

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



## Aus dem Inhalt

*Manfred Grohnfeldt, Reutlingen*

Längsschnittstudie zum sprachlichen Entwicklungsverlauf  
von Drei- bis Vierjährigen

*Helmut Stang, Oldenburg*

Das beginnende Stottern — Diagnose und Behandlungsansätze

*Günther Bergmann, Gießen*

Der Beitrag apparativer Sprechhilfen  
für Theorie und Therapie des Stotterns

*Jürgen Teumer und Anita Schwarze, Hamburg*

Methoden der Öffentlichkeitsarbeit

*Josef Möller, Köln*

25 Jahre Schule für Sprachbehinderte in Köln

## **Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.**

---

Ehrenvorsitzender: Prof. Dr. O. von Essen

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	.....	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	.....	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	.....	Ingeburg Steffen, Gartenstraße 25, 2302 Flintbek
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 4,60 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 27,60 DM zuzüglich Portokosten.

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

### **Mitteilungen der Redaktion**

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

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

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

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

---

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV

Dezember 1982 · 27. Jahrgang · Heft 6

Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 6, S. 259—270

Manfred Grohnfeldt, Reutlingen

## Längsschnittstudie zum sprachlichen Entwicklungsverlauf von Drei- bis Vierjährigen

### Zusammenfassung

Im Rahmen eines längerfristig angelegten Forschungsprojektes wurde das Sprachverhalten von 145 vierjährigen Kindern überprüft, die bereits im Alter von drei Jahren hinsichtlich ihres Sprachentwicklungsstandes erfaßt worden waren. Die Auswertung der Daten zum aktuellen sprachlichen Ausdrucksvermögen zeigte eine Faktorenkomplexion anamnestisch belegbarer somatischer Belastungsfaktoren und schichtspezifischer Einflußvariablen, deren wechselseitiges Zusammenspiel je nach Altersstufe einen unterschiedlichen Stellenwert einnimmt. Die Einordnung der Ergebnisse in das Konzept funktionaler Hirnsysteme erfolgte im Hinblick auf forschungsrelevante Fragestellungen und ihre Bedeutung für die Früherfassung sprachauffälliger Kinder.

### 1. Problemstellung

Die derzeitige Situation der Früherfassung von Sprachauffälligkeiten läßt sich als ambivalent bezeichnen. Einerseits besteht gerade bei kindlichen Sprachstörungen häufig die Möglichkeit einer weitreichenden Kompensation, durch die eine Behebung der Störung noch vor der Einschulung erreichbar ist bzw. durch präventive Maßnahmen folgenschwere, auf die psychosoziale Situation zurückwirkende Behinderungen verhindert werden können, andererseits ist vor allem bei leichteren bis mittelgradigen, überwiegend auf das Sprachverhalten begrenzten Störungsphänomenen hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung und Abgrenzung eine weitgehende Unsicherheit zu konstatieren. Die empirische Forschung vermag hier wenig Hinweise zu geben, da im deutschsprachigen Raum vor allem Längsschnittuntersuchungen hinsichtlich der Spannbreite eines als normal angesehenen (früh-)sprachlichen Entwicklungsverlaufes fehlen.

Die vorliegende Untersuchung ist Teil eines übergreifenden Forschungsprojektes, bei dem über zwei Querschnittanalysen und eine Longitudinalstudie Zusammenhänge einzelner Entwicklungs- und Sozialisationsfaktoren aufgedeckt und zurückverfolgt werden sollen. Insbesondere ist zu klären,

- ob Kinder, die im Alter von vier Jahren als sprachauffällig eingeschätzt werden, bereits im Alter von drei Jahren Anzeichen einer sich anbahnenden Sprachretardierung zeigen und
- welchen Stellenwert somatische und psychosoziale Einflußgrößen auf den Verlauf der Sprachentwicklung im Alter von drei bis vier Jahren haben.

Die Untersuchung versteht sich als heuristische Grundlagenforschung, deren Ergebnisse bei der Beurteilung des konkreten Einzelfalles Hintergrundinformationen liefern können, jedoch nicht im Sinne von gültigen Entwicklungsindikatoren interpretiert werden dürfen.

## 2. Schwierigkeiten bei der Vorhersage von Sprachauffälligkeiten

Die Suche nach aufdeckenden Faktoren bei der Vorhersage von Sprachauffälligkeiten erfüllt eine wesentliche Zulieferfunktion für gezielte Früherkennungsmaßnahmen. Der damit angesprochene Bereich der Prognose ist jedoch mit allgemeinen und speziell auf die Abgrenzung von Sprachstörungen bezogenen Schwierigkeiten verbunden.

*Generell* ist davon auszugehen, daß jede noch so gut statistisch abgesicherte Prognose prinzipielle Unsicherheitsfaktoren aufweist, da sie auf Daten der Vergangenheit beruht, die in der Gegenwart erhoben werden und die Eigenaktivität und soziale Mobilität des Individuums im Hinblick auf seine zukünftige Entwicklung nicht berücksichtigen können. Jede auf Mittelwertvergleichen beruhende Erfahrungsgrundlage, die auf den Einzelfall bezogen wird, steht damit in der Gefahr, nicht nur die Offenheit individueller Möglichkeiten zu verkennen, sondern auch über eine selektive Wahrnehmung Prozesse einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung zu unterstützen. Dies gilt um so mehr, da gerade bei Störungsphänomenen leichten und mittleren Schweregrades generell keine eindeutige Zuordnung von Ursache und Wirkung möglich ist. Erschwerend tritt hinzu, daß zwischen normalen und abweichenden (Sprach-)Entwicklungsprozessen aufgrund subjektiver Norm- und Erwartungsvorstellungen der Umwelt fließende Übergänge bestehen, so daß Abgrenzungen situativ unterschiedlich erfolgen können.

*Speziell* bei der frühen Diagnostizierbarkeit von Sprachstörungen ist damit zu rechnen, daß infolge der Relativität der Sprecher- und Hörervariablen fließende Übergänge der Sprachbeherrschung und -einschätzung zu erwarten sind (*Grohnfeldt* 1982). Diese Uneinheitlichkeit der Orientierungsmerkmale für eine als normal angesehene Sprachproduktion tritt verstärkt bei der Beurteilung des Sprachverhaltens von Kleinkindern auf, da einerseits das sprachliche Regelsystem erst zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt vollständig erworben wird und mögliche Abweichungen dementsprechend spät — selten vor dem 4./5. Lebensjahr — für die Umwelt auffällig werden sowie andererseits gerade bei jüngeren Kindern hohe Streubreiten einer als richtig eingeschätzten Sprachentwicklung zu beobachten sind (*Grohnfeldt* 1980). Diese miteinander zusammenhängenden Phänomene erschweren prinzipiell Maßnahmen im Frühbereich (null bis drei Jahre), die auf eine Prävention möglicher späterer Sprachauffälligkeiten abzielen. Der aktuelle Forschungsstand erlaubt es zudem nicht, auf der Grundlage isolierter Einzeldaten, z. B. der Lallphase oder Artikulationsfähigkeit, valide prognostische Rückschlüsse auf die Gesamtsprachentwicklung zu erheben.

### — Lallphase und intentionaler Sprachgebrauch

Nach *Herzka* (1979) kann von der Intensität der Lautäußerungen im vorsprachlichen Bereich der Lallperioden (null bis ein Jahr) nicht auf die spätere Sprachentwicklung geschlossen werden. Erst das nahezu vollständige Ausbleiben der Lallphase steht in einem erkennbaren Zusammenhang mit späteren Sprachstörungen, nicht dagegen das subjektive Empfinden einer leichten Abweichung von letztlich fiktiven Normvorstellungen. Wesentlicher als quantitative Aspekte scheinen hier qualitative Andersartigkeiten zu sein, wie sie beispielsweise die »Babyschreianalyse« (*Raes et. al.* 1980) aufzuzeigen versucht.

Die vergleichsweise sichersten Rückschlüsse für das spätere Sprachverhalten geben nach dem bisherigen Forschungsstand vorwiegend nichtsprachliche Indizes auf sensomotorischer Basis. So nennt *Herzka* (1979) das Wahrnehmungsvermögen (*Boel-Test*) und die differenzierte Bewegungsgeschicklichkeit als mögliche Prognoseindikatoren für die spätere Sprachproduktion, und *Junker* (1972) verweist auf den Zusammenhang von — akustischer — Aufmerksamkeit und Sprachausdruck. Wenn Kinder im Alter von sieben bis neun Monaten auf akustische Reize gut reagieren, zeigten sie zwei Jahre später eine bessere Sprachentwicklung als akustisch unaufmerksamere Säuglinge.

#### — Artikulationsfähigkeit und Gesamtsprachentwicklung

Strukturanalytische Untersuchungen bei sprachgestörten Kindern weisen auf eine positive Korrelation der Fähigkeit zur Formen- und Satzbildung, Begriffsbildung und Kommunikationsfähigkeit (Gronfeldt 1978). Unklar bleibt jedoch, inwieweit die Lautentwicklung mit der Fähigkeitsstruktur auf den anderen Sprachebenen zusammenhängt.

Bei Untersuchungen im angloamerikanischen Raum wird eine Korrelation von Artikulation, Syntax und Wortschatz (Morley 1967, Templin 1963) genannt. Dagegen stehen jedoch Belege, nach denen die Lautbildungsfähigkeit vom Erwerb eines grammatischen Regelsystems vergleichsweise unabhängig ist (Shukowa et.al. 1978; zum Sigmatismus: Welte 1981). Analog äußern sich Castell et al. (1980), die einen Zusammenhang von Artikulation und Sprachentwicklung weitgehend verneinen. Die ausschließliche Definition des Sprachentwicklungsstandes über Untersuchungsergebnisse mit dem Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) engt jedoch den Interpretationsspielraum weitgehend ein und läßt die theoretischen Grundlagen und Unzulänglichkeiten des verwendeten Testverfahrens außer acht (dazu: Ihssen 1978).

Der hier aufgezeigte uneinheitliche Stand der Grundlagenforschung und die damit einhergehende Verunsicherung in der Praxis bringen es mit sich, daß sich die Früherfassung sprachauffälliger Kinder im Alter von drei Jahren auf den Personenkreis beschränkt, bei dem auch andere Entwicklungsbereiche gravierende Störungen aufweisen. Leichtere und mittelgradige Formen gestörten Sprachverhaltens werden nur in Ausnahmefällen erfaßt. Dies liegt sicher mit an den o.g. Schwierigkeiten der geringen Validität lautsprachlicher Prognoseindikatoren. Es ist jedoch zu fragen, ob nicht über die Aufdeckung weiterer Faktoren des Spracherwerbs Zusammenhänge erhellt werden können, die zu einer gezielten Frühdiagnose über die Kenntnis belastender Faktoren beitragen können.

#### 3. Durchführung der Untersuchung

Bei der im Dezember 1981/Januar 1982 durchgeführten Datenerhebung konnten  $n = 145$  Kinder (entsprechend 78,4 Prozent von ursprünglich  $n = 185$  Probanden) überprüft werden, die auch an der ersten Querschnittanalyse (Gronfeldt 1981) beteiligt waren.\* Es handelte sich um eine unausgelesene Stichprobe von Probanden, deren Anschriften über Einwohnermeldeämter und Zeitungen ermittelt worden waren. Im Gegensatz zu der vorangegangenen Untersuchung, bei der neben einer Erhebung der Personaldaten die Verwendung eines Anamnese- und Entwicklungsfragebogens auf mehrdimensionaler Grundlage erfolgte, konzentrierte sich die vorliegende Studie auf eine Beurteilung des kindlichen Sprachverhaltens.

Zu diesem Zweck wurde ein »Sprachdiagnostisches Siebverfahren für Vierjährige« zusammengestellt, mit dessen Hilfe vergleichbare Rahmenbedingungen bei der Sprachüberprüfung vorgegeben werden sollten, ohne aber den Spielraum zur Anpassung an die individuelle Situation im Sinne einer routinemäßig festgelegten Abfolge zu sehr einzuengen. Die Untersuchungen fanden in der Wohnung der Eltern in der gewohnten Umgebung des Kindes statt. Der verwendete Protokollbogen versteht sich dabei als Orientierungshilfe bei der Aufzeichnung der Ergebnisse und nicht als ausgearbeitete Form eines Erhebungsbogens. Die Sprachbeurteilung sollte möglichst zwanglos erfolgen und vom Kind nicht als Prüfungssituation verstanden werden. Als Einstieg wurde deshalb eine konkrete Spielsituation gewählt, bei der über handlungsbegleitendes Sprechen eine erste Kontaktaufnahme erfolgte. Zur genaueren Beurteilung des Sprachausdrucks im Rahmen eines Diagnosegespräches standen neben verschiedenen Spielmaterialien eine größere Anzahl an Bildkarten, die Kurz-

\* Den an der Untersuchung beteiligten Eltern, Studenten und Kindern soll an dieser Stelle für ihre Mitarbeit herzlich gedankt werden.

form des Stammlerprüfbogens von Metzker (Grohnfeldt 1979), mehrere Nachsprechsätze sowie zwei- bis dreisilbige Nachsprechsilben von Mottier (Welte 1981) aus dem Zürcher Lesetest zur Verfügung. Zur Überprüfung der Zungenbeweglichkeit wurde auf das bei Gabriel et al. (1976) genannte Verfahren zurückgegriffen.

Die Untersuchung war dabei zweistufig angelegt. Wurden bei der Grunduntersuchung des Stimm- und Sprachausdrucks keine gravierenden Auffälligkeiten festgestellt, so be-

**Sprachdiagnostisches Siebverfahren für Vierjährige**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

- 1. *Spontansprache* (Bildbetrachtung, gemeinsames Spiel)
    - 1.1. Sprechmotivation \_\_\_\_\_
    - 1.2. Sprechmelodie, Sprechrhythmus \_\_\_\_\_
    - 1.3. Stimmgebung \_\_\_\_\_
    - 1.4. Nasalität \_\_\_\_\_
    - 1.5. Redefluß \_\_\_\_\_
    - 1.6. Hörvermögen \_\_\_\_\_
  - 2. *Diagnosegespräch i.e.S.*
    - 2.1. Lautanalyse — Kurzform des Stammlerprüfbogens von Metzker (sch in Verbindungen) \_\_\_\_\_
    - 2.2. Wortschatz — Bildkarten \_\_\_\_\_
    - 2.3. Grammatik — Situationsbilder, Nachsprechsätze \_\_\_\_\_
      - Artikel
      - Flexionen
      - Präpositionen
      - Einzahl/Mehrzahl
      - Frage/Antwort
    - 2.4. Kommunikationsfähigkeit, eventuell Mutter-Kind-Interaktion \_\_\_\_\_
- Fakultative Überprüfung der sensomotorischen Voraussetzungen
- Lautdifferenzierung (Ausschnitt aus dem Zürcher Lesetest, 12 Nachsprechsilben nach Mottier) \_\_\_\_\_
  - Zungenmotilität \_\_\_\_\_

**Beurteilung**

- altersgemäßer bzw. überdurchschnittlicher Sprachentwicklungsstand
- sprachentwicklungsfördernde Beratung angezeigt
- sprachtherapeutische Intervention erforderlich
  - genauere Kennzeichnung \_\_\_\_\_
  - weitergeleitet an \_\_\_\_\_

schränkte sich die Erhebung vorwiegend auf eine Beurteilung der verschiedenen Sprach-ebenen. Bei einem Verdacht auf weiterreichende Sprachstörungen erfolgte eine fakultative, noch weitgehend unspezifische Überprüfung der sensomotorischen Voraussetzungen, um erste Hinweise zur Struktur des Störungsphänomens zu erhalten.

Die Zielsetzung dieser ersten diagnostischen Phase erstreckt sich nicht auf die Erstellung einer umfassenden differentialdiagnostischen Abklärung. So wurde auch auf die isolierte Zuordnung zu einzelnen Störungsphänomenen (Stammeln, Dysgrammatismus ...) an dieser Stelle verzichtet. Statt dessen wurde eine erste — notwendigerweise ebenfalls subjektive — Einteilung vorgenommen, die auf das Ausmaß der therapeutischen Konsequenz verweist, indem zwischen der Notwendigkeit einer sprachentwicklungsfördernden Beratung bzw. sprachtherapeutischen Intervention als sonderpädagogisches »Treatment« (Schoor 1981) unterschieden wird. Der Art der Stichprobenerhebung entsprechend wurden vorwiegend leicht- bis mittelgradige Störungsphänomene ermittelt, isolierte Sprechfehler (z. B. leichte Sigmatismen) bei sonst gutem Kommunikationsvermögen wurden nicht als auffällig klassifiziert. Generell ist davon auszugehen, daß mit der Entscheidung für gezielte sprachtherapeutische Interventionen

- eine weiterreichende förderdiagnostische Verlaufsabklärung unter Einbeziehung anderer Entwicklungsbereiche (mehrdimensionales Entwicklungsmodell) und
- eine Beobachtung der kommunikativen Bedingungen (interaktionales Handlungsmodell) einhergehen sollten. Das vorliegende Instrumentarium versteht sich lediglich als Screening-system im Rahmen von Reihenuntersuchungen.

#### 4. Darstellung der Ergebnisse

Die erhobenen Daten wurden zunächst nach Häufigkeitsverteilungen ausgewertet und im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen überprüft. Neben dieser Querschnittanalyse erfolgte für die jeweiligen Substichproben eine Neuzusammenstellung der Skalenmittelwerte aus der vorangegangenen Untersuchung, bei der das Sprachniveau der gleichen Kinder vor einem Jahr beurteilt worden war (Grohnfeldt 1981). Durch diese Rückverfolgung der Werte und Überprüfung des Zusammenhanges mit den aktuellen Antwortverteilungen sollte der mittlere Sprachentwicklungsverlauf der Kinder zwischen drei und vier Jahren eingeschätzt werden.

##### 4.1. Ergebnisse der Querschnittanalyse

Von den 145 untersuchten Kindern wurden 30 (entsprechend 20,7 Prozent) als sprachauffällig eingeschätzt. Im Sinne der Therapiebedürftigkeit erschien dabei für 23 Kinder (entsprechend 15,8 Prozent) eine sprachentwicklungsfördernde Beratung angezeigt, bei 7 Kindern (entsprechend 4,8 Prozent) wurde aufgrund weiterreichender Störungsphänomene eine sprachtherapeutische Intervention empfohlen. Bei der weiteren Auswertung konnte diese Unterteilung infolge der geringen Probandenzahl nicht weiterverfolgt werden, so daß bei der betreffenden Stichprobe global von einer Sprachauffälligkeit unterschiedlichen Schweregrades auszugehen ist. Von daher erfolgte eine einfache Clusteranalyse, bei der die Antwortverteilungen für die sprachauffälligen und sprachunauffälligen Kinder in den einzelnen Untergruppen aufgestellt wurden. Die Signifikanzprüfungen wurden mit dem Chi-Quadrat-Verfahren vorgenommen (siehe Tabelle 1).

Eine erste Auflistung der Ergebnisse zeigt, daß im Rahmen der untersuchten Stichprobe die sprachauffälligen Kinder überproportional häufig

- aus unteren Sozialschichten stammten,
- belastende Faktoren im Rahmen der erhobenen anamnestischen Daten aufwiesen und
- Störungsphänomene bei einer Kumulation der Einflußgrößen »Anamneseschwierigkeiten« und »Unterschichtzugehörigkeit« gehäuft auftraten.

Diese hier genannten Zusammenhänge ließen sich in der Tendenz bereits bei der ersten Querschnittuntersuchung (Grohnfeldt 1981) aufzeigen. Offensichtlich hat sich jedoch der Stellenwert der Faktoren verändert. Es erfolgt bei den jetzt durchschnittlich vierjährigen Kindern ein zunehmender Sozialisations- und Schichteinfluß, der auf mögliche somatische Belastungen mehr noch als vor einem Jahr bei den damals Dreijährigen kompensatorisch wirksam wird.

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilungen und Signifikanzprüfungen bei der Querschnittanalyse

Untergruppe	sprach- auffällig n = 30		Signifi- kantz- niveau ← →	sprach- unauffällig n = 115		Gesamt- stichprobe n = 145	
	n	%		n	%	n	%
3.9 — 4.0 Jahre	14	47	n.s.	39	34	53	37
4.0 — 4.3 Jahre	16	53		76	66	92	63
männlich	20	67	n.s.	62	54	82	57
weiblich	10	33		53	46	63	43
Mittelschicht <sup>1</sup> — MS	8	27	p < 0,001	81	70	89	61
Unterschicht — US	22	73		34	30	56	39
Anamnese < 3 <sup>2</sup>	20	67	p < 0,02	99	86	119	82
Anamnese ≥ 3	10	33		16	14	26	18
Anamnese ≥ 3, MS	2	20	p < 0,02	11	69	13	50
Anamnese ≥ 3, US	8	80		5	31	13	50
Anamnese ≥ 3, verspäteter Sprechbeginn	7	70	n.s.	8	50	15	58
Anamnese ≥ 3, normaler Sprechbeginn	3	30		8	50	11	42

<sup>1</sup> Ermittlung des Berufsindex nach Kleining/Moore (1968).

<sup>2</sup> Bewertung der Auffälligkeiten im Rahmen der Anamnese in Analogie zur ersten Querschnittanalyse (Grohnfeldt 1981). Der Faktor »Anamneseschwierigkeiten« ist dabei weiter gefaßt als der im klinischen Bereich gebräuchliche Terminus »Risikokinder« (Pechstein 1975).

Eine weiterreichende Einordnung der Ergebnisse wird im Rahmen der übergreifenden Diskussion vorgenommen (siehe Kapitel 5). Zur näheren Erläuterung der Daten sollen jedoch zunächst noch einige Prozentwerte angeführt werden, die nur mittelbar aus Tabelle 1 abzuleiten sind:

- 38,6 Prozent der untersuchten Kinder aus der Unterschicht waren sprachauffällig, dagegen nur 9,1 Prozent der Mittelschichtkinder (bei durchschnittlich 20,7 Prozent).
- Von den Kindern mit ungünstigen Anamnesefaktoren waren 38,5 Prozent sprachauffällig. Der Prozentsatz änderte sich jedoch mit der Statuszugehörigkeit. Bei Kindern aus der Mittelschicht sank der Wert auf 15,4 Prozent, während 61,5 Prozent der Unterschichtkinder mit belastenden Anamnesefaktoren sprachauffällig waren! Es ist zu vermuten, daß sich hier umweltbedingte Einflußgrößen auf somatisch vorgegebene Faktoren positiv kompensierend bzw. negativ kumulierend auswirken.
- Ebenfalls im Zusammenhang mit ungünstigen Anamnesefaktoren stehend, konnte die Einflußgröße »verzögerter Sprechbeginn« (definiert nach Grohnfeldt 1981, S. 296) aufgrund der geringen Probandenzahlen nicht sicher weiterverfolgt werden. Die Kinder, die neben belastenden Organfaktoren gleichzeitig einen verzögerten Sprechbeginn aufwiesen, waren zwar im Alter von vier Jahren zu 46,7 Prozent sprachauffällig, bei normalem Sprechbeginn waren es aber auch 27,3 Prozent. Die Unterschiede sind nicht statistisch signifikant.

An diesem Beispiel zeigt sich die Schwierigkeit zeitlich weiterreichender Prognosen. Während sich bei Dreijährigen ein verzögerter Sprechbeginn bei gleichzeitigem Vorliegen von Organfaktoren noch als wesentlich für das aktuelle Sprachverhalten erwies (Grohnfeldt 1981), wird bei Vierjährigen zu wenig Varianz aufgedeckt, um für den Einzelfall prognostisch valide zu sein. Offensichtlich übt hier der o.g. Milieueinfluß eine zunehmend überlagernde Bedeutung aus.

Damit wird auf eine für die Früherkennung von Behinderungen entscheidende Frage verwiesen: Waren die Kinder, die im Alter von vier Jahren als sprachauffällig eingeschätzt wurden, bereits mit drei Jahren als sprachentwicklungsretardiert zu erkennen? Andersherum ist ebenfalls zu prüfen, ob die Kinder, die mit drei Jahren als subnormal hinsichtlich ihres Sprachverhaltens beurteilt wurden, überproportional häufig mit vier Jahren sprachauffällig waren. Zur weiteren Abklärung wurden die Daten der beiden Querschnittuntersuchungen miteinander in Beziehung gesetzt.

#### 4.2. Ergebnisse der Längsschnittanalyse

Für alle bei der vorliegenden Untersuchung überprüften Kinder lagen Werte zum Sprachentwicklungsstand vor, die bereits vor einem Jahr erhoben worden waren (Grohnfeldt 1981). Dadurch war es möglich, für die einzelnen Untergruppen erneut Skalenmittelwerte zu bilden und nach einer Dichotomisierung Signifikanzprüfungen mit dem Chi-Quadrat-Verfahren vorzunehmen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Skalenmittelwerte und Signifikanzprüfungen bei der Längsschnittanalyse

	n	$\bar{X}$	Signifikanzniveau
Gesamtstichprobe	145	13,54	
sprachauffällig	30	12,47	
sprachunauffällig	115	13,82	$p < 0,001$
sprachauffällig, Anamnese $\geq 3$	10	10,90	
sprachauffällig, Anamnese $< 3$	20	13,25	$p < 0,02$
Anamnese $\geq 3$ , sprachauffällig	10	10,90	
Anamnese $\geq 3$ , sprachunauffällig	16	12,94	$p < 0,05$
Anamnese $< 3$ , sprachauffällig	20	13,25	
Anamnese $< 3$ , sprachunauffällig	99	13,97	n.s.

$\bar{X}$  — Skalenmittelwert zum Sprachverhalten bei Dreijährigen.

Auf diese Weise konnten bei der überprüften Stichprobe folgende Zusammenhänge zwischen dem aktuellen Sprachverhalten und dem Sprachentwicklungsniveau ermittelt werden, das die Eltern für ihre damals dreijährigen Kinder angegeben hatten:

- Die im Alter von vier Jahren sprachauffälligen Kinder unterschieden sich bereits im Alter von drei Jahren von sprachlich unauffälligen Kindern der gleichen Altersstufe ( $p < 0,001$ ).
- Innerhalb der Stichprobe sprachauffälliger Kinder wurde der Sprachentwicklungsstand bei den Kindern, für die eine erhöhte Anzahl an belastenden Anamnesefaktoren genannt wurde, bereits im Alter von drei Jahren als durchschnittlich schlechter dargestellt ( $p < 0,02$ ).
- Beim Vorliegen von Anamneseschwierigkeiten unterscheiden sich die vierjährigen sprachauffälligen Kinder bereits im Alter von drei Jahren von sprachunauffälligen Kindern gleicher Altersstufe ( $p < 0,05$ ). Dieser Zusammenhang besteht nicht, wenn die anamnestischen Daten unauffällig sind.

Zur Überprüfung dieser Belege wurde statt der bisherigen Rückverfolgung von Werten eine quasi vorwegnehmende Betrachtung angestellt. Sind Kinder, für die im Alter von drei Jahren ein unterdurchschnittlicher Sprachentwicklungsstand angegeben wird, im Alter von vier Jahren überproportional häufig sprachauffällig? Dazu erfolgte eine Dichotomisierung der bei der ersten Querschnittanalyse (Grohnfeldt 1981) erhobenen Skalenwerte bei  $\bar{X} = 12$ . Die Häufigkeitsverteilungen wurden für die jetzt sprachauffälligen bzw. -unauffälligen Kinder ermittelt, in eine 2x2-Kontingenztafel eingetragen und im Hinblick auf Abweichungen mit dem Chi-Quadrat-Verfahren überprüft.

		Sprachentwicklungsstand (Vierjährige)		$\Sigma$
		auffällig	unauffällig	
Skalenwerte aus der ersten	$\leq 12$	14	15	29
Querschnittanalyse (Dreijährige)	$\geq 13$	16	100	116
	$\Sigma$	30	115	145

Die dabei durch einen Vergleich von beobachteten und erwarteten Häufigkeiten ermittelten Unterschiede erwiesen sich als hochsignifikant ( $p < 0,001$ ).

Damit kann gesagt werden, daß sich bei den untersuchten Kindern eine im Alter von vier Jahren festgestellte Sprachauffälligkeit bereits im Alter von drei Jahren andeutet. Dies ist um so bedeutsamer, da bei der Beurteilung des Sprachentwicklungsstandes der Dreijährigen vorwiegend auf die Angaben der Eltern zurückgegriffen werden mußte. Für die Früherfassung von Sprachauffälligkeiten bedeutet dies, daß hinsichtlich des Zeitpunktes der Erkennung bereits bei Dreijährigen Reihenuntersuchungen einen gewissen Erfolg haben könnten.

In Erinnerung gerufen werden muß, daß sich die Untersuchungsergebnisse auf Mittelwertvergleiche beziehen und damit nicht im Hinblick auf individuelle Vorhersagen gedeutet werden können. Vor allem ist vor Prognosen zu warnen, die sich auf Einzelindikatoren (z. B. bestimmte anamnestiche Auffälligkeiten) stützen. Der Aussagegehalt erhöht sich bei einer Kumulation negativ beeinflussender Variablen (z. B. Unterschichtzugehörigkeit, Anamnese-schwierigkeiten, eventuell verzögerter Sprechbeginn). Es ist jedoch zu beachten, daß auch bei einer derartigen Faktorenkomplexion zunächst Zusammenhänge im Rahmen der Grundlagenforschung aufgedeckt werden, die für den Praktiker keine handlungsanweisende Rezeption bedeuten, sondern lediglich als Hintergrundinformation bei der Beurteilung des konkreten Einzelfalles dienen können.

##### 5. Übergreifende Diskussion

Als wesentliches Ergebnis der Untersuchung konnte festgehalten werden, daß sich

- auch Sprachstörungen mit mittelgradigem Schweregrad bei Vierjährigen bereits im Alter von drei Jahren durch ein subnormales Sprachverhalten ankündigen und
- im Kontext mit anamnestiche belegbaren Belastungsfaktoren und schichtspezifischen Werthaltungen stehen. Offensichtlich werden dabei die somatischen Ausgangsbedingungen zunehmend durch umweltbedingte Einflüsse überlagert und mit steigender Altersstufe in ihrem Stellenwert zurückgedrängt. Beide Variablenkomplexe stehen nicht additiv nebeneinander, sondern sind integrativ aufeinander bezogen.

Dieses wechselseitige Zusammenspiel somatischer und psychosozialer Faktoren läßt sich durch das Konzept der funktionalen Hirnsysteme (z. B. Wygotzki 1977; Luria 1970, 1978) erklären. Danach werden neurophysiologische Reifung und soziale Umweltstimulanz nicht

als isoliert voneinander betrachtet. Vielmehr wird angenommen, daß die hirnorganische Strukturierung vor allem während der sensiblen Phasen in den ersten Lebensjahren durch umweltbedingte Anregung entscheidend beeinflußt wird. Dies bedingt, daß im Einzelfall häufig keine eindeutige Trennung von minimalem hirnorganischem Defekt und umweltbedingtem Entwicklungsrückstand möglich ist.

Hinsichtlich der Isolierung *anamnestisch belegbarer Belastungsfaktoren* muß dabei beachtet werden, daß im Regelfall mehr als nur ein Risiko einwirkt. Dies führt zur Problematik »multivariater Schädigungsmöglichkeiten, die später nicht mehr exakt« (Eggers/Issel 1980, S. 20) getrennt werden können. Beispiele für derartige Überlagerungen entwicklungs hemmender Einflußgrößen durch organische (z. B. geringes Geburtsgewicht, Zyanose, Atemnotsyndrom ...) und psychosoziale Risiken (z. B. dissoziale Eltern, niedriges Bildungsniveau, kinderreiche und unvollständige Familie ...) finden sich bei Göllnitz/Teichmann (1980). Sie belegen in eindrucksvoller Weise die Fragwürdigkeit einer monokausalen Zuordnung spezifischer Noxen zu eng umschriebenen Leistungsbeeinträchtigungen, indem die Kumulation bzw. gegenseitige Aufhebung der einzelnen Faktoren im Beziehungsnetz einer Entwicklungsstörung aufgezeigt wird.

Von Bedeutung ist dabei die erhöhte Milieuanfälligkeit bei Kindern mit anamnestisch belegbaren Belastungsfaktoren. Bereits die äußere Konstellation der Familie scheint hier als entwicklungsanregender bzw. -hemmender Faktor wirksam zu werden. »Unter günstigen sozialen und pädagogischen Umständen kann sie neurologisch nachweisbare Störungen auf der Leistungs- und Verhaltensebene weitgehend kompensieren, unter schlechten Verhältnissen hingegen auch ohne organische Vorschäden zur Dekompensation der Person-Umwelt-Beziehung führen« (Rösler et al. 1980, S. 214). Ebenso verweisen Längsschnittuntersuchungen bei Kindern mit frühkindlichen Hirnschäden darauf, »daß der Einfluß des sozialen Milieus auf die spätere Entwicklung der Kinder größer sein kann als schädigende oder belastende perinatale Faktoren« (Eggers/Issel 1980, S. 20).

Es ist zu fragen, welche Faktoren es in der (*früh-kindlichen Sozialisation*) sind, die besonders (sprach-)anregend wirken und sogar organische Risiken kompensieren können.

Rein quantitativ wird im Zusammenhang mit dem Aufbau funktionaler Hirnsysteme häufig auf den Begriff der Homöostase verwiesen, d. h., zur Entwicklung wird eine angemessene Reizdosierung unter Vermeidung der Extremvarianten einer sensorischen Deprivation bzw. Reizüberflutung für erforderlich gehalten. Eher noch wesentlicher erscheint die Aufdeckung von Faktoren der natürlichen Eltern-Kind-Interaktion, von denen eine Sprachanregung erwartet werden kann (z. B. Brown/Bellugi 1974). Dabei erweist sich der mütterliche Sprachstil dann als bedeutsamer sprachfördernder Faktor, wenn die Bezugspersonen die Komplexität ihrer Sprache dem Verständnis des Kindes anpassen (Nelson 1973, Schatz/Gelman 1973) und im Sinne einer »positiven Regression« (Wyatt 1973) zu einfachen Kommunikationsformen zurückkehren. Durch dieses von einer simplifizierenden »Ammensprache« (Oksaar 1977) abgrenzbare Sprachverhalten begeben sich die Eltern unbewußt in die »Zone der nächsten Entwicklung« (Wygotski 1977) des Kindes. Durch handlungsbegleitendes Sprechen, Formen der »expandierenden Imitation« (Miller/Yoder 1972), bei der die Eltern grammatisch unvollständige Sätze des Kindes unter Berücksichtigung des situativen Kontextes erweitern, sowie semantische Erweiterungen in Form eines »Modeling« (Cazden 1968), die ohne direkte Bezugnahme zur kindlichen Äußerung erfolgen, scheinen sprachentwicklungsfördernde Faktoren umgrenzt zu sein, aus denen auch Hinweise für das Therapeutenverhalten bei der Sprachförderung abgeleitet werden können (Beispiele: Kilens 1980, Grohnfeldt 1982).

Ein derartiges Sprachverhalten findet sich bei akademisch vorgebildeten Eltern besonders häufig (Cazden 1968). In diesen Kontext ordnen sich auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ein, nach denen für das kindliche Sprachverhalten im Alter von drei bis vier

Jahren schichtspezifische Einflußgrößen einen zunehmenden Stellenwert erhalten. Andererseits kann durch den globalen Faktor »Sozialschichtzugehörigkeit« das diffizile Netz frühkindlicher Sozialisationsbedingungen nur unzureichend erfaßt werden. Es lassen sich zwar bestimmte Leitbilder und Ziele in der Erziehung in Abhängigkeit von der Sozialschicht, dem Alter und Geschlecht des Kindes formulieren, die sich vor allem auf Disziplinierungstechniken und die Behandlung von Leistungen erstrecken (*Baumgärtel* 1979), andererseits steht das Erziehungsverhalten im Kontext kultureller und epochaler Bedingungen und wird jeweils durch die aktuelle Situation und persönliche Vorerfahrungen modifiziert. Von daher sind Erziehungspraktiken und ihre zugrundeliegenden Werthaltungen ebenso wie die Einteilung in verschiedene Schichten nicht als einmalig und statisch zu verstehen (zusammenfassend: *Grohnfeldt* 1976).

Derartige Relativierungen schichtenspezifischer Einflußnahme bedingen, daß im Einzelfall eine statusorientierte Zuordnung allein aufgrund eines Berufsindexes etikettierend wirken kann, wenn nicht eine genauere Beobachtung der familiären Interaktion mit ihren zugrundeliegenden Werthaltungen, Motiven und Rollenstrukturen erfolgt.

#### 6. Zusammenfassung unter dem Aspekt der Früherkennung von Sprachauffälligkeiten

Die vorliegende Untersuchung versteht sich als Grundlagenforschung zur Aufdeckung von Zusammenhängen der Sprachentwicklung bei Kindern im Alter von drei bis vier Jahren. Sie gewinnt ihre praktische Bedeutung vor dem Hintergrund gezielter Früherkennungsmaßnahmen bei Sprachauffälligkeiten.

An dieser Stelle kann nicht auf die Ziele, Begründungen, Grenzen und möglichen Nebenwirkungen der Früherfassung eingegangen werden (zusammenfassend: *Grohnfeldt* 1982). Es soll nur daran erinnert werden, daß strukturelle Sprachentwicklungsbehinderungen über Gefährdungen des Denkvermögens und der psychosozialen Situation Rückwirkungen auf die Schullaufbahn und damit den gesamten Lebensweg des betreffenden Kindes auslösen können (*Knura* 1973, *Klackenberg* 1971). Von daher begründet sich die Forderung nach einer möglichst frühzeitigen Erfassung der Kinder, um im günstigsten Fall Sprachauffälligkeiten bereits in einem frühen Stadium erkennen und präventive Maßnahmen durchführen zu können (*Teumer* 1978, *Grohnfeldt* 1981 a).

Die Ergebnisse der zwei Querschnittuntersuchungen und der Längsschnittstudie geben dazu Anlaß, daß bereits bei Dreijährigen Anzeichen dafür vorhanden sind, die auf eine spätere Sprachauffälligkeit schließen lassen. Dabei haben jedoch einzelne, isolierte Faktoren nur eine geringe prognostische Bedeutung. Ebenso unzulässig ist das einfache Summieren neurologischer oder psychosozialer Auffälligkeiten. Statt univariater Darstellungen, die eher zu einer vorschnellen Stigmatisierung führen können, ist auf die gegenseitige Einflußnahme der einzelnen Variablen und die Aufdeckung zusammengehöriger Syndrome zu achten. Dies gilt für die wissenschaftliche Forschung ebenso wie für den Praktiker, der einen konkreten Einzelfall beurteilen soll.

»Für die Frühförderung ist besonders bedeutsam, inwieweit die entwicklungshemmende und -schädigende Wirkung organischer Risiken durch psychosoziale Faktoren beeinflußt werden kann« (*Göllnitz/Teichmann* 1980, S. 184). Die Untersuchungsergebnisse geben Grund zu der Annahme, daß die kindlichen Sozialisationsbedingungen im Alter von drei bis vier Jahren in hohem Maße auf die Sprachentwicklung Einfluß nehmen und sogar eine Kompensation anamnestic belegbarer Belastungen möglich machen. Unklar bleibt jedoch, welche sprachanregenden Faktoren im einzelnen dabei wirksam werden. Die bei der Untersuchung vorgenommene Einteilung nach der Sozialschichtzugehörigkeit kann hier nur ein erster Anfang sein.

Dies führt zu methodischen Fragen weiterer Untersuchungen. Ein auf Mittelwertvergleiche angelegtes Forschungsvorhaben kann übergreifende Zusammenhänge analysieren und

Basisinformationen liefern. Hinsichtlich der Aufdeckung tiefenstruktureller Hintergründe muß es jedoch weitgehend spekulativ bleiben. Zum *Verständnis* der kindlichen Entwicklung ist eine Beobachtung in *natürlichen Situationen* über einen *längeren Zeitraum* im Sinne einer »biographischen Methode« (dazu: *Grohnfeldt* 1982) erforderlich, um durch eine Interaktionsprozeßanalyse über die Einordnung subjektiv bedeutsamer Daten und des individuellen Störungserlebens bei Eltern und Kind für den Einzelfall gültige Aussagen ableiten zu können. Dabei werden Kompetenzen erforderlich, die von einem einzelnen nur in seltenen Fällen abgedeckt werden können und auf die traditionelle Berufsgruppen in ihrer Ausbildung nur tendenziell vorbereitet werden. »Je jünger die Kinder sind, desto eher ist die Forschung auf interdisziplinäre Teamarbeit von Pädagogen, Psychologen und Medizinern, Angehörigen der Pflegeberufe und nicht zuletzt den Eltern angewiesen« (*Schmalohr* 1978, S. 85).

#### Literatur

- Baumgärtel, F. (Hrsg.): Familiensozialisation. Probleme — Daten — Aufgaben. Braunschweig 1979.
- Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981.
- Brown, R./Bellugi, U.: Drei Prozesse beim Erwerb der Syntax durch das Kind. In: Bühler, H./Mühle, G. (Hrsg.): Sprachentwicklungspsychologie. Weinheim 1974, S. 186—191.
- Buchta, H.: Teilleistungsschwächen bei sprachbehinderten Kindern. Theoretische Diskussion und empirische Untersuchungen eines komplexen Phänomens. Inaugural-Dissertation. Würzburg 1980.
- Castell, R./Röder, F./Artner, K.: Untersuchung zur Prognostik des Stammelns bei Vorschulkindern. Praxis der Kinderpsych. u. Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 226—235.
- Castell, R./Biener, A./Artner, K./Beck, C.: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern — Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung. Praxis der Kinderpsych. u. Kinderpsychiatrie 29 (1980), S. 203—213.
- Cazden, C. B.: The acquisition of noun und verb inflections. Child Development 39 (1968), S. 433—448.
- Eggers, H./Issel, E.-P.: Pädiatrische Modelle von Adaptation und Kompensation. In: Göllnitz, G./Külz, J./Uschakow, G. K. (Hrsg.): Zur Kompensation und Dekompensation in der kindlichen Entwicklung. Jena 1980, S. 16—28.
- Gabriel, P./Chilla, R./Kozielecki, P.: Zur sprachlichen Entwicklung des Vorschulkindes. Folia phoniatrica 28 (1976), S. 17—25, S. 26—33.
- Gilde, H.-P./Gutezeit, G.: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter. Praxis der Kinderpsych. u. Kinderpsychiatrie 29 (1980), S. 213—218.
- Göllnitz, G./Teichmann, H.: Enzephalopathen. In: Göllnitz, G./Külz, J./Uschakow, G. K. (Hrsg.): Zur Kompensation und Dekompensation in der kindlichen Entwicklung. Jena 1980, S. 177—189.
- Grohnfeldt, M.: Zur Sozialpsychologie sprachbehinderter Schüler. Rheinstetten 1976.
- Grohnfeldt, M.: Untersuchungen zur Struktur sprachlicher Behinderung. Z. Heilpäd. 29 (1978), S. 593—602.
- Grohnfeldt, M.: Analyse der Phonemkapazität bei sprachauffälligen Kindern im Vorschulalter. Zur Überarbeitung des Stammlerprüfbogens von Metzker. Die Sprachheilarbeit 24 (1979), S. 227—236.
- Grohnfeldt, M.: Erhebungen zum altersspezifischen Lautbestand bei drei- bis sechsjährigen Kindern. Die Sprachheilarbeit 25 (1980), S. 169—177.
- Grohnfeldt, M.: Frühsprachliche Entwicklungsverläufe und primäre Prävention von Sprachauffälligkeiten. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 293—298.
- Grohnfeldt, M.: Möglichkeiten und Grenzen der Erkennung von Sprachauffälligkeiten im Frühbereich (0—3 Jahre). Sprache — Stimme — Gehör 5 (1981a), S. 90—93.
- Grohnfeldt, M.: Störungen der Sprachentwicklung. Berlin 1982.
- Grohnfeldt, M.: Sozialisationsforschung und Behindertenpädagogik. Z. Heilpäd. 33 (1982a).
- Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Klinische Sozialpädiatrie. Ein Lehrbuch der Entwicklungsrehabilitation im Kindesalter. Berlin — Heidelberg — New York 1981.
- Herzka, H. S.: Gesicht und Sprache des Säuglings. Basel/Stuttgart 1979.
- Ihssen, W. B.: Der Psycholinguistische Entwicklungstest (PET) aus linguistischer Sicht. In: Peuser, G. (Hrsg.): Brennpunkte der Patholinguistik. München 1978, S. 95—114.

- Junker, K. S.: Selective attention in infants and consecutive communicative behaviour. *Acta Paediat. Scand. Suppl.* 231 (1972), S. 1—160.
- Kilens, Karola: Die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Knura, Gerda/Neumann, B. (Hrsg.): *Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Bd. 7.* Berlin 1980, S. 174—208.
- Klackenberg, G.: A prospective longitudinal study of children. Data on psychic health and development up to 8 years of age. *Acta Paediat. Scand. Suppl.* 224 (1971), S. 128—160.
- Kleining, G./Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung. *Kölner Ztschr. f. Soz. und Sozialpsych.* 20 (1968), S. 502—552.
- Luria, A. R.: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin (DDR) 1970.
- Luria, A. R.: *The Working Brain.* Harmondsworth 1978<sup>3</sup>.
- Miller, J. F./Yoder, D. E.: A syntax teaching program. In: McLean, J. E./Yoder, D. E./Schiefelbusch, R. L. (Ed.): *Language Intervention with the Retarded.* Baltimore/London/Tokyo 1972.
- Morley, M. E.: *The development and disorder of speech in childhood.* Edinburgh/London 1967.
- Neidhardt, F. (Hrsg.): *Frühkindliche Sozialisation. Theorien und Analysen.* Stuttgart 1975.
- Nelson, K.: Structure and strategy in learning to talk. *Monographs of the Society for Research in Child Development (Serial No. 152)* 38 (1973), S. 38—137.
- Oksaar, Els: *Spracherwerb im Vorschulalter. Einführung in die Pädolinguistik.* Stuttgart 1977.
- von Ondarza-Landwehr, Gisela: *Prognose minimaler Hirnfunktionsstörungen im Vorschulalter.* Weinheim und Basel 1979.
- Pechstein, J.: *Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung.* Stuttgart 1974.
- Pechstein, J.: *Sozialpädiatrische Zentren.* In: *Gutachten und Studien der Bildungskommission. Bd. 35.* Stuttgart 1975.
- Puppe, P.: Sprachauffälligkeit im Vorschulalter — der neue Schwerpunkt einer zeitgemäßen Sprachbehindertenpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 21 (1976), S. 141—152, S. 169—184.
- Rösler, H.-D./Dudeck, A./Gebert, K./Vehrschild, T.: Pädagogische und soziale Bedingungen. In: Göllnitz, G./Külz, J./Uschakow, G. K. (Hrsg.): *Zur Kompensation und Dekompensation in der kindlichen Entwicklung.* Jena 1980, S. 207—214.
- Rogner, J./Hoffelner, H.: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachbehandlung. *Praxis der Kinderpsych. u. Kinderpsychiatrie* 30 (1981), S. 195—199.
- Schatz, M./Gelman, R.: The development of communication skills: Modifications in the speech of young children as a function of listener. *Monographs of the Society for Research in Child Development (Serial No. 152)* 38 (1973), S. 1—38.
- Schmalohr, E.: Zur Forschung im Bereich frühkindlicher Entwicklung und Förderung. In: Dollase, R. (Hrsg.): *Handbuch der Früh- und Vorschulpädagogik. Bd. 1.* Düsseldorf 1978, S. 65—91.
- Schoor, U.: Förderdiagnostik im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik. In: Grohnfeldt, M./Schoor, U. (Hrsg.): *Sonderpädagogisches Handeln in der Sprachbehindertenpädagogik.* Berlin 1981, S. 35—46.
- Shukowa, N. N., et al.: *Die Überwindung der verzögerten Sprachentwicklung bei Vorschulkindern.* Berlin (DDR) 1978.
- Templin, M. C.: Development of speech. *J. Pediat.* 62 (1963), S. 11—14.
- Teumer, J.: Aspekte der Früherfassung (Früherkennung und Frühförderung) sprachgeschädigter Kinder — Gedanken zur Grundlegung der Sprachgeschädigtenpädagogik. *Die Sprachheilarbeit* 23 (1978), S. 1—16.
- Welte, Verena: Der Mottier-Test, ein Prüfmittel für die Lautdifferenzierungsfähigkeit und die auditive Merkfähigkeit. *Sprache — Stimme — Gehör* 5 (1981), S. 121—125.
- Wyatt, Gertrud L.: *Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung.* Stuttgart 1973.
- Wygotzki, L. S.: *Denken und Sprechen.* Frankfurt a.M. 1977<sup>5</sup> (russisch 1934).

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt, Postfach 680, Am Hohbuch, 7410 Reutlingen.

## Das beginnende Stottern — Diagnose und Behandlungsansätze\*

### Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird versucht, eine Unterscheidung zwischen normalen Sprechunflüssigkeiten, beginnendem Stottern und manifestem Stottern zu treffen, es werden ein Indikationskatalog für eine Intervention bei beginnendem Stottern vorgestellt sowie Grundzüge der Behandlung des beginnenden Stotterns herausgearbeitet. Dabei wird der Standpunkt vertreten, daß sowohl die Beratung der Eltern wie die Behandlung der Kinder als sich ergänzende und bedingende Maßnahmen bei der Behandlung des beginnenden Stotterns angezeigt sind.

Zu Recht wird in der jüngsten Zeit zunehmend der Aspekt der Prävention in der Planung therapeutischen Handelns betont.

Störungen sollten möglichst frühzeitig erkannt, Interventionen möglichst frühzeitig eingeleitet werden. Es gilt zu verhindern, daß sich eine Störung krebsartig ausweitet, Folgestörungen eintreten.

Bei der Diagnose und Behandlung des beginnenden Stotterns ergeben sich jedoch eine Reihe von Schwierigkeiten, sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Behandlung des beginnenden Stotterns. Unflüssigkeiten im Sprechen (englisch: disfluencies) sind nahezu bei allen Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren zu beobachten. In diesem Alter beginnt im weit überwiegenden Teil der Fälle auch das Stottern.

*Van Riper* (1971): Bei 70 bis 90 Prozent der Stotternden beginnt die erste Symptomatik vor dem achten Lebensjahr;

*Sheehan* (1970): Die meisten Stotternden werden im Alter zwischen drei und fünf Jahren zum erstenmal auffällig;

*Seeman* (1969): Bei 66 Prozent liegt der Störungsbeginn im Alter von drei bis sechs.

*De Joy* und *Gregory* (1977) fanden bei 60 Jungen im Vorschulalter ein Kontinuum von relativ flüssig bis relativ unflüssig sprechenden Kindern, die Unflüssigkeiten der Kinder, die nicht »stotterten«, bestanden insbesondere aus Teilwortwiederholungen, Wortwiederholungen, nicht grammatikalisch bedingten Sprechpausen, inkompletten Sätzen. Die Unflüssigkeiten der Kinder nahmen mit der Komplexität der Sätze zu (gemessen an der Anzahl der Morpheme pro Satzteil). Relativ unflüssig sprechende Kinder zeigten eine geringere Fähigkeit in der Beherrschung komplexer Satzmuster.

Die Anzahl der Unflüssigkeiten nimmt nach einer weiteren Untersuchung von *Gregory* (1979) mit dem Alter der Kinder ab (siehe auch *Johnson et al.* 1963, *Huntenburg* 1981).

Aufgrund der Durchsicht der angloamerikanischen Literatur kam *Cooper* (1979) zu der Auffassung, daß bis zu 5 Prozent Unflüssigkeiten im Sprechen von Vorschulkindern noch als »normal« zu gelten hätten.

*Johnson* (1963) fand bei 69 Kindern mit einem durchschnittlichen Alter von fünf Jahren auch bei nicht stotternden Kindern hohe Prozentwerte an Sprechunflüssigkeiten. Laut- und Silbenwiederholungen kamen bei Jungen in einem Prozentsatz von 8,4 Prozent und bei Mädchen in einem Prozentsatz von 10,7 Prozent vor.

Nicht stotternde Kinder zeigten sogar häufiger Einschübe und Umstellungen als stotternde Kinder. Die Sprechunflüssigkeiten bei nicht stotternden Kindern waren jedoch insgesamt wesentlich geringer als bei stotternden Kindern.

\* Der Beitrag ist eine leicht veränderte und ergänzte Fassung eines Referates, das anlässlich der Arbeitstagung »Prävention und Sprachbehinderung« der AW, Bezirksverband Weser-Ems e.V., in Osnabrück 1981 gehalten wurde.

In der Kategorie »Lautverlängerungen« zeigten stotternde Kinder annähernd fünfmal so viele Auffälligkeiten wie nicht stotternde Kinder.

*Huntenburg* (1981) untersuchte im deutschsprachigen Raum eine Stichprobe von 20 nicht stotternden Kindern (10 Jungen, 10 Mädchen) im Alter von 4;6 bis 4;11 Jahren. Sie fand dabei Sprechunflüssigkeiten zwischen 0,1 und 9,2 Prozent pro Anzahl der gesprochenen Worte. Die meisten Kinder zeigten Sprechunflüssigkeiten in der Höhe zwischen 2 und 3 Prozent.

Vergleiche von unflüssig sprechenden nicht stotternden Kindern und stotternden Kindern zeigten nach *Gregory* (1980), daß Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen in folgenden beiden Punkten bestehen:

1. Stotterer zeigen mehr Unflüssigkeiten;
2. Stotterer zeigen bestimmte Unflüssigkeiten gehäuft, die nicht flüssig sprechende Vorschulkinder nur im geringen Ausmaß zeigen.

Auf der Basis dieser Erfahrungen entwickelte *Gregory* (1980) Beurteilungskriterien, mit deren Hilfe entschieden werden soll, ob Unflüssigkeiten in dem Sprechen eines Kindes noch »normal« sind oder aber ob sie als beginnendes Stottern gelten müssen.

*Tabelle 1 (Gregory 1980)*

Häufig vorkommend  
typisch für »normal disfluencies«

1. Pausen  
(nicht grammatikalisch bedingt)
- ↓
2. Einschleiben von Lauten, Silben, Wörtern
- ↓
3. Wiederholung von Teilsätzen oder Sätzen
- ↓
4. Wiederholung von einsilbigen Wörtern, z. B. es, es im normalen Sprechrhythmus
- ↓
5. Wiederholung von Satzteilen
- ↓
6. Satz wiederholungen im Wort, normaler Sprechrhythmus

7. Wiederholung von entsprechenden Worten, geänderter Sprechrhythmus
  - ↓
  8. Silbenwiederholungen im Wort, veränderter Sprechrhythmus
  - ↓
  9. Silbenwiederholungen, die in Dehnungen, Verlängerungen enden
  - ↓
  10. Dehnungen
  - ↓
  11. Dehnungen, die in einer erstarrten Artikulationsstellung enden
  - ↓
  12. Anwachsende Spannung während des Sprechsatzes, z. B. Zittern der Lippen, Verspannung des Kiefers o. ä.
- Weniger häufig vorkommend und untypisch für »normal disfluencies«

*Gregory* (1980) beurteilt die durch die Kriterien eins bis sechs bedingten Unflüssigkeiten in der Kindersprache als sehr häufig vorkommend und damit als »normal«.

Die weniger häufig auftretenden Kriterien sieben und acht bedingen eine Unflüssigkeit, die den Übergang zwischen normalen Unflüssigkeiten und beginnendem Stottern markiert. *Gregory* sieht es bereits als problematisch an, wenn mehr als zwei Worte auf hundert von dieser Art von Unflüssigkeiten gekennzeichnet sind.

Unflüssigkeiten, die aufgrund der Kriterien neun bis zwölf auftreten, sind bei den normalen Unflüssigkeiten der Kindersprache sehr selten, sind Zeichen des beginnenden Stotterns und werden auch von den Zuhörern als Stottern gewertet.

*Cooper* (1973, 1979) betont den phasenhaften Charakter und die situative Variabilität des beginnenden Stotterns. Er ermittelte sechs Variablen, anhand derer er normale Unflüssigkeiten vom beginnenden Stottern unterscheiden will.

Tabelle 2 (Cooper 1979)

Variable	Indikation für eine Intervention
1. Häufigkeit der Unflüssigkeiten	Mehr als 5 Prozent der Worte sind durch Unflüssigkeiten gekennzeichnet, und zwar im Durchschnitt aller Sprechsituationen und in einem Zeitraum von über sechs Monaten
2. Dauer der Unflüssigkeiten	Dauer von durchschnittlichen Unflüssigkeiten von mehr als zwei Sekunden
3. Artikulationsmuster	Artikulationen, die auf ein Anknüpfen gegen das Stottern schließen lassen
4. Beleitende motorische Verhaltensweisen	Gesichts- und Körperbewegungen, sogenannte Mitbewegungen
5. Affektiv-kognitive Reaktion des Kindes auf die Störung	Negative gefühlsmäßige Reaktion des Kindes auf die Störung
6. Affektiv-kognitive Reaktion der Eltern auf die Störung	Eltern beachten die Unflüssigkeiten des Kindes; sie rufen in ihnen negative Einstellungen und Gefühle hervor

Nach Cooper (1979) ist eine Intervention dann gerechtfertigt, wenn eine der sechs Variablen vorhanden ist.

Zusammenfassend können wir sagen, daß normale Unflüssigkeiten in dem Sprechen von Vorschulkindern sich aufgrund von fünf Aspekten von Unflüssigkeiten beim beginnenden Stottern unterscheiden.

1. Im Ausmaß an Unflüssigkeiten.
2. In der Art der Unflüssigkeiten.
3. In der Reaktion des Kindes auf die Unflüssigkeiten.
4. In der Reaktion der Eltern auf die Unflüssigkeiten.
5. In der Stabilität der Unflüssigkeiten über Zeit und Sprechsituationen hinweg.

Dabei ist davon auszugehen, daß es zwischen unflüssig sprechenden Kindern und Kindern mit beginnendem Stottern keine qualitativen Unterschiede gibt. Die Auffälligkeiten insbesondere hinsichtlich der Unflüssigkeiten bewegen sich auf einem Kontinuum.

Charakteristika des normal unflüssigen Sprechens wie des beginnenden Stotterns sind darüber hinaus:

- Artikulatorisch schwierige Wörter werden eher unflüssig gesprochen als artikulatorisch einfache Wörter.
- Unflüssigkeiten treten insbesondere bei Satz- bzw. Satzteilanfängen auf.
- In komplexen Sätzen gibt es mehr Unflüssigkeiten als in einfachen.
- Funktionswörter werden (im Gegensatz zum manifesten Stottern) eher unflüssig gesprochen.
- In längeren Sätzen tauchen mehr Unflüssigkeiten auf als in kürzeren.

Klonische Unflüssigkeiten (siehe Gregory, Kriterien eins bis sechs, aber auch sieben und acht) überwiegen, wobei die quantitative Verteilung zwischen unflüssig sprechenden Kindern und Kindern mit beginnendem Stottern zwischen den einzelnen Kategorien unterschiedlich ist.

Bloodstein (1960) teilt die Entwicklung des Stotterns in vier Phasen ein:

Phase 1: Silben- und Wortwiederholungen, vornehmlich am Satzbeginn, Stottersymptome eher bei Aufregung, kein Störungsbewußtsein;

Phase 2: Stottern im Satz bei Substantiven, Verben und Adjektiven, vermehrt unter situativem Druck und bei schnellem Sprechen, Bewußtwerden der Störung;

Phase 3: Situationsabhängigkeit, Situationsvariabilität und Konsistenzeffekte des Stotterns, erste Wortumschreibungen und Wortersetzungen;

Phase 4: Soziale Verhaltensauffälligkeiten, wie das Vermeiden von Sprechen und Sprechsituationen; Sprech- und Situationsängste; Stottern wird antizipiert und vermieden, häufiger Gebrauch von Revisionen und Paraphrasen.

Wir unterscheiden zwischen beginnendem Stottern und manifestem Stottern und beschreiben anhand der folgenden Punkte den Unterschied:

1. Die Unflüssigkeiten sind über einen längeren Zeitraum und über verschiedene oder in verschiedenen Sprechsituationen stabil.
2. Klient und Bezugspersonen haben ein festes Konzept über die Störung erworben.
3. Klient (und vielleicht Bezugspersonen) haben inadäquate Mittel entwickelt, das Stottern zu überwinden. Der Klient kämpft gegen seine Störung an.
4. Klient und/oder Bezugspersonen haben eine negative Einstellung zum Stottern.
5. Klient hat entwickelt oder entwickelt ein Flucht- und Vermeidensverhalten im sozial-kommunikativen Bereich.

Auch zwischen dem beginnenden Stottern und dem manifesten Stottern gibt es keine qualitativen Unterschiede. Die Unterschiede sind quantitativer Art, die Entwicklung stellt sich auf einem Kontinuum dar.

Die Symptomatik des beginnenden Stotterns ist nicht nur durch ihre hohe situative Variabilität und ihr phasenhaftes Auftreten gekennzeichnet, sondern auch durch die hohe Quote an spontanen Remissionen.

*Gregory* (1980) spricht von 70 bis 80 Prozent spontaner Remission bei dem beginnenden Stottern.

*Glasner* und *Rosenthal* (1957) interviewten die Eltern von 996 Kindern bei Einschulung. 4,8 Prozent der Eltern berichteten, daß ihre Kinder zur Zeit stotterten, weitere 15,7 Prozent gaben an, daß ihr Kind während der Vorschulzeit einmal gestottert habe. Die Beschreibung der Symptomatik des beginnenden Stotterns erklärt nicht, wieso es zu dieser Störung kommt, noch wie diese Störung aufrechterhalten wird und unter welchen Bedingungen sie abgebaut werden kann. Zur Klärung dieser Fragen wurden und werden Theorien zum Stottern entwickelt.

*Motsch* (1981) legt in seinem sehr interessanten Aufsatz dar, daß der Versuch, das Wesen des Stotterns oder gar des Stotterers zu erfassen und die Ursache bzw. die Ursachen des Stotterns zu ermitteln, trotz einer immer größer werdenden Anzahl an Untersuchungen und Theoriebildungen bisher zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt habe.

Sowohl die Organtheorien als auch die Neurosentheorien des Stotterns hätten bisher nicht empirisch validiert werden können. Therapien auf der Basis der in der Theorie gemachten Annahmen seien vom Effekt her unbefriedigend geblieben.

Versuche, beide Ansätze zu verbinden, hätten zum Standpunkt des »Sowohl-Als-auch« geführt, ohne daß es aber gelungen wäre, die Wechselwirkung zwischen organischen, psychischen und sozialen Bedingungen genau zu beschreiben.

Auch die Versuche, das Stottern selbst zu differenzieren und zwischen mehreren Arten des Stotterns zu unterscheiden (z. B. *Böhme* 1977, *Van Riper* 1973), lösten nicht das Problem, da

1. die verschiedenen Arten des Stotterns praktisch nur unzureichend voneinander zu trennen seien,
2. sich mehr Stotterer außer oder zwischen den typisierten Arten oder Formen des Stotterns befänden oder eine Kombination darstellten, als daß sie eindeutig zuzuordnen seien,
3. gesonderte Veränderungsstrategien für den speziellen Einzelfall aus ihnen nicht abgeleitet werden könnten.

*Motsch* (1981) legt im weiteren dar, daß sowohl die organische wie psychische oder die soziale Devianzforschung bisher keine eindeutigen Ergebnisse erbracht haben und daß der Versuch gescheitert sei, nomothetische Aussagen zur Beziehung des Stotterns zu bestimmten anderen Größen im sozialen, psychischen oder organischen Bereich herzustellen. *Motsch* zieht daraus den Schluß, daß es so viele Arten des Stotterns gäbe wie Stotterer selbst und daß die Entstehungs- und Beibehaltungsbedingungen in ihrer Art und Kombination bei jedem Stotterer einzigartig seien, daß Veränderungsstrategien aufgrund von individuell erstellten Annahmen in jedem Einzelfall entwickelt und überprüft werden müßten. Dieser prinzipiellen Skepsis von *Motsch* gegenüber den Theorien zum Stottern stimmen wir zu.

Die von uns verwandten Techniken und Verfahren zur Veränderung des beginnenden Stotterns entspringen daher auch weniger unserem theoretischen Wissen über das Stottern als vielmehr unserem theoretischen Wissen um Verhaltensanalyse und Verhaltensänderung sowie den eigenen wie auch den weitergegebenen praktischen Erfahrungen von Stottertherapeuten.

Insoweit beziehen wir auch die publizierten Erfahrungen von Charles *Van Riper*, insbesondere das Kapitel »Treatment of the beginning stutterer: Prevention« oder die von der Speech Foundation of America 1977 herausgegebene Broschüre von *Ainsworth* u. a.: »If your child stutters. A guide for parents« ein, um nur einige zu nennen (siehe auch »*Der Kieselstein*« 1979).

Dennoch muß hier auf eine Theorie zum Stottern eingegangen werden, weil sie insbesondere die Therapie des beginnenden Stotterns im erheblichen Maße nachhaltig beeinflusst hat. Es ist die Theorie von Wendell *Johnson* aus den vierziger Jahren. Verkürzt und vereinfacht besagt seine Theorie folgendes: Stottern von Vorschulkindern ist das Resultat der Mißinterpretation von normaler Unflüssigkeit durch die Eltern.

Die Eltern bauen in einer Art sich selbst erfüllender Prophezeiung das Stottern des Kindes weiter auf. Die therapeutische Konsequenz daraus war, die Einstellung und die Verhaltensweisen der Eltern zu ändern und der darüber hinaus beteiligten Umwelt, aber nicht mit dem Kind direkt zu arbeiten (da ansonsten dem Therapeuten der gleiche »Fehler« unterlaufe).

*Cooper* (1979) stellt fest, daß bei der hohen Zahl der spontanen Remissionen bei dem beginnenden Stottern die Eltern »mehr richtig« als »falsch« machen müßten. Denn wenn man sie als kausalen Faktor für das Entstehen des Stotterns verantwortlich mache, müsse man auch sie als kausalen Faktor für das Verschwinden des Stotterns ansehen. Er erläutert weiter, daß selbst wenn die Eltern das Stottern nicht oder nur zu einem Teil verursachten, sie dennoch auch durch ein richtiges Eingehen auf das Stottern dieses beseitigen könnten. Untersuchungen von ihm und anderen (*Cooper* 1975, *Crowe* und *Cooper* 1977, *McLelland* und *Cooper* 1977, *Fowlie* und *Cooper* 1978) hätten den Schluß nahegelegt, daß viele Eltern von Kindern mit Spontanremissionen vom Stottern ihren Kindern Hilfestellungen angeboten hätten, die den Hilfestellungen glichen, die Therapeuten älteren Klienten zur Überwindung des Stotterns anböten. *Cooper* (1979) sieht deshalb die Aufgabe darin, dem Kind und den Eltern die richtigen, d.h. in dem individuellen Falle effektive Hilfestellungen anzubieten.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist es sowohl möglich, daß die Eltern aufgrund ihres Verhaltens das Stottern des Kindes weiter aufbauen, als aber auch, daß sie Hilfestellungen zum Abbau des Stotterns geben.

Unsere Position hinsichtlich der sprachtherapeutischen Behandlung des beginnenden Stotterns läßt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Es findet sowohl eine direkte wie indirekte Behandlung statt. Das Kind selbst wird therapiert, die Eltern werden beraten.

2. Eltern von Kindern mit normalen Sprechunflüssigkeiten werden lediglich informiert und beraten.
3. Kinder mit manifestem Stottern werden anderen Therapiemaßnahmen zugeführt (siehe *Stang 1977*).
4. Bei den im folgenden aufgeführten allgemeinen Aspekten dürfen die differenziellen Aspekte nicht zu kurz kommen. Die Therapie und die Beratung müssen auf den Einzelfall abgestellt werden.
5. In der Behandlung der Kinder wird flüssiges Sprechen verstärkt, zum Teil werden Situationen systematisch herbeigeführt, in denen Kinder flüssig sprechen.  
Die Kinder werden angehalten, eine mit dem Stottern weitgehend inkompatible Sprechweise einzuhalten, nämlich laut, langsam und deutlich (l.l.d.) zu sprechen.  
Das Sprechen der Kinder wird zu rhythmisieren versucht.  
In der Regel wird auf die Unflüssigkeiten des kindlichen Sprechens nicht eingegangen.  
Es soll alles vermieden werden, was bei dem Kind ein negativ gefärbtes Störungsbewußtsein, Leidensdruck hervorruft.  
Ein beginnendes bzw. bereits vorhandenes Störungsbewußtsein soll durch ein Zentrieren der kindlichen Aufmerksamkeit auf das Alternativverhalten und durch Bagatellisierung der Unflüssigkeiten abgebaut werden.  
Das Kind soll Spaß am Sprechen bekommen bzw. wieder bekommen. Motivierende Sprach- und Sprechspiele werden dazu eingesetzt, Kommunikationssituationen geschaffen, in denen das Kind ohne hohe Kommunikationsverantwortlichkeit und Zeitdruck sprechen kann, Äußerungen des Kindes werden durch differenziertes Eingehen darauf verstärkt.
6. Die Beratung der Eltern verfolgt folgende Ziele:
  - Die Eltern sollen ein gutes sprachliches Modell im Sprechen wie im Zuhören darstellen.
  - Die Eltern sollen Sprechunflüssigkeiten akzeptieren, vorhandene Ängste abbauen.
  - Die Eltern sollen lernen, Situationen mit flüssigem Sprechen herbeizuführen, flüssiges Sprechen zu erkennen und zu verstärken.
  - Die Eltern sollen lernen, Erziehungsmaßnahmen, die hohen situativen Druck mit entsprechendem emotionalen Streß auf seiten des Kindes erzeugen, durch »weichere« Erziehungsmaßnahmen zu ersetzen.
  - Die Eltern sollen lernen, die Freude des Kindes am Sprechen durch differenzierteres Eingehen auf die Äußerungen der Kinder, durch Schaffung von Gesprächssituationen ohne hohe Kommunikationsverantwortlichkeit und situativen Druck zu verstärken.
 Die Einwirkung auf die Eltern geschieht durch:
  - Informationen sowie problemorientierte Gespräche aufgrund der Beobachtungen zu Hause;
  - Gespräche über das Verhalten des Kindes in der Therapie (Videoaufzeichnungen), die Interaktion Kind—Therapeut unter Berücksichtigung des Modelllernens.

#### Literatur

- Ainsworth, St.: »Wenn Ihr Kind stottert«. In: *Der Kieselstein* (1979), Heft 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- Bloodstein, O.: The development of stuttering: II. Development phases; *J. Speech Hearing Disorders* 25, 1960.
- Böhme, G.: Das Stotterer Syndrom. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. In: Eggert, D. (Hrsg.): *Arbeiten der Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik*, Band 17, Bern, Stuttgart, Wien 1977.

- Cooper, E. B.: The development of a stuttering chronicity. Prediction checklist for school aged stutterers: a research inventory for clinicians; J. of Speech Hear. Res., 38 (1973), S. 215—223.
- Cooper, E. B.: Clinicians attitudes toward stutterers: a study of bigotry? Paper presented of the American Speech and Hearing Ass. Convention. Washington D. C. 1975; zit. nach Cooper 1979.
- Cooper, E. B.: Intervention Procedures for the young stutterer. In: Gregory, H. H. (Ed.): Controversies about Stuttering Therapy. Baltimore 1979.
- Crowe, T. A., und Cooper, E. B.: Parental attitudes toward and knowledge of stuttering. J. Commun. Dis., 10, 1977.
- Fowlie, G. M., und Cooper, E. B.: Traits attributed to stuttering and non stuttering children by their parents. Unveröffentlichtes Papier der Universität von Alabama; zit. nach Cooper 1979.
- Glasner, P. J., und Rosenthal, D.: Parental diagnosis of stuttering in young children. J. Speech Hearing Dis., 22, 1957.
- Gregory, H. H.: Controversial Issues: Statement and Review of Literature. In: Gregory, H. H. (Ed.): Controversies about Stuttering Therapy. Baltimore 1979.
- Gregory, H. H.: Factors Related to Speech Disfluency and the Beginning of Stuttering. In: »Stotterdam 79« — Proceedings of the International Symposium about the Stuttering Child. Rotterdam 1980.
- Huntenburg, U.: Eine Untersuchung 4;6- bis 4;11jähriger Kinder auf Sprechunflüssigkeiten, Unveröffentlichte Hausarbeit der Fachschule Sprachtherapie. Oldenburg 1981.
- Johnson, W., et al.: Diagnostic Methods of Speech Pathology. New York/Evanston 1963.
- De Joy, D., und Gregory, H. H.: The relationship of preschooler's syntactic maturity to the frequency of specific disfluency types in their spontaneous speech. Report of the international congress of Logopedics and Phoniatrics. Kopenhagen 1977.
- McLelland, J. K., und Cooper, E. B.: Fluency related behaviour and attitudes of 178 young stutterers. Paper presented to the American Speech and Hearing Ass. Convention. Chicago 1977; zit. nach Cooper 1979.
- Motsch, H. J.: Theorien des Stotterns am Ende? Die Sprachheilarbeit 26, 1981.
- Van Riper, Ch.: The Nature of Stuttering. New York 1971.
- Van Riper, Ch.: The Treatment of Stuttering. New Jersey 1973.
- Seeman, M.: Sprachstörungen bei Kindern. Berlin (DDR) 1969.
- Sheehan, J. J.: Stuttering: Research and Therapy. New York 1970.
- Stang, H.: Stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher. Tagungsbericht der Arbeitstagung der AW: »Der Sprachbehinderte als Mehrfachbehinderter«. Bad Salzdetfurth 1977.

**Anschrift des Verfassers:**

H. Stang, Dipl.-Psychologe, Sprachheilzentrum der Arbeiterwohlfahrt,  
Bezirksverband Weser-Ems e.V., Klingenbergstraße 73 a, 2900 Oldenburg.

Für unsere Heimsonderschule für Sprachbehinderte  
suchen wir zum Schuljahresbeginn 1983/84

**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:

Evang. Kinder- und Jugendhilfezentrum Dinglingen e.V.,  
Weinbergstraße 9, 7630 Lahr, Telefon (07821) 4 30 61.

Günther Bergmann, Gießen

## Der Beitrag apparativer Sprechhilfen für Theorie und Therapie des Stotterns\*

### Zusammenfassung

Symptomorientierte Ansätze in der Therapie des Stotterns zielen vorrangig auf eine Verbesserung der Sprechflüssigkeit. Dieses Therapieziel erfordert empirisch begründete Aussagen über die Ablaufprozesse des Stotterns, um zielrelevante von zielirrelevanten therapeutischen Interventionen unterscheiden zu können. Die Erforschung der Wirkung apparativer Sprechhilfen in der Therapie des Stotterns, dies sind die Methoden des metrischen Sprechens, der auditiven Maskierung, der verzögerten auditiven Rückmeldung (DAF) und des elektromyographischen Biofeedback, kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Aus der vorliegenden Literatur kann begründet werden, daß die Wirkung apparativer Sprechhilfen weder aus einer Ablenkung vom eigenen Sprechen noch aus einer Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit allein erklärt werden kann. Die vorliegenden Untersuchungen verweisen vielmehr darauf, daß eine spezifische Veränderung der Sprechmuster als Wirkung von Sprechhilfegeräten eintreten kann. Theorien der motorischen Vereinfachung (*Bloodstein*), der Wiederherstellung der gestörten zeitlichen Struktur des Sprechens (*Van Riper*) und der Erleichterung der Koordination von Phonation, Artikulation und Respiration (*Perkins*) führten hier weiter. Insbesondere *Wingates* Erklärung des Stotterns als einer Störung des phonetischen Übergangs lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Veränderung der Vokalisation als Grund der beobachteten Symptomreduktion. Darüber hinaus wird die Rolle der auditiven Rückmeldung akzentuiert. Die therapeutische Relevanz dieser Gesichtspunkte kann im Hinblick auf die Bedeutung logopädischer Techniken in der Therapie des Stotterns expliziert werden. Darüber hinaus verweisen Hypothesen über die Ablaufprozesse des Stotterns auf weitergehende psychologische Ursachenmechanismen, die kombinierte Therapieverfahren indiziert erscheinen lassen.

### 1. Einleitung

Jedem Sprachtherapeuten oder Psychologen, der sich mit Stottern beschäftigt hat, ist bekannt, daß das Störungsumfeld des Stotterns weit über eine unmittelbare Störung der Sprechflüssigkeit hinausreicht. Konstituierendes Moment des Stotterns ist die Angst zu stottern, wenn man dieser allgemeinen Charakterisierung *Van Ripers* (1971) folgen will, die sich auf die Selbstbeschreibungen und das Selbsterleben der Stotterer bezieht. Daraus ergeben sich verschiedenartigste Verhaltensstrategien, z.B. die Vermeidung bestimmter Wörter oder die Vermeidung von Situationen, die aus der Selbsterfahrung des Stotterers heraus in besonderem Maße als Stottern auslösend angesehen werden. Gemeinsam ist diesen Strategien eine Beeinträchtigung des kommunikativen und sozialen Verhaltens. Die Fehlreaktionen der Umwelt auf einen Stotterer interagieren mit diesen Vermeidungsstrategien und können sie weiter verfestigen. Schließlich kann man die Beeinträchtigung des kommunikativen und sozialen Verhaltens von Stotternern auch in dem noch komplexeren Sinne verstehen, daß Stottern selbst Ausdruck eines gestörten kommunikativen Verhaltens ist.

Hier setzt sogleich die Kontroverse an, ob die Sprechunflüssigkeit Ursache für das weitere Störungsumfeld ist oder ob umgekehrt eine habituelle Störung (der Persönlichkeit oder des sozialen Verhaltens) Ursache des Stotterns und der beobachteten Verhaltensauffälligkeiten ist. Wenn zwischen beiden Polen in dieser Kontroverse auch nicht notwendigerweise ein Gegensatz besteht, so wird doch damit nahegelegt, worin das Hauptgewicht einer Therapie

---

\* Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf dem 11. Kongreß des BDP für Angewandte Psychologie in Heidelberg, September 1981.

gesehen werden soll. In diesem Sinne kann man die Kontroverse so schematisieren, symptomorientierte oder personorientierte Therapie, flüssiges Sprechen oder allgemeine Verhaltens- oder Einstellungsänderung als Therapieziel (vgl. *Gregory 1979*). Diese Kontroverse soll hier nicht behandelt werden (sie ist auch so m. E. nicht entscheidbar). Gegenstand dieser Überlegungen ist die Symptomatik der Sprechunflüssigkeit in engerem Sinne, die bekannterweise durch Wiederholungen und Dehnungen, hauptsächlich von Silben und Lauten, sowie durch krampfartige Blockierungen des Sprechflusses gekennzeichnet ist. Die Prozesse, die diese Symptome hervorbringen, kann man im Interesse einer besseren Abgrenzbarkeit zu einem allgemeineren Symptombegriff als die Ablaufprozesse des Stotterns bezeichnen.

Die Untersuchung der Ablaufprozesse des Stotterns ist also auch unter dem Forschungsgesichtspunkt eine symptomorientierte Zugangsweise. Es sollen im folgenden die Möglichkeiten einer solchen Zugangsweise für eine Theorie und daraus folgend für eine Therapie des Stotterns diskutiert werden. Dabei werden sich auch die Grenzen dieser Betrachtungsweise zeigen, sowohl im Hinblick auf die Theorie wie auch die Therapie. Sinnvoll erscheint mir ein symptomorientierter Zugang zum Problem des Stotterns einfach schon deshalb, weil die Verbesserung der Sprechflüssigkeit als Therapieziel, zumindest unter anderen Therapiezielen, m. E. nicht vom Therapeuten aufgegeben werden sollte.

## 2. Apparative Sprechhilfen in der Therapie des Stotterns

Der Einsatz apparativer Sprechhilfen in der Therapie des Stotterns bezieht sich unmittelbar auf eine Verbesserung der Sprechflüssigkeit. Unter apparativen Sprechhilfen sollen hier die Methoden des metrischen Sprechens (nach einem Metronom-Takt), der auditiven Maskierung (Überdeckung der auditiven Rückmeldungskanäle des Sprechens durch »weißes Rauschen«), der verzögerten auditiven Rückmeldung (des eigenen Sprechens; delayed auditory feedback, DAF) und des elektromyographischen Biofeedback (Rückmeldung der Muskelspannung ausgewählter sprechmotorisch relevanter Muskelgruppen) verstanden werden (ein Überblick über diese Methoden bei *Böhme 1977, 1980* und bei *Wittling und Booth 1980*). Von allen diesen Methoden ist nachgewiesen, daß eine zumindest kurzfristige Symptomreduktion erzielt werden kann (zu den Problemen der Meßmethodik siehe *Gregory 1979*). Auch eine anhaltende Verbesserung der Sprechflüssigkeit konnte erreicht werden, wenn diese Methoden mit geeigneten Techniken zur Aufrechterhaltung und zum Transfer der erhöhten Sprechflüssigkeit gekoppelt wurden (vgl. *Wendlandt 1979*). Jedoch sind die Befunde uneinheitlich, und es ist bislang nicht geklärt, welches die Gründe einer Symptomreduktion durch apparative Sprechhilfen sind. Eine genaue Analyse der Gründe ihrer Wirksamkeit sollte daher zugleich Hypothesen über die Ablaufprozesse des Stotterns selbst liefern. Daraus könnten dann Schlußfolgerungen gezogen werden, welche therapeutischen Interventionen — unter der symptomorientierten Betrachtungsweise — zielrelevant für eine Verbesserung der Sprechflüssigkeit sind und welche dies nicht sind.

Diese Analyse der Wirkung apparativer Sprechhilfen setzt voraus, daß es sich dabei um spezifische Wirkungen auf den Vorgang des Sprechens handelt. Sprechhilfen würden diesen Namen nur dann verdienen, wenn sie dem Stotterer als ein Hilfsmittel dienen können, die gestörte Flüssigkeit seines Sprechens zumindest teilweise wiederherzustellen. Andererseits existiert die Meinung, daß die symptomreduzierende Wirkung apparativer Sprechhilfen unspezifischer Natur sei, d. h., Sprechhilfen lösen danach nicht verschiedene, bestimmte Effekte aus, sondern sie wirken unterschiedslos aufgrund der durch die Apparate veränderten Umgebungsbedingungen für das Sprechen.

Im wesentlichen existieren in der Literatur zwei Hypothesen, die von einer solchen unspezifischen Wirkung der Sprechhilfemethoden ausgehen, die Ablenkungshypothese und die Verlangsamungshypothese.

### 3. Die Ablenkungshypothese

Die Ablenkungshypothese besagt kurz gefaßt, daß sich eine Symptomreduktion einstellt aufgrund einer Aufmerksamkeitsverlagerung vom Sprechen auf äußere Reizbedingungen, z. B. den Taktschlag des Metronoms oder die Apparatur selbst (vgl. *Fiedler und Standop* 1978). Dagegen konnten z. B. *Mallard und Webb* (1980) zeigen, daß visuelle und auditive Ablenkungsreize keine Symptomreduktion zur Folge haben. Allerdings kann die Ablenkungshypothese auch genauer gefaßt werden in dem Sinne, daß apparative Sprechhilfen im Labor Stottern vermeiden helfen, weil die subjektive Kommunikationsverantwortlichkeit herabgesetzt ist (z. B. *Krause* 1976, 1981). Auch dieser Erklärung können verschiedene Ergebnisse und Argumente entgegengehalten werden. Bei der Methode des metrischen Sprechens konnte z. B. nachgewiesen werden, daß ein regelmäßiger Metronomschlag effektiver ist als unregelmäßige Taktschläge (*Brady* 1969). Ein reiner Apparate-Effekt kann hierbei nicht vorliegen; wenn überhaupt, dann müßten unregelmäßige Metronomschläge stärker ablenkend wirken. Bezüglich des elektromyographischen Feedback zeigte sich eine deutlich stärkere Abnahme der Symptomatik bei richtigem Feedback im Vergleich zu falschem Feedback (*Cross* 1977; bei »falschem« Feedback werden die Feedback-Signale manipuliert, so daß sie nicht zur tatsächlichen Muskelspannung in Beziehung stehen). Hier müssen demnach spezifische Wirkungen auf den Sprechablauf bestehen. Allerdings hatten in einigen Untersuchungen auch die als Ablenkungsbedingungen definierten Sprechbedingungen eine gewisse Symptomreduktion zur Folge, wenn auch nur in einem vergleichsweise geringeren Ausmaß.

Bezüglich der Wirkung der verzögerten auditiven Rückmeldung läßt sich die Ablenkungshypothese nur schwer gegen die experimentellen Befunde geltend machen. Zum einen findet bei den entsprechenden Untersuchungen immer ein Vergleich zwischen verzögerter und unverzögerter Rückmeldung in demselben experimentellen Aufbau statt (also: Kopfhörer, Sprechen in ein Mikrofon). Der Ablenkungshypothese zufolge dürfte sich hier kein Unterschied einstellen, da beide Bedingungen gleichermaßen die subjektive Kommunikationsverantwortlichkeit reduzieren oder ablenkend wirken müßten. Zum anderen hat sich gezeigt, daß verschiedene Verzögerungszeiten unterschiedlich effektiv sind; z. B. können sehr lange Verzögerungszeiten sogar die Symptomatik verstärken. Auch dies wäre nach der Ablenkungshypothese erwartungswidrig.

Schließlich wurden vor allem mit Hilfe des Einsatzes von verzögerter Rückmeldung in geeigneten therapeutischen Designs beachtliche und dauerhafte Therapieerfolge erzielt (z. B. von *Curlee und Perkins* 1973; *Perkins* 1973 a und b; *Perkins et al.* 1974). An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, daß Therapieerfolgskontrollen oft mit unzulänglichen Methoden durchgeführt wurden und sehr kritisch zu beurteilen sind. Dies gilt besonders für die Anzahl der als »geheilt« bezeichneten Fälle. Oft findet nur eine telefonische Nachfrage statt, ob der betreffende Klient noch »stottert«, nur noch »etwas stottert« oder »gar nicht stottert«. Solche Angaben sind derart unverläßlich, daß sie zum Beleg eines Therapieerfolgs überhaupt nicht verwendet werden können. In den oben genannten Untersuchungen wurden jedoch empirisch genaue Erfassungsmethoden bei einer Kontrolle nach einem Jahr benutzt. Ob andererseits bei 80 Prozent der Klienten die Symptomreduktion stabil blieb oder nur bei 40 Prozent, ist für die Argumentation an dieser Stelle gleichgültig. Es erscheint jedenfalls nicht plausibel, solche relativ stabilen Effekte auf eine vorübergehende Ablenkung zurückzuführen. Allerdings sind kurzfristige Ablenkungseffekte nachgewiesen worden, aber die erzielte Symptomreduktion als Wirkung apparativer Sprechhilfen kann in ihrem vollen Umfang nicht daraus erklärt werden.

### 4. Die Verlangsamungshypothese

Die Verlangsamungshypothese andererseits geht davon aus, daß sich beim Einsatz von Sprechhilfegeräten Stottern deshalb reduziert, weil die Sprechgeschwindigkeit verlang-

samt wird (z. B. *Watts* 1973). Bezüglich des metrischen Sprechens konnte dagegen gezeigt werden, daß eine Verbesserung der Sprechflüssigkeit unabhängig von der durch den Takt vorgegebenen Sprechgeschwindigkeit eintritt (*Brady* 1969). Allerdings sind langsamere Taktzeiten in der Regel geringfügig effektiver als eher schnelle Taktzeiten. Bei der verzögerten auditiven Rückmeldung ist diese Hypothese schwer zu belegen oder zu widerlegen, da entweder die Sprechgeschwindigkeit nicht in Abhängigkeit von der Verzögerungszeit untersucht wurde oder die Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit bereits in der Instruktion gefordert wurde.

In einigen Untersuchungen wurde die Technik der Verlangsamung ohne apparative Hilfen eingesetzt. Die Befunde sind allerdings widersprüchlich. Hier — genau wie bei Untersuchungen zu verzögerter Rückmeldung — fallen Unterschiede in den Instruktionen auf. Einmal werden die Klienten instruiert, die Vokale zu dehnen und langsame Übergänge zwischen den Silben zu produzieren, um eine langsamere Sprechgeschwindigkeit zu erreichen. In anderen Untersuchungen wird nur eine unspezifische Verlangsamungsinstruktion gegeben oder, wie im Falle vieler DAF-Experimente, gar keine diesbezügliche Instruktion vorgelegt. In Untersuchungen zur allgemeinen Sprachproduktion konnte gezeigt werden, daß eine langsamere Sprechgeschwindigkeit normalerweise durch Pausendehnung erzielt wird oder zumindest durch eine gemischte Strategie von Pausen- und Vokaldehnung. Dies konnte auch bei Stotterern nachgewiesen werden (*Healey und Adams* 1981).

Vokaldehnungen und Veränderung der Silbenübergänge erfordern eine veränderte sprechmotorische Koordination. Dies bezieht sich besonders auf eine Veränderung der zeitlichen Parameter sprechmotorischer Einheiten, u. a. auf das zeitliche Verhältnis von phonatorischen und artikulatorischen Bewegungen. Ändert sich dieses zeitliche Verhältnis, kann man von neuen Sprechmustern reden. Pausendehnungen dagegen beeinflussen das zeitliche Verhältnis von phonatorischer und artikulatorischer Aktivität nicht, führen also nicht zu neuen Sprechmustern in oben definiertem Sinne. Daraus würde folgen, daß eine unspezifische Verlangsamungsinstruktion nicht zur Ausbildung neuer Sprechmuster führt und somit Stottern nicht reduziert werden kann. Die verzögerte auditive Rückmeldung andererseits würde zwar die Strategie der Vokaldehnung und veränderten Silbenübergänge unterstützen, ohne eine gezielte Instruktion aber auch andere Möglichkeiten der Anpassung an das verzögerte Rückmeldungssignal offenlassen. In der Tat zeigt ein Überblick über die relevanten Untersuchungen, daß inkonsistente Ergebnisse mit DAF oft mit einer unspezifischen Instruktion zusammentreffen (vgl. hierzu den Literaturüberblick und die Überlegungen von *Leith und Chmiel* 1980, die die Notwendigkeit einer kognitiven Strategie bei DAF-Therapien betonen. Sie gehen davon aus, daß dem Klienten die Veränderungsziele deutlich gemacht werden müssen, wenn der Einsatz von DAF im Sinne einer Stotterreduktion wirkungsvoll sein soll). Hier könnte auch — zumindest zum Teil — die Quelle der beobachteten starken individuellen Unterschiede liegen: Das Ausmaß der Symptomreduktion ist abhängig von der Wahl der Anpassungsstrategie an die verzögerte Rückmeldung.

Die generelle Hypothese der Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit als Grund der Symptomreduktion muß nach dem Gesagten als zu unspezifisch angesehen werden. Vielmehr ist von Interesse, welches die spezifischen Veränderungen der Sprechmuster sind, die, durch Verlangsamung oder andere Faktoren hervorgerufen, Stottern zu reduzieren in der Lage sind.

##### 5. Ursachen der Wirkung apparativer Sprechhilfen

In Zusammenhang zur Wirkung apparativer Sprechhilfen sind Theorien entwickelt worden, die Stottern in eine Beziehung zu auditiven Fehlfunktionen setzen (z. B. *Webster und Lubker* 1968, *Stromsta* 1972). Abgesehen davon, daß es nicht gelungen ist, eine solche Störung zu lokalisieren, sind zwei grundsätzliche Einwände gegen Wahrnehmungsdefizit-Theorien des

Stotterns zu richten. Zum einen können solche Theorien nicht die beobachtete intraindividuelle Variabilität der Symptomatik erklären, zum anderen sind empirisch gefundene Auffälligkeiten der auditiven Informationsverarbeitung kritisch daraufhin zu überprüfen, ob sie nicht auch als Folge der Gesamtsymptomatik der Störung angesehen werden können (genauer dazu *Perkins* 1971). Andererseits wurde durch solche Untersuchungen in Zusammenhang zur auditiven Maskierung und zur verzögerten Rückmeldung die Rolle der auditiven Sprachrückmeldung bei der Reduktion des Stotterns akzentuiert. Es ist daher naheliegend, nach einer Verbindung der motorischen Seite der Sprechunflüssigkeit mit der sensorischen Seite, der auditiven Rückmeldung also, zu suchen.

Nach *Bloodstein* (1975 a und b) setzen sich Stottereignisse aus zwei Elementen zusammen, der Anspannung, womit ein erhöhtes Aktivitätsniveau der Sprechmuskulatur gemeint ist, und der Fragmentierung, also der Unterbrechung des sprechmotorischen Ablaufs und der Wiederholung der soeben produzierten motorischen Einheit. Determinanten des Stotterns sind nach *Bloodstein* sowohl die sprechmotorische Komplexität einerseits als auch die subjektive, auf den eigenen Sprechakt bezogene Situationsbewertung andererseits; beide Faktoren interagieren miteinander. Die Wirkung von Sprechhilfen erklärt *Bloodstein* (1972) teils aus Ablenkung, teils aber auch aus einer Vereinfachung der motorischen Programme (Reduktion der motorischen Komplexität). Für das metrische Sprechen bedeutet dies, daß nicht der Takt selbst symptomreduzierend wirkt, sondern die Segmentierung des Sprechflusses in kleine Einheiten (Silben), was die sprechmotorische Komplexität reduziert. Im Falle der verzögerten Rückmeldung wird nach *Bloodstein* die Vereinfachung durch Verlangsamung hervorgerufen — eine zu unspezifische Aussage, wie eben festgestellt wurde. Außerdem ist zu fragen, was man sich unter einer Vereinfachung motorischer Programme genau vorzustellen hat.

Hier führt die Hypothese von *Perkins* und seinen Mitarbeitern (1976, 1979) weiter. *Perkins* geht davon aus, daß Stottereignisse aus einer Diskoordination der Phonation mit der Artikulation und der Respiration entstehen. Ausgangspunkt dieser Überlegung ist die Feststellung, daß für den fortlaufenden Sprechfluß koordinative Prozesse hoher Komplexität nötig sind, um diese verschiedenen motorischen Bereiche zeitlich exakt aufeinander abzustimmen. Zur Überprüfung der Diskoordinationshypothese entwickelten *Perkins* et al. (1976) ein Experiment, in dem die motorische Komplexität schrittweise dadurch reduziert wird, daß der phonatorische Anteil der Sprachproduktion vermindert wird. Dies wurde in drei Sprechbedingungen operationalisiert: normales Lesen eines Textes, Flüstern und Artikulation ohne Stimmgebung (Lippensprache). Die Stotterhäufigkeit in allen drei Bedingungen unterschied sich erwartungsgemäß, d. h., bei Artikulation ohne Stimmgebung war die Stotterhäufigkeit am geringsten. Mit diesem relativ einfachen Versuchsaufbau wurde versucht nachzuweisen, daß eine Reduktion der Komplexität der Koordinationsprozesse beim Sprechen Stottern vermindert. Allerdings wurde nicht überprüft, ob in allen drei Bedingungen gleichermaßen vollständige Artikulationsprozesse stattfanden. Damit könnte der beobachtete Effekt auch auf einer unvollständigen Artikulation in den Bedingungen Flüstern und Lippensprache beruhen.

Die Diskoordinationshypothese ist konsistent mit der Annahme von *Van Riper* (1971, 1973), der Stottern als »timing disorder«, als eine Störung der zeitlichen Struktur des Sprechablaufs faßt. Einen Beleg hierfür erbrachten Untersuchungen der Marburger Forschungsgruppe zum Stottern (unveröffentlichter Forschungsbericht 1977). Es wurden die Sprachproben (Lesen eines Textes) von Stotterern und Nicht-Stotterern einer akustischen Analyse unterzogen. Mittels akustischer Filter konnten die phonatorischen Anteile des Sprechens (Stimmlippenaktivität) bei Vokalen von den artikulatorischen Anteilen (Stellbewegungen des oberen Stimmtraktes ohne Stimmgebung) bei Plosivlauten getrennt werden. U. a. wurden die Zeitabstände zwischen zwei Phonationen (sogenannte on-on-Intervalle) bei Stotterern und Nicht-Stotterern verglichen. Es zeigte sich, daß auch in symptomfreien Abschnitten

bei Stotterern die Varianz der Verteilung der on-on-Intervalle deutlich größer ist als bei Nicht-Stotterern, wohingegen bei den Mittelwerten kein Unterschied besteht. Offenbar ist also bei Stotterern die motorische Steuerung des Sprechens auch in symptomfreien Abschnitten weniger präzise. Diese geringere Präzision von Sprechmustern könnte auf eine erhöhte Störbarkeit sprechmotorischer Abläufe hindeuten.

In elektromyographischen und phonetischen Untersuchungen, wie sie gerade in den letzten Jahren im *Journal of Fluency Disorders* veröffentlicht wurden, lassen sich noch zahlreiche Hinweise für Störungen der sprechmotorischen koordinativen Prozesse beim Stottern finden (zusammenfassend auch *St. Louis* 1979). Es ist jedoch auf dieser Analyseebene einzuwenden, daß in einer Stottereisode nicht alle Silben oder Wörter gestottert werden. Hier müssen weitere Determinanten bestimmt werden.

#### 6. Stottern als eine Störung der Prosodie

Einen Anhaltspunkt hierfür bietet *Wingates* Theorie des Stotterns als einer Störung der phonetischen Übergänge (*Wingate* 1977 a und b); darunter ist die Bewegung von einer vorangegangenen Sprechstellung zu der Bildung des folgenden Vokals zu verstehen. (Hier liegt eine enge Beziehung zur Diskoordinationshypothese von *Perkins* vor.) Weiter geht *Wingate* von zwei Beobachtungen aus: Stottern tritt selten beim Sprechen von isolierten Silben oder Worten auf, und Stottern tritt selten bei den unbetonten Silben eines Wortes auf. Für das Auftreten von Stottern sind also die betonten Silben eines Wortes (innerhalb eines ganzen Satzes) von besonderer Bedeutung. Diese Bedeutung liegt darin, daß die betonten Silben (genauer die betonten Vokale) vermutlich die Träger der prosodischen Elemente des Sprechablaufs sind (vgl. dazu *Pickett* 1980). Prosodie, also die Satzmelodie und Betonung, wird erzeugt durch Variation der Tonhöhe, der Lautstärke und der Dauer eines Vokals. Zur Erzeugung von Prosodie sind also offensichtlich komplexe Steuerungsmechanismen erforderlich, die bei einem Stottereignis gestört sind. So spricht *Wingate* auch vom Stottern als einer Störung der Prosodie (vgl. hierzu auch die Konzepte von *Heese* 1976, *Hartig* und *Werner* 1974).

Zwei Argumente heben die Bedeutung der betonten Silbe für den Sprechablauf besonders hervor: Durch die sprachwissenschaftliche Forschung ist bekannt, daß das Deutsche und auch das Englische Sprachen sind, in denen der Sprechablauf in bezug auf ganze Sätze durch das Setzen von Betonung zeitlich organisiert wird. Zum zweiten sind Veränderungen an der betonten Silbe wesentlich für die nicht-linguistische Mitteilung sozial-affektiver Informationen durch Variation der Stimmqualität. Der betonten Silbe kommt also eine Schlüsselstellung sowohl bei den motorischen als auch den kommunikativen Aspekten des Sprechens zu. Angemerkt werden muß allerdings bezüglich der Bedeutung dessen für das Stottern, daß für andere Sprachen außer dem Englischen eine erhöhte Auftretenshäufigkeit von Stottereignissen auf der betonten Silbe (bzw. der ersten Silbe, die im Englischen häufig zugleich die betonte Silbe ist) noch nicht nachgewiesen wurde.

#### 7. Die Bedeutung der auditiven Rückmeldung

Worin liegt nun der Zusammenhang des Gesagten mit der Rolle der auditiven Rückmeldung beim Stottern? Zunächst liegt es nahe zu vermuten, daß die betonte Silbe wegen ihrer Schlüsselfunktion für den Sprechablauf auch in der normalen Sprachproduktion zumindest phasenweise sensorisch überwacht wird. Gerade auch ihre sozial-affektiven Aspekte lassen darüber hinaus eine auditive Kontrolle beim Sprechen plausibel erscheinen. Diese Vermutung ist allerdings durch die empirische Forschung zur Sprachproduktion allgemein noch nicht belegt. Ein Hinweis für die auditive Überwachung des Sprechablaufs ergibt sich allerdings aus einem von *Kalveram* (1978) durchgeführten Experiment. Meldet man Versuchspersonen ein von ihnen gesprochenes Testwort verzögert auditiv zurück, so verlängern

die Versuchspersonen die Phonation, hier identisch mit dem Vokal, in der betonten Silbe um relativ exakt den Verzögerungsbetrag, während sich die Phonation der unbetonten Silben nicht verändert. Darüber hinaus sprechen auch die spezifischen Veränderungen des Sprechens unter verzögerter Rückmeldung bei Stotterern und bei Nicht-Stotterern für eine Rolle der auditiven Rückmeldung bei der Sprachproduktion (siehe z. B. Yates 1963, 1975).

Bezüglich der Wirkung apparativer Sprechhilfen ergeben sich folgende Schlußfolgerungen: Unter Anwendung von verzögerter auditiver Rückmeldung werden bei einer geeigneten Instruktion die Vokale gedehnt und die Silbenübergänge verlangsamt. So wird eine Anpassung an das verzögerte Rückmeldungssignal erreicht und damit eine Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit realisiert. Vokaldehnungen werden vorrangig an den betonten Silben durchgeführt, da hier die Kontrolle des Rückmeldungssignals besonders notwendig erscheint. Durch diese Akzentuierung der betonten Silben wird die zeitliche Struktur des Sprechablaufs bei der verlangsamtten Sprechgeschwindigkeit rekonstruiert. Das Rückmeldungssignal verhilft zu einer exakteren zeitlichen Synchronisation von phonatorischen und artikulatorischen Sprechbewegungen. Damit wird im gesamten Sprechablauf eines Satzes eine Rekonstruktion der prosodischen Elemente erzielt. Hierin bestünde die Bedeutung der neuen Sprechmuster, die als Ziel der DAF-Therapie gelegentlich in der Literatur angegeben werden. Auch bei auditiver Maskierung tritt eine geringfügige Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit in Abhängigkeit von einer erhöhten Aussprachelautstärke auf. Allerdings ergibt sich allein dadurch noch keine zusätzliche Hilfe für die zeitliche Rekonstruktion des Sprechablaufs. Dies könnte eine Erklärung für die oft fehlende Effizienz dieser Methode sein.

Für die Methode des metrischen Sprechens ist die Erklärung nach dem Gesagten sehr einfach. Hier fungiert ein externer Taktgeber als Synchronisationssignal phonatorischer und artikulatorischer Aktivität bei einer zusätzlichen Reduktion der sprechmotorischen Komplexität durch die Silbentrennung. Andererseits werden nach dieser Methode keine neuen Sprechmuster ausgebildet. Die Übernahme des externen Taktgebers zu einem inneren Taktgeber allein kann noch nicht als eine Ausbildung neuer Sprechmuster verstanden werden. Daß diese Methode als unangenehm empfunden wird, erklärt sich unmittelbar daraus, daß die prosodischen Elemente der Sprache nicht akzentuiert, sondern im Gegenteil zerstört werden. So ist die mangelnde Akzeptanz dieser Methode nicht überraschend. Der wesentliche Effekt des elektromyographischen Biofeedback besteht in einer willkürlichen Senkung der Muskelspannung. Durch das Bemühen, unter gesenkter Muskelspannung zu sprechen, werden neue Sprechmuster im Sinne sprechmotorischer Veränderungen gebildet. Zusätzlich erhöht die Senkung des generellen Spannungsniveaus die muskuläre Reagibilität und könnte so eine bessere zeitliche Koordination der sprechmotorischen Abläufe ermöglichen.

#### *8. Der Ablaufprozeß des Stotterns*

Bezieht man diese Überlegungen auf das Stottern selbst, so kann die Symptomatik als eine zeitliche Diskoordination der phonatorischen mit den artikulatorischen Anteilen der Sprachproduktion angesehen werden. In diesem Zusammenhang sind auch die Auffälligkeiten der Atmung Stotternder zu berücksichtigen. Eine Diskoordination löst einen Prozeß weiterer diskordinierter Sprechmuskelbewegungen aus. Aus der allgemeinen Physiologie gibt *Keidel* (1977) Hinweise dafür, daß die Koordination der beiden sprechmotorischen Anteile an zentralen internen Taktgebern erfolgt. Dieser Koordinationsmechanismus benötigt ein Synchronisationssignal zur zeitlichen Abstimmung beider Systeme. Als ein solches Signal kann nach den bisher entwickelten Überlegungen die auditive Rückmeldung der betonten Silbe (genauer des Beginns der Phonation des betonten Vokals) angesehen werden. Beim Stottern wäre danach die Verarbeitung dieses Synchronisationssignals für die

äußerst sensible Zeitabstimmung gestört. Dadurch kann die nötige sprechmotorische Koordination der Phonation mit der Artikulation nicht mehr gewährleistet werden. Ist diese Koordination gestört, so kommt es zu einem »Vorlaufen« zentraler rhythmischer Strukturen, die sich in der bekannten Symptomatik manifestieren. Diese rhythmischen Strukturen konnte *Fibiger* (1971) in EMG-Untersuchungen nachweisen. Er bezeichnete Stottern daraus schlußfolgernd als einen »physiologischen Tremor«.

Wieso ist nun aber die Verarbeitung des Synchronisationssignals für die Koordination der sprechmotorischen Systeme gestört? Hier ist offensichtlich die Grenze für physiologisch-sensumotorische Erklärungen erreicht. Bei der Betrachtung der Bedeutung der betonten Silbe für den Sprechablauf ergab sich ein erster Hinweis auf komplexere psychische Prozesse: der sozial-affektive Aspekt des Sprechens ist in die motorischen Abläufe offensichtlich involviert (z. B. wurde für die englische und die deutsche Sprache vielfach nachgewiesen, daß die Grundfrequenz der Stimme einen validen Indikator für affektive Zustände darstellt; *Scherer* 1979, 1981). Für die weitere Erklärung des Stotterns, insbesondere bei der Berücksichtigung der Situationsspezifität, bietet sich — dies nur noch stichwortartig — das Konzept der Überkontrolle an (vgl. *Stäcker, Bergmann und Kriebel* 1982). Ist in einer interpersonalen Interaktion eine übermäßig starke Kontrolle auf das eigene Sprechen gerichtet, besonders über den auditiven Kanal, so bricht im Kontext dieser Überakzentuierung der normale Funktionsverlauf zusammen, der notwendigerweise mit sehr großer Schnelligkeit erfolgen müßte. So lassen sich Stottereignisse, Repetitionen und Prolongationen, phänomenologisch als fehllaufende Korrekturversuche deuten, bis hin zur Blockierung, dem Zusammenbrechen auch der Korrekturversuche.

#### 9. Schlußfolgerungen für die Therapie des Stotterns

Zusammenfassend ist zu berücksichtigen, daß die hier vorgelegte Beschreibung der Ablaufprozesse des Stotterns sich nur zum Teil auf empirisch gesicherte Ergebnisse stützt. Andererseits wird deutlich, welche der gegebenen Erklärungen ihrer empirischen Absicherung noch bedürfen. Jedenfalls ließen sich aus einem solchen Konzept genaue Schlußfolgerungen für symptomorientierte Therapieverfahren ziehen. Solche symptomorientierten Methoden haben in Deutschland an Einfluß verloren, während sich in den USA in den letzten zehn Jahren unter dem Eindruck oft vergeblicher Psychotherapien ein immer stärkeres Interesse entwickelte. Zu nennen ist hier beispielsweise das »Precision Fluency Shaping Program« von *Webster* (1979, 1980), das eine systematische Rekonstruktion des Sprechablaufs zum Ziel hat. Es ist interessant, daß viele Elemente dieses Programms im deutschen Sprachraum seit langem in der logopädischen Behandlung des Stotterns bekannt sind (man denke z. B. an die *Gutzmannschen* Methoden 1966, sowie *Heese* 1962, vgl. auch *Seeman* 1974, *Richter* 1980, *Smith* 1980).

Hier sehe ich noch erfolgversprechende Möglichkeiten für die Therapie des Stotterns, allerdings nur unter den folgenden vier Gesichtspunkten, die m. E. berücksichtigt werden sollten: Zum ersten sollten symptomorientierte Verfahren sich aus einer empirischen Analyse der Ablaufprozesse des Stotterns begründen. So wäre aus den genannten Ausführungen abzuleiten, daß artikulatorische Übungen ineffektiv sind, weil im Bereich isolierter sprechmotorischer Einheiten keine neuen Sprechmuster ausgebildet werden können. Zum zweiten ist vor allem gegen die älteren logopädischen Behandlungsmethoden des Stotterns einzuwenden, daß keine speziellen Techniken zum Transfer und zur längerfristigen Aufrechterhaltung der erzielten Sprechflüssigkeit entwickelt wurden. Zum dritten — und dies nicht zuletzt — ist ein psychischer Ursachenmechanismus bei der Therapie des Stotterns unbedingt zu berücksichtigen. Auch aus der Analyse der Ablaufprozesse des Stotterns konnte begründet werden, daß eine kombinierte Therapie, die auch die Gründe der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Stotterns berücksichtigt, in der Behandlung dieser komplexen Kommunikationsstörung indiziert ist.

Schließlich sollte, und auch dies ist sowohl gegen ältere logopädische Techniken wie auch gegen neuere verhaltenstherapeutische Verfahren einzuwenden, der Inhalt einer solchen Therapiekombination nicht in einer verstärkten Kontrolle des Sprechens bestehen, sondern ganz im Gegenteil sollte die auf das eigene Sprechen gerichtete Kontrolle des Stotterers abgebaut werden. *Krause* (1981) hat darauf hingewiesen, daß die in Kindheit und Jugendalter von den Bezugspersonen hervorgerufene Affektkontrolle der wichtigste ätiologische Faktor für die Herausbildung des Stotterns ist. *Krause* zieht hier eine Parallele zwischen den Eltern eines Stotterers, die ihn zu einer stärkeren Selbstkontrolle seines Sprechens auffordern («Sprich langsam«, »Atme vorher durch« usw.), und dem Therapeuten, der — bezogen auf zahlreiche Therapieverfahren — mit anderen Worten auf das gleiche abzielt, zu meist ohne zu sagen, wie denn der Stotterer auf andere Weise sprechen soll, ohne ihm also eine Hilfe zu geben. Wenn es zutrifft, daß die übermäßige Kontrolle des eigenen Sprechens (und damit die Affektkontrolle) die Hauptursache für Stottern ist, wären solche Therapieverfahren fatal und kontraindiziert. Statt dessen sollte dem Stotterer meiner Meinung nach ein »leichtes« flüssigeres Sprechen ermöglicht werden. Auch innerhalb eines symptomorientierten Ansatzes sollte über die Herausbildung neuer Sprechmuster eine Hilfe dafür gegeben werden, die übermäßige Kontrolle des eigenen Sprechens abzubauen. Die Wiederherstellung der prosodischen Elemente des Sprechens könnte ein Weg sein, dieses Ziel zu erreichen. Zugleich ist in dieser Wiederherstellung des Sprechflusses die Möglichkeit enthalten, Affekt in der Sprachprosodie zum Ausdruck zu bringen und damit diese Sprechweise nicht als ich-fremd zu erleben.

Aus diesen Überlegungen läßt sich nicht unmittelbar ein neues Therapieverfahren ableiten. Es wurde darauf hingewiesen, wo bei der Erforschung der Ablaufprozesse des Stotterns noch Lücken im derzeitigen Kenntnisstand bestehen. Diese Lücken zu schließen und wissenschaftlich begründbare Aussagen über Therapieziele und -maßnahmen treffen zu können, erscheint m. E. gegenwärtig sinnvoller, als den in die Hunderte gehenden unterschiedlichen Therapieansätzen einen weiteren Ansatz zur Seite zu stellen. Immerhin können die getroffenen Überlegungen dazu dienen, vorhandene Therapiemethoden kritisch im Lichte neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu überprüfen und gegebenenfalls unter ihnen auszuwählen.

#### Literatur

- Bloodstein, O.: The anticipatory struggle hypothesis: Implications of research on the variability of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 15 (1972), S. 487—499.
- Bloodstein, O.: Stuttering as tension and fragmentation. In: Eisenson, J. (Ed.): *Stuttering: A second symposium*. New York 1975 (a).
- Bloodstein, O.: *A handbook on stuttering*. Chicago 1975 (b).
- Böhme, G.: *Das Stotter-Syndrom*. Bern 1977.
- Böhme, G.: *Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*. Stuttgart 1980.
- Brady, J. P.: Studies on the metronome effect on stuttering. *Behavior Research and Therapy* 7 (1969), S. 197—204.
- Cross, D. E.: Effects of false increasing, decreasing, and true electromyographic biofeedback on the frequency of stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 2 (1977), S. 109—116.
- Curlee, R. F., und Perkins, W. H.: Effectiveness of a DAF conditioning program for adolescent and adult stutterers. *Behavior Research and Therapy* 11 (1973), S. 395—401.
- Fibiger, S.: Stuttering explained as a physiological tremor. Quarterly progress and status report, *Speech Transmission Laboratory, Royal Institute of Technology, Stockholm (Schweden)* 2—3 (1971) und 4 (1971), S. 34—36.
- Fiedler, P. A., und Standop, R.: *Stottern. Wege zu einer integrativen Theorie und Behandlung*. München 1978.
- Gregory, H. H. (Ed.): *Controversies about stuttering therapy*. Baltimore 1979.
- Gutzmann, H.: *Gutzmanns Sprechübungsbuch*. Hannover 1966, 23. Auflage.

- Hartig, H., und Werner, L.: Biokybernetisches Übungskompendium zur Stotterertherapie. Neuburg-weier/Karlsruhe 1972.
- Healey, E. C., und Adams, M. R.: Rate reduction strategies used by normally fluent and stuttering children and adults. *Journal of Fluency Disorders* 6 (1981), S. 1—14.
- Heese, G.: Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Berlin 1962, 2. Auflage.
- Kalveram, K. T.: Über die Koordination zwischen Phonation und Artikulation. Ein Beitrag zur Sensorik des Sprechens. In: Schüle, W. (Hrsg.): *Wahrnehmungspsychologie*. Frankfurt 1978.
- Keidel, W.-D.: Biokybernetische Aspekte bei Hör-, Sprach- und Stimmstörungen. *Sprache — Stimme — Gehör* 1 (1977), S. 6—17.
- Krause, R.: Probleme der psychologischen Stotterforschung und Behandlung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 24 (1976), S. 128—143.
- Krause, R.: *Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung*. Stuttgart 1981.
- Leith, W. R., und Chmiel, C. C.: Delayed auditory feedback and stuttering: Theoretical and clinical implications. In: Lass, N. J. (Ed.): *Speech and language*. Vol. 3. New York 1980, S. 243—281.
- Mallard, A. R., und Webb, W. G.: The effects of auditory and visual »distractors« on the frequency of stuttering. *Journal of Communication Disorders* 13 (1980), S. 207—212.
- Perkins, W. H.: *Speech Pathology. An applied behavioral science*. Saint Louis 1971.
- Perkins, W. H.: Replacement of stuttering with normal speech: I. Rationale. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973 a), S. 283—294.
- Perkins, W. H.: Replacement of stuttering with normal speech: II. Clinical procedures. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 38 (1973 b), S. 295—303.
- Perkins, W. H., Bell, J., Johnson, L., und Stocks, J.: Phone rate and the effective planning time hypothesis of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research* 22 (1979), S. 747—755.
- Perkins, W. H., 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.
- Perkins, W. H., Rudas, J., Johnson, L., Michael, W. B., und Curlee, R. F.: Replacement of stuttering with normal speech: III. Clinical effectiveness. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 39 (1974), S. 416—428.
- Pickett, J. M.: *The sounds of speech communication*. Baltimore 1980.
- Richter, E.: Die logopädische Behandlung des Stotterns unter lerntheoretischen und verhaltenstherapeutischen Aspekten. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 31 (1980), S. 453—462.
- Scherer, K. R.: Nonlinguistic vocal indicators of emotion and psychopathology. In: Izard, C. E. (Ed.): *Emotions in personality and psychopathology*. New York 1979, S. 495—529.
- Scherer, K. R.: Speech and emotional states. In: Darby, J. K. (Ed.): *Speech evaluation in psychiatry*. New York 1981, S. 189—220.
- Seeman, M.: *Sprachstörungen bei Kindern*. Berlin 1974, 4. Auflage.
- Smith, S., und Thyme, K.: *Die Akzentmethode*. Flensburg 1980.
- St. Louis, K. O.: Linguistic and motor aspects of stuttering. In: Lass, N. J. (Ed.): *Speech and language. Advances in basic research and practice*. Vol. 1. New York 1979, S. 89—210.
- Stäcker, K. H., Bergmann, G., und Kriebel, R.: Sprechflußstörungen. In: Kanter, G. O., und Masendorf, F. (Hrsg.): *Brennpunkte der Sprachheilpädagogik und Leseforschung*. Berlin 1982, S. 1—50.
- Stromsta, C.: Interaural phase disparity of stutterers and nonstutterers. *Journal of Speech and Hearing Research* 15 (1972), S. 771—780.
- Van Riper, Ch.: *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey 1971.
- Van Riper, Ch.: *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, New Jersey 1973.
- Watts, F.: Mechanisms of fluency control in stuttering. *British Journal of Disorders of Communication* 8 (1973), S. 131—138.
- Webster, R. L.: Empirical considerations regarding stuttering therapy. In: Gregory, H. H. (Ed.): *Controversies about stuttering therapy*. Baltimore 1979, S. 209—239.
- Webster, R. L.: Evolution of a target-based behavioral therapy for stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 5 (1980), S. 303—320.
- Webster, R. L., und Lubker, B. B.: Interrelationships among fluency producing variables in stuttered speech. *Journal of Speech and Hearing Research* 11 (1968), S. 754—766.
- Wendlandt, W.: *Verhaltenstherapie des Stotterns*. Weinheim 1979.
- Wingate, M. E.: *Stuttering. Theory and treatment*. New York 1976.
- Wingate, M. E.: The immediate source of stuttering: An integration of evidence. *Journal of Communication Disorders* 10 (1977), S. 45—51.

- Wittling, W., und Booth, J.: Stottern. In: Wittling, W. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie. Band 5: Therapie des gestörten Verhaltens. Hamburg 1980, S. 85—138.  
Yates, A. J.: Delayed auditory feedback. Psychological Bulletin 60 (1963), S. 213—232.  
Yates, A. J.: Have we solved the problem of stuttering? In: Yates, J. A. (Ed.): Theory and practice in behavior therapy. London 1975, S. 89—113.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Psych. Günther Bergmann, Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen, Otto-Behaghel-Straße 10 F, 6300 Gießen.

## Initiativen, Konzepte, Realisationen der Sprachheilarbeit

---

Jürgen Teumer und Anita Schwarze, Hamburg

Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 6, S. 288—291

### Methoden der Öffentlichkeitsarbeit

# Spricht Ihr Kind wie andere Kinder ?



- MATERIALIEN ZUR  
ÖFFENTLICHKEITSARBEIT  
Lose-Blatt-Informationen  
— geheftet DIN A 5 — 136 Seiten

#### 1. Vorbemerkungen

Es wird zu Recht beklagt, daß noch allzu viele Kinder einfach deshalb benachteiligt sind, weil Eltern oder beruflich mit Kindern umgehende Personen wie Ärzte, Pädagogen oder Psychologen einen ungenügenden Informationsstand über sprachheilpädagogische Problemstellungen besitzen. Sie wissen oftmals zu wenig z. B. über

- die Sprachentwicklung und ihre Störanfälligkeit,
- frühe Anzeichen, Methoden und Möglichkeiten der Erkennbarkeit von Entwicklungsretardierungen im Bereich der Sprache und des Sprechens,
- Möglichkeiten positiver Stimulationen in nonverbalen und verbalen Bereichen,
- sprachentwicklungsförderndes bzw. -hemmendes Erziehungsverhalten und über
- personelle und institutionelle Angebote des Sprachheilwesens.

Wir sind überzeugt, daß mittel- bzw. langfristig über eine *gebündelt vorgenommene Öffentlichkeitsarbeit* unter Einschaltung verschiedener Medien und Methoden der Ansprache notwendige Einstellungsänderungen in weiten Kreisen der Bevölkerung zu erreichen sind. Gleichfalls meinen wir, daß — damit einhergehend — Veränderungen bei der Inanspruchnahme vorhandener sprachheilpädagogischer Einrichtungen durch Betroffene bewirkt werden können.

Aus unserer Arbeit ist uns bekannt, daß sich in vielen Regionen der Bundesrepublik Deutschland erfreuliche und beispielgebende Aktivitäten auf dem Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit vollziehen. Leider wissen wir zu wenig voneinander. Ein regelmäßiger Austausch von Arbeitsergebnissen und Erfahrungen wäre wünschenswert. Offen ist zur Zeit noch die Frage der Realisierung. Überlegungen diesbezüglich sollten angestellt werden.

Wir sind sicher, daß nahezu jeder unserer Leser das eine oder andere in seinem Bereich zur Veränderung des Problembewußtseins bei den oben genannten Zielgruppen unternommen hat. Vielleicht mußten aber auch die eingeleiteten (oder geplanten) Aktivitäten z. B. aus zeitlichen, personellen oder finanziellen Gründen sehr begrenzt werden.

Wir kennen diese Probleme aus eigenen Erfahrungen. Dennoch wollen wir uns mit den gegenwärtigen Unzulänglichkeiten nicht abfinden!

Unsere Schlußfolgerung ist ein »*Paket*« mit konkreten Angeboten zur Öffentlichkeitsarbeit, von dem wir hoffen, daß seine Bestandteile für die notwendige und von den Sprachheilpädagogen abzuverlangende Arbeit hilfreich und nützlich sein und den Maßnahmen zur Früherfassung sprachauffälliger Kinder bundesweit neue Impulse geben mögen.

Unter dem Leitthema »Spricht Ihr Kind wie andere Kinder?« besteht zwischen den Bestandteilen des »Pakets« ein Zusammenhang: Die zentrale Fragestellung wird jeweils spezifisch inhaltlich aufbereitet und präsentiert.

Das »Paket« enthält aufeinander bezogene Elemente, die jedes für sich einsetzbar sind, die jedoch auch so konzipiert wurden, daß man sie im Baukastensystem zusammenfügen kann.

## 2. Elemente des »Pakets«

### 2.1. Inhaltsübersicht

	Anzahl der Seiten
Vorwort	3
Plakat (verkleinert)	1
Faltblatt	5
Serie von Zeitungsartikeln	21
Manuskript eines Rundfunkinterviews	5
Informations- und Beratungsschrift	30
Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung von Elternbriefen (einschließlich Beispiele von Elternbriefen)	10
Informationsblätter für Pädagogen und Ärzte (einschließlich grobdiagnostisches Prüfverfahren)	7
Konzept eines Vortrages vor Ärzten	11
Entwurf einer inhaltlichen Konzeption von Fortbildungsveranstaltungen (z. B. für Erzieher)	11
Handreichungen für den Einsatz von audiovisuellen Medien	8
Übersicht über Informationsmaterialien — vorwiegend Druckmedien	24

Jedem Element sind (teilweise mehrseitige) *einführende Hinweise* für den Benutzer vorangestellt.

## 2.2. Informationen zu den einzelnen Teilen

- Das *Vorwort* enthält im wesentlichen den hier eingangs verwendeten Text, um den Benutzer mit dem Anliegen vertraut zu machen und ihm einen Überblick über die Elemente des »Pakets« zu vermitteln.
- Das *Plakat* unter der Fragestellung »Spricht Ihr Kind wie andere Kinder?« wird den Lesern dieser Zeitschrift sicher bekannt sein. Es wurde mehrmals vorgestellt (vgl. u. a. Die Sprachheilarbeit 1981, Heft 5, S. 301/302) und fand in mehreren tausend Exemplaren eine bundesweite Verbreitung (Exemplare aus der zur Zeit vorliegenden zweiten Auflage können über die Landesgruppen der dgs bestellt und erworben werden).
- Das *Faltblatt*, ebenfalls Bestandteil der bundesweiten Aktivitäten (siehe Plakat), soll vor allem Eltern auf die Notwendigkeit und Möglichkeit der Früherfassung sprachauffälliger Kinder hinweisen. Auf seiner Rückseite können in vier Leerfelder Anschriftenhinweise auf die jeweiligen Beratungs- und Behandlungsstellen eingetragen werden.
- Die 16 *Zeitungsartikel* sind »Rohformen«, die als Serie oder auch einzeln in jeder regionalen Tageszeitung veröffentlicht werden können und dafür lediglich eine auf die speziellen Verhältnisse ausgerichtete Ergänzung (d. h. vor allem Hinweise auf die relevanten Einrichtungen) sowie eventuell eine Bebilderung erfahren müßten. Anhand konkreter (erdachter) Fälle werden u. a. Probleme von Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung, Dyslalie, Dysgrammatismus, Stottern, Poltern sowie mit sprachlichen Fehlentwicklungen aufgrund von Hörstörung und Lippen-Kiefer-Gaumenspalte dargestellt.
- Das *Manuskript eines Rundfunkinterviews* — aller regionalen Details entkleidet — soll Mut machen, das wichtige Medium des Funks im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nicht auszusparen. In den beigegeführten einführenden Hinweisen geht es vor allem um die Bedeutung von Vorinformationen für den Rundfunkjournalisten und die Herausarbeitung möglicher Fragen an den Fachpädagogen, der sich dem Interview stellt.
- Die *Informations- und Beratungsschrift* unterrichtet in ihrem Informationsteil über die häufigsten kindlichen Sprach-, Sprech-, Rede- und Stimmstörungen, sie gibt Kriterien für die Inanspruchnahme einer sprachheilpädagogischen Beratung an (und sie sollte eine regional bezogene Ergänzung mit der Angabe der vorhandenen sprachheilpädagogischen Institutionen erfahren). Der auf eine spezielle Beratung hin angelegte zweite Teil enthält Spielvorschläge zur unterstützenden Förderung der auditiven und visuellen Wahrnehmung, der Körper-, Finger- und Sprechmotorik sowie der Aufmerksamkeit, ferner Antworten auf eine Reihe von Fragen und schließlich eine Auswahl und Beschreibung von thematisch gebundenen Buchempfehlungen.  
Die Schrift als Ganze könnte auch als »didaktische Unterrichtshilfe« und Konzept für Fortbildungsmaßnahmen dienen. Darüber hinaus könnten für spezielle Vorhaben die in sich geschlossenen Einzelkapitel herausgelöst werden.
- Mit den *Anregungen zur inhaltlichen Gestaltung von Elternbriefen* und den *Beispielen von Elternbriefen* wollen wir konkrete Erziehungshilfe anbieten und darüber hinaus u. a. über die Durchführung und Ziele einer ambulanten Sprachbehandlung und über Wünsche der Fachpädagogen an die Eltern informieren. Wir meinen, daß sich dieses Medium als Ergänzung zum Gespräch anbietet, um eine gute und stetige Zusammenarbeit zwischen Fachpädagogen und Eltern zu gewährleisten.
- Mit den *Informationsblättern für Pädagogen und Ärzte* sollen jene Berufsgruppen angesprochen werden, an die sich betroffene Eltern in erster Linie wenden. Pädagogen (Lehrer, Erzieher, Sozial-, Heilpädagogen) und Ärzte (Hausärzte, Kinderärzte, Schulärzte) besitzen dann für unser Anliegen eine wichtige Multiplikatorfunktion, wenn sie über die notwendigen Informationsgrundlagen und praktischen Handlungsanweisungen verfügen. Die hier angebotenen Materialien bestehen aus einem erprobten grobdiagnosti-

schen Verfahren zur Sprachprüfung und einer Übersicht zur Begrifflichkeit und Symptomatik der kindlichen Sprach-, Sprech-, Rede- und Stimmstörungen.

- Das *Konzept eines Vortrages vor Ärzten* will dazu beitragen, neben der vertrauensvollen Zusammenarbeit von Eltern und Fachpädagogen die Kommunikation mit dem Arzt als dem medizinischen Betreuer des Kindes und Ansprechpartner der Eltern anzubahnen bzw. zu beleben. Wir meinen, daß nur bei interdisziplinärem Zusammenwirken auf der Basis einer vom Fachpädagogen initiierten Informationsarbeit pädagogisch-therapeutische Maßnahmen auf den Sektoren der Frühdiagnose und Frühtherapie zu den erhofften Erfolgen führen. Hierzu erachten wir es als notwendig, bestehende Schranken und »Berührungängste« zwischen Pädagogen und Ärzten durch Sachinformationen abzubauen.
- Mit dem *Entwurf einer Konzeption von Fortbildungsveranstaltungen* ist beabsichtigt, die (ausbildungsbedingten) erheblichen Informationsdefizite hinsichtlich sprachheilpädagogischer Problemstellungen und der Möglichkeiten der Sprachförderung vor allem bei Erziehern in den Kindergärten, Kindertagesstätten, Vorschuleinrichtungen usw. abzubauen, ihnen Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die für eine qualifizierte Tätigkeit in ihrem Grundberuf notwendig sind.
- Informations- und Beratungstätigkeit in der von uns beabsichtigten und vorgeschlagenen Art und Weise bedarf der didaktischen und methodischen Aufbereitung durch verschiedene Formen der Veranschaulichung. Die *Handreichungen für den Einsatz von audiovisuellen Medien* geben einen umfassenden Überblick und detaillierte Beschreibungen über vorhandene Filme, Videobänder, Tonbänder, Cassetten, Diareihen und Manuskripte mit Titelangabe, Medienart, Bezugsquelle, Spieldauer, Produktionsjahr und Bestellnummer. Der Benutzer unserer Materialien hat somit die Möglichkeit, aus einem breiten Angebot gezielt auszuwählen.
- Die unser »Paket« beschließende *Übersicht über Informationsmaterialien — vorwiegend Druckmedien* — ist Beleg für die eingangs erwähnte Vielfalt von Aktivitäten auf dem Gebiet der Öffentlichkeitsarbeit. Der Benutzer erhält einen systematischen Überblick über bereits regional verwendete und überregional einsetzbare Druckmedien. Die Angaben beziehen sich auf den Titel des Druckerzeugnisses, Kurzbeschreibungen der Inhalte, Anmerkungen zur äußeren Form und die Bezugsquelle.

Wir meinen, mit unserem »Paket« zur Öffentlichkeitsarbeit erstmalig ein über die engagierten partiellen Bemühungen hinausreichendes *Gesamtkonzept* vorgelegt zu haben. Wir hoffen, daß es in seiner (hier nur verkürzt darstellbaren) medialen, methodischen und zielgruppenorientierten Vielgestaltigkeit Anregung und Hilfe für möglichst viele Fachpädagogen sein möge,

- Anregung, weil es Grundlagen bietet und Vorschläge enthält, auf denen man aufbauen und eigene Vorstellungen verwirklichen kann,
- Hilfe, weil dadurch Angebote konkreter Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die — wie eigene Erfahrungen der Verfasser in einem Hamburger Projekt zur Früherfassung durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit besagen — praktikabel und zielführend sind.

Anschriften der Verfasser (und Bezugsquelle des »Pakets«):

Prof. Dr. Jürgen Teumer, FA 9 — Sonderpädagogik, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13.

Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15 b, 2100 Hamburg 90.

Josef Möller, Köln

## 25 Jahre Schule für Sprachbehinderte in Köln

Mit einem Schulfest für die Schüler, einer zu diesem Anlaß herausgegebenen Informationsschrift und einer Festveranstaltung beging die Schule für Sprachbehinderte in Köln ihren 25. Geburtstag. An dem Jubiläum war auch die Rheinische Landesschule für Sprachbehinderte im Sekundarbereich I beteiligt, die vor sechs Jahren aus der Kölner Sprachheilschule hervorgegangen ist und in die überregionale Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland übernommen wurde. Das nachstehende Programm (Ausschnitte) soll einen Eindruck von dem Ablauf und den Themen der Festveranstaltung vermitteln:

### Programm

Samstag, 3. Juli 1982

Vormittag

Ort: Forum der Volkshochschule Köln

Zeit: 10 Uhr bis 13 Uhr

Begrüßung

Grußworte: Oberbürgermeister der Stadt Köln, Kultusminister NRW, Landschaftsverband Rheinland

Schulleiter Josef Möller: 25 Jahre Schule für Sprachbehinderte Köln

Schulleiter Rudolf Mißberger: Die Rheinische Landesschule für Sprachbehinderte im Sekundarbereich I

Musikalische Darbietung mit Orff-Instrumenten

Professor Dr. Gerda Knura: Die Aufgabe der Schule für Sprachbehinderte innerhalb des Rehabilitationssystems für sprachgestörte Kinder und Jugendliche

Professor Dr. Hans-Joachim Scholz: Aspekte der Sprachdidaktik in der Grundschule für Sprachbehinderte

Nachmittag

Ort: Schule für Sprachbehinderte, Köln 1, Marienplatz 2

14 bis 15.30 Uhr

Gesprächsgruppen mit Schwerpunktthemen aus der Arbeit der Schule für Sprachbehinderte, veranschaulicht durch Filmausschnitte und Tonbandaufnahmen:

1. Entwicklungsstörungen der Sprache
2. Lese-Rechtschreib-Schwäche
3. Stottern
4. Morgentherapie
5. Therapeutisch orientierter Deutschunterricht
6. Therapeutisch orientierter Mathematikunterricht
7. Musische Erziehung
8. Eingangsklasse
9. Arbeit in der Hauptschule für Sprachbehinderte

Als Referenten konnten Frau Prof. Dr. Knura und Herr Prof. Dr. Scholz von der Erziehungswissenschaftlich-Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln gewonnen werden, die beide vor ihrer wissenschaftlichen Laufbahn an der Kölner Sprachheilschule unterrichteten.

Das Westdeutsche Fernsehen brachte zum Jubiläum in der Regionalsendung »Hier und heute« einen Filmbericht über die Arbeit in unserer Schule und berichtete — wie auch die Tagespresse — über ihre Aufgaben, Ziele und Erfolge.

Wesentliche Daten und Fakten aus der Schulgeschichte:

Im Jahre 1957 wurde die Sprachheilschule mit 45 Schülern in drei Klassen gegründet und erhielt ihr Domizil zusammen mit der Schwerhörigen- und Sehschwachenschule im Schulgebäude in der Georgstraße. Ihr erster Schulleiter war bis 1963 Ernst Kremer, der auch anschließend als Stadtschulrat mit dem Referat Sonderschulen und später als Dezernent für Sonderschulen beim Regierungspräsidenten Köln in anderer Funktion mit der Schule verbunden blieb. Sein Nachfolger in der Leitung der Schule ist seit 1964 Josef Möller.

1966 konnten wir in unser »eigenes« Schulgebäude am Marienplatz umziehen und dort im Oktober des gleichen Jahres die Gäste des damals in Köln stattfindenden Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik willkommen heißen.

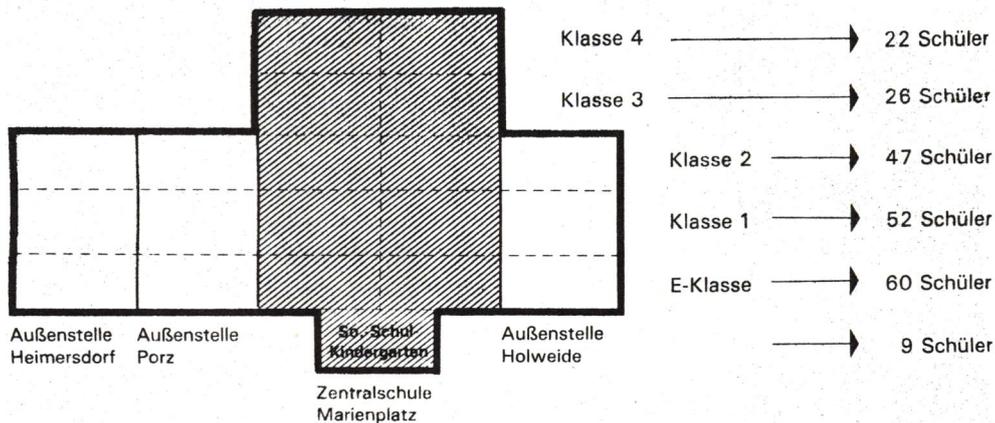
1976 wurde die Schule geteilt, der Bereich der Primarstufe verblieb bei der Stadt Köln, den Bereich der Sekundarstufe I übernahm der Landschaftsverband Rheinland, behielt jedoch seinen Standort in Köln.

Diese Abtrennung des Hauptschulbereichs war eine der drei wichtigen Wandlungen, die sich in der Kölner Schule zuerst vollzogen und von denen die heutige Struktur wesentlich geprägt worden ist. Beide Schulen konnten ihre Arbeit jetzt gezielter und intensiver auf die spezifischen Erfordernisse der jeweiligen Stufen ausrichten. Jedoch war damit noch nicht das Unbehagen, das in dem Anspruch auf unbedingte Parallelität zur allgemeinen Schule und dem Bemühen um umfassende therapeutische Maßnahmen verursacht wurde, beseitigt. Die Schule für Sprachbehinderte sollte in erster Linie eine Durchgangsschule bleiben und nicht zu einer Bildungsstätte werden, in der — wie Anfang der siebziger Jahre gefordert wurde — sprachbehinderte Schüler ihre Schulpflicht ableisten. Die Doppelaufgabe von Therapie und Unterricht konnte erst dann zufriedenstellend gelöst werden, als in Nordrhein-Westfalen die fünfjährige Schule für Sprachbehinderte im Grundschulbereich eingeführt wurde. Das fünfte Grundschuljahr wurde als Eingangsklasse den Klassen 1 bis 4 vorgelegt. Somit stand für den Unterrichtsstoff der Grundschule ein Jahr mehr zur Verfügung, so daß wesentlich mehr Zeit für die vielfältigen therapeutischen Maßnahmen vorhanden war. An der Kölner Schule haben wir die Eingangsklassen den Klassen 1 und 2 zugeordnet, d. h., die Unterrichtsziele der beiden ersten Schuljahre werden auf drei Jahre verteilt, so daß nach der Klasse 2 der Gleichstand mit der Regelschule und damit ein optimaler Übergang erreicht werden. Schüler mit schweren Sprachentwicklungsstörungen, dazu gehört die überwiegende Mehrzahl unserer Schulanfänger, benötigen vor allem am Beginn ihrer Schulzeit eine umfassende sonderpädagogische Förderung des Sozialverhaltens, der Psychomotorik und aller Wahrnehmungsbereiche, um die Voraussetzungen für schulisches Lernen im engeren Sinne zu ermöglichen: Aufgaben, die ohne die vorgeschaltete Eingangsklasse nicht zu bewältigen sind.

Das dritte Merkmal der Kölner Schule ist der seit 1972 erfolgte kontinuierliche Ausbau durch die Gründung von Außenstellen, die grundsätzlich nur die Eingangsklasse und die Klassen 1 und 2 umfassen und zur Vorbereitung der Integration ihren Standort an Grundschulen erhalten. Den jüngeren Schülern bleiben dadurch lange Schulwege erspart; nur in Ausnahmefällen ist der Besuch der Klassen 3 und 4 in der Zentralschule am Marienplatz notwendig. Im Jubiläumsjahr, auf das sich die nachstehende Grafik (siehe Seite 294) bezieht, gehören drei Außenstellen in Heimersdorf, Holweide und Porz zur Schule, die vierte wird zum Beginn des Schuljahrs 1982/83 im Stadtteil Ehrenfeld eingerichtet.

#### **Anschriftenänderungen unserer Bezieher**

**Wartenberg & Söhne GmbH** bitten wir in jedem Falle unmittelbar dem Verlag anzuzeigen. Nur so kann eine ordnungsgemäße und pünktliche Belieferung gewährleistet werden  
**Theodorstraße 41w 2000 Hamburg 50**



Nach der Klasse 4 sind im Durchschnitt noch sechs Schüler so schwer sprachbehindert, daß sie in die Rheinische Landesschule für Sprachbehinderte im Sekundarbereich I überwiesen werden müssen.

Anschrift des Verfassers:

Josef Möller, Schulleiter, Schule für Sprachbehinderte, Marienplatz 2, 5000 Köln 1.

## Aus der Organisation

### XV. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung

der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.  
vom 29. September bis 2. Oktober 1982 in Berlin  
Tagungsthema: Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter

Im Jahre 1884 erschien in Berlin ein Buch von Albert Gutzmann, dem Direktor der dortigen Taubstummenanstalt: »Über Sprachstörungen und ihre Bekämpfung durch die Schule«. Wenig später ließ derselbe Verfasser der Theorie praktische Anweisungen folgen: »Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren.« Damit hatte die Geburtsstunde der Sprachheilpädagogik geschlagen.

Bis in die Gegenwart reichen die Impulse der »Berliner Schule«: Von Albert Gutzmann spannt sich der Bogen über den Sohn Hermann Gutzmann und den Enkel gleichen Namens, beide Mediziner,

Albert Liebmann, ebenfalls Arzt, Paul Lüking, den Sprachheillehrer, bis zu Wolfgang Wendlandt, den Psychologen, dessen verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung des Stotterns wohl jedem Interessierten bekannt sein dürfte.

Hier in Berlin fanden sich von jeher Vertreter verschiedener Disziplinen zusammen, um gemeinsam sprachbehinderten Menschen zu helfen. Wo immer auf dieser XV. Arbeits- und Fortbildungsveranstaltung die Notwendigkeit gemeinsamen Handelns betont wurde, gab es lebhaften Beifall, war dieser Gedanke in den letzten Jahren doch mehrfach durch Konkurrenzdenken und standespolitische Erwägungen ein wenig in Gefahr geraten.

Herr Hahn, der 1. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, erinnerte in seiner Begrüßungsansprache zur Eröffnung der Tagung am Donnerstagvormittag an Berlins gute sprachheilpädagogische Tradition. Im Palais am Funkturm fand er fröhlich gestimmte, aufge-

schlossene Zuhörer: Dafür hatte nicht zuletzt der wohlgelungene musikalische Auftakt gesorgt, mit dem Schüler und Lehrer der Schilling-Schule für Sprachbehinderte und Körperbehinderte allen Gästen eine besondere Überraschung bereiteten.

Fast 700 waren gekommen. Mit Freude entdeckte man unter ihnen wieder Hannes Aschenbrenner, den Vorsitzenden der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, eine Delegation aus Südtirol und Erwin Richter, den bekannten Stotterer-Therapeuten aus der DDR, dessen jüngeren Kolleginnen und Kollegen freilich der Zutritt zu unserer Tagung versagt blieb.

Medizinische und pädagogische Sichtweisen des Tagungsthemas, vorgetragen von Professor von Arentsschild aus Berlin und Professor Braun aus Reutlingen, wurden in den Hauptreferaten dieses Vormittags deutlich und ergänzten sich. Nachmittags galt es wieder, wie bei jeder Tagung, unter einer Anzahl von Parallelveranstaltungen die Wahl zu treffen; auch der Freitag stellte die Teilnehmer erneut vor dieses Problem. Zum Glück wird im Frühjahr wieder ein Tagungsbericht erscheinen, so daß man nachlesen kann, was man unvermeidlicherweise versäumte.

Unter den zahlreichen Themen fand der Themenkreis, der sich mit der Früherfassung und Frühförderung sprachgestörter Kinder befaßt, besondere Beachtung. Immer mehr rückt ins Bewußtsein, daß durch ein gezieltes Training der »Basisfunktionen« für schulisches Lernen »Lerngefährdungen im schriftsprachlichen Bereich bei sprachauffälligen Kindern« (J. Teumer) abgewendet werden können. Hier liegt noch ein weites Feld für Forschung und Praxis.

Der Freitagvormittag gehörte Exkursionen zu sprachtherapeutischen Einrichtungen in Berlin. Das Interesse vieler Teilnehmer wandte sich vor allem den klinischen Beratungs- und Behandlungszentren zu. Aber auch die Schulen boten gut durchdachte, anregende Einblicke in ihre Arbeit. Dank allen Berliner Kolleginnen und Kollegen, die sich am letzten Schultag vor Beginn der Herbstferien dazu bereitfanden!

Am Samstagvormittag widmete man sich noch einmal konzentriert dem Tagungsthema: Eine Anzahl von Referenten stellte in Kurzreferaten unterschiedliche Organisationsformen für Sprachtherapie vor. Als ausgesprochen erfreulich fiel auf, daß in dieser Schlußveranstaltung Vertreter von Selbsthilfegruppen zu Wort kamen, wie es auch schon in einem Referat am Donnerstag geschehen war. Es sollte zur Regel werden, den Betroffenen selbst Gelegenheit zu geben, ihre Situation darzustellen. Schon die informationsreiche Zeitschrift »Der Kieselstein, Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stot-

terergruppen« zeigt, daß sie auch Fachleuten etwas zu sagen haben.

Bekanntlich bestehen Kongresse nicht nur aus ernster Arbeit. Ein warmer, sonniger Altweibersommer — seit Jahren schon eine fast selbstverständlich hingenommene angenehme Zutat zu unseren Tagungen — trug sehr zum Wohlbefinden bei. Nach Einbruch der Dunkelheit steuerte man dann auf die geselligen und kulinarischen Höhepunkte zu. Je nach Geschmack fand man sich in gepflegten Restaurants oder urigen Kneipen zusammen, speiste aber hier wie dort meistens international. Peking-Ente, Kebab, Bouillabaisse und andere exotische Genüsse verliehen den Begegnungen zwischen Schleswig-Holstein und Bayern, Saarland und Hessen, Niedersachsen und Rheinland eine besondere Note. Über fehlende Gastlichkeit brauchte sich niemand zu beklagen! Die diesbezüglichen Verlockungen Berlins sind so groß, daß die offiziellen Veranstaltungen — der Begrüßungsabend am Mittwoch und der Festabend am Freitag im »Prälat Schöneberg« — ein wenig unter Besuchermangel litten. Im »Prälat« fanden sich vorzugsweise die gesetzteren Jahrgänge zusammen; schwarzer Anzug und Abendkleid dominierten. Vermutlich darum zog die »Jugend« andere Vergnügungen vor.

Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik gehen niemals vorüber, ohne daß — unbemerkt von den meisten Besuchern — allerlei offizielle Sitzungen stattfinden: So trat am Mittwochvormittag der Hauptvorstand zu seinem halbjährlichen Treffen zusammen. Es entsprach dem anfangs beschworenen »Berliner Geist«, daß Professor Löbell als Vertreter von Professor Bauer, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde, gekommen war und die Bereitschaft seiner Gesellschaft zu guter Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik ausdrücklich betonte. Die »Gemeinsame Kommission« aus Vertretern von Phoniatern, Logopäden und Sprachbehindertepädagogen, deren Arbeit längere Zeit eingestellt worden war, soll in absehbarer Zeit wieder zusammengerufen werden, um das Gespräch zwischen diesen Gruppen fortzusetzen und die Verständigung zu vertiefen. An diesen Sitzungen werden in Zukunft auch Vertreter der Sprachtherapeutischen Assistenten und der Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen teilnehmen.

Am Mittwochnachmittag traf sich die Delegiertenversammlung in den »Charlottenburger Festsälen«. Tätigkeitsberichte des Vorstandes, der Redaktion, des Rechnungsführers und der Kassensprüfer, die Wahl des Geschäftsführenden Vorstands und die Abstimmung über Anträge ver-

schiedener Landesgruppen dauerten bis in den Abend hinein. Die Wahl ergab folgendes Ergebnis:

1. Vorsitzender: Karl-Heinz Hahn, LG Hamburg  
2. Vorsitzende: Anita Schwarze, LG Hamburg  
Geschäftsführer: Rolf Mosebach, LG Hamburg

Rechnungsführer: Oskar Brennecke, LG Hamburg  
Schriftführer: zur Zeit unbesetzt; Herr Mosebach übernimmt die Schriftführung vorerst kommissarisch

Referent für Öffentlichkeitsarbeit: Dieter Fichtner, LG Bremen

Referent für Zusammenarbeit mit anderen Verbänden: Egon Dahlenburg, LG Bremen

Referentin für Archiv und Auslandsbeziehungen: Ursula Randt, LG Hamburg

Referent für Berufsfragen: Kurt Bielfeld, LG Berlin  
Referent für besondere Aufgaben: Ernst Huth, LG Rheinland

Redakteure: Arno Schulze, LG Hessen, und Professor Dr. Jürgen Teumer, LG Niedersachsen

Kassenprüfer: Burkhard Timm, LG Niedersachsen, Gerhard Wohlrab, LG Schleswig-Holstein.

Besonderen Dank sprach Herr Hahn dem Erziehungswissenschaftlichen Beirat aus. Die Herren Professor Dr. Teumer, Professor Braun und Dr. Homburg haben wichtige Positionspapiere für die dgs ausgearbeitet. »Merkmale pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten« und »Früherfassung und Früherziehung sprachbehinderter oder von Sprachbehinderung bedrohter Kinder« sind schon veröffentlicht worden. Das letzte Papier, »Sprachheilpädagogische Berufe«, ist fertiggestellt und wird demnächst erscheinen. Der Erziehungswissenschaftliche Beirat hat damit die ihm übertragenen Aufgaben erfüllt. Die Neubesetzung wurde bei der Ständigen Dozentenkonferenz, die am Freitag ebenfalls in Berlin zusammentraf, besprochen, steht aber noch nicht endgültig fest.

Am Schluß jeder Tagung steht die Frage: Was hätte noch besser sein können? — Viele Teilnehmer beklagten den hohen Tagungsbeitrag (100 DM für Mitglieder, 120 DM für Nichtmitglieder). Nun, Berlin ist leider ein teures Pflaster; so haben die Einnahmen kaum gereicht, um die Unkosten zu decken. — Manche Stimmen wurden laut, die mehr Gelegenheit zu vertiefenden Diskussionen forderten. Bedauerlicherweise setzt die knapp bemessene Zeit an den wenigen Kongreßtagen hier Grenzen. — Daß zwischen den verschiedenen Räumen, in denen Veranstaltungen stattfanden, manchmal längere Wege zurückzulegen waren, so daß selbst der Eilige zu spät kommen mußte, war in Berlin ein ärgerliches, aber wohl unvermeidliches Problem. — Immer wieder wird der Wunsch nach Anregungen aus der Praxis für die Praxis geäußert, auch nach größerer Anschaulichkeit z. B.

durch Video-Filme, die häufiger eingesetzt werden könnten. Sicher wäre es möglich, die Erwartungen der Teilnehmer sowohl thematisch als auch in der Gestaltung noch mehr zu berücksichtigen als bisher.

Alles in allem: Mit vielen neuen Impulsen und Ideen kehrte man aus Berlin zu seiner täglichen Arbeit zurück — neugierig bereits auf die nächste Tagung, die vom 19. bis zum 22. September 1984 in Ravensburg stattfinden soll. Vorläufiges Rahmenthema: Sprachstörung — Kommunikationsstörung — Teilleistungsstörung — Lernstörung. Ursachen und Therapie dysphasischer und dysgrammatischer Sprachbehinderungen.

Herr Trieglaff, der Vorsitzende der LG Berlin, und seine vielen Helfer haben vermutlich aufgeatmet, als nach langen Monaten mühevoller Vorbereitungen das Schlußwort gesprochen wurde. Ihnen allen im Namen des Vorstandes und aller Teilnehmer sehr herzlichen Dank!  
Ursula Randt

### Landesgruppe Rheinland-Pfalz

Lehrer an Schulen für Sprachbehinderte zeigen Bereitschaft zur Fortbildung.

Vom 8. bis 10. November 1982 fand in Speyer eine Tagung für Sprachbehindertenpädagogen statt; sie stand unter dem Rahmenthema »Sprachsonderpädagogische Fördermaßnahmen an Schulen für Sprachbehinderte«.

Folgende Referate wurden gehalten:

Dr. Dieter Kroppenberger, Mainz: Sprachsonderpädagogische Förderung eines Kindes, das stottert. Möglichkeiten sprachsonderpädagogischer Arbeit in Rheinland-Pfalz.

Anita Schwarze, Hamburg: Förderung sprachlich beeinträchtigter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Hamburg. Methoden der Öffentlichkeitsarbeit als Maßnahmen zur Früherfassung sprachauffälliger Kinder, dargestellt am Projekt Hamburg-Harburg.

Inge Frühwirth, Wien: Förderung sprachlich beeinträchtigter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in Wien. Möglichkeiten sprachlicher Förderung, dargestellt anhand der Arbeit in den Vorschul- und Vorbereitungsklassen von Wien.

Prof. Dr. Edmund Westrich, Mainz: Das Verständnis von Sprache als Voraussetzung für adäquate sprachsonderpädagogische Maßnahmen.

Am Abend des 9. November fand im Rahmen dieser Veranstaltung die Jahressitzung der Landesgruppe Rheinland-Pfalz der dgs statt. Haupttagungspunkte waren der Bericht des alten Vorstandes und die Neuwahl des Landesgruppenvor-

sitzenden. Nach sechs Jahren Arbeit im Landesvorstand, davon drei Jahre als Vorsitzender, stellte Herr Kroppenberg sein Amt zur Verfügung.

Zum neuen Vorsitzenden der Landesgruppe wurde Peter Broich, Mainz, gewählt und mit ihm als weitere Vorstandsmitglieder Herr Hölper, Frau Nitschke und Frau Roggensacke, ebenfalls aus Mainz.

Frau Schwarze, als 2. Bundesvorsitzende, nahm die Gelegenheit wahr, sich über die Aktivitäten und Probleme der Landesgruppe Rheinland-Pfalz zu informieren und mit zu debattieren.

Während der Tagung wurden sieben neue Mitglieder gewonnen, darunter auch Frau Inge Frühwirth aus Wien.  
Peter Broich

## Umschau

---

### 11. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik führte am 1. Oktober 1982 ihre 11. Mitgliederversammlung in Berlin durch.

Durch den Rücktritt des bisherigen Erziehungswissenschaftlichen Beirates (Prof. O. Braun, Dr. G. Homburg, Prof. Dr. J. Teumer) war eine grundsätzliche Diskussion zur Arbeit und Funktion dieses Gremiums der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. erforderlich. Der Dank an die ausgeschiedenen Mitglieder wurde mit der Auffassung verbunden, daß die Tätigkeit des Beirates weitergeführt werden sollte.

Die Fortführung der Arbeiten soll projektgebunden stattfinden. Als nächste Themenstellung ist der Bereich »Stand und Entwicklung des Sprachheilwesens in der Bundesrepublik« vorgesehen. In den sich neu konstituierenden Erziehungswissenschaftlichen Beirat wurde dazu Prof. Dr. M. Grohnfeldt gewählt.

Die weitere Diskussion konzentrierte sich auf die Ausbildungssituation an den einzelnen Hochschulen des Bundesgebietes. Die Lage wurde nicht nur hinsichtlich der Prüfungsanforderungen und Studienbedingungen (Anteile des Haupt- und Nebenfaches; grundständig Studierende/Aufbaustudenten), sondern auch im Hinblick auf das Selbstverständnis der Sprachbehindertenpädagogik als außerordentlich heterogen eingeschätzt.

Manfred Grohnfeldt

### Geers-Stiftung

#### fördert Forschungsvorhaben zum frühzeitigen Erkennen von Hörschäden bei Risikokindern

Es gelingt heute in zunehmendem Maße, das Leben von Babys zu retten, die früher kaum Überlebenschancen gehabt hätten. Allerdings besteht gerade bei diesen Kindern ein erhöhtes Risiko für Schäden und Behinderungen des Gehörs. Dies wird häufig zu spät erkannt.

Am 21. Oktober 1982 übergab die Geers-Stiftung, Dortmund, dem Kinderzentrum München Fördermittel in Höhe von 10000 DM. Dieser Betrag ist für das Forschungsvorhaben von Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge »Frühdiagnose von hörgestörten Säuglingen und Kleinkindern« bestimmt.

Durch das Forschungsvorhaben soll eine möglichst frühe Sprachentwicklung bei hörgestörten Kindern erreicht werden. Zunächst werden ausschließlich Neugeborene und Frühgeborene untersucht. Ein halbes Jahr später finden dann in den erforderlichen Fällen Nachuntersuchungen statt.

Es ist geplant, in einer größeren Pilotstudie auch Kinder mit Verdacht auf Hörstörungen innerhalb des 2. Lebensjahres zu untersuchen. Die Fördermittel sollen dazu verwendet werden, um Daten zu sammeln, die der Beschreibung der Testmethode, insbesondere im Hinblick auf Praktikabilität der Tests und Belastbarkeit der Kinder dienen. Sie sollen einen dreistufigen Arbeitsplan mit Kriterien für die Bewertung der Studienergebnisse ausgerichtet auf eine allgemeine Einführung der Testmethode ermöglichen.

Langfristig gesehen trägt dieses Forschungsvorhaben zu einer Verbesserung der immer noch wenig befriedigenden Situation im Bereich der Früherkennung von Hörschäden bei Säuglingen bei.

Die 1976 gegründete Geers-Stiftung fördert wissenschaftliche Vorhaben, insbesondere zum Wohle hörbehinderter Kinder. Sitz der Geers-Stiftung ist Dortmund. Vorstandsvorsitzender: Prof. Dr. med. Peter Plath, Recklinghausen.

### Sprachheilpädagogen-Fortbildung

Die »8. Berchtesgadener Tage« im Rahmen der überregionalen Fortbildungstagungen der Landesgruppe Hessen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. finden, um die Ferientermine aller Bundesländer zu berücksichtigen, vom Donnerstag, 24. März 1983, bis zum Donners-

tag, 31. März 1983, im Lehrerheim Schloß Fürstenstein in Berchtesgaden statt (Verlängerung über die Ostertage ist möglich).

Nach den Wünschen bisheriger Teilnehmer stehen im Programm wieder Arbeitsgruppen zur *Aphasie-Behandlung* und über *Stotterer-Selbsthilfevereinigungen*. In weiteren Arbeitsgruppen werden *Stimmstörungen* und das *Sprechen ohne Kehlkopf* behandelt.

Nähere Informationen und möglichst baldige Anmeldung (Platzreservierung in Reihenfolge der Anmeldungen) bei Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, D-3575 Kirchhain 1.

### **Elementare Musik und Szene**

Der 15. Lehrgang der Mühlberger Fortbildungskurse findet in der Zeit vom 5. bis 9. April 1983 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, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung finden.

Themen: Elementare Musik, Klangsatz, Spieltechnik — Improvisationsformen Klang—Bewegung—Sprache — Sensomotorische Übung und Kommunikationsspiel — Szenisch-musikalische Improvisation (Abschlußaufführung eines elementaren Musiktheaters).

Leitende Referenten: Dr. Claus Thomas, Freiburg — Dr. Werner Thomas, Heidelberg.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung Hermann-Hummel-Straße 25, D-8032 Lochham bei München (Anmeldeschluß: 1. März 1983).

### **Sonderpädagogischer Kongreß**

Der Verband Deutscher Sonderschulen e.V. — Fachverband für Behindertenpädagogik — veranstaltet am 24. und 25. Mai 1983 einen Sonderpädagogischen Kongreß. Thema: Unterrichtspraxis an Sonderschulen.

Es werden fünf Arbeitskreise gebildet: 1. Pädagogische Förderung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher: Was geschieht in der Sonderschule mit Schwerstbehinderten? 2. Alternative Unterrichtskonzeptionen: Wie kann der Unterricht für Schüler in der Sonderschule interessanter werden? 3. Integration: Wie können Behinderte und Nicht-

behinderte gemeinsam leben und lernen? 4. Arbeitslehre: Wie können Schüler der Sonderschule auf Beruf und Arbeitswelt vorbereitet werden? 5. Förderung ausländischer Kinder: Was tun mit Ausländerkindern in Sonderschulen?

Zum Kongreß können Referate (bis zu 30 Min. Länge), Demonstrationen von Filmen, Lehrmitteln usw., Diskussionsbeiträge usw. angemeldet werden. Über Annahme der Beiträge und Zuordnung zu den Arbeitskreisen entscheidet der Veranstalter.

Anmeldung: Geschäftsstelle des Verbandes Deutscher Sonderschulen e.V., Rosenbergstraße 49, 7000 Stuttgart 1.

Kongreßbeitrag: Mitglieder des Verbandes 40 DM, Nichtmitglieder 50 DM, Studenten 20 DM. Tageskarte zum halben Preis. Überweisung an: Verband Deutscher Sonderschulen e.V. — Fachverband für Behindertenpädagogik — Landesgirokasse Stuttgart (BLZ 600 501 01) Kto.-Nr. 2 061 889. Honorare werden nicht gezahlt. Referenten zahlen keinen Kongreßbeitrag.

### **19. Kongreß der IALP**

**in Edinburgh (Schottland)  
vom 14. bis 18. August 1983**

Hauptreferate: Sylvia O. Richardson: Differential Diagnosis of delayed speech and language development; David Crystal/Yvan Lebrun: Psychoneurolinguistics in logopaedics; Peter Kitzing: Therapy for functional voice disorders.

Anmeldung und Auskünfte bei: Secretariat IALP Congress, Grampian Tours, 27 John St., Perth, PH 1 5 SH, Scotland.

### **Atem-, Stimm- und Sprechschulung**

**Coblener-Wochenkurse und Kurzseminare**

Sekretariat: Gertrud Lüders, Husarenstraße 46, 3300 Braunschweig, Telefon (0531) 7 77 13.

6. bis 13. Februar 1983: Malente (bei Lübeck). Wochenkurs — Angebot: Grundkurse, Aufbaukurse.

23. bis 27. Februar 1983: Bendorf (bei Koblenz am Rhein). Logopäden-Spezialkurs. Vorkenntnisse: mindestens eine Kurswoche.

6. bis 10. April 1983: Loccum (bei Hannover). Schwingegurkurs. Vorkenntnisse: mindestens eine Kurswoche.

2. bis 9. Juli 1983: Bendorf (bei Koblenz am Rhein). Wochenkurs — Angebot: Grundkurse, Aufbaukurse.

## Bücher und Zeitschriften

### **Hans Eberwein, Eberhard Meyer und Marianne Wiedenmann: Ich lerne lesen und schreiben.**

Verlag Diesterweg, Frankfurt 1982. Fibel 71 Seiten, 14,80 DM. Übungsteil I 70 Seiten, 9,40 DM; Übungsteil II 55 Seiten, 7,80 DM. Lehrerhandbuch (zur Zeit liegt ein Auszug von 24 Seiten vor), 24 angekündigte Kopiervorlagen.

»Die Konzeption des vorliegenden Leselernwerkes ist an den Vorstellungen der neu erschienenen Rahmenlehrpläne für Deutsch an Schulen für Lernbehinderte orientiert. Dies betrifft vor allem das analytisch-synthetische Verfahren, die Buchstabenfolge, die Zahl der Ganzwörter, die enge Verbindung von Lesen- und Schreibenlernen ... und die Orientierung der Texte am Erfahrungskreis der Schüler, die mit Hilfe des situationsdidaktischen Ansatzes dargestellt werden« (Lehrerhandbuch S.8).

Die Verfasser haben hier in prägnanter Form eine Zusammenfassung ihres Werkes formuliert.

Der Adressatenkreis dieses Leselehrgangs umfaßt jedoch vom Anspruchsniveau alle Leseanfänger, wenn auch besonders die Grundschüler angesprochen werden, die Leselernschwierigkeiten hatten bzw. haben.

Dem konzeptionellen Aufbau dieses Leselehrgangs liegen Sprachanlässe, Situationseinheiten und kommunikative Funktion von Texten (grafische Gestaltung A. Wiedenmann, Fotos von W. Indinger, Bilder von Hetty Krist) zugrunde.

Die Fibelinhalte sind dem Umfeld der Schüler entnommen und beziehen insbesondere die Situationsfelder Essen/Trinken, Familie/Wohnung, Fernsehen, Schule, Freizeit/Spielen, Arbeit, Umwelt/Öffentlichkeit, Leben im Heim, Ausländer ein.

Aus der Themenwahl läßt sich das globale Lernziel ableiten: »Förderung sprachlicher und sozialer Kommunikationskenntnisse und Handlungsfähigkeit« (S. 10).

Auch die Illustrationen beziehen sich auf alltägliche Lebenssituationen der Schüler, inhaltliche Übereinstimmung von Text und Bild, kurze Texte, Bildsituationen, die zum Sprechen motivieren, weil Fragen offen bleiben und die Phantasie anregen.

Die Verfasser verzichten auf die Verwendung phonomischer Lernhilfen mit der Begründung, »daß es in der Sonderpädagogik gegenwärtig kein einheitliches System von Gebärdenhilfen gibt und jede Methode mit mehr oder weniger großen Mängeln behaftet ist« ... (Handbuch S. 13).

Nicht ganz neu, aber konsequent, wird in dem Lesewerk die Verbindung von Lesen- und Schreibenlernen angeboten. Beim Erwerb der Schriftsprache stehen beide Funktionen in engem Zusammenhang, sie sollten daher auch koordiniert werden. Basierend auf Untersuchungen von Muth geht die Fibel davon aus, »daß Schüler mit Druckschrift lesen und mit der Schreibschrift (lateinische Ausgangsschrift) schreiben lernen (sollten). Dadurch wird einerseits die spezifische Eigengesetzlichkeit der beiden Lernbereiche berücksichtigt, andererseits durch die Parallelisierung der Effekte der wechselseitigen Verstärkung gearbeitet« (Lehrerhandbuch S.8).

Dieses Lesewerk ist folgerichtig mehrdimensional aufgebaut. Es berücksichtigt die allgemeinen Lerngesetze und scheint mir somit geeignet, Grundlage des Lesen- und Schreibenlernens für die Schulanfänger aller Schularten (Grundschüler, Lernbehinderte, Sprachbehinderte) zu sein.

Die Bilder (teils farbig, teils schwarzweiß, teils als Fotografie, einschließlich der gesamten grafischen Gestaltung) sind einfallsreich, abwechslungsreich, motivierend. Auch der Titel gefällt mir: »Ich lerne lesen und schreiben.« Daraus ergibt sich für den Schüler bereits eine Erwartungshaltung. Das Lehrerhandbuch, ein unerläßlicher Leitfaden, enthält eine sehr detaillierte Übersicht mit Seitenangaben zu den Bereichen Schülerbuchseite, Thema, Graphem, Phonem, Morphem, Übungsteilseite und Lehrerhandbuchseite.

Daß u. a. aus der »Schäfer-Fibel« und aus der Fibel der DDR »Unsere Fibel« positive Elemente übernommen worden sind, halte ich nicht für einen Nachteil. Interessant erscheint mir die Tatsache, daß die Forderungen Gerda Knuras aus dem Jahre 1970 an eine Fibel für Sprachbehinderte weitgehend berücksichtigt wurden. Dies ist mein persönliches Interesse an der Fibel.

Sie sollte in allen Schulformen, besonders auch in der Schule für Sprachbehinderte, ausprobiert werden. Nur so kann ein endgültiges Urteil gefällt werden.

Helmut Trümner

### **Alf Preus: Identifying Subgroups of Stutterers.**

Universitetsforlaget Oslo, Postboks 2977, Tøyen, Oslo 6. 230 Seiten, 120 Norwegische Kronen (in Englisch geschrieben).

Obwohl eine weitgehende Übereinstimmung darin besteht, daß das Stottern verschiedene Ursachen haben kann und daß jeder Stotterer einer individuellen Behandlung bedarf, steht die Realisierung

dieser Konzeption noch immer in den Anfängen, so daß heute eine möglichst breit angelegte Therapie angestrebt wird, bei der man hofft, daß innerhalb der Vielzahl der Faktoren auch diejenigen sein werden, die für das stotternde Individuum wirksam sein können.

Die Ursache dieses unbefriedigenden Zustandes ist weitgehend durch Mängel in der Stotter-Forschung bedingt:

1. Bei vielen Untersuchungen versucht man, die Ursache des Stotterns zu erforschen. Daher vergleicht man Gruppen von Stotterern und Nicht-Stotterern. Die Ergebnisse, die dann beispielsweise besagen, daß ein Faktor X in der Gruppe der Stotterer dreimal häufiger auftritt als in der Vergleichsgruppe, sind für die Behandlung eines stotternden Individuums meist ohne jeden Wert.
2. Viele Untersuchungen basieren auf einer vorgegebenen Konzeption und sollen, mehr oder weniger deutlich ausgesprochen, die Auffassung des Verfassers bestärken.
3. Die Gruppengröße, meist zwischen 10 und 30, läßt nur selten signifikante Unterschiede entstehen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt eine Untersuchung, die Alf Preus in Oslo durchgeführt hat, große Bedeutung. Zunächst eine kurze Charakterisierung von Preus: Er erwarb seine Fachkompetenz in Amerika bei Van Riper, übernahm dann an der Universität Oslo die Ausbildung der Logopäden (nicht mit unserem Logopädenbegriff identisch) und am Bredvedinstitut, dem großen norwegischen Sprachheilzentrum, die Behandlung der Sprachbehinderten und die praktische Unterweisung der Studenten. Dieser vielseitige Aufgabenbereich brachte es mit sich, daß er in der Verbindung von Theorie und Praxis ein Niveau erreichte, das selbst nach internationalen Maßstäben nur selten anzu-treffen ist.

Als er einen zweijährigen Forschungsauftrag erhielt, um Untergruppen von Stotterern zu ermitteln, ging er folgenden Weg:

1. Er stellte so ungefähr alles, was in der Literatur über das Stottern gesagt ist, ergänzt durch seine eigenen Erfahrungen, zusammen und erhielt so eine Tabelle von über 70 Items, die von der Familiensituation über psychische Fakten, Kriterien des Stotterns, Verhalten des Stotterers bis zu mehreren Tests (bei uns weitgehend unbekannt) führt. Schon diese Zusammenstellung ist lesenswert.
2. Diese Items überprüfte er an einer Gruppe von 100 (!) Stotterern im Alter von 16 bis 21 Jahren. Bedenkt man den Zeitaufwand beispielsweise

zur Ermittlung des Adaptionseffektes, des LEE-Effektes oder zur Durchführung des Wechsler-Tests, so fällt dieser Ansatz wohl eindeutig aus dem Rahmen des bei uns Bekannten.

3. Die Fragestellung, unter der das Material bearbeitet wurde, zielt nun nicht auf die Ursachen des Stotterns ab, sondern darauf, wie sich die Stotterer voneinander unterscheiden. Es wurde also versucht, Behandlungsgruppen (treatment subgroups) zu ermitteln, die nicht einer vorgefaßten Konzeption entsprechen, sondern die sich statistisch aus dem vorhandenen Material ergeben (a posteriori statt a priori).
4. Zu diesem Zwecke führte Preus zunächst die Faktorenanalyse durch. Dabei entschied er sich nicht für ein einziges Verfahren, sondern, typisch für seine Gewissenhaftigkeit, er verwendete drei verschiedene Verfahren und arbeitete nur mit denjenigen Faktoren weiter, die sich in mindestens zwei Verfahren als aussagekräftig erwiesen hatten.
5. Den reduzierten Satz der Items unterwarf er der Cluster-Analyse, d.h., er beauftragte den Computer, herauszusuchen, nach welchem Merkmal sich die Gruppe annähernd halbieren ließe. Diese Trennung gelang dreimal, so daß sich acht Untergruppen ergaben, die durch jeweils drei von sieben Faktoren definiert sind.
6. Für jede dieser acht Untergruppen empfiehlt Preus ein klares Behandlungsprogramm, das von reiner Beratung über Teile der Van-Riper-Konzeption, über Verhaltens- und Psychotherapie zu einer umfassenden Teambehandlung führt.
7. Abschließend, und das ist wohlthuend, wertet Preus die Ergebnisse sehr kritisch und mit mehreren Vorbehalten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß mit dieser Untersuchung ein Durchbruch gelungen ist, der von der Konzeption, der Durchführung und vom Ergebnis her wegweisend sein wird. Jedoch ergeben sich für uns, besonders für die Arbeit an Schulen für Sprachbehinderte, zwei Einschränkungen:

1. Die zugrundeliegende Altersgruppe in einem teilweise nicht gut versorgten Flächenstaate ist wohl nur mit Vorbehalten vergleichbar mit jüngeren Stotterern in einem gut versorgten Stadtstaat.
2. Die Therapie-Vorschläge sind stark durch die amerikanische Konzeption geprägt. Wenn diese Verfahren auch bei uns gelegentlich viel zuwenig bekannt sind, stellen sie doch eine gewisse Einseitigkeit dar.

Trotzdem erscheint diese Untersuchung als unbedingt empfehlenswert, denn die ermittelten Untergruppen lassen sich auch bei uns bei den meisten stotternden Kindern erkennen. Darüber hinaus ist es nicht schwer, jede der bei uns gebräuchlichen Methoden einer oder mehreren der Untergruppen zuzuordnen. Und gerade diese Zuordnung, d.h. die Entscheidung, für welchen Stotterer die Methode einen Wert hat bzw. für welchen Stotterer sie wenig oder keinen Wert hat, wird durch die Untersuchung von Preus nicht nur erleichtert, sondern geradezu erzwungen.

Horst Schmidt

**David Crystal: Clinical Linguistics.** Springer-Verlag, Wien — New York 1981. 228 Seiten.

Dieses Buch steht in einer Reihe weiterer Publikationen des britischen Linguisten und Kindersprachforschers, die maßgeblich dazu beigetragen haben, daß linguistischen Aspekten in der Ausbildung und praktischen Arbeit von Sprachtherapeuten im Heimatland des Autors heute ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Es ist erschienen als Band 3 der neuen, von G. E. Arnold, F. Winckel und B. D. Wyke herausgegebenen, Monographien-Reihe »Disorders of Human Communication«.

In einem einleitenden Kapitel erörtert Crystal Reichweite, Begrifflichkeit und Zielsetzung der »klinischen Linguistik«, die er als angewandte Sprachwissenschaft mit dem Objektbereich »communication disability« definiert. Die sich anschließenden Kapitel sind alle gleichartig aufgebaut: Auf eine kurze Beschreibung des jeweils zur Rede stehenden linguistischen Teilgebietes folgt eine knappe Zusammenfassung der diesbezüglichen Spracherwerbsstudien, während der verbleibende Teil Problemen der Anwendung im klinischen bzw. sonderpädagogischen Kontext vorbehalten bleibt, und zwar illustriert an zahlreichen Sprachproben von sprachgestörten Kindern und Erwachsenen. So stellt der Autor im zweiten Kapitel in geraffter Form die wichtigsten phonologischen Theorien, Grundzüge des normalen Phonemerwerbs sowie Probleme der Beschreibung phonologisch gestörter Kindersprache dar. Der nicht-segmentellen Phonologie (Intonation, Prosodie, Rhythmus usw.) widmet Crystal als Spezialist auf diesem von der Kindersprachforschung bisher vernachlässigten Gebiet ein eigenständiges Kapitel. Im nachfolgenden Grammatik-Kapitel betont der Autor die Notwendigkeit detaillierter Profilanalysen bei der Beschäftigung mit morphosyntaktisch abweichender Kinder- und Erwachsenensprache und widmet der Interdependenz von Grammatik und Semantik besonderes

Augenmerk. Crystal's Ausführungen im umfangreichen Semantik-Kapitel machen deutlich, daß auf diesem Sektor bei der Erforschung normaler und gestörter Erwerbs- bzw. Abbauprozesse noch vergleichsweise große Lücken bestehen. Dennoch lassen sich nach Meinung des Autors aus der bisherigen pädosemantischen Forschung Richtlinien für die wortschatzbezogene Arbeit mit Sprachgestörten ableiten (z. B. Aufbau eines initialen Lexikons bei schweren Sprachentwicklungsstörungen parallel zum frühen Spracherwerb normal sich entwickelnder Kinder; Einübung der semantischen Funktionen von Wörtern im Satzkontext statt isoliertem Wortschatztraining). Das Buch wird abgeschlossen durch eine mehr als 400 Titel umfassende Bibliographie und ein Autoren- und Sachregister.

Dem Autor ist mit dieser Neuerscheinung ein wichtiger Beitrag zur patholinguistischen Grundlagenliteratur gelungen, der sich überdies durch eine angelsächsisch klare Diktion und wissenschaftsdidaktisches Geschick auszeichnet. Auch wenn sich die klinische Linguistik, wie Crystal mit Recht betont, erst noch im Anfangsstadium befindet, zeigt doch das Buch dem Leser ein breites Spektrum von klinischen Anwendungsmöglichkeiten linguistischen Wissens und enthält eine Fülle von Hinweisen und Anregungen zu einer verbesserten Praxis bei der Klassifikation, Diagnose und Therapie gestörter Sprache.

Wolf B. Ihssen

**J. A. M. Martin: Voice, Speech, and Language in the Child: Development and Disorder.** Springer-Verlag, Wien — New York 1981. 210 Seiten.

Der Autor, Direktor des Nuffield Hearing and Speech Centre in England, legt hier seine erste größere Veröffentlichung vor, erschienen als Band 4 der Reihe »Disorders of Human Communication«. Der Titel zeigt den groben Aufbau des Werkes an: Die erste Hälfte ist dem normalen Erwerb kommunikativer Prozesse gewidmet, und zwar werden neuere Forschungsergebnisse zur frühen Interaktion des Kindes mit seiner Bezugsperson und zur Ausbildung sensorischer und motorischer Funktionen referiert. In einem gesonderten Kapitel beschreibt der Autor anhand von Fallstudien die Lautäußerungen der ersten Lebensmonate sowie die frühe Entwicklung syntaktischer Sprache vom Einwortsatz bis hin zum Mehrwortsatz. Auf dem Hintergrund der Daten zur normalen Sprachentwicklung erörtert Martin im zweiten Hauptteil Störungen in der Ausbildung der gesprochenen Sprache und ihre Verursachungsmomente. Auditive und kognitive Dysfunktionen, gestörte Funktionen von Stimme, Sprechen

(speech) und Sprache (language) werden als Faktoren für eingeschränkte Sprachrezeption und Sprachproduktion diskutiert, wobei — was positiv hervorzuheben ist — eine Reihe von Fallbeispielen aus der klinischen Praxis des Autors die Aussagen konkretisieren.

Im Schlußkapitel beschreibt Martin unter dem Stichwort »Kommunikation« Störungen auf der sprachpragmatischen Ebene und einige ihrer Vorbedingungen wie emotionale Fehlentwicklung, Hörverlust und geistige Retardierung. Die knappen Ausführungen dieses Kapitels können dem komplexen Beschreibungsgegenstand nicht gerecht werden; vor allem vermißt man eine Einbeziehung wichtiger amerikanischer Arbeiten zur gestörten Entwicklung kommunikativen Verhaltens.

Martins Buch, im Hinblick auf den Adressatenkreis interdisziplinär angelegt, bietet auf einigen Teilgebieten eine gute Zusammenfassung der neueren Spracherwerbsforschung, wobei der Einschätzung des Autors zuzustimmen ist, daß diese Forschung bisher zu wenig anwendungsorientiert gewesen ist, was die unmittelbare Umsetzung ihrer Ergebnisse in sprachtherapeutische Tätigkeitsbereiche erschwert. Als eigenständiger und weiterführender Forschungsbeitrag des Autors ist das schon im Umfang dominierende Kapitel zum frühen vokalen Verhalten zu werten. Hier ist offensichtlich, daß Martin auf langjährige eigene Vorarbeiten und zahlreiche Einzelfallbeobachtungen zum Lauterwerb im ersten Lebensjahr zurückgreifen konnte.

Wolf B. Ihssen

Für unseren ev. Kindergarten mit 3 Gruppen im Regelbereich und 2 Sprachheilgruppen suchen wir ab sofort eine(n)

### **Sprachtherapeutin/en / Logopädin/en**

Wir sind ein Team von Erzieherinnen, Sprachtherapeutin, Krankengymnastin. Supervisionsmöglichkeit durch einen Professor für Sprachheilpädagogik ist gegeben. Vergütung ist BAT-angeglichen.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

Stephanus-Kindergarten, Bonhoeffer-Straße 30, 3180 Wolfsburg 1.

Die **Wittgensteiner Kuranstalt GmbH & Co. KG in Bad Berleburg**

sucht für eine neue Abteilung ihrer Klinikbetriebe eine (einen)

### **Logopädin (Logopäden)** (mit einiger Berufserfahrung)

zur Mitarbeit in einem jungen Therapeutenteam, bestehend aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Diplom-Psychologen, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnasten und Krankenschwestern.

Geboten wird:

- Leistungsgerechte Bezahlung
- Fortbildungsurlaub
- Hilfe bei der Wohnraumsuche
- Vergünstigte Mahlzeiten in der Klinik
- Benutzung der unternehmenseigenen Freizeitanlagen
- Ein Kur- und Badeort in reizvoller Mittelgebirgslandschaft mit hohem Freizeitwert.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

**Wittgensteiner Kuranstalt GmbH & Co. KG**, z. Hd. Frau König  
Im Herrengarten 1, 5920 Bad Berleburg, Telefon (02751) 82 81 84.

*So einfach  
ist es:*

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metall-  
schiene 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 Ab-  
schluß eines Doppeljahrganges zu war-  
ten.

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

Der Preis beträgt 15,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppel-  
jahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend.  
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bit-  
ten wir in dem anhängenden Bestellvor-  
druck 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  
1983/84, 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

**Die Sprachheilarbeit**  
C 6068 F

Postvertriebsstück —  
Gebühr bezahlt

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

HERRN WSS 000199 \*0017\*  
KURT BIELFELD  
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Für die Rehabilitationsabteilung für hirnbeschädigte Kinder, Jugendliche und Erwachsene suchen wir

**Logopädin / Logopäden (bzw. Sprachtherapeuten/in)**

zur Behandlung von Aphasien und Dysarthrien. In enger Zusammenarbeit von Ärzten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Psychologen und Sprachheilpädagogen werden vorwiegend hirntraumatisch geschädigte Kinder, Jugendliche und Erwachsene aufgenommen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT.

**Hessisch Oldendorf** liegt in einer landschaftlich reizvollen Gegend des Weserberglandes (ca. 10 km von der Kreisstadt Hameln und ca. 50 km von Hannover entfernt).

**Neurologische Klinik des Bundes Deutscher Hirnbeschädigter**  
Greitstraße 18—28, 3253 Hessisch Oldendorf 1

**JE FRÜHER SIE BAUSPAREN, DESTO SCHNELLER  
KOMMT IHR HAUS  
AUF SIE ZU.**



**BHW** Bausparkasse für den  
öffentlichen Dienst.

**DAMIT ES BEIM BAUEN VORWÄRTS GEHT.**

Gemeinnützige Bausparkasse für den öffentlichen Dienst GmbH, 3250 Hameln 1