

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite	Zur Diskussion	Seite
<i>Udo Schoor, Reutlingen</i> Kann stotternden Kindern in der Sprachheilschule geholfen werden?	49	<i>Gerhard Homburg, Bremen</i> Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)	75
<i>Dirk Randoll, Frankfurt/Main</i> Direkte Intervention bei 3—9jährigen stotternden Kindern	62	Zum Beitrag: Dysphonie und ihre phonopädische Behandlung, von Middeldorf	81
<i>Paul Schäfersküpper und Detlev von Cramon, München</i> Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil I: Artikulation	68	Umschau	85
		Würdigung	88
		Aus der Organisation	88
		Bücher und Zeitschriften	89
		Vorschau	93
		Hinweise für die Autoren	94

Postverlagsort Hamburg
30. Jahrgang
April 1985 · Heft 2

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S-Lauten.

N-Indikator

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

f₀-Indikator

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

Einzeltrainer

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

Language-Master

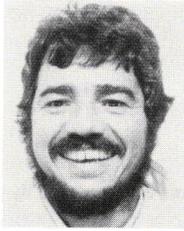
mit dem Tonkarten-System hat für den Bereich des Lernsektors „Sprache“ den einmaligen Vorteil, daß es in engem Verbund optisch-visuelle, akustisch-auditive und sprechmotorische Faktoren bei gleichzeitiger Selbsttätigkeit des Schülers berücksichtigt.

Sprachstudienrecorder

Ein Sprachstudien-Kassettenrecorder in professioneller Halbspurtechnik. Aufnahme der Schülerspur bei gleichzeitigem Abhören der Lehrerspur mittels Kopfhörer-Mikrofon-Kombination.

Weitere ausführliche Informationen erhalten Sie durch Siemens AG, Bereich Medizinische Technik, Geschäftsgebiet Hörgeräte 8520 Erlangen, Gebbertstraße 125

MH 95/7510 c



Udo Schoor, Reutlingen

Kann stotternden Kindern in der Sprachheilschule geholfen werden?¹

Zusammenfassung

Die Entscheidung für eine sonderschulische Betreuung stotternder Kinder wird davon abhängig gemacht, ob der Sonderpädagoge über theoriegeleitetes therapeutisches Wissen verfügt, das sich in einem realisierbaren pädagogischen Handlungsplan aktualisiert. Als praktikable handlungsleitende Wissensgrundlage wird ein in eklektizistischer Weise entworfenen hypothetisches Bedingungsgefüge zur Entstehung und Entwicklung von Stottern bei Kindern nahegelegt.

1. Anmerkungen zum Thema

Wenn durch die — zugegeben — etwas provokativ formulierte Frage die Erwartung geweckt wird, hier eine eindeutige Antwort erhalten zu können, so kann ich Enttäuschungen nicht ersparen: Auf diese Frage kann es keine klare Antwort geben, denn weder die »stotternden Kinder« noch die »Sprachheilschule«, noch »helfen« sind fixierte Größen, die man gleichsam wie in einer mathematischen Gleichung in ihren Beziehungen berechnen kann.

So gesehen ist eigentlich die Fragestellung schon falsch. Es müßte wohl richtiger heißen: Kann ich als Sonderschullehrer (A) an meiner Schule (B) mit meinem Wissen (C) dem Schüler (D) helfen (E), dessen Stottern (F) die Auswirkungen (G) hat?

Wird die Frage angemessenerweise nun so gestellt, so verbietet sich eine pauschale Antwort von selbst, denn in jedem einzelnen Fall werden die dynamischen Bestimmungsstücke (A) bis (G) die Richtung der Antwort beeinflussen.

Die provokative Eingangsfrage soll also keine vorschnelle Antwort provozieren, sondern vielmehr dazu herausfordern, jene Bestimmungsstücke zu reflektieren, die die Entscheidung für die schulische Betreuung stotternder Kinder leiten könnten.

Zur Unterstützung solcher Reflexionen werden deshalb die Bestimmungsstücke (A) bis (G) den Gliederungsrahmen der folgenden Ausführungen abgeben.

2. Beschreibungsdimensionen des Stotterns

Selbst die scheinbar so eindeutig hörbaren Manifestationen des Stotterns tragen nicht dazu bei, daß das Symptom »Stottern« von den Personen, die mit dem Stottern befaßt sind, als klar abgrenzbares Bild verstanden wird. Letztlich kann es auch keinen Konsens geben, denn Stottern ist ein Komplex von Symptomen, die sich auf der sprachlich-linguistischen, der sprachlich-pragmatischen, der organisch-motorischen, der neurophysiologischen, der intrapsychischen und der interpersonellen Ebene aktualisieren.

Je nach erkenntnisleitendem Interesse des Betrachters treten bestimmte Ebenen ins Zentrum der Beschreibungsversuche, die wiederum auf theoriegeleitete Begriffe zurückgreifen. Also nicht nur, weil das Phänomen Stottern sehr komplex ist und die stotternden Personen so verschieden sind, gibt es so viele Arten des Stotterns, wie es Stotterer selbst gibt (Motsch 1981), sondern weil auch die Symptomwahrnehmer und ihre Beschreibungskategorien so verschieden sind. Ein wesentlicher Grund für die Beschreibungsvielfalt liegt darin, daß viele Phänomene, die in die Beschreibung des Stotterns mit eingehen, der unmittelbaren Beob-

¹ Überarbeitete Fassung eines Vortrages zum Sonderpädagogischen Tag in Reutlingen, November 1983.

achtung nicht zugänglich sind und deshalb spezifische theoretische Sichtweisen über die Entstehung, die Entwicklung und die Aufrechterhaltung von Stottern die verwendeten Begriffe bestimmen.

Im folgenden möchte ich die theoriengeleiteten Beschreibungsebenen — ohne Anspruch auf Vollständigkeit — kurz skizzieren. Das Fokussieren auf die folgenden sechs Kategorien möchte ich damit begründen, daß a) mit diesen Kategorien der Mehrperspektivität des Stotterns Rechnung getragen wird, indem nicht nur das Symptom, sondern auch die Person des Stotterers und die interaktionalen Auswirkungen des Stotterns gesehen werden, und daß b) über diese Beschreibungskategorien am ehesten Beziehungen zu pädagogisch-therapeutischem Handeln hergestellt werden können:

1. Auf der *sprachlich-linguistischen Ebene* wird Stottern beschrieben als Redeflußstörung, die durch Laut-, Silben- und Wortwiederholungen sowie durch Lautdehnungen und Blockaden im Lautbildungsprozeß hervorgerufen wird. Der Eindruck der Redeflußstörung wird verstärkt durch das Verwenden von Flickwörtern und Wortumschreibungen.

Die Kennzeichnung von Stottern durch die Verwendung von Silben- und Wortwiederholungen ist allerdings umstritten. Pointiert ist hier die Sichtweise von *Fernau-Horn* (1969), die lediglich Sprechblockaden und Lautwiederholungen, jedoch nicht Silben- und Wortwiederholungen als Stottersymptome gelten läßt. Letztere ordnet sie nichtpathologischen Redeflußunterbrechungen bzw. dem Formenkreis »Poltern« zu. Diese Sichtweise soll auch uns bei der Beschreibung von »Stottern« leiten.

2. Auf der *sprachlich-pragmatischen Ebene* wird Stottern als eine vom Sprecher ausgelöste Kommunikationsstörung beschrieben: Die pragmatische Kompetenz (ziel- und situationsgemäße Verwendung verbaler und nonverbaler Zeichen; siehe *Schoor* 1982) kann durch eine Ausdrucksarmut im mimisch-gestischen Bereich und durch Störungen der Prosodie (u. a.

auch dadurch bedingt, daß die betonten Silben und Vokale vom Stottern eher betroffen sind) eingeschränkt sein (siehe *Krause* 1980, 1981).

Unter pragmatischen Aspekten wird zudem betont, daß Stottern keine Sprechstörung ist, da die Befähigung zum Sprechen prinzipiell erworben wurde und lediglich in Sprechsituationen, in denen sich der Sprecher kommunikationsverantwortlich erlebt, nicht abgerufen werden kann (*Westrich* 1971; *Fiedler/Standop* 1978).

3. Auf der *organisch-motorischen Ebene* werden die Prozesse, die das Stottersymptom hervorbringen, im Bereich der Respiration (unzweckmäßige Atembewegungen, gestörter Atemrhythmus), der Phonation (Störungen in der Muskelrezeptivität im Larynx) und der Artikulation (Unterbrechungen im sprechmotorischen Ablauf) aufgezeigt (u. a. *Hampel* 1978; *Bindel* 1982). Das Bild des Stotteranfalls wird komplettiert, indem auf die Begleitsymptome wie Mitbewegungen und Anzeichen vegetativer Regulationsstörungen verwiesen wird.
4. Aus der Sichtweise der *Neurophysiologie* und *Neuropsychologie* ist Stottern Ergebnis einer Desynchronisation der impulsgeleiteten zentralen Programmierung der am Sprechakt beteiligten Muskelgruppen. Es lassen sich u. a. vier mehr oder weniger unterschiedliche Bedingungsmodelle anführen:
 - a) Die Desynchronisation wird durch zeitlich interferierende akustische und kinästhetische Rückmeldesignale hervorgerufen (*Fiedler/Standop* 1978),
 - b) funktionelle Fehlleistungen subkortikaler motorischer Synchronisationszentren führen zu Störungen in der zeitlichen Abfolge der Impulse, in der Innervation der Sprechmuskeln und im Zusammenspiel von Erregung und Hemmung (siehe *Graichen* 1976, 1981),
 - c) Fehlleistungen kortikaler und subkortikaler Strukturen führen zu Störungen

in der antizipatorischen Bereitstellung und im Abrufen von sprachlichen Elementen entsprechend einem Handlungsplan (siehe *Graichen* 1976, 1981),

- d) der Versuch der Kontrolle konfliktbehafteter beziehungs- und affektrelevanter Anteile der Kommunikation führt zu einer Entkoppelung von Affekt und Sprachproduktion, was mit einer Desintegration der Aktivitäten der entsprechenden Hirnhemisphären korrespondiert (*Krause* 1981).
5. Auf der *intrapysichischen Ebene* wird ins Zentrum der Betrachtung gestellt, daß Stottern mit Anzeichen von Sprechängsten und in der Folge mit sprachlichem und interaktionalem Vermeidungsverhalten verknüpft ist (siehe u. a. *Wendlandt* 1980). Die Sprechängste treten vor allem in Kommunikationssituationen auf, in denen der Sprecher aufgrund bisheriger Erfahrungen das negativ affektiv besetzte Selbstkonzept einer Dialogkompetenz aktualisiert (*Schoor* 1979). Wiederum *Fernau-Horn* (1969) weist hier auf die ungenügende Differenzierungsfähigkeit eines Symptoms für das Stottern hin: Nicht die Sprechangst an sich ist das entscheidende Kriterium, sondern das ausgebildete Störungsbewußtsein. Mit dem Störungsbewußtsein ist eine latente Versagensangst verknüpft, die erst in bestimmten psychischen Belastungssituationen zutage treten kann.
6. Auf der *interpersonellen Ebene* wird festgestellt, daß Redeflußunterbrechungen die interpersonale Kommunikation stören: Der Empfänger einer gestotterten Botschaft kann weder den Sachinhalt noch den Beziehungsaspekt einer Mitteilung richtig verstehen und wird deshalb eher akommunikativ reagieren. Der Stotterer seinerseits wird in der Folge in seinem kommunikativen Verhalten und damit in seinem Selbstwertgefühl als Dialogpartner beeinträchtigt (vgl. u. a. *Fiedler/Standop* 1978) respektiv in seinem Bemühen unterstützt, die den Verlust der

Affektkontrolle in sich bergende Zuhörerrolle zu vermeiden (*Krause* 1981).

3. Pädagogisch relevante Beschreibungsdimensionen des Stotterns

An welche Art von Stottern denkt nun der Sprachheilpädagoge, wenn er, wie in den Richtlinien für Erziehung und Unterricht vorgesehen, Kinder mit Stottern betreuen soll? Welche der Beschreibungsebenen soll er der Entscheidung, welchem Kind mit welchen Sprechunflüssigkeiten wie zu helfen ist, zugrunde legen? Welche Ebene verspricht mit den verwendeten theoriegeleiteten Beschreibungskategorien und den daraus ableitbaren therapeutischen Konsequenzen und Schritten für förderungsbedürftige Kinder mit Sprechunflüssigkeiten den richtigen Helferweg aufzuzeigen?

Grundsätzlich kann man sagen, daß die Beschreibungen und Erklärungsversuche dem Pädagogen nur dann dienstbar sind, wenn wenigstens folgende Forderungen erfüllt sind:

1. Die verwendeten Begriffe müssen in ihrer Theoriegeleitetheit durchsichtig und die begrifflichen Beziehungen nachvollziehbar gemacht werden, so daß sich Verbindungen zu eigenen Erfahrungen und Erlebnissen im Umgang mit stotternden Kindern herstellen lassen. Die skizzierten neuropsychologischen Beschreibungen machen z. B. deutlich, daß zunehmendes Operieren mit hypothetischen Konstrukten und Denkmodellen mit einer Abnahme der unmittelbaren pädagogischen Relevanz der Aussagen einhergeht.
2. Aus den Erklärungsversuchen muß sich therapeutisches Handeln ableiten lassen, das in Übereinstimmung mit pädagogischen Zielsetzungen erfolgen kann und im schulorganisatorischen Rahmen sowie im Zuge der Handlungskompetenz des Pädagogen durchführbar erscheint.
3. Die Beschreibungsversuche sollten die gesamte psychosoziale Lebenssituation des stotternden Kindes in Betracht ziehen. Dazu gehört, daß die Genese des Stotterns aus der Entwicklung der dialogischen Beziehungen heraus verstanden

wird und daß Stottern als Kommunikationsstörung begriffen wird, die das Selbstkonzept des Kindes als Sprechhandelder beeinträchtigen und den Hörer zu akommunikativem Verhalten provozieren kann.

4. Die begriffliche Fassung des Sprechsymptoms »Stottern« sollte eine eindeutige Trennung des pathologischen Stotterns (Lautwiederholung, Lautdehnung und Blockaden im Sprechablauf als Folge einer Desynchronisation von Respiration, Phonation und Artikulation) von solchen Sprechunflüssigkeiten ermöglichen, die in Spannungs-, Erregungs- und Erschöpfungszuständen auftreten, Ausdruck kindlicher Mitteilungsschwierigkeiten und/oder die Folge organisch bedingter Sprechablaufstörungen sind.

Legt man nun diese Forderungen an die skizzierten sechs Beschreibungs- und Erklärungsversuche an, so stellt man fest, daß kein Ansatz für sich allein dem mehrdimensionalen Symptomkomplex gerecht wird. Aus keinem Beschreibungsversuch allein läßt sich eine theoretisch fundierte Therapie ableiten, die den Pädagogen anleitet, wie er einem Kind helfen kann, dessen unflüssiges und flüssiges Sprechen intrapersonale und interpersonelle Bedingungshintergründe und Auswirkungen hat.

Der verantwortungsvoll arbeitende Pädagoge kommt folglich nicht umhin, bei der Betreuung stotternder Kinder alle Erklärungsebenen in Betracht zu ziehen. Hierfür muß er — wie so oft als Akteur im Spannungsfeld zwischen Praxis und Theorie — die Balance zwischen verschiedenen theoretischen Erklärungen und eigener Praxiserfahrung selbst herstellen, indem er in eklektizistischer Weise jene Theoriestücke zur Erklärung von Entstehungs- und Veränderungsprozessen heranzieht, die ihm seine Erfahrungswelt plausibel und schlüssig beschreiben und mit seinen pädagogischen Intentionen in Einklang zu bringen sind.

Sicherlich werden einige (dogmatisch orientierte?) Theoretiker einwenden, daß ein solch pragmatisches integratives Theoriekonzept zur dilettantistischen mehrdimensionalen

Therapie nach dem »Gießkannen-Prinzip« führen wird.

Der Gefahr des Dilettantismus kann aber weitgehend begegnet werden,

- indem Theoriestücke nicht nach Gutdünken zu Einzelaussagen demontiert werden, sondern in ihren Kernaussagen in einem pädagogisch-psychologischen Erklärungsmodell verknüpft werden, das Stottern in Entstehung und Entwicklung als eine Kommunikationsstörung begreift und das als Therapieziel den Aufbau der kommunikativen Kompetenz setzt;
- wenn der Pädagoge die Auswirkungen seines Tuns als Ergebnis eines interpersonellen Austausches von Gesprächspartnern reflektiert und seine Vermutungen über das Gelingen und Nichtgelingen bestimmter kommunikativer Akte als Handlungskorrektiv einsetzt.

Im folgenden möchte ich also ein pragmatisch orientiertes, in eklektizistischer Weise entworfenen Theoriekonzept vorstellen, das dem Pädagogen die Entstehung und Entwicklung des Stotterns und in der Folge Therapiemöglichkeiten aufweisen kann. Grundlage sind die skizzierten sechs Beschreibungsebenen, die in ihrer Verknüpfung dem Komplex Stottern gerecht werden können und zugleich pädagogische Relevanz haben (Abbildung 1).

Auf unser Thema bezogen soll das durch das Bedingungsgefüge nahegelegte Verständnis von Stottern bzw. eines stotternden Kindes sozusagen zur »Gewissensinstanz« werden: Nur wenn der Pädagoge an einer Sprachheilschule über theoriegeleitetes Wissen in der hier skizzierten oder in ähnlicher Form verfügt, sollte er stotternde Kinder betreuen.

4. *Hypothetisches Bedingungsgefüge über die Entstehung und Entwicklung des Stotterns bei Kindern*

Auf den ersten Blick ist durch die graphische Darstellung in Abbildung 1 zu erkennen, daß die Entwicklung zum Stottern (26) als ein zeitlicher Ablaufprozeß verstanden wird (Zeitachse, Pfeilrichtung), in dem verschiedene individuell unterschiedlich ausgebildete Prozeßinstanzen (numerierte Kästen) auf sechs

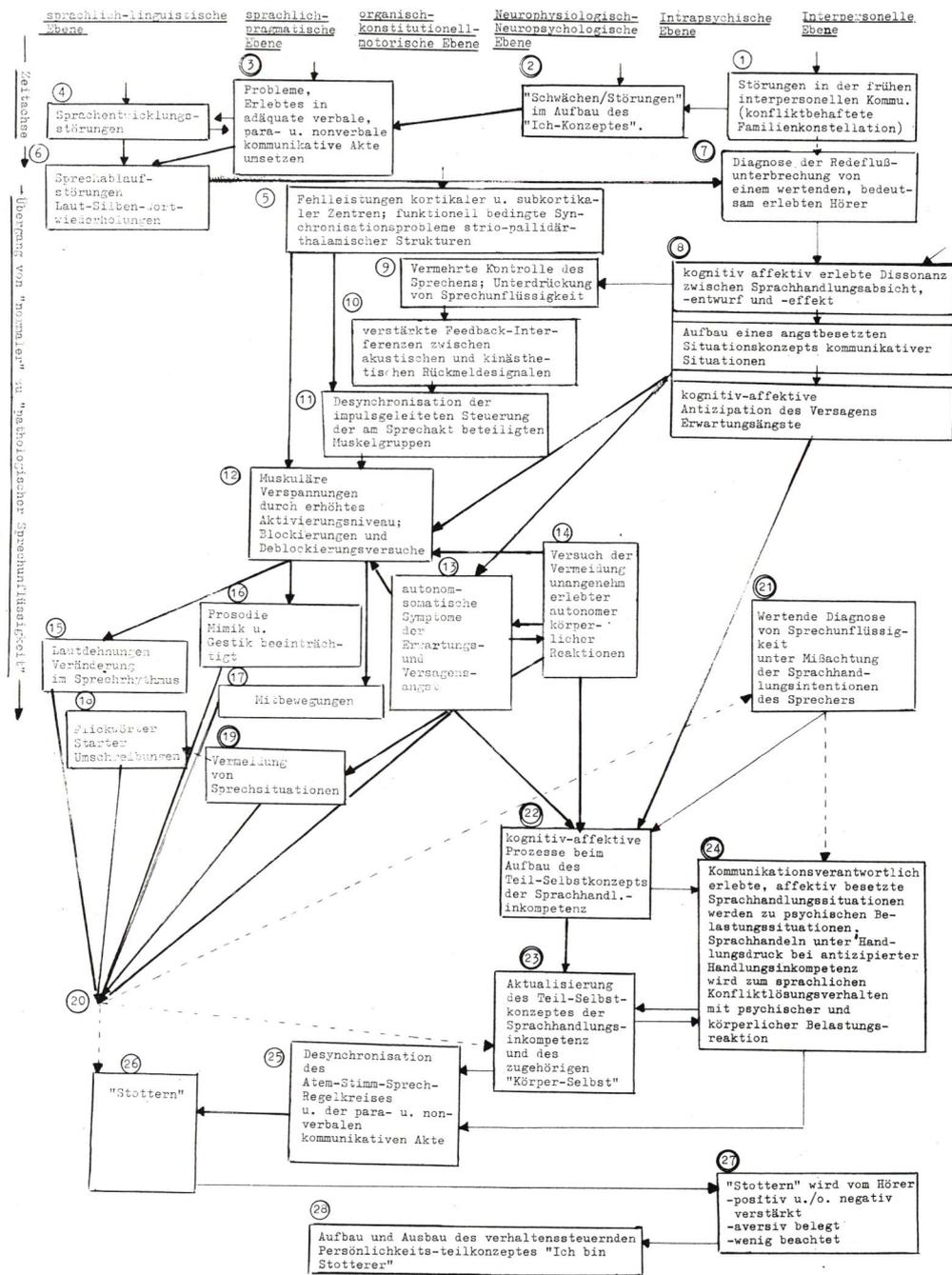


Abbildung 1: Mehrdimensionales hypothetisches Bedingungsgefüge zur Entstehung und Entwicklung von Stottern

Betrachtungsebenen (Versuch der graphischen Zuordnung in der Vertikalen) miteinander verknüpft werden (durchgezogene Pfeile zeigen unmittelbare gerichtete und Wechselbeziehungen).

Ausgangspunkt des Entwicklungsprozesses sind Redeflußunterbrechungen (6), die für Kinder im Alter zwischen dem dritten und achten Lebensjahr eher die Regel als die Ausnahme sind. Allerdings bedürfen diese entwicklungsbedingten Sprechablaufstörungen (6) einer differenzierteren Betrachtung: Die Schwierigkeiten, subjektiv Erlebtes in ziel- und situationsangemessene kommunikative Akte zu fassen, können auch durch Sprachentwicklungsverzögerungen im sprachlich-linguistischen (4) und im sprachlich-pragmatischen Bereich (3) hervorgerufen sein. Letzteres kann teilweise wiederum auf Beeinträchtigungen im Aufbau des »Ich-Konzeptes« (2) zurückgehen, die im Zusammenhang mit Störungen in der frühen interpersonalen Kommunikation (1) gesehen werden müssen. Konfliktbehaftete Familienkonstellationen (Richter 1963; Stierlin 1977) und ein familiäres Interaktionsklima, das Affektäußerungen zu unterdrücken versucht, können im frühen Kindesalter zu pragmatischer Unsicherheit und überstarker Affektkontrolle (Krause 1981) führen.

Auch neuropsychologische Teilleistungsschwächen (5) können sowohl sprachlich-linguistische (6) als auch pragmatische Elemente (hier vor allem die Intonationskontur und den Sprechrhythmus) betreffen (Graichen 1976, 1981), so daß bei manchen Kindern Sprechunflüssigkeiten (6) sowohl durch organische als auch durch psychische Faktoren mit bedingt sein können.

Es besteht zumindest bei den meisten psychologisch orientierten Ansätzen (vgl. z. B. Fernau-Horn 1969; Westrich 1971; Wendlandt 1972; Wyatt 1973; Fiedler/Standop 1978; Krause 1981) Konsens darüber, daß »Stottern« überzufällig häufig im dritten bis achten Lebensjahr »beginnt«, weil die Sprechunflüssigkeiten (6), die in diesem Alter zum ersten Mal massiv auftreten, von einem Hörer diagnostiziert werden (7).

Mit der Diagnose, die zumeist auf unangemessenem alters- und situationspezifischen Vergleichswissen beruht, ist eine negative Bewertung verknüpft, die das redeunflüssige Kind als unangenehm erlebt und im Sprachhandeln verunsichert, da es mit seinem Sprachhandlungsplan offenbar keinen Erfolg hat (8).

Die Diagnosetheorie (Johnson 1956) betrachtet also die Hörerreaktion auf Sprechunflüssigkeit als eine zentrale Instanz bei der Stottergenese. Damit tritt die Diagnose des Diagnostikers in den Vordergrund: Er kann u. a. ein erhöhtes Anspruchsniveau an kindliche Äußerungen anlegen, weil er — vor allem von Jungen — eine klare, sachliche, flüssige sprachliche Handlung mit möglichst geringer affektiver Begleiterscheinung fordert (»ich spreche erst wieder mit dir, wenn dein Ton ein anderer wird...«); weil er dem Kind aus intrafamiliären Konflikten heraus z. B. eine unzumutbare Rolle auferlegt (»wenigstens mein Sohn soll es mal schaffen, Anwalt zu werden«) oder weil aufgrund von äußerem Druck (»das Nachbarkind kann sich schon besser ausdrücken«) strengere Normen angelegt werden. Nicht auszuschließen ist, daß auch tieferliegende Konflikte in der Bezugsperson(en)-Kind-Beziehung im Diagnoseverhalten des Hörers zum Ausdruck kommt (Verbindung von Kasten 1 zu Kasten 7). Wie jeder »gewissenhafte« Diagnostiker versucht nun auch der Hörer über zusätzliche Belege, die er dann auch findet, seine Diagnose zu bestätigen.

Wenn nun ein Kind, das z. B. aufgrund familiärer Konflikte oder durch unterschiedlich verursachte sprachliche und nichtsprachliche Versagenserlebnisse bereits einer größeren psychischen Belastung ausgesetzt ist, die negativen Bewertungen wiederholt und nachdrücklich erfährt und gleichzeitig an den bewertenden Diagnostiker durch enge affektive Beziehung gebunden ist, so kommt es zum Aufbau eines angstbesetzten Situationskonzeptes in bestimmten kommunikativen Redekonstellationen (8).

Die Erwartungsangst bei kognitiv-affektiver Antizipation des Versagens in diesen Situationen (8) führt zu einer verstärkten Kontrolle

des Sprechens mit dem Bemühen, Sprechunflüssigkeiten zu unterdrücken (9).

Auf der neurophysiologischen Ebene drückt sich die »Überkontrolle« möglicherweise in einer Zunahme der Feedback-Interferenzen (10) und in einer neuromuskulären Koordinationsstörung aus (10, 11), im organisch-motorischen Bereich äußert sich die Überkontrolle in einem erhöhten Aktivitätsniveau der Muskeln, was zu Gesamtkörperverspannungen und Blockierungen durch Muskelkontraktionen führt (12).

Die Vermeidung der durch Versagensängste (8) ausgelösten autonom-somatischen Symptome (13, 14) sowie das Ankämpfen gegen Blockierung und Verspannung (»anticipatory-struggle-reaction«; *Bloodstein* 1972) zeigt sich in Lautdehnungen, in Veränderungen im Sprechrhythmus (15), in einer eingeschränkten Variabilität im non- und paraverbalen Ausdrucksverhalten (16), im Vermeiden bestimmter sprachlich-linguistischer Elemente (18) und bestimmter Sprechsituationen (19) sowie in Mitbewegungen (21), wobei letztere auch noch zusätzlich im Gefolge neuropsychologischer Störbedingungen (5) auftreten können.

Dieser Symptomkomplex (20) signalisiert dem Sprachdiagnostiker und Pädagogen, daß beim Kind eine pathologische Sprechunflüssigkeit vorliegt, die (sonder-)pädagogisches Handeln notwendig erscheinen läßt. Der Hörer-Diagnostiker wird nun verstärkt herausgefordert, normabweichendes Sprechen negativ zu bewerten (21). Das Kind erfährt für sein Sprachhandeln eine unangemessene bzw. destruktive Rückmeldung, denn sowohl der Inhalts- als auch der Beziehungsaspekt seiner Äußerungen wird mißachtet, indem die Form der Mitteilung und eine vom Hörer ausgehende neue Beziehungsdefinition (mir gefällt nicht, wie *du* sprichst) in den Vordergrund rückt.

Das Kind wird also nicht nur in seinem »Dialogpartner-Selbst« (»bei dem kann ich nicht richtig sprechen«), sondern in seinem »Kind-Selbst« (»ich erreiche nicht, was ich will«) beeinträchtigt.

Diese Versagenserlebnisse, die in den Kommunikationssituationen, in denen das Ich

herausgefordert ist, besonders zum Tragen kommen, werden vom Kind kognitiv-affektiv verarbeitet im Aufbau eines situationsbezogenen Teilselbst-Konzepts einer Sprechhandlungsinkompetenz (»ich bin in Dialogsituationen erfolglos und minderwertig«) (22). Aus der Selbstkonzeptforschung wissen wir, daß beim Aufbau und Ausbau solcher Konzepte kognitiv-affektive Prozesse u. a. folgender Art beteiligt sind (vgl. *Fillip* 1979):

- Die Eigenschaftsattribuierungen des Hörers (»du sprichst falsch«) werden vom Kind internalisiert und zu Selbstbewertungen (»ich mache es falsch«),
- aus dem Hörerverhalten (Neudefinition des Beziehungsaspekts) werden Zuschreibungen erschlossen und im Konzept verarbeitet (»der mag mich so nicht«),
- das Kind vergleicht sich mit anderen Sprechern und bestätigt sich seine Minderwertigkeit,
- das Kind erinnert sich an bisherige situative Versagenserlebnisse, die auch im Konzept integriert werden,
- das Kind beobachtet sich selbst und bestätigt sich seine Minderwertigkeit (zumindest bei Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle sonst automatisch ablaufende Prozesse gestört werden und das Erleben unangenehmer autonom-somatischer Symptome das Erregungsniveau zusätzlich erhöht).

Wird das Kind in kommunikationsverantwortlich erlebten, affektiv besetzten Situationen durch inneren oder äußeren Druck zum Sprachhandeln gezwungen, so wird die Sprachhandlungssituation zur psychischen Konflikt- und Belastungssituation: Das Kind soll sprechen, obwohl ihm das »Nicht-sprechen-Können« bewußt wird (24). Wenn also das Kind in einer Kommunikationssituation bestehen und sprachlich handeln will oder muß, es aufgrund der Situationsbewertung und selbstzentrierter Aufmerksamkeit aber seine Handlungsmöglichkeiten verbaler, para- und nonverbaler Art in ihrer Unzulänglichkeit erahnt, so werden Versagenserlebnisse antizipiert und gleich unmittelbar erfahren: Das Wahrnehmen der mit der Antizipation verknüpften autonom-somatischen Sym-

ptome und der Versuch ihrer Kontrolle (Aktualisierung und Vermeidung des »Stotterer-Körper-Selbst« (20, 23) führt bei Sprachhandlungsvollzug zu einer Desynchronisation (25); d. h., das Zusammenspiel von Atmung, Stimmgebung, Sprechen und pragmatischem Ausdrucksverhalten wird gestört und ergibt das Symptom »Stottern« (26).

Wie und in welcher Ausprägung sich das Persönlichkeitsteilkonzept »Ich bin ein Stotterer« entwickelt, hängt letztlich wieder von den Reaktionen des Hörers auf »Stottern« ab (27). Günstiger wirkt sich aus, wenn »Stottern« nicht beachtet wird; ungünstiger, wenn Stottern positiv oder negativ verstärkt oder aversiv belegt wird (vgl. *Wendlandt* 1980).

Der Pädagoge, der dieses mehrperspektivische Theoriekonzept als »Gewissensinstanz« für sein Theoriewissen akzeptiert, die Plausibilität der Aussagen erkennt und anerkennt und die Wesensverwandtschaft der Theoriesätze mit seinen Erfahrungen und Erlebnissen mit stotternden Kindern feststellt (ein gutes Anzeichen hierfür ist übrigens die Meinung: »Das ist alles nichts Neues!«), kann für sich pädagogisch-therapeutisches Wissen ableiten.

5. *Das theoriegeleitete pädagogisch-therapeutische Wissen über die Betreuung stotternder Kinder*

Eine grobe Hinsicht auf Abbildung 1 gibt erste Hinweise: Die intra- und interpersonellen Instanzen (doppelte Umrandung der Kastenummern), die entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten zu »pathologischem Stottern« machen, gehören zum unmittelbaren Beeinflussungsfeld des Pädagogen.

Indirekte pädagogische Relevanz haben jene organisch-konstitutionellen und neuropsychologischen Instanzen, die im Zusammenwirken mit intra- und interpersonellen Komponenten Stottern bewirken können. Den Pädagogen kommt hier die Aufgabe zu, die Entwicklung von alters- und/oder organisch bedingter Sprechunflüssigkeit zum Stottern zu verhindern.

Werden nur die nicht doppelt umrandeten Instanzen den Therapieversuchen zugrunde gelegt, so handelt es sich schwerpunktmäßig

um Symptomtherapie im sprachlichen, organisch-motorischen und im neuropsychologisch-neuropsychologischen Bereich (die medizinisch orientierte Kausaltherapie soll hier als irrelevant ausgeklammert werden). Die Symptomtherapie versucht, über apparative Sprechhilfen bzw. Sprechübungsverfahren unterschiedlicher Komplexität in den gestörten Sprechregelkreis von Respiration, Phonation und Artikulation einzugreifen und neue Sprechmuster — auch von der Prosodie her — aufzubauen (siehe hierzu den Überblick von *Braun* 1980).

Die Möglichkeit des Aufbaus neuer Sprechmuster ist allerdings eingeschränkt, da die Techniken zwar flüssiges, aber eher ichfernes, ausdrucksarmes Sprechen hervorbringen (also beileibe nicht symptomfrei sind!). Der erhoffte Transfer von der Übungssituation in die Alltagssituation scheidet zumeist, weil das Sprecher-Alltags-Ich eben nicht in die Therapie miteinbezogen wird. Auch die Vorstellung, der Erfolg des flüssigen Sprechens könnte personale Veränderungsprozesse auslösen, erscheint illusorisch, wenn das kognitiv-affektive Persönlichkeits-Teilkonzept der Inkompetenz, das an kommunikative Alltagssituationen geknüpft ist, in der Therapie nicht tangiert wird. Eine Symptomtherapie, die in die symptomatischen Ablaufprozesse eingreift, ist für den Sprachheilpädagogen wenig nützlich, wenn ein Kind mit seiner Redeunflüssigkeit (6) auf einen bewertenden Diagnostiker (7) trifft, wenn es Anzeichen für »Störungsbewußtsein« gibt (8, 9) und wenn pragmatische Inkompetenzen (3) die kommunikative Handlungsfähigkeit wesentlich einschränken. Da aber gerade der Sprachheilpädagoge mit solchen Kindern zu tun hat, kann er mit der Symptomtherapie wenig aus-, aber ziemlich viel anrichten: Er kann zu einer vermehrten Kontrolle automatisiert ablaufender Prozesse führen (9); ein latent vorhandenes Störungsbewußtsein kann sich ausbilden (8); Versagensängste — bezogen auf bestimmte Kommunikationssituationen — können zunehmen.

Da sich die Symptomtherapie auch bei »nichtpathologischem Stottern« ungünstig

auswirken kann, indem z. B. durch die der Übungsbehandlung zugrunde gelegte bewertende Diagnose Störungsbewußtsein evoziert wird und dadurch — was nicht unwesentlich ist — die Selbstheilungschance, die im Kindesalter immerhin bis zu 70 Prozent beträgt (Krause 1980), unterbunden wird, scheint die symptomatische Übungsbehandlung für den Sprachheilpädagogen kein gutes Rüstzeug zu sein. Wer sich in der schulischen Therapie aber nur auf diese Methode stützen kann und möchte, der sollte — und damit haben wir eine weitere Teilantwort auf unsere Eingangsfrage — Kinder mit pathologischem Stottern möglichst nicht schulisch betreuen. Da die Symptomtherapie weder die Persönlichkeit des Sprechers noch seine eingeschränkte Dialogfähigkeit, noch die negativen Organismuserfahrungen des Selbst im Auge hat, ist sie keine pädagogisch-therapeutische Maßnahme, sondern eine defektorientierte Übungsbehandlung, die nur im Ausnahmefall im pädagogischen Handlungsplan zu integrieren ist.

Wenden wir uns also dem pädagogisch-therapeutischen Handeln zu, das dem Ziel folgt, die Dialogfähigkeit eines Kindes wieder aufzubauen:

1. Die Planung des pädagogischen Handelns beruht auf dem Entwurf eines Fallkonzeptes, das sich der Pädagoge in einer diagnostischen Phase in der Interaktion mit Kind und Bezugsperson aufbaut und dessen wesentliche Bestimmungstücke sein müßten:
 - a) der Ausprägungsgrad der Redefluß- bzw. Sprachhandlungsstörung (situative Variabilität von verbalem und non-verbalem Ausdrucksverhalten),
 - b) der Ausprägungsgrad des Persönlichkeitsteilkonzeptes der Dialoginkompetenz (sprachliches und interaktionales Vermeidungsverhalten),
 - c) die »Weltsicht« des Kindes und die Welt des Kindes aus der Sicht des Pädagogen,
 - d) Einstellungen und Werthaltungen der Bezugspersonen (Anspruchsniveau, Lenkung, emotionale Zuwendung, Beziehungskonflikte),

- e) Auswirkung von Verhaltensweisen des Pädagogen in der diagnostischen Phase auf das kommunikative Verhalten des Kindes.

Ich hoffe, daß mit dieser Kurzcharakteristik diagnostischer Arbeit bei stotternden Kindern deutlich wird, daß reine Quantifizierungsversuche bei Stottern und stotternden Kindern überflüssig sind und den Blick auf das Kind als Interaktionspartner unnötig blockieren. Sieht der Lehrer für sich keine Möglichkeit, ein Fallkonzept mit diesen Bestandteilen in der Interaktion mit Kind und Bezugspersonen aufzubauen, so bleibt sein eingreifendes Handeln ungeplantes defektologisches Stückwerk, das eine Aufnahme eines stotternden Kindes in die Sonderschule nicht rechtfertigt. Unsere Frage erhält also eine weitere Teilantwort.

Mit dem in der diagnostischen Phase gebildeten Fallkonzept kann der Pädagoge einen Handlungsplan entwerfen, denn er kennt jetzt die Stärken und Schwächen des Kindes, der Bezugspersonen und seine eigenen; und er kann somit Förderungsschwerpunkte und Ansatzstellen festmachen.

2. Wie im Theoriekonzept dargelegt, ist eine zentrale Beeinflussungsinstanz der diagnostizierende Hörer (7, 21). Unabhängig vom individuellen Fall sollte der Sprachheilpädagoge den Erziehern Informationen über entwicklungsbedingte und »pathologische« Redeflußunterbrechungen übermitteln und günstige Verhaltensweisen vorschlagen; z. B.: unflüssiges Sprechen ignorieren, den Inhalts- und Beziehungsaspekt einer Äußerung erfassen, auf den Inhalt der Mitteilung eingehen, Affektäußerungen dulden, kommunikativ-emotionale Streßfaktoren ausschalten und flüssiges Sprechen diagnostizieren.

Die Bezugspersonen eines stotternden Kindes bedürfen einer unmittelbaren Hilfestellung. Im Beratungsgespräch sollten kommunikativ-emotionale Belastungsfaktoren, die in der Interaktion mit Hilfe der Bezugspersonen aufgedeckt und verstehbar wurden (und eventuell über Ton-

band- oder Videoaufnahmen vergegenwärtigt sind), als Problem angesprochen und im *gemeinsamen* Problemlöseprozeß abgebaut werden, indem alternative Verhaltensweisen entwickelt und — wo möglich — auch z. B. im Rollenspiel erprobt werden. Hilfreich kann hier auch sein, wenn sich mehrere Erzieher austauschen und wenn der Pädagoge ungünstige und günstige Kommunikationssituationen aus seinem schulischen Alltag vorstellt. Wenn sich der Pädagoge auf diese Weise mit einbringt und die Rolle als helfender und suchender Berater innehat, erhalten Schuldzuschreibungen sowie Fremd- und Selbstanklagen, die immer Ausdruck von Handlungsunsicherheit sind, keinen Raum, denn die Bezugspersonen des Kindes spüren, daß sie als Interaktionspartner ernst genommen werden. Gerade nicht das Gefühl, ein manipulierbares Objekt für Beeinflussungsversuche sein zu müssen — weil man aufgrund schuldhafter Verstrickung das Recht auf kommunikative Mündigkeit verloren zu haben glaubt (Elterntrainingsprogramme unter der Leitung eines vollkompetenten Trainers bedienen sich gerne dieser Strategie; vgl. *Innerhofer 1977; Schaar 1980*) —, schafft Handlungssicherheit, sondern im Gegenteil das Erleben, als gleichwertiger, echter Interaktionspartner akzeptiert zu sein.

Auf unsere Eingangsfrage erfolgt eine weitere Teilantwort, die sich besonders auf die Person des Lehrers bezieht: Ein Pädagoge sollte nur dann stotternde Kinder schulisch betreuen, wenn er die Bezugspersonen des Kindes beraten und im Beratungsprozeß kommunikative Verhaltensweisen realisieren kann, die seinem Gesprächspartner das Gefühl vermitteln, trotz seiner Probleme kompetenter Interaktionspartner zu sein.

Ein Beratungsgespräch, das sich auf beobachtbare und — durch die Mithilfe der Erzieher — verstehbare Interaktionsverläufe bezieht, gehört in den Kompetenzbereich des Pädagogen. Schwieriger wird es, wenn der Pädagoge spürt, daß in der

Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen tieferliegende Konflikte wirksam werden. Sollte die Konfliktlösung einseitig zuungunsten des Kindes gelöst werden (z. B. Hineindrängen des Kindes in eine überfordernde Rolle — vgl. *Richter 1970* — oder massive Störung der Individuation — vgl. *Stierlin 1977*), so könnte der beratende Pädagoge diese Konfliktlösung problematisieren. Ein Angehen des Konflikts liegt jedoch außerhalb seines Kompetenzbereiches; er wird hier u. a. die Zusammenarbeit mit einem »Familientherapeuten« anstreben.

3. Von zentraler Bedeutung sind weiterhin die pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen, die Hilfen zur Aneignung von Dialogkompetenz bieten. Weil das Kind das Konzept seiner Dialogunfähigkeit über kognitiv-affektive Prozesse (22), denen zum Teil eine eindruckliche Lerngeschichte zugrunde liegt, aufgebaut hat, muß das Kind über eine ebenso eindruckliche Lernphase das Konzept demontieren und ein alternatives Fähigkeitskonzept aufbauen. Da sich das Konzept der Inkompetenz auf kommunikative Situationen bezieht, können auch die neuen Lerneindrücke nur im interpersonellen kommunikativen Austausch gewonnen werden. Sonst ist die Situation gegeben wie in jenem »Idiotenwitz«, wo sich ein Mensch für eine Maus hält. Als »geheilt« entlassen verläßt er die Anstalt, kommt aber kurz darauf aufgeregt wieder zurück mit dem Hinweis, vor der Anstalt säße eine Katze. Er wisse zwar, daß er keine Maus sei, aber ob die Katze das auch wisse?

Eine Kommunikationstherapie ohne Einbezug des Interaktionspartners ist also wenig wert, denn die Reaktionen eines Hörers werden aufgrund der Lerngeschichte immer noch als destruktiv antizipiert. Deshalb ist die kognitiv-affektive Verarbeitung von angenehm und hilfreich erlebten Hörerreaktionen auf eigenes Sprachhandeln der Wirkkern kommunikativ-therapeutischer Maßnahmen.

In Antwort auf die Themenstellung möch-

te ich stichwortartig einige Ziele, Ansatzstellen und Methoden skizzieren, die vor allem im schulischen und teilweise ausschließlich im schulisch-unterrichtlichen Bereich (und damit in keiner logopädischen und psychologischen Einzeltherapie) vorgefunden werden:

- a) Das Kind muß so, wie es ist, von allen Personen in einem gegebenen sozialen Umfeld akzeptiert und angenommen werden.
- b) Das Kind muß von allen Personen einer Schule als mündiger Kommunikationspartner angesehen werden. Es hat das Recht, seine Bedürfnisse zu artikulieren und — wenn möglich — befriedigt zu sehen; es hat Anspruch auf einen kompetenten Hörer, der auf Stottern nicht akommunikativ reagiert; es hat Anspruch darauf, als Kommunikationspartner gefordert zu werden.
- c) Das Kind soll in der Schule ein positives Selbstwertgefühl entwickeln, in dem Interessen, Geschicklichkeit, Stärken gefördert und im Bereich von Schwächen individuelle Lernfortschritte durchsichtig gemacht werden.
- d) Alle schulischen Vorhaben und Projekte, die partnerbezogenes Sprachhandeln erfordern (Theater, Schulzeitung . . .), können effektiv sein.
- e) Das Kind sollte die Probleme mit dem eigenen Selbst und seiner Umwelt im persönlichen Gespräch mit den Pädagogen ansprechen dürfen. Bei jüngeren Kindern können sich Probleme und Konflikte auch in Spiel- und Rollenspielhandlungen (Handpuppen) aktualisieren. Ergeben solche Gespräche und Spielsituationen, daß das Kind durch bestimmte häusliche oder schulische Überforderung in Konflikt gerät, so versucht der Pädagoge im Beratungsgespräch mit Bezugspersonen zu vermitteln.
- f) Im interpersonellen Rollenspiel — wünschenswert mit mehreren Kindern — sollte zunächst auf Sprechakte zurückgegriffen werden, die vom Kind unbelastet vollzogen werden können

(z. B.: Information einholen, Forderung stellen, Bedürfnisse und Wünsche äußern, Gefühle zeigen . . .).

- g) Im Sprachhandlungs-Rollenspiel werden belastende Alltagssituationen durchgespielt und die Lösungsaktionen sukzessiv zunächst an schulische, dann an außerschulische Alltagsbedingungen herangetragen. Auch hier ist die Mitarbeit von Bezugspersonen des Kindes wieder von Bedeutung.
- h) Wird mit Planung und Vollzug von Sprachhandlungen ein verkrampftes Körper selbst mit abgerufen, so ist es hilfreich, dem Kind zunächst stotterinkompatible Verhaltensweisen erlebbar zu machen über Körperkontrolltechniken (auf den Stotteranfall bezogen siehe hierzu die Selbstwahrnehmungsmethoden nach *Van Riper* 1973; *Wendlandt* 1979), Entspannungsübungen, Rhythmik und Atemübungen. Wichtig ist, daß diese Verhaltensweisen im interaktionalen Austausch im Rahmen von Kleingruppen erfahren werden können; das Arrangieren von Sing- und Interaktionsspielen steht hier im Vordergrund.
- i) Stotterauslösende und stotterverstärkende Bedingungen (respondente und/oder operante Kontrolle des Stotterverhaltens; siehe *Wendlandt* 1979) sollten in und außerhalb der Schule vermieden werden können.

Dieser theoriegeleitete Plan zum Aufbau von Dialogkompetenz müßte den Pädagogen herausfordern können, stotternde Kinder zu betreuen, denn das gesamte pädagogische Handlungsfeld ist ein Interaktionsfeld, das kommunikative Kompetenzen vermitteln kann. Dieser pädagogisch-therapeutische Plan macht aber auch deutlich, womit wir wieder eine Teilantwort auf unsere Eingangsfrage hätten, daß mit keiner Maßnahme der Besuch einer Schule für Sprachbehinderte verknüpft sein müßte, sofern ein Pädagoge/Sonderpädagoge im Rahmen seines Handlungsfeldes den Plan realisieren

kann. Allerdings wird es in der gegebenen Praxis wohl so sein, daß in der Schule für Sprachbehinderte der Pädagoge eben doch am ehesten dem Therapieplan gerecht werden kann. Abschließend möchte ich deshalb die Möglichkeiten der Sprachheilschule kurz durchleuchten.

6. *Die Realisierung des pädagogisch-therapeutischen Handlungsplanes an einer Sprachheilschule*

- a) Der Lehrer muß die Rollen als Therapeut, Unterrichtender, Berater so vereinigen können, daß er in jeder Situation ein kompetenter, echter Kommunikationspartner sein kann.

Abgesehen von interaktionalen Inkompetenzen (auch eine Spezialausbildung kann davor nicht immer bewahren) kann der Pädagoge in Konfliktsituationen kommen, wenn er einem Kind, dessen Selbstwertgefühl er bessern will, die »Sonderschulbedürftigkeit« testiert oder eine schlechte Schulnote übermittelt. Diesen Konflikt kann der Lehrer nur lösen — und ich glaube, daß ihm diese Chance im heutigen Schulsystem nur noch in der Sonderschule gegeben ist —, wenn er es schafft, den kognitiv-emotionalen Stellenwert der Benotung und Bewertung beim Kind, bei den Bezugspersonen und bei sich selbst zu relativieren und — trotz Schwächen des Kindes — Erfolge für alle Beteiligten sichtbar zu machen.

- b) Die Sprachheilschule bietet vom institutionellen Rahmen her eine Fülle fruchtbarer unterrichtlicher und außerunterrichtlicher Interaktionssituationen. Der Ganztages-Schulbetrieb (in Baden-Württemberg) eröffnet eine Vielzahl von Arbeitsgemeinschaften, die den Schülerbedürfnissen gerecht werden können und dem

Lehrer die Möglichkeit bieten, im Austausch mit den Kindern auch persönliche Interessen und Erfahrungen mit einzubringen. Allerdings muß hier durch eine flexible Gestaltung der Ganztagesesschule gewährleistet sein, daß der Schüler den für ihn bedeutsamen kommunikativ-affektiven Alltagssituationen (z.B. Geburtstagsfeier, Vereinsausflug...) nicht entzogen wird.

Die zentrale Ausrichtung des Unterrichts an der Sprachheilschule auf die kommunikativ-pragmatische Komponente bedeutet, daß der Schüler gerade hier über den Lerngegenstand Ausdrucksverhalten einüben und Selbstgestaltungs- und Selbstbehauptungskräfte mobilisieren kann.

- c) Die Sprachheilschule muß sich trotz der Ausrichtung des Unterrichts am Grundschullehrplan zunehmend mit Schülern befassen, die massive Lernstörungen haben.

Ein stotterndes Kind, das keine kognitiven Defizite hat, kann nur dann in eine Sprachheilschule aufgenommen werden, wenn die institutionellen Bedingungen so flexibel variierbar sind, daß die individuelle Förderung gewährleistet ist — z.B. durch den Besuch von Fachunterricht an einer Grundschule.

Mit dieser letzten Teilantwort auf unsere Eingangsfrage wird die Problematik des Themas erneut sichtbar: Die differenzierte Analyse der Parameter, die die Beschulungsentscheidung bestimmen, kann pauschal zusammengefaßt nur zu einem »Jein« führen.

Im stillen hoffe ich aber, daß ich den Pädagogen an der Sprachheilschule Mut gemacht habe, zur Betreuung stotternder Kinder »ja« zu sagen, weil ich eigentlich niemand weiß, der besser helfen könnte.

Literatur

- Bindel, R.: Stottern des Erwachsenen — ein Prüfstein für die lerntheoretisch orientierte Therapie. Die Sprachheilarbeit 28 (1982), S. 89—98.
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.
Braun, O.: Die Behandlung des Stotterns. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Berlin 1980, S. 250—268.
Fernau-Horn, Helene: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1969.

- Fiedler, P. A., und Standop, Renate: Stottern. München 1978.
- Fillip, Sigrun-Heide (Hrsg.): Selbstkonzept — Forschung. Stuttgart 1979.
- Graichen, J.: Teilleistungsschwächen in der hierarchisch-sequentiellen Regulation von Sprachproduktion und Motorik. In: Nissen, G., und Specht, F. (Hrsg.): Psychische Gesundheit und Schule. Neuwied 1976, S. 125—132.
- Graichen, J.: Störungen der Integration. In: Remschmidt, H., und Schmidt, M. (Hrsg.): Neuropsychologie des Kindesalters. Stuttgart 1981, S. 280—291.
- Hampel, E.: Die Hemmungsbereitschaft in der Sprache des Stotterers. Berlin 1978.
- Innerhofer, P.: Das Münchner Trainingsmodell. Berlin 1977.
- Johnson, W., u. a.: The onset of stuttering. Minneapolis 1959.
- Krause, R.: Stottern. In: Schlottke, P. F., und Wetzell, H. (Hrsg.): Psychologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. München 1980, S. 291—315.
- Krause, R.: Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart 1981.
- Motsch, H. J.: Theorien des Stotterns am Ende? Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 282—288.
- Richter, H.-E.: Eltern, Kind und Neurose. Stuttgart 1963.
- Richter, H.-E.: Patient Familie. Hamburg 1970.
- Schaar, E.: Zur Frühbehandlung des Stotterns. Diss. Würzburg 1980.
- Schoor, U.: Sprachhandeln in psychischen Belastungssituationen. Hypothesen über den Bedingungs-hintergrund von Stottern. Die Sprachheilarbeit 24 (1979), S. 89—96.
- Schoor, U.: Störungen im Sprachhandeln. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Nonverbale und verbale Ausdrucks-gestaltung in der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Hörstörungen. Weinheim 1982, S. 81—93.
- Stierlin, H., u. a.: Das erste Familiengespräch. Stuttgart 1977.
- Van Riper, Ch.: The treatment of stuttering. Englewood Cliffs 1973.
- Wendlandt, W.: Resozialisierung erwachsener Stotternder. Berlin 1972.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapeutisches Sprechtrainingsprogramm. Berlin 1979.
- Wendlandt, W.: Verhaltenstherapie des Stotterns. Weinheim 1980.
- Westrich, E.: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg 1971.
- Wyatt, L. G.: Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung. Stuttgart 1973.

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dipl.-Psychologe Udo Schoor
 PH Reutlingen
 Postfach 680
 7410 Reutlingen

Dipl.-Psychologe Prof. Udo Schoor ist Dozent im Fach Sprachbehindertenpädagogik am Fachbereich Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Reutlingen. Arbeitsschwerpunkt: Diagnostische und pädagogisch-therapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Lern- und Kommunikationsstörungen.



Handbuch für Lehrer

165 Seiten didaktisches Material für

Grund-, Sonder-, Vorschulklassen, Kindergärten, Sprachheilunterricht, Förderunterricht, Ausländerkinder

GRATIS

Ausgabe 1985

SCHUBI
SCHULEN UND BILDEN

Gutschein für 1 Gratisexemplar «Handbuch für Lehrer»

Name, Beruf, Adresse

134/85-4

Ausschneiden, auf Postkarte kleben und sofort einsenden an:
Huesmann + Benz Verlag, Postfach 569, 7700 Singen



Dirk Randoll, Frankfurt/Main

Direkte Intervention bei 3—9jährigen stotternden Kindern

Eine Kurzdarstellung des Systematic Fluency Trainings for Young Children (SFTYC) nach R. E. Shine

Zusammenfassung

Vorgestellt wird ein an der East Carolina University entwickeltes und angewendetes Therapieprogramm zur direkten Intervention bei frühkindlichem Stottern. Neben der Darstellung diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen werden Ergebnisse einer Programm-Evaluation kurz diskutiert und Schlußfolgerungen für die therapeutische Praxis bei der Behandlung des beginnenden Stotterns gezogen.

1. Einleitung

Entgegen der traditionellen und vor allem durch die Theorie der Stotterentstehung von W. Johnson (1959) geprägten Meinung, Unflüssigkeiten, gleich welcher Art, bei Vorschulkindern unbeachtet zu lassen bzw. eine indirekte Form der Intervention anzustreben, baut das SFTYC darauf auf, möglichst frühzeitig nach Erkennen erster Sprechunflüssigkeiten direkte Sprechfördermaßnahmen mit dem stotternden Kind durch den Therapeuten, unter Zuhilfenahme der Eltern oder anderer Bezugspersonen, durchzuführen. (Zur theoretischen Grundlegung des Programms siehe R. E. Shine 1984, S. 173—178.) Die Therapie setzt direkt am Sprechakt des Kindes an. Es wird intendiert, mit dem stotternden Kind neue Sprechmuster anzubahnen, d. h. solche physiologischen, prosodischen und linguistischen (siehe unten) Sprechweisen zu erlernen und zu gebrauchen, die mit flüssigem Sprechen kompatibel und mit Stottern inkompatibel sind (vgl. Webster 1974). Es gilt *nicht*, Stottern zu kontrollieren, sondern vielmehr die neu zu erlernenden Sprechmuster zu habituierten und sie in das neurologische System des Kindes zu integrieren (neurological pre-programming). Fol-

gende Sprechvariablen finden hierbei Berücksichtigung:

- a) Physiologische Variablen
 - Respiration: Ruhige und regelmäßige Atmung
 - Phonation: Sanfter, weicher Stimmeinsatz und Stimmgebrauch (easy speaking voice), d. h. ruhige und kontinuierliche Atmung, weicher, sanfter Stimmeinsatz, stimmhafter Übergang zwischen Silben und Wörtern, weicher Fluß bei der Stimmgebung, Variation der Intensität und der Stimmhöhe unter Berücksichtigung individueller Stimmqualitäten.

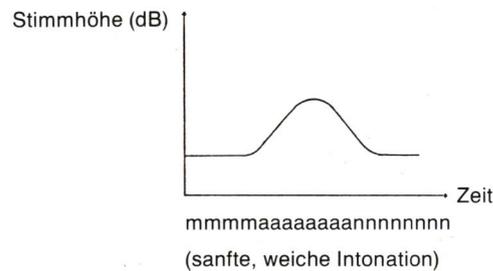


Abbildung 1: Beispiel des sanften, weichen Stimmeinsatzes und -gebrauchs des Wortes »Mann«

- Koartikulation und Resonanz: Übungen zur Anspannung und Entspannung von Lippen, Kiefer, Zunge; Übungen zum harten und weichen Stimmeinsatz; Übungen zur eigenen Stimmwahrnehmung.
- b) Prosodische Variablen
 - Betonung von Silben beim Gebrauch schwacher (weak) versus kräftiger (strong) Ausdrucksformen von Artikeln,

Präpositionen, Konjunktionen, Pronomen, Hilfsverben und Verben (Beispiel: »Ich sehe / ein Haus«). Bedingt durch die Pause zwischen »sehe« und »ein« ist die Wahrscheinlichkeit des Stotterns höher, als wenn man den Übergang durch Auslassen des letzten Lautes bei »sehe« vereinfacht und die beiden Wörter folgendermaßen miteinander verbindet: »Ich sehein Haus.«

- Modifikation der Intensität und Höhe der Stimme während des weichen, sanften Stimmeinsatzes und -gebrauchs.
- Verlangsamte Sprechrate durch Dehnung stimmhafter Silben unter Beibehaltung des Sprechrhythmus.

c) Linguistische Variablen

Kontrolle der Länge und der Komplexität jeglicher Sprachäußerungen des Kindes durch den Therapeuten bzw. durch die Eltern in den Übungssituationen.

Motorische Planung bzw. Vorprogrammierung: Während der Übungssituationen wird das Kind angehalten, sofort nach einem vorgegebenen Stimulus zu antworten, was ein schnelles Planen eigener sprachlicher Äußerungen voraussetzt. Die gegebenen Stimuli reichen von einfachen, sich immer wiederholenden Sprechaufgaben, auf die das Kind im Verlauf der Therapie mit vorprogrammierten bzw. fixierten Äußerungen antworten muß (z. B. Benennen von Bildkarten mit einem Wort), bis hin zu sehr komplexen Sprechaufgaben, die eine umfassendere linguistische und motorische Vorstrukturierung erfordern (z. B. ausführliche, spontane Äußerungen zu einem neuen Sachverhalt). Grundlegend für diese Vorgehensweise ist das Stimulus-Response-Stimulus-Paradigma. Hier interessieren insbesondere die antezedenten, fließendes Sprechen induzierenden Stimuli. Im Verlauf der Therapie gilt es, zunächst diejenigen antezedenten Stimuli zu identifizieren, die flüssiges Sprechen hervorrufen, um dann Verstärker in Form von verbalem Feedback und einem Verstärkerprogramm (Token Economy System) einzusetzen, die dann dazu verwendet werden, das Kind über die Richtigkeit oder Falschheit seiner sprachlichen

Äußerungen zu informieren (kognitives Lernen) und es zu motivieren (siehe Programmabschnitte 1 bis 5).

2. Das Therapieprogramm im einzelnen

Das SFTYC umfaßt eine ausführliche diagnostische Erhebungs- und eine durchstrukturierte Therapiephase.

2.1. Die Diagnosephase

In der diagnostischen Phase (*Assessment*) geht es vor allem um folgende Gesichtspunkte:

- a) Differenzierung zwischen fließendem Sprechen bzw. Unflüssigkeitsmerkmalen, die als nicht-stotternd (Pausen, Einschübe, Überarbeitungen, unvollständige Sätze; Ausnahmen: wenn diese als Starter eingesetzt werden oder in Verbindung mit Muskelanspannungen auftreten) gewertet werden (vgl. *Van Riper 1982; Ryan 1974; Wingate 1976*), und Stottermerkmalen (Ganzwortwiederholungen, Teilwortwiederholungen, Prolongationen, Blockierungen [vgl. *Ryan 1974; Wingate 1976*]).
- b) Bestimmung der Merkmale des Stotterns und seines Schweregrades, Bestimmung der Stotterrate (gestotterte Wörter/Silben pro Minute; Prozent gestotterter Wörter).
- c) Entscheidung über die Notwendigkeit einer Therapie auf der Basis der diagnostischen Ergebnisse.

Folgende diagnostischen Instrumentarien und Materialien finden in dieser Phase Verwendung:

- Instrumentarium zur Bestimmung der Stotterrate (*Rate of Stuttering Instrument [RSI]*, *Shine 1980*; vgl. auch *Ryan 1974*): Hierbei werden in acht verschiedenen Sprechaufgabenbereichen unterschiedlicher Komplexität und unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades die Anzahl gestotterter Wörter sowie die Sprechzeit des Kindes erhoben und die Anzahl gestotterter Wörter pro Minute errechnet.
- Instrumentarium zur Bestimmung des Schweregrades des Stotterns (*Stuttering Severity Instrument [SSI]*, *Riley 1980*): Auf

- der Basis der ermittelten Häufigkeit von Stottermerkmalen, der Dauer des längsten Blockes, der beobachteten physiologischen Begleiterscheinungen wird das Stotterverhalten folgenden Schweregraden zugeordnet: fließendes Sprechen; mildes Stottern; mittelmäßiges Stottern; schweres Stottern und sehr schweres Stottern (vgl. die Instruktionen bei Riley 1980, S. 5).
- Umfassende Stotteranalyse (*Comprehensive Stuttering Analysis*, Shine 1980): Erstellung eines etwa 100 Wörter umfassenden Feintranskriptes aus einer Sprechprobe des Kindes, bei der folgende Variablen ermittelt werden: Sprechzeit, Wortanzahl, gesprochene Wörter pro Minute, Gesamtanzahl gestotterter Wörter, gestotterte Wörter pro Minute, Prozentanzahl gestotterter Wörter, Gesamtzahl der Silben, Silben pro Minute, Gesamtzahl gestotterter Silben, gestotterte Silben pro Minute, Prozent gestotterter Silben, Anzahl der Ganzwortwiederholungen, Teilwortwiederholungen, Prolongationen und Blocks.
 - Analyse des physiologischen Sprechprozesses (*Physiological Speaking Processes*, Shine 1980): Beobachtung, Registrierung und Deskription der Respiration, Phonation und Artikulation sowohl in fließenden als auch in gestotterten Sprechseinheiten.
 - Deskription von Blocks und damit einhergehenden Verhaltensweisen.
 - Analyse der Eltern-Kind-Interaktion zur Bestimmung des Schweregrades des kindlichen Stotterns in der Kommunikation mit den Eltern.
 - Standardisiertes Elterninterview zu folgenden Fragestellungen: Eltern beschreiben Sprechproblem; Beginn erster Unflüssigkeiten; Reaktionen der Eltern; Effekte dieser Reaktionen auf das Stotterverhalten des Kindes; Stottergeschichte in der Familie; Einschätzung des Schweregrades des kindlichen Stotterns durch Eltern während der diagnostischen Phase im Vergleich zu ihren bisherigen Beobachtungen zu Hause.
 - *Arizona Articulation Proficiency Scale* (Fudala 1974): Bestimmung der Artikulationsfähigkeiten des Kindes.
 - *Test of Auditory Comprehension of Language* (Carrow 1973): Bestimmung des Sprachentwicklungsstandes des Kindes.
 - Audiometrische Untersuchungen.
 - *Motor Speech Protocol* (Logue 1976, 1976a): Bei vermuteten motorischen Sprachdefiziten eingesetzt.
- Die Entscheidung, ob ein Kind eine Therapie erhalten soll oder nicht, erfolgt zunächst auf der Grundlage der ermittelten Stotterrate (SW/M; % SW)¹. Für SW/M und % SW werden drei Bereiche unterschieden:
1. normal fließendes Sprechen: $0 \leq 3$ SW/M; % SW. Ausnahmen: Wenn Prolongationen oder Blocks auftreten.
 2. Risikobereich: $> 3 \leq 10$ SW/M; % SW. Ausnahmen: Die Anzahl der Prolongationen überschreitet die Anzahl der Ganzwortwiederholungen und Teilwortwiederholungen; die Länge einer Prolongation ist größer als zwei Sekunden; wenn Blocks in Erscheinung treten.
 3. Stottern: > 10 SW/M; % SW. Ausnahmen: Wenn ein Kind ausschließlich Teilwortwiederholungen oder Ganzwortwiederholungen zeigt, wird es in die zweite Gruppe eingeordnet.
- Kinder, deren Sprechunflüssigkeiten in den ersten Bereich fallen, werden grundsätzlich nicht therapiert. Es erfolgt hier eine Re-Evaluation nach zwei Monaten. Bei Kindern, deren Unflüssigkeiten in den zweiten Bereich eingeordnet werden, werden weitere Daten hinzugezogen (z. B. die Gefühle [Besorgtheit] der Eltern und des Kindes bezüglich des Stotterns; die Auswirkungen des Stotterns auf die Familie; die Eltern-Kind-Beziehung, wenn ermittelbar). Bei Kindern, deren Unflüssigkeiten in den dritten Bereich fallen, wird grundsätzlich eine direkte Therapie angeboten.

¹ SW/M = gestotterte Wörter pro Minute
% SW = Prozent gestotterter Wörter.

2.2. Die Therapiephase

Ziel der Therapie ist es, daß das Kind in verschiedenen Sprechsituationen bzw. in verschiedenen Sprechaufgabenbereichen unterschiedlicher Komplexität und unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades fließend, d. h. mit 0,0 bzw. mit $\leq 0,5$ gestotterter Wörter pro Minute, spricht. Um dieses Ziel zu erreichen, durchläuft das Kind eine Serie vorstrukturierter Programmschritte, die sukzessive zur normal-fließenden Sprache führen. Das Therapieprogramm ist in fünf Abschnitte unterteilt (siehe Abbildung 2) und umfaßt insgesamt 68 Therapieschritte in acht verschiedenen Sprechaufgabenbereichen.

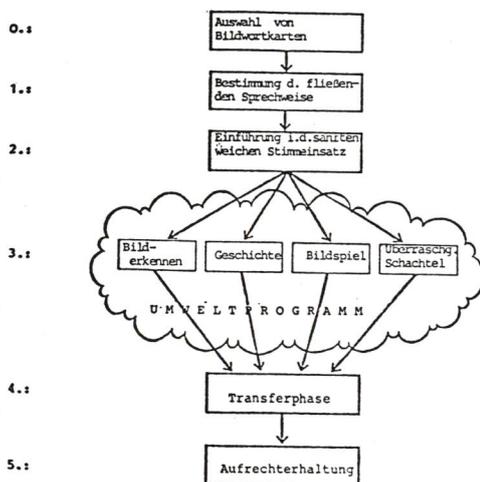


Abbildung 2: Schematischer Überblick über die Programmschritte

Zu jedem Therapieschritt ist angegeben, wann das Kind ein vorgegebenes Ziel erreicht hat (z. B. $\leq 0,5$ gestotterter Wörter pro Minute; 20 Bildwortkarten hintereinander mit richtigem, sanftem, weichem Stimmeinsatz und -gebrauch benennen) und wie häufig der Therapeut verbale Verstärker bzw. Tokens geben sollte (z. B. 100 Prozent verbales Feedback; 50 Prozent Token Reinforcement). Während der gesamten Therapie registriert der Therapeut die Anzahl der fließend gesprochenen und gestotterten Äußerungen sowie die Anzahl falscher Äußerungen (z. B. zu harter Stimmeinsatz) und die Sprechzeit des Kindes auf einem Formblatt. Die gewon-

nenen Daten werden dann auf ein Therapieprotokollblatt übertragen, um den Verlauf der Therapie im Überblick darzustellen.

Die Therapieschritte im einzelnen:

0. Auswahl von Bildkarten: Das SFTYC enthält Bildkarten zu 69 einsilbigen und 41 mehrsilbigen Wörtern, die unter bestimmten phonetischen Gesichtspunkten zusammengestellt wurden. Vor Beginn der Sprechübungen werden dem Kind diese Bildkarten vorgelegt. Es werden diejenigen aussortiert, die das Kind erkennen, benennen und richtig artikulieren kann.
1. Bestimmung der fließenden Sprechweise des Kindes: In diesem Programmschritt wird ermittelt, ob das Kind in verschiedenen Sprechaufgabenbereichen bei flüsternder oder verlängerter Sprechweise fließend spricht (Kriterium: Null gestotterte Wörter pro Minute). Bei fließendem, flüsterndem Sprechen wird unmittelbar auf den zweiten Programmschritt übergegangen. Zeigt das Kind während des flüsternden Sprechens ein Stottersymptom, wird die verlängerte Sprechweise eingeübt.
2. Sanfter und weicher Stimmeinsatz: Einübung in den sanften und weichen Stimmeinsatz und Stimmgebrauch bei unterschiedlichen Sprechanforderungen (z. B. Benennen der aussortierten einsilbigen, dann mehrsilbigen Bildkarten mit einem Wort bzw. mit einem kurzen Satz).
3. Übung des sanften und weichen Stimmeinsatzes und Stimmgebrauchs in verschiedenen Sprechsituationen: Die folgenden Sprechsituationen werden jeweils zu einem Viertel abwechselnd in jeder Therapiesitzung eingesetzt:
 - Erkennen und Benennen verschiedener Bildkarten,
 - Lesen bzw. Ergänzen einer vorgegebenen Geschichte,
 - Bildwettbewerbsspiel (Bingo),
 - Überraschungsschachtel mit unterschiedlichen Spielmaterialien.
4. Transferphase: Das Transferprogramm wird für diejenigen Kinder angeboten, die

die Kriterien der Sprechaufgaben in den Therapiesitzungen erreicht haben. Hierbei wird der sanfte und weiche Stimmeinsatz in eine »neue Sprechweise« (mit erhöhter Sprechrate und normalem Gebrauch prosodischer Merkmale) übergeführt. Das Kind verwendet die neue Sprechweise in verschiedenen Umgebungen mit unterschiedlichen Gesprächspartnern bei $\leq 0,5$ SW/M.

5. Aufrechterhaltung: Um sicher zu gehen, daß das Kind die neu erlernten Sprechmuster in seiner unmittelbaren Umgebung einsetzt, wird in Intervallen eine Re-Evaluation der kindlichen Sprechweise vorgenommen (im ersten Monat einmal pro Woche; im zweiten Monat alle zwei Wochen; für zwei Monate jeden Monat; am Ende jeden Jahres). Hierzu werden dieselben Instrumentarien und Materialien verwendet, die auch in der vordiagnostischen Phase eingesetzt wurden.

Das Umweltprogramm: Die Eltern werden aktiv an dem Therapiesgeschehen beteiligt und zunächst vor der direkten Therapierung des Kindes in einer zweistündigen Sitzung in die Identifizierung und Registrierung von Stottererereignissen eingeführt. Sie haben während der ersten Wochen der Therapie die Aufgabe, dreimal täglich in jeweils fünf bis zehn Minuten die Anzahl der Stottererereignisse ihres Kindes zu Hause in ein vorgegebenes Formblatt einzutragen. Im Verlauf der weiteren Therapie nehmen die Eltern erstmals an der Sitzung teil, an der das Kind mit der neuen Sprechweise (sanfter und weicher Stimmeinsatz und -gebrauch) fließend gesprochen hat. Die Eltern werden von ihrem Kind und dem Therapeuten in diese neue Sprechtechnik eingeführt, übernehmen dann die Rolle des Therapeuten und führen täglich fünf bis zehn Minuten zu Hause in Anlehnung an die Therapieinhalte spezifische Sprechübungen mit dem Kind durch. Das Verstärkungsprogramm wird auch hierbei von den Eltern angewendet. Die von den Eltern zu Hause erhobenen Daten werden in jeder vierten Therapiesitzung mit dem Therapeuten besprochen und diskutiert. Die direkte Therapie findet zweimal wöchentlich in der

Sprachklinik statt und ist auf 40 bis 50 Minuten Dauer je Sitzung geplant.

3. Ergebnisse der Programm-Evaluation

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse sind einer unveröffentlichten Studie von *Mason und Shine* (1981) entnommen und basieren auf einer Stichprobe von $N=14$ stotternden Kindern im Alter von 2;9 bis 8;0 Jahren. Diese Studie wurde mit dem Ziel durchgeführt, die Wirkung der direkten Therapiemaßnahmen auf die Anbahnung und Aufrechterhaltung fließenden Sprechens bei Vorschul- und Schulkindern im Hinblick auf ihre Effektivität zu überprüfen. Verglichen wurden Vortherapiedaten mit Daten einer Follow-up-Untersuchung, die durchschnittlich 38 Monate nach der Therapiebeendigung erfolgte. 13 der 14 erfaßten Kinder konnten ihre fließende Sprechweise aufrechterhalten. Neun der 13 Kinder wurden in weniger als neun Monaten fließend, wobei hierbei das Kriterium < 3 gestotterte Wörter pro Minute ohne Verlängerungen und Blocks zugrunde gelegt wurde. Daten zu dem Fall, bei dem keine Aufrechterhaltung fließenden Sprechens beobachtet werden konnte, liegen nicht vor. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 10,4 Monate ($s = 7,9$; Spannweite = 1 bis 28 Monate), die Anzahl der Therapiesitzungen durchschnittlich 56,7 ($s = 38,2$; Spannweite = 16 bis 133 Sitzungen).

4. Schlußbemerkungen und Ausblick

Die Vorteile dieses Programms liegen darin, daß es (im Sinne einer sekundären Prävention) früh, d. h. möglichst bald nach Erkennen erster Unflüssigkeiten, ansetzt. Die systematische Modifikation kindlicher Sprechmuster erfolgt während der Sprachentwicklungsphase bzw. bevor diese habituiert und Teil der Persönlichkeit des Kindes geworden sind. Durch die Einbeziehung der Eltern in das Therapiesgeschehen ist es ferner gelungen, notwendige Voraussetzungen für die Generalisierung der in der Therapiesituation erlernten fließenden Sprechweise zu schaffen. Dem Problem der Resistenz gegenüber

neuen Sprechgewohnheiten und dem Problem mangelnder Generalisierbarkeit von Therapieerfolgen bei erwachsenen Stotternern wird somit erfolgreich begegnet.

Zu berücksichtigen ist jedoch, daß die Möglichkeit der direkten Intervention die bislang häufig praktizierte indirekte Intervention (z. B. Elternberatung) nicht notwendigerweise in Frage stellen muß. Das hier dargestellte Programm sollte vielmehr als eine Ergänzung und Erweiterung bei der Behandlung

frühkindlichen Stotterns verstanden werden, das seinen Einsatz in Abhängigkeit diagnostischer Befunde und in Abhängigkeit verfügbarer Ressourcen und Präferenzen bei Eltern und (besonders) beim Kind finden kann. Das Therapieprogramm ist derzeit nur in englischer Sprache verfügbar und nicht auf die deutsche Sprache übertragbar. Eine Adaptierung und Evaluation ist deshalb am Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF) in Vorbereitung.

Literatur

- Carrow, E.: Test of Auditory Comprehension of Language. Boston 1973.
Fudala, J.: Arizona Articulation Proficiency Scale (rev.). Los Angeles 1974.
Johnson, W., et. al.: The Onset of Stuttering: Research, Findings and Implications. Minneapolis 1959.
Logue, R.: Monitoring Articulatory Postures (MAP): A Speech Motor Training Program (Clinic Manual). Greenville, N. C., 1976 a.
Logue, R.: Assess Speech Motor Behavior: An Examination Protocol (Clinic Manual). Greenville, N. C., 1976 b.
Mason, D., und Shine, R. E.: A Follow-Up Study of Fluency Training with the Young Stutterer (Ages 2-9 to 8-0 years). Master's thesis. Greenville, N. C., 1981.
Riley, G.: Stuttering Severity Instrument: For Children and Adults. Tigard, Oregon, 1980.
Ryan, B.: Programmed Therapy for Stuttering in Children and Adults. Springfield Ill. 1974.
Shine, R. E.: Systematic Fluency Training for Young Children: A Fluency Training Kit. Tigard, Oregon, 1980.
Shine, R. E.: Assessment and Fluency Training with the Young Stutterer. In: Peins, M. (Hrsg.): Contemporary Approaches in Stuttering Therapy. Boston, Mass., 1984, S. 173-216.
Van Riper, Ch.: The Nature of Stuttering. Prentice Hall 1982.
Webster, R.: Behavioral Analysis of Stuttering: Treatment and Theory. In: Calhoun, K. S., Adams, H. E., und Mitchell, K. E. (Hrsg.): Innovative Treatment Methods in Psychopathology, N. Y. 1974, S. 17-61.
Wingate, M.: Stuttering: Theory and Treatment. N. Y. 1976.

Anschrift des Verfassers:

Dirk Randoll
Dipl.-Sprachheilpädagoge
Deutsches Institut für
Internationale Pädagogische Forschung
Schloßstraße 29
6000 Frankfurt/Main 90

Dirk Randoll ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am DIPF und seit zwei Jahren in der Abteilung Psychologie mit Fragen der Diagnose, Prävention und Behandlung frühkindlichen Stotterns beschäftigt. Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluation eines Beratungsprogramms für Eltern stotternder Kinder (gemeinsam mit Dr. Peter Jehle).

staatlich geprüfte
Berufe mit
Zukunft



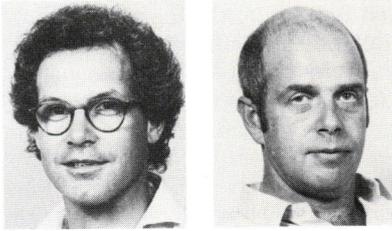
B.-Blindow-Schulen

Für unsere staatlich anerkannten Lehranstalten für Heilhilfsberufe suchen wir ab sofort oder später haupt- und nebenberufliche

Logopäden(innen)

als Dozenten. Die Bewerber sollten über Berufserfahrung verfügen.

Detmarstraße 6-8 · 4500 Osnabrück · Telefon (05 41) 2 73 21



Paul Schäfersküpfer und
Detlev von Cramon, München

Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens — Teil I: Artikulation*

Zusammenfassung

Mit dem Untersuchungsbogen wird ein Verfahren zur systematischen Beschreibung der Artikulationsfehler von Dysarthrikern vorgestellt. Die allgemeine Beurteilung der Spontansprache in bezug auf Verständlichkeit wird durch eine gezielte Überprüfung des artikulomotorischen Verhaltens beim Nachsprechen und Lesen ergänzt. Dabei stehen die Aspekte Präzision, Geschwindigkeit und Reproduzierbarkeit von Sprechbewegungen im Vordergrund des Interesses. Auf der Basis dieser Untersuchungsergebnisse läßt sich der Einfluß zentral bedingter Bewegungsstörungen auf den Artikulationsvorgang genauer beurteilen und die Therapie gezielter planen.

1. Einleitung

1.1. Im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen treten häufig Stimm- und Sprechstörungen auf. Zur Erfassung dieser Störungen gibt es im deutschen Sprachraum noch keine systematische Untersuchungsmethode.

Bei den im angelsächsischen Sprachbereich entwickelten Tests (*Darley et al.* 1975; *Enderby* 1981) und den uns bekannten Diagnosebögen, die an deutschen Kliniken für den internen Gebrauch entwickelt wurden, steht der Aspekt der nichtsprachlichen Beweglichkeitstestung im Vordergrund der Untersuchung.

Die gezielte Planung einer logopädischen Therapie erfordert, daß mit der Diagnosestellung auch die Auswirkungen erfaßt werden, die Bewegungseinschränkungen auf die Artikulation haben (*Rosenbek und La Pointe* 1978). Deshalb wurde ein phonetisch

orientierter Test entwickelt, mit dem die artikulatorischen phonatorischen, respiratorischen und prosodischen Auffälligkeiten bei zentralen Stimm- und Sprechstörungen systematisch geprüft werden können. Die Ergebnisse der Untersuchung durch Nachsprech- und Leseaufgaben werden mit der orientierenden Beurteilung der Spontansprache verglichen. Auf diese Weise kann die Qualität der auditiven Beurteilung erheblich verbessert werden.

Es ist empfehlenswert, den Test mit einem Tonband- oder Kassettengerät aufzuzeichnen und die Beurteilung anschließend vorzunehmen. Dabei spielt für eine gute Sprachaufnahme die Qualität des Tonbandgerätes eine geringere Rolle als die des Mikrophons. Um den Test in einer angemessenen Zeit durchführen zu können, wird bewußt eine Unvollständigkeit in manchen Bereichen in Kauf genommen. (So werden z. B. die Konsonanten im Anlaut und Auslaut nicht bewertet.) Der hier vorgestellte Test befindet sich in seiner jetzigen Form in der Erprobungsphase; die weitere Anwendung wird zeigen, in welchen Punkten er ergänzt oder verändert werden muß.

1.2. Vor der Untersuchung von Patienten mit vermutlich zentraler Stimm- und Sprechstörung sind folgende Fragen zu klären:

- Findet sich in der Anamnese ein Hinweis auf eine Stimm- und Sprechstörung vor Eintritt der neurologischen Erkrankung (z. B. Auffälligkeiten der Sprachentwicklung)?
- Besteht ein Hinweis auf eine periphere Schädigung des Kehlkopfes? Dazu gehören: Form- und Lageveränderungen, Ent-

* Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung erscheint voraussichtlich in Heft 4/85.

zündungen und Ödeme, Luxationen, Hämatome, Intubationsgranulome, Atrophien der Stimmbänder, periphere Lähmungen der Stimmbänder (d. h., es ist weder eine intendierte noch eine reflektorische Ab- oder Adduktion der Stimmbänder möglich).

- Liegen Anomalien im Bereich der Artikulationsorgane vor? Dazu gehören: extreme Zahnstellungsanomalien, Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten, Makroglossien.

Die notwendigen Ausschlußuntersuchungen sollten von einem Phoniater durchgeführt werden.

1.3. Beschreibung des Untersuchungsablaufes und Erläuterungen zu den Einzeltests

Die phonetische Untersuchung sollte im Rahmen eines Gesprächs mit dem Patienten beginnen, in dem u. a. sein Befinden, die familiäre und berufliche Situation zur Sprache kommen können. Das Interview sollte auch über folgende Punkte Aufschluß geben:

- Orte, an denen der Patient aufgewachsen ist,
- Erkrankungen der Atmungsorgane,
- gewohnheitsmäßiges Rauchen,
- Fragen zum Auftreten von Stimm- und Sprechstörungen in der Familie,
- Fragen zu Auffälligkeiten des Sprechens seit der Erkrankung (z. B.: Bemerkt der Patient, ob ihn das Sprechen anstrengt, ob er höher oder tiefer, schneller oder langsamer, lauter oder leiser spricht als früher?).

2. Beurteilung der Spontansprache

Durch ein Kreuz wird markiert, wenn ein Merkmal vorliegt bzw. wenn eine Beurteilung zutrifft.

2.1. Sprachproduktion

Die Sprachproduktion reicht für eine Beurteilung der Spontansprache nicht aus

Produktion syntaktisch unvollständiger Sätze

Produktion syntaktisch vollständiger Sätze

2.2. Verständlichkeit

Der Patient ist gut verständlich

mäßig verständlich

nicht verständlich

Die Verständlichkeit ist beeinträchtigt durch

Hypernasalität

Silbenauslassungen

Lautauslassungen

prosodische Fehler

Die Verständlichkeit variiert stark

2.3. Prosodie

Die Sprechweise ist monoton

verlangsamt

beschleunigt

2.4. Atmung

Atmungstyp: clavicular

thorakal

abdominal

kombiniert

2.5. Erläuterungen

Der Begriff Monotonie ist hier nicht im strengen Sinne als Einschränkung der Grundfrequenz zu verstehen, sondern bezeichnet den Eindruck, der sich aus der komplexen Wahrnehmung von Tonhöhe, Lautstärke und Dauer ergibt.

Die Themenkreise, die für die Erstuntersuchung der Spontansprache angegeben sind, sollen dem Untersucher unter anderem Hinweise für die Beurteilung des folgenden Tests geben und ihm helfen, z. B. dialektale Einflüsse einzuschätzen.

3. Nachsprechen

3.1. Artikulation

3.1.1. Einfache Konsonanten im Inlaut

3.1.1.1. Test

Waben — Mappen — Apfel — schlafen —

Möwe — Hammer — Wade — Latte — Katze —

Rassen — Rasen — Tanne — Ballen — naschen — Ware — Nagel — Laken — riechen — Boje — bängen — Sachen.

3.1.1.2. Beurteilung

- Ziellaut ist korrekt = 0
 - Ziellaut ist nicht korrekt, aber erkennbar = 1
 - Ziellaut ist nicht erkennbar, aber Ersatzlaut ist erkennbar (Ersatzlaut wird notiert) = 2
 - Ziellaut und Ersatzlaut sind nicht erkennbar = 3
 - Ziellaut wird ausgelassen = 4
- Durch ein zusätzliches + wird markiert, welche artikulatorische Störung vorherrschend ist.

		Artikulationszonen				
		1.	2.	3.		
Lenis		B	D		G	
Plosive	Fortis	P	T		K	
Affrikaten		PF	TS			
stimmlos		F	S	SCH	CH ₁	CH ₂
Frikative	stimmhaft	V	Z		J	
Nasale		M	N		NG	
Liquide			L	R	R	R

3.1.1.3. Auswertung des Konsonantenschemas

Artikulationsstelle	1.	2.	3.
Zurückverlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorverlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artikulationsmodus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypernasalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyponasalisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.1.4. Erläuterungen

Die Artikulation der Konsonanten wird in der Regel im Nachsprech- und Lesetest (siehe unten) geprüft. In besonderen Ausnahmefäl-

len, wenn ein Patient keine ganzen Wörter nachsprechen kann, muß die Bildung der Einzelkonsonanten getestet werden. Die Testwörter im Nachsprechtest wurden so zusammengestellt, daß sich der zu prüfende Laut in einem zweisilbigen Wort befindet, in dessen akzentuierter Silbe ein langes, geschlossenes /a/ ist. Diese Regel wurde eingeführt, weil das /a/ der Vokal ist, der bei einer Artikulationsstörung am leichtesten zu bilden ist.

Von den insgesamt sieben Beschreibungsmerkmalen für Konsonanten sind die drei Merkmale Artikulationsstelle, Artikulationsmodus und Velumverhalten in diesem Zusammenhang wichtig. Die *Artikulationsstelle* eines Lautes liegt in einem bestimmten Bereich, den man *Artikulationszone* nennt. In dem Beurteilungsschema sind die Artikulationszonen durch die Spalten repräsentiert. Für das Deutsche sind die erste, die zweite und die dritte Artikulationszone von Bedeutung. Im Bereich der vierten Artikulationszone hat die deutsche Sprache keine Laute, und die fünfte Artikulationszone ist der »Phonation« zugeordnet. Die erste Artikulationszone erstreckt sich von der Oberlippe bis zu den Schneidezähnen. Die zweite Artikulationszone reicht vom hinteren Rand der Schneidezähne bis zum Übergang des harten in den weichen Gaumen. Die dritte Artikulationszone bildet das sich daran anschließende Velum mit dem Zäpfchen.

Bei der Konsonantenartikulation wird mit dem *artikulierenden Organ* eine bestimmte Stelle in der Artikulationszone, die Artikulationsstelle, angesteuert. Dabei sind die Unterlippe der ersten, die Zungenspitze und das Zungenblatt der zweiten und der Zungenrücken der dritten Artikulationszone zugeordnet. Wegen dieser strengen Zuordnung ist es nicht notwendig, das Verhalten des artikulierenden Organs gesondert zu beschreiben. Bei der Beurteilung wird also festgestellt, ob mit dem artikulierenden Organ die richtige Artikulationsstelle angesteuert bzw. getroffen wird.

In den Zeilen des Auswertungsschemas sind die *Artikulationsmodi* zusammengefaßt. Als Lautwerte unterscheidet man hierbei Plosive, Affrikaten, Frikative, Nasale und Liqui-

de. Die Plosive treten als Lenis- und Fortisplosive auf. Sie sind auch unter dem Namen stimmhafte und stimmlose Plosive bekannt. Doch muß vom artikulatorischen Standpunkt aus für die korrekte Bildung eines stimmhaften Plosivs nicht unbedingt auch ein Stimmton produziert werden. Deshalb wurde hier die Gegenüberstellung »lenis« (schwach) und »fortis« (stark) gewählt. Affrikaten stellen immer eine Verbindung von einem Plosiv und einem Frikativ dar. Die beiden Laute müssen darüber hinaus auch derselben Artikulationszone angehören. Für das Deutsche gibt es zwei Affrikaten, die in diesem Test untersucht werden. Bei den Frikativen unterscheidet man stimmlose von stimmhaften Frikativen. Aus systematischen Gründen wurde in dem Test das Velumverhalten den Artikulationsmodi zugeordnet. Nasale und Liquide treten im Deutschen nur als stimmhafte Laute auf.

Da es in der Phonologie des Deutschen drei richtige Bildungen des /r/-Lautes gibt, sind alle drei in das Beurteilungsschema eingetragen. Das /r/ kann als uvularer, stimmhafter Frikativ oder als Liquid der zweiten bzw. dritten Artikulationszone gebildet werden (zur artikulatorischen Phonetik siehe auch *Wängler* 1972).

Nach der Beurteilung der Konsonantenartikulation soll sich der Untersucher ein Urteil darüber bilden, ob er eine vorwiegende Störung bezüglich Artikulationszone oder Artikulationsmodus einschätzen kann. Falls sich hierbei klare Tendenzen abzeichnen, sind diese in das Auswertungsschema einzutragen.

3.1.2. Konsonantenverbindungen

3.1.2.1. Test

Halde — Bande — rasten — falsche — Balken — balgen — Kelche — Ranke — klagen — Wagner — Lichter — dachte — Akte — wachsen — Elster — Fenster — künftigt — längste.

3.1.2.2. Beurteilung

(Die verwendeten Symbole sind unter 3.1.1.2 angegeben)

Halde	L	D
Bande	N	D
rasten	S	T
falsche	L	SCH
Balken	L	K
Balgen	L	G
Kelche	L	CH

Ranke	NG	K
klagen	K	L
Wagner	G	N
Lichter	CH	T
dachte	CH	T
Akte	K	T
wachsen	K	S

Elster	L	S	T
Fenster	N	S	T
künftigt	N	F	T
längste	NG	S	T

3.1.2.3. Erläuterungen

Es ist unmöglich, alle im Deutschen zugelassenen Konsonantenverbindungen in einem Test zu erfassen. Um artikulatorische Störungen zu bestimmen, ist es auch nicht sinnvoll, die Häufigkeit als Auswahlkriterium heranzuziehen. Ausgehend von der Annahme, daß das wichtigste Artikulationsorgan die Zunge ist, werden nur Lautverbindungen zwischen der zweiten und der dritten Artikulationszone überprüft. Dabei wurden drei Typen von Konsonantenverbindungen herangezogen:

- Innerhalb derselben Artikulationszone ändert sich der Artikulationsmodus;
- in der Konsonantenverbindung ändern sich sowohl Artikulationsstelle als auch Artikulationsmodus;
- die Verbindung besteht aus drei Konsonanten.

Auf die Überprüfung von Lautverbindungen mit /r/ wurde verzichtet, weil in der deutschen Phonologie für das /r/ weder die Artikulationsstelle noch der Artikulationsmodus festgelegt sind. Außerdem wird das /r/ in bestimmten Lautumgebungen vokalisiert; d. h. als ein mitteltiefer »schwa-ähnlicher« Zentralvokal ausgesprochen.

3.1.3. Vokale im Inlaut und isolierte Vokale

3.1.3.1. Test

bieten — beten — baden — Boden — Buden — büßen — Bögen

i — e — a — o — u

3.1.3.2. Beurteilung

Der getestete Laut wird mit dem zugehörigen Buchstaben entsprechend seiner Verlagerung nach oben oder unten bzw. vorne oder hinten in das Schema eingetragen. Bei fehlerhafter Rundung bzw. Entrundung wird der entsprechende Großbuchstabe gewählt. Nasalisierung wird mit einer Tilde (~) über dem Buchstaben gekennzeichnet.

im Wort

i, ü				u
e, ö		ə		o
		a		

isoliert

i, ü				u
e, ö		ə		o
		a		

3.1.3.3. Erläuterungen

Bei den Vokalen unterscheidet man Vorderzungen-, Zentral- und Hinterzungenvokale. Exemplarisch werden die ungerundeten Vorderzungenvokale /i/ und /e/, die gerundeten Vorderzungenvokale /ü/ und /ö/, der ungerundete Zentralvokal /a/ und die gerundeten Hinterzungenvokale /u/ und /o/ abgetestet. In dem Schema werden mit den Zeilen der Kieferöffnungswinkel bzw. die Zungenhöhe bei der Bildung des entsprechenden Vokals und mit den Spalten die Stellen der Engebildung (vorderer, zentraler und hinterer Zungenanteil) symbolisiert. Wenn ein /i/ z. B. eher wie ein /e/ klingt, bedeutet das, daß der Kiefer weiter geöffnet und die Zunge nicht so hoch ist wie bei einem regulären /i/. Dementsprechend würde man den Buchstaben /i/ in das

untere Kästchen, also in Richtung auf das /e/ hin eintragen.

Bei einer schweren Artikulationsstörung ist häufig eine Zentralisierungstendenz zu beobachten; alle abgetesteten Vokale würden sich um das in der Mitte eingetragene Zeichen für den Schwa-Laut befinden.

4. Diadochokinese

4.1. Test

Der Patient soll die folgenden Silben so schnell wie möglich und so lange wie möglich auf einem Atemzug wiederholen.

papapapapa
tatatatata
kakakakaka
hahahahaha
patakapataka
tanatanatana

4.2. Beurteilung

Die Anzahl der Silbenwiederholungen pro Sekunde wird angegeben. Zusätzlich wird noch die Qualität der Artikulation bewertet:

- A = Artikulationsschärfe nimmt ab
- D = Denasalisierung
- F = Fehler in der Silbenfolge
- L = Langsamerwerden
- N = Nasalisierung
- R = Rhythmus gestört
- S = Schnellerwerden
- U = Unterbrechung

	Anzahl pro Sek.	Qualität
pa		
ta		
ka		
ha		
pataka		
tana		

4.3. Erläuterungen

In den bisher geschilderten Tests wurde die Artikulation nach den Kriterien Artikulationsstelle und -modus beurteilt. Mit den diadochokinetischen Aufgaben hingegen wird geprüft, mit welcher Geschwindigkeit und Präzision die artikulierenden Organe Bewegungen ausführen können.

Die Diadochokinese wird bezüglich Silbenrate und Qualität der Artikulation beurteilt.

Dabei kann man davon ausgehen, daß bei einem Erwachsenen eine Wiederholungsfrequenz von weniger als sechs Silben/Sekunde als verlangsamt gelten kann (Hudgins und Stetson 1937).

Die Symbole, die bei der Beurteilung der Qualität der Artikulation verwendet werden, sind folgendermaßen zu interpretieren: Ein unregelmäßiger Rhythmus »R« liegt dann vor, wenn die einzelnen Realisierungen unterschiedlich lang sind, ohne daß eine kontinuierliche Tempoveränderung beobachtet werden kann. Tempoveränderungen werden mit »L« bzw. »S« charakterisiert. Wenn eine kontinuierliche Abnahme der Artikulationsschärfe zu beobachten ist, d. h., wenn der Fortisplosiv immer schwächer wird und in ein /d/ oder /l/ übergeht, dann wird ein »A« eingetragen. Wenn die überprüften Konsonanten in einen Nasal übergehen, wird ein »N« notiert.

Wenn — speziell bei der Diadochokinese mit /tana/ — das Velum allmählich den Nasenraum abschließt und das /n/ in ein /t/ oder /d/ übergeht, wird ein »D« eingetragen.

Längere Unterbrechungen der Silbenwiederholungen werden mit einem »U« markiert.

Ein Fehler in der Silbenfolge wird nur für das /pataka/ beurteilt und mit »F« bezeichnet. Um den Fehler besser spezifizieren zu können, ist es ratsam, sich auch die falsche Silbenfolge zu notieren.

5. Lesen

5.1. Lesetext

Der Patient soll diesen Text laut vorlesen:

Der Nordwind und die Sonne

Einst stritten sich Nordwind und Sonne, wer von ihnen beiden wohl der Stärkere wäre, als ein Wanderer, der in einen warmen Mantel gehüllt war, des Weges kam. Sie wurden einig, daß derjenige für den Stärkeren gelten sollte, der den Wanderer zwingen würde, seinen Mantel abzunehmen. Der Nordwind blies mit aller Macht, aber je mehr er blies, desto fester hüllte sich der Wanderer in seinen Mantel ein. Endlich gab der Nordwind den Kampf auf. Nun erwärmte die Sonne die Luft mit ihren freundlichen Strahlen, und schon nach wenigen Augenblicken zog der Wanderer seinen Mantel aus. Da mußte der Nordwind zugeben, daß die Sonne von ihnen beiden der Stärkere war.

5.2. Beurteilung der Artikulation

Die Beurteilung der Artikulation bezieht sich auf folgende Laute im Text:

Zeile 3 sch in /Stärkere/

Zeile 4 g in /Weges/

Zeile 5/6 ng in /zwingen/

Zeile 7 b in /aber/; j in /je/; m in /mehr/;
f in /fester/;

Zeile 8 w in /Wanderer/; p in /gab/

Zeile 9 pf in /Kampf/; l in /Luft/; t in /mit/;
r in /ihren/

Zeile 10 ch1 in /freundlichen/; ch2 in
/nach/; k in /Augenblicken/

Zeile 11 d in /mußte der/; ts in /zugeben/

Zeile 12 s in /daß/; z in /Sonne/; n in
/ihnen/

Zur Markierung und Auswertung der hier angegebenen Laute wird auf das in 3.1.1.2./3. vorgestellte Konsonantenschema zurückgegriffen.

Literatur

Darley, Fr. L., Aronson, A. E., und Brown, J. R.: Motor Speech Disorders. Philadelphia 1975.

Enderby, Pam.: Frenchay Dysarthria Assessment. Bristol 1981.

Hudgins, C. V., und Stetson, R. H.: Relative Speed of Articulatory Movements. Archives Netherlandeses de Phonetique Experimentale 1 (1937), S. 85—94 (zitiert nach Lehiste: Suprasegmentals. Cambridge/Mass. 1970).

Rosenbek, J. C., und La Pointe, L. L.: The Dysarthrias: Description, Diagnosis, and Treatment. In: Johns, D. F. (Hrsg.): Clinical Management of Neurogenic Communicative Disorders. Boston/Mass. 1978, S. 251—310.

Wängler, H. H.: Physiologische Phonetik. Eine Einführung. Hamburg 1972.

5.4. Erläuterungen

Die Leseaufgabe wurde in den Test aufgenommen, um auch Artikulationsfehler erfassen zu können, deren Auftreten bei manchen Patienten von der Länge und Komplexität der Äußerung abhängig ist. Für die Auswahl dieses Textes war seine hypotaktische Struktur entscheidend. Außerdem enthält er alle Konsonanten des Deutschen.

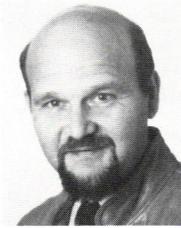
Anmerkung

Die Autoren möchten sich bei den übrigen Mitarbeitern der neurophonetischen Arbeitsgruppe, Herrn E. Hartmann, Frau H. Mitto, Frau Dr. H. Morasch, Frau L. Tegart, Herrn M. Vogel und Herrn Dr. W. Ziegler, für die vielen fruchtbaren Diskussionen und die Hilfe bei der Erstellung des Untersuchungsboogens herzlich bedanken.

Unser Dank gilt auch Frau J. Hein für das Schreiben des Manuskriptes.

Anschrift der Verfasser:
Dr. Paul Schäfersküpper
und Privatdozent Dr. Detlev von Cramon
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstraße 10
8000 München 40

Dr. Paul Schäfersküpper arbeitet zur Zeit als wissenschaftlicher Angestellter in der Kinderabteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie an der Erforschung der Artikulomotorik von dysphasischen Kindern.
Dr. Detlev von Cramon ist Leiter der Neuropsychologischen Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München.



Gerhard Homburg, Bremen

Thesen zur Entwicklung der Sprachbehindertenpädagogik und Konsequenzen für die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)

Vorbemerkung

Der Autor ist mit den nachstehenden Thesen zur Kandidatur um den Vorsitz in der dgs angetreten. Sie wurden allen Landesgruppenvorsitzenden vor der Delegiertenversammlung in Ravensburg zur Weiterleitung an die Delegierten zugestellt. Dieses erfolgte in der Absicht, angesichts des Vorstandswechsels eine Debatte über das Profil und die Perspektiven der dgs anzuregen.

Aufgrund der ihr eigenen Dynamik hat die Delegiertenkonferenz diese Debatte nicht geführt. Deshalb werden diese Thesen nun in der Verbandszeitschrift »Die Sprachheilarbeit« veröffentlicht. Vielleicht gelingt es dann 1986 auf der Arbeitssitzung in Düsseldorf, einen Konsens über das Profil der dgs und über ihre Antworten auf die Fragen der Zeit zu erreichen. Eine Herausforderung an die dgs ist z. B. der gegenüber früheren Jahren erheblich eingeschränkte Bewegungsräum der Kollegen, des Verbandes und der Einrichtungen. Diesem Problem kann nur durch eine abgestimmte Strategie in den Bereichen Wissenschaft, Öffentlichkeitsarbeit und Berufspolitik begegnet werden.

Thesen zum Bereich: Wissenschaftliche Grundlagen

1. Der Gegenstand der Sprachbehindertenpädagogik

Der Gegenstand der Sprachbehindertenpädagogik ist die positive Veränderung gestörter sprachlicher Kommunikation, gestörten sprachlichen Handelns und gestörten Spracherwerbs in Theorie und Praxis.

Die Sprachbehindertenpädagogik macht Aussagen über die sozialen, psychischen und organischen Bedingungen dieser Prozesse und ihre Struktur. Insbesondere macht sie methodische

Aussagen über Therapeutenverhalten, Medien, Schwierigkeitsgrade, organisatorische Umsetzungen.

2. Mehrdimensionales Sprachmodell als Orientierungsgrundlage

- Sprachbehinderung als Störung des Verhaltens, der Kommunikation und des Handelns

Sprachliche Leistungen stellen einen wesentlichen Anteil des Verhaltens, der Kommunikation und des Handelns dar. Einschränkungen der sprachlichen Leistungsfähigkeit führen deshalb zu Begrenzungen, Störungen oder Behinderungen des sprachlichen Verhaltens, der Kommunikation und des sprachvermittelten Handelns und gefährden die Persönlichkeitsentwicklung.

- Sprachbehinderung als Folge gestörter Grundfunktionen — Sprachbehinderung als Symptom

Sprache ist eine komplexe, hierarchisch hochstehende integrative Funktion, deren Entwicklung und Gebrauch sich auf zahlreiche nonverbale Teilfunktionen gründet. Diese sind: Motorik, Sensorik (Hören, Sehen, Bewegungsempfindung), Kognition, Emotion, sozialer und kommunikativer Austausch. Entwicklungen kommen nicht in Gang, wenn die Voraussetzungen dazu fehlen. Deswegen führen Störungen dieser Grundfunktionen mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu sprachlichen Entwicklungsstörungen und zu Beeinträchtigungen oder Störungen des Sprachgebrauchs. Sprachliche Beeinträchtigungen können also ein mehr oder weniger herausragendes Zeichen einer dahinter stehenden komplexen Entwicklungsbeeinträchtigung in den Grundfunktionen sein. Eine auf das sprachliche Symptom begrenzte Sichtweise ist daher unangemessen.

- Sprachbehinderung als spezifische Kodierungsstörung

Am Zustandekommen einer sprachlichen Äußerung sind mehrere verbale, paraverbale und nonverbale Funktionen und Regulations-ebenen in rückgekoppelter, wechselwirkender, letztlich aber integrativer Weise beteiligt. Dieses sind

- die mit der Mitteilungsbereitschaft und der kommunikativen Absicht verbundenen emotionalen und kognitiven Bewußtseinszustände,
- Kodierungsprozesse auf der pragmatischen, semantischen, morpho-syntaktischen, phonologischen, artikulatorischen, prosodischen und mimisch-gestischen Ebene,
- Prozesse der Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung,
- Planungs-, Kontroll- und Rückkoppelungsprozesse,
- analytisch-synthetische Strategien,
- Simultan- und Sukzessivstrategien.

Fehlende, gering entwickelte oder veränderte Teilfunktionen führen zu strukturellen Veränderungen der sprachlichen Äußerung, die hier nicht im einzelnen aufgezählt werden.

- Sprachbehinderung als Störung des Sprachgebrauchs

Sprachliche Äußerungen dienen nicht sich selbst, sondern sie müssen sich als Werkzeug der inter-(möglicherweise auch der intra-)subjektiven Kommunikation und bei der Durchsetzung von Handlungszielen bewähren.

Konsequenzen — eine Zwischenbilanz

Unter diesem erweiterten Rahmen verschieben sich Perspektiven gegenüber traditionellen Sichtweisen.

Es besteht eine relativ gefestigte Tradition, Sprachbehinderung mit linearen Denkmustern nach dem Modell von Ursache — Symptom — Methode anzugehen. Dieses Denkmuster wird aber weder der komplexen Struktur sprachlicher Prozesse noch der Tatsache gerecht, daß im pädagogischen Handeln stets eine Vielzahl von interagierenden Faktoren reguliert werden muß; auch wird dabei übersehen, daß Sprachlernen eigenaktiv erfolgt. Einerseits geht mit der Vermehrung der Variablenvielfalt eine größere Sachadäquatheit einher, andererseits geht eine möglicherweise fragwürdige Sicherheit in der Diagnostik und im Therapeutenverhalten verloren.

Obwohl keine Wohlgeformtheit vorliegt, kann sich eine Äußerung durchaus kommunikativ bewähren. Obwohl im traditionell logopädischen Sinne unauf-

fällig, kann eine sprachlich vermittelte Handlung infolge von Mängeln des Handlungsplans und der Handlungsregulierung ihr Ziel nicht erreichen. So werden einerseits subsymptomatische Störungen der Alltagskommunikation und des sprachlich vermittelten Alltagshandelns für unsere Disziplin bedeutsam, andererseits wird für sogenannte »Auf-fälligkeiten«, wie z. B. den Sigmatismus, ein pragmatischer Bewertungsrahmen geschaffen.

Anmerkungen zu den vorstehenden Thesen

Letztlich erscheint jede sprachliche Störung als Störung des Sprachgebrauchs. Die Unterscheidung in Kodierungsstörung und Störung des Sprachgebrauchs hat eine heuristische Funktion, weil sich daraus unterschiedliche diagnostisch-therapeutische Strategien ableiten.

3. *Die Sprachbehindertenpädagogik — eine Integrationswissenschaft mit eigenständigem Erklärungsinteresse*

Die Komplexität des Gegenstandsfeldes Sprache, Spracherwerb, Sprachgebrauch, Sprachbehinderung kann nur angemessen erfaßt werden, wenn es von verschiedenen Zugängen aus bearbeitet wird. Deshalb fügt die Sprachbehindertenpädagogik Informationen von zahlreichen Bezugswissenschaften (Biologie, Psychologie, Soziologie, Linguistik und Medizin) zu Aussagen über die Somato-Sozio-Psychogenese von Sprachbehinderungen zusammen. Maßstab für die Auswahl von solchen Informationen ist die Aussicht auf deren Bedeutung für das therapeutische Alltagshandeln. Die Integration von Informationen anderer Disziplinen wird von solchen Wissenschaftlern mit größerer Sicherheit vorgenommen werden können, die über sprachtherapeutische Handlungserfahrung verfügen. Weil das sprachtherapeutische Alltagswissen nicht vollständig schriftlich niedergelegt ist, kann sein Fehlen durch Literaturstudien nicht gänzlich kompensiert werden.

4. *Sprachbehindertenpädagogik — die Berufswissenschaft aller sprachtherapeutisch tätigen Berufsgruppen*

Infolge besonderer historisch-gesellschaftlicher Bedingungen und versorgungspolitischer Grundentscheidungen haben sich im deutschsprachigen Raum unterschiedliche Berufsgruppen entwickelt, die in der medizinischen, sozialen und pädagogischen Versorgung und Förderung sprachbehinderter und von Sprachbehinderung bedrohter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener pädagogisch, d. h. Lern- und Interaktionsprozesse gestaltend, tätig sind. Aufgrund dieser Bedingungen mögen

sich Ausbildung und berufliche Praxis in Nuancen unterscheiden. Die pädagogische Tätigkeit wird aber dominant von der Persönlichkeit des Sprachbehinderten, der Struktur seiner Sprachbehinderung und den daraus abgeleiteten methodischen Erfordernissen bestimmt, so daß die Differenzen zwischen den berufsgruppenbezogenen Termini Sprachheilpädagogik, Logopädie, Sprachtherapie aus wissenschaftlicher Perspektive zunächst irrelevant sind. Gleichwohl müssen positive und negative Effekte des Setting, wie z. B. Begrenzung der Anzahl der Behandlungen und der Abrechenbarkeit, Ausgrenzung von bestimmten Störungsformen, geringe Flexibilität, gesehen werden. Sie begründen aber keine eigenständige Disziplin.

5. *Ablösung von der Altersbegrenzung und vom latenten Elitekonzept*

Infolge besonderer historischer Bedingungen stand die Sprachheilpädagogik in der Gefahr, als Sprachheilschulpädagogik zu verharren. Die Begrenzung auf das Schulalter hat zu einer Vernachlässigung der Prophylaxe, der Früherkennung und Frühförderung sowie von Fragen der Sprache im Alter geführt. Die Begrenzung auf das normal-schulfähige Kind hat zu einer Vernachlässigung des Zusammenhangs von Minderbegabung und Sprache sowie von Körperbehinderung und Sprache geführt. Diese Begrenzungen werden jetzt durch eine Öffnung des Arbeitsfeldes überwunden.

Thesen zum Bereich: Forschung und Lehre / Studium und Ausbildung

1. *Das Studium der Sprachbehindertenpädagogik — ein polyvalentes Studium*

Wenn sich die Sprachbehindertenpädagogik in Theorie und Praxis mit ihrem Gegenstand in der gekennzeichneten Weise auseinandersetzt, führt das Studium dieser Disziplin unabhängig vom Namen der Prüfungsordnung zu Qualifikationen, die über das Schulalter hinausreichen, und es qualifiziert, wie schon bisher, so auch in Zukunft für eine berufliche Tätigkeit in nichtschulischen Arbeitsfeldern unterschiedlicher Trägerschaft. Sollen die Absolventen in Zukunft verbesserte Chancen haben, ist den aufgezeigten Entwicklungen durch Forschung, Lehre und eine entsprechende Organisation des Studiums zu entsprechen.

2. *Verschlechterung der Forschungs- und Ausbildungssituation*

Verteilungspolitische Entscheidungen der letzten Jahre haben stellenweise dazu geführt, daß die zur

Forschung und Ausbildung benötigten Mittel ständig gekürzt wurden. Von einem kritischen Punkt ab, nämlich wenn die Negativeffekte nicht mehr durch ein vermehrtes Engagement des wissenschaftlichen Personals ausgeglichen werden können, droht ein Zusammenbruch der Qualifikation des Nachwuchses. Politische Entscheidungsträger sind frühzeitig auf diese Folgen hinzuweisen.

Thesen zum Bereich: Integrationsdebatte

1. *Das Sprachheilwesen — ein Modell in der Integrationsdebatte*

In der gegenwärtigen Integrationsdebatte werden Lösungen aus der Vergangenheit nicht mehr ungefragt übernommen, ja sogar grundsätzlich in Frage gestellt.

Die Sprachbehindertenpädagogik stellt insofern ein Modell dar, als hier viele Forderungen bereits verwirklicht sind. Strukturell verfügt das Sprachheilwesen über ein flexibles System von

- mobilen,
- ambulanten,
- teilstationären und
- stationären Hilfen.

Damit kann einerseits gesichert werden, daß sprachheilpädagogische Hilfe am Ort der sozialen Bewährung ansetzt, andererseits sind die für erforderlich gehaltenen Methoden institutionell abgesichert. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wird der mobile und ambulante Anteil in der nächsten Zeit an Bedeutung zunehmen. Dieses ist erforderlich, um den von der Sprachbehindertenpädagogik schon jetzt geleisteten Anteil an wirklicher Integration noch weiter zu erhöhen. Die dazu erforderlichen sprachheilpädagogischen organisatorischen und personellen Kapazitäten sind auszubauen.

Die »der Sonderschule« zugeordnete Kritik trifft die Sprachheilschule als ein Element dieses sprachheilpädagogischen Verbundsystems nur begrenzt. Die Sprachheilschule ist eine Angebotschule, sie wird freiwillig besucht. Sie führt ihrem Auftrag gemäß den größten Teil ihrer Schüler in das allgemeine Schulwesen zurück. Die Zufriedenheitsrate bei Eltern und Schülern ist groß. In ihr arbeiten engagierte und speziell ausgebildete Fachleute. Ihr Problem besteht in dem Start mit einem Handicap zu einem unterrichtlich-therapeutischen Ziel. Deswegen kann die Sprachheilschule im Hinblick auf das Normalcurriculum nicht Gleiches, sondern sie muß ausgerichtet auf die Leistungsfähigkeit ihrer Kinder Vergleichbares leisten. Eine entsprechende Debatte muß in Zukunft

geführt werden. Dieses kann u. a. in dem geplanten Arbeitskreis Didaktik geschehen.

Insgesamt soll sich, wo noch nicht geschehen, die Sprachheilschule zum Mittelpunkt eines sprachheilpädagogischen Zentrums entwickeln, in dem ein flexibles System von mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen koordiniert wird, das mit anderen regionalen Diensten zusammenarbeitet. Dazu ist nicht weniger, sondern mehr organisatorische Freiheit erforderlich, die wie bisher, so auch in Zukunft verantwortlich zum Wohle der Sprachbehinderten und von Sprachbehinderung Bedrohten genutzt wird.

Die dgs wird Bemühungen zur Früherkennung und Frühförderung sowie zur Prophylaxe unterstützen.

Thesen zum Bereich: Die Struktur der dgs

Die dgs ist der mitgliederstärkste Fachverband mit der längsten Tradition in der Sprachheilarbeit.

1. Aufgaben

Die dgs ist eine wissenschaftliche Gesellschaft. Sie fördert die Forschung. Sie bildet ihre Mitglieder regional und überregional fort. Sie gibt die Fachzeitschrift »Die Sprachheilarbeit« heraus.

Die dgs vertritt die Interessen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Störungen der Sprache und Stimme und solchen, denen diese Störungen drohen. Sie nimmt diese Aufgabe vorwiegend durch Öffentlichkeitsarbeit wahr.

Die dgs fördert den Zusammenschluß aller für die Sprachheilarbeit qualifizierten Personen und die Zusammenarbeit der entsprechenden Organisationen und Behörden.

Die dgs vertritt die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder.

Die Aufgaben der dgs lauten also Wissenschaft, Öffentlichkeitsarbeit, Berufspolitik.

2. Spannungsverhältnisse als Strukturmerkmal der dgs

— Wissenschaftliche Gesellschaft —
Standesvertretung

Wie der Name sagt, ist die dgs eine Gesellschaft für Sprachheilpädagogik. Infolge von historischen Entwicklungen in der Sprachheilpädagogik haben bisher vor allem akademisch ausgebildete und im schulischen Raum tätige Kolleginnen und Kollegen ihre fachliche Heimat in der dgs gesucht und gefunden. Sie stellen den übergroßen Anteil der Mitglieder. Während die anderen, auch in der dgs vertretenen Berufsgruppen, wie Ärzte, Logopäden, Atem-, Sprech- und Stimmlehrer und Psycho-

logen, ihre beruflichen Interessen außerhalb des Verbandes verfolgen, sehen die akademisch ausgebildeten Sprachheilpädagogen ihre beruflichen und fachlichen Interessen, wenn nicht durch Gewerkschaft und Beamtenbund, durch die dgs vertreten.

Es wurde mit der Gründung des Ständigen Ausschusses für Berufsfragen eine diesem Problem angemessene Lösung gefunden.

Einerseits bleibt die Spitze des Verbandes in fachlich übergeordneten, berufsgruppenübergreifenden Fragen handlungsfähig, andererseits besteht die Möglichkeit, die berufspolitischen Forderungen der akademisch ausgebildeten Kollegen deutlich zu artikulieren.

Es wird von der Führung der Gesellschaft, von politischen Umständen, nicht zuletzt aber vom Verhalten der anderen Berufsgruppen abhängen, ob sich die dgs in Zukunft von einer Gesellschaft für Sprachheilpädagogik zu einer Gesellschaft von Sprachheilpädagogen wandelt. Die Folge davon wäre eine Verarmung der fachlichen Landschaft. Fraglich könnte dann auch der Status der Gemeinnützigkeit werden.

— Medizinisches Versorgungssystem —
pädagogisches Versorgungssystem

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein sich teilweise ergänzendes und teilweise konkurrierendes Nebeneinander des medizinisch ausgerichteten Versorgungssystems *Arzt — Kasse — Patient — Logopäde/Sprachtherapeut/Sprachheilpädagoge/Atem-, Sprech- und Stimmlehrer* einerseits und des sozial und pädagogisch ausgerichteten Versorgungssystems *Kind/Jugendlicher — Eltern — Schule/Kindergarten/Heim — Kultus- und Sozialbehörden — Lehrer/Erzieher/Therapeut* andererseits.

Bei eindeutigen klinischen Befunden muß das am Krankheitsbegriff orientierte medizinische Versorgungssystem die sprachliche Rehabilitation finanziell und personell absichern. Komplementär dazu muß das eher funktionell und am Leistungsbegriff orientierte soziale und pädagogische Versorgungssystem sicherstellen, daß bei Störungen der sprachlichen Kommunikation, des sprachlichen Handelns und des Spracherwerbs in die Grundförderung integrierte multidimensionale Lernprozesse zum Spracherwerb und Sprachgebrauch erfolgen. Denn sprachbehinderte oder von einer Sprachbehinderung bedrohte Kinder und Jugendliche haben ein Grundrecht auf besondere Förderung im Rahmen ihrer Grundförderung in Familie, Kindergarten und Schule. Sprachbehinderte oder von Sprachbehinderung bedrohte Erwachsene ha-

ben ein Grundrecht auf sprachlich ungestörtes berufliches und freizeitliches Handeln. Im Gegensatz zur Einzelfallabrechnung im medizinischen Versorgungssystem werden die Maßnahmen des sozialen und pädagogischen Versorgungssystems aus öffentlichen Haushalten finanziert.

Es gibt ein nicht genau abzugrenzendes Überdeckungsfeld, in dem beide Systeme, die sich sonst ergänzen, in Konkurrenz zueinander stehen. Solange dieses dem Sprachbehinderten gleichrangige Wahlmöglichkeiten eröffnet, ist diese Alternative zu begrüßen und von der dgs zu fördern. Sobald die Diskussion einen berufspolitischen Tiefgang bekommt, stehen für die dgs die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder gleichrangig mit zur Debatte. Dabei sind divergierende Interessen und Konkurrenzverhältnisse innerhalb der Mitgliedschaft zu erwarten. Die dgs kann nur daran mitwirken, Konkurrenz zu ermöglichen, entscheiden kann sie diese nicht.

— A-Länder — B-Länder

B-Länder haben ein B im Namen. In diesen Ländern scheinen die bildungspolitischen Vorstellungen der dgs auf günstigere Voraussetzungen zu treffen. In der Bundesrepublik Deutschland haben sich auch innerhalb des sozialen und pädagogischen Versorgungssystems unterschiedliche Organisationsformen herausgebildet. Das gleiche Ziel, die Integration der Sprachbehinderten, wird mit regional unterschiedlichen Organisationsformen angestrebt. Die Interessen der darin arbeitenden Kollegen sind nicht deckungsgleich. Was an einer Stelle ein brennendes Problem darstellt, hat an anderer Stelle keinen Stellenwert. Toleranz und Unterstützung angesichts divergierender Bestrebungen werden nur soweit gehen, wie sie eigenen Interessen nicht schaden. In solchen Fragen sind akzentuierte Aktivitäten der Landesgruppen gefragt. Diese können möglicherweise wirkungsvoller durchgesetzt werden, wenn die Landesgruppen selbst den Status eines eingetragenen Vereins annehmen. Die Mitgliedschaft im Landesverband begründet dann zugleich auch eine Mitgliedschaft im Bundesverband. In kontroversen Fragen wird die Verbandsspitze nur eine vermittelte Position einnehmen können. Maßstab wird aber stets das Integrationsbedürfnis der Sprachbehinderten sein.

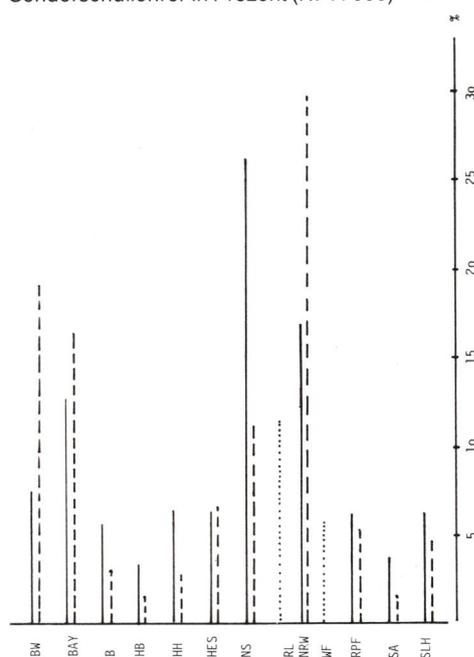
— Organisiertheitsgrad

Aus der folgenden Abbildung zum Organisiertheitsgrad geht u. a. auch hervor, daß die unterschiedlich stark ausgeprägten Möglichkeiten zur ambulanten (Neben)Tätigkeit einen Einfluß auf die Zusammensetzung der Mitgliedschaft in der dgs gehabt haben.

Organisiertheitsgrad in der dgs

Mitglieder in Prozent (N: 2782)

Sonderschullehrer in Prozent (N: 41 000)



Quellen: Geschäftsführender Vorstand der dgs:
Protokoll 6/84
Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft:
Grund- und Strukturdaten — 1983/84

Erläuterung:

BW, BAY, B, ... = Bundesländer

In NRW gibt es zwei Landesgruppen der dgs.

— Berufsanfänger — Stelleninhaber

In Zukunft werden Absolventen akademischer Ausbildungsgänge immer entschiedener ihre beruflichen Interessen in der dgs vertreten. Die Solidarität mit dem beruflichen Nachwuchs verlangt nach veränderter Bewertung. In der Aufbauphase war die sprachheilpädagogische Versorgung nur unter Aufbietung aller, das übliche Maß übersteigenden Kräfte sicherzustellen. Dieser Leistung gebührt Anerkennung und keine diffamierende Schmälerung. Heute steht ein Wandel derart an, daß junge Kollegen ohne Anstellung bisher nebenamtlich wahrgenommene Aufgaben übernehmen werden. Dieses erfolgt schrittweise und so moderat, daß die Versorgung keinen Schaden nimmt. So legt die dgs den Geruch ab, eine Clique von Nebenerwerblern zu sein, und stellt sich auf ihre Weise einem brennenden Problem unserer Zeit. Es ist eine moralische Pflicht eines jeden in die-

sem Bereich Tätigen, in der aufgezeigten Weise mitzuwirken.

Die Zukunft wird Berufsanfängern eine hohe Qualifikation und Flexibilität abverlangen, für Bewerber mit einer Vollkaskomentalität wird es kaum Chancen geben. Die dgs ist bereit, sich für ihre Interessen einzusetzen. Garantien kann sie nicht geben.

Gegenwärtig bestehen für akademisch ausgebildete Sprachheilpädagogen ungerechtfertigte systematische Benachteiligungen bei der Aufnahme der Arbeit im medizinischen Versorgungssystem. Die dgs wird weiter daran mitwirken, daß diese, das Grundrecht auf freie berufliche Betätigung eingrenzenden Benachteiligungen überwunden werden. Es geht also darum, systematische Benachteiligungen abzubauen, damit Konkurrenz mit gleichen oder vergleichbaren Startchancen möglich wird.

Thesen zum Bereich: Projekte

1. Frühförderung

- Auftrag an den Erziehungswissenschaftlichen Beirat: Frühe sprachliche und kommunikative Standards

In diesem Projekt sollen Erkenntnisse darüber gesammelt werden, welche kommunikativen und sprachlichen Leistungen die Kinder in der Frühphase zeigen.

- Erstellung einer Broschüre:
Risikofaktoren der Sprachentwicklung,
Verhütung — Beratung — Behandlung

zur Information von Eltern, Erziehern, Ärzten über die sprachliche Entwicklung. Verbunden werden können damit regionale Informationen über Möglichkeiten zur Beratung und Behandlung.

- Regionale und überregionale Fortbildung:
Möglichkeiten und Grenzen früher sprachlicher Hilfen

Durchführung von Kursen zur Frühförderung durch erfahrene Kollegen. Langfristig geht es darum, einschlägige Erfahrungen weiterzugeben und Modelle eines behutsamen, indirekten, entwicklungsangepaßten, »weichen« Vorgehens zu entwickeln.

2. Schulische Arbeit

Es wird ein *Arbeitskreis Didaktik* gegründet, in dem Beispiele gelungener Arbeit in der Sprachheilschule aufgearbeitet und in dem Grundzüge einer Didaktik der Sprachheilschule erarbeitet werden.

3. Erstellung einer Broschüre

Rechtliche Grundlagen — praktische Tips zur Integration Sprachbehinderter zur Information von Eltern, Erziehern, Ärzten, Lehrern. Verbunden werden damit regionale Informationen über Möglichkeiten zur Beratung und Behandlung.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Gerhard Homburg
St. Magnus-Straße 4
2863 Platjenwerbe

Dr. Gerhard Homburg ist Hochschullehrer an der Universität Bremen und nimmt dort die Aufgaben Therapie und Didaktik bei Sprachbehinderten wahr.

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

**Mitglieder der dgs:
Bitte benachrichtigen Sie in einem solchen Fall
umgehend Ihre Landesgruppe der dgs.**

Zum Beitrag: Dysphonie und ihre phonopädische Behandlung, von Middeldorf
im Heft 6 (1984), Seite 271—278

Horst Gundermann, Heidelberg

Es ist sicher wünschenswert, wenn an der Diskussion über Stimmstörungen und ihre adäquate Behandlung alle diejenigen teilnehmen, die von der Kompetenz und praktischen Erfahrung her ein Wort mitzureden haben. Und zweifellos sollte die Meinung von Rehabilitationspädagogen gehört werden, zuvörderst bei einem Leiden, das unter der Bezeichnung »Lehrerkrankheit« bekannt geworden ist. Wer den Schreiber dieser Zeilen kennt, weiß, daß ihm »interdisziplinäre Öffnung« die beste Gewähr dafür bietet, stimmgestörte und -kranke Menschen optimal zu behandeln. Dies räumt der zu besprechende Beitrag auch explizit ein.

Es ist auch richtig, daß das Problem Heiserkeit bei Patienten, aber auch bei vielen Ärzten immer noch unterschwellig, der existentiellen Not dieses Störungsbildes nicht gerecht werdend, eingeschätzt wird. Die gängige Therapie bleibt an der Oberfläche. Entzündungshemmend wird behandelt, wo keine echte Entzündung vorliegt; organ- und nicht funktionspathologisches Denken beherrscht das therapeutische Tun. Diese verkürzte Behandlungsoptik ist erst jüngst von mir kritisch beleuchtet worden.

Ich befinde mich also mit jedem in Übereinstimmung, wenn es um das Thema geht, auf welche Weise die *praktische* Stimmtherapie noch verbessert werden kann. Denn es stimmt, daß — übrigens nicht nur in der Stimmheilkunde — ein Mißverständnis besteht zwischen Krankheitsbeschreibung und -behandlung. Ein notorisches Dilemma, das auch der Erziehungswissenschaft im Spannungsfeld zwischen Theorie und *Praxis* bzw. Anschauung und Anwendung begegnen dürfte.

Über dieses Ungleichgewicht sollte man diskutieren und nach Lösungen suchen, die jedem Stimmgestörten und -kranken nicht nur *differentialdiagnostisch*, sondern auch spezifisch rehabilitativ zugute kommen.

Wenn aber in die Diskussion von einem Sprachheillehrer eingebracht wird: »... daß für den stimmfunktionsgestörten Menschen in der praktisch-anwendungsbezogenen Therapieebene (keine) deutlich erkennbaren Tendenzen (eben infolge der bisher überwiegend *medizinisch-wissenschaftlichen* Betrachtungsweise) zu verspüren waren«, und weiter: »... die Phoniatrie ihren nichtärztlichen, therapeutischen Handlungsbereich, die Logopädie, *geschaffen* hat, um auch bei *fehlender* medizinischer Indikation mit medizinischen Paradigma *vorherrschend* sein zu können« (Der

Schrägdruck ist zur Verdeutlichung der Aussage-tendenz nachträglich gesetzt worden) — wenn so unsachlich formuliert wird, dann klingen polemische Töne an.

Leider nicht zum erstenmal von seiten der Sonderpädagogik, wenn es um Probleme geht, die aus erziehungswissenschaftlicher Sicht die Lernfähigkeit des Menschen und somit eine vorgeblich pädagogische Domäne berühren. Um ein markantes Beispiel zu nennen: In dem auch in der Bundesrepublik verbreiteten »Lehrbuch der Logopädie« bemüht sich der Ostberliner Rehabilitationspädagoge Becker eifrig darum, ein pädagogisches Vokabularium einzuführen. Er ersetzt den medizinischen Terminus »Therapie« schlicht durch »Erziehung«. So heißt es denn: Rehabilitative Bewegungserziehung, rehabilitative Denkerziehung, rehabilitative Spracherziehung usf.

Konsequenterweise spricht nun auch *Middeldorf* von Phonopädischer *Erziehung*. Ich möchte mich nicht als schrecklicher Vereinfacher aufführen und durch semantische Schulmeisteri unverkennbar engagierte Bemühungen um eine qualifizierte Stimmbehandlung auflaufen lassen. Es ist aber zu fragen nach dem Verständnis der phonopädischen Erziehung. — Die Antwort: »Das Spezifikum der phonopädischen Erziehung erweist sich darin, daß alle Handlungen zur angestrebten stimmlichen Modifikation unter Berücksichtigung der individuellen Stimmfunktionsstörung erfolgen.« Und weiter: »Bei irreversibel erscheinenden Stimmfunktionsstörungen (z. B. bei bleibenden Kehlkopflähmungen) verfolgt die phonopädische Erziehung die Vorbereitung auf ein Leben mit dem jeweiligen Funktionsausfall, was erstens die Erlernung und Verfügbarmachung notwendiger Kompensationstechniken erforderlich macht, zweitens die Akzeptanz in bezug auf den Ausfall vergrößern soll, drittens den Aufbau einer neuen persönlichen und sozialen Identität anzielt und/oder die vorhandene zu stabilisieren versucht.«

Herr *Middeldorf* hat eine Arbeit von mir im Literaturnachtrag aufgeführt. Er muß also wissen, daß all das, was er als phonopädische Aufgaben und Ziele aufzählt, schon seit langem zum phoniatrich-logopädischen Behandlungsrepertoire gehört. Nachzulesen desgleichen in einem umfassenden Kongreßbericht von *Habermann* aus jüngster Zeit. Entschieden verwahren muß sich darum jeder Phoniater und Logopäde, wenn seinem Einsatz bei der Stimmheilbehandlung der abwertende Ausdruck »reparieren« unterstellt wird — wie und

auf wen sonst gezielt sollte diese Etikettierung zu verstehen sein?! Zumal der nachfolgende Satz behauptet, daß sich »wesentliche Übungen, Hilfestellungen und Einsichten« für den »stimmfunktionsgestörten Menschen« »nur über reflektierte erziehungswissenschaftlich-phonopädische Maßnahmen« realisieren lassen.

Ohne diese Behauptung zu kommentieren, ist festzustellen: Heiserkeit ist in jedem Falle ein ernstes Warnzeichen. Kein »Sproß der Phoniatrie« kann und darf den medizinischen Hintergrund übersehen. Im Zeitalter eines aufgeklärten Publikums braucht wohl nicht daran erinnert zu werden, daß sich der Kehlkopfkrebs zu einem hohen Prozentsatz mit einer belegten, heiseren Stimme ankündigen kann. Aber auch Lähmungen, Entzündungsfolgen, Verletzungen im Larynxbereich erfordern zwingend ärztliche Einsicht, notwendige Eingriffe und ständige Kontrolle. Da sind die sogenannten funktionellen Dysphonien nicht ausgenommen. Mit einem Satz: Die Medizin läßt sich aus der Behandlung der Stimmstörungen nicht entlassen. Und das nicht, weil der Phoniater »vorherrschen« möchte (eine abgestandene ideologiekritische Floskel!), sondern weil er zum Dienst am Stimmkranken verpflichtet ist.

Kommen wir aber auf den Punkt. Stimmtherapie wird seit altersher betrieben. Überspitzt läßt sich sagen, daß alle wesentlichen stimmkorrigierenden Vorschläge und Maßnahmen schon bei den Alten nachzulesen sind. Ein ehrwürdiges Alter hat auch der Erfahrungsleitsatz, wonach es weniger auf die Methode als auf den vermittelnden Therapeuten ankommt. Darum ist auch die Effektivität von Stimmbehandlungsmethoden schwer einschätzbar. Aber Stimmtherapie mit Lerntheorie in Deckungsgleichheit zu bringen, wäre ebenso reduktionistisch, als wenn man Heiserkeit nur mit Pillen und Inhalationen heilen wollte.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. H. Gundermann,
Phoniatriisch-Logopädisches Zentrum der
Stiftung Rehabilitation Heidelberg,
Bonhoefferstraße, 6900 Heidelberg 1.

Ursula Breuer, Köln

Herr Middeldorf versucht in seinem Beitrag ein neues Berufsbild zu kreieren — den Phonopäden. Zur Begründung bemüht er drei wesentliche Kriterien:

1. die wissenschaftliche Auseinandersetzung,
2. die Realität der Stimmgestörten,
3. die Logopädie und Phoniatrie.

Das hierzu entworfene »Theoriengebäude« steht allerdings auf recht wackligen Füßen. Sehen wir uns die drei Bereiche einmal genauer an:

Zu 1.

Da ist von »der Stimmgebung und -bildung als Funktion der individuellen Befindlichkeit und der emotionalen und psychodynamischen Verarbeitung der kommunikativen Prozesse in kommunikativen Situationen« die Rede, und dies wird als *Andeutung eines Teils wissenschaftlicher Behandlung der Phonation* hervorgehoben.

Gemeint ist nichts anderes, als daß Stimmgebung nie außerhalb der Wirklichkeit des Kommunikationsgestörten betrachtet werden kann.

Das ist keine Grundlage einer neuen wissenschaftlichen Disziplin, sondern schlichtweg *Selbstverständlichkeit*.

Längst gemachte Einsichten und allgemeine Aussagen über psychosoziale und psychopathologische Zusammenhänge werden als wissenschaftliche Novität dargestellt. Die Beschreibung von Funktion und Pathologie der Stimme äußert sich in Allgemeinplätzen wie:

- die Stimme stellt im expressiven Bereich der Sprache eine elementare Form dar,
- die Sprache stellt mit der Stimme eine Einheit dar,
- die Stimme stellt für den Menschen ein Forschungsobjekt dar,
- die Stimme stellt ... auch ein Instrument zur Signalisierung psychodynamischer und psychosozialer Befindlichkeiten dar usw.

Daraus leitet der Autor dann die Evidenz des Phonopäden mit Ausrichtung auf gesangspädagogische, sprecherzieherische, sonderpädagogische, logopädische, psychologische und phoniatriische Handlungsfelder ab.

Auch die Beschreibung phonopädischer Aufgabengebiete läßt keine relevanten wissenschaftlichen Neuheiten erkennen. Verständlich ist daher die Forderung nach »*einem phonopädischen Standort*«.

Zu 2.

Der Autor malt ein äußerst schwarzes Bild der Stimmpatienten und der Auseinandersetzung um Stimmtherapien:

»Die Therapien werfen lange Schatten der Ergebnislosigkeit voraus«, chronische Störungen würden von der Medizin als therapieresistent deklariert, erfahrene Phoniater wie Gundermann machten allenfalls relevante *Versuche*.

Es gebe keine bemerkenswerten Erfahrungsberichte von Stimmtherapeuten, und innerhalb

etablierter Wissenschafts- und Therapiebereiche werde die Stimmstörung allenfalls als *Randstörung* behandelt.

Offenbar muß es in der Bundesrepublik Deutschland ein Reservoir von stimmgestörten Patienten geben, die nicht aufgrund akuter Versorgungsprobleme, sondern aufgrund mangelnder Qualifikation völlig vernachlässigt sind. Hier muß man sich allerdings fragen, welche reale Grundlage diese Annahmen haben. Sollte der Autor selbst Opfer seiner »hypothesengesteuerten Beschaffung von Informationen zur sich ständig verändernden Ist-Lage« sein?

Zu 3.

In der scheinbar positiven Abgrenzung gegen historisch längst überholte Merkmale theoretischer und praktischer Auseinandersetzung einzelner Fachgebiete liegt keine Innovation — es sei denn, man kann sie beschreiben.

Der Autor versucht es z. B. mit fleißigen Prozentrechnungen aus dem Bundesgesetz der Logopäden (Log. APRO), ohne freilich den Inhalt der einzelnen Fachgebiete und das Curriculum zu kennen. Seine Angaben sind verkürzt und irreführend!

Die Logopädie als »Vehikel« der Mediziner für deren *unterstellte* Ratlosigkeit bei nichtmedizinisch indizierten Störungsbildern darzustellen ist historisch und inhaltlich Unsinn. Unbeabsichtigt konzediert der Autor allerdings den Logopäden damit, daß sie *keineswegs* die so oft berufspolitisch mißbrauchten »medizinischen Symptombehandler« sind. Schade, daß er sich hier, wie in so vielen Stellen des Artikels, selbst widerspricht.

Was schlägt der Autor nun für die phonopädische Therapie vor?

— »... die Förderung physiologischer und psychologischer Funktionen«. Er nennt dazu Atemtraining, audiopädisches und Ruhetraining, Gesprächstherapie und Verhaltensmodifikation.

Sollten diese Vorschläge Resultat neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und methodologischer Einsichten sein?

In den »Analogien« zu den Grundlagen pädagogischen Handelns von Braun, Homburg und Teumer bedient sich der Autor wieder allgemeiner Grundsätze.

Was ist denn

— die »hypothesengesteuerte Beschaffung von Informationen zur sich ständig verändernden Ist-Lage« anderes als die längst geübte und sorgfältige Anamnese, Diagnostik und Therapie-Diagnostik?

— »die fachlich methodische Gestaltung« anderes als ein sauberes Therapiekonzept (vom strapazierten und inhaltlich nicht gefüllten Wort der »Zielbestimmung« gar nicht zu reden).

— »die Visualisierung komplizierter Zusammenhänge« anderes als der Einsatz von Videogeräten und gegenseitigen Supervisionen.

Der ärgerlichste Gipfel der Allgemeinheit wird aber in folgendem Anspruch formuliert:

— »Phonopädische Handlungskompetenz zeichnet sich durch die begründete, auf den Kontrollergebnissen basierende Ableitung *neuer phonopädischer Maßnahmen* aus.«

Gäbe es sie wirklich, so würde sich kein engagierter Stimmtherapeut der Diskussion verschließen.

Kritische und am Patienten interessierte Therapeuten suchen nicht nach neuen Berufsbildern, sondern bieten ihre Theorien dar, formulieren ihre wissenschaftlichen Grundlagen und beweisen ihre Relevanz für die Praxis.

Middeldorfs Ausführungen und Literaturangaben können, bis auf wenige Ausnahmen, den Leser nur bedenklich stimmen.

Wir brauchen keine »eifrigen Individualisten«, sondern kompetente, sich an der wissenschaftlichen, theoretischen und praktischen Auseinandersetzung beteiligende Fachleute. Hierzu gibt es genügend Foren und Seminare, Arbeitskreise und Tagungen.

In diesen Diskussionen geht es keineswegs um die Frage von: Phoniatrie, Logopädie, Sprachtherapeuten, Atem-, Sprech- und Stimmlehrern, Sprachheilpädagoginnen, Diplompädagoginnen, Kommunikationswissenschaftlern, Sprecherziehern, Gesangspädagoginnen, Psycholinguisten, Psychologinnen, Pneopäden, Neurolingopäden oder Phonopäden (die Reihe läßt sich fortsetzen), sondern es geht um handfeste Grundlagen dessen, was wer mit welchen Erkenntnissen, methodologischen, didaktischen und therapeutischen Mitteln tun kann.

Bleibt zu hoffen, daß bei all dem diffusen Gerede um die Frage, wer den Patienten am »ganzheitlichsten« betrachtet, der Patient selber nicht auf der Strecke bleibt.

Anschrift der Verfasserin:

*Ursula Breuer, Logopädin,
Goethestraße 9, 5000 Köln 40.*

Volker Middeldorf:

Stellungnahme zu den zwei Leserzuschriften

Die Dysphonieproblematik repräsentiert gleichsam den Schnitt- und Streitbereich des Therapieanspruchsdenkens von Phoniatrie (Medizin), Lo-

gopädie und Sprachheilpädagogik. Daher — dies sei eingangs erwähnt — mußte der Artikel, der eine Domäne der Phoniatrie und Logopädie thematisiert und unter nicht-phoniatisch-logopädischem Paradigma reflektiert, Widerspruch erwecken. Ich freue mich ganz besonders über die kritische Erwidern von Prof. *Gundermann*, dessen Verlangen nach interdisziplinärer Lösung des Dysphonieproblems bereits in den siebziger Jahren neue Maßstäbe in Reflexion und Realisierung der Stimmtherapie gesetzt und mich persönlich animiert hat, über den ambulanten Stimmbehandlungsprozeß nachzudenken.

Nun zu seiner Kritik: Wenn mir unsachliche Formulierungen und das Anklingenlassen polemischer Töne zugeschrieben werden (was wohl auch dem Kritiker angelastet werden kann), dann erscheint das als eine Kritik an der Form und Weise der Darstellung. Daß aber der eigentliche Gehalt der unterstellten Polemik nicht widerlegt wird, sehe ich als Bestätigung des Kerns der gemachten Aussage.

Gundermann hinterfragt den Begriff der phonopädischen Erziehung skeptisch und sucht nach dessen Verständnis; er zitiert mich leider ausschnitthaft, nicht in dem von mir beschriebenen größeren Zusammenhang. Die von *Gundermann* vorgenommene Verkürzung des Begriffes der phonopädischen Erziehung verhindert den Einblick in den Paradigma-Zusammenhang. Der Inhalt des zitierten Ausschnittes wird als redundanter Aufguß dessen interpretiert, was bereits dem bekannten phoniatisch-logopädischen Behandlungsrepertoire angehöre. Diese Schlußfolgerung — und hier muß ich dem verehrten Prof. *Gundermann* interdisziplinäre Verschllossenheit vorwerfen — hinterläßt den Eindruck, daß alles das, was bereits aus phoniatischem Ansatz durchdacht und für richtig befunden worden ist, aus phoniatischer Perspektive von anderer Seite nicht mehr zu diskutieren sei. Eine Frage sei an den Kritiker gestellt: »Was verstehen Sie unter dem Begriff Therapie?« Leider habe ich — vielleicht durch Unachtsamkeit verursacht — in seinem 1977 erschienenen Buch keine Definition gefunden. Mein Definitionsversuch findet vor dem Hintergrund meines phonopädischen Erziehungsbegriffes statt. Überraschend und irritierend ist der sich darauf beziehende Schlußgedanke des Kritikers, der bei mir Stimmtherapie in Deckungsgleichheit mit Lerntheorie erkennen will. Mir scheint, wir brauchen verstärkt den interdisziplinären Austausch.

Der Begriff »reparieren« ist zugegebenermaßen für viele Therapien höchst unzutreffend. Mir war und ist bewußt, daß ich mit diesem Begriff viele, mich selbst auch, in eine Klischee-Ecke etikettiere; so-

lange jedoch noch »repariert« wird, so lange sind die Etikettierten aufgefordert, dem entgegenzuwirken.

Bei aller paradigmatischen Unterschiedlichkeit sei hier klar festgeschrieben: Der Phoniater und der Arzt für HNO-Krankheiten in der ambulanten Praxis sorgen sich *medizinisch* um das Organ Stimme; auch während der prä-, peri- und posttherapeutisch-phonopädischen Behandlungsphase. In der prätherapeutisch-phonopädischen Phase in jedem Falle, um eine medizinische oder phonopädische Indikation festzustellen, in der peritherapeutisch-phonopädischen Phase nur situativ, um im Bedarfsfall Begleituntersuchungen und -behandlungen vorzunehmen und in der posttherapeutisch-phonopädischen Phase krankheitsbedingt, um bei Krankheitserscheinungen und Verdachtsfällen medizinische Diagnostik und Therapiemaßnahmen durchzuführen. Der Phonopäde sorgt sich *phonopädisch* um den stimmgestörten Menschen.

Der zweite kritische Leserbrief stammt aus der Feder der Logopädin Frau *Breuer*. Ihre unmißverständlichen, zum Teil mißverstehenden Ausführungen fordern zu einer der Sachproblematik und dem konstruktiven Anliegen einer Diskussion gemäßen Stellungnahme heraus. Die Ziffern sind analog angeordnet.

1. Die Kritikerin scheint meinen Erklärungsversuch insofern grundlegend mißzuverstehen, als sie annimmt, es handele sich bei meinen Ausführungen um ein Theoriengebäude. Mein Verständnis von Wissenschaftstheorie läßt diese Annahme nicht zu. Der kritisierte Artikel bemüht sich um eine Problematisierung meist bekannter, aus ungewohntem Blickwinkel andiskutierter stimmtherapeutischer Zusammenhänge und um deren Präzisierung.

2. Zum zweiten Punkt der Kritik von Frau *Breuer* sei nur erwähnt, daß sie sich offensichtlich selbst verstrickt in der subjektiven Ungeordnetheit ihrer Verweise, der Auswahl und Verstümmelung der Zitate und in einer unverständlichen rhetorischen Frage.

3. Schade ist, daß Frau *Breuer* es versäumt, die Unterstellung der Verkürzung und gar Irreführung durch ergänzende und korrigierende Informationen zu belegen; schade ist auch, daß sie die von mir beschriebene phonopädische Handlungskompetenz dermaßen verunstaltet simplifiziert und daß die Kritikerin später — logisch nicht mehr nachvollziehbar — auf eine vom Ansatz und Gehalt her mich enttäuschende Argumentationsweise abgeleitet. Schade.

Ich danke den Kritikern.

Neurolingupädiekurs

In der Zeit vom 2. bis 11. Mai 1985 veranstaltet die Deutsche Akademie für Entwicklungsrehabilitation am Kinderzentrum München den vierten Teil des ersten Neurolingupädiekurses.

Als Referenten sind u. a. vorgesehen: S. Schmid-Giovannini: Frühe Hörspracherziehung, praktische Erarbeitung von Übungseinheiten mit den Teilnehmern. S. Fleischhacker: A—V—R Test, Darstellung einer neuen Hörprüfmethode für Säuglinge und Kleinkinder. B. Ornellas: Die Bedeutung der Nachahmung im Spracherwerbsprozeß. Dr. U. Horsch: Handlungsorientierte Aspekte einer kommunikativen Früherziehung gehörloser Kinder. Dr. B. Renner/R. Teschke: Mundmotorische Stimulationstherapie nach Prof. Castillo Morales. K. Kalthoff: Die Sprachbasis unter dem Aspekt verschiedenartiger Behinderungen. G. Köhler: Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik für das 2. und 3. Lebensjahr. G. Normann: Grundprinzipien der Montessoripädagogik und deren Anwendung in der Arbeit mit behinderten Kindern am Kinderzentrum München.

Es ist möglich, diesen Kurs auch als Einzelkurs zu belegen. Die Gebühr für eine einmalige Teilnahme beträgt 380 DM. Interessenten wenden sich bitte an: Kongreßbüro der Deutschen Akademie für Entwicklungsrehabilitation, z. Hd. Frau Bolte, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

Seminar Neurolingupädie-Tage

In Fortsetzung des Neurolingupädie-Kurses wird das Kinderzentrum München mehrere Kurz-Kurse als »Neurolingupädie-Tage« veranstalten. In diesen Kursen sollen verschiedene Bereiche der Diagnose und Therapie von Sprachentwicklungsverzögerungen verschiedener Genese vorgestellt, mit Teilnehmern diskutiert und an Kindern praktiziert werden.

1. Neurolingupädie-Tage

Inhalt: Sprachanbahnung bei mental-retardierten Kindern. In diesem Kurz-Kurs wird die Diagnostik und Therapie von sprachentwicklungsretardierten Kindern diskutiert und dabei eine kurze Einführung in die non-verbale Kommunikationssysteme gegeben.

Zielgruppe: Alle in der Frühförderung von hör- und sprachgeschädigten Kindern beschäftigten Personen. Teilnehmerzahl: max. 25 Personen.

Termin: 21. und 22. Juni 1985. Ort des Lehrgangs:

Klinik des Kinderzentrums München, Blütenburgstraße 71, 8000 München 19. Teilnehmergebühr 130 DM. Anmeldung an: Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2. Seminarleitung: Oberpsychologe Dr. Udo Brack, München.

Im Kinderzentrum München finden in nächster Zeit weitere Lehrgänge statt, z. B. über hörgestörte Kinder und über Montessori-Materialien. Auskünfte durch das Kinderzentrum, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15. bis 18. Mai 1985 im Congress Centrum Hamburg

Themen: Adaptation an das extrauterine Leben. Kindliche Hirnfunktionsstörungen. Auskünfte erteilt: I. K. E.-Institut für Kindesentwicklung GmbH (Ärztliche Leitung: Dr. Inge Flehmig), Sierichstraße 3, 2000 Hamburg 60, Telefon (040) 27 10 25/26.

Stottern

Diagnose und Behandlung des Stotterns bei Kindern und Jugendlichen. Jeanna und Glyndon Riley, Santa Ana, Ca., stellen ihr »Komponentenmodell« in Theorie und Praxis vor. 2. bis 3. August 1985 in der Medizinischen Hochschule Hannover. Nähere Informationen bei A. Kuhr, Medizinische Hochschule Hannover — 7180, Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61.

VDS-Kongreß in Mainz

Thema: Bundesfachtagung Sonderpädagogik in Mainz vom 29. bis 30. Mai 1985.

Veranstalter: Verband Deutscher Sonderschulen e.V. — Fachverband für Behindertenpädagogik —. Tagungsort: Philosophikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Saarstraße. Tagungsgebühr: Mitglieder 85 DM, Nichtmitglieder 150 DM, Studenten/Referendare 40 DM.

Anmeldung: An die Geschäftsstelle des VDS, Rosenbergstraße 40, 7000 Stuttgart 1.

6. Kongreß

Die Österreichische Gesellschaft für Sprachheilpädagogik lädt ein zu ihrem 6. Kongreß mit dem Thema »Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern in Kindergärten und Schulen«. Der Kongreß soll vom 25. bis zum

28. September 1985 in Wien stattfinden. Weitere Informationen durch die ÖGS, A-1170 Wien, Kindermannngasse 1.

Workshop-Tagung »Kommunikationsstörungen«

am 8./9. November 1985 in Bad Salzdetfurth. Informationen: Sprachheilzentrum der Arbeiterwohlfahrt, Burgweg 1—3, 3202 Bad Salzdetfurth, Telefon (05063) 80 41.

Bundespräsident Schirmherr der REHA 85 Düsseldorf

Der Bundespräsident, Herr Dr. Richard von Weizsäcker, hat die Schirmherrschaft über die REHA 85, Hilfen für Behinderte, 3. Internationale Ausstellung mit Forum, die vom 19. bis 22. November 1985 auf dem Düsseldorfer Messegelände stattfindet, übernommen.

Die REHA findet zeitlich überlappend mit der MEDICA 85, Diagnostica — Therapeutica — Technica, Internationaler Kongreß und Ausstellung, statt.

Bessere Chancen für hörgeschädigte Kinder

Unerwartetes Ergebnis einer durch die Geers-Stiftung, Dortmund, geförderten Untersuchung: Mehr als 90 Prozent der befragten Lehrer empfinden ihre hörgeschädigten Schüler nicht als eine Belastung, ja sogar etwa 70 Prozent von ihnen sehen in ihnen eine Bereicherung für die Klasse.

Wie die Untersuchung bei 300 hörgeschädigten Kindern, die zusammen mit normal hörenden in die gleiche Klasse gehen, weiterhin ergab, stehen die Lehrer behinderten Kindern weitaus aufgeschlossener gegenüber, als häufig noch zu hören ist. Und auch diese Zahl ist eine echte Überraschung: 57 Prozent der in Regelschulen (Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium) unterrichteten hörgeschädigten Kinder spielen wenigstens ein Musikinstrument. Die hierfür erforderlichen Kenntnisse hätten sie in einer Sonderschule überhaupt nicht vermittelt bekommen!

Dank allmählich besser werdender Früherkennung, Früherfassung und Früherziehung hörgeschädigter Kinder wird es für immer mehr schwerhörige — und vereinzelt auch gehörlose — Kinder möglich, statt eine Sonderschule besuchen zu müssen, eine allgemeine Schule besuchen zu können. Die Faktoren für den schulischen Erfolg dieser Kinder ermittelte Professor Armin Löwe von der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg durch eine umfassende Erhebung bei Eltern und

Lehrern von hörgeschädigten Kindern in Regelschulen. Die Ergebnisse macht er in einem von der Geers-Stiftung in Buchform veröffentlichten Forschungsbericht allen Interessierten zugänglich. Trotz der Tatsache, daß noch immer viele dieser Kinder in der Regelschule auf sonderpädagogische Hilfe verzichten müssen, scheint ihre schulische Situation befriedigend zu sein. Sie könnte noch viel besser sein, wenn den hörgeschädigten Kindern didaktisch-methodische Hilfen, die nur einen Teil dessen kosten, was für eine Sonderbeschulung aufzubringen wäre, gewährt würden. Hierfür haben sich fast alle an der Erhebung beteiligten Eltern und Lehrer nachdrücklich ausgesprochen.

Der Forschungsbericht von Armin Löwe ist als Band 5 der Schriftenreihe der Geers-Stiftung erschienen und kann gegen Voreinsendung von 25 DM bei der Geers-Stiftung, Postfach 806, 4600 Dortmund 1, bestellt werden.

Kostenübernahme für geistigbehinderte Patienten

Urteil des Sozialgerichtes Köln
(Geschäftsnummer S 6 Kr 54/75)

Wenn ein Arzt die Notwendigkeit einer sprachtherapeutischen Behandlung bei einem geistigbehinderten Patienten feststellt und Sprachheilbehandlungen verordnet, kann es u. U. zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Krankenkasse kommen. Die (meistens begründeten) Befürchtungen der Kasse bestehen in diesen Fällen darin, daß es sich um Langzeitbehandlungen mit entsprechendem Kostenaufwand handelt. Derartige Vorkommnisse sind zum Glück nicht häufig, denn in der Regel handelt es sich dabei um Krankenkassen mit geringen Mitgliederzahlen, bei denen Kostendämpfung um jeden Preis oberstes Gebot ist. Da die Pharmaindustrie durch ihre große Lobby bei den Kosteneinsparungen weitgehendst ausgeklammert werden muß, versuchen diese Kassen nun den Sparhebel bei den Heilmitteln anzusetzen, und dazu gehören auch die Sprachheilbehandlungen. Soweit es sich bei den Sprachstörungen um diagnostisch abgesicherte Primärschädigungen handelt, bereitet die Kostenübernahme keine Schwierigkeiten, aber bei Geistigbehinderten wird versucht, eine Rechtsunsicherheit kostendämpfend auszunutzen, die tatsächlich nicht besteht. Die Kostenübernahmeablehnung wird zumeist damit begründet, daß die Sonderschule oder Tagesbildungsstätte für eine ausreichende Sprachförderung ihrer Klienten sorgen müßte.

Das Sozialgericht Köln hat zu diesem Sachverhalt

bereits 1975 eine maßgebliche Entscheidung gefällt, nach der die Krankenkassen selbst dann zu einer Kostenübernahme der Sprachheilbehandlungen verpflichtet sind, wenn ihre Satzungen etwas anderes vorschreiben. Bei ihrer Entscheidung berufen sich die Kölner Richter auf das Rehabilitationsangleichungsgesetz. Nach § 10 dieses Gesetzes, das am 7. August 1974 in Kraft trat, sollen alle Rehabilitationsträger, und dazu gehören auch

die Krankenkassen, sämtliche medizinischen Leistungen zur Rehabilitation gewähren, die zur Milderung einer Behinderung erforderlich sind. Die Sprachtherapie ist dabei ausdrücklich genannt. Es kann daher davon ausgegangen werden, daß die Kosten einer Sprachheilbehandlung bei Geistigbehinderten von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich übernommen werden müssen.

Holger Lakies

Zwei wichtige Neuerscheinungen!

Tagungsbericht Ravensburg 1984

XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung der dgs

Thema: **Zentral bedingte Kommunikationsstörungen**

(Ursachen und Therapie von Dysgrammatismus, Aphasie, Dysphasie)

ca. 370 Seiten, broschiert, 30,— DM

2. Ergänzungslieferung zur SMS

Strukturierte Materialien-Sammlung

Die 2. Ergänzungslieferung beschreibt weitere 71 Materialien, darunter erstmalig 29 technische Hilfen und Geräte. 24,— DM



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

Ich/wir bestelle/n:

_____ **Tagungsbericht Ravensburg 1984** 30,— DM

_____ Grundwerk der SMS mit Ordner und Schuber 40,— DM

_____ 1. Ergänzungslieferung zur SMS 28,— DM

_____ **2. Ergänzungslieferung zur SMS** 24,— DM

Name/Dienststelle

Straße

Postleitzahl/Ort

Datum

Unterschrift

Professor Sovák 80 Jahre

Der jedem Sprachbehindertenpädagogen zumindest durch seine auch in deutscher Sprache erschienenen Werke bekannte Emeritus der Karls-Universität zu Prag, der dreifache Doktor, Arzt, Philosoph und Pädagoge Miloš Sovák, wird am 15. April 1985 achtzig Jahre alt.

Wer miterlebt hat, wie humorvoll und mitreißend er vor wenigen Monaten in Ravensburg seinen von weisen Einsichten getragenen Vortrag gestaltete und wie er vom begeisterten Auditorium gefeiert wurde, wird ihm dieses Alter kaum glauben.

Der Begründer der Logopädie in der Tschechoslowakei, die er eindeutig als eine pädagogische Wissenschaft bezeichnet, hat zwar, gebührend geehrt, in diesem Jahre den Vorsitz der Logopädischen Gesellschaft seines Heimatlandes abgegeben, bleibt aber weiterhin aktiv:

Sein neuestes Werk über biologische Grundlagen des Lernens ist fertig; eine deutsche Ausgabe seiner, tschechisch schon mehrfach erschienenen Logopädie des Vorschulalters ist geplant. Die Vorbereitung auf Vorträge in seiner Heimat und in Wien, Kiel, Calw und anderen Orten des deutschsprachigen Raumes, lassen ihn auch im Jubiläumsjahr nicht rasten oder gar rosten. Seine treue Lebensgefährtin, Frau Dr. Marta Sováková, die selbst schon oft im Rahmen von Veranstaltungen der dgs über ihre erfolgreiche Pionierarbeit an der Beratungsstelle für Linkshänder in Prag berichten konnte, wird im Mai das 75. Lebensjahr vollenden.

Wir wünschen den beiden Jubilaren weiterhin Gesundheit und ein erfülltes Leben. Möge es ihnen vergönnt sein, in diesem Jahre mit ihren beiden in Amerika als Wissenschaftler tätigen Söhnen zusammenzutreffen.
Alfred Zuckrigl

Aus der Organisation

Ständiger Ausschuß für Berufsfragen

Warnung

Im Heft 6, Dezember 1984, wurde unter der Rubrik »Umschau« ein Artikel »Abrechnung von Terminausfällen« veröffentlicht. Die Richtigkeit der Aussage wird nicht angezweifelt, zu beachten wäre der Geltungsbereich des dort angeführten Urteils eines *Amtsgerichtes*. In dem Artikel wurde nichts darüber ausgesagt, ob dieses Urteil angefochten wurde oder nicht. Es gibt Bundesländer, in denen derjenige, der im guten Glauben nach diesem Urteil verfährt, seine Kassenzulassung aufs Spiel setzt.

Im Heft 1/1985 wird auf ein Urteil des Oberlandesgerichts München verwiesen: »Vorsicht bei Privatabrechnungen.« Bei dem Urteil ging es um die Berufsgruppe der Diplompsychologen. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die dgs eine im Grundsatz andere berufspolitische Linie verfolgt, als die Diplom-Psychologen das tun. Daher sind die beiden Berufsgruppen in ihrer Zielsetzung nur bedingt vergleichbar. Es wird den Mitgliedern empfohlen, ehe sie diesen Veröffentlichungen blind vertrauen, beim Ständigen Ausschuß für Berufsfragen Rückfrage zu halten.

Das gleiche gilt, wenn Landesgruppen Verträge für ihre Mitglieder mit Krankenkassenverbänden abschließen, damit wir für unsere Gesellschaft bundeseinheitliche Bedingungen schaffen.

Anschrift:

Ständiger Ausschuß für Berufsfragen, Sekretariat, Lange-Hop-Straße 57, 3000 Hannover 71.

Otto-Fried. von Hindenburg

Landesgruppe Hamburg

In Zusammenarbeit mit dem Bundesverband »Hilfe für das autistische Kind e.V.« führte die Landesgruppe Hamburg am 10. Januar 1985 eine Fortbildungsveranstaltung unter dem Thema: »Autismus — was ist das?« durch, die trotz widrigen Wetters sehr gut besucht war. Vermerkt wurde positiv, daß auch Mitglieder benachbarter Landesgruppen eingeladen und erschienen waren, was bestätigte, daß diese Veranstaltung offenbar von Interesse war. So sind es ja oft autistische Kinder, die in den Schulen für Sprachbehinderte, in Heimen und Ambulatorien als »schwierig« und »nicht ansprechbar« gelten.

Nach der Begrüßung durch die Bundesvorsitzende der dgs, Frau Anita Schwarze, die — ange-

regt von der Basis — diese Fortbildungsveranstaltung organisiert hatte, gab die Vorsitzende des Bundesverbandes »Hilfe für das autistische Kind e.V.«, Frau Helen Bloom, einen Bericht über die Situation und den derzeitigen Stand der Betreuung autistischer Kinder in der Bundesrepublik. Frau Ursula Busch, Mutter eines autistischen Kindes, referierte danach sehr anschaulich über Förderungsmöglichkeiten dieser Kinder und wie Verständigung mit ihnen möglich ist. Anschließend demonstrierte Herr Hartmut Janetzke, Psychologe am Hamburger »Institut zur Therapie autistischer Verhaltensweisen«, per Video und durch kurze Erläuterungen, wie Autismus diagnostiziert und in wirklich mühevoller Kleinarbeit therapiert werden kann. Daran schloß sich eine Diskussion an.

Alle Referenten wiesen darauf hin, daß Autismus eine Krankheit ist, deren genaue Ursache — ähnlich wie beim Stottern — derzeit noch unbekannt ist. Sie warben um Verständnis für diese Kinder und äußerten ihr dringendes Interesse an einer engeren Zusammenarbeit mit Sprachheilpädagogen, was wiederum von diesen ebenfalls begrüßt und gewünscht wurde. Bleibt zu hoffen, daß sich die Kontakte einzelner Mitglieder beider Verbände ausdehnen mögen auf Landes- und Bundesebene zum Wohle der Betroffenen.

W. Peiler

Betr.: Plakate

»Spricht Ihr Kind wie andere Kinder?«

Seit 1981 können von der dgs Plakate und Faltblätter bezogen werden, die zur Unterstützung von Maßnahmen der Früherfassung und Frühförderung sprachauffälliger Kinder gedacht und allgemein für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit einsetzbar sind.

Da diese Druckmedien nach wie vor immer wieder angefordert werden, hat der Hauptvorstand der dgs in seiner Sitzung am 8./9. Februar 1985 beschlossen, das Plakat nachdrucken zu lassen.



Diese 3. Auflage liegt nun vor, und alle Bestellungen können ab sofort wieder ausgeführt werden.

Der Preis für die *Plakate* beträgt 0,50 DM pro Exemplar, die *Faltblätter* können wie bisher zum Preis von 0,20 DM pro Exemplar bezogen werden.

Bestellungen richten Sie bitte an: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilkunde e.V. — Schriftführer —, p. A. Dieter Fichtner, Am Querkamp 58, 2800 Bremen 33.

Porto und Verpackungskosten sind vom Besteller zu tragen. Es lohnt sich daher, größere Sammelbestellungen aufzugeben.

d f.

Bücher und Zeitschriften

Waldemar Feiner, Charlotte Niederle und Elisabeth Michelic: Kinder erleben ihre Umwelt.

Modelle und Methoden zur Umwelterziehung im Vorschulalter. Österreichischer Bundesverlag, Wien, und Otto Maier Verlag, Ravensburg 1980. 216 Seiten mit vielen Fotos. 26 DM.

Die Autoren sind laut Waschzettel des Verlages »in der österreichischen Kindergartenszene bekannte

Leute, die vorwiegend in der Aus- und Fortbildung von Kindergärtnerinnen tätig sind«. Diesem Buch ist positiv anzumerken, daß es im Zusammenhang mit der Praxis und aus ihr heraus entstanden ist.

Das zeigen u. a. auch die über 100 Berichte und Anregungen aus der täglichen Arbeit des Kindergartens, die von vielen Erzieherinnen beigesteuert wurden. Nach einer sehr kurzen allgemeinen Ein-

führung werden die folgenden Themenbereiche behandelt: Kinder wollen mitarbeiten; Kinder als Erfinder; Kinder benutzen Medien; Kinder erforschen die Natur; Kinder wissen, was gesund ist; Kinder als Konsumenten; Kinder im Verkehr; Kinder machen eine Reise.

Vieles darin ist sicherlich nicht neu; so ist das, was hier zum Teil mit dem modernen Wort »recycling« bezeichnet wird, nichts anderes als das, was phantasievolle Erzieher/Lehrer (manchmal auch aus Not heraus!) schon immer getan haben, wenn sie ihre Schüler »alles Mögliche aus allen möglichen« Resten und Abfällen gestalten ließen.

Neben kurzen und grundsätzlichen Bemerkungen zum Thema, vielen Spiel- und Arbeitsvorschlägen, den Praxisberichten mit Bildern und Zeichnungen sind in einer ständig begleitenden Randspalte im Kursivdruck verallgemeinernde, methodische und didaktische Anmerkungen zu finden, die der jeweiligen praktischen Arbeit ein theoretisches Gerüst zu geben versuchen. Dies läßt das Buch auch für die Ausbildung von Erziehern nützlich erscheinen. Auch wenn das Buch für den Vorschulbereich konzipiert ist, kann es doch für die ersten Jahre auch der Sonderschule nützliche Anregungen für die tägliche Arbeit geben.

Klaus K. Urban

Dieter Betz und Helga Breuninger (Hrsg.): Teufelskreis Lernstörungen. Analyse und Therapie einer schulischen Störung. Verlag Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1982. 190 Seiten.

Als Hauptadressaten dieses Buches werden von den Autoren Psychologen und Therapeuten in Schul- und Erziehungsberatungsstellen genannt. Die angesprochenen Problembereiche betreffen Aggression, Angst, Blockierung, Eltern-Kind-Interaktion, Interessenlosigkeit, Konzentrationsschwäche, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Motivationsstörungen, Resignation, Selbstwertproblematik, Schulumüdigkeit und -versagen und Verhaltensstörungen, wobei die Gesamproblematik schulischer Lernstörungen und die sogenannten »Teufelskreise« in Theorie und Praxis vor allem am Beispiel der Lese-Rechtschreib-Schwäche dargelegt und diskutiert werden. In der Regel wird der Sonderschullehrer, zum Teil aufgrund der Organisation seiner Arbeit in der Schulwirklichkeit heute, zum Teil auch aufgrund unzureichender Qualifikationsvoraussetzungen, die angebotenen Behandlungskonzepte (die man schon fast »Rezepte« nennen könnte) so nicht in seine Praxis umsetzen können. Dennoch halte ich die Lektüre dieses Buches auch für Sonderschullehrer interessant und wichtig, vor allem die des theoretischen Teils, der Kapitel über

Elternarbeit und die Arbeit am Symptom (Rechtschreibtraining).

Die Autoren zeigen eindrucksvoll, wie, ausgehend von einem möglicherweise minimalen Defizit, auf das nicht angemessen oder gar nicht reagiert wird, Lernstörungen sich in »Teufelskreisen« weiter entwickeln und schließlich die gesamte Persönlichkeit des Kindes und seine Kommunikationsmöglichkeiten mit sich und der Umwelt beeinträchtigen oder gar behindern. Den Schnittpunkt der »Teufelskreise« und damit den Kern des Erklärungskonzepts sowie den wesentlichen Ansatzpunkt für die mehrdimensionale Behandlung bildet nach *Betz* und *Breuninger* das Selbstwertgefühl des Kindes. Dieser integrierende Ansatz spiegelt sich auch im Behandlungskonzept wider, das Eltern, Lehrer und Mitschüler einbezieht. In einem theoretisch begründeten und empirisch kontrollierten Stufenplan werden Elternarbeitsgruppen, Schülergruppen- und -einzelarbeit Sitzung für Sitzung ausführlich mit konkreten Handlungsanleitungen und Materialvorlagen beschrieben. Das Konzept integriert insbesondere Ansätze zur kognitiven Verhaltenstherapie (nach *Maichenbaum*) mit humanistischen Ansätzen der Gestalttherapie, Psychodrama und Rollenspiel. Die »Arbeit am Symptom« (Rechtschreibtraining) wird vielseitiger dargestellt, als es die Ursachen-Benennung für die Lese-Rechtschreib-Schwäche im Frühstadium erwarten läßt. *Betz* und *Breuninger* nennen nämlich lediglich eine vor allem reifungsbedingte Differenzierungsschwäche hinsichtlich der Raumlage der Buchstaben als alleinige Ausgangsverursachung. Diese eingeengte Sicht kritisiert auch *Schenk-Danzinger* in ihrem neuen Buch über Legasthenie, das hier demnächst besprochen wird.

Die Menge des Stoffs und die typographische Gestaltung (dreispaltig in DIN-A 4-Hochformat) machen die Lektüre nicht gerade einfach. Von daher erscheint es empfehlenswert, das Buch in kleinen Gruppen bei offizieller oder interner Lehrerfortbildung durchzuarbeiten. Auf jeden Fall sollte es in jeder Schul- und Lehrerbücherei zur Einsicht (und dies in doppelter Hinsicht!) zur Verfügung stehen.

Klaus K. Urban

Brigitte Seidel: Schüler spielen mit Sprache.

Sprachunterricht vom 1. bis 10. Schuljahr.

Verlag Kohlhammer, Stuttgart u. a. 1983.

154 Seiten. 29,80 DM.

Der Untertitel könnte nahelegen, daß es sich bei diesem Buch um eine umfassende Sprachdidaktik für Sprachunterricht vom 1. bis zum 10. Schuljahr handelt. Das allerdings kann und will die Autorin mit diesem Band nicht leisten. Hier sollen Spiele mit Sprache, die sonst fast nur im Zusammenhang

mit Literaturunterricht gesehen werden, als wichtige Stützen allgemein im Sprachunterricht gezeigt werden. Für sie wird kein Totalitätsanspruch erhoben, sie werden aber als durchgängig mögliches und motivierendes Lernverfahren in den Blick gerückt. Die Autorin zeigt, daß Spiele und Experimente mit der Sprache in einen motivierenden Unterricht so eingebracht werden können, daß Schüler selbständiger und sensibler mit ihrer Sprache umzugehen lernen. Zu diesem Zweck werden auch eine Menge praktischer Spielmöglichkeiten, die sich auf verschiedene sprachdidaktische Lernbereiche wie Grammatikunterricht, Sprachkunde, Schreibunterricht beziehen, kurz oder auch ausführlicher anhand von Unterrichtsbeispielen vorgestellt. Dabei wird oft verblüffend deutlich, wie sehr wir schon in unserer täglichen Welt mit Sprachspielen bzw. -spielereien zu tun haben (Werbung, Sponti-Sprüche usw.)

Sicherlich kann auch der Lehrer in einer Sonderschule eine ganze Reihe von Anregungen aus diesem Buch entnehmen. Für die unterrichtliche Arbeit aber muß auf der einen Seite folgende, auch von der Autorin gesehene Überlegung Berücksichtigung finden: Spiele mit Sprache können die Sicherheit in der Anwendung der System- bzw. Verwendungsnormen nicht beeinträchtigen, weil sie sie nämlich voraussetzen und festigen; aber: »Ohne feste Gründung im Normgerechten kann weder eine überraschende Abweichung absichtlich spielerisch produziert noch eine neue Lösung bei der Rezeption erkannt werden. Die Abweichung von den Normen dient dem Kind zu ihrer Bestätigung.« Von daher ergibt sich folgerichtig, daß Spiele mit Sprache im Unterricht nur dort sinnvoll eingesetzt werden können und dürfen, wo die Schüler die Sprachnormen sicher beherrschen. Das setzt also eine differenzierte Kenntnis von den sprachlichen Fähigkeiten voraus und bedingt einen wohl dosierten Einsatz solcher Spiele und Experimente, die ihren Ausgangspunkt wohl eher im lexikalischen und semantischen als im morphologisch-syntaktischen, formalen Bereich haben dürften. Auf der anderen Seite scheint mir aber gerade für unsere Schüler wichtig, daß sie Sprache auch als etwas kennenlernen, das man nicht ununterbrochen üben muß, das lediglich Auslöser für Unlust, Ärger und Mühe ist, sondern das auch Spaß, Spiel und Freude bedeuten kann!

Klaus K. Urban

Ulrich Bleidick und Sieglind Ellger-Rüttgardt (Hrsg.): **Berufliche Bildung behinderter Jugendlicher**. Studienbuch Pädagogik. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1982. 204 Seiten. Kartoniert. 46 DM.

Wie auch die Herausgeber in der Einleitung betonen, ist die Berufsbildung behinderter Jugendlicher heute das größte Problem der Sonderpädagogik. Diese an sich schon schwer lösbare Aufgabe wird noch schwieriger, wenn sogar immer mehr auch nicht behinderte junge Menschen arbeitslos werden. Deshalb müssen Bücher wie dieses möglichst weite Verbreitung und Beachtung finden, denn auch dieses kleine Sammelwerk gibt eine gute Übersicht über die dennoch vorhandenen Möglichkeiten und Beispiele der Berufswahlvorbereitung, der Berufsvorbereitung und der eigentlichen Berufsbildung behinderter Jugendlicher.

Dazu bieten mehrere Autoren (die Herausgeber sowie *Antor, Behrens, Schöne, Taubitz* und *Birgit Zeidler*) auch vertiefende Einblicke unter teilweise gesellschafts- und pädagogikkritischen Aspekten.

Obwohl die Lernbehinderten und die Geistigbehinderten (Werkstatt für Behinderte!) im Vordergrund der Betrachtung stehen, sind viele der herausgestellten Fakten und Gesichtspunkte auch auf andere Behindertengruppen übertragbar.

Interessant ist hier der vergleichende Blick auf die Berufliche Bildung Geschädigter in der DDR. Dabei erscheint als besonderer Unterschied zur Bundesrepublik Deutschland das in der DDR weit ausgebaute Sonderberufsschulwesen im Rahmen der — wie es heißt — allgemeinbildenden Sonderschulen. Zur Berufswahlvorbereitung sei noch der Polytechnische Unterricht in Sonderschulen erwähnt, der allerdings im Buch nur kurz angesprochen wird.

Mit der Beschreibung der Maßnahmen und Organisationsformen der Berufsbildung Behindertener bei uns informiert die Schrift nochmals den Leser, wenn auch etwas überblickshaft; das sehr ausführliche Literaturverzeichnis jedoch zeigt Wege zur Vertiefung dieser Kenntnisse. Arno Schulze

Herwig Baier und Ulrich Bleidick (Hrsg.):

Handbuch der Lernbehindertendidaktik.

Kohlhammer Handbücher Schulpraxis. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1984. 488 Seiten, 60 Abbildungen, 18 Tabellen. Leinen. 98 DM.

Eine Auswahl von Autoren, die in der Lernbehindertenforschung und -praxis Rang und Namen haben, legt eine zusammenfassende Darstellung der Lernbehindertendidaktik vor.

Wer sich über die gegenwärtige Sachlage informieren will, greife zu diesem Werk: Er wird nicht nur überblickshaft, sondern oft auch in die Tiefe lotend, zur Allgemeinen Didaktik und zur Didaktik der Schulfächer wesentliche Ausführungen finden.

Heinz Mühl: Einführung in die Geistig-behindertenpädagogik. Studienbuch Pädagogik. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1984. 188 Seiten. Kartoniert. 39,80 DM.

Es wäre als Einführung ein besonders zu empfehlendes Werk, das Mühl hier vorlegt, wenn er nicht — und das ist in unserem Leserkreis kaum erklärlich — die sprachliche Förderung fast völlig vernachlässigt hätte.

Beinahe alles, was die Geistigbehindertearbeit betrifft, ist gründlich dargelegt, bis zu den Kulturtechniken hin (Lesen, Schreiben, Mathematik!), aber die Voraussetzung zu allem, Sprache und Sprechen, fehlt! Vielleicht soll gerade diese auffällige Auslassung auf einen kommenden speziellen Sprachförderungs-Band hinweisen?

Erich Hußlein: Schule und Unterricht für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen. Verlag Königshausen und Neumann, Würzburg 1983. 268 Seiten. Kartoniert. 39,80 DM.

Nach grundlegenden Erörterungen über Verhaltensstörungen und über die spezielle Pädagogik, die für die Behebung maßgebend sein will, kommt es zum Überdenken der diesbezüglichen pädagogisch-therapeutischen Förderung im Rahmen der Schule.

Christian G. Lipinski u. a. (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim. Heimunterbringung und soziale Integration behinderter Kinder und Jugendlicher. Mit Beiträgen von 24 Mitarbeitern. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1983. 151 Seiten, 11 Abbildungen. Kartoniert. 32 DM.

Das Hauptanliegen des Buches sind die Indikationen zur Heimunterbringung, die Integration in den Heimen selbst und die Integration außerhalb der Heime nach der Entlassung. Gerade der letztgenannte Aspekt ist als Zielangabe hervorragend, geht er doch bis zur Berufsfähigkeit nach Heimaufenthalt und bis zur Emanzipation in Selbsthilfegruppen.

Uwe Jacobsen und Udo Kalbe (Hrsg.): Hilfsmittel für behinderte Kinder. Ein Ratgeber für Ärzte und Therapeuten. Unter Mitarbeit zahlreicher Fachautoren. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/New York 1984. 129 Seiten, 122 Abbildungen. Kartoniert. 38 DM.

Die Herausgeber und Verfasser bieten eine breite Übersicht über die vielfältigen Hilfsmittel für behinderte Kinder (Seh-, Hör-, Sprach- und Körperbehinderte). Besondere Erwähnung finden dazu noch Hilfsmittel für die krankengymnastische Behandlung, Fahr- und Transporthilfen und sogar

behindertengerechte Bekleidung. Auch Finanzierungs- und Beschaffungshinweise fehlen nicht. Rund herum also ein höchst lobenswertes Buch, das großen Zuspruch finden sollte. Arno Schulze

Aus anderen Zeitschriften

Anales Otorrinolaringologicos Ibero-Americanos, Barcelona/Spainien

Nr. 1, 1985:

M. Puyuelo u. a.: Estudio otorrinolaringologico, Logopedico y Foniatico de Casos de Paralisis Cerebral. S. 51—64.

Es handelt sich um eine logopädische und phoniatische Untersuchung von 20 Fällen cerebraler Paralyse.

Aphasie. Organ des Bundesverbandes für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Bornheim 3

Nr. 16, 1984:

Dieses Heft bringt wieder viele Informationen aus der Verbandsarbeit, zum Schwerbehindertengesetz und die Beschreibung der Klinik Burg Landshut in Bernkastel-Kues. Diese Klinik hat 240 Betten für neurologisch, psychosomatisch und psychiatrisch Kranke.

Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 1, 1985:

Hans-Werner Stecker: Kritikpunkte und Veränderungswünsche im Kontakt mit Fachleuten. S. 8—13.

Wie findet man die richtige Therapie, wer finanziert diese, und wie kommen Stotterer und Therapeut zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen? Diese Fragen, meint der Autor, müssen noch leichter und besser zu klären sein als bisher, und er äußert entsprechende Wünsche.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 1, 1985:

N. J. Matwejew: Hörerziehung in der Schwerhörigenschule. S. 24—41.

Ein vierjähriger Schulversuch zur Verbesserung der Hörerziehung in der Schwerhörigenschule wird beschrieben. Dabei kam es zur Anwendung eines komplexen Vorgehens, dessen gute Resultate deutlich gemacht werden.

Karla Pietsch: Rhythmisch-musikalische Erziehung an Sprachheilschulen. S. 41—49 (wird fortgesetzt!).

Die Verfasserin betont die Notwendigkeit der rhythmisch-musikalischen Erziehung an der Schule für Sprachbehinderte. Die inhaltliche und methodische Gestaltung wird anschaulich gezeigt.

1. Beiheft, 1985:

Verschiedene Autoren: Sprachunterricht in der Gehörlosenschule. S. 1—48.

Das Sonderheft enthält eine Reihe von Beiträgen sowjetischer Gehörlosenpädagogen zu grundlegenden Überlegungen zum Sprachunterricht in den Gehörlosenschulen der UdSSR. Diese sollen auch für die DDR-Lehrpläne eine zentrale Rolle spielen.

informatio. Mitteilungen des Seraphischen Liebeswerkes Pro infante et familia. Solothurn/Schweiz

Nr. 1/2, 1985:

In diesem Sonderheft sind alle Vorträge zum Thema »Gesellschaft mit oder ohne Sozial-

arbeit?« abgedruckt, die im Juni 1984 bei einem internationalen Symposium in Solothurn gehalten wurden.

logopedie en foniatrie, Gouda/Niederlande

Nr. 1 und 2, 1985:

Beide Hefte haben zum Rahmenthema die Gehörlosigkeit.

Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), Freiburg/Schweiz

Nr. 1, 1985:

Hans Weiss: Behinderung und soziale Herkunft. S. 32—54.

Es wird aufgearbeitet und kritisch referiert, was zum Teil bisher über den Einfluß sozialer Faktoren auf die Genese von Behinderungen erforscht und veröffentlicht wurde. Es werden das Überwiegen der Unterschichten festgestellt und Konsequenzen daraus für Prävention und Rehabilitation gezogen. Arno Schulze

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

- P. Jehle: Zur Evaluation des »Monterey-Programms für flüssiges Sprechen« von Ryan/Van Kirk.
- B. Kleinert-Molitor: Überlegungen zu einer psychomotorisch orientierten Sprachförderung in Kindergarten und Anfangsunterricht.
- G. Bergmann: Der Einsatz eines tragbaren Sprachverzögerers in der Therapie des Stotterns: Möglichkeiten und Grenzen.
- V. Middeldorf: Das Phänomen »Zungenpressen« (tongue thrust) — ein gemeinsames Problem der Kieferorthopädie/Zahnmedizin und Sprachheilpädagogik/Logopädie.
- R. Bahr und H. Nondorf: Bewegungshandlung und Sprachvollzug — Gedanken zur psychomotorischen Förderung sprachentwicklungsgestörter Kinder.
- J. Jendricke: Aufmerksamkeitsstörungen — Eine empirische Untersuchung an sprachbehinderten Schülern.
- H. Günther: Sprachförderunterricht an saarländischen Grundschulen. Eine empirische Untersuchung zur Organisation und Kooperation an der Regelschule.
- G. und H. Lakies: Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns.
- P. Schäfersküpfer und D. von Cramon: Untersuchung und Beurteilung zentraler Störungen der Stimme und des Sprechens, Teil II: Phonation, Prosodie und Atmung.
- S. Mühe und I. Nadler: Stottern — Ansätze zur Generalisierung von Therapieerfolgen im nordamerikanischen Raum.
- J. Breckow: Therapeutische Interventionen bei Kindern mit Artikulationsstörungen auf der Basis eines Konzepts, das Kommunikationsförderung und Sprachtherapie verbindet.
- A. Preus: Sprachheilwesen und Sprachheillehrerausbildung in Skandinavien.
- J. Adler: Zur Problematik von Aphasikern mit leichten Reststörungen.
- B. Küppers: Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektro-akustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer.
- D. Schweppe und P. Jehle: Das Monterey-Sprechtrainingsprogramm in der Praxis.
- C. Tigges-Zuzok: Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie.
- W. Radigk: Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens.
- U. Hebborn-Brass: Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stottertherapie.

»Die Sprachheilarbeit«

Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

1. Die Hauptbeiträge sollen höchstens 15 Manuskriptseiten, Beiträge für die Sonderrubriken, z. B. »Aus der Praxis«, »Aus der Forschung« usw. höchstens 6 Manuskriptseiten umfassen (1 1/2zeilig in Maschinenschrift; einschließlich Literaturverzeichnis).
2. Jeder Arbeit soll eine Zusammenfassung von höchstens 15 Zeilen vorangestellt werden.
3. Jedes Manuskript muß am Schluß den Namen und die Postanschrift des Autors enthalten. Darüber hinaus wird um Zusendung eines Paßbildes (möglichst schwarzweiß) sowie um kurzgefaßte Angaben zum persönlichen Arbeitsfeld — ggf. zu Arbeitsschwerpunkten (Forschungen) und vorliegenden Publikationen — gebeten.
4. Für Abbildungen im Text (Diagramme, Kurven, Schemazeichnungen usw.) werden reproduktionsreife Vorlagen erbeten in gleichmäßiger Strichstärke und einer Beschriftungsgröße, die nach der Verkleinerung noch gut lesbar ist.
5. Abbildungen und Tabellen müssen durchlaufend numeriert sein und möglichst kurze Überschriften (Legenden) erhalten, die das Verständnis unabhängig vom Text ermöglichen.
6. Der Text soll durch Einfügung von Zwischenüberschriften eine hinreichende Gliederung erfahren. Zur Strukturierung der Kapitel und Unterkapitel ist eine Dezimalklassifikation zu verwenden (1. — 1.1. — 1.2. — 1.2.1. usw.).
7. Auf Fußnoten und Anmerkungen sollte möglichst verzichtet werden.
8. Literaturhinweise im Text: Wird nur eine Veröffentlichung eines Autors herangezogen, genügt die Angabe des Namens in Klammern, z.B.: (Sovák).
Werden mehrere Veröffentlichungen eines Autors erwähnt, wird dem Namen im Text das Erscheinungsjahr hinzugesetzt, ggf. mit a, b, ..., wenn es sich um mehrere Beiträge desselben Erscheinungsjahres handeln sollte, z. B.: (Luchsinger 1956 a).
Wörtliche Zitate im Text sind mit der genauen Seitenangabe zu versehen, z. B.: (Heese 1965, S. 72).
9. Im Literaturverzeichnis am Schluß muß alle im Text zitierte Literatur belegt sein. Die Reihenfolge der Literaturangaben richtet sich ohne Numerierung alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben des Autorennamens. Der Vorname wird nur bei Autorinnen ausgeschrieben, z. B.: Fernau-Horn, Helene — aber: Orthmann, W.
Bei Büchern sind neben dem Verfasser und Titel der Verlagsort und das Erscheinungsjahr (möglichst mit hochgesetzter Zahl für die Auflage) anzugeben,
z. B.: Führung, M., und Lettmayer, O.: Die Sprachfehler des Kindes und ihre Beseitigung. Wien 41970.
Bei Handbuchartikeln gilt folgendes:
z. B.: Heese, G.: Sprachgeschädigtenpädagogik. In: Jussen, H. (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe. München 1967, S. 270—296.
Bei Zeitschriften-Beiträgen sind neben dem Verfasser und Titel der Name der Zeitschrift, der Jahrgang, das Erscheinungsjahr in Klammern sowie die Anfangs- und Schlußseite des Beitrags aufzuführen,
z. B.: Knura, Gerda: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. Die Sprachheilarbeit 16 (1971), S. 111—123.
10. Eingereichte Beiträge können nur veröffentlicht werden, wenn sie nicht vorher oder gleichzeitig andernorts erscheinen.

Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!

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

Wartenberg & Söhne GmbH, Verlag · Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50

*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 Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten.

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

Der Preis beträgt 18,— DM zuzügl. Porto.

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

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je ____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen
1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76, 1973/74, 1971/72.
Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

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

Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Datum



Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns

- SVG 1/2: Tragbare Sprechhilfen im Zigaretenschachtelformat
- SVG 3: Digitaler Laborverzögerer für die ambulante Behandlung

Unsere Broschüre gibt Hinweise für die Anwendung und Therapie der Geräte und kann kostenlos angefordert werden.



Audiotest AT 8.000

Neues mikroprozessorgesteuertes Audiometer mit einfacher Handhabung. Ideal für Gehör-Reihenuntersuchungen.

S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelaute (S, Sch ...). Lieferbar ab 6/85.

Moderne Technologie zum günstigen Preis

NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp
Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6
Telefon (02327) 7 07 64

Sprachtherapeut (Dipl.-Päd.)

mit mehrjähriger Berufserfahrung in sprachtherapeutischer Praxis und vorschulischer Sprachheilarbeit sucht Anstellung.

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

Logopäde(in) oder Dipl.-Pädagoge(in)

zum 1. 9. 1985 oder eher mit Berufserfahrung in der Behandlung von Dysarthrie, Dyslalie, sprachlicher Entwicklungsverzögerung und Aphasie gesucht. Geboten wird: 4-Tage-Woche (26 Std.), Bezahlung analog BAT, 6 1/2 Wochen Urlaub, 13. Gehalt, Urlaubsgeld.

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

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

Bitte benachrichtigen Sie in einem solchen Fall umgehend Ihre Landesgruppe der dgs.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzende: Anita Schwarze, 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:

Anita Schwarze, Eißendorfer Pferdeweg 15b, 2100 Hamburg 90, Telefon (040) 7 90 58 33

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Wolfgang Zitzelsberger, Ernst-Herrmann-Straße 17, 8720 Schweinfurt
Berlin	Dipl.-Päd. Kurt Bielfeld, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenbarg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Redaktion Arno Schulze, Prof. Dr. Jürgen Teumer,
Schwanallee 50, 3550 Marburg/Lahn
Telefon: Dienststelle (06421) 28 38 12 bzw. 28 38 20

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:

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

Bezugspreis pro Heft 6,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 36,— DM zuzüglich 4,80 DM Portokosten.

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

Mitteilungen der Redaktion

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

Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist 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 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 e.V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.

Beilagenhinweis: Der heutigen Ausgabe unserer Zeitschrift liegt ein Prospekt des Verlags Sigrid Persen, Horneburg, bei.

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

HERRN WSS 005690 *0002*
KLAUS WITTMANN
BLEIBTREISTR. 45

D 1000 BERLIN 12

Die **Bergische Diakonie Aprath** sucht für ihr **Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum** — Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie —
(Ltd. Arzt: Dr. med. E. E. Jungjohann)

eine berufserfahrene teamfähige

Logopädin/Sprachtherapeutin

für die stationäre Behandlung von verhaltensauffälligen sprech- und sprachgestörten Kindern und Jugendlichen. Das diagnostische und therapeutische Team besteht aus Ärzten, Psychologen, Spiel- und Bewegungstherapeuten, Sozialarbeitern, Pädagogen.

Eine bewußte Haltung im Sinne der evang. Kirche und ihrer Diakonie wird erwartet.

Die Vergütung erfolgt nach BAT-KF mit den üblichen Sozialleistungen.

Für ein Informationsgespräch steht Ihnen Herr Dr. med. Jungjohann,
Telefon (0202) 7291-310 zur Verfügung.

Ihre schriftlichen Bewerbungen richten Sie bitte an die Leitung der
Bergischen Diakonie Aprath, Otto-Ohl-Weg 10, 5603 Wülfrath.

Seit wir ein eigenes Haus haben, baut Opa mit mir die tollsten Sachen.



Kinder basteln für ihr Leben gern. Da braucht man einen Raum, der genug Platz bietet und ruhig mal schmutzig werden darf.

Mit einem BHW-Bausparvertrag kommen Sie auch heute noch sicher zu Haus- und Grundbesitz. Die BHW-Bausparkasse bietet Ihnen mehr als nur finanzielle Vorteile.

Sprechen Sie doch mal mit Ihrem BHW-Berater. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW
BAUSPARKASSE

Auf uns baut
der öffentliche Dienst.