnte. Infolgedessen müssen Sprachheillehrer reflektiert und phantasievoll von ihren Kenntnissen Gebrauch machen, um die unerläßliche Therapieorientierung ihres Unterrichts zu erreichen. Dabei ist es nützlich, additive und integrative Formen von Maßnahmen zu unterscheiden. Sie werden relativ ausführlich dargestellt und anhand praktischer Vorschläge und Beispiele konkretisiert. Besonders geeignet zur Integration von Therapie und Unterricht erscheint die »Technik der therapieorientierten indirekten Unterrichtsakte«. Die theoretische Entwicklung und praktische Erprobung einer eigenständigen und umfassenden Sprachbehindertendidaktik ist jedoch letztlich nicht zu ersetzen.

Hinweis der Redaktion

Beginnend mit Heft 1/82 ist geplant — in Abhängigkeit vom jeweiligen Manuskriptangebot — in unserer Fachzeitschrift neue Rubriken einzurichten mit der Absicht und als Versuch, damit der Vielfalt der Sprachheilarbeit noch besser zu entsprechen.

So soll der Darstellung von »Initiativen, Konzepten, Realisationen der Sprachheilarbeit« zukünftig ein fester Platz eingeräumt werden. Gedacht wird dabei u. a. an die Beschreibung von regionalen Maßnahmen zur Verbesserung der Sprachheilarbeit (wie z. B. Arbeit von Elterninitiativen, Planung bzw. Schaffung neuer Einrichtungen, Entwicklung neuer Ideen).

Darüber hinaus soll die Rubrik »Kurzberichte aus der Forschung« geschaffen werden, um anhand kurzer Aufrisse die gegenwärtig wissenschaftlich bearbeiteten Problemfelder einer breiteren Öffentlichkeit mitteilen zu können.

Besonders begrüßt würde auch die vermehrte Zusendung von kurzen Beiträgen »aus der Praxis« der sprachheilpädagogischen Arbeit im schulischen und außerschulischen Bereich.

Die Redaktion bittet die Leserschaft, möglichst kurzgefaßt (höchstens vier Schreibmaschinenseiten) über die angegebenen Themen zu berichten.

Der Auftrag der Sprachheilschule

Abgesehen von einigen besonderen Institutionen, Versuchsklassen und stationären Einrichtungen, ist die Sprachheilschule in allen Bundesländern als eine Sonderform der staatlichen Regelschule konzipiert, in der die ca. 0,5 Prozent sprachheilschulbedürftigen Kinder (errechnet aus der Gesamtschülerzahl der Klassen 1 bis 6) (*Knura* 1974, S. 129) sowohl sprachlich (re)habilitiert als auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und schulischen Laufbahn wirkungsvoll gefördert werden sollen. Diese Aufgabenstellung ist ungemein anspruchsvoll, besonders angesichts der Tatsache, daß die Sprachheilschule im allgemeinen keinen Dispositionsspielraum für eigenständige (problemorientierte) organisatorische, curriculare und zeitliche Variationen hat. Sie ist relativ starr mit dem Regelschulsystem verkettet und hat als Durchgangsschule jederzeit offen zu sein für Um- und Rückschulungen. Da amtlicherseits die Aufnahme von Kindern mit Intelligenz-, Sinnes- und gravierenden körperlichen Defekten ausgeschlossen wird, scheint also der Sprachheilschule ein Bild des Schülers zugrunde zu liegen, das sich bezüglich der kognitiven Fähigkeiten, des Lern- und Leistungsverhaltens, der sozialen und emotionalen Entwicklung nur geringfügig von dem des Regelschülers unterscheidet. Die Wirklichkeit jedoch sieht anders aus: Der emotional stabile, altersgemäß entwickelte, lern- und leistungsfähige und -willige, sozial kontaktfähige und integrierte, womöglich noch in einem intakten und vernünftigen Mittelschicht-Elternhaus geborgene Schüler (der eben nur eine Sprachstörung hat) ist eine extreme Seltenheit in der Sprachheilschule, wenn nicht gar eine Fiktion. Der Regelfall sieht eher so aus, daß in einer primären und/oder sekundären Verbindung mit der Sprachbehinderung Beeinträchtigungen und Fehlentwicklungen im Persönlichkeitsbereich, im Sozialverhalten, in der Motivation, bei Begriffsbildung und Denken, Konzentration, Wahrnehmung, Grob- und Feinmotorik, Wissen und Interessen, Gedächtnis usw. stehen (vgl. *Knura* 1973 und 1974; *Braun* 1974; *Holtz* 1979; *Baumgartner* 1980; u. a.).

Knura (1980, S. 414) definiert »Sprachbehinderung« infolgedessen »als das Gesamt des mit der dominanten sprachlichen Beeinträchtigung verbundenen Geschehens. Sie umgreift sowohl die der individuellen Sprachstörung zugrundeliegenden Prozesse als auch die Begleit- und Folgestörungen. Sie bewirkt in besonderer Weise eine Erschwerung des schulischen Lernens.« Angesichts dieser Ausgangslage sowie der derzeitigen inhaltlichen und institutionellen Bedingungen wird deutlich, daß die Sprachheilschule ihren Auftrag der wirksamen mehrdimensionalen Förderung und der möglichst raschen (Re)habilitation und (Re)integration nur unter größten Schwierigkeiten (wenn überhaupt) angemessen erfüllen kann.

Unterricht und Therapie

Wird ein Sprachheillehrer mit vollem Stundendeputat in einer Grundstufenklasse eingesetzt, so entfallen davon in den meisten Bundesländern etwa 23 Wochenstunden auf den fachgebundenen Unterricht und wenig mehr als 3 Wochenstunden auf den sogenannten Ergänzungsunterricht, der doppelt belegt werden darf (z. B. Lehrer und Assistent). Hier kann die Klasse aufgeteilt und Einzel- bzw. Kleingruppentherapie durchgeführt werden (in der Regel 3 bis 4 Kinder pro 45-Minuten-Einheit). Diese Rechnung macht schon deutlich, daß der größte Teil der behinderungsspezifischen, sprachtherapeutisch-sonderpädagogischen Aufgaben im Unterricht wahrgenommen werden muß. Ganz allgemein gesagt, muß der Unterricht

- fachspezifische Sinn- und Sachzusammenhänge, Fähigkeiten und Fertigkeiten curricularer Art vermitteln,
- die dafür erforderlichen sprachlichen Mittel und Möglichkeiten der Schüler individuell entwickeln und aufarbeiten,
- eine planmäßig gestaltete Lehr- und Lernsituation sein, die den Schülern günstige individuelle soziopsychische Kompensations- und Lernbedingungen schafft,

— zum Übungs- und Bewährungsfeld zur Erweiterung der individuellen Kommunikationsfähigkeit werden.

(*Braun 1980; Knura 1980; u. a.*)

Der Lehrer muß also so unterrichten, daß seine Schüler trotz vielfacher Lern- und Verhaltensstörungen, trotz unterschiedlicher Beeinträchtigungen der Entwicklungsbedingungen und Sprachfähigkeit usw. im großen und ganzen die kognitiven und instrumentellen Lernziele des Grundschulcurriculums erreichen und daß dabei nicht nur die Sprachstörungen, sondern auch die Bedingungs-, Begleit- und Folgestörungen wirkungsvoll behoben werden. Und alles das in der gleichen Zeit, in der die (streßgeplagte) Regelschule den gleichen Lehrplan erfüllt! Wie soll das gelingen können? Welche Mittel, welche wissenschaftlichen handlungsrelevanten Orientierungshilfen findet der Sprachheillehrer vor? Welche erprobten Modelle und praktischen Ansätze liefert die Sprachbehindertenpädagogik für diese komplexe, schwierige Kernaufgabe?

Zur Problematik der Sprachbehindertendidaktik

Man sollte annehmen, daß die Sprachbehindertenpädagogik angesichts der zentralen und umfassenden didaktischen Problematik der Sprachheilschule (die eben auch die therapeutischen Anliegen einschließt) vorrangig an der Entwicklung und Erprobung einer spezifischen Sprachbehindertendidaktik arbeitet. Dies ist erstaunlicherweise kaum der Fall. Viele der vorliegenden Arbeiten sind nichts weiter als formal programmatisch, bruchstückhaft, viel zu allgemein gehalten und beschränken sich auf die unsystematische Diskussion verschiedener Forschungsansätze (*Knura 1980, S. 419*). Erst die umspannende Studie *Homburgs (1978)* zur Pädagogik der Sprachbehinderten könnte den theoretischen Rahmen zur differenzierten Ausarbeitung einer eigenständigen Konzeption der Sprachbehindertendidaktik abgeben. Wagte sich bislang der eine oder andere Fachmann einmal mit klaren Aussagen und konkretisierten Lösungsvorschlägen heraus (*Werner 1975, S. 80 ff., Orthmann 1969 und 1977, Dirnberger 1975 u. a.*), so begab er sich angesichts des Mangels einer bündigen Theorie zwangsläufig ins Feuer der Kritik (vgl. *Braun 1980, S. 136 ff. u. a.*). Insofern zog man sich häufig lieber ins Unverbindliche zurück. Vielleicht ist es sogar bezeichnend, daß, wie eine neuerdings angestellte Umfrage ergab (*Braun 1980, S. 138*), das »sogenannte Berliner didaktische Planungs- und Analysemodell (*Heimann/Otto/Schulz 1969*) im Bereich der Sprachbehindertendidaktik nach wie vor eindeutig bevorzugt« wird (siehe *Werner 1972, Orthmann 1977*). Dieses Modell ist ein strukturtheoretischer Ansatz, der »ein geradezu emphatisches Bekenntnis zur Entscheidungskompetenz und Entscheidungsfreiheit des Lehrers darstellt« (*Döring 1980, S. 157*). Ein solches Modell hilft die Bedingungs- und Entscheidungsfelder zu strukturieren, erhöht womöglich das theoretische Bewußtsein des Lehrers und kultiviert seine didaktische Reflexion, bietet ihm aber keine direkte Hilfe für konkrete Lösungsmöglichkeiten, sinnvolles Routinehandeln, singulär- Augenblickliche Ansatzpunkte oder Probleme. Vielleicht teilt auch die (angebliche) Sprachbehindertendidaktik die Scheu vieler erziehungswissenschaftlicher Richtungen, dem Lehrer sogenannte »Rezepte«, »Handlungswerkzeuge«, »Vergegenständlichungen« zu liefern, mit denen ihre Relevanz allzu vordergründig getestet werden könnte. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es eine Sprachbehindertendidaktik, die dem Lehrer bei der Erfüllung seiner schwierigen Aufgabe umfassende und konkrete Hilfestellung leisten könnte, derzeit nicht gibt (*Knura 1980, S. 419*).

Interpretations- und Handlungsrezepte

Für den konkret tätigen Lehrer ergibt sich somit die Notwendigkeit, sich selbst zu helfen, und tatsächlich wird vielfach schon ein Mehr an therapeutischem Unterricht praktiziert, als die sogenannte Sprachbehindertendidaktik theoretisch konstituieren konnte. Zu Recht stellt *Braun (1980, S. 140)* fest, daß die Theorie der Sprachbehindertendidaktik weitgehend

»im Sinne der theoretischen Aufarbeitung der Praxis« tätig sei, daß sie »nachhinke« und »reproduziere«. Die Lehrer können eben nicht warten, bis sich die Sprachbehindertendidaktik genügend entwickelt hat, um zur Orientierung der Praxis zu dienen. Da ist es schon besser, wenn sie von ihren theoretischen Kenntnissen aus Psychologie, sprachheilpädagogischer Diagnostik und Therapie, Fachwissenschaft, Interaktions- und Kommunikationstheorie, allgemeiner Didaktik usw. pragmatisch und reflektiert (und auch ein wenig respektlos) Gebrauch machen. »Lehrer haben ein gutes Recht, Theorien nach ihrer Brauchbarkeit als Handwerkszeuge für ihre Arbeit zu beurteilen und auszuwählen« (Grell/Grell 1979, S. 18). Theorien lassen sich beispielsweise zur Interpretation von Handlungen des Lehrers und entsprechenden Reaktionen der Schüler heranziehen. Das »Anbrüllen« eines Kindes kann also unter verschiedenen Aspekten gesehen werden:

- Lernen durch Verstärkung (der Lehrer wird verstärkt, weil es tatsächlich ruhig wird),
- Wirkung »reziproker Affekte« (Stimmungsübertragung auf die Schüler),
- Modellernen (Schüler übernehmen eventuell ein derartiges Konfliktlösungsverhalten),
- Reversibilität bzw. Irreversibilität,
- Reaktanztheorie (Erlebnis der gewaltsamen Einschränkung führt zu »extra anderem« Verhalten),
- labeling approach (es entstehen eventuell Erwartungseffekte, die das Verhalten der Schüler in unerwünschter Richtung manipulieren).

An diesem drastischen Beispiel zeigen Grell/Grell (1979, S. 30—34) nachdrücklich auf, wie der Lehrer Theorien zur Interpretation von Handlungsalternativen »benutzen« kann, wodurch er in die Lage versetzt wird, sich kriterienorientiert zu entscheiden. (Das ist ganz besonders wichtig angesichts der Fülle interdisziplinärer Aspekte im Aufgabenbereich des Sprachheillehrers.) Jeder der o. a. theoretischen Ansätze, zur Interpretation dieses Unterrichtsaktes herangezogen, müßte zugleich zu einem anderen »Handlungsrezept« führen, z. B. zu einem weniger aggressiven, reversiblen Modellverhalten, das auf der positiven Erwartung einer prinzipiellen Bereitschaft der Schüler zu konstruktiver Mitarbeit beruht usw. Ähnliches ließe sich auch in anderen Bereichen demonstrieren. Interpretiert man z. B. das sprachliche Geschehen im Unterricht auf der Basis von Sprachhandlungstheorien, so wird man den Kindern differenziert und aufbauend Gelegenheit geben, ihre sprachliche Handlungsfähigkeit zu trainieren (vgl. Voigt 1977). Das Wissen um Wesen und Funktion der Wahrnehmung (vgl. Neisser 1979), der Kognition und ihrer Entwicklung (vgl. Piaget 1974), der Sprache und ihrem Erwerb (vgl. Oksaar 1977), der Transkodierungsprozesse beim Lesen/Schreiben (vgl. Weigl 1974, Goodman 1976), der Begriffsbildung (Bruner 1971), Emotionalität (Oerter/Weber 1975) usw. und der individuellen Störungen solcher Prozesse kann und muß in einem therapeutisch orientierten Unterricht permanent und vielfältig zur Basis von Interpretations- und Handlungsrezepten (Grell/Grell 1979) werden. Bevor im folgenden genauer auf Realisationsmöglichkeiten eingegangen wird, sei ausdrücklich festgehalten, daß ein Therapie-Unterricht nicht als platt-pragmatischer Vorgang, sondern nur als ein kriterienorientiertes (von-den-Wissenschaften-Gebrauch-machendes), reflektiertes, planvolles Handeln denkbar ist.

Abstufungen des therapieorientierten Unterrichts

Nach Braun/Homburg/Teumer (1980, S. 9) kann die Therapie im Verhältnis zum Unterricht isoliert, additiv, integriert oder immanent angesehen werden:

- Isoliert läuft Therapie »räumlich zeitlich und inhaltlich vom Unterricht getrennt« ab (z. B. Einzeltherapie des Stammelns im Therapieraum).
- Additive Therapie (z. B. Einzelarbeit mit einem Kind vor dem Spiegel während einer Stillbeschäftigungsphase).
- Integrierte Therapie (z. B. Unterrichtsinhalte bieten die Möglichkeit zum »organischen«

Anschluß therapeutischer Maßnahmen: Funktions- und Artikulationsübungen bei der Lautanalyse im Erstleseunterricht).

- Immanente Therapie (z. B. der Unterrichtsinhalt ist in sich therapierelevant: etwa in der rhythmisch-musikalischen Erziehung).

In ähnlicher Weise stellt *Knura* (1980, S. 416 f.) die Vorstellungen vom »Dualismus von Therapie und Unterricht«, die zur Entwicklung von Additiv- und Synchronmodellen« führten, der Idee vom »therapieimmanenten Unterricht« gegenüber.

Generell stellt die Systematisierung des therapeutischen Unterrichts zwischen den Polen »additiv« und »immanent« eine brauchbare Möglichkeit dar. (Allerdings sollte man bedenken, daß die Achse zwischen den beiden Polen vielfache Übergangs- und Zwischenlösungen enthält und weitere Systematisierungsgesichtspunkte denkbar sind.)

Additive Formen des therapieorientierten Unterrichts

Bei den additiven Formen der Therapie im Unterricht denkt man in erster Linie an die Einzelarbeit mit bestimmten Kindern, die in keiner direkten Beziehung zum Unterricht steht. Kinder werden z. B. aus dem Unterrichtsablauf herausgenommen und gesondert (mit oder ohne Lehrerbeteiligung) beschäftigt (Artikulationsübungen, Einschleifen von Lautverbindungen, Bearbeitung von Programmen [LRS, Wahrnehmung usw.]). Andererseits sind additive Therapiemaßnahmen auch vielfältig in den allgemeinen Klassenunterricht einzubauen. Größere Einschnitte zwischen Unterrichtsphasen (z. B. Änderung der Sitzordnung und Sammlung zur Weiterarbeit nach einer Gruppenarbeit) lassen sich mit psychomotorischen, sensorischen, sozialen, sprachlichen Spiel- und Übungsformen ausgestalten: Der Lehrer »ruft« die Kinder einzeln auf den Platz mit Mundbild und Xylophon (Rufferz, Silbenzahl) ... Die Kinder fordern sich gegenseitig auf mit einem bestimmten Satzmuster (»Ich will, daß Uli ...«; »bitte, Uli, geh ...« usw.) ... Der Lehrer verwendet visuelle oder akustische Signale (stop and go) ... Es wird eine ruhig ausklingende, motorisch-rhythmische Übung etwa in Verbindung mit einem Vers, Nonsenstext usw. eingelegt ... Abwechslungsreiche Hörübungen können immer wieder zur Beruhigung und Sammlung der Kinder dienen ... Funktionsspiele zum Training der Artikulationsmotorik, Atmungs- und Phonationsprozesse usw. lassen sich in Nachahmungs- und Darstellungsspiele einbauen ... Rate-, Rätsel-, Such- und Wortspiele mit einem semantischen Schwerpunkt können schon wieder zum nächsten Unterrichtsschritt hinführen ... Auch das nonverbale Ausdrucksverhalten einzelner Kinder kann in solchen kleinen Zwischenphasen gefördert werden. In vergleichbarer Weise können Unterrichtsbeginn, Unterrichtsende und Stundenübergänge gestaltet werden.

Außercurriculare Unterrichtseinheiten (z. B. Klassenfeiern, Puppenspiele, Ausflüge usw.) müssen therapiewirksam werden, vor allem auf sozial-emotionaler Ebene durch gruppenbildende Anregungen, Kooperation, Stärkung des Selbstwertgefühls einzelner Kinder, Vermittlung neuer sozialer und sachlicher Erfahrungen, Anregung zu neuen Spielformen und sinnvoller Eigentätigkeit usw. Hierfür gibt es jeweils unzählige Möglichkeiten.

Ganz wesentliche additive Maßnahmen im therapieorientierten Unterricht sind die individuellen Sprechhilfen und Sprechkorrekturen. Es ist erstaunlich, wie wenig solche Maßnahmen in Sprachheilklassen beobachtbar sind. Dabei liegt es auf der Hand, daß die individuelle Sprachtherapie in den Unterricht eingehen muß, wenn sie wirksam sein soll. Sind bestimmte Laute bzw. Lautkombinationen angebildet und in der Übungssprache verfügbar, so muß im Unterricht der Einbau in die Sprachgewohnheiten erfolgen. Der Lehrer muß für »korrekatives Feedback« (*Wyatt* 1973), Verstärkung usw. sorgen, eventuell mit einzelnen Kindern bestimmte Wörter »einsprechen« usw. Stotternde Kinder müssen immer wieder erinnert und ermuntert werden, ihre sprechtechnischen Hilfen zu gebrauchen, bestimmte Fehlgewohnheiten zu vermeiden usw. Dysgrammatisch sprechende Kinder müssen ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend zur Anwendung ihrer Übungssprache, Übernahme von

Satzmustern (Analogiebildung) usw. angehalten werden. *Rauscher* (1980) referiert viele Möglichkeiten des korrektiven Feedbacks auf phonetisch-artikulatorischer, morphologisch-syntaktischer und semantisch-programmatischer Ebene. In der Art und Weise, wie der Lehrer die Äußerungen der Kinder aufgreift, erweitert (Expansions) oder erläutert bzw. weiterführt (Discussions) oder wie er andere Kinder dazu veranlaßt, kann er viele sprachliche Entwicklungsanreize vermitteln. Natürlich erfordert ein sinnvolles Korrekturverhalten viel Einfühlung und Takt. Steht ein Kind unter emotionalem Stau, will und muß es sich impulsiv ausdrücken, so sind exakte Korrekturmaßnahmen unangebracht. Die Sprechfreudigkeit darf keinesfalls eingeschränkt werden. Dennoch ergeben sich im Unterricht vielfach geeignete Möglichkeiten, mit einzelnen Kindern individuell zu artikulieren, Strukturen, Sprachinhalte, Gliederungshilfen usw. zu sichern, die in der isolierten Therapie grundgelegt wurden.

Im Sinne additiver Maßnahmen läßt sich auch das spontane zusammenhängende Sprechen fördern, wenn den Kindern regelmäßig Gelegenheit zum Erzählen eigener Erlebnisse, Erfahrungen, Eindrücke und Beobachtungen gegeben wird. Dazu kann der Lehrer feste Zeiten und Formen einführen, Aufträge und Anregungen geben (z.B. Eltern befragen, Nachschlagen im Lexikon usw.). Rollenspiele zur Aufarbeitung von Konflikten, »Geschichten erfinden«, »Wünsche und Vorhaben schildern« usw. können die Kinder im spontanen Sprechen fördern. Auch hier muß der Lehrer planmäßig vorgehen, gehemmtere Kinder allmählich ins Spiel bringen, von einfacheren zu höheren Leistungsebenen fortschreiten, die Ergebnisse aufgreifen, bewerten, verstärken, eventuell festhalten. Im allgemeinen werden additive Formen im therapieorientierten Unterricht geringer bewertet als integrative Formen, zweifellos zu Unrecht. Ohne additive Maßnahmen wie die angedeuteten (ganz besonders ohne die individuellen Sprechhilfen und Sprechkorrekturen), die verteilt, permanent, in ökonomischen Einschüben vielfältig in den Unterricht eingeflochten werden können (ohne den Ablauf zu beeinträchtigen), ist ein wirksamer therapieorientierter Unterricht nicht denkbar. Gewisse additive Maßnahmen schließen sich an geeignete Unterrichtsinhalte an, führen von diesen weg zu therapeutisch wirksamen Ausweitungen (Funktions-, Artikulations-, Koordinations-, Konzentrations-, Wahrnehmungsübungen usw.) mit relativ autonomer Schwerpunktbildung und anschließend wieder zurück zum Unterrichtsinhalt. Solche additiven Maßnahmen könnte man als »*therapieorientierte Umwege*« bezeichnen. Ein erarbeiteter Begriff oder Merksatz kann beispielsweise zum Abzählvers umfunktioniert werden, es kann eine Melodie dazu improvisiert werden, er kann eine »Flüsterpost-Reihe« durchlaufen usw. Bei der Lautanalyse kann mit Handspiegeln gearbeitet werden, kindgemäße Umschreibungen der Artikulationsvorgänge (z.B. /i/ — »Lächelgesicht«, /o/ — »Staugesicht«, /f/ — »Blasgesicht«, /ü/ — »Bussigesicht« usw.) gestaltet werden, Lautveränderungsspiele (aiai, aoao, schtscht usw.) mit wechselnder Tonhöhe, Lautstärke, Geschwindigkeit eingefügt werden, verschiedene Intonationsmuster und Rhythmen durchgespielt werden. Lautverbindungsübungen (»Robotersprache«), Geräusche lautsprachlich imitieren, auf Tonband gesprochene Unterrichtsergebnisse umformulieren, nachbesprechen und beurteilen (»Sprechen über Sprache«), verschiedene Zusammensetzungen für ein neues Wort suchen, ähnlich klingende Wörter bzw. Reimwörterreihen dazu sammeln usw. wären hier denkbar. Derartige therapieorientierte Umwege (es ließen sich noch viele finden), nähern sich schon sehr den integrativen Formen des therapeutischen Unterrichts, besonders den »*therapieorientierten indirekten Unterrichtsakten*« (die weiter unten dargestellt werden sollen).

Integrative Formen des therapieorientierten Unterrichts

Therapieimmanenz im engeren Sinne von *Braun/Homburg/Teumer* (1980) ist dann gegeben, wenn der Unterrichtsinhalt in sich einen therapeutischen Inhalt darstellt. Lehrplanthemen wie »das Wort ist aus Lauten und Silben aufgebaut« (2. Schuljahr), »verschiedene Satzmodalitäten« (3. Schuljahr), der kommunikativ orientierte Schriftsprachunterricht, münd-

liche Ausdruckserziehung, überhaupt der ganze Sprachunterricht sind therapieimmanente Unterrichtsbereiche ersten Ranges. Es kommt jedoch darauf an, daß der Lehrer gezielt und planvoll die therapeutischen Möglichkeiten der Inhalte nutzt. Die Schüler müssen beispielsweise Silbenstrukturen in natürlichem Zusammenhang handelnd erleben (Abzählverse, Gedichte, Liedtexte usw.), auffinden, reflektieren und in abwechslungsreichen Spiel- und Übungsformen anwenden können. Dabei lassen sich motorische, rhythmisch-musikalische Elemente, verschiedene Sozialformen der Arbeit, Ausdruckssprechen (prosodisches, moduliertes Sprechen, Intonationsmuster) usw. einarbeiten. In jeder Deutschstunde lassen sich kommunikative Förderung, Perzeptions- und Sprechübungen, individuelles kompensatorisches Training bestimmter sprachlicher Fertigkeiten durchführen. Das Erlernen einer neuen Buchstabenform muß z. B. durchaus nicht nur im Einschleifen eines Bewegungsmusters bestehen, ohne daß der sprachliche Wert dieses neuen Zeichens vertieft wird. Eine mehrdimensionale, multisensorielle Erarbeitung und kommunikative Gewichtung dient viel eher therapeutischen Zwecken wie der Legasthenieprophylaxe, der Behebung sprachlicher Entwicklungsrückstände und einem normgerechten Sprachgebrauch:

- Das Graphem kann eingeführt werden, weil es gebraucht wird zu bestimmten kommunikativen Handlungszwecken: um etwas beschriften, markieren, festhalten zu können; um etwas an jemanden schreiben zu können usw.
- Die optische Gestalt kann eingepägt werden durch Beschreibung der Aufbauelemente, Vergleichen und Unterscheiden, Ergänzen lückenhafter Gestalten, tachistoskopische Simultanerfassungsübungen, Erasten der Form (z. B. Sandpapier) usw.
- Die Phonem-Graphem-Korrespondenz kann gesichert werden durch Heraushören aus dem Sprachzusammenhang (unter Verwendung von Buchstabenkarten, Niederschrift auf Notizzettel), durch Buchstabendiktat, Lautproduktion aufgrund eines Graphemsignals, durch Übungen zur klangreinen Artikulation (Handspiegel, Partnerbeobachtung) usw.
- Die Bewegungsgestalt kann durch rhythmisiertes, von Sprache begleitetes Einschwingen gesichert werden (Schwungsprüchlein, in dem der entsprechende Laut dominiert) usw.
- Das Graphem kann als sprachlicher Wert verwendet werden: Verwandeln von Wörtern durch Einsetzen des neuen Graphems, Anfertigen und Anheften von Buchstabenkarten an entsprechende Objekte, Ergänzen von Wörtern usw.

So oder ähnlich ausgestaltete Stunden sind sprachbezogenes mehrdimensionales Handeln im Sinne eines therapieimmanenten Unterrichts. Daß der Deutschunterricht bei entsprechender Gestaltung zu einem therapeutischen Fach schlechthin wird, ließe sich auch in den übrigen Teilbereichen zeigen. Erstleseunterricht und weiterführendes Lesen objektivieren die Sprache, machen bestimmte sprachliche Einheiten (Laut/Graphem, Wort, Satz) bewußt, lassen sich zur individuellen Sprachtherapie nutzen (Sätze legen, Simultanlesen, sinngestaltendes Ausdruckssprechen, Lautieren und sorgfältige Artikulation). Es ist eine alte Erfahrung von Grundschullehrern, daß sich im Verlauf des Lesenlernens viele kindliche Sprechfehler von selbst verlieren. Der Sprachheillehrer wird solche Möglichkeiten bewußt ausbauen und gezielt und individuell abgestimmt einsetzen.

Auch die übrigen Unterrichtsfächer lassen sich therapieimmanent gestalten. Über die persönlichkeitsfördernden Entwicklungsimpulse der musischen, rhythmischen Erziehung braucht wenig gesagt zu werden. Ihre Potenzen in sprachtherapeutischer Hinsicht können jedoch generell verstärkt werden, wenn auch diese Unterrichtsbereiche immer mit globalen oder spezifischen sprachfördernden Absichten und Maßnahmen verbunden werden. Kommunikations-, Konzentrations-, Ausdrucks- und Sprechspiele sind auch hier ohne Schwierigkeit zu integrieren. In Bereichen wie Schulspiel, Malen, Kontakt- und Sensibilisierungs-

übungen (Rhythmik) ergeben sich immer wieder Möglichkeiten zu psychotherapeutisch orientierter Einflußnahme: gehemmte Kinder aus ihrer Isolation zu locken, Entspannung zu üben, Selbstvertrauen und Ich-Gefühl zu stärken, Kreativität, Neugier, Gemeinschaftsgefühl zu wecken usw. Ältere Untersuchungen der Universitäten Marburg und Köln haben ergeben, daß vorangehende »ältere« Ausdrucksformen (Malen, Dramatisieren) sich auf das sprachliche Ausdrucksverhalten (Gebrauch von Adjektiven, Zahl der unterschiedlichen Wörter pro Text usw.) ausgesprochen förderlich auswirken. Daher können solche Gestaltungen auch in anderen Fächern zur Vorbereitung von entsprechenden wichtigen Spracharbeitsphasen eingesetzt werden.

Der Mathematikunterricht ist besonders geeignet, kognitive Strukturen aufzubauen und zu erweitern (*Dienes/Jeeves* 1967). An mathematischen Sachverhalten können stabile, wiederkehrende logische Beziehungen erarbeitet werden, die zur Entwicklung logisch-syntaktischer Denk- und Sprechmuster beitragen können. Wichtig ist, daß der Lehrer den individuellen kognitiven Entwicklungsstand der Kinder (vgl. *Piaget/Szemska* 1965) berücksichtigt und dementsprechend behutsam die Abstraktionsschritte und Differenzierungsmaßnahmen organisiert. Präzise Formulierungsmuster, die kindgerecht und dem Sachverhalt angemessen sind (vgl. *Mückenhoff* 1979), sollten von einfacheren zu komplexeren Formen führend den Kern einer angemessenen, konventionalisierten »Fachsprache« bilden. Allerdings ist darauf zu achten, daß nicht eine tote, formale Sprache entsteht, die das Kind nicht in sein alltägliches Handeln übernehmen kann, sondern daß »das Kind im sozialen Feld begründet, argumentiert und Möglichkeiten abwägt und damit im grammatischen Bereich verbalisiert« (*Nickel/Heller* 1978, S. 184). Begriffe müssen in der Erfahrung des Kindes begründet sein und im Leben des Kindes »etwas leisten«. Generell läßt sich aber auch der Mathematikunterricht mit ästhetisch-spielerischen, rhythmisch-musischen, sensorischen, lebenspraktischen, gemeinschaftsfördernden (usw.) Elementen ausbauen, die auf Sprache und Sprachentwicklung rückwirken. (Einige Beispiele weiter unten.)

Der Sachunterricht dient (unter dem Aspekt der Therapieimmanenz) der Anbahnung neuer Erfahrungen, von Einsichten und Begriffen (»Wissen von der Welt«). Diese Arbeit muß grundsätzlich »hart an der Sprache« erfolgen. In einer planvollen Abstufung kann die Versprachlichung vom kontextgebundenen (»sympraktischen«), handlungsbegleitenden Sprechen zum Versprachlichen nicht gegenwärtiger Sachverhalte (»synsemantisches Sprechen«), z. B. Vorhaben, Vermutungen, Reorganisation bzw. Reproduktion früherer Lernergebnisse usw. geführt werden. Eine vielseitige, behutsam abstrahierende, induktive Begriffsbildung baut Schemata (kognitive Begriffe) auf, die als stets weiter zu entwickelnde Instrumente der Erkenntnis dienen (Begriffe als »Mediatoren« organisieren und stabilisieren sich durch Sprachbeteiligung; vgl. »Umlernexperiment« von *Kendler/Kendler*). Hier kann Sprache in ihrer »Darstellungsfunktion« (Symbol) ausgebaut werden, als ein Reden über Dinge. Natürlich muß die Fähigkeit der Kinder, Sachverhalte sachgerecht darstellen zu können, entsprechend ihrer individuellen Voraussetzungen planvoll geschult werden (vgl. *Dirnberger* 1975). Generell kann man sagen, daß ein motivierender, zielorientierter, klar strukturierter, kindgerechter Unterricht, der durch angemessene Arbeits- und Interaktionsformen, Einsatz ansprechend gestalteter Medien, selbsttätige Auseinandersetzung mit den Inhalten, Differenzierung usw. den Kindern im affektiven, kognitiven und psychomotorischen Bereich zu neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten verhilft, als therapeutisch wirksam zu betrachten ist (*Dirnberger* 1975). Das Geschick, in diesem Sinne unterrichten zu können, muß also ein selbstverständlicher Bestandteil der therapeutischen Kompetenz des Sprachheillehrers sein.

Einige allgemeine Gesichtspunkte des therapieorientierten Unterrichtens

Das Lehrerverhalten und die Lehrersprache sollten Modellernen ermöglichen.

- Klare und natürliche Artikulation in einer »gemäßigten Hochsprache«;
- natürlich modulierte Sprache als Gliederungs- und Verständnishilfe; parasprachliche Hinweisreize;
- Sprechen in korrekten Sätzen mit reduzierter Komplexität; klare Frage- und Impulstechnik;
- aufmerksames Zuhören; Schülerbeiträge ausdrücklich aufgreifen; angemessenes Korrekturverhalten;
- das Lehrerverhalten sollte sich orientieren an den Dimensionen: Wertschätzung, Verständnis, Reversibilität, Optimismus, Ermutigung, Klarheit, Engagement usw. (vgl. *Tausch/Tausch, de Vries 1977, S. 72 ff.*).

Das Sprachverhalten der Schüler kann durch verschiedene wiederkehrende Maßnahmen und Anlässe in relativ konstanter Weise stimuliert und gefördert werden.

- Sensorische Qualitäten jeder Modalität sollten versprachlicht werden. Neue oder auch bekannte Eindrücke, Erfahrungen, Handlungen werden grundsätzlich sprachlich begleitet.
- Anreize und Darbietungen, die besonders zur Versprachlichung Anlaß geben: Hörbilder und andere Tonbandaufnahmen, Bildgeschichten, prägnante Situationsdarstellungen usw., Tabellen und diagrammartige Tafelbilder (bei gründlich geklärten Beziehungen) bieten Anlaß zu schematisierendem oder logisch-syntaktischem Sprechen.
- Sprachlich konstante Muster lassen sich besonders in wiederkehrenden Alltagssituationen einüben, z.B. wenn Schüler sich gegenseitig begrüßen, aufrufen, korrigieren, fragen usw.
- Es müssen immer wieder Gelegenheiten geschaffen werden, in denen Schüler paarweise, gruppenweise, abwechselnd zur Klasse, geordnet zueinander sprechen können.
- Grundlegende Gesprächsformen und Gesprächsregeln können eingeübt und im Unterrichtsverlauf eingesetzt werden.
- Ein systematisch aufgebauter Grundwortschatz muß im Unterricht immer wieder aufgegriffen und weitergeführt werden.
- Sprachverfügbarkeits- und Assoziationsspiele, Übungen mit Wortreihen, Wortgruppen (Feldern), Wortkomplexen (*Seeman 1974, S. 304 ff.*), spielerischer Umgang mit Sprache (Experimente) usw. lassen sich in kleinen Phasen bei vielen unterrichtlichen Gelegenheiten immer wieder einfügen.
- Satzmusterübungen (Reihensprechen, Analogieübungen) sind ein Standardverfahren im Sprachheilunterricht. Sie lassen sich fast überall anknüpfen, im Sinne eines Sprachaufbaues systematisch planen, durch individuellen Einsatz von Sprechhilfen und Sprechtechniken anreichern (z. B. logopädischer Rhythmus usw.), durch musisch-rhythmische Elemente verlebendigen, in kommunikative Formen kleiden (»Partnersätze«) usw.
- Die Lehrersprache sollte als ein ganz entscheidendes therapeutisches Mittel bewußt, individuell und störungsspezifisch eingesetzt werden, um Beziehungen herzustellen, Sprechhilfen zu signalisieren, Perzeption zu schulen, Regelerwerb zu unterstützen, Feedback zu geben, Sprachgefühl zu entwickeln usw. Es wäre zu begrüßen, wenn dieser Aspekt nach dem interessanten Beginn durch *Rauscher (1980)* weiter erforscht würde.

Die Technik der therapieorientierten »indirekten Unterrichtsakte«

Diese wirksamen, individuell und gezielt einsetzbaren Maßnahmen seien zuerst an einigen Beispielen dargestellt.

- Der Lehrer gibt z. B. Hinweise oder gewisse Stichwörter zum Unterricht lautlich lückenhaft (etwa »erinnere dich an den /e/urts/ag«) im Sinne des PET-Subtests WE. Aus dem

Kontext heraus können die Schüler die akustische Gestaltschließung vollziehen und das Wort anschließend einsprechen.

- Eine Bildgeschichte (z. B. »im Schwimmbad«) beginnt mit einem Hörbild (Tonband), aus dem abwechselnd verschiedene Details herausgehört werden (Strukturierung der Wahrnehmung, Figur-Grund-Gliederung). Diese können lautlich mit den Artikulationsorganen nachgeahmt, gewisse Teile pantomimisch mit- oder nachvollzogen werden usw.
- Beim Thema »Brandgefahr« kann ein Anruf bei der Feuerwehr mit Spieltelefonen eingeübt werden.
- Ein Bild wird nicht einfach dargeboten, sondern in mehreren Etappen aufgedeckt, wobei die Kinder nach charakteristischen Merkmalen fahnden, auf das Ganze zu schließen versuchen. Dabei ergeben sich gute Verbalisierungsmöglichkeiten in der »Ich-Form« (z. B. »ich sehe ...«; »ich glaube, es ist ...«). »Vermutungen sollen als Vermutungen ausgedrückt werden«, wäre ein denkbare Teilziel.
- Eine Unterrichtseinheit zum Thema »Zahleigenschaften von Mengen« könnte z. B. an folgenden Übungskomplex zur tachistoskopischen Simultanerfassung anschließen: Der Lehrer legt ein oder mehrere Mengensymbole (aus farbiger Folie) auf den Tageslichtprojektor und läßt das Licht nur kurz aufblitzen (mit anschließender Kontroll- und Bestätigungsphase). Verschiedene Fragestellungen (und Konstellationen) sind möglich: »Welche Farbe?«, »welche Form?«, »groß oder klein?«. Schließlich auch: »Wie viele?«, wobei nach und nach Elemente verschiedener Farbe, Form, Größe, Lage und Verteilung (nah zusammen, weit auseinander) ins Spiel gebracht werden können. Bei dieser Übung kann nicht nur die Wahrnehmung trainiert werden, sondern es wird auch die Einsicht der Zahl als abstrakter Mengeneigenschaft vorbereitet. Zusätzlich ergeben sich viele Möglichkeiten, bestimmte Versprachlichungsformen zu schulen (z. B. Perfektbildung »ich habe ... gesehen« mit gegenseitigem Ansprechen »Peter, was hast du gesehen?« usw.).
- Die Einübung einer neuen Buchstabenform kann zugleich zum Training mehrerer Wahrnehmungsbereiche genutzt werden. Auge-Hand-Koordination: Mit einem Spielzeugauto kann ein Kartonmodell des Buchstabens abgefahren werden, oder die Kinder können mit Wachskreide zwischen zwei Begrenzungslinien die Form durchfahren (ohne anzustoßen), vergleichbar dem Subtest I des FEW. Figur-Grund-Gliederung: Nachzuspurende Buchstabenformen auf dem Arbeitsblatt können beispielsweise in ein Suchbild oder ornamentales Muster (Liniengeflecht) eingebettet sein, und die Kinder sollen möglichst viele davon finden. Teil-Ganzes-Schluß: In einer Situationsdarstellung (Arbeitsblatt) sind viele Objekte (oder immer das gleiche), deren Beschriftung mit dem jeweiligen Buchstaben beginnt, so »versteckt«, daß nur ein Teil davon sichtbar ist. Die Kinder sollen nun (in einer bestimmten Zeit) möglichst viele davon finden und den entsprechenden Buchstaben dazuschreiben.
- Beim Thema »Plätzchenbacken« können die Kinder die Ausstechformen in einem Sack ertasten (auch mit jeder Hand jeweils eine), verbalisieren (»ich habe ...«), untereinander austauschen (»bitte, Uli, gib mir ..., ich gebe dir ...«) usw.
- Ein Arbeitsablauf (z. B. Werken »Wir stellen Kerzen her«) kann z. B. für ein abwesendes Kind in der »Du-Form« auf Tonband gesprochen werden (als Anleitung). Möglichkeiten, persönliches und personbezogenes (kommunikatives) Sprechen (als bewußte Sprechakte) anzubahnen, lassen sich in vielen Unterrichtszusammenhängen finden. Dabei sollen Intention und Modalität des Satzes übereinstimmen. Vermutungen werden als Vermutungen formuliert, Fragen als Fragen, ebenso Aufforderungen, Bitten usw. (vgl. die Darstellung illokutionärer Akte in Voigt 1977, S. 79—102).

- Wie therapieorientierte Unterrichtsakte kombiniert, geordnet, sprachintensiv und differenziert angewendet werden können, sei noch mit einem kurzen Unterrichtsauszug illustriert: Es wurde die »operatorische Gliederung des Zahlenraumes 9« behandelt. Als geeigneter Sachverhalt wurde das Kegelspiel gewählt. Die Lehrerin gab das Kegelspiel nicht einfach vor, sondern hatte es in einer geschlossenen Tasche. (Die Kinder waren sehr neugierig.) Zuerst wurden die Tasche geschüttelt und die Eindrücke versprachlicht (»es klingt wie ...«, »es ist aus ...« [Material]), dann durften einzelne Kinder in die Tasche greifen und die Objekte abtasten. Die Fühlqualitäten wurden verbalisiert und Vermutungen geäußert (»ich fühle etwas glattes, langes, hartes ..., ich glaube, es ist ..., es könnte ... sein«). Danach nahm die Lehrerin den ersten Kegel aus der Tasche und hob ihn hoch, allerdings so, daß der Kopf nach unten zeigte. Einige Kinder erkannten den Gegenstand aufgrund der unüblichen Raum-Lage nicht. Daraufhin drehte die Lehrerin den Kegel langsam, bis er mit dem Fuß nach unten stand und alle Kinder das Objekt richtig identifizieren konnten. (Dieser Vorgang wurde kurz wiederholt, um die Raum-Lage-Beziehung noch bewußter zu machen.) Vergleichbare Übungseinschübe und Stimulationen durchzogen auch die weitere Unterrichtseinheit, ohne den sachlogischen Ablauf zu beeinträchtigen. So saßen die Kinder z. B. einmal mit dem Rücken zum Kegelspiel und mußten aus den Geräuschen des Wurfes abschätzen, wie viele Kegel umgefallen waren. Da die Lehrerin inzwischen rasch die umgefallenen Kegel weggeräumt hatte, konnten die Kinder nur mit Hilfe mathematischer Operationen (Ergänzen auf 9) ermitteln, wer recht gehabt hatte. Des weiteren wurde eine Tabelle angelegt, die mit einer gleichbleibenden Zwei-Satz-Parataxe versprachlicht werden konnte, die auch zur Verbalisierung von Inversionen benutzt werden konnte usw. (konkret-logische und sprachliche Umkehrung). Es ließen sich noch weitere derartige Maßnahmen anführen.

Aus der obigen Reihe von Beispielen dürften einige Merkmale der sogenannten therapieorientierten indirekten Unterrichtsakte deutlich geworden sein:

- Sie stören den sach- und fachgerechten Unterrichtsablauf nicht und kosten wenig Zeit.
- Sie nützen gewisse Aspekte der Unterrichtsstruktur zur verstärkten kognitiven, funktionellen, sensorischen, motorischen, sprachlich-kommunikativen Aktivität und Stimulation.
- Sie lassen sich gezielt und differenziert einsetzen. Die Kinder können je nach ihrer individuellen Förderungsbedürftigkeit bei bestimmten Übungsteilen verstärkt ins Spiel gebracht werden. Die Anforderungen können differenziert und planmäßig gesteigert werden. Die Daten aus der Diagnostik bilden hierfür das notwendige Kriterium.
- Sie sind für die Kinder im allgemeinen sehr motivierend.
- Sie können gemäß dem Permanenzprinzip bzw. dem Prinzip der verteilten Übung immer wieder in Verbindung mit neuen Unterrichtsgegenständen und Situationen erscheinen. Dadurch läßt sich eine nachhaltige Dauerwirkung bzw. kompensatorische und sensibilisierende Förderung erreichen.
- Sie sind auch aus der Perspektive des fachgerechten Unterrichts nicht unökonomisch. (Auch ein Kind, das keine visuelle Figur-Grund-Gliederungsschwäche hat, also keine spezifische Förderung erfährt, wenn es einen Buchstaben »suchen« muß, um ihn nachspüren zu können, wird schreibmotorisch gefördert.)
- Sie sind eine permanente Herausforderung an den Sprachheillehrer, sich mit Phantasie und Sachkenntnis mit der Feinstruktur der Unterrichtsinhalte auseinanderzusetzen.
- Sie können nahezu unbegrenzt variiert und erweitert werden (wobei Verkrampfungen und Deformationen des Unterrichts natürlich vermieden werden müssen).
- Sie lassen sich systematisieren, aufbauend organisieren, zu einem Repertoire ausbauen (für Lehrer und Schüler), dosieren, individualisieren und flexibel handhaben.

Therapieorientierte indirekte Unterrichtsakte lassen sich zusammenfassend charakterisieren als besondere Formen der Arbeit am Unterrichtsgegenstand, wobei unterschiedliche Aspekte der Sach- und Vermittlungsstruktur zur verstärkten individuellen Aktivität in verschiedenen »logopädischen Wirkungsbereichen« (vgl. *Becker/Sovák* 1975) genutzt werden, die zugleich das schulische Lernen unterstützt. Sie können dazu beitragen, das »Joch der doppelten Aufgabe« (*Hansen*) zu erleichtern und das Postulat »aller Unterricht ist Therapie« (*Rothe*) zu verwirklichen (jeweils zitiert nach *Dirnberger* 1975, S. 198 f.). Sie führen das Konzept der »diskreten Maßnahmen« (*Dirnberger* 1975, S. 199) weiter und spezifizieren es. Viele Anregungen zu ihrer Gestaltung lassen sich *Bush/Giles* (1976), *Bräuning* (1980), der Itemstruktur verschiedener Testverfahren und Entwicklungsdiagnostiken usw. entnehmen.

Schlußbemerkung

Die vorangegangenen Überlegungen und Ansätze beruhen überwiegend auf den individuellen Lösungen von Lehrern, die unter dem Handlungsdruck stehen, bestimmten Kindern in konkreten Schulsituationen, hier und jetzt, wirksame Förderung zuteil werden zu lassen, auch wenn sich noch kaum die Konturen einer spezifischen Sprachbehindertendidaktik oder einer handlungsrelevanten Theorie des therapeutischen Unterrichts abzeichnen. Sie sind ergänzungsbedürftig, modifizierbar und natürlich nicht evaluiert. Es scheint jedoch plausibel, daß ein Lehrer, der sich bemüht, im angedeuteten Sinne zu unterrichten, dem Wohl der ihm anvertrauten Kinder dienen kann. Und sicherlich ist er jederzeit offen für weitere oder andere konstruktive Vorschläge.

Literatur

- Baumgartner, S.: Aspekte der Sprachbehinderung und der Sprachbehindertendidaktik. In: Becher, H. R. (Hrsg.): Taschenbuch für die Grundschule — Beiträge zur Grundschulpädagogik und Grundschuldidaktik. München 1980 (erscheint 1981).
- Becker, K.-P./Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Köln 1975.
- Braun, O.: Probleme und Möglichkeiten der Lernmotivierung sprachbehinderter Kinder in Unterricht und Therapie in Schulen für Sprachbehinderte. *Die Sprachheilarbeit* 19 (1974) 2, S. 47—61.
- Braun, O.: Das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Sprachbehindertenpädagogik, dargestellt am sprachtherapeutischen Unterricht der Schule für Sprachbehinderte. *Die Sprachheilarbeit* 25 (1980) 4, S. 135—142.
- Braun, O./Homburg, G./Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. *Die Sprachheilarbeit* 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Bräuning, E.: Erstunterricht in der Schule für Sprachbehinderte. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript, Universität München 1980.
- Bruner, J., u. a.: Studien zur kognitiven Entwicklung. Stuttgart 1971.
- Bush, W. J./Giles, M. T.: Psycholinguistischer Sprachunterricht. München/Basel 1976.
- Dienes, Z. P./Jeeves, M.: Denken in Strukturen. Freiburg 1967.
- Dirnberger, W.: Fragen des Sachunterrichts in der Schule für Sprachbehinderte (Primarbereich). *Die Sprachheilarbeit* 20 (1975) 6, S. 193—199.
- Döring, K.: Lehrerverhalten — Theorie — Praxis — Forschung. Weinheim/Basel 1980.
- Grell, J./Grell, M.: Unterrichtsrezepte. München/Wien/Baltimore 1979.
- Goodman, K. S.: Die psycholinguistische Natur des Leseprozesses. In: Hofer, A. (Hrsg.): Lesenlernen — Theorie und Unterricht. Düsseldorf 1976, S. 139—151.
- Heimann, P./Otto, G./Schulz, W.: Unterricht — Analyse und Planung. Hannover 1969.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten — grundlegende Überlegungen. Rheinstetten 1978.
- Holtz, A.: Sprachbehindertendidaktik und Individualpsychologie. *Die Sprachheilarbeit* 24 (1979) 6, S. 205—220.
- Kendler, T. S./Kendler, H. H.: Reversal and nonreversal shifts in kindergarten children. 1959, zusammenfassend dargestellt in: Oerter, R.: Psychologie des Denkens. Donauwörth 1971, S. 93—98.
- Knura, G.: Sprachstörung als Lernstörung — Hemmnisse in der Schullaufbahn sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 18 (1973) 5, S. 129—137.

- Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Sonderpädagogik 4. Stuttgart 1974, S. 103—198.
- Knura, G.: Grundfragen der Erziehung, des Unterrichtens und der Therapie in der Schule für Sprachbehinderte. In: Handbuch der Sonderpädagogik, Band 7. Berlin 1980.
- Mückenhoff, E.: Sprachvermittlung aus sonderpädagogischer Sicht. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 3, S. 84—90.
- Mückenhoff, E.: Zur Didaktik der Sprachvermittlung. Die Sprachheilarbeit 23 (1978) 6, S. 189—195.
- Mückenhoff, E.: Mathematik und Sprache. Berlin 1979.
- Neisser, U.: Kognition und Wirklichkeit. Stuttgart 1979.
- Nickel, H./Heller, K. (Hrsg.): Unterrichten und Erziehen; Psychologie in der Erziehungswissenschaft, Band III. Stuttgart 1978.
- Oerter, R./Weber, E. (Hrsg.): Der Aspekt des Emotionalen in Unterricht und Erziehung. Donauwörth 1975.
- Oksaar, E.: Spracherwerb im Vorschulalter — Einführung in die Pädolinguistik. Stuttgart 1977.
- Orthmann, W.: Zur Struktur der Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1969.
- Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22 (1977) 2, S. 37—48.
- Piaget, J.: Psychologie der Intelligenz. München 1974.
- Piaget, J./Szeminska, A.: Die Entwicklung des Zahlbegriffs beim Kinde. Stuttgart 1965.
- Rauscher, A.: Zur Theorie und Praxis der Unterrichtssprache des Sprachheillehrers. Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V., Landesgruppe Bayern, 1980.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin (Ost) 1974.
- Tausch, R./Tausch, A.-M.: Erziehungspsychologie. Göttingen 1970.
- Voigt, H.: Sprachaufbau bei Gehörlosen aus der Perspektive gestörter Beziehung (besonders Teil B). Rheinstetten 1977.
- de Vries, V.: Lernvorgänge und Merkmale des Sprachtherapeutenverhaltens im Sprachunterricht. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Störungen der Sprachentwicklung. Hamburg 1977.
- Weigl, E.: Zur Schriftsprache und ihrem Erwerb — neuropsychologische und psycholinguistische Betrachtungen. In: Eichler, W./Hofer, A. (Hrsg.): Spracherwerb und linguistische Theorien. München 1974.
- Werner, L.: Zur Integration sprachtherapeutischer Maßnahmen in das Planungsmodell für Unterricht der Berliner Schule. Die Sprachheilarbeit 17 (1972) 3, S. 87—92.
- Werner, L.: Therapieimmanenz in der Schule für Sprachgeschädigte. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 3, S. 77—83.
- Wyatt, G. L.: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

Anschrift der Verfasser:

Friedrich Michael Dannenbauer

Institut für Sonderpädagogik, Am Stadtpark 20, 8000 München 60.

Dr. Walter Dirnberger

Universität Würzburg, Wittelsbacherplatz 1, 8700 Würzburg.

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

Zu Fragen der Therapieresistenz des Stotterns

Zusammenfassung

Es wird zunächst den Fragen der Therapieresistenz des Stotterns nachgegangen. Darin ist die Frage enthalten, wer den Widerstand leistet, die Struktur des Störungsbildes oder der Stotternde selbst aufgrund seiner psychischen Fehlhaltungen. Als weitere Ursachen für das bisher resistent gebliebene Stottern werden drei Gründe angegeben:

- Die Art des Stotterns wurde nicht in die entsprechende Untergruppe diagnostiziert,
- die Behandlung erfolgte nicht adäquat dem vorliegenden Stotterfall,
- der Therapeut war mit den Zusammenhängen des Stotterns zu wenig vertraut oder betrieb die Behandlung zu einseitig.

Die Differentialdiagnostik unterscheidet das uns »typische« Stottern in verschiedene Untergruppen. Jede Stotter-Untergruppe würde eine spezielle Therapieform brauchen. Es wird die Frage aufgenommen, ob der Therapeut die Ausbildung erhalten und die Erfahrungswerte erworben hat, um die Untergliederung vornehmen zu können und danach die Therapie anzusetzen. Die Beantwortung der Frage ist negativ. Es wird der Vorschlag gebracht, Spezialisten auf dem Gebiet des Stotterns auszubilden. Erst dadurch wird der Therapieresistenz wirksam begegnet werden können.

Seit *Nadoleczny* (1929, S. 83) halten wir immer noch an der Eindritteleinteilung der Ergebnisse bei der Behandlung des Stotterns fest. Dabei können wir keineswegs im ersten Drittel von einer Heilung sprechen, bestenfalls von einer Rehabilitation oder sehr guten Besserung (vgl. *Richter* 1972). Auch dieser Erfolg wird noch geschmälert durch die zahlreichen Rezidive, die sich bald oder später nach Beendigung der Behandlung einstellen können. Wir dürfen somit feststellen, daß zumindest zwei Drittel der behandelten Stotterfälle therapieresistent geblieben sind. Bei einem so hohen Anteil eines vergleichswisen Leerlaufs ist die Fragestellung berechtigt, ob die therapieresistenten Stotterfälle so widerspruchlos hingenommen werden können. Oder hat man sich in Kollegenkreisen mit dem »therapieresistenten Stottern« bereits abgefunden, ist es gar zu einem Schlagwort geworden, als bequeme Ausrede dafür, weil die nicht angepaßte und meist einseitig durchgeführte Behandlung nur einen geringen oder keinen Erfolg gebracht hat?

In den folgenden Ausführungen werden wir uns mit diesen Fragen theoretisch auseinandersetzen. Die Theorie für die Praxis: Es werden sich daraus gewiß Anregungen und Anwendungen für die praktische Arbeit ergeben. In den folgenden Abhandlungen schließen wir die zu stottern beginnenden Vorschulkinder aus. Zwar ließe sich aus der Ätiologie auch hier eine Gruppierung vornehmen, aber wir führen mit ihnen noch keine Therapie im üblichen Sinne durch und können somit auch noch nicht von einer Therapieresistenz sprechen.

Resistenz heißt Widerstand, Widerstandsfähigkeit, auch Gegenwehr. Es stellt sich uns die Frage, wer leistet den Widerstand, die Gegenwehr? Das Störungsbild in seiner Struktur oder der Stotternde selbst? Wahrscheinlich müssen wir beide Faktoren in Ansatz bringen. Haben wir die Hauptursachen eines vorliegenden Stotterfalles erkannt, ob in den somatischen oder in den psychischen Bereich gehörend, so wissen wir, daß die psychischen und neurotischen Fehlhaltungen einen weit größeren Widerstand leisten als das Angehen der somatischen Ausfälle. Zudem besitzt ein eingeschliffener Symptomenmechanismus, der nun schon einen bedingten Reflexcharakter erlangt hat, eine hohe Widerstandsfähigkeit. Aber auch der Stotternde selbst will nicht immer unbedingt von seiner Sprachstörung frei werden, wie noch näher ausgeführt wird. So paradox es auch klingen mag, er kann zur aufgenommenen Behandlung eine innere Gegenwehr mitbringen, ohne daß ihm diese bewußt wird.

Von einer echten Therapieresistenz kann man berechtigterweise dann sprechen, wenn die Erfolglosigkeit einer Behandlung vom Kind bzw. vom Klienten selbst ausgeht. Wir kennen

die Schüler, die unter keinem Leidensdruck stehen, wenig motiviert sind, die so tun als ob, aber nicht besonders interessiert sind, von ihrer Redeflußstörung befreit zu werden. Sie erfahren, daß die Behandlung sehr zeitaufwendig und mit Unbequemlichkeiten verbunden ist, und das hält sie ab, nach der Behandlung an sich selbst weiterzuarbeiten oder überhaupt die Behandlung durchzustehen. Manch einer will sein Stottern zum Zeitpunkt der Behandlung auch noch gar nicht hergeben, er braucht es zu seiner Entschuldigung oder um daraus Gewinn zu ziehen (vgl. *Richter* 1976). Diese innere Einstellung seines Klienten ist vom Therapeuten zunächst schwer zu erfassen und wird erst im Laufe der Behandlung zu erkennen sein. Dann müßte er vorerst auf eine reine Psychotherapie umsteigen, die aber auch wohl wenig Erfolg bringt, wenn sie nicht lang genug durchgeführt wird und wenn nicht die ganze Persönlichkeit des Therapeuten dahintersteht.

Eine Therapieresistenz wird sich auch dann ergeben, wenn die somatischen und insbesondere die neuropathischen Ursachen sowie die ungünstigen Umweltbedingungen bestehengeblieben sind, die das Stottern einmal ausgelöst haben. Die jetzt zum Beispiel eingesetzte Sprachübungsbehandlung, ohne Berücksichtigung der Ätiologie, kann nicht den gewünschten Erfolg bringen, oder es tritt bald wieder ein Rückfall ein. Zu den schlechten Umweltbedingungen und damit zur Begründung einer Resistenz zählt auch das Elternhaus, wenn es indolent ist und in der Behandlung seines stotternden Kindes nicht mitzieht, wenn die Eltern dem ambulant tätigen Therapeuten oder der Schule für Sprachbehinderte die Behandlung völlig allein überlassen. Wir sind jedoch auf die Mitarbeit der Eltern voll angewiesen.

Zu der bisher unbefriedigenden Auflösung des Symptomenkomplexes mittels einer Behandlung sei als weiterer wichtiger Faktor angeführt, daß die Struktur des vorliegenden Stotterfalles meist nicht voll erkannt und somit die Therapie nicht entsprechend der Gruppe des Stotternden angepaßt durchgeführt wurde. Hier würde für das schlechte Behandlungsergebnis ein Versagen des Therapeuten und seiner Behandlungsweise vorliegen. Wir können nicht auf den Zufall bauen, wo Art des Stotterns und Ansatz der Therapie adäquat laufen und den vollen Erfolg bringen (vgl. *Richter* 1979).

Es ist auch zu überlegen, ob wir unser therapeutisches Ziel, zumindest bei jugendlichen und erwachsenen Stotterern, nicht zu hoch gestellt haben. Ganz gewiß streben wir in vielen Fällen Ziele an, die mit unseren zur Zeit verfügbaren Mitteln noch nicht erreichbar sind. Wir wissen, daß das Stottern im Jugendalter besonders resistent ist. Das führt auch bei den Therapeuten zu einer gewissen Resignation, weshalb sie wohl schon oft mit einer Voreingenommenheit die Behandlung beginnen. In den USA hat man das Behandlungsziel erheblich herabgeschraubt und begnügt sich bei erwachsenen Stotterern mit dem therapeutischen Erfolg eines »flüssigen Stotterns«. Darunter ist eine gestotterte Sprechweise ohne größere Unterbrechungen zu verstehen, der Redefluß bleibt erhalten, auch wenn da und dort kurz angehakt oder wiederholt wird. Mit diesem Behandlungsziel wird von vornherein eine klare Therapieresistenz ausgeschlossen und dem Klienten als auch dem Therapeuten die übliche Enttäuschung erspart. Für uns Europäer bedeutet diese Therapieführung eine überraschende Wende (vgl. *Hood* 1978).

Wenden wir uns jetzt dem resistent gebliebenen Stottern zu, dessen Ursachen in der herkömmlichen Behandlungsweise und beim Therapeuten liegen können:

1. Die Art des Stotterns als differenzierte Untergruppe wurde aus der Anamnese und dem Gegenwartsbild der Symptomatik nicht erkannt und somit in der Komplextherapie auch nicht berücksichtigt.
2. Es wurde im vorliegenden Stotterfall eine nicht entsprechende Behandlung oder gar eine Pseudotherapie eingesetzt.
3. Der Therapeut ist mit der Struktur des Stotterns im allgemeinen noch ungenügend vertraut und hat in bezug auf die Therapie erst wenige Erfahrungswerte sammeln können.

Zu 1. Die Differentialdiagnostik

Schon im Jahre 1908 bezeichnete Hugo Stern das Stottern als einen »Sammelbegriff für verschiedene zu einer Gruppe vereinigte nervöse Erkrankungsformen der Sprache« (bei *Nadoleczny* zitiert, 1927, S.235). — *Nadoleczny* (1927, S.235) dagegen möchte das Stottern nicht so auffassen, »sondern es ist, wie immer man es benennen oder betrachten mag, stets ein und dieselbe funktionelle Störung in zahlreichen Spielarten«. — *Grewel* (1955, S.277) sagt folgendes aus: »Beim Stottern ist es tatsächlich so, daß viele Sprechstörungen auf verschiedene Weise entstehen. Sie zeigen aber eine solche Übereinstimmung, daß man sie eben alle mit dem einen Namen, nämlich ‚Stottern‘ bezeichnet.« — Für die Gegenwart lassen wir *Schmidt* (1975, S.96) sprechen: »Nach dem heutigen Stande unseres Wissens gibt es nicht mehr *das Stottern*, sondern verschiedene Grundstörungen, die bewirken, daß der Sprechablauf nicht normal verlaufen kann.«

Eine sehr grobe Abgrenzung des Stotterns und der Stotterer selbst in zwei Gruppen wird in unserer Literatur oftmals gebracht. Aus der Vielzahl der Stimmen seien nur drei zitiert. *Steinig* (1955) teilt die Stotterer ein in die »psychische Gruppe« und in die »somatisch-neurotische Gruppe«. — *Beljakowa* (1977, S.83/84) bestätigt als »Ergebnisse ihrer Untersuchungen« die »Stotterer mit rein neurotischen Komponenten« und die »Stotterer mit diffusen organischen Komponenten«. — *Randt* (1958) unterscheidet nach charakterlichen Kriterien die Stotterer selbst in die Gehemmtten und Ungehemmtten, in die Introvertierten und Extravertierten (nach C. G. Jung).

Zwischen Stottern und Stottern können also große Unterschiede bestehen, und nicht jede gestotterte Redeunterbrechung zählt zu dem typischen, dem »genuinen Stottern«. *Arnold* (1959, S.641) versucht, das Stottern in folgende Formen einzugrenzen:

- Das physiologische Stottern im Kleinkindalter, hervorgerufen durch die sprachliche Unfertigkeit im dritten und vierten Lebensjahr.
- Das Entwicklungsstottern, oft unspezifisch vererbbar, entstehend auf dem Boden einer familiären Neuropathie. »Eine ähnliche seelische Disposition ist für die offenbar verwandten Zustände des Nachahmungsstotterns und des vorübergehenden Pubertätsstotterns anzunehmen.«
- Das spezifisch erblich bedingte und hirnpathologisch faßbare Polter-Stottern.
- Die ebenfalls hirnorganisch begründeten Fälle von symptomatischem Stottern im Verein mit dysarthrischen Zuständen.
- Das traumatische Stottern infolge des akut neurasthenischen Zusammenbruches der neuro-vegetativen Regulationen.
- Das hysterische Stottern, das vornehmlich bei Psychopathen anzutreffen ist.

Diese Aufgliederung ist ätiologisch vorgenommen, greift also auf die Verursachung des Stotterns zurück. *Arnold* sieht die Ursachen hauptsächlich im organischen Bereich, weshalb er auch von einer »vielfältigen Organneurose des Stotterns« spricht. Es wird eindeutig ersichtlich, daß die aufgeführten Stotterformen sehr verschiedene Grundstörungen haben. Wenn man nun von der Ursache her eine Krankheit behandeln will, so wird uns klar, daß für die einzelnen Stotterformen auch verschiedene Therapieformen einzusetzen sind. So verschieden die Stotterformen auch benannt sind, so finden wir doch immer in jedem Stottern zwei Hauptsymptome: Die Verspannung der Sprechmuskulatur, die bis zum Spasmus reichen kann, und die Stimmabbremmung bis -abschnürung, die sich im Glottisschluß äußert. Die Symptomatik kann sich annähernd gleichen, und das ist die Gegebenheit, die die Unterscheidung der einzelnen Formen erschwert.

Für unsere weiteren Untersuchungen schließen wir die extremen und seltener anzutreffenden Stotterformen aus und wenden uns dem am häufigsten vorkommenden Stottern zu, das wohl dem angeführten »Entwicklungsstottern« am nächsten steht. Der Name sagt es

aus, daß sich hier die Symptomatik weiterentwickelt. Jedoch auch dieses »typische«, uns sozusagen geläufige Stottern stellt keine einheitliche Störungsform dar und läßt sich in weitere Untergruppen aufgliedern.

Der Norweger *Preus* (1974, S. 77) stellt in seinem sehr beachtenswerten Beitrag die Frage: »Existieren echte Untergruppen bei den Stotternern, mit unterschiedlicher Ätiologie und unterschiedlichen Erscheinungsformen, die unterschiedlicher Therapie bedürfen?« — An anderer Stelle (1975, S. 53) referiert er: »Mein persönliches Interesse liegt auf dem Gebiet, die verschiedenen Erscheinungsbilder des Stotterns zu untersuchen. Ich glaube, daß eines Tages durch Differentialdiagnostik Stotterertypen unterschieden werden können, so daß gezieltere Hilfen möglich sein werden.« Er ruft auf, in der Forschung des Stotterns als wichtigste Frage die Differentialdiagnostik aufzunehmen. Ein Echo darauf ist meines Wissens im deutschen Raum noch nicht erfolgt. Er hat indessen mit seinem Aufruf nur allzurecht. Wir können unsere Erfolgsaussichten in der Therapie nur erhöhen und damit die gleicherweise vorgegebene Therapieresistenz verringern, wenn wir Ätiologie und Artzugehörigkeit des Stotterns erkannt haben und erst danach unsere Maßnahmen einsetzen.

Ich möchte dem Aufruf von *Preus* folgen und bringe aus meiner Sicht folgende Einteilung des möglichen sich entwickelnden Stotterns. Sie beruht auf eigenen praxisbezogenen Erfahrungen als auch auf theoretischen Überlegungen:

- Stottern auf hauptsächlich somatischer Grundursache bzw. neurovegetativen Ausfallserscheinungen beruhend; das sogenannte »hirnorganische Stottern«.
- Stottern auf hauptsächlich psychischen Ursachen aufbauend; das sogenannte »psycho-neurotische Stottern«.
- Stottern auf der Polterbasis aufbauend; das Stottern mit Polterkomponente. Diese Redeflußstörung gehört zum hirnorganischen Psychosyndrom mit dem Vorliegen einer »Sprachschwäche« (vgl. *Luchsinger* 1959). Diese Untergruppe ist recht häufig anzutreffen. *Weiss* (1950, S. 252) folgert sogar, daß »das Poltern den Ausgangspunkt der Mehrzahl der Stotterfälle darstellt«. Für unsere Themenstellung ist es erwähnenswert, daß bei einer Behandlung das Stottern beseitigt werden kann, wogegen die Polterkomponente meist resistent bleibt.
- Stottern durch gleichwertige somatische und psychische Ursachen bedingt; das physisch-psychische Stottern aus einem Entwicklungsprozeß. Dies ist wohl die am häufigsten anzutreffende Untergruppe im Schulalter. Dazu ist zu bemerken, daß die psychischen Ursachen primär sein können, sich aber auch mit der Entwicklung der Redeflußstörung sekundär eingestellt haben.
- Stottern aus gelernter und konditionierter falscher Sprechtechnik; das schwere Stottern aus dem falsch eingefahrenen motorischen Sprechvollzug. In der Weiterentwicklung und Vertiefung der falschen Sprechtechnik kann es bis zur schwersten Symptomatik im Jugendalter kommen. Die Ursachen, die das Stottern im Vorschulalter ausgelöst und aufrechterhalten haben, sind inzwischen längst abgebaut, rechtfertigen also in keiner Weise die Schwere der Symptome, auch die hinzugekommenen psychischen Störmomente können dafür nicht verantwortlich gemacht werden. Die gelernte Symptomatik verliert sich nicht von selbst, weil sie inzwischen zum fest eingefahrenen Reflexmechanismus geworden ist.
- Stottern in der Erregungssituation bei bestehender »Sprachschwäche«; das Stottern aus gestörter Diktion. Die Erregung drängt zum schnellen Sprechen, dabei bestehen aber Wortfindungs- und Satzgestaltungsschwierigkeiten. Die Störung der inneren Sprachausformung ist ein Mißverhältnis zwischen Denken und Sprechenwollen, das sich noch bis ins erste Jugendalter bemerkbar machen kann. In der weiteren Differenzierung können hier das sogenannte »Verlegenheitsstottern« als auch das »Prüfungsstottern« eingegliedert werden.

- Stottern bei älteren Schülern und Jugendlichen hauptsächlich durch Sprech Angst oder/ und die kritische Selbstkontrolle des Sprechablaufs mit der Vorausschau von »schweren Lauten« bedingt. Mit der Weiterentwicklung des Stotterns hat sich eine völlig eigenständige Störungsform eingefunden, die im rein psychischen Bereich liegt und mit den früheren Ursachen in keiner Beziehung mehr steht.
- Stottern aus einer Kontaktabwehr. Es tritt nur bei einem bestimmten Personenkreis oder gar nur bei einer Einzelperson oder in besonders speziellen Situationen auf. Wir können in diesen Fällen von einem neurotischen Stottern der Kontaktverweigerung sprechen. Dahinter steht immer eine größere Selbstunsicherheit. Der Sprachgestörte hat eine starke negative Abneigung zur sprachlichen Kommunikation ihm verhaßter oder unsympathischer Personen. Bei jüngeren Kindern geht die Symptomatik gern in eine Sprachverweigerung über. Zu erwähnen ist, daß bei Kontaktfreudigkeit meist völlig fließend gesprochen wird.
- Stottern, ohne zu stottern; das sogenannte »innere Stottern« (vgl. Freund 1934). Diese Störungsform kommt nur bei jugendlichen und erwachsenen Personen vor, die in ihrer Kindheit gestottert haben. Sie haben gelernt, mit kleinen Symptomen zu jonglieren oder ihre Symptome weitgehendst zu verbergen, währenddessen sie innerlich vor ihnen zittern. Bei diesem Personenkreis ist die Leidensform des Stotterns erhalten geblieben, die nun die mögliche gestörte Sprechweise dem Bewußtsein stets nahebringt.

Wahrscheinlich läßt sich unser gewähltes Komplexstottern auch anders untergliedern oder gar noch in der Gliederung erweitern. Eine strenge Abgrenzung dieser Untergruppen ist natürlich nicht möglich, weil sich die eine aus der anderen entwickeln oder eine in die andere übergehen kann und sich zwei oder gar drei Gruppen mit verschiedenem Intensitätsgrad koppeln können. Zum Beispiel kann zur konditionierten falschen Sprechtechnik die kritische Selbstkontrolle des Sprechablaufs dazukommen, wodurch die Symptomatik sehr stark psychisch gestützt wird und die Sprachstörung eine Verfestigung erhält. So gesehen, wird das ursprüngliche Stottern im Vorschulalter bis zum Jugendalter verschiedene Formen durchlaufen haben. Zur Weiterentwicklung des Stotterns sei auch auf folgendes verwiesen: Wenn wir die einzelnen Untergruppen in ihrer Struktur analysieren würden, so finden wir einen Trend zur größer werdenden psychischen Überlagerung der Sprachstörung und somit auch zu einer stärkeren Neurotisierung des Stotternden selbst, besonders im Jugendalter. Und gerade diese Neurotisierung trägt zur Resistenz des Stotterns im Jugendalter bei. Es muß auch erwähnt werden, daß reine somatische und reine psychische Stotterfälle im Schulalter wohl selten vorkommen. Im allgemeinen wird wohl das Stottern in diesem Alter schon mehr oder minder psychisch-somatisch verflochten sein.

Es ließen sich viele Merkmale und Anhaltspunkte zur Diagnostizierung einer jeweiligen Untergruppe und die wichtigsten Kriterien einer danach erforderlichen Therapie anführen, doch das würde den Rahmen dieses Beitrages überschreiten. Zur angestrebten Differentialdiagnostik sagt Preus (1980, S. 69) folgendes aus: »Es ist zu hoffen, daß es auf der Grundlage eines diagnostischen Programms möglich sein wird, eine neue Aufteilung der Stotterer in Behandlungsgruppen vorzunehmen und für diese Gruppen neue Therapiemethoden auszuarbeiten, bzw. diese Untergruppen zumindest einer der vorhandenen Methoden zuzuordnen, die für sie am besten geeignet zu sein scheint. Auf diese Weise könnte es möglich sein, die Zahl der therapieresistenten Stotterer zu verringern.«

Zu 2. Die Behandlung

Die jeweilige Untergruppe eines uns vorgestellten Stotternden läßt sich aus einer sorgfältig erhobenen Anamnese, den gezeigten Verhaltensweisen und der Symptomatik bestimmen. Zur Durchführung der Anamnese benötigen wir viel Zeit und einen brauchbaren Fragebogen (vgl. Hess 1959, Iwert 1968). Es stellen sich die Fragen, ob jeder Therapeut einen solchen umfangreichen Fragekatalog zur Hand hat, ob er sich genügend Zeit nimmt und ob die

Eltern oder der Stotternde selbst ausreichende Angaben machen können. Dazu kommt, ob nun auch der Therapeut das Gespür hat, aus den Angaben, den Verhaltensweisen und der Symptomatik den Stotternden in eine der Untergruppen richtig einzuordnen. Es ist auch möglich, daß zunächst eine Vermutung verbucht wird, die erst im Laufe der Behandlung berichtigt und ergänzt werden kann. Es schälen sich weitere Merkmale heraus, und es kommen neue Erkenntnisse hinzu, so daß der Therapeut etwa erst in der Mitte der Behandlung ein genaues Bild seines Klienten zeichnen kann.

Wir haben bereits entnommen, daß es für eine anzusetzende Behandlung unbedingt erforderlich ist, die derzeitige gezeigte Stotterform diagnostisch einzugrenzen. Erst danach können wir die Therapieansätze planen und den Gesamtbehandlungsweg vorerst festlegen. Für jede der Untergruppen läßt sich ein annähernd eigenes Behandlungsprogramm aufstellen. Die Fragen, wo hauptsächlich Übungsbehandlung, wo hauptsächlich Psychotherapie und wo beide gleichwertig erforderlich sind, dürften nach der Einordnung nicht schwer zu beantworten sein. Meist wird es wohl sein, daß sich Übungsbehandlung und Psychotherapie beiderseits ergänzen müssen. Bei schwerem Stottern kann die Psychotherapie vorerst keine Hilfe bringen. Hier muß erst mittels der Übungsbehandlung die Symptomatik innerhalb des Therapieraumes völlig abgebaut werden. Die dann trotzdem verbleibenden, das Situationsprechen begleitenden negativen Gefühle werden hernach mit psychotherapeutischen Maßnahmen angegangen.

Greifen wir zur Veranschaulichung eines Behandlungsprogramms die an fünfter Stelle stehende Untergruppe heraus, das angeblich sehr schwere Stottern. Hier kommt die Sprachübungsbehandlung zum vollen Einsatz (vgl. *Wertenbroch 1978, Richter und Wertenbroch 1979*). Der Stotternde muß unbedingt die neue und erleichternde Sprechtechnik kennenlernen, mit der er symptomfrei sprechen kann; und dann gilt es, diese zu üben, üben und nochmals zu üben. Was jahrelang falsch konditioniert worden ist, soll nun möglichst in kürzester Zeit zurückgeholt werden. Aus der Symptomatik sind die Schwerpunkte zu erkennen, wo zuerst anzusetzen und was besonders zu üben ist. Das geübte Ohr des Therapeuten wird die Symptome in ihrer Wertigkeit erfassen und kann danach die Übungsfolgen festlegen. »Es ist für den Fachpädagogen wichtig zu wissen, ob die Verspannungen mehr im Funktionskreis 1 (Artikulationszonen im Mundraum) oder im Funktionskreis 2 (Kehlkopfgebiet) auftreten« (*Brankel 1963, S. 130*). In einer rationalen Übungsbehandlung möchte jeder Leerlauf vermieden werden, um Zeitverluste auszuschließen; z. B. nur dort Entspannungsübungen, wo sie erforderlich sind. Es wird also nicht ein beliebiges oder vorgegebenes Übungsprogramm abgewickelt, sondern es soll gezielt nach der vorliegenden Differentialdiagnostik geübt werden.

Schon in diese Übungsbehandlung müssen zur Unterstützung psychotherapeutische Elemente eingebaut werden. Gegen Ende der Behandlung ist die psychotherapeutische Betreuung weiter auszubauen; es werden Anstöße zur eigenen Verhaltensänderung und psychischen Umerziehung gegeben. Überdies werden sich mit Besserung des Sprechens die sekundär entstandenen psychischen Störmomente mehr und mehr von allein auflösen. Zur Beeinflussung des sehr wichtigen und wohl auch immer teilhabenden somatisch-nervlichen Faktors sind Roborantia zur Kräftigung des Nervensystems empfehlenswert, und dringend erforderlich ist auch ein ausreichender Schlaf.

Die Schwere der äußeren Symptomatik darf nicht mit der Resistenz in eine Relation gebracht werden. Ein angeblich schweres Stottern mit Verrenkungen der Gliedmaßen und Aufreißen des Mundes, wie es uns in der soeben genannten Gruppe demonstriert werden kann, ist oft leichter zum störungsfreien Sprechen zurückzuführen als ein rein psychisch bedingtes Stottern mit geringer Symptomatik. Sind die Sprechtechnik sehr in eine Fehlfunktion abgewichen und die Symptome fest eingeschliffen worden, so setzen wir dagegen den Zeitfaktor ein. Der Stotternde hat dann eben intensiver und eine längere Zeitspanne zu

üben, um wieder in die normale Sprechtechnik zurückzufinden und diese festzumachen. Das heißt jedoch, und hier steht ein großes Fragezeichen, wenn er die nötige Motivation aufbringt und beharrlich bleibt.

Bei *Nadoleczny* (1926, S. 121) ist zu lesen: »Die Behandlung des Stotterns gehört begreiflicherweise zu den schwierigsten Aufgaben der Sprachheilkunde und kann der breiten Grundlage der gesamten Heilkunde, namentlich der Psychopathologie, am allerwenigsten entraten. Denn ohne eine ärztliche und erzieherische Behandlung, die dem Charakter sowie allen nervösen und körperlichen Schwächen und Krankheiten Stotternder Rechnung trägt, ferner Ursachen und Entstehung jedes einzelnen Falles berücksichtigt, ist die Übungsbehandlung oft machtlos. Häufig wird das vergessen, und die Handlungs- sowie Behandlungsweise vieler Heillehrer ist von dem geistigen Kurzschuß: ‚Stottern — Übungsbehandlung‘ beherrscht.«

Damit wies *Nadoleczny* schon damals auf die Differentialdiagnose des Einzelfalles hin, griff indirekt die Therapeuten (Heillehrer) an, und als nächstes kritisierte er, daß alle Stotterfälle, wie sie auch lagen, mit der festgelegten Übungsbehandlung, wohl meist eine Schattenmethode nach A. *Gutzmann* (1879 bis 1954), therapiert wurden. Und nun eine sehr provokatorische Frage: Besteht dieser »geistige Kurzschuß« heute nach über 50 Jahren nicht immer noch? Legen sich nicht die meisten Therapeuten von vornherein auf »ihre Methode« fest, die sie sich aus der hervorgegangenen Schule und ihren eigenen Anschauungen zusammengestellt haben und mit der sie nun jeden Stotterer gleich behandeln? Es ist schon des öfteren berichtet worden, daß eine durchgeführte Therapie erfolglos blieb, während die nächste Behandlung bei einem anderen Therapeuten mit seiner Methode sehr erfolgreich verlief. Die Änderung der Methode wird jedoch nicht die einzige Erklärung dafür sein, daß ein Mißerfolg in einen Erfolg umschlägt, es treten wahrscheinlich noch andere Momente dazu. Aber es ist unsere feste Überzeugung, daß nicht jede Methode für jeden Stotterer geeignet ist und daß jede Stotterer-Untergruppe ihre spezielle Therapieform braucht.

Zu 3. Der Therapeut

In diesem Bereich suchen wir die Schuld für das resistent bleibende Stottern beim Behandelnden. Wir schließen den Mediziner und Psychologen als möglichen Mitbehandelnden aus und sehen nur den Sprachheillehrer, Logopäden oder Sprachheilpädagogen, wie er sich nach seiner Ausbildung nennen mag, möchten aber das Wort »Therapeut« als Oberbegriff beibehalten. In den folgenden Ausführungen können wir das Urteil »nicht schuldig«, aber auch »schuldig« fällen.

Aus den bisherigen Abhandlungen können wir entnehmen, daß Ätiologie und Pathogenese des Stotterns insgesamt gesehen doch recht kompliziert gelagert sind. Unsere geforderte Differentialdiagnostik zu Stotter-Untergruppen setzt eine sehr genaue Kenntnis der Struktur, Wesenserscheinung und Symptomatik des Stotterns voraus. Das wiederum erfordert ein sehr intensives Studium der Sprachstörung Stottern mit seinen Randgebieten und wohl auch langjährige Erfahrungswerte. Es stellen sich hier die Fragen, ob diese Voraussetzung bei den allgemein tätigen Therapeuten in Schule und Ambulanz gegeben ist und ob wir die Forderung der Differentialdiagnostik unter den gegenwärtigen Verhältnissen erheben können. Wir müssen wohl verneinen, denn wahrscheinlich ist vorerst, ohne ausführliche Erkennungsskala, nur der Stotterer-Spezialist befähigt, jene Abgrenzungen vorzunehmen und danach die Therapie zu bestimmen.

Wir stellen die weitere Frage, ob eine solche Spezialisierung vom Therapeuten, der in der Schule oder Ambulanz arbeitet, überhaupt verlangt werden kann. Dazu ist zuerst die Ausbildung zu streifen. In der DDR erhält der Lehrer nach bereits bewährtem Schuleinsatz im zweijährigen Zusatzstudium die Ausbildung für Sprach- und Stimmstörungen. Man greife zum dicken »Lehrbuch über Sprach- und Stimmstörungen« von *Luchsinger* und *Arnold* (1959), um erahnen zu können, welche Vielseitigkeit in beiden Störungskomplexen

steckt. Es ist unmöglich für den einzelnen, in beiden Disziplinen über ein gutes Allgemeinwissen hinauszukommen. In der Bundesrepublik erfolgt die Ausbildung gar für zwei verschiedene Sonderschulen, was noch schlimmer ist. Bei der Vielzahl der zu vermittelnden Lehrstoffe kann natürlich auch das Stottern nur kurz abgehandelt werden, jedenfalls nicht so, daß es für eine spätere Therapietätigkeit ausreichend wäre.

Für die Praxis werden immer spezifischere Kenntnisse verlangt, als sie in der Ausbildung mitgegeben werden können. Daher folgt nach der Ausbildung die Weiterbildung in Eigeninitiative. Dazu ist allerdings viel Zeit und Interesse erforderlich. Welcher Sprachstörung wird der jetzt im Einsatz Tätige sich besonders zuwenden? Erfahrungsgemäß wenden sich die jungen Therapeuten dem Stammeln zu, das leicht zu erfassen, gut zu übersehen und stets mit Erfolg zu behandeln ist; es bringt in der Behandlung keine Enttäuschung. Es wird also nicht allzuoft das Stottern sein, das beim Therapeuten ein besonderes Interesse erweckt, worin er sich weiterbildet und viel Literatur zu studieren hätte. Zu fragen wäre auch, ob der tätige Therapeut noch über soviel Zeit verfügt, um sich sehr intensiv zum Spezialisten weiterbilden zu können.

Zur theoretischen Weiterbildung müssen die praktischen Erfahrungswerte dazutreten, um unserer vorgeschlagenen differenzierten Therapie gerecht zu werden. Wer aber nicht viel mit Stottern zu tun hat, der Behandlung des Stotterns möglichst ausweicht oder nur nebenberuflich gelegentlich Stotternde ambulant behandelt, wird nicht allzu viele Erfahrungswerte sammeln können. Man lernt das Stottern und den Stotternden nicht nur aus Büchern kennen, man muß auch praktischen Umgang mit ihnen haben. Es darf nun nicht als Vorwurf gegen die Therapeuten angesehen werden, wenn wir feststellen, daß die Therapie des Stotterns im allgemeinen gesehen doch noch recht im argen liegt. Somit darf es auch nicht verwundern, wenn die resistenten Fälle noch so hoch liegen. Und wieder eine Frage: Wie ist aus diesem Dilemma herauszukommen?

Wer sich mit der Literatur über Stottern näher befaßt, ist einerseits erstaunt darüber, in wieviel andere Wissensgebiete die Pathologie des Stotterns hineinreicht, und andererseits darüber, aus welchen verschiedenen Richtungen die Therapieansätze erfolgen können. Wir dürfen behaupten, daß das Studium des Stotterns derzeit ein Wissens- und Forschungsgebiet für sich ist und den Therapeuten völlig ausfüllen kann. Von einem Therapeuten, der alle Sprachstörungen zu behandeln und der nun gar auch noch Stimmstörungen zu übernehmen hat, kann nicht die genaue Kenntnis aller Störungen und ihrer Therapie verlangt werden, das ist vom einzelnen kaum zu beherrschen. Die einzige Alternative wäre der Übergang zum Spezialistentum. *Van Riper*, ein spezifischer Kenner des Stotterns in den USA, empfiehlt, »ausgesprochen kompetente Spezialisten auf dem Gebiet des Stotterns auszubilden« (bei *Fouts* zitiert, 1980, S. 58). Damit wäre die genauere Kenntnis und eine angemessene Therapie des Stotterns gesicherter, und die resistenten Fälle würden erheblich vermindert werden.

Es muß leider auch kritisiert werden, daß so mancher Therapeut die Behandlung der Stotternden nicht ernst genug nimmt oder sie gar leichtfertig betreibt. Ich weiß, daß ich hier ein sehr unbequemes Thema anschneide und eine Entrüstung auslösen kann. Aber auch dieser Punkt muß erörtert werden, wollen wir die Frage der Therapieresistenz gründlich abhandeln. Seien wir ehrlich zu uns selbst, und es überprüfe sich jeder, ob er ernsthaft bemüht ist, mit seinem ganzen Können und Wissen dem Stotternden zu helfen. Es wäre falsch, von vornherein eine Behandlung aufzunehmen mit der sich selbst gegebenen Aussage: »Es hilft ja doch nichts!« Bei einer solchen Einstellung wird man freilich sein Bemühen nur oberflächlich betreiben.

Wir müssen leider tatsächlich fragen, ob sich nicht manch ein Therapeut die Behandlung des Stotterns allzu leicht macht. Beispielsweise sehe ich wenig Therapiegewinn darin, wenn mit vier stotternden Einschulungskindern 25 Minuten lang Domino gespielt wird, der-

weil die Mütter im Wartezimmer bleiben müssen. War es Unkenntnis, oder war es Bequemlichkeit, nur um eben etwas mit den Kindern zu tun? Ich sehe auch wenig Sinn darin, wenn sich die Jungen auf der Matte rumkugeln, sich gegenseitig abschleppen oder nach Tamburinschlägen im Kreis herumhüpfen. Es gibt eine Menge Randübungen, die als Therapiemittel im Sprachheilkindergarten sehr zu empfehlen sind, die aber bei Schulkindern an der Verursachung der Symptomatik völlig vorbeigehen, also fehl am Platze sind. Ich sehe auch wenig Gewinn, wenn ein Schwerstotternder sogleich mit Leseübungen und Nacherzählungen beginnen muß, ohne zuvor die erleichternde Sprechtechnik erfahren zu haben. Es ließen sich mehrere Beispiele anführen, daß heute noch in Beiträgen unserer Fachzeitschriften recht primitive Mittel oder sogenannte Therapiehilfen angepriesen werden, mit denen gegen die so überaus kompliziert und hartnäckig gelagerte Sprachstörung Stottern angegangen werden soll (vgl. Meckle 1976). Wir fragen uns, ob bei solchem empfohlenen Vorgehen das Stottern in seiner Gesamtheit nicht gar zu einfach gesehen wird oder von ihm ein völlig verzerrtes Bild besteht?

Es ließen sich als Ursachen für das resistente Stottern noch mehr Fakten anführen, wollten wir das Thema voll ausschöpfen. Es könnten noch folgende Themen angeschnitten und diskutiert werden:

- Die zu einseitigen Behandlungsmethoden,
- die Frage der Einzel- oder Gruppenbehandlung,
- der Zeitfaktor einer Behandlung,
- die Zusammensetzung der Schüler in der Schule für Sprachbehinderte.

Zum letzteren Thema sei vermerkt, daß die Sprachheilschule für Stotterer, so wie sie sich *Rothe* (1925) vorgestellt hat, im Aspekt unserer Ausführungen problematisch geworden ist.

Literatur

- Arnold, G. E.: Die Sprache und ihre Störungen. In: Luchsinger und Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, 2. Aufl. Wien 1959.
- Beljakowa, L. I.: Zur Frage nach den pathophysiologischen Mechanismen des Stotterns. In: Becker, Wlassowa u. a.: Stottern. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1977.
- Brankel, O.: Differentialdiagnostik im Hinblick auf Ausrichtung und Grenzen der Therapie. In: Tagungsbericht Hildesheim »Akustische und motorische Probleme bei der Sprach- und Stimmbehandlung«. Hamburg 1963, S. 129—135.
- Fouts, A. P.: Der Standpunkt van Ripers zur Therapie bei kleinen Kindern im Initialstadium des Stotterns. In: Becker und Elstner: Störungen des Redeflusses. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1980, S. 56—64.
- Freund, H.: Über inneres Stottern, Ztschr. f. ges. Neurologie und Psychiatrie 151 (1934) S. 585—598.
- Grewel, F.: Neue Anschauungen über das Stotterproblem. Ztschr. für Heilpädagogik 6 (1955) S. 276—285.
- Gutzmann, A.: Übungsbuch für stotternde Schüler, 1. Aufl. Berlin 1879, 21. und 22. Aufl. Hannover 1954.
- Hess, M.: Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Fribourg/Schweiz 1959.
- Hood, St. B. (Hrsg.): An einen Stotterer. Verlag der Stotterer-Selbsthilfe e. V., Düsseldorf 1978.
- Iwert, H.: Das Störungsumfeld des Stotterers. Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 17 (1968) S. 251—257.
- Luchsinger, R.: Stottern, Phonetica 3 (1959) S. 183—189.
- Meckle, H.: Darstellung einer Stottererbehandlung nach Wort- oder Silbengruppen mit Hilfe des Taktell-Metronoms. Folia phoniata 28 (1976) S. 271/272.
- Nadoleczny, M.: Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde. Verlag F. C. Vogel, Leipzig 1926.
- Nadoleczny, M.: Über das Stottern. Archiv für Psychiatrie 82 (1927) S. 235—244.
- Nadoleczny, M.: Schicksal und Verhalten der Stotterer im bürgerlichen Leben. In: Bericht der 2. Vers. Dtsch. Ges. f. Sprach- und Stimmheilkunde. Kabitzsch Leipzig 1929, S. 79—84.
- Preus, A.: Prinzipien der Stottertherapie nach van Riper. Die Sprachheilarbeit 19 (1974) S. 69—85.
- Preus, A.: Zur Behandlung von Stotterern in Norwegen. In: Tagungsbericht Kiel »Stottern — Poltern«, Hamburg 1975, S. 41—53.

- Preus, A.: Ein differenziertes Herangehen an die Therapie des Stotterns. In: Becker und Elstner: Störungen des Redeflusses. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1980, S. 64—69.
- Randt, G.: Die Sprachheilschule. Ztschr. f. Heilpädagogik 9 (1958) S. 139—145.
- Richter, E.: Kritische Überlegungen zu den mangelnden Heilerfolgen in der Behandlung des Stotterns. Ztschr. für Heilpädagogik 23 (1972) S. 863—876.
- Richter, E.: Die Problematik des jugendlichen Stotterers. Ztschr. für Heilpädagogik 27 (1976) S. 736—746.
- Richter, E.: Ist die Heilung des Stotterns vom Zufall abhängig? Die Sprachheilarbeit 24 (1979) S. 1—12.
- Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg-Bergedorf 1979.
- Rothe, K. C.: Das Stottern, die assoziative Aphasie und ihre heilpädagogische Behandlung. Wien 1925.
- Schmidt, H.: Grundformen von Sprechablaufstörungen und ihre Behandlungskriterien. In: Tagungsbericht Kiel »Stottern — Poltern«, Hamburg 1975, S. 85—96.
- Steinig, K.: Stationäre Behandlung stotternder Kinder. Neue Blätter für Taubstummensbildung 9 (1955) S. 267—273.
- Weiss, D. A.: Der Zusammenhang zwischen Poltern und Stottern. Folia phoniat. 2 (1950) S. 252—261.
- Wertenbroch, W.: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns nach der Methode von Erwin Richter. Hamburg-Bergedorf 1978.

Anschrift des Verfassers:

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

Rolf Bindel, Kaiserslautern

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, S. 335—340

Stottern als Verdeckungssyndrom und seine Therapie im Vorschulalter*

Zusammenfassung

Stottern ist ein Syndrom sprechmotorischer und psychischer Symptome, das verschiedene Stadien der Schwere erreichen kann. Therapieziel ist die Verminderung innerer und äußerer Ansprüche an perfektes Sprechen und die Rückführung des Stotterns in spannungsfreieres Sprechen.

1. Problemstellung

Normalerweise entsteht Stottern im Alter von drei bis sechs Jahren und kann für das ganze weitere Leben auf tragische Weise gestaltungsbestimmend sein. Wie bei jeder Therapie wäre es sicherlich am günstigsten, unmittelbar zum Zeitpunkt des Entstehens mit wirksamen Maßnahmen eingreifen zu können. So ist das Stottern bei Erwachsenen nur schwer heilbar. Eine Sprechtherapie im Vorschulalter steht jedoch vor besonderen Schwierigkeiten:

- Sprechunregelmäßigkeiten treten mehr oder weniger bei allen Vorschulkindern einmal auf, so daß es viele diagnostische Grenzfälle geben wird und die Erfahrung zeigt, daß in vielen Fällen diese Störungen ohne Sprechtherapie vergehen (*Bloodstein* 1969). Ungeklärt ist dabei dennoch, ob es sich in solchen Fällen nach Art und Quantität um wirkliches Stottern handelt und ob wirkliches Stottern nicht doch günstigerweise gleich zu seinem Entstehungszeitpunkt hätte therapiert werden müssen.
- Die Sprechtherapie des Vorschulkindes muß auf weitgehend indirekte Weise erfolgen (*Boberg* und *Calder* 1977; *Raj* 1976). Dies bedeutet: Das Kind soll nicht um das Ziel der Therapie wissen, denn jeder Anspruch an korrektes Sprechen führt zu mehr Selbstbeobachtung, erhöht die Furcht vor einem Sprechfehler, behindert den spontanen Redefluß und führt effektiv zu mehr Sprechfehlern.

*) Vortrag gehalten anlässlich der 3. Tagung für Kinder- und Jugendpsychotherapie des Bildungswerks des Berufsverbandes Deutscher Psychologen, München, 28. Mai 1980.

Aus amerikanischer Sicht wird die europäische Stotterertherapie mit der Wertlegung auf artikulatorisch korrektes Sprechen als zu direkt und damit als ungünstig beurteilt. Im Vordergrund der Bemühungen sollen Erziehungsmaßnahmen mit dem Ziel einer Erhöhung des Selbstwertgefühles beim sprechbehinderten Kind stehen (*Dalton und Hardcastle 1977*).

Im folgenden soll eine Therapie vorgestellt werden, die Stottern als ein Kommunikationsproblem ansieht und in dieser Hinsicht auf spezifische Weise eingreifen will. Die Prinzipien entstammen zum großen Teil aus der Therapie Erwachsener, denn ungelöste Sprechprobleme des Kindes haben zu den resistenten Symptomen des Erwachsenen geführt. Die Besonderheit des vorzustellenden Modells liegt in der Beobachtung von Stottern als eine Symptomfolge aus zunehmend mehr untauglichen Korrekturversuchen beim Sprechen. In dieser Hinsicht kann die Vielfalt der seh- und hörbaren Stottersymptome auf einen einheitlich wirkenden Operationsmechanismus zurückgeführt werden. Zu unterscheiden ist einmal zwischen den sprechmotorischen Symptomen und den psychischen Symptomen, jeweils aus drei Stufen bestehend, die je nach Schwere der Behinderung durchlaufen werden. Die Therapieziele und Maßnahmen sind auf jeder Stufe unterschiedlich. Zunächst erfolgt die Darstellung der Therapie der sprechmotorischen Symptome, die jedoch in Realität gleichzeitig zur Therapie der psychischen Symptome erfolgen muß (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Stottersymptome und ihre Therapie im Vorschulalter

sprechmotorische Symptome des Stotterns			
	①	②	③
Symptome	Stotterns als Entstehungssymptom (Sprechdyskoordination)	Stottervermeidungssymptome (spannungsvolles Sprechen)	Stotterverlagerungssymptome (Spannungsverlagerungen)
Therapieziele	Vokaldehnung Ermutigung zur Sprechverlangsamung	Wortanfangsverlängerungen Ermutigung zu spannungslosem Stottern	Blockierungsverlängerungen Ermutigung zum Blockieren
Maßnahmen	Lernen am Modell Übungen mit dem Sprachtherapeuten		
psychische Symptome des Stotterns			
	①	②	③
Symptome	interpersonelle Sprechangst	intrapersonelle Sprechangst	soziale Vermeidungsangst
Therapieziel	spannungsloses Sprechen	Toleranz gegenüber eigenen Sprechschwierigkeiten	Nichtbewußtwerdung
Maßnahmen	akzeptierende Aufmerksamkeit	Bestätigung	Kontaktsteuerung

Im Vordergrund der Ausführungen steht eine mehr theoretische Systematisierung, die nicht die Komplexität und Variabilität der praktischen Therapie wiedergeben kann.

2. Therapie der sprechmotorischen Symptome des Stotterns

2.1. Entstehungssymptome und ihre Therapie

Die Entstehungssymptome des Stotterns erscheinen in einer Streßsituation als Dyskoordination der Elemente der Sprechfunktion (Atmung, Artikulation, Vokalisation, Wortwahl, Satzplanung) und betreffen die Sprechanfänge (*Dalton und Hardcastle*). Die Symptome entstehen plötzlich und bilden sich allmählich zurück, wenn keine gewaltsamen Kompensa-

tionsversuche erfolgen. Insbesondere Korrekturversuche und Korrekturerwartungen durch die Eltern können sich ungünstig auswirken.

Symptombeispiele: Am häufigsten treten Wiederholungen von Anfangssilben auf (ka-ka-ka-kann ich das haben; da-da-da-das ha-ha-ha-haben wir auch), unter Umständen auch Blockierungen im Hals (... ich gehe).

Therapieziel ist ein entspanntes Sprechen ohne gewaltsame Versuche, schneller und besser zu sprechen. Ohne solche Kompensationsversuche ist zu erwarten, daß sich die Sprechdyskoordination aufgrund des akustischen Feedbacks zurückbildet.

Therapiemaßnahmen: Notwendig ist die völlige Toleranz gegenüber den Sprechfehlern des Kindes. Zusätzlich kann eine völlig indirekte Sprechtherapie entsprechend dem Prinzip des Lernens am Modell durchgeführt werden:

Da die Normalsprache ein zu diskrepantes Modell für die stotternde Sprechweise des Kindes darstellt, können der Therapeut oder die Erzieherpersonen bei Wortanfangssilben Vokalverlängerungen einfügen, um so eine Sprechberuhigung beim Kind anzuregen. Beispielsweise »Waaaaas siehst du an der Wand?« oder »Jaaaaa, daaaaaas haben wir auch«. Nach einiger Zeit übernimmt das Kind diese Sprechweise in seine Rede, und nach einer weiteren Zeit kann sich auch diese Dehnung auflösen (aus gegegegegelt wird gegeeelt und dann geelt). Mit dem älteren Kind (fünf bis sechs Jahre) kann eine direktere Therapie als Übungen nur mit dem Therapeuten durchgeführt werden. Zum Beispiel: »Wir ziehen Wörter ganz lang: iiiiiich, lllliigel, Waaaaaasser, waaaaaaschen« (Worttypen, die vorher als sprachauffällig beobachtet wurden).

2.2. Stottervermeidungssymptome und ihre Therapie

Wenn das Kind Ansprüche an besseres Sprechen erlebt, entstehen Stottervermeidungssymptome. Mit mehr Anspannung bei den Artikulationsbewegungen soll unmittelbar eine perfekte Lautbildung produziert werden. Aus dem Versuch, für die Umwelt akustisch unauffälliger zu sprechen, wird eine Sprechweise mit krampfhaften isometrischen Kontraktionen (Platt und Basili 1973; Conture et al. 1977; Perkins et al. 1976).

Symptombeispiele: Verspannungen können die drei Artikulationsorte betreffen: Bei einer ersten Gruppe von Lauten (b, f, m, p, w) handelt es sich um Blockierungen im Bereich der Lippen, bei einer zweiten Gruppe von Lauten (d, j, l, n, s, t, z) handelt es sich um Blockierungen der Zunge gegen die Vorderzähne des Oberkiefers, und bei einer dritten Gruppe von Lauten (g, h, k, r und allen Vokalen) handelt es sich um Blockierungen im Bereich der Zungenwurzel und des Halses. Jeweils Wortanfänge sind betroffen.

Therapieziel ist, die motorischen reflexhaften Verspannungen wieder unter eine bewußte Kontrolle zu bringen. Dabei soll zunächst nicht korrektes Sprechen, sondern die Rückführung in die spannungslosere Phase der Entstehungssymptome mit Versprechern, Anfangswiederholungen und Vokaldehnungen, erreicht werden.

Therapiemaßnahmen. Hauptsächliche Maßnahme ist eine Elterninformation mit dem Ziel, daß »auffälliges« Wiederholungsstottern oder Korrekturversuche an Wortanfängen günstiger für die Rückbildung des Stotterns sind, weil spannungsloser, als ein »gewaltsames« und scheinbar korrektes Sprechen. Weiter kann in dieser Phase entsprechend dem Prinzip des Lernens am Modell eine ausschließliche Anfangsverlängerung mit ruhiger Exhalation (— — —) erfolgreich sein. Zum Beispiel: b—b—b—ringst du mir das, w—w—w—eißt du, wo das Buch ist? — — — ich esse das, — — — auf einmal. Auf ähnliche Weise kann auch in einer direkteren Therapie in Übungen nur mit dem Therapeuten verfahren werden.

2.3. Stotterverlagerungssymptome

Stotterverlagerungssymptome stellen eine weitere Steigerung der Versuche dar, Sprechschwierigkeiten zu verdecken. Wenn Blockierungen in der sozialen Interaktion als unange-

nehm erlebt und mit einer Vermeidungsangst belegt werden, wird die Blockierung der Stottervermeidungssymptome an ihrem ursprünglichen Ort weggenommen, an eine andere Stelle verlagert oder mit einem Trick umgangen. Hauptsächlich solche Stotterverlagerungssymptome machen das Erscheinungsbild des Stotterns so uneinheitlich. Die Symptome haben keinen Bezug zum Artikulationsort mehr.

Symptombeispiele:

- Abstoppen der Rede, wobei in einer Verspannung die Lautbildung nicht fortgesetzt wird.
- Spannungsverlagerungen der ursprünglichen Blockierungen regelmäßig in den Hals (hörbar als »eh«) oder in die Kiefermuskulatur (sichtbar als Kinnvibrationen).
- Körpermitbewegungen, die automatisiert und spannungsvoll ablaufen (Kopfbewegungen, Armbewegungen).
- Wortersetzungen gefürchteter Wörter durch »leichtere« Wörter. Mit zunehmender Anzahl von Mißerfolgen können immer komplexere Ersetzungsstrategien notwendig werden.
- Inhalation bei einer Blockierung, allerdings besteht das Blockierungsrisiko bei der erneuten Wortaussprache weiter.

Therapieziel ist die Rückführung der Stotterverlagerungssymptome in die Stottervermeidungssymptome und deren Rückführung in die spannungslosen Stottersymptome.

Therapiemaßnahmen: Wesentlich ist die Erziehereinstellung, die dem Kind eine Chance zu Sprachkorrekturen einschließlich notwendiger Blockierungen gewährt. Wortanfangsverlängerungen können dem Prinzip des Lernens am Modell entsprechen; Übungen mit dem Therapeuten dürften zur weiteren Korrektur angemessen sein. Zu solchen Übungen gehören je nach Symptombild spielerische Blockierungen (!) (länger mit einer leichten Anspannung stehen bleiben: B!!!all, W!!!asser), Vokalexhalation (— — — auf, — — — essen) oder sprechen mit erschlaffter Zunge (wir sprechen, ohne daß die Zunge mitmacht).

3. *Therapie der psychischen Symptome des Stotterns*

Stottern ist ein Kommunikationsproblem, das nur in einer sozialen Situation reflexhaft auftritt und nur in sozialen Lernsituationen behoben werden kann. Zur Therapie der psychischen Symptome sind neue, positive Sozialerfahrungen und Sprecherwartungen notwendig (Snyder 1977). Es ist zwischen drei Symptomkategorien zu unterscheiden:

3.1. Interpersonelle Sprechangst und ihre Therapie

Interpersonelle Sprechangst entsteht aus einer Unsicherheit, ob der Kommunikationspartner die Kommunikation akzeptiert. Verschiedene Kommunikationsdimensionen können davon betroffen sein.

Symptombeispiele:

- Angst, die Aufmerksamkeit des Zuhörers nicht halten zu können,
- Angst, eine Ablehnung bezüglich des Kommunikationsinhaltes zu erfahren,
- Angst, eine Abwertung der Person zu erfahren,
- Angst, unterbrochen zu werden,
- Angst, nicht schnell genug sprechen zu können,
- vor allem Angst, wegen Sprechfehlern kritisch beobachtet zu werden.

Therapieziel ist die Ermöglichung der spontanen Ansprache in einer gesicherten interpersonellen Beziehung.

Therapiemaßnahmen betreffen insbesondere das Erziehverhalten:

- Information der Erzieher, daß das Kind mehr Zeit und Aufmerksamkeit für seine Mitteilungen benötigt, daß jeder direkte Versuch einer Sprechkorrektur zu mehr Gewalt in der Artikulation führt und das Symptom verschlimmert.

- Nonverbales Verhalten signalisiert Zeit und Aufmerksamkeit (entspannte Haltung, Blickkontakt, Zulassen von Unterbrechungen, insbesondere auch bei Disziplinarmaßnahmen).
- Nichtbeachten von Sprechfehlern durch Kopfnicken und inhaltliches Eingehen und Bestätigen, insbesondere bei schlechten Redepassagen.
- Kontaktmaßnahmen (anpassendes Spielen mit Kind, Unternehmungen für das Kind) sollen eine Einstellung des gesicherten Akzeptierens schaffen.
- Maßnahmen zur Streßreduktion; ausgesprochene und unausgesprochene Gebote einerseits sowie Bestätigung andererseits sollen zumindest in einem Gleichgewicht sein.
- Kontrolle, ob andere signifikante Interaktionspartner diese Regeln beachten.

3.2. Intrapersonelle Sprechangst und ihre Therapie

Die intrapersonelle Sprechangst ist die Erwartung von Schwierigkeiten beim Sprechen. Es entsteht eine Angst, in einer bestimmten Situation zu einem bestimmten Moment ein bestimmtes Wort nicht sagen zu können. Die intrapersonelle Sprechangst tritt begleitend zu den Stottervermeidungssymptomen auf, gewaltsam wird eine Lautbildung erzwungen.

Symptombeispiele sind damit die Angst, ein bestimmtes Wort nicht flüssig sprechen zu können, oder der Zweifel, ob ein flüssiges Sprechen von Dauer ist.

Therapieziele sind:

- Toleranz gegenüber den eigenen Sprechschwierigkeiten, um jeden Kompensationsversuch zu vermeiden, der zu einem gewaltsamen und vermeintlich flüssigeren Sprechen führt.
- Bewußtwerdung positiver Sprechleistungen, denn nicht in allen Phasen wird schlecht gesprochen.

Therapiemaßnahmen erfolgen indirekt durch die Erzieherpersonen durch:

- Verzicht auf Sprechleistungen und Betonen der Freiwilligkeit der Sprechäußerungen,
- Verteidigung des Kindes, daß es außer ein paar Fehlern gut spricht (jeder macht einmal Fehler beim Sprechen),
- Bestätigung der Selbstauffassung des Kindes bei gelungenen Kommunikationen,
- sprechmotorisches Training, Ausbilden positiver Sprecherwartungen.

3.3. Soziale Vermeidungsangst und ihre Therapie

Soziale Vermeidungsangst führt zu Strategien der Kontaktvermeidung aus Furcht, wegen des Sprechens eine Abwertung zu erfahren. Insbesondere diese Steigerung der Problemlage führt zu Beeinträchtigungen der Personentwicklung und schafft durch die primäre Behinderung Stottern massive sekundäre Behinderungen durch ein negatives Selbstwertgefühl, mangelhafte Ausbildung sozialer Fertigkeiten und projizierter Feindseligkeit.

Symptombeispiele: Phobische Reaktionen und häusliches Anklammern.

Therapieziel ist beim Kind die Verschonung vor negativen Sozialerfahrungen außer Haus oder deren Aufarbeitung durch Abwehrmechanismen.

Therapiemaßnahmen bestehen, falls sich entsprechende Belastungen zeigen, in einer zeitweiligen Kontaktreduktion bis zur Stabilisierung des Sprechens (z. B. Herausnahme aus dem Kindergarten), in der Schaffung vorbereiteter Kontakte (Verwandte, Bekannte, Spielkameraden, Lehrer sollen das Kind in der Illusion guten Sprechens lassen), in der Abwertung negativer Beurteilungen durch andere.

Direkte Maßnahmen der Kontaktaufnahme spielen in der Therapie Erwachsener eine größere Rolle, beim Vorschulkind sollte sie sich auf eine Bestätigung aktiver Kontakte beschränken, ohne Drängen auf die Verwirklichung.

4. *Schlußbemerkungen*

Stottern ist die Angst vor Sprechfehlern und der Versuch, sie zu vermeiden. Ungünstige Therapiemaßnahmen im Vorschulalter sind demnach solche, die Stottern übermäßig als Problem bewußt machen (ständige Korrekturansprüche, Besuch eines Stottererkurses, häufige Expertendiagnosen), oder Verfahren, die Stottern zu verdecken suchen (Metronomsprechen, Atem-Übungen, Hochdeutschsprechen). Zu kontrollieren wäre fernerhin, ob nicht auch eine allzu fordernde Sprecherziehung im Vorschulalter bei entsprechender Prädisposition des Kindes zum Stottern führen kann.

Literatur

- Bloodstein, O.: A handbook on stuttering. National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults, Chicago 1969.
- Boberg, E., und Calder, P.: Stuttering: A review for counselors and teachers. Canadian Counselor 11 (1977), S. 144—148.
- Conture, E. G.; McCall, G. N., und Brewer, D. W.: Laryngeal behavior during stuttering. Journal of Speech and Hearing Research 20 (1977), S. 661—668.
- Dalton, P., und Hardcastle, W. J.: Disorders of fluency. Bill and Sons, London 1977.
- Perkins, W.; Rudas, J.; Johnson, L., und Bell, J.: Stuttering: discoordination of phonation with articulation and respiration. Journal of Speech and Hearing Research 19 (1976), S. 509—522.
- Platt, L. J., und Basili, A.: Jaw tremor during stuttering block: An electromyographic study. Journal of Communication Disorders 6 (1973), S. 102—109.
- Raj, J.: Treatment of stuttering. Indian Journal of Clinical Psychology 3 (1976), S. 157—163.
- Snyder, M. A.: A psychodynamic approach to the theory and therapy of stuttering. Journal of Communication Disorders 10 (1977), S. 85—88.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rolf Bindel, Dipl.-Psych., Fachgebiet Psychologie, Universität Kaiserslautern, Postfach 3049, 6750 Kaiserslautern.

Diplom-Pädagogin

mit Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, sucht im Raum Niederrhein-Süd eine Stelle im Bereich der Rehabilitation von Sprachbehinderten.

Angebote unter Chiffre Nr. 02/06 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

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 41 w, 2000 Hamburg 50

Sprachdiagnostik — Eine kritische Reflexion —

Zusammenfassung

Nach einer kurzen Bestandsaufnahme zur allgemeinen Situation der Sprachdiagnostik, in der das weitgehende Fehlen von diagnostischen Instrumentarien, deren unzureichende theoretische Fundierung sowie eine mangelnde Grundlagenreflexion herausgearbeitet werden, wird die Bedeutung der Diagnostik in der Sprachbehindertenpädagogik anhand aktueller Literatur thematisiert und einer kritischen Betrachtung unterzogen. Abschließend wird auf Unzulänglichkeiten der standardisierten Sprachdiagnostik hingewiesen und versucht, Perspektiven für weitere Forschungsvorhaben aufzuzeigen.

1. Einleitung

Im deutschsprachigen Raum existieren bisher verhältnismäßig wenige standardisierte diagnostische Verfahren zur Ermittlung des Sprachverhaltens. *Ihssen* (1978, S. 95) weist darauf hin, daß es geradezu ein Merkmal der psycholinguistischen, soziolinguistischen und sprachdidaktischen Literatur sei, das Fehlen geeigneter Tests für die Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsstandes bei Kindern zu beklagen. *Grimm* (1978) spricht vom Sprachtest als einem »Stiefkind der Diagnostik«. In Publikationen, wie z. B. *Schmidtchen* (1975) »Psychologische Tests für Kinder und Jugendliche«, fehlt oft die Kategorie »Sprachtest«. In den letzten Jahren hat das Interesse an solchen Tests stark zugenommen (vgl. *Eichler* 1978). In den meisten Fällen werden sie allerdings nach Vorbildern der psychologischen Diagnostik konstruiert, wobei durch statistische Analysen und eine strenge Beobachtung der Testgütekriterien ein hoher Grad an Vergleichbarkeit und prognostischen Möglichkeiten erreicht werden soll. Fragt man nach dem zugrundeliegenden Sprachbegriff oder neueren linguistischen Vorstellungen des Spracherwerbs, stellt sich oft heraus, daß die Testaufgaben eher intuitiv zusammengestellt bzw. an älteren Vorstellungen orientiert sind. *Eichler* (1978) kommt zu dem Ergebnis, daß der sprachwissenschaftlich-psycholinguistische Hintergrund der meisten deutschen Sprach-, Lese- und Rechtschreibtests minimal, nicht vorhanden oder in Alibifunktion nachträglich aufgepfropft sei. Als Beispiele führt *Eichler* den SVL 3 (Sinnverstehendes Lesen für 3. Klassen von *Müller* (1977), den WST 5/6 (Wortschatztest für 5. und 6. Klassen von *Wendeler* u. a. 1973) sowie den DRT 2/3 (Diagnostischer Rechtschreibtest für 2. und 3. Klassen von *Müller* 1966) an. Hier wird ein wenig deutlich, daß standardisierte Verfahren zur Diagnose sprachlichen Verhaltens vor allem für das Lesen und Rechtschreiben existieren, bedingt durch die Überbewertung schriftsprachlicher Leistungen in unserer Gesellschaft. Diese Tests dienen hauptsächlich zur Erfassung der sogenannten Legasthener. Erste Ansätze zur Kritik der Lese- und Rechtschreibdiagnostik finden sich bei *Hofer* (1976). *Ihssen* (1979, S. 10) zieht eine sehr negative Bilanz: »Die meisten dieser Tests und der darauf aufbauenden Therapieprogramme zeugen von unzureichender Sachkenntnis der Zusammenhänge zwischen Laut- und Schriftspracherwerb, Phonem- und Graphemerwerb sowie der beim Lesen und Schreiben involvierten psycholinguistischen Prozesse.«

Eichler (1978, S. 315) weist auf neuere Tests hin, die ein linguistisches Fundament besitzen, und erwähnt den Heidelberger Sprachentwicklungstest (H-S-E-T) von *Grimm/Schöler*, den Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) von *Angermaier* und die Testbatterie Grammatische Kompetenz (TGK) von *Tewes/Thurner*. Nicht erwähnt wird der Landauer Sprachentwicklungstest (LSV) von *Götte* (1976). Die Frage, ob dies unabsichtlich geschieht oder ob bestimmte Gründe vorhanden waren, kann hier nicht beantwortet werden. Die drei anderen genannten Verfahren sind bereits kritisch betrachtet worden (vgl. z. B. *Grimm* 1978; *Heidtmann* 1982; *Ihssen* 1978, 1979).

Das weitgehende Fehlen von diagnostischen Instrumentarien bzw. deren unzureichende theoretische Fundierung ist im Zusammenhang damit zu sehen, daß sich die Sprachdia-

gnostik bisher nicht als eigenständiges Forschungsgebiet etabliert hat. Ein Grund mag darin liegen, daß für die Sprachdiagnostik Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaften relevant sind bzw. daß in verschiedenen Fächern (Linguistik, Psychologie, Kommunikationswissenschaft, Sprachdidaktik, Sprachbehindertenpädagogik ...) sprachdiagnostisch gearbeitet wird. Ein integrativer Ansatz ist bisher nicht zustande gekommen. Nach *Ihssen* (1979, S. 9), hat die Diagnostik sprachlicher Kommunikation in den genannten Fächern bisher ein Schattendasein geführt: »... in der Psychologie ist sie ein Anhängsel der Psychodiagnostik bzw. in bezug auf die Lese-Rechtsschreibkompetenz der Legasthenieforschung, in der Deutschdidaktik liegt unter sträflicher Vernachlässigung mündlicher Kommunikation (...) der Schwerpunkt im Bereich der Aufsatzbeurteilung (...), und in der Sprachbehindertenpädagogik sind die wenigen, durchweg nicht standardisierten Verfahren vorwiegend im Bereich der psycho-sozio-linguistisch kaum reflektierten pädagogisch-therapeutischen Praxis entwickelt worden (...).« Dies trägt sicher dazu bei, daß es in der Sprachdiagnostik auch kaum eine kritische Grundlagenreflexion gibt, wie man sie beispielsweise in der pädagogisch-psychologischen Diagnostik beobachten kann. Hier kritisieren Pädagogen, Psychologen und Sonderpädagogen, besonders Lernbehindertenpädagogen, die Hypertrophie der traditionellen Testpsychologie, die Relevanz des Intelligenztestkonstrukts und der Intelligenztestergebnisse, das derzeitige Überweisungsverfahren in die Lernbehindertenschule, das hinter der herkömmlichen Diagnostik stehende »medizinische Krankheitsmodell« u. a. mehr.

2. Sprachdiagnostik in der Sprachbehindertenpädagogik

In der Sprachbehindertenpädagogik standen lange Zeit das Definitions- und Klassifikationsproblem von Sprachstörungen und die Selbstbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik als erziehungswissenschaftliches Arbeitsgebiet (Abgrenzung von der Medizin) im Vordergrund der Diskussion (vgl. *Jussen* 1964; *Heese* 1968; *Orthmann* 1969, 1977; *Homburg* 1978). Die Bedeutung der Diagnostik unter Einbeziehung sprachwissenschaftlicher Aspekte wird von *Scholz* (1970, 1978) und *Braun* (1978 a, b) hervorgehoben. *Braun* (1978 b) schlägt einen psycholinguistisch-empirischen Ansatz vor, nämlich die Anwendung des PET von *Angermaier*, der (wie bereits weiter oben erwähnt) mehrfach kritisiert wurde und, da er nur wenige Bereiche der Sprache abprüft, als Grundlage einer Sprachdiagnostik nicht in Frage kommt. *Scholz* (1970, 1978) fordert die Entwicklung von diagnostischen Instrumentarien, die es erlauben, zwischen einer nur zeitlich verzögerten Sprachentwicklung (temporell affizierte Sprachentwicklung) und einer strukturellen Abweichung (strukturell affizierte Sprachentwicklung) zu unterscheiden. Leider sind solche Verfahren bis heute noch nicht für den deutschsprachigen Raum konstruiert worden.

In der neueren Literatur im Bereich der Diagnostik ist weiter *Grohnfeldt* (1979) zu nennen. Nach einigen einleitenden Bemerkungen listet er im zweiten Kapitel in Anlehnung an *Becker/Sovák* (1975) einige Störungsformen kurz auf. Er betont besonders die Mehrdimensionalität von Behinderungen, d. h., Sprachbehinderungen werden als »komplexe Störungsformen« verstanden, bei der Störungsfelder des Sprachverhaltens (einschließlich Wahrnehmung und Konzentration) und des Sozialverhaltens »integrativ aufeinander bezogen auftreten ... , wobei die sprachliche Normabweichung der Kommunikationsstörung als dominierend empfunden wird« (*Grohnfeldt* 1979, S. 10). Hier drängt sich die Frage auf, ob nicht nur mit suggestiven Modeworten jongliert wird, statt mit exakten Bezeichnungen zu operieren. Oder wie sollte man solche Konglomerate wie »sprachliche Normabweichung der Kommunikationsstörung« anders erklären? Ganz davon abgesehen, daß ja nicht die Kommunikationsstörung von der sprachlichen Norm abweicht!

Im dritten Kapitel »Aufgaben- und Funktionsbereiche einer Diagnostik von Sprachbehinderungen« reißt *Grohnfeldt* verschiedene Probleme an, so die Normproblematik, die Bedeutung einer Spracherwerbtheorie als Basis für die Einteilung von Sprachentwicklungsstö-

rungen, Kompetenzbereiche, Fragen der Prophylaxe, des Selbstverständnisses der Schule für Sprachbehinderte und die Praxis der Einschulungsdiagnostik. Bedingt durch die knappen Ausführungen bleibt die Problematik für nicht vorinformierte Leser unverständlich, für informierte hingegen zu ungenau und oberflächlich. In ganzen zehn Zeilen wird auf die pragmatische Dimension der Sprache eingegangen. Genannt werden nur *Watzlawick* (1969), *Wygotski* (1969) und *Lurija* (1970), unberücksichtigt bleiben z. B. *Badura* (1972), *Habermas* (1974), *Hymes* (1973, 1978), *Wunderlich* (1972). Daß gerade die pragmatische Dimension der Sprache so wenig beachtet wird, ist um so erstaunlicher, als vorher die Sprachleistung »im Rahmen der jeweiligen Sozialisationsbiographie« (*Grohnfeldt* 1979, S. 13) begriffen wird und vielfältige Variablen des Interaktionsverhaltens u. a. mehr als Entstehungshintergrund sprachlicher Behinderung herausgestellt werden.

Im vierten Kapitel nimmt *Grohnfeldt* Bezug auf die in der allgemeinen Diagnostik geführte Diskussion über medizinische und sozialwissenschaftliche Modelle (s. o.). Er verbindet Elemente aus beiden Modellen in einem »funktionalen Entwicklungsmodell«, auf dessen Grundlage »sonderpädagogische Förderungsdiagnostik« stattfinden soll, deren Selbstverständnis folgendermaßen charakterisiert wird: »Der diagnostische Prozeß erstreckt sich einerseits auf eine Analyse der Lernvoraussetzungen bei einer Ausrichtung auf speziell sonderpädagogische Fragestellungen, andererseits ordnet er sich der pädagogischen Zielsetzung unter und wird zur Zuordnungsstrategie für effektive Planung, Durchführung und Kontrolle pädagogischer Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten« (*Grohnfeldt* 1979, S. 34/35). Im fünften Kapitel stellt der Autor geeignete diagnostische Verfahren vor und will sie »im Hinblick auf ihre Brauchbarkeit kritisch beurteilen« (*Grohnfeldt* 1979, S. 40). Es werden Verfahren aus den Bereichen Anamnese, Stimm- und Sinnesprüfung, Sprachverhalten, Motorik, Lern- und Sozialverhalten dargestellt. Abschließend wird ein fiktives Gutachten zur Veranschaulichung einer »mehrdimensionalen Förderungsdiagnostik im Sinne einer problemorientierten Strategie« (*Grohnfeldt* 1979, S. 70) abgedruckt.

Pixa-Kettner (1980, S. 16) kommt zu dem Ergebnis, daß es *Grohnfeldt* nicht gelingt, eine auf aktuellen sprach- und erziehungswissenschaftlichen Untersuchungen basierende Neuorientierung zu leisten: »So wird einer der Hauptkritikpunkte am medizinischen Modell — die ausschließlich individuumzentrierte Betrachtungsweise von Störungen — nur am Rande erwähnt und kommt auch in den folgenden Ausführungen (Besprechung von Verfahren, Gestaltung eines Gutachtens) in keiner Weise zum Tragen. Die einzige, drei Zeilen umfassende Stelle, an der der Einsatz von Verhaltensbeobachtung als diagnostische Methode erwähnt wird, verweist auf eine sehr allgemeine Literaturangabe aus dem Gebiet der Soziologie von 1967 (S. 67). Interaktionsanalytische Vorgehensweisen werden gar nicht erwähnt. Es drängt sich der Verdacht auf, daß der Autor, obwohl er an die neuere Fachdiskussion anknüpft, sein eigenes Vorgehen doch sehr stark an traditionelle medizinische Modelle der Diagnostik anlehnt.« Nicht zu verstehen ist, daß *Grohnfeldt* einige Materialien, die man der »Förderungsdiagnostik« zuordnen kann, wie z. B. die Lautbildungshilfen von *Brunner/Dupuis/Heese/Nufer* (1978), gar nicht erwähnt. Auch bei den standardisierten Verfahren zur Beurteilung des Sprachverhaltens werden nur einige genannt, die entgegen der zuvor proklamierten »kritischen Beurteilung« fast ausschließlich beschreibend dargestellt werden, z. B. wird die Diskussion um den PET von *Ihssen* (1978, 1979) und *Grimm* (1978) nicht angeführt; beim LSV wird lediglich auf eine »Problematisierung« beim Autor (1978) verwiesen. Die von *Grohnfeldt* so positiv herausgestellte »umfangreiche theoretische Fundierung« der angeführten Sprachtests ist zweifelhaft (vgl. z. B. für den LSV die Kritik von *Hötsch* 1979 und *Ihssen* 1979). Auch werden nicht alle Sprachbereiche überprüft (z. B. wird beim PET die pragmatische Ebene gar nicht berücksichtigt). Auffallend ist ferner, daß *Grohnfeldt* kein einziges spezielles Verfahren zur Überprüfung der syntaktisch-morphologischen oder der pragmatischen Ebene anführt (siehe auch sein »Gutachten«). Unerklärt

bleibt, warum Störungen des Schriftspracherwerbs und deren Diagnose nicht bei der Überprüfung des Sprachverhaltens angeführt, sondern als »Exkurs«(!) an das Ende des Kapitels angehängt werden. Die bisher vorgebrachten Kritikpunkte werden in dem fiktiven Gutachten noch einmal bestätigt (keine Angaben zu Entstehungs- und Verlaufsbedingungen der Störungen; mit einem Intelligenztest werden Lernvoraussetzungen gemessen!? [zur Problematik und Abgrenzung von Lernen und Intelligenz vgl. *Heidtmann* 1979, *Klauer* 1969, zur Bedeutung von Lerntests *Heidtmann* 1981]); Fördermaßnahmen werden nur zur Artikulation und zum Wortschatz empfohlen, nicht aber für den syntaktisch-morphologischen und pragmatischen Bereich; statt mit den Kindern in Martins Gruppe über sein Verhalten/seine Schwierigkeiten zu sprechen, wird empfohlen, »im Hinblick auf eine nähere Abklärung der diagnostischen Daten während der Förderung darauf zu achten, inwieweit es Martin gelingt, sich trotz seiner sprachlichen Behinderung im Rahmen der Kindergartengruppe zu behaupten« (*Grohnfeldt* 1979, S. 81).

In dem Handbuch der Sonderpädagogik, Band 7: Pädagogik der Sprachbehinderten von *Knura/Neumann* (1980), sind zwei Kapitel dem diagnostischen Bereich gewidmet: Sprachbehindertenpädagogische Diagnostik von *Neumann* und Psychodiagnostik bei Sprachbehinderten von *Keese*. Da sich dieser Artikel vorrangig mit Sprachdiagnostik beschäftigt, wird nur auf *Neumann* eingegangen. Wenn dieser (1980, S. 126) »das normale ungestörte Sprachverhalten (als Erziehungs- und Behandlungsziel und als Bewertungsmaßstab) und das von der Norm abweichende Sprachverhalten (als Problem- und Tätigkeitsfeld)« als gleichermaßen wichtig für die sprachbehindertenpädagogische Diagnostik ansieht, sollte man m. E. statt von »sprachbehindertenpädagogischer Diagnostik« präziser von »Sprachdiagnostik« sprechen. Zu rechtfertigen ist die Bezeichnung »sprachbehindertenpädagogische Diagnostik« u. U. damit, daß außer der Diagnose sprachlicher auch die nichtsprachlicher Funktionen und Leistungen sowie schulischer Leistungen zu erfolgen hat. Andererseits ist dies kein Spezifikum der Sprachbehindertenpädagogik, sondern gilt ebenso für die anderen differentiellen Behindertenpädagogiken, ja allgemein für die Pädagogik (pädagogisch-psychologische Diagnostik), d. h. zusätzlich zur Sprachdiagnostik nimmt diagnostisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik Bezug auf pädagogische, psychologische, medizinische ... Diagnostik. Wichtiger, als immer wieder verzweifelt nach dem »Sprachbehindertenspezifischen« in der Diagnostik, Didaktik ... zu suchen, scheint es mir zu sein, unter Berücksichtigung der Aspekte aus den verschiedenen relevanten Wissenschaften eine theoretische Basis zu schaffen, um auf dieser Grundlage ein differentialdiagnostisches Verfahren für sprach- und kommunikationsgestörte Kinder zu entwickeln.

Kritisch durchdacht führt *Neumann* verschiedene Methoden und Gesichtspunkte zur Auswahl von Verfahren an. Ausgehend vom Prüfzweck werden die Bedeutungen und Probleme der aussiebenden und therapeutischen Untersuchung beschrieben. Nachdem das »neutralformale Rahmenmodell zur Strukturierung des Arbeitsverlaufs in der logopädischen Praxis« von *Braun* vorgestellt wurde, geht *Neumann* sehr differenziert auf die Überprüfung von sprachlichen und nichtsprachlichen Funktionen und Leistungen ein (auditive, visuelle, taktile, kinästhetische Aufnahmefunktionen, Sprachverständnis, Sprachverarbeitung, sprachgestaltende Funktionen, Sprachproduktion, Motorik). Keine Erwähnung finden allerdings parasprachliche und nonverbale Elemente, nur kurz abgehandelt werden kommunikative Fähigkeiten sowie situative Variablen. Im letzten Teil sind 102 Untersuchungsverfahren aufgelistet. Es fehlen z. B. der Allgemeine Deutsche Sprachtest von *Steinert* (1978) und die Lautbildungshilfen von *Brunner/Dupuis/Heese/Nufer* (1978).

3. Kritik herkömmlicher Sprachtests und neue Perspektiven

Einige Unzulänglichkeiten der standardisierten Sprachdiagnostik sowie erste Ansätze zu einer kommunikationsorientierten Diagnostik, die auch pragmalinguistische Konzepte berücksichtigt, sollen nun genannt werden.

Zunächst muß gefragt werden, ob eine standardisierte Testsituation in jedem Falle sinnvoll ist. *Oksaar* (1977, S. 59) beschreibt das Problem: »Auf eine zweifelsohne nützliche und für gewisse Fragestellungen notwendige Synthese zwischen Datenerhebung in natürlichen oder spontanen Situationen der kindlichen Lebensäußerungen und der experimentellen Methodik in spontanen und nicht-spontanen Situationen, z. B. im Untersuchungsraum, wird nicht selten zugunsten der einen oder der anderen Richtung verzichtet.« Die Testsituation stellt nur eine mögliche Kommunikationssituation dar, und zwar Testleiter (= unbekannter Erwachsener) — Kind. Andere wichtige Arten der Interaktion, z. B. Mutter — Kind, Kind — Kind, Kind — Gruppe ..., bleiben unberücksichtigt. Die Einbeziehung verschiedener Kommunikationssituationen ist aber notwendig, damit auch verschiedene Codes erfaßt werden (vgl. *Hymes* 1973, 1978), Komponenten der Situationserfassung und taktisches Geschick (vgl. *Badura* 1972), verschiedene soziale Rollen (vgl. *Wunderlich* 1972). Mit der Testsituation wird das Kind außerdem in eine unnatürliche und extrem asymmetrische Kommunikationssituation (einer der Kommunikatoren ist dominant, die Dominanz ist nicht freiwillig anerkannt, sondern beruht auf Zwang [vgl. *Watzlawick* 1969]) gebracht: Ein unbekannter Erwachsener stellt einem Kind in einem (meist) fremden Raum Fragen, deren Antworten ihm bereits bekannt sind. Besonders bei scheuen und ängstlichen Kindern können diese Antworten durch die Situationsbedingungen negativ beeinflußt werden. Durch (häufig) gleichzeitiges Protokollieren wird die Testsituation noch verschärft. Zudem sind die Testaufgaben größtenteils wenig kindgemäß und motivierend. Häufig wird eine Beschreibung, nicht der Gebrauch sprachlicher Zeichen verlangt. Die getesteten sprachlichen Einheiten werden oft ohne Kontext gegeben, nicht einmal in Sätzen, d. h. meistens wird ein Operieren mit sprachlichen Formen verlangt, das abgelöst ist von der Situation, den Bedürfnissen und Deutungen, aufgrund derer es geschieht. »Seine wissenschaftliche Praxis (die des Linguisten, Anm. d. Verf.) ist immer nur parasitisch zu seiner sozialen Praxis in der Untersuchungssituation möglich; der Sprachbegriff, der ihn dabei leitet, beruht auf der Ablösung der Sprache als Untersuchungsgegenstand von der in sie eingegangenen sozialen Erfahrung. Diese Seite der Sprachwissenschaft ... ist es, die sie z. B. brauchbar macht für die bei der Entwicklung von standardisierten Testverfahren sich durchsetzenden Ziele« (*Maas* 1979, S. 29). Eine überzeugende Begründung für die Auswahl der einzelnen Items fehlt meistens, häufig sind sie für die aktuelle Sprachverwendung ohne Bedeutung (z. B. der Untertest Objekte Finden im PET).

Die Auswertung der Antworten erfolgt meistens nach dem Richtig/Falsch-Prinzip (im H-S-E-T werden in einigen, aber nicht in allen, Untertests entwicklungspezifische Antworten erfaßt). Bedingt durch eine generelle Überbetonung von statistischen Angaben erfolgt nur eine quantitative Auswertung, eine im Hinblick auf einzuleitende Fördermaßnahmen notwendige qualitative Analyse findet keine Berücksichtigung.

Die theoretische Basis der meisten Sprachtests ist unzureichend. Oft ersetzt der »gesunde Menschenverstand« die Theorie, oder es werden nachträglich einige gerade aktuelle Schlagworte eingefügt. Beim LSV z. B. ist auf nur einer einzigen Seite der Bezug auf linguistische Modelle angeführt. Gleich zu Beginn verwechselt die Autorin Pragmatik und die generative Transformationsgrammatik *Chomskys* (»Im Gegensatz zur linguistischen Pragmatik wird beim LSV nicht vom Ideal einer homogenen Spracheigenschaft [richtig: Sprachgemeinschaft, Anm. d. Verf.] aller Sprecher/Hörer ausgegangen ...«). Auch die Ausführungen zum Sprechakt erscheinen zusammenhanglos, verkürzt und falsch. Die Verbindung von Laut-, Wort-, Satzebene mit Untertests für Artikulation, Wortschatz, Formen- und Satzbildungsfähigkeit ist sehr simplifizierend. Hinweise aus dem »Lehrgang Sprache, Einführung in die moderne Linguistik« (1974; zur Kritik siehe *Maas/Wunderlich* 1974) können doch wohl nicht ausreichen, um eine Theorie kommunikativer Kompetenz zu entwickeln. Aus linguistischer Sicht gänzlich unzureichend sind die Ausführungen zur syntaktischen Bewertung

der Spontansprache, die mittels dreier Bildvorlagen gewonnen wird. Dabei wird ein Korpus von vier (!) Äußerungen als ausreichend erachtet. Komplexität von Sätzen wird mit Länge von Wortketten gleichgesetzt!

Das Verständnis von sprachlicher Kommunikation ist meistens reduktionistisch im Hinblick auf die linguistischen Beschreibungsebenen (im PET werden z. B. nur die Laut- und Wortebene berücksichtigt) und im Hinblick auf die kommunikativen Teilkompetenzen (die pragmatische Kompetenz wird kaum erfaßt). Ein umfassendes Kommunikationsmodell fehlt den Sprachtests. Sprache wird einfach mit Hochsprache gleichgesetzt (die Testinstruktionen sind in der Hochsprache formuliert, die Items repräsentieren die kulturellen und moralischen Standards der Mittelschicht, die Antworten des Kindes unterliegen einer an der hochsprachlichen Norm ausgerichteten Bewertung).

Ihssen (1979, S. 18) resümiert: »Eine wissenschaftlich fundierte Theorie und Methodologie der Sprachdiagnostik existiert zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht einmal in Grundzügen. Was wir haben, sind Bruchstücke einer Theorie und Methodologie in den zahlreichen Disziplinen, in denen sprachdiagnostische Prozesse eine Rolle spielen, wie Psychologie, Psycholinguistik, Soziolinguistik, Sprachdidaktik und Sprachpathologie. Der Linguistik als Wissenschaft von Struktur und Funktion der Sprache kommt bei der Entwicklung einer zukünftigen, interdisziplinär tätigen Primärsprachdiagnostik eine Schlüsselstellung zu.« Aufgabe ist es also, basierend auf einem integrativen Ansatz ein differentialdiagnostisches Instrumentarium für sprach- und kommunikationsgestörte Kinder (wenn möglich auch unter Einbeziehung der Ausländerkinder [vgl. *Heidtmann* 1981] und der Mehrfachbehinderten) zu konstruieren, aufgrund dessen adäquate sonderpädagogisch-therapeutische Maßnahmen geplant und überprüft werden können. Dieses Instrumentarium muß mehrere klar definierte Sprach- bzw. Kommunikationsebenen überprüfen. Für Störungen im Bereich der phonologischen Komponente bedeutet dies, den Ansatz von *Scholz* (1970, 1974) weiterzuentwickeln. Dieser bemängelt die heute gebräuchlichen Lautbestandsaufnahmen, die eine bloß taxonomische Registrierung der Fehlbildung erlauben, und schlägt die Entwicklung eines linguodiagnostischen Instrumentariums vor. Während in den USA bereits eine Weiterentwicklung der phonologischen Analyse, die sich zunächst in einer Determinierung der Phoneme erschöpfte, durch die Anwendung des Konzepts der distinktiven Merkmale stattgefunden hat (vgl. *Scholz* 1980), gibt es in der Bundesrepublik Deutschland noch keine in diese Richtung weisenden Versuche oder Untersuchungen.

Für Abweichungen im Bereich der Grammatik gilt, daß die Prozesse des Spracherwerbs in diesem Bereich noch weitgehend unbekannt sind, so daß die derzeitigen Erklärungsversuche zum größten Teil auf Hypothesen basieren, die von unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Standpunkten her abgeleitet sind. Ebenso wie *Scholz* (1970) für den phonetisch-phonologischen Bereich kommen amerikanische Autoren (*Menyuk* 1964, *Lee* 1966) zu dem Ergebnis, daß man zwischen einer Entwicklungsverzögerung und einer Entwicklungsstörung unterscheiden muß. Zu überprüfen wäre u. a., inwieweit das LARSP (Language Assessment, Remediation and Screening Procedure) von *Crystal* u. a. (1976), ein Verfahren zur grammatischen Analyse von Spontansprache, für den deutschsprachigen Raum nutzbar gemacht werden kann. Das LARSP gibt zum einen Aufschluß über den quantitativen und qualitativen Status eines Individuums, und zum anderen ermöglicht es einen interindividuellen Vergleich, da die morphologisch-syntaktischen Strukturen in sieben Stufen entwicklungsorientiert angeordnet sind. Zudem kann man Hinweise für die Entscheidung, ob eine Sprachtherapie notwendig ist, und für den Aufbau von therapeutischen Hilfen entnehmen.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, Verfahren für die bisher kaum beachtete pragmatische Ebene zu entwickeln. Dazu ist es u. a. erforderlich, Theorien der kommunikativen Kompetenz daraufhin zu analysieren, ob und welche Elemente daraus in der Sprachdiagno-

stik berücksichtigt werden müssen oder ob von diesen Theorien her die bisher übliche Konstruktion standardisierter Materialien überhaupt noch tragbar bzw. suspekt ist.

Für die Auswertung eines solchen differentialdiagnostischen Instrumentariums ist nicht die Orientierung an quantitativen Normwerten von Bedeutung, sondern qualitative Möglichkeiten der Analyse, die Differenzierung und Präzisierung (temporell und vor allem strukturell) und damit die Zuordnungsmöglichkeit bestimmter spezifischer pädagogischer und sonderpädagogisch-therapeutischer Hilfen.

Literatur

- Badura, B.: Kommunikative Kompetenz, Dialoghermeneutik und Interaktion. Eine theoretische Skizze. In: Badura, B./Gloy, K.: Soziologie der Kommunikation. Stuttgart 1972, S. 246—264.
- Becker, K. P./Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Berlin (Ost) 1975².
- Braun, O.: Systematik der Sprachstörungen als Grundlage sonderpädagogischer Diagnostik und Intervention. Sonderpädagogik 1978 a, S. 118—126.
- Braun, O.: Psycholinguistische Lernstörungen bei sprachbehinderten Kindern. Die Sprachheilarbeit 23 (1978 b), S. 157—170.
- Crystal, D./Fletcher, P./Garman, M.: The grammatical analysis of language disability. London 1976.
- Diagnostischer Rechtschreibtest für 2. und 3. Klassen (DRT 2/3) von R. Müller. Weinheim 1966.
- Eichler, W.: Einwirkungen der neueren Spracherwerbsforschung auf den systematischen Erstsprachunterricht. In: Augst, G.: Spracherwerb von 6—16. Düsseldorf 1978, S. 307—317.
- Grimm, H.: Der Sprachtest — ein Stiefkind der Diagnostik. In: Klauer, K. J.: Handbuch der Pädagogischen Diagnostik. Düsseldorf 1978, S. 355—366.
- Grohnfeldt, M.: Untersuchungen zur Struktur sprachlicher Behinderung. Z. f. Heilpäd. 29 (1978), S. 593—602.
- Grohnfeldt, M.: Diagnose von Sprachbehinderungen. Berlin 1979.
- Habermas, J.: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, J./Luhmann, N.: Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt 1974, S. 101—141.
- Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H.: Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1968, S. 270—296.
- Heidelberger Sprachentwicklungstest (H-S-E-T) von H. Grimm/H. Schöler. Braunschweig 1978 b.
- Heidtmann, H.: Lernschwächen sprachentwicklungsgestörter Kinder. Rheinstetten 1979.
- Heidtmann, H.: Die Bedeutung von Lerntests für die Sprach- und Lernbehindertenpädagogik. In: Heese, G./Reinartz, A. (Hrsg.): Aktuelle Beiträge zur Sprachgeschädigtenpädagogik. Berlin 1981.
- Heidtmann, H.: Ausländer als Zielgruppe der Sprachbehindertenpädagogik. In: Heese, G./Reinartz, A., a. a. O.
- Heidtmann, H.: Der Heidelberger Sprachentwicklungstest von Grimm/Schöler. Sonderpädagogik 1982.
- Hötsch, B.: Die Bedeutung des Landauer Sprachentwicklungstests bei der Diagnose sprachbehinderter Vorschulkinder. Die Sprachheilarbeit 24 (1979), S. 19—26.
- Hofer, A.: Lesenlernen: Theorie und Unterricht. Düsseldorf 1976.
- Homburg, G.: Die Pädagogik der Sprachbehinderten — grundlegende Überlegungen. Rheinstetten 1978.
- Hymes, D.: Über linguistische Theorie, kommunikative Kompetenz und die Erziehung unterprivilegierter Kinder. In: Kochan, D. C.: Sprache und kommunikative Kompetenz. Stuttgart 1973, S. 109—130.
- Hymes, D.: Kompetenz und Performanz in der Sprachtheorie. Wirkendes Wort 5 (1978), S. 305—328.
- Ihssen, W. B.: Der Psycholinguistische Entwicklungstest (PET) aus linguistischer Sicht. In: Peuser, G.: Brennpunkte der Patholinguistik. München 1978, S. 95—114.
- Ihssen, W. B.: Psychologie, Linguistik und Primärsprachdiagnostik. In: Lotzmann, G.: Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation. Stuttgart 1979, S. 9—19.
- Jussen, H.: Der sprachwissenschaftliche Aspekt in der Sprachheilpädagogik. Die Sprachheilarbeit 9 (1964), S. 195—209.
- Klauer, K. J.: Lernen und Intelligenz, Weinheim 1969.
- Landauer Sprachentwicklungstest für Vorschulkinder (LSV) von R. Götte, Weinheim 1976.
- Lautbildungshilfen von Brunner/Dupuis/Heese/Nufer. Hannover 1978.
- Lee, L. L.: Developmental sentence types: a method for comparing normal and deviant syntactic development. JSHD 31 (1966), S. 311—340.
- Lehrgang Sprache. Einführung in die moderne Linguistik. Weinheim/Tübingen 1974.

- Maas, U.: Grundkurs Sprachwissenschaft, Teil 1: Grammatiktheorie. Frankfurt 1973³.
- Maas, U./Wunderlich, D.: Pragmatik und sprachliches Handeln, Frankfurt 1974³.
- Menyuk, P.: Comparison of grammar of children with functionally deviant and normal speech. JSRR, 1964, S. 109—121.
- Neumann, B.: Sprachbehindertenpädagogische Diagnostik. In: Knura, G./Neumann, B.: Handbuch der Sonderpädagogik, Band 7: Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 125—158.
- Oksaar, E.: Spracherwerb im Vorschulalter. Stuttgart 1977.
- Orthmann, W.: Zur Nomenklatur der Sprechstörungen. Die Sprachheilarbeit 14 (1969), S. 169—175.
- Orthmann, W.: Bemerkungen zur erziehungswissenschaftlichen Grundlage der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 22 (1977), S. 37—49.
- Pixa-Kettner, U.: Buchbesprechung Grohnfeldt: Diagnose von Sprachbehinderungen. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 115/116.
- Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET) von M. Angermaier, Weinheim 1974.
- Schmidtchen, St.: Psychologische Tests für Kinder und Jugendliche. Göttingen 1975.
- Scholz, H.-J.: Von der Notwendigkeit linguodiagnostischer Verfahren für die Zeit der Sprachentwicklung. Die Sprachheilarbeit 15 (1970), S. 97—103.
- Scholz, H.-J.: Zum phonologischen Aspekt des Spracherwerbs und dessen Bedeutung für die Dyslalie. Die Sprachheilarbeit 19 (1974), S. 145—152.
- Scholz, H.-J.: Einige psycholinguistische Bemerkungen zum Entwicklungsdysgrammatismus. In: Peuser, G.: Brennpunkte der Patholinguistik. München 1978, S. 275—289.
- Scholz, H.-J.: Sprachwissenschaftliche Aspekte. In: Knura, G./Neumann, B.: a. a. O., S. 621—649.
- Sinnverstehendes Lesen 3 (SVL 3) von H. A. Müller. Weinheim 1977.
- Testbatterie Grammatische Kompetenz (TGK) von U. Tewes/F. Thurner. Braunschweig 1976.
- Watzlawick, P., u. a.: Menschliche Kommunikation. Bern 1969.
- Wortschatz 5/6 von J. Wendeler u. a. Weinheim 1973.
- Wunderlich, D.: Zum Status der Soziolinguistik. In: Klein, W./Wunderlich, D.: Aspekte der Soziolinguistik. Frankfurt 1972, S. 309—333.
- Der konstruktiven Kritik von Prof. Dr. G. Dupuis am Manuskript und dem Linguistischen Arbeitskreis unter Leitung von Prof. Dr. H.-J. Scholz verdanke ich wertvolle Anregungen. Beiden danke ich.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Hildegard Heidtmann, Universität Hannover, FB Erziehungswissenschaften I, Bismarckstraße 2, 3000 Hannover 1.

Sprachtherapeutin

mit 6jähriger Berufserfahrung
(bisherige Schwerpunkte Sprachentwicklungsstörungen und Stottern)
sucht ab April 1982 interessantes neues
Betätigungsfeld (Raum Frankfurt
bevorzugt).

Angebote unter Chiffre Nr. 01/06 SP
an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Staatlich anerkannte

Sprachtherapeutin/Logopädin

mit langjähriger Berufspraxis bei Kindern
und Jugendlichen ist an einer Tätigkeit
in West-Berlin interessiert.

Angebote mit Arbeitsplatzbeschreibung
und Besoldungsangaben unter
Chiffre Nr. 03/06 SP an den Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Anbahnung der Sprache bei nicht sprechenden Vorschulkindern

Pädiatrische und neurologische Untersuchungen des nicht sprechenkönnenden Vorschulkindes weisen auf Mehrfachbehinderungen meist im kognitiven und motorischen Bereich hin, während die Phonation und das Hörvermögen intakt sind. Die Ursachen liegen häufig in einer frühkindlichen Hirnschädigung.

1. Sprachliche Ausdrucksformen des nicht sprechenkönnenden Kindes

Die Kinder leben, auch wenn sie nicht sprechen können, in engem Kontakt mit ihren Mitmenschen. Sie werden von ihren Bezugspersonen weitgehend verstanden. Die Kinder zeigen Lust- und Unlustgefühle mit Hilfe ihrer Stimme, ihrer Mimik und Gestik. Sie können mit diesen Mitteln auch ihre Wünsche und Ablehnungen ausdrücken. Die Stimmäußerungen sind recht verschiedener Art. Manche Kinder »zwitschern« in einer hohen Stimmlage, andere »krächzen« fast ohne Ton. Ein ablehnendes Verhalten findet seinen Ausdruck in Greinen, Weinen oder Schreien, in Beißen und Kratzen. Lächeln und Lachen, Hochwerfen der Arme, Klatschen und Springen drücken Freude, Behagen und Fröhlichkeit aus. Das Kontaktbedürfnis zu Gleichaltrigen und zum Erwachsenen ist groß. Sprechende Augen und auf den Mitmenschen gerichtete Bewegungen fordern zu kommunikativem Tun auf.

2. Sprachverständnis des nicht sprechenkönnenden Kindes

Das nicht sprechende Kind lernt wie das altersgemäß entwickelte Kind Sprache verstehen, d. h., es reagiert auf Ansprache. Es lernt die Namen der Objekte, es lernt ihre Eigenschaften und Funktionen kennen. Dieses Sprachverständnis ermöglicht das Gespräch mit dem Kind, wenn es auch nicht mit Worten seiner Muttersprache antworten kann. Natürlich funktioniert die gegenseitige Verständigung am besten mit dem Menschen, der am meisten mit dem Kind zusammen ist, da dieser alle nonverbalen Äußerungen interpretieren kann.

3. Anbahnung der Sprache

Da es sich bei den nicht sprechenden Kindern fast immer um Mehrfachbehinderungen handelt, ergibt sich folgerichtig die Notwendigkeit einer multidimensionalen Behandlung.

3.1. Mutter-Kind-Beziehung

Für die Mütter ist das Nichtsprechenkönnen ihrer Kinder eine so schwere Behinderung, daß sie eventuelle weitere Behinderungen als unwesentlich ansehen. Sie gehen davon aus: »Wenn mein Kind sprechen kann, ist es altersgemäß entwickelt.« So sind sie fixiert auf das Sprechenlernen von Wörtern. Wenn das Kind auf diesem Gebiet versagt, so werden auf allen anderen Gebieten altersgemäße Leistungen erwartet und dementsprechend auch gefordert. Die das Kind überfordernde Mutter erzeugt im Kind Abwehrmechanismen oder ein resignierendes Verhalten. Da diese Kinder sich nicht sprechend äußern können, benutzen sie oft für die Mütter schwer verständliche Ausdrucksformen. Sie wehren sich schreiend, beißend und schlagend gegen die Überforderungen. Bei ihrer Suche nach menschlicher Nähe scheuen sie nicht den negativen Kontakt, indem sie, die Mutter provozierend, negative Verhaltensweisen hervorrufen.

3.2. Die Mutter als Cotherapeutin

Für die Sprachtherapeutin, die das Kind nur zwei bis drei Stunden in der Woche sieht, ist eine Mutter-Kind-Behandlung selbstverständlich. D. h., es werden mit den Bezugspersonen (Mutter und Vater, eventuell Großeltern und weitere Verwandte) nicht nur die Therapie begleitende Gespräche über Erziehungsverhalten geführt, sondern die Mutter wird in die Therapie mit einbezogen. Sie ist bei jeder Behandlung anwesend. Beim Kleinkind ist die

Bindung des Kindes an die Mutter noch so groß, daß die Therapeutin mit der Mutter, quasi als »Zweitmutter«, ein »Wir« bilden muß. Nur so kann sich eine Atmosphäre der Geborgenheit ergeben. Die Mutter wird in alle Aktivitäten mit einbezogen, was für sie einen Lernprozeß bedeutet. Nicht nur, daß sie sich Lieder, Verse und Spiele einprägt, sie muß aus dem Verhalten der Therapeutin lernen, z. B. die Art und Weise der Ansprache, der Wortwahl, der Verbindung von Sprache und Bewegung, von Sprechen und improvisierendem Singsang. Es fällt den Müttern schwer, ihren bisherigen autoritären Erziehungsstil aufzugeben. So muß zum Wohle des Kindes eine Umerziehung der Mutter erfolgen. Sie lernt den wichtigen Grundsatz: Nur das fröhliche Kind ist bereit, Anregungen aufzunehmen. Das Kind weiß nicht, daß seine Sprache nicht der allgemeinen Umgangssprache gleicht. Durch das ständige Hinlenken der Mutter auf das Ungenügen wird das Feld »Sprache« beim Kind negativ besetzt. Es ist wohl die wichtigste Aufgabe der Therapeutin, dem Kind eine positive Einstellung zum verbalen Ausdruck zu vermitteln. Sie muß Freude am Lautieren wecken, und sie muß vor allen Dingen im ständigen Dialog mit dem Kind bleiben. Bis das Kind lernt nachzusprechen, wie es bisher von seiner Mutter immer wieder angehalten wurde, müssen Wege gegangen werden, die das Kind zu dieser Fähigkeit erst vorbereiten.

3.3. Der emotionale Bereich

Die Sprache muß in erster Linie über den emotionalen Bereich entwickelt werden. Zugang zum emotionalen Bereich findet die Therapeutin über den Körperkontakt. Das Kind wird sanft berührt, es wird mit lächelndem Gesicht gestreichelt. Jede Bewegung wird von Lauten begleitet, ein Singsang umhüllt das Kind. Dann werden die Bewegungen rasch, die Finger der Therapeutin krabbeln z. B. über den Rücken, mit den impulskräftigen Bewegungen stößt die Therapeutin Laute aus, die durch einen weiten Tonbereich gleiten. Um mit dem Kind in einen nahen Kontakt zu kommen, braucht die Therapeutin das Vertrauen des Kindes, vor allem aber ein Gespür dafür, was das Kind in dem jeweiligen Augenblick als wohlthuende Berührung empfindet. Nur das unter den Berührungen sich lösende Kind ist den Einwirkungen der Therapeutin gegenüber zugänglich.

3.4. Sinneseindrücke

Das gesungene Wort der Therapeutin motiviert das Kind stärker als das gesprochene. Die höheren Frequenzen der Singstimme und der musikalisch-rhythmische Ablauf besitzen eine starke Eindringlichkeit, die das Kind zum Lautieren anregen. Besonders die hohen Töne der zwei- und dreigestrichenen Oktaven lassen das Kind aufhorchen. Ebenso sprechen das Kind Vokalwechsel auf gleitenden Tönen an. Alle ungewohnten Tonerzeugungen und Artikulationsbewegungen, wie Lippen- und Zungen-R, Züngeln, Flüstern und Rufen, stimulieren das Kind. Dringen aus der Umwelt Geräusche an das Ohr des Kindes, so wird sofort das Spiel unterbrochen, die Therapeutin horcht selbst aufmerksam und interpretiert das Gehörte durch Interjektionen, z. B. eine schlagende Uhr: Bimbam, bimbam.

Alle Sinneseindrücke, die dem Kind geboten werden, müssen eindeutig und gegensätzlich sein: warm und kalt, fest und weich, hell und dunkel.

3.5. Der Blickkontakt

Es kommt bei Kindern mit schweren Sprachentwicklungsbehinderungen häufig vor, daß sie keinen Blickkontakt aufnehmen. Die Therapeutin muß sich viel einfallen lassen, bis sie den Blick des Kindes »fesseln« kann. Für den Therapieerfolg ist der aufmerksame Blick des Kindes in das Gesicht der Therapeutin eine unerläßliche Voraussetzung für das Sprechenlernen. Die gewohnte Mimik stimuliert das Kind nicht. Mund-, Zungen- und Kieferbewegungen, die von den üblichen Sprechbewegungen abweichen, interessieren das Kind und regen es allmählich zum Nachahmen an.

3.6. Sprache und Bewegung

Besonders das nicht sprechende Kind findet Ausdrucksmöglichkeiten in der Bewegung. Sich bei Gefahr an den Erwachsenen klammern, ist eindeutiger Ausdruck für Angst. Die Sprache der Bewegungen lernt die Therapeutin schnell kennen. Sie reagiert auf jede Aufforderung zu kommunikativem Tun. Sie kommt dem Kind immer wieder mit geöffneten Händen entgegen, läßt Spielzeug zwischen sich und dem Kind hin und her gehen und begleitet jede Gebärde mit Lautspielen, kurzen Hinweisen. Wiederholungen durchziehen in stetiger Folge die Behandlung. Sowohl die Bewegungsabläufe wie auch die Lautspiele werden immer wiederholt, mal schneller, mal langsamer, mal lauter, mal höher, mal tiefer. So vertiefen sich die Eindrücke und können Ausdruck werden.

3.7. Vorstellung und Phantasie

Das nicht sprechende Kind kann nur durch das Spiel zu einer Sprachanbahnung kommen. Die Therapeutin greift jede Spielidee, die vom Kind kommt, sofort auf, da im Spiel Erlebnisse positiver und negativer Natur verarbeitet werden. Das Phantasiespiel hat einfache Hantierungen aus dem täglichen Leben zum Inhalt. Daß das Phantasiespiel dem jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes entsprechen muß, ist Voraussetzung für seine positive, d.h. therapeutische Einwirkung. Die Intensität des Therapeuten im konzentrierten Spiel, seine Flexibilität im Wechsel der Spielideen sind Voraussetzung für den Therapieerfolg.

3.8. Sprache und Denken

Durch Lernspiele erweitert sich das Sprachverständnis des Kindes. Allmählich erkennt es Zusammenhänge, es beginnt die Objekte zu ordnen. Es »zählt«, indem es auf die Gegenstände tippt, es ordnet Gleiches zu Gleichem, es sortiert nach Größen oder Farben. Durch intensive Förderung kann ein nicht sprechendes Kind in die Kulturtechniken eingeführt werden. Durch das wachsende Sprachverständnis im kognitiven Bereich schreitet die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit fort und bahnt damit auch den Weg zum Sprechvermögen.

3.9. Schlußbetrachtung

Es gibt kein System, nach dem Sprache entwickelt werden kann. Dafür sind die Symptome zu unterschiedlich. Die Voraussetzungen der einzelnen Kinder sind nie gleich. Der Therapieplan wird gemeinsam mit der Mutter aufgestellt. Einige wichtige Hinweise stehen am Anfang jeder Behandlung, die von jeder Bezugsperson beachtet werden müssen:

- Zwinge dein Kind nie unter Androhung von Strafe, ein Wort nachzusprechen!
- Sage nie, dein Kind sei zu faul zum Sprechen!
- Höre deinem Kind stets ruhig zu, wenn du es auch nicht verstehen kannst!
- Verlange nichts von deinem Kind, was es nicht leisten kann!

Der Therapeut sollte eine Stimme besitzen, über die er frei in bezug auf Tonhöhen, Dynamik und Flexibilität verfügen kann. Dazu braucht er die Durchbildung seiner Sprechwerkzeuge, die eine hervorragende Plastizität der Laute gewährleistet, die weit über den Rahmen einer Alltagssprache hinausgehen muß. Er bedarf einer Atemtechnik, die den Stimmapparat stützt, so daß keine Ermüdungserscheinungen auftreten. Für die multidimensionale Behandlung muß dem Therapeuten nicht nur ein großer Schatz an Fingerspielen, Kinderreimen und -liedern zur Verfügung stehen, noch wichtiger sind die nie versagenden, phantasievollen Einfälle, um immer wieder alle heilpädagogischen Anliegen verwirklichen zu können. Um das Kind auf seinem jeweiligen Entwicklungsstand erfassen zu können, muß der Therapeut über ein Wissen auf dem Gebiet der Entwicklungs- und Verhaltenspsychologie verfügen.

Anschrift der Verfasserin:

Waltraut Seyd, Wischenweg 6, 3103 Bergen 2 OT Sülze.

Sprachheilzentrum — Sprachheilschule — Sprachheilambulanz Überblickartige Darstellung über Schwerpunkte der institutionellen Betreuung sprachgeschädigter Kinder

Dem Faktum der erst relativ kurzzeitig institutionalisierten Betreuung sprachgeschädigter Kinder in Deutschland¹ entsprechend ist es verständlich, daß etwa nach *Orthmann* (1977, S. 13) erst maximal ein Viertel »der sonderschulbedürftigen sprachbehinderten Kinder« zweckentsprechend beschult ist, wobei sich in den Bundesländern teilweise stark voneinander abweichende Betreuungssituationen ergeben.

Von da her versteht sich eine Erörterung, wie sich schwerpunktweise die institutionelle Betreuung sprachgeschädigter Kinder in der Bundesrepublik Deutschland darstellt:

1. Begriffsbestimmung

Die Bezeichnungen für die hier angesprochene Zielgruppe sind nicht einheitlich: So gibt es die Nomenklaturen:

- a) Sprachkranke,
- b) Sprachbehinderte,
- c) Sprachgeschädigte,

denen zum Teil zwar unterschiedliche Typologie-Aspekte zugrunde liegen, darüber hinaus aber auch in etwa gewisse Synonymitäten anhaften. Dementsprechend differieren auch die Begriffskonstellationen:

- a) Sprachbehinderten- bzw.
- b) Sprachgeschädigtenpädagogik

oder

- a) Schule für Sprachbehinderte bzw.
- b) Schule für Sprachgeschädigte.

In Anlehnung an die sich im deutschen Sprachraum mehr und mehr durchsetzenden Oberbegriffsnomenklaturen:

Hörgeschädigte für Gehörlose und Schwerhörige sowie
Sehgeschädigte für Blinde und Sehbehinderte

würde sich wohl der Terminus Sprachgeschädigte mit den entsprechenden Wortkonstellationen am ehesten empfehlen, wobei zugleich die Bezeichnung »Behinderte«, die wort-sphärisch zum Teil negativ besetzt zu sein scheint, entfielen.

Wenn bei dieser Darstellung als Basisnomenklatur der Ausdruck »Sprachheil...« (mit den entsprechenden Wortkonstellationen) Verwendung findet, so entspricht dies der »heilpädagogischen Sehweise« und kommt auch dem Bedürfnis nach komprimierender Wortgriffigkeit entgegen.

1.1. Sprachheilzentrum

Der Terminus »Sprachheilzentrum« steht für die stationäre sprachtherapeutische Langzeitinstitution, z. B. »Sprachheilzentrum Werscherberg« in Bissendorf bei Osnabrück. Alternativtermini sind etwa:

- a) Sprachheilheim (beispielsweise: Landessprachheilheim in Meisenheim/Glan, Rheinland-Pfalz),
- b) Sprachheil-Kurheim (beispielsweise: Sprachheil-Kurheim in Bonn-Oberkassel, Nordrhein-Westfalen).

¹) Gründung der ersten deutschen Sprachheilschule 1910 in Halle (vgl. *Werner* 1979, S. 43).

1.2. Sprachheilschule

Die Sprachheilschule, ersatzweise auch Schule für Sprachbehinderte bzw. Sprachgeschädigte, ist eine Institution, in der sprachtherapeutische Maßnahmen neben regulärer lehrplanimmanent unterrichtlicher Betreuung stehen. Beide Arbeitskriterien werden vom sprachtherapeutisch-schulpädagogischen Syntheseansatz her bestmöglich miteinander in Einklang gebracht und verbunden.

1.3. Sprachheilambulanz²

Unter »Sprachheilambulanz« ist hier speziell einerseits die sprachheilambulante Behandlung durch haupt- oder nebenamtlich tätige Fachpädagogen zu verstehen, die entweder reihum die Schulen besuchen und sprachgeschädigte Kinder sprachtherapeutisch meist individuell betreuen oder zu denen sprachgeschädigte Kinder in zentral gelegene Beratungs- bzw. Behandlungsstellen gebracht werden, um dort sprachtherapeutisch betreut zu werden; andererseits ist darunter auch die Behandlungsdependance im weiteren Sinne zu verstehen, für die — soweit nur die Betreuungsstelle gemeint ist — teilinhaltlich auch der Ausdruck »Sprachheilambulatorium« im Sprachgebrauch ist.

2. Aufgabe und Funktion der sprachtherapeutischen Betreuungsinstitutionen

Den angesprochenen Betreuungsinstitutionen für sprachgeschädigte Kinder kommen unterschiedliche Aufgaben und Funktionen zu. Dies hängt einerseits vom Sprachschädigungsstatus der Zielgruppe, andererseits aber auch vom jeweiligen Behandlungsaspekt ab, unter dem die spezifische Institution ihre Aufgabenstellung sieht:

2.1. Aufgabenstellung und Wirkradius des Sprachheilzentrums

Da die Zielgruppe eines Sprachheilzentrums im Sinne eines sprachtherapeutischen Kurheims mit stationärem Aufenthalt der zu Betreuenden von schweren Sprech- bzw. Sprachschädigungen ausgeht, steht zumeist die gesamte Betreuungsspezifik unter dem Aspekt der Sprachtherapie bzw. sprech- und sprachtherapeutischen Einflußnahme.

Im wesentlichen werden hier Kinder mit schwerwiegenden »Artikulations«- bzw. »Redeflußstörungen« (im Sinne von *Schulze* 1979, S. 16 f.) sowie erheblichen Sprachstörungen, mitunter auch mit gravierenden Lese-Rechtschreib-Schwächen in »intensive(r) mehrdimensionale(r) Therapie« (nach *Zuckrigl* 1979, S. 49) behandelt.

Die Therapie-Mehrdimensionalität geht von der Schädigungsspezifik aus und umfaßt im wesentlichen die Behandlungskomponenten:

- a) HNO-fachärztliche Therapie (je nach Erfordernis),
- b) psychologische Behandlung,
- c) auditive bzw. visuelle Wahrnehmungsschulung,
- d) rhythmisch-musikalische Erziehung/Schulung der Motorik,
- e) eigentliche Sprech- und Sprachtherapie, d. h. Artikulation bzw. Artikulationskorrektur, Stotterer-, eventuell auch Poltererbehandlung, laut- und schriftsprachbezogener Sprachausbau in lexikaler, grammatisch-formaler bzw. syntaktischer Hinsicht und spezielle Übungen zum Abbau von Lese-Rechtschreibschwächen.

Die Behandlungsdauer in einem Sprachheilzentrum schwankt und hängt vornehmlich vom Therapieerfolg und damit indirekt auch vom jeweiligen Sprachschädigungsgrad ab. Als Mittelwert des stationären Aufenthaltes gilt ein halbes bis ein ganzes Jahr.

2.2. Funktionsbereich der Sprachheilschule

Ist die Aufgabenstellung des Sprachheilzentrums — von Ausnahmen der Mischform abge-

² Unabhängig vom Lehnwortinhalt »Ambulanz« wird hierunter der eigentliche Inhalt des substantivierten Verbs »ambulare« gesehen.

sehen — vorwiegend rein sprech- und sprachtherapeutisch ausgerichtet, so weist das Grundwort »schule« auf die zum Teil anders konzipierte Funktionalität und Aufgabenstellung der Sprachheilschule hin:

- a) Einerseits gilt zweifellos das Prinzip der Sprech- und Sprachtherapie, wie sie im wesentlichen bereits in der Behandlungsdarstellung im Zusammenhang mit dem Sprachheilzentrum skizziert wurde.
- b) Andererseits ist das Wesen der Schule verpflichtend auf systematischen Unterricht in den verbindlichen Fächern nach lehrplanspezifischen Anforderungen ausgerichtet.

Beide Zielrichtungskomponenten optimal miteinander kombinierend bzw. ineinander übergehend und einander ergänzend konstellierend, soll die Sprachheilschule einen spezialisierenden Mittlerdienst leisten, der

- a) die Sprachschädigung abbaut, so daß der frühestmögliche Übergang in reguläre Schulen der Primarstufe bzw. Sekundarstufe I ermöglicht wird, und
- b) den unterrichtsspezifischen Wissens-/Fertigkeits-/Befähigungsstatus sicherstellt, der den Anschluß an die Curricularanforderungen der Reguluschulen gewährleistet.

Aus diesen Grundsätzen ergibt sich als Grundforderung, daß die Sprachheilschule im eigentlichen Sinne die Basisinstitution für solche sprachgeschädigten Kinder darstellt, die weder

- a) als schwer Sprachgeschädigte in Sprachheilzentren noch
 - b) als leicht Sprachgeschädigte in ambulanter Behandlung
- im Hinblick auf vollständige Rehabilitation betreut werden müssen.

2.3. Aufgabenstellung der Sprachheilambulanz

Kinder mit Sprachauffälligkeiten und nicht so schwerwiegenden Sprachschädigungen sollten selbstverständlich im Unterricht der Reguluschule verbleiben, um hier den Optimalanschluß u. U. an den Unterricht weiterführender Schulen zu sichern.

Um jedoch leichte Sprachschädigungen bzw. Sprachauffälligkeiten abzubauen, bedarf es der Behandlung durch sprachheilspezifisch ausgebildete Fachpädagogen, die namentlich die Therapie bei

- a) Stammlern,
- b) nicht gravierend redeflußgestörten und
- c) leichtgradig sprachgestörten Kindern

sicherstellen und ambulant, d. h. durch fachpädagogische Therapie

- a) in Regelschulen mit entsprechenden Kindern und
- b) in therapeutischen Beratungs- bzw. Behandlungsstellen, in die solche Kinder verbracht werden,

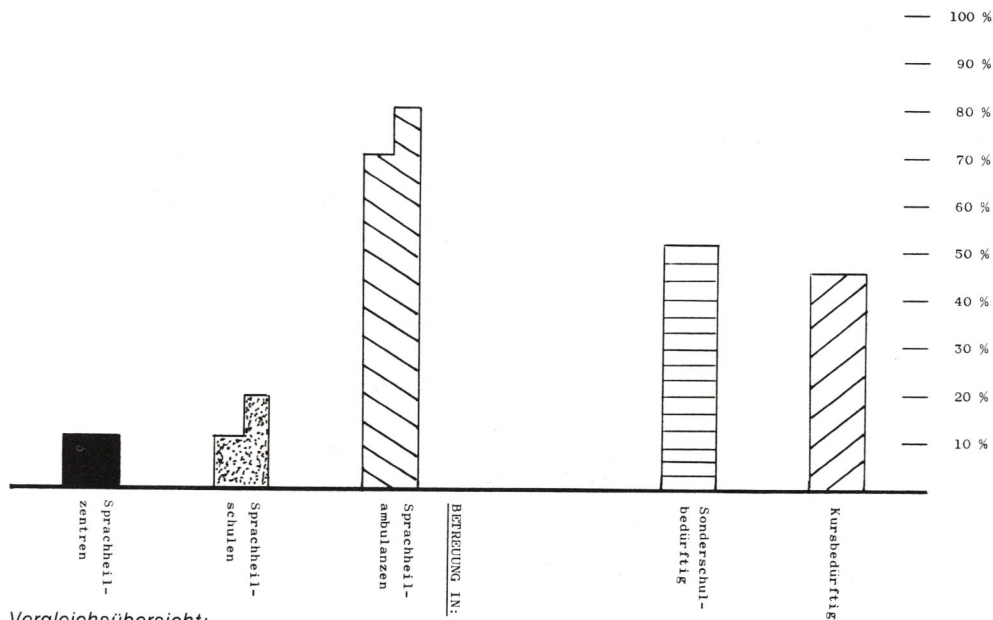
wahrnehmen.

3. *Situation der institutionellen sprachheilpädagogischen Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland*

Die Angaben über den Prozentualanteil sprachgeschädigter Kinder an der Zahl der Schulpflichtigen schwanken, zeigen jedoch eine erkennbare Tendenz auf die Prozentmarken an sprachgeschädigten Kindern

- a) mit 0,7 Prozent an kursbedürftigen und
- b) mit 0,8 Prozent an sonderschulbedürftigen Kindern (Werner 1979, S. 43 f.; Orthmann 1972, S. 6);

die eindeutige statistische Absicherung dieser Prozentmarken freilich steht noch in Frage. (Vgl. hierzu die Vergleichsübersicht, die eine jeweils auf 100 Prozent umgesetzte Gegen-



Vergleichsübersicht:

Institutionelle Betreuung — Betreuungsbedürftigkeit sprachgeschädigter Kinder

überstellung betreuungsbedürftiger sprachgeschädigter Kinder zur institutionellen Betreuung zeigt.)

Diesen Werten der eigentlich erforderlichen Betreuung

- a) in kurzzeitig-vorübergehender und
- b) in systematisch sprachheilschulischer Behandlung

steht — analog eigener Erhebungen — eine (mit Schwankungen) gegenwärtig in der Tendenz bundesweit praktizierte sprachheilpädagogische Betreuung gegenüber, die noch wesentliche Aufwärts-, Weiter-, aber auch Korrektorentwicklungen erfordert!

Danach müßte das Angebot an Sprachheilschulen noch wesentlich zunehmen, während die Therapieersatz-Institution »Sprachheilambulanz« in hierzu fast adäquat umgekehrt proportionaler Weise reduziert werden könnte und sollte.

Resümierend ist festzuhalten, daß zwar einerseits soviel Sprachheilschulen wie nötig geschaffen, wenngleich andererseits aber auch soviel flankierende Eingreiftherapiemaßnahmen wie möglich geboten werden sollten, damit sprachgeschädigte Kinder möglichst in ihrem Lebensumfeld verbleiben und in diesem rehabilitativ den vollen Gesellschaftsanschluß finden können.

Literatur

Orthmann, Werner: Einführung. In: Schulische Betreuung sprachbehinderter Kinder. Zusammenge- stellt von Werner Orthmann. Berlin 1972.

Orthmann, Werner: Didaktische und methodische Maßnahmen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Der Sprachheilpädagoge 9 (1977) 4.

Schulze, Arno: Erscheinungsformen gestörter Sprache im Überblick. In: Handbuch der Behinderten- pädagogik. Band 2. München 1979.

Werner, Lothar: Schulische Förderung Sprachbehinderter. In: Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 2. München 1979.

Zuckrigl, Alfred: Institutionen für Sprachbehinderte. In: Handbuch der Behindertenpädagogik. Band 2. München 1979.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Johannes Michels, Direktor der Niedersächsischen Landesgehörlosenschule Osnabrück, August-Hölscher-Straße, 4500 Osnabrück.

dgs

Ref. ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

INFO

Lieber Leser,

Sie gehören ja wohl nicht zu denen, die die »SPRACHHEILARBEIT« zur Seite legen, ohne auch den hinteren Teil gelesen zu haben. Dann wissen Sie natürlich auch über das Angebot von PLAKATEN und FALTBLÄTTERN Bescheid, das im Heft 5, Seite 301/302, dargestellt war. — Auf der Hauptvorstandssitzung in Ravensburg (und nicht nur da) fanden die Drucksachen Interesse und Lob, und dort wie fast überall ließen ihr Aushang und ihre Wirkung in der Öffentlichkeit oftmals eine programmatische Debatte entstehen. Dieser Debatte sollte sich die dgs nicht entziehen, denn Verbandsarbeit in der Gesellschaft kann sich nicht auf Verwaltung des »Ist-Zustandes« beschränken, sondern muß dahin gehen, Perspektiven für zukünftige Arbeit aufzuzeigen und diese Anliegen der Öffentlichkeit verständlich zu machen.

In diesem Sinne und mit guten Wünschen für die bevorstehenden Festtage

Dieter Fichtner

Sprachheilarbeit im Pressespiegel

DER **Ausschnitt** 1 BERLIN 45, Telex: 1-83538-üh-
Auffl. i. Tsd. | lt. Stamm : 23,7; ü
Richtung: | 1981
Gießener Anzeiger - 4. 11. 81 S
6300 Gießen (HE)

Neue Broschüre für die Gesundheitsberufe

Magburg (os). Die in der Schriftenreihe der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung erschienene Informations-Broschüre über die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in Hessen ist jetzt in einer neuen, grundlegend überarbeiteten Auflage herausgebracht worden. Sie enthält vor allem eine Übersicht über die Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für nichtärztliche Gesundheitsberufe und eine detaillierte Darstellung dieser Tätigkeiten, von der Krankenschwester und dem Krankenpfleger über die Medizinisch-Technische Assistentin, den Diätassistenten und den Krankengymnasten bis hin zum Masseur, dem Logopäden und dem Orthoptisten.



Für
einen »Blick
über den
Gartenzaun«
empfohlen



In der Regionalausgabe der »Schwäbischen Zeitung« (sie hat in der Region einen Anteil von über 80 Prozent) erschien:

DSG* tagt in Ravensburg

Damit der Lispler nicht zum Außenseiter wird

Eine Gruppe von fünf vernünftigen Kindern rangelt um einen großen blauen Ball. Nur ein kleiner Bub steht einsam und traurig im Abseits. Keiner will mit ihm spielen — er kann ja nicht mal richtig sprechen. „Spricht Ihr Kind wie andere Kinder?“ so fragt ein Plakat, das die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (DGS) gestern bei ihrer Jahrestagung in Ravensburg vorgestellt hat.

Bundesweit soll damit jetzt in Kindergärten, Schulen, Arztpraxen und Behörden für ein sorgfältigeres Hinsehen auf mögliche Sprachschäden bei Kindern geworben werden, damit so früh wie möglich mit einer Sprachheilbehandlung begonnen werden kann.

Die Chancen nämlich stehen gut: Lispler, Stammeler, zu einem Gutteil sogar Stotterer können durch gezieltes Training ihren Sprachfehler loswerden und damit — fast noch wichtiger, wie im Ravensburger Sprachheilzentrum mit Nachdruck betont wurde — Folgestörungen vermeiden.

Oft nämlich kommt's vor, daß — genau wie auf dem Plakat — ein Kind seines Sprachfehlers wegen aneckt, von den anderen gehänselt und schließlich zum Außenseiter wird. Aus physischen Auffälligkeiten werden leicht psychische Belastungen, erklärt die Gesellschaft, der rund 3000 Sprachheillehrer, Sprachtherapeuten, Logopäden, Atem- und Stimmlehrer angehören.

Als Faustregel gilt: wenn ein Kind mit drei Jahren noch gar nicht und mit fünf Jahren noch nicht lautreim spricht, sollte ein Fachmann hinzugezogen und eine Therapie begonnen werden. Das kann ambulant in einer Praxis geschehen oder aber in einer Sprachheilschule. Informationen erteilt die Landesgruppe Baden-Württemberg der DGS im Sprachheilzentrum Ravensburg. (see)

* Anmerkung der Redaktion: Wurden wir hier etwa mit der Deutschen Schlafwagengesellschaft verwechselt?

Spricht Ihr Kind wie andere Kinder

2 S 6266 A

Schwäbische Zeitung

UNABHÄNGIGE ZEITUNG FÜR CHRISTLICHE KULTUR UND POLITIK

Samstag, 14. November 1981 - Nr. 264

Preis - 80, samstags - 90

Ausgabe Ravensburg



»Aufhänger« für die Öffentlichkeitsarbeit war diesmal die Arbeits-sitzung des Hauptvorstandes der DGS am 13. und 14. November 1981 in Ravensburg. Aus diesem Anlaß wurde die regionale Presse zu einer Pressekonferenz eingeladen, in deren Mittelpunkt u. a. die Vorstellung des Plakates und die Ankündigung des Kongresses 1984 standen. Das Plakat wurde großformatig im Landesteil der »Schwäbischen Zeitung« abgedruckt und mit dem hier nachzulesenden Unter-text versehen. df

Fachleute beraten über Hilfe für sprachgestörte Kinder

»Spricht Ihr Kind wie andere Kinder?« So fragt ein Plakat, auf dem ein traurig abseitsstehender Bub abgebildet ist, während im Vordergrund eine fröhlich plaudernde Kinderschar Ball spielt. Das Plakat und Faltschichten dieser Art sollen Eltern, deren Kinder nicht richtig sprechen, dazu veranlassen, die notwendigen Schritte zu tun, damit diese Kinder entsprechend behandelt werden können. Die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (DGS), der über 3000 Sprachheillehrer, Sprachtherapeuten, Logopäden, Atem- und Stimmlehrer angehören und die seit gestern und auch noch heute in Ravensburg tagt, will solche Plakate und Faltschichten mit weiteren wichtigen Hinweisen für Eltern im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit an Schulen, Arztpraxen, Kindergärten und Behörden verteilen, damit sie dort ausgehändigt werden können. Nicht zuletzt um eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit im Interesse sprachgestörter Kinder geht es bei der Ravensburger Tagung der DGS, deren Gastgeber in Ravensburg die Landesgruppe Baden-Württemberg ist, vertreten durch ihren Landesgruppenvorsitzenden Otmar Stöckle vom Sprachheilzentrum Ravensburg. Der Einladung nach Ravensburg folgte der Vorstand der DGS deshalb mit besonderem Interesse, weil sie hier 1984 einen bundesweit und international stark beachteten Kongreß abhalten will.

Umschau

9. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik führte am 3. und 4. Oktober 1981 ihre 9. Mitgliederversammlung in Heidelberg durch. Schwerpunktmäßig wurde auf Themenbereiche zur wissenschaftstheoretischen Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik eingegangen.

Nach einem Vortrag von Prof. Dr. Dr. M. Sovák und der Vorlage verschiedener Thesenpapiere fand eine lebhafte Diskussion statt, die sich auf Zusammenhänge von didaktischer Theoriebildung und institutioneller Beschulungsform konzentrierte.

Auf der nächsten Sitzung ist ein Treffen mit einem Vertreter der Logopädenausbildung vorgesehen, um über Fragen der Ausbildungsinhalte und -formen der beiden Berufsgruppen zu diskutieren.

Manfred Grohnfeldt

Kurs Akzentmethode

Vom 5. bis 8. April 1982 findet in Wasserliesch/Mosel bei Trier ein von Professor Dr. Svend Smith geleiteter Intensivkurs in der Akzentmethode (Ganzheitsmethode zur Therapie bei kommunikativen Störungen) statt. Der Kurs umfaßt 24 Unterrichtsstunden (täglich 6 Stunden).

Weitere Informationen oder umgehende Anmel-

dung (da Beschränkung auf 30 Teilnehmer) an Prof. Dr. Svend Smith, Bakkedal 13, DK-2900 Helleup.

Elementare Musik und Szene

Der 14. Lehrgang der Mühlberger Fortbildungskurse findet in der Zeit vom 14. bis 18. April 1982 in Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern, statt.

Der Kurs stellt Modelle und Materialien vor, die ihre Anwendung in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der elementaren Sprech- und Bewegungserziehung, in der Sozial- und Behindertenpädagogik, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung finden.

Thematische Schwerpunkte: Elementare Instrumente und ihre Spieltechnik — Improvisation Klang-Bewegung-Sprache — Sensomotorische Übung — Multimediale Spielformen — Puppenspiel — Elementares Musiktheater.

Leitung: Dr. Claus Thomas, Freiburg — Dr. Werner Thomas, Heidelberg. Referenten: Josef W. Janicke, Bonn — Nicola Kudraß, Hildesheim — Barbara Kaumeyr, Heidelberg.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, D-8032 Lochham bei München (Anmeldeschluß: 1. März 1982).

Aus der Organisation

Landesgruppe Bayern

Sprachbehindertenpädagogen zeigen große Bereitschaft für Fortbildung

In den letzten Monaten fanden im bayerischen Raum verschiedene Veranstaltungen statt, die von Mitarbeitern der Schulen für Sprachbehinderte stark besucht wurden. Obwohl die Tagungen zumeist in der Freizeit und an Wochenenden abgehalten wurden, ließen sich die Sprachbehindertenpädagogen in großer Zahl von einer Teilnahme nicht abhalten. Sie demonstrierten damit zum wiederholten Male ihre große Bereitschaft zur Fortbildung.

In der Zeit vom 12. bis 14. Oktober veranstaltete die Universität Würzburg einen *Heilpädagogischen Kongreß*. Einige besonders interessante Beiträge

verdienen hier erwähnt zu werden: Radigk »Lernen als Kommunikationsprozeß«, F. Klein »Entwurf eines heilpädagogischen Studiengangs für Früherzieher«, U. Haupt »Grundstruktur einer Entwicklungsförderung schwerstbehinderter Kinder in der Schule« und Baumgart »Betreuung von Hirnverletzten — eine Aufgabe für Sonderpädagogen«. Leider entfiel — wie schon auf dem VDS-Kongreß in Braunschweig — der angekündigte Beitrag von Heidtmann/Dupuis »Differentialdiagnose sprachgestörter Kinder«.

Unmittelbar im Anschluß an den Heilpädagogischen Kongreß führte an der Universität Regensburg die Deutsche Gesellschaft für Sprechwissenschaft und Sprecherziehung ihre 16. Fachtagung durch. Das Thema »*Mündliche Kommunikation: Störungen und Therapie*« lockte erneut eine große

Zahl Sprachbehindertenpädagogen an. Aus dem umfangreichen Angebot wurden von unseren Kollegen vor allem folgende Referate besucht: Bartsch »Entwurf einer handlungsorientierten Sprachtherapie«, v. Fragstein »Funktionelle Stimmstörungen als Kommunikationsstörungen«, Thomas »Sensomotorisches Training und nonverbales Kommunikationsspiel«. Hervorgehoben werden darf, daß auf dem Festabend zum 50jährigen Bestehen der DGSS unsere Lehrstuhlinhaberin von der Universität München, Frau Prof. Dr. Kotten-Sederqvist, einen beachtenswerten Vortrag hielt.

Mit dem Tagungsleiter, Herrn Dr. Dieter-W. Allhoff, konnten wir eine über diese Veranstaltung hinausreichende Bekanntschaft schließen: Unsere Einladung zur *Herbsttagung der LG Bayern* der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik nahm Herr Dr. Allhoff gerne wahr. Auf dieser Tagung, die am 24. Oktober 1981 an der G.-Britting-Schule für Sprachbehinderte in Regensburg in gewohnt bestens organisierter Weise stattfand, konnte der Berichterstatter erneut 90 Besucher begrüßen. Als Referent sprach Herr Dr. Flosdorf, Würzburg, über das Thema »Psychotherapeutische Behandlung stark Stotternder in einer stationären Einrichtung«. Herr Dr. Flosdorf verstand es ausgezeichnet, seinen Zuhörern den heilpädagogischen Ansatz dieser Unterweisung zu erläutern. Offen blieb allerdings die Umsetzbarkeit aller Vorschläge für den Schulbetrieb. Auch die sehr lebhaft diskutierte Diskussion konnte hier keinen endgültigen Weg finden.

Ein vorläufiger Höhepunkt im Rahmen der Veranstaltungskette war das Wochenendseminar »*Verhaltenstherapie des Stotterns*« mit Prof. Dr. W. Wendlandt, Berlin, im Schullandheim Heidenheim vom 30. Oktober bis 1. November 1981. Aus ganz Bayern waren 18 Sprachbehindertenpädagogen angereist. Keiner der Teilnehmer brauchte es zu bereuen, daß er seine »Herbstferien« geopfert hatte. Verstand es doch Herr Wendlandt in sehr sympathischer Weise, uns in die Technik verhaltenstherapeutischer Arbeit bei Stotterern einzuführen. Fragen des Angstabbaus, des Entspannungstrainings, eines Selbstsicherheitstrainings und der Modifikation des Sprechverhaltens wurden in zumeist lebendiger Selbsttätigkeit von den Teilnehmern erfahren und neu verstanden. Nicht zuletzt durch die harmonische Atmosphäre und die große Bereitschaft aller Teilnehmer, zum Gelingen persönlich beizutragen, erbrachte diese Tagung ein sehr erfreuliches Ergebnis.

Aus Anlaß des zehnjährigen Bestehens der Maria-Stern-Schule für Sprachbehinderte in Würzburg fand am 12. November 1981 eine akademische Festveranstaltung statt, auf der Frau Prof. Dr.

Gerda Knura, Köln, den Festvortrag hielt. Frau Knura sprach über das Thema »*Zur Frage der Differentialdiagnostik bei Sprachentwicklungsverzögerungen*«. Das Referat behandelte vorwiegend interessante Forschungsergebnisse aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum. So stellte die Referentin bedeutsame Testinnovationen von J. Cooper, London, und relevante Untersuchungen von J. Miller, USA, vor. Die neue Sichtweise, daß nämlich »normal« und auffällig sprechende Kinder den gleichen Testbedingungen ausgesetzt werden und dann aus der Relation der Ergebnisse auf den Grad der Behinderung geschlossen wird, hat die zahlreich anwesenden Fachleute sehr beeindruckt.

Die Veranstaltung fand in einem überaus ansprechenden Rahmen statt. So kam eine Gruppe Vorschulkinder zu Wort, und es sprachen der Vorsitzende des Marien-Vereins und der Würzburger Schulleiter. Ein kleiner Imbiß beendete die gelungene Veranstaltung.

In eindrucksvoller Weise hat damit eine große Zahl der in Bayern tätigen Sprachbehindertenpädagogen ihre Bereitschaft zur Fortbildung dokumentiert — oft unter nicht geringen zeitlichen und finanziellen persönlichen Opfern. Es wäre unser großer Wunsch, wenn künftig auch die Akademie für Lehrerfortbildung in Dillingen mehr als bisher das große Fortbildungstreben der Sprachbehindertenpädagogen durch spezifische Angebote würdigen würde.

K. Thierbach

Landesgruppe Hessen

Am 4. und 5. September 1981 fand in Frankfurt/Main in der Schwerhörigenschule am Sommerhoffpark die Tagung der Landesgruppe Hessen unter Einschluß der Jahreshauptversammlung statt. Die dabei gebotenen Fortbildungsreferate standen unter dem Rahmenthema »Sprachstörungen, Hörstörungen — Diagnose und Therapie«.

Folgende Vorträge wurden gehalten:

Peter Keller, Bad Nauheim: Früherkennung von Hörstörungen und Maßnahmen der Frühförderung.

Hildegard Schäfer, Gießen: Diagnostische Möglichkeiten mit der Bildwortserie zur Lautagnosieprüfung.

Hans Fink, Staufenberg: Möglichkeiten und Grenzen der Integration von sprach- und hörbehinderten Kindern.

Helmut Metzker: Zur Neufassung des Stammler-Prüfbogens.

Am Abend des 4. September gab es bei der Mitgliederversammlung die Wahl eines neuen Vor-

standes, da die bisherigen Vorstandsmitglieder nach achtjähriger Tätigkeit die Arbeit jüngerer Kollegen übergeben wollten. Das Wahlergebnis erbrachte:

1. Vorsitzender: Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1.

2. Vorsitzender: Reinhard van Husen, Taunusstraße 12, 6220 Rüdesheim.

Geschäftsführer: Eric Heller, Lilienthalstraße 11, 3570 Stadtallendorf 1.

Rechnungsführer: Hans Dieter Fischer, Eichenweg 6, 6350 Bad Nauheim-Schwalheim.

Referent für Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit: Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1.

Verbindung zu anderen Verbänden: Ada Colnot, Biebricher Allee 65, 6200 Wiesbaden.

Vertreter der Sprachheilbeauftragten: Peter Keller, 6350 Bad Nauheim.

Am 5. September wurde die Schwerhörigenschule eingehend besichtigt, und es gab eine Ausstellung von Behandlungsmaterialien für hör- und sprachbehinderte Kinder.

Inzwischen ist der neue Vorstand bereits sehr aktiv geworden. Es gab Verhandlungen mit den Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern für eine 80:20-Prozent-Kostenteilung für Sprachtherapie, die sich nach anfänglichem Optimismus zur Zeit leider wieder festgefahren haben.

Als wichtigste Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsveranstaltung werden die 7. Berchtesgadener Tage vorbereitet, die vom 29. März 1982 bis zum 3. April 1982 stattfinden und hauptsächlich der Praxis der Aphasiebehandlung und der Stotterer-Selbsthilfe dienen sollen. Interessenten fordern bitte umgehend die Tagungsunterlagen an bei Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1.

Arno Schulze

Bücher und Zeitschriften

A. Tuckermann: Down-Kind Andreas. Der Weg eines Heimkinds. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1981. 148 Seiten, 38 Abbildungen. Kartoniert 23,50 DM.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Studierende wie Berufsanfänger der Sonderpädagogik noch am besten an ausführlichen Falldarstellungen lernen können, aber auch der langjährige Praktiker vergleicht seine eigenen Erfahrungen gern mit denen anderer.

In dem Buch von Tuckermann geht es noch um mehr: Hier kann nicht nur die Fachwelt weitere Anregungen zur Erziehung von Down-Syndrom-Kindern bekommen, sondern die Darlegungen eignen sich auch vorzüglich zur Aufklärung der Öffentlichkeit (natürlich u. U. noch besonders aufbereitet).

Es wird ausführlich das Schicksal eines Kindes beschrieben, das mit Vakuumextraktion und mit zweifacher Nabelschnurumschlingung blausphryktisch sowie mit allen Anzeichen des Down-Syndroms geboren wurde. Da Eltern und Großeltern das Kind ablehnten, kam es aus der Klinik sofort ins Heim, aus dem es erst durch die jetzige Pflegemutter in seinem 6. Lebensjahr herausgeholt wurde.

Nach Schilderung des Down-Syndroms zu Anfang des Buches wird der Weg des Kindes in den ersten 5 1/2 Jahren nachgezeichnet, soweit er aus Akten

und Aussagen noch ersichtlich war. Dann folgen die Beobachtungen über die Gesamtsituation des Kindes und über seine weitere Entwicklung, die durch bestimmte Fördermaßnahmen besonders positiv beeinflußt werden konnte.

Die dargelegten Erfolge sind ein hervorragendes Plädoyer für die Erziehung eines schwer behinderten Kindes in einer Familie und gegen manche vorschnelle Abschiebung ins Heim.

Arno Schulze

F. G. Wetzel: Kognitive Psychologie.

Eine Einführung in die Psychologie der kognitiven Strukturen von Jean Piaget. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 1980. 292 Seiten. Leinen 34 DM.

Selten hat ein Lebenswerk die Sozialwissenschaften so beeinflußt wie das von Piaget. Das vorliegende Buch gibt für den deutschen Sprachbereich einen großartigen Überblick und eröffnet so auch den bisher Fernerstehenden den Zugang zur kognitiven Psychologie. Besonders werden der Strukturalismus als kognitive Handlungstheorie, die Entwicklungstheorie rationaler Konstruktionsprozesse, das Lernen und der intelligente Verhaltenswerb sowie die Frage »Wahrnehmung und Intelligenz — Registrieren oder Konstruieren?« ausführlich besprochen.

Weitere Akzente erhalten die sensomotorische Intelligenz, das voroperatorische, zentrierte Den-

ken und das operatorisch dezentrierte und rationale Denken. Im Schlußkapitel wird noch auf den konstruktivistischen Rationalismus in der Erkenntnistheorie Piagets eingegangen.

Da das Buch den schwierigen Stoff noch in relativ verständlicher Sprache aufbereitet, kann es empfohlen werden.

Arno Schulze

H.-U. Wittchen und M. M. Fichter: Psychotherapie in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Unter Mitarbeit von A. Dvorak und J. Koch. 1980. 235 Seiten. Kartoniert 36 DM.

Erika Kwiatkowski: Psychotherapie als subjektiver Prozeß. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung. 1980. 216 Seiten. Kartoniert 29 DM.

Sabine Weinberger: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Ein Lern- und Übungsprogramm. 1980. 212 Seiten. Kartoniert 26 DM.

G. Fatzer und H.-H. Jansen: Die Gruppe als Methode. Gruppendynamische und gruppentherapeutische Verfahren und ihre Wirksamkeit. 1980. 264 Seiten. Kartoniert 28 DM.

J. R. Aernout: Arbeitstherapie. Eine praxisorientierte Einführung. Aus dem Holländischen übersetzt von Ingeburg Sander. Deutsche Bearbeitung: Wolfgang Strehse. 1981. 310 Seiten. Kartoniert 34 DM.

Alle Bücher aus dem Beltz-Verlag, Weinheim und Basel.

Bei der Stotterer-Behandlung hat die Sprachheilpädagogik besondere Berührungspunkte mit der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie. Sei es, daß Redeflußgehemmte in ärztliche Psychotherapie überwiesen werden, sei es, daß entsprechend vorgebildete Sprachheilpädagogen selbst psychotherapeutisch arbeiten. In solchen und ähnlichen Fällen sind tiefere Kenntnisse über die verschiedensten nichtärztlichen psychotherapeutischen Verfahren außerordentlich wichtig.

Über den Stand der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland berichtet das Buch von Wittchen und Fichter aufgrund einer umfangreichen Untersuchung, die im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie durchgeführt wurde. So erfährt der Leser unter anderem über die Aus- und Fortbildung sowie über die berufliche Lage der im psychosozialen Bereich Tätigen, wobei die nichtärztlichen Berufsgruppen im Vordergrund stehen (z. B. Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Verhaltenstherapeuten, Individualpsycholo-

gische Therapeuten, Psychagogen und viele, viele andere). Obwohl große Mängel in der psychotherapeutischen Versorgung festgestellt werden (z. B. Gefahren durch das Überwiegen der nichtärztlichen Berater und Behandler sowie die regionale Ungleichverteilung der Therapeuten), zeigt das Buch auch eines ganz deutlich: das üppige Emporschießen immer neuer »Therapie-Grüppchen« mit immer neu oder etwas anders ausgedachten »Therapie-Methoden«. Eine, und meines Erachtens gerade die größte Gefahr ist kaum angesprochen: Die ständig wachsende Zahl von »Therapeuten« wird u. U. geradezu eine immer schneller steigende Zahl von »Therapiebedürftigen« mit erzeugen, so daß wir am Ende nur noch zwei Bevölkerungsgruppen haben, nämlich die oft vorschnell zu Behinderten und Kranken gestempelten und die, die sie »therapieren«.

Die weiteren hier angeführten Bücher scheinen mir symptomatisch zu sein für diese zugegebenermaßen etwas überspitzte Behauptung. Da versucht Erika Kwiatkowski eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung, mit der die Autorin besonders den theoretischen Standort der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie neu bestimmen will, wobei sie die »grundlagentheoretische Kontroverse innerhalb der ‚Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie‘ (‚GwG‘)« aufgreift (!).

Sabine Weinberger stellt dann ein Lern- und Trainingsprogramm der klientenzentrierten Gesprächsführung für Sozialpädagogen und Psychologen vor. Hier ist es einmal direkt wohltuend, daß nicht ständig von »Therapie« gesprochen, die inflationäre Ausweitung des Therapiebegriffes also nicht ausgesprochen mitgemacht wird. Für das Lernen einer pädagogischen und erzieherisch-verhaltensändernden Gesprächsführung kann das Buch besonders empfohlen werden.

Fatzer und Jansen möchten die Wirksamkeit gruppendynamischer und gruppentherapeutischer Verfahren herausstellen, die ihrer Meinung nach heute bereits zum allgemeinen Standard psychologischer Interventionsbereiche gehören (!). Dabei werden verschiedene konkurrierende (!) Methoden kritisch befragt. Die Verfasser meinen zum Schluß, daß auch in dieser Hinsicht der »Psychotherapieboom« Erwartungen geweckt hat, die nicht erfüllt werden konnten; ein »Therapeutengesetz« sollte schnellstens zu einer Einengung dubioser Therapie- und Gruppendynamikformen führen.

Die Arbeit wird ebenfalls schon lange auch in Form der Arbeitstherapie gesehen. Frau J. R. Aernout will eine praxisnahe Einführung in die sozialpsychiatrische Konzeption der Arbeitstherapie geben und ihre Bedeutung in der »therapeuti-

schen Kette« (!) herausstellen. Auch dazu gehört natürlich die Herausarbeitung eines besonderen Berufsbildes des »Arbeitstherapeuten« (!).

Dem Leser, der Pädagoge ist, ergeht es sicher wie dem Rezensenten, zuweilen kommt wohl bei beiden der Gedanke auf, daß vieles von den vielleicht noch positiven Aspekten mancher »Psychotherapien«, also manche zum Teil noch nachzuvollziehende und gar zu bejahende Versuche zur Verhaltensänderung in den heute so vielfältigen »Therapie«-Methoden letztlich ganz schlichte und lange bekannte rein *pädagogische* Einflußnahmen sind. Derartige Maßnahmen brauchten durchaus nicht immer gleich zur »Therapie« hochstilisiert zu werden und damit besonders ausgebildeter »Therapeuten« bedürfen. Lehrer und Erzieher sollten sich demnach ihre pädagogischen Interventionsmöglichkeiten nicht mehr so leicht aus der Hand nehmen lassen. Auch unter diesem Gesichtspunkt sind die besprochenen Bücher durchaus empfehlenswert.

Arno Schulze

Anton Ottmann/Hildegard Heidtmann/Waldemar Stumpf: Wir fördern mathematisches Denken bei Kindern mit Sprachschwierigkeiten.

Bergedorfer Förderprogramme 5. Verlag Sigrid Persen, Hamburg 1980. 26 DM.

Das Buch gibt Anregungen zur Erstellung von Unterrichtsentwürfen und zur Gestaltung von Arbeitsaufträgen und Arbeitsblättern. Themenbereiche sind Begriffsbildung, Rechteckschema, Umgang mit Maschinenmodellen, Zuordnungen, Ordnungsrelationen, Orientierung im Raum (topologische Grundbegriffe), Flächenpropädeutik, Ausschneideübungen, Spiegelung und Symmetrie, elementare Größen (Länge, Zeit, Gewicht, Geld), Folgen. Positiv ist, daß die einzelnen Themenbereiche unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Zu jedem Themenbereich werden fachliche und didaktische Hintergründe angegeben, Hinweise auf Einstiege und Differenzierungsmöglichkeiten, eine mögliche Lernzielfolge, Hinweise auf Fachliteratur, Schulbücher und Arbeitsmittel. Außerdem werden jeweils an der vorge schlagenen Lernzielfolge orientierte Spiele und Arbeitsblätter vorgestellt. Das Kind soll in altersgemäßer Weise mathematische Begriffe abstrahieren. Entsprechend den Repräsentationsmodi von Bruner werden zuerst konkrete Handlungen durchgeführt, daran schließen sich bildhafte und symbolhafte Aufgaben an. Wenn möglich werden bei gleichen Aufgaben verschiedene Lösungswege angeboten, um jedem Kind auf seiner Stufe die Lösung zu ermöglichen. Die Aufgaben sind weitgehend nichtverbal zu lösen, d.h., mangelndes Sprachverständnis, Sprachstörungen ... sind

kein Hindernis zur Bewältigung der Aufgaben. Andererseits aber werden Hinweise gegeben, wie Sprachübungen und Sprachförderung sinnvoll in den Mathematikunterricht integriert werden können.

Für die Arbeit in der Schule für Sprachbehinderte nicht befriedigend ist, daß Ausländer- und sprachgestörte Kinder zu einer Gruppe zusammengefaßt werden. Der Sprachbehindertenpädagoge kann aus den Anweisungen aber sicherlich vielfältigen Nutzen ziehen, wenn er sie auf die spezifischen individuellen Belange des sprachgestörten Kindes ausrichtet. Begrüßenswert ist, daß gerade zu den häufig vernachlässigten Bereichen im Mathematikunterricht, in dem es sonst meistens um den Zahlbegriff und die Grundrechenarten geht, ausführliche Anregungen gegeben werden.

Anne-Marie Unterberg

Giselher Gollwitz: »100 neue Sprechspiele« zur Behandlung der Laute R, K, S, Sch. G.-Britting-Schule für Sprachbehinderte, Fr.-Forster-Str. 1 a, 8400 Regensburg-Schwabelweis. 28 DM.

Hier liegt ein aus der Unterrichtspraxis entwickeltes, am Kind orientiertes Therapiematerial vor. Das auf festem Papier gedruckte Material umfaßt 90 Blätter mit graphisch gut gestalteten Bildern. Therapeutische Hinweise auf jedem Blatt gelten sowohl der Stammer- als auch der Dysgrammatikertherapie. Der ganze Bereich sprachheilpädagogischen Tuns — Übungssprache, Einschleifen bis hin zur Übertragung in die Spontansprache — wird abgedeckt. Einsetzbar ist das Material sowohl im Bereich der Frühförderung und der schulvorbereitenden Einrichtungen als auch der Sprachheilgrundschule. Der Wunsch des Verfassers, daß das Material vor allem auch Spaß bereiten soll, darf als gelungen bezeichnet werden. Man wird das immer wieder neu ansprechende Material nie als eintönig empfinden und es deshalb bei der täglichen Arbeit kaum mehr missen mögen. Allen Erziehern, Heilpädagogen, Sprachheillehrern, Sozialpädagogen, Logopäden und verwandten Berufen kann dieses neue Therapiematerial daher uneingeschränkt empfohlen werden.

K. Thierbach

Armin Becker: Untersuchungen zum motorischen und rhythmisch-musikalischen Verhalten acht- bis zwölfjähriger Stotternder im Hinblick auf eine gezielte individuelle Förderung. Verlag

Dr. Johannes Königshausen + Dr. Thomas Neumann, Würzburg 1980. 261 Seiten. 38,80 DM.

Die nicht abreißende Flut von Stotter-Publikationen charakterisiert die Aktualität des Syndroms,

das hinsichtlich seiner ätiopathogenetischen Vielfalt und therapeutischen Korrelate vielfach auf kontradiktorischen Hypothesen basiert.

Ausgehend von der Grundthese, daß die Artikulomotorik vornehmlich der spontanen sprachlich-kommunikativen Exekutive das auffällige äußere Symptombild des Stotterns darstellt, leistet die vorliegende Studie einen Beitrag zur experimentellen Grundlagenforschung, die auf den motorischen, rhythmischen und musikalischen Aspekt der Störung gerichtet ist.

Hochsignifikante quantitative Defizienzen der Stotternden im Vergleich zur Kontrollgruppe ergaben sich vor allem im verbosensomotorischen und rhythmisch-musikalischen Bereich. Neben den Atmungs- und Spannungsfaktoren sowie dem »Körperschema« stehen die dynamischen Koordinationsmängel, wobei besonders Rhythmus und Gleichgewicht betroffen sind. Singfähigkeit und Musikalität scheinen mit dem Verbalitätsmaß als zeitlich-räumliche Struktur in den Rhythmus einzugehen.

Das Phänomen Stottern (Ätiopathogenese, Symptomatik und therapeutische Korrelate) wird im theoretischen Teil des Buches sehr expansiv differenziell gegliedert. Weit weniger Raum steht dagegen der Darstellung der Motorik mit allen spezifisch relevanten Untersuchungen in einem zweiten Abschnitt zur Verfügung.

Der empirische Teil umfaßt die Strukturierung der vorliegenden Untersuchung, die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse (Interkorrelationen, Interkorrelations-, Faktoren- und Diskriminanzanalysen zwischen den Stotternden und der Kontrollgruppe sowie clusteranalytische Vergleiche innerhalb der Experimentalgruppe), die Diskussion der Ergebnisse und Ansätze therapeutischer Konsequenzen mit psychomotorischer Akzentuierung.

(Verlagstext)

Catherine Krimm-von Fischer: Rhythmik und Sprachanbahnung zur Förderung des entwicklungsgestörten und des behinderten Kindes. Otto Maier Verlag, Ravensburg 1979. 68 Seiten. 12,80 DM.

Krimm-von Fischer geht davon aus, daß das entwicklungsgestörte und das behinderte Kind (sie spricht im folgenden von geistig behinderten Kindern) in der Regel ein mehrfachgeschädigtes Kind ist, das einer ganzheitlichen Förderung bedarf. Als Teilgebieten weist sie der Rhythmik und Sprachanbahnung/-förderung einen besonderen Stellenwert zu. Nach einem kurzen historischen Abriss der musikalisch-rhythmischen Erziehung werden folgende Bereiche dargestellt: Bewe-

gungs- und Rhythmikübungen (z. B. Ordnungs-, begriffsbildende, Körperschema-, Gleichgewichtsübungen), Musikinstrumente, Rhythmikmaterialien (Bälle, Reifen ...), Rhythmik im Hinblick auf Sprachförderung (»Die Grundelemente Zeit, Kraft, Klang [Raum] und Form, in Verbindung mit dem Prinzip von Spannung und Entspannung, finden sich, wie in Bewegung und Musik, in der Sprache wieder« [37]), Übungsfolgen und zahlreiche Beispiele aus der sprachanbahnenden Therapie, die sich in zwei Phasen gliedert, und Materialien. Nicht korrekt sind die Ausführungen zur Sprachentwicklung, auch die Literaturangaben sind sehr dürftig (insgesamt 4 zur Logopädie).

Hildegard Heidtmann

Wolfgang Anders: Übungsprogramm zur Förderung der Bewegungskoordination.

Rehabilitationsverlag, Bonn 1978. Begleitheft: 40 Seiten, Kartei: 71 Karten. 16 DM.

Das Übungsprogramm wurde erstellt, um durch »eine systematisierte Erfassung der unzähligen Aufgaben aus der Koordinationsschulung den in der Praxis stehenden Erziehern, Assistenten und Lehrern eine übersichtliche Arbeitshilfe zu geben« (8). Ausgangspunkt sind Untersuchungsergebnisse über motorisches Lernen und neurophysiologische Prozesse, die positive Einflußmöglichkeiten auf die Gesamtpersönlichkeit durch Bewegungsförderung bestätigen. Nach kurzen Ausführungen zur Koordination und Koordinationsschulung wird auf Koordinationsschwächen, -störungen, Aufgaben, Ziele und Methoden des Sportunterrichts eingegangen.

Die Aufgabensammlung der Kartei ist schwerpunktmäßig in Leistungsbereiche der Koordination gegliedert. Sie umfaßt folgende Bereiche (Reihen): Wahrnehmung — optische, akustische, taktile Signale — des Körpers und seiner Funktionen, des Raumes und Raumorientierung, zeitlicher Abfolgen, Reaktion auf optische, akustische, taktile Signale, Gleichgewicht, Geschicklichkeit, Entspannung, Gewandtheit, Rhythmik. Zur besseren Übersicht sind alle Karteikarten »mit dem gleichen Raster und schnell erfaßbaren Angaben in der Kopfleiste versehen« (27).

Im letzten Teil sind ergänzende Hinweise zu den einzelnen Karten, Literatur und Anschriftenverzeichnisse aufgeführt.

Die theoretischen Ausführungen sind sehr kurz geraten und vermitteln nur einen oberflächlichen Eindruck. Durch die Karteikarten bekommt man vielfältige (wenn auch nicht unbedingt neue) Anregungen.

Hildegard Heidtmann

*So einfach
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für »Die Sprachheilarbeit«

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten.

Die Mappen entsprechen in Größe und Farbe den bisherigen Einbanddecken, passen sich also der alten Form weitestgehend an und nehmen wie bisher zwei Jahrgänge auf. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 13,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je ____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen
1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74, 1971/72, 1969/70.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

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

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum



SPRACHHEILZENTRUM CALW-STAMMHEIM

Für die HEIMSONDERSCHULE für SPRACHBEHINDERTE mit einer Abteilung für zugleich lernbehinderte Kinder und Jugendliche suchen wir für sofort oder auch zum Schuljahresbeginn 1982/83

Sonderschullehrer(innen)

besonders der Fachrichtungen Sprachbehinderten-, Hörgeschädigten-, Lernbehindertenpädagogik.

Die Lehrer sind beurlaubte Beamte des Landes Bad.-Württ. oder werden im Angestelltenverhältnis beschäftigt. Besoldung, Beihilfen und Ferienregelung wie im öffentlichen Schuldienst. Eventuell kann eine Dienstwohnung zur Verfügung gestellt werden.

Das Sprachheilzentrum verfügt über attraktive Internats- und Schulräume sowie über ein Hallenbad und liegt in reizvoller Landschaft am Rande des Nordschwarzwaldes mit vielfältigen Sommer- und Winter-Freizeitmöglichkeiten.

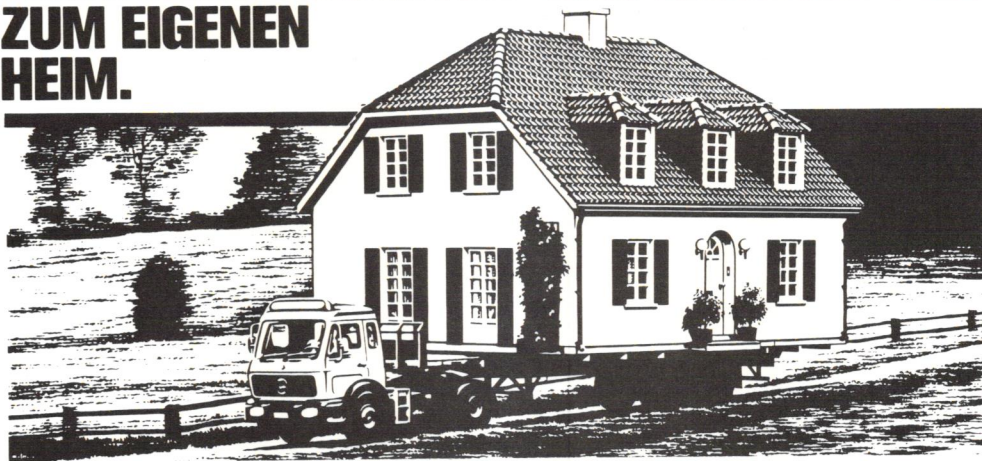
Es erwartet Sie ein aufgeschlossenes, kontaktfreudiges Team aus Lehrern und Erzieherinnen, das sich in enger Zusammenarbeit mit den Eltern um eine umfassende Erziehung, Unterrichtung und Therapie des schwer sprachbehinderten Kindes bemüht.

Wir wollen Sie gerne in einem persönlichen Gespräch über unsere Vorstellungen, Ziele und Voraussetzungen informieren.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an das
SPRACHHEILZENTRUM, Postfach 842
Kinderdorfstraße 27, 7260 Calw-Stammheim

oder vereinbaren Sie unter der
Tel.-Nr. (07051) 18 39 einen Informations- bzw.
Vorstellungstermin.

FRÜH DURCHSTARTEN - DER RICHTIGE WEG ZUM EIGENEN HEIM.



BHW Bausparkasse für den
öffentlichen Dienst.

DAMIT ES BEIM BAUEN VORWÄRTS GEHT.

Gemeinnützige Bausparkasse für den öffentlichen Dienst GmbH, 3250 Hameln 1

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

Für unsere Heimsonderschule für Sprachbehinderte suchen wir zum
Schuljahresbeginn 1982/83

2 Sonderschullehrer für Sprachbehinderte.

Wir bieten:

- Vergütung nach LBO/BAT,
- die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Lahr ist eine am Rande des südlichen Schwarzwalds (Bundesautobahn zwischen
Offenburg und Freiburg) gelegene Kleinstadt mit ca. 40 000 Einwohnern.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an den Träger der Schule:

Ev. Kinder- und Jugendhilfezentrum Dinglingen e. V.,
Weinbergstraße 9, 7630 Lahr, Telefon (07821) 43061.

STELLENANGEBOT

Das Heinrich-Piepmeyer-Haus — Behandlungsstätte für spastisch gelähmte Kleinkinder —
in Münster, sucht

eine(n) Logopädin(en)

für die Arbeit in unserem Therapeuten-Team bei den Mutter-Kind-Kursen.

Acht Kinder werden mit Mutter für drei Wochen aufgenommen. In dieser Zeit werden von
Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin, Heilpädagogin und Logopädin
therapeutische Ansätze erarbeitet und den Müttern weitergegeben. Mutter und Kind
kommen einzeln in individuellen Abständen zur Nachkontrolle. Die meisten Kinder sind
zwischen 1 und 4 Jahre alt.

Es besteht eine sehr nette Zusammenarbeit und sehr gutes Einvernehmen, in welches
auch Krankenschwester und Sekretärin eingeschlossen sind.

Wir bieten Freistellung für Fortbildung, nach Einarbeitung Teilnahme an einem unserer
zweimonatigen Zusatzausbildungskurse in der Behandlung von Zerebralpareesen nach
Bobath, Bezahlung nach BAT, Feriensonderregelung, die weitgehend den Schulferien
angepasst ist.

Zu einem unverbindlichen Informationsbesuch können Sie sich bei Frau Nutt anmelden.
Telefon (0251) 82045.

Prof. Dr. Feldkamp, Ärztl. Leiterin