

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite
<i>Erwin Richter, Lübbenau (DDR)</i> Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs	253
<i>Bert Küppers, Roetgen-Rott, und Gerhard Wünschmann, Wegberg</i> Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektroakustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer	261
<i>Cornelia Tigges-Zuzok, Essen</i> Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie — ein zentrales Problem der Aphasietherapie	273
<i>Werner Radigk, Frankfurt/Main</i> Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens	281
Aus der Praxis	
<i>Heike Rodust und Maria Schinnen, Berlin</i> Aische bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule	285

Aus der Forschung	Seite
<i>Jutta Breckow, Köln</i> Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — empirische Untersuchung an einem Kollegium	291
Leserbriefe	295
Umschau	299
Würdigung	300
Nachruf	301
Aus der Organisation	302
Bücher und Zeitschriften	303
Vorschau	304
Hinweise für die Autoren	305

Postverlagsort Hamburg
30. Jahrgang
Dezember 1985 · Heft 6

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) 790 58 33

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwab-Straße 12, 8721 Schwebheim
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 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Otto-Friedrich von Hindenburg, Wiesenstraße 50 E, 3000 Hannover 1
Rheinland	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz	Theo Borbonus, Gut-Muths-Weg 28, 4300 Essen
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenborg 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 (neue Anschriften) Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, 3575 Kirchhain 1
Telefon (06422) 28 01
Prof. Dr. Jürgen Teumer, Sedanstraße 19, 2000 Hamburg 13
Telefon: Dienststelle (040) 4123 3757

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 Werbeblatt des Berufsverbandes diplomierter Sprachheilpädagogen e.V., Bonn, bei.



Erwin Richter, Lübbenau (DDR)

Versuchte Analyse eines Stotterrezidivs*

Zusammenfassung

Es wird die Behandlung eines jugendlichen Stotterers im Hause des Verfassers beschrieben. Nach elf Tagen therapeutischer Betreuung fuhr der Klient mit einem völlig flüssigen Sprechen in seine Heimat zurück. Doch schon nach kurzer Zeit trat ein totales Rezidiv ein. Die Ursachen für den so überaus schweren Rückfall können in vier Bereichen gesucht werden bzw. könnten im Zusammenwirken aus ihnen hervorgegangen sein. Die zwei psychischen Bereiche waren wahrscheinlich dominierend. Abschließend werden aus diesem Behandlungsfall Konsequenzen gezogen.

1. Die Vorgeschichte

Mit einem jungen Mann, außerhalb der DDR wohnend, kam ich in einen Briefwechsel, der sich zu einem freundschaftlichen Verhältnis ausweitete. Er gab an, früher auch einmal sehr schwer gestottert zu haben, aber jetzt mit seinem sprachlichen Stand zufrieden zu sein. Trotzdem nahm ich seine briefliche Mitteilung mit Besorgnis auf, daß er eine neue und besser bezahlte Stellung antreten werde, bei der er auch Kundenverkehr habe. Das war falsch von ihm, er hat sein sprachliches Können überschätzt, und er war auch psychisch noch nicht so sicher, um den Anforderungen dieser Stellung gewachsen zu sein. Nach Sprachstörungen in Kundengesprächen vergrößerte sich seine Unsicherheit, und je unsicherer er wurde, desto mehr verstärkte sich wieder sein Stottern. Wir wissen um diesen Teufelskreis. Seine Sprachstörungen wurden immer auffälliger, und somit forderte ihn seine Dienststelle auf, gegen das

* Anmerkung: Der Redaktion liegt ein Schreiben des Verfassers vor, nach dem »Otto« dieser Veröffentlichung zugestimmt hat.

jetzt so starke Stottern etwas zu unternehmen. Er wandte sich an mich, berief sich dabei auf unsere Freundschaft und fragte an, ob ich zu ihm kommen und ihm Sprachtherapie erteilen wolle. Dies war mir jedoch nicht möglich. Ich schrieb ihm, daß er als unser Gast für zwei Wochen nach hier kommen könnte. Diesem Vorschlag stimmte er zu, und wir vereinbarten einen Termin.

Geben wir meinem Klienten einen Namen und nennen ihn Otto. Er kam an einem Sonntagnachmittag zu uns. Bei seinen ersten Sprechversuchen dachte meine Frau in diesen Minuten bei sich: »Um Himmels willen, da hat sich ja mein Mann auf etwas eingelassen!« Nach seinen gezeigten Symptomen an diesem ersten Tag stellte ich die Diagnose: »Schweres tonisches Stottern mit starken krampfartigen Verschlufbildungen im Mund- und Kehlräum.« Wir wissen jedoch, daß die gezeigte Symptomatik, die ja nur eine gelernete falsche Sprechtechnik darstellt, keine gültige Aussage über die wirkliche Schwere des Stotterns ist.

Mein Klient war theoretisch über seine Sprachstörung gut informiert, zumal er auch schon einige Therapieversuche hinter sich hatte. Er hatte auch vorweg unser Buch (vgl. Richter und Wertenbroch 1979) gelesen, und war also mit dem Gang der Übungstherapie bereits vertraut. Daher wurden meine Erklärungen über die Fehlsteuerungen im Sprechvorgang sowie über dessen Korrekturen schnell begriffen. Das Begreifen der gesamten Zusammenhänge ist wiederum vom Intelligenzgrad abhängig, und der war bei Otto hoch. Somit kam er verhältnismäßig schnell in die neue Sprechtechnik und damit in das symptomfreie Sprechen hinein. Sehr positiv

wirkte hierbei auch seine gute Lernbereitschaft.

Am Montag hatten wir mit der Intensivtherapie begonnen. Am Dienstagabend konnte Otto mit mir symptomfrei sprechen, und am Mittwochabend sprach er auch mit meiner Frau völlig störungsfrei. Das übertraf zwar meine Erwartungen; wir hatten allerdings in den drei Tagen schon 15 Übungsstunden hinter uns, und bei der üblichen Behandlung mit wöchentlich einer Therapiestunde entspricht dies einer Zeit von 15 Wochen, wo gewöhnlich in den Zwischenzeiten viel verlorengelassen wird. Es war ein großer Vorteil, daß wir uns ganz intensiv und ohne Unterbrechungen in die neue Sprechweise einarbeiten konnten. Dies ist keine gekünstelte sogenannte Übungssprache, die der Klient außerhalb des Unterrichts sowieso nicht anwendet, sondern eine unauffällige normale Umgangssprache. Nur noch zweimal konnte ich bei Ottos Hiersein kleine Anzeichen von ihm hören: einmal bei der Bestellung beim Kellner und einmal bei der Unterhaltung mit unseren Gästen.

In der ersten Woche betrieben wir bei täglich fünf Therapiestunden à 60 Minuten nur Sprechtechnik, versuchten also in variablen Sprechübungen die flüssige Sprechweise fester einzuüben, zu größerer Sicherheit zu bringen. Als Vorlage für unsere technischen Sprechübungen diente uns das »Übungsbuch« von *Wertenbroch* (1982). Das Üben der neuen Sprechtechnik stützt sich hauptsächlich auf die Wahrnehmung einer entspannten Sprechmuskulatur und auf Wiedereinbringen der ungehinderten, klangvollen Stimmgebung in den Sprechprozeß. Diese Methode wird vom Engländer *Muirden* als Naturmethode bezeichnet, weil sie das naturbedingte Hauptelement des Sprechens, nämlich die Stimmgebung, wieder voll den Artikulationsbewegungen beigibt und diese in den Mitfluß nimmt (vgl. *Bush* 1983).

In der zweiten Woche betrieben wir Psychotherapie. Wir wissen, daß nach Beseitigung der Symptomatik ein jugendlicher oder erwachsener Stotterer noch längst nicht rehabilitiert ist. Er muß wohl meist auch eine seelisch-charakterliche Änderung bzw. eine ver-

änderte Einstellung zu seiner Sprachstörung, zu sich selbst und zur sozialen Umwelt erfahren. Wenn nicht gleichzeitig auch die Person des Stotternden mitbehandelt wird und er nicht eine Bewußtseinsänderung zum Positiven einschlägt, so kann trotz der gegenwärtigen Symptombefreiung leicht ein Rückfall eintreten. Eine zweckmäßig abgestimmte Psychotherapie erfordert jedoch ein Langzeitprogramm, und so haben wir uns in den fünf Tagen, die uns noch zur Verfügung standen, auf seine Probleme konzentriert. Er hatte eine lange Liste mit Punkten mitgebracht, die er mit mir erörtert und durchdiskutiert hat. Die so sehr wichtige Rückfallverhütung ist dabei leider viel zu kurz gewesen — und das hat sich bitter gerächt.

Nach elf Tagen intensiver Behandlung fuhr Otto mit einem völlig fließenden Sprechen in seine Heimat zurück. Es war eine Sensation, als er drei Wochen später bei einer Jahreshauptversammlung ein Referat hielt, bei dem er völlig flüssig gesprochen hat. Das schrieb er mir noch voller Stolz.

2. Das Rezidiv

Schon acht Wochen nach seiner Abreise schrieb mit Otto, daß er etwas rückfällig geworden ist, doch er gedenke, sein Sprechen bald wieder in den Griff zu bekommen. Er hat jedoch die neuerliche Talfahrt nicht aufhalten können, und schon nach weiteren vier Wochen berichtete er von seinem völligen Rückfall:

»Meine Stotteranfänge nahmen rapide zu. Ich war depressiv und stotterte stärker, als bevor ich in die DDR kam. Mein Chef ließ mich kommen und machte mir heftige Vorwürfe kleiner Fehler wegen, die mir passiert waren. Er zeigte offen, daß er mit mir nicht zufrieden ist. Mein Selbstvertrauen war total zerstört. Ich begann fürchterlich zu stottern, auch zu Hause, und das war neu. Bei den einfachsten Situationen stotterte ich und war nachher ein seelisches Häuflein. Der Druck kam von mir selbst: Ich muß, ich muß! ... weil ich unter meinem Stottern leide.«

Im nächsten Brief, wieder vier Wochen später schrieb er, daß er sich psychisch fast wieder gefangen habe. Dazu berichtete er ergänzend zum vorhergehenden Brief:

»Mein Stottern war so stark geworden wie nie mehr seit meiner Pubertät. Ich hatte bei jedem einzelnen Wort große Mühe, getraute mich überhaupt nicht mehr ans Telefon, denn es gelang mir nicht, mich mit Firma und Namen zu melden. Doch am schlimmsten war, daß ich mich beim Sprechen zusammenkrümmte, mit den Füßen stampfte, die Augen zusammenkniff und stark schwitzte.«

Über die Schwere und den so schnellen Eintritt des Rückfalls war ich erschüttert, denn ich hätte nie geglaubt, daß er trotz seines Wissens und Könnens der neuen Sprechtechnik in so kurzer Zeit wieder in sein früheres Stottern zurückfallen würde. Nach meinen bisherigen Beobachtungen geht ein Rückfall nur langsam vor sich, und die Symptomatik geht schlimmstenfalls bis zu ihrem vorhergehenden Stand zurück. Bei Otto dagegen ging der Rückfall weit darüber hinaus bis zur schwersten Symptomatik, die er in seiner Pubertätsjugend gehabt hatte.

Soweit die Tatbestände als Einführungstexte zu meinem Versuch, die möglichen Ursachen für den so schnell eingetretenen und so schweren Rückfall aufzuspüren. Die Ursachen liegen leider nicht offenkundig auf der Hand und sind nicht so leicht durchschaubar, und so bleibt es wohl gemerkt bei einem Versuch, ohne daß aus den nachfolgend angeführten Störfaktoren die Lösung gefunden wird. Mir ist bei diesem Unternehmen klar, daß ich mich dabei auch in Spekulationen bewege.

3. Analyse des Rezidivs

Ein Rückfall in das frühere Stottern, nach einer erfolgreichen Behandlung mit einer Zeit des flüssigen Sprechkönnens, kann aus folgenden Bereichen hervorgehen: Dem

- sprechtechnischen,
- charakterlichen,
- psychischen und
- somatischen Bereich.

Meist wird es sein, daß ein Bereich vordergründig steht und die anderen mehr oder minder zuwirken. Hierbei müßte aber scharf abgegrenzt werden zwischen der Struktur des Stotterns mit seiner Symptomatik selbst und dem Fehlverhalten des Klienten, d. h., welchen psychischen Kräften er nachgibt,

um wieder in sein Stottern zurückkehren zu können.

3.1. Stellungnahme zum ersten Punkt

Die neue Sprechtechnik war bei Otto noch nicht so gefestigt, noch nicht so tief eingespurt, daß er mit ihr nicht doch in einer kritischen Sprechsituation einbrechen konnte. Nach so jahrelanger Anwendung eines falschen Sprechmechanismus ist dieser gleichsam zum Reflexgeschehen geworden. Die therapeutische Konsequenz besteht in jedem Fall darin, die nun neue flüssige Sprechweise ihrerseits zum Reflexgeschehen werden zu lassen. Das erfordert freilich noch für eine längere Zeitdauer ein intensives Weitertraining. In der Therapie wird vorerst eine mehr willkürliche Steuerung der Sprechorgane gelernt. Das anschließende Selbsttraining zu Hause verfolgt den Zweck, die neue Sprechtechnik und damit das flüssige Sprechen allmählich in einen unwillkürlichen Ablauf übergehen zu lassen. Oder anders formuliert: Nach jahrelangem Stottern haben sich im Sprechapparat Muskelschablonen für das verspannte bis verkrampfte Sprechen gebildet. Diese gewachsene Verkrampfungsbereitschaft der Sprechmuskulatur läßt sich nicht innerhalb weniger Tage auf Dauer beseitigen. Es gilt im Weitertraining, daß die Muskelschablonen für verkrampfte Sprechbewegungen verkümmern und das Gespür für ein entspanntes Sprechen wächst.

Die Wiederholungsübungen zu Hause können bei voller Berufstätigkeit nur in der Freizeit durchgeführt werden und lassen sich nicht mit zeitraubenden Hobbys oder anderen Aktivitäten (z. B. Leistungssport, Fernstudium) vereinbaren. Sie fordern die ganze Person und dulden keine Zersplitterung der Kräfte. Otto gab jedoch schon bei seinem Hiersein ein größeres Vorhaben mit Lernfähigkeit für die nächste Zeit an, das ihn voll auslasten und möglicherweise auch überfordern wird. Und bald nach Abschluß dieses Unternehmens schrieb er mir, daß er ein Fernstudium aufgenommen habe. Es ist daher sehr fraglich, ob er nun auch noch Zeit für die notwendigen Sprechübungen gehabt hat. Schon das Unterlassen des Weitertrain-

nings der erleichternden Sprechtechnik hätte den Rückfall herbeiführen müssen.

Wie bereits oben gesagt, erfordert die neue Sprechtechnik über eine gewisse Zeitspanne eine willentliche Steuerung. Um diese jedoch zu ermöglichen, braucht der Stotterer seine »Sprechruhe«, eine »Gelassenheit«. In Situationen der Erregung, Unsicherheit und Hektik ist allerdings keine Sprechruhe gegeben, und eine willentliche Steuerung ist auch nicht möglich. Daher muß das Training der neuen erleichternden Sprechweise immer auch von Bemühungen einer psychisch-charakterlichen Verhaltensänderung begleitet sein. Andererseits trägt die Übungsbehandlung zur Verhaltensänderung bei: Wird mit der neuen Sprechtechnik ein störungsfreies Sprechen erzielt, so gibt dies auf Zeit die so unbedingt erforderliche Sprechsicherheit, und diese nun trägt zur Selbstsicherheit bei. Übungsbehandlung und unsere spezielle Psychotherapie stehen in einer Wechselbeziehung.

3.2. Stellungnahme zum zweiten Punkt

Die zentralste Frage bei Aufnahme der Behandlung eines jugendlichen Stotterers lautet, ob er zur Heilungsarbeit auch genügend motiviert ist. Davon hängt Erfolg oder Mißerfolg ab. Der Wille zur Sprachverbesserung, das Durchhaltevermögen, die Geduld und Beharrlichkeit können wohl in den Kreis der charakterlichen Eigenschaften einbezogen werden. Als Otto zu mir kam, war seine Motivation gut. Er selbst brachte zum Ausdruck, daß ihm eine gesunde Sprache für Beruf und Geselligkeit geradezu lebensnotwendig ist. Ich glaube aber nicht, daß dieser gute Vorsatz auch zu Hause angehalten hat. Oben wurde bereits ausgesagt, daß er durch Aufnahme des Fernstudiums seine Kräfte zersplittert hat, und er wird kaum noch Zeit für das Studium der ihm mitgegebenen psychotherapeutischen Literatur gehabt haben. Es entzieht sich unserer Kenntnis, wie Otto zur Heilungsarbeit gestanden hat, als er wieder zu Hause war.

Es ist in unseren Kreisen zur Wahrheit geworden, daß der ältere Stotterer wenig Motivation zeigt, ernsthaft an seiner Sprachstörung zu arbeiten. Er hat zwar einerseits den

Wunsch, vom Stottern freizukommen, andererseits will er dazu aber nicht viel beitragen, schon gar nicht große Zeitaufopfer bringen. Bemerkenswert ist, daß trotz eines angegebenen erheblichen Leidensdrucks dennoch nicht der bekundete Wille zur Beseitigung des Leidens realisiert wird. Für ein solches Verhalten wäre wohl der Begriff der Neurose angebracht, weil der Stotterer nicht das tun kann, was er eigentlich möchte: Er möchte zwar nicht mehr stottern, ist aber nicht bereit, etwas wirklich Ernsthaftes dagegen zu unternehmen und über eine längere Zeit Heilungsarbeit zu betreiben.

Die mangelnde Motivation läßt sich sogar noch ins Extreme ausweiten. *Wendlandt* (1983, S. 27/28) macht aus seinen Erfahrungen auf den Widerstand aufmerksam, den ein Stotterer der Behandlung entgegenzusetzen kann:

»Der Anspruch des Therapeuten . . . mobilisiert bei manchen Stotterern (vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen) beträchtliche Widerstände: Widerstände gegen eine grundlegende Veränderung der eigenen Persönlichkeit, Widerstände dagegen, die Rolle eines Normalsprechenden anzunehmen. Vielleicht kennen Sie diese Phase im therapeutischen Prozeß: Der Stotternde zeigt im Behandlungsraum Fortschritte über Fortschritte, fällt aber prompt und regelmäßig immer wieder in seinen Ausgangszustand zurück. Wenn wir dann in einer solchen Situation die Anzahl der Behandlungssitzungen erhöhen oder noch öfter Familienmitglieder in die Sitzungen einbeziehen, müssen wir häufig feststellen, daß die Mitarbeitsbereitschaft des Stotternden noch schneller absinkt.«

Es war sehr auffällig, daß Otto nach den schon erwähnten zwei geringen Störungen hier bei uns sofort sichtlich verstimmt war und nicht sogleich davon wieder loskam. Das deutete auf eine psychische Labilität und Überempfindlichkeit im sozialen Umfeld hin. Schon diese kleinen Anzeichen vor uns waren ihm peinlich und lösten Ärger aus. Ihm fehlte in bezug auf das Stottern die seelische Härte mit dem Nichts-draus-Machen. Die Empfindlichkeit ist für den Stotterer eine sehr schlechte Eigenschaft, denn sie verbucht jede größere Sprachstörung als psychischen Reiz, der auf die Symptomatik verstärkend wirkt. Die Anhänger der *Van Ripperschen Ver-*

fahrensweise in den Stotterer-Selbsthilfegruppen gehen auf die Straße und stottern absichtlich, um die Empfindlichkeit abzutöten und das Nichts-draus-Machen zu üben. Daraus ist zu ersehen, welch hoher Stellenwert der Empfindlichkeit zur Aufrechterhaltung der Symptomatik eingeräumt wird.

In den paar Tagen seines Hierseins wurde aus Ottos Gesprächen klar erkennbar, daß er ein starkes Geltungsbedürfnis hat, aus dem wahrscheinlich auch die Aufnahme des Fernstudiums hervorgegangen ist. Aus seinem übertriebenen Ehrgeiz hat er stets zu viel von sich selbst verlangt. Obwohl ihm eingeschärft wurde, daß kleinere Störungen zu Hause immer wieder einmal auftreten werden und sogar unvermeidbar sind, hat er sicherlich den schweren Fehler gemacht, nach den ersten kleinen Störungen das vordem störungsfreie Sprechen wieder erzwingen zu wollen. Im schon erwähnten Brief schrieb er: »Doch nun kam der Streß, nicht mehr zu stottern!« — Als Streß darf die Angst angesehen werden: die Angst zu stottern. Und an anderer Stelle ruft er aus: »Ich muß, ich muß!«, nämlich wieder störungsfrei sprechen. Ganz offensichtlich wollte er mit Eingriff des Willens — wohl gemerkt bei bestehender Unsicherheit und Angst — jedes Hängenbleiben verhindern. Wird hierbei eine Aufmerksamkeitsspannung zugefügt, so ist das ein sicherer Weg, der zur Verkrampfung führt. Nähere Ausführungen darüber im »Suggestiongesetz der verwandelten Anstrengung«, die in einem Beitrag des Verfassers (*Richter* 1983) in dieser Zeitschrift nachzulesen sind.

3.3. Stellungnahme zum dritten Punkt

Im Jugendalter wird wohl das Stottern in den meisten Fällen neurotisiert worden und in das Persönlichkeitsgefüge eingegangen sein. Wir wissen, daß die Wurzeln des Stotterns tief ins Psychische greifen. Unsere Expertin *Fernau-Horn* (1969) bezeichnet die verschiedenen Stotterarten gar als Sprechneurosen. Zum Thema Stottern als neurotisches System macht *Schoenaker* (1981) sehr interessante Ausführungen. Er ist Anhänger der *Adlerschen* Individualpsychologie. Nach die-

ser Schule wird das Stottern final gesehen, es ist ein zielgerichtetes Verhalten, von Leitlinien eines Lebensstils bestimmt und in eine Neurose eingebettet. Die Symptome werden als Ausdruck der neurotischen Haltung betrachtet. Das Zielverhalten nimmt die Funktion einer Sicherungsmaßnahme an und setzt die verschiedenartigen Symptombilder als Wirkweise bzw. als Zweckbestimmung ein.

Appelt (1930), ebenfalls ein Vertreter der Individualpsychologie, meint, daß an der Aufrechterhaltung der Symptomatik ein »psychisches Arrangement« beteiligt ist. Solange dieses bestehen und in der Lebensleitlinie eingebaut bleibt, wird der Stotterer ohne tiefgreifende Persönlichkeitsänderung seine Symptomatik nicht hergeben wollen oder können. *Schoenaker* (1981, S. 84) führt dazu aus:

»Logopäden erleben allzuoft, daß am Anfang einer Therapie die Sprechhilfsmittel ... sehr begeistert aufgenommen und erfolgreich angewendet werden. Nach einiger Zeit kommt dann ein Rückfall auf das alte Stotterniveau. Die Sprechhilfsmittel klappen nicht mehr. Das läßt sich durch obige Erkenntnisse erklären.« — »Denn er (der Klient) wird das fließende Sprechen oder die erlernte Art des flüssigeren Stotterns auf die Dauer nur in die Praxis des täglichen Lebens integrieren, wenn er bereit und mutig genug ist, die Konsequenzen des besseren Sprechens zu tragen. Solange er dazu noch nicht bereit ist, wird er uns indirekt klar machen, wie wenig er mit den erlernten Sprechhilfsmitteln in der Praxis des täglichen Lebens anfangen kann. Es ist dadurch deutlich, daß der Betreffende für sich selbst eine Entschuldigung gefunden hat, den Weg aus dem Stottern noch nicht gehen zu müssen und bei den alten Verhaltensweisen bleiben zu können.«

Wenn wir die Prinzipien der Individualpsychologie nachvollziehen, so darf wohl behauptet werden, daß Otto in den fünf Tagen unserer psychotherapeutischen Diskussionen bestimmt nicht die so notwendige Persönlichkeitsänderung erfahren hat und nach obigem Zitat in seine Sprachstörung zurückkehren durfte.

Nach diesen Ausführungen stellen wir auf unseren Fall bezogen die Frage, ob die psychische Kraft der Neurose so stark sein kann, daß sie die schon über eine längere Zeit auf-

gegebene Symptomatik in voller Intensität wieder zurückholt? Und eine zweite Frage: Könnte es sein, daß ein kurzfristig geheilter Stotterer sich als ein anderer Mensch vor- kommt, der er gar nicht ist und auch nicht sein will? Dazu bringt *Van Riper* in einem seiner Bücher (1982, S. 129) aus einem überaus reichen Erfahrungsschatz eine treffende Erkenntnis: »Jeder, der schon jahrelang gestottert hat, hat die Störung zu einem Teil seiner Persönlichkeit gemacht. Wenn man beginnt, diese Störung abzubauen, bedeutet das für den Patienten, einen Teil von sich selbst aufzugeben.« Daraus könnte gefolgert werden, daß in vielen Fällen der Stotterer mit seiner Symptomatik schon so verwachsen ist, daß er sich diese nicht mehr nehmen läßt. Wir wissen noch nicht viel aus der Werkstatt unserer Seele.

Wenden wir uns nun wieder Otto direkt zu. Bei seinem schon hier gezeigten Verhalten wird es gewesen sein, daß er über jede neue Störung erschrak, sich Vorwürfe machte und sich selbst beschuldigt hat. Als Folgerung darf angenommen werden, daß er seinen Sprechablauf mit einer Aufmerksamkeits- spannung daraufhin beobachtet hat, wo er hängenbleiben könnte. Aber gerade durch solche Kontrollmaßnahmen werden unbeding- t Störungen provoziert. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß Otto in den ersten Monaten durchaus noch hätte Sym- ptome haben dürfen, ohne darüber zu erschrecken, ohne Gleichmut und Sprechruhe zu verlieren und schon gar nicht darüber ver- stimmt zu sein.

Die Einblendung der Aufmerksamkeitskon- trolle in den Sprechablauf mit der Voraus- schau, wo hängengeblieben werden könnte, spielt in der Stottersymptomatik eine über- aus verhängnisvolle Rolle. Die therapeu- tische Erfahrung unserer Altmeister wird immer voll gültig bleiben, die besagt: Ablen- kung der Aufmerksamkeit vom Sprechvor- gang um jeden Preis. Vom unbedingten Ver- meidenwollen der Störung mittels Zuschal- tung der Aufmerksamkeit ist es nur noch ein Schritt, um in die »kritische Selbstkontrolle des Sprechablaufs mit der Vorausschau von schweren Lauten« zu geraten.

Es ist schwer, diesen so komplizierten psy- chologischen Vorgang mit wenigen Sätzen beschreiben zu wollen. Daher wird empfoh- len, einen längeren Erklärungsversuch bei *Richter* und *Wertebroch* (1979, S. 47—50) nachzulesen. Es darf gesagt werden, daß es schlimm um den jugendlichen Stotterer be- stellt ist, der sich im Netz der kritischen Selbstkontrolle verfangen hat, aus dem er sich so bald nicht zu befreien vermag. Auf un- seren Fall bezogen darf behauptet werden, daß die kritische Selbstkontrolle nicht nur den Rückfall herbeiführen, sondern darüber hinaus die Symptomatik ganz wesentlich ver- stärken kann.

Von der kritischen Selbstkontrolle ist es auch wieder nur ein Schritt zur negativen Selbst- beeinflussung; sie stehen einander sehr nahe. Einer Störung wird wohl immer der Gedanke folgen: »Ich konnte nicht!« Häufen sich solche Gedankengänge, so werden sie zur Vorstellung und in der Erweiterung zur Einbildung des »Nichtkönnens«. Solche Ein- bildungen sind äußerst wirksame Autosugge- stionen, die sich wohl auch stets realisieren werden (vgl. *Richter* 1983). Mit der Einbil- dung des Nichtkönnens ist auch stets die Er- wartung der Störung verknüpft. Schon allein solche negativen bzw. irrationalen Gedan- kengänge können zu einem vollen Rückfall führen.

Inwieweit diese angeführten psychischen Verknüpfungen zu Ottos Rückfall beigetra- gen haben, läßt sich aus unserem Stand nicht beurteilen. Der Verfasser wird Otto die- se Blätter zur Einsicht vorlegen, und es wäre wissenschaftlich sehr interessant, wenn er dazu aus seiner Erinnerung Stellung neh- men könnte.

3.4. Stellungnahme zum vierten Punkt

Zu Ottos Rückfall könnte auch der Streß im Beruf beigetragen haben. Es ist eine Erfah- rungstatsache, daß jede Überforderung des Nervensystems sich an einer schwachen Stelle des Organismus bemerkbar machen und dort eine Fehlsteuerung auslösen kann. Beim Stotterer ist der Sprechapparat der »Ort des geringsten Widerstands«: Es kommt zur verstärkten Verkrampfungsbereitschaft der

am Sprechen beteiligten Muskulatur. Diese Verkrampfungsbereitschaft bei psychosomatischen Überforderungen wird von Therapeuten häufig übersehen oder viel zu wenig beachtet. Sind die Ruhephasen zwischen Anspannung und Entspannung zu kurz und nicht ausgeglichen genug, so kommt es zu einer muskulären Dauerspannung, die symptomverstärkend oder gar symptomauslösend wirkt.

Aus der Literatur ist uns bekannt, daß die Stotterer oft zum schwachen unausgeglichenen Nerventyp (nach Pawlow) gehören. Dazu ist zu bemerken, daß dieser Nerventyp viel Schlaf und also längere Erholungsphasen braucht. In einem seiner Briefe schrieb mir Otto, daß er nun wüßte, warum er bei mir so schnell zu einem Erfolg gekommen ist: nämlich, weil er sich hier ausschlafen mußte und der Tagesablauf ohne Aufregung verlief. Gewiß wird auch das zum Erfolg beigetragen haben. Dieser so wichtige Ruheausgleich für das Zentralnervensystem fehlte ihm offenbar zu Hause. Wenn ich aber als Stotterer weiß, daß ich ein schwaches Nervensystem habe — und die angegebenen starken Schweißausbrüche sprachen dafür — und ein Schlafmangel die Symptomatik verstärkt, so müßte ich wohl verstandesmäßig auf eine genügende Nachtruhe achten. Durch die Aufnahme des Fernstudiums und das Vorhandensein eines Fernsehers wird wahrscheinlich bei Otto der Nachtschlaf zu kurz gewesen sein, und auf Dauer führte das zur Überforderung der höheren Nerventätigkeit. Wissenschaftlich formuliert heißt das, daß es zu einer Unausgewogenheit der hirnrorganisch gelenkten Sprechvorgänge auf der höchsten Stufe zentraler Integration kommt, welche alle Funktionen der gesprochenen Sprache steuert. Der Streß im Beruf und die verkürzte Nachtruhe könnten wesentlich zum Rezidiv beigetragen haben.

4. Die Konsequenzen

Es wäre nun noch zu erörtern, welche Konsequenzen aus dem geschilderten Behandlungsfall gezogen werden können. Als erstes muß ich bekennen, daß ich in den vielen Jahren meiner Berufspraxis die Sprachübungs-

behandlung überbewertet habe. Mit ihr ist zwar das flüssige Sprechen in verhältnismäßig kurzer Zeit zu erreichen, jedoch in unserem Falle unterlag der Erfolg sehr bald wieder negativen psychischen Einflüssen. Wiederum ist ohne einleitende Sprachübungsbehandlung eine erfolgreiche Stottertherapie nicht denkbar. Das so unbedingt erforderliche Selbstbewußtsein und die Selbstsicherheit des heilungsuchenden Stotterers können schwerlich aufgebaut werden, solange noch heftig gestottert wird. Übungsbehandlung und Psychotherapie haben sich zu ergänzen, wobei der Psychotherapie wohl meist der Vorrang gegeben werden muß. Die Übungsbehandlung bringt Symptommfreiheit, die Psychotherapie aber erst sichert sie auf Dauer ab. Der Hauptanteil des Stotterns, was beim Vergleich mit dem Eisberg unter dem Wasser fast unsichtbar bleibt, liegt wohl im Psychischen. Die Anteile, was über und unter Wasser ist, werden wohl bei jedem älteren Stotterer sehr verschiedene sein.

Sodann darf gesagt werden, daß elf Tage Therapie für ein schweres Stottern wirklich zu wenig waren. Unsere Behandlung konnte nur als Einführung in eine weiterführende autodidaktische Therapie gelten. Diese war wohl für die Sprechübungen und die dazugehörige Sprechtechnik möglich, denn darin hatte der Klient genauestens Einblick genommen und außerdem lag dafür das »Übungsbuch« vor (Wertenbroch 1982). Jedoch für die psychisch-charakterliche Umstimmung bzw. Verhaltensänderung fehlt uns geeignetes schriftliches Material, das wir dem Klienten zum nachträglichen Selbststudium mitgeben können. Zuvor muß freilich zum Anstoß einer Verhaltensänderung der persönliche Einfluß des Therapeuten geltend gemacht worden sein, denn so leicht läßt sich der Klient nicht in seinen Fehlhaltungen zur Einsicht bringen. Nur schriftliche Anweisungen, ohne Therapeuteneinfluß und seine erläuternden Erklärungen, würden unvollständig bleiben.

Ein ganz wichtiger Teil innerhalb der psychischen Betreuung dürfte die Rückfallverhütung sein. Aber gerade diese kam bei unserer betriebenen Aufklärungsarbeit viel zu

kurz. Hierfür hätten wir viel Zeit einsetzen müssen. Es war ein Fehler von mir, daß ich mich durch Ottos Fragestellungen von diesem so überaus wichtigen Thema habe abhalten lassen. Wir hätten noch eine Woche zusammenbleiben und hier nur noch Psychotherapie betreiben sollen. Für den Therapeuten müßten einmal in einem Beitrag all die Punkte aufgegliedert werden, die er mit seinem Klienten zur Rückfallverhütung durchzuarbeiten hat. In ihr liegt eine wichtige und sehr notwendige Aufklärungsarbeit des Klienten.

Der geschilderte rezidive Behandlungsfall

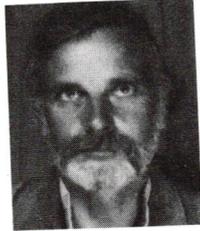
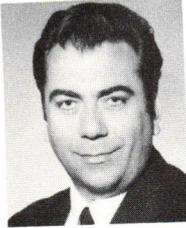
gibt uns die sehr aufschlußreiche Erkenntnis, daß die Sprachübungsbehandlung ein »psychisches Fundament« braucht, auf dem sie erst aufgebaut werden kann. Ist diese psychische Grundlage noch nicht gegeben, so wird die Übungsbehandlung kaum den Dauererfolg bringen, den man von ihr erwartet. Es ist daher als Konsequenz zu überlegen, ob vor der eigentlichen Übungsbehandlung erst eine Phase der Psychotherapie vorangehen sollte, in welcher der Klient lernt, sich zu akzeptieren und sein Verhalten weniger irrational (vgl. *Wertenbroch 1979*) als vielmehr rational zu gestalten.

Literatur

- Appelt, A.: Zur Therapie des Stotterns. Intern. Ztschr. für Individualpsychologie 8 (1930), S. 125—132.
Bush, N.: Die Naturmethode beim Sprechen für erwachsene Stotterer. Der Sprachheilpädagoge 15 (1983), S. 31—41.
Fernau-Horn, H.: Die Sprechneurosen. Stuttgart 1981, 2. Aufl.
Richter, E.: Die Problematik des jugendlichen Stotterers. Ztschr. für Heilpädagogik 27 (1976), S. 736—746.
Richter, E.: Suggestion und Autosuggestion in Genese und Therapie des Stotterns. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 99—109.
Richter, E., und Wertenbroch, W.: Die Sprachübungsbehandlung des Stotterns. Hamburg-Bergedorf 1979.
Schoenaker, Th.: Stottern — ein zielgerichtetes Verhalten. Sprache—Stimme—Gehör 5 (1981), S. 82—85.
Van Riper, Ch.: Sprech-Stunde in der Praxis eines Sprachtherapeuten. München 1982.
Wendlandt, W.: Zum Problem der Generalisierung in der Therapie des Stotterns. Der Sprachheilpädagoge 15 (1983), S. 16—30
Wertenbroch, W.: Stottern unter dem Einfluß negativer und irrationaler Selbstgespräche. Die Sprachheilarbeit 24 (1979), S. 221—227.
Wertenbroch, W.: Übungsbuch zur Behandlung des Stotterns. Hamburg-Bergedorf 1982, 2. Aufl.

Anschrift des Verfassers:
Erwin Richter
Sprachtherapeut i. R.
Straße der Jugend 12
DDR-7543 Lübbenau

Erwin Richter ist Sprachtherapeut und lebt seit März 1977 im Ruhestand. In seiner Jugend war er selbst ein schwerer Stotterer. Nach seiner Selbstheilung hat er fast ein ganzes Leben lang weiterhin seine eigene Krankheit studiert und sich auf die Behandlung des Stotterns spezialisiert.



Bert Küppers, Roetgen-Rott, und
Gerhard Wünschmann, Wegberg

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet elektroakustischer Sprech- und Therapiehilfen für Stotterer

Zusammenfassung

Stottern wird in vielen Modellvorstellungen mit der eigenen Phonation des Stotternden in Verbindung gebracht. Therapeutische Ansätze finden sich in der Ablenkung vom eigenen Sprechakt zur Aufbrechung des Hemmungszyklus der Sprache. Schwerpunkt einer jeden Stottertherapie liegt daher in der Änderung des neuropsychischen Bereitschaftspotentials und im Unterbinden der vom Schallereignis ausgehenden motorischen Sets. Zur Unterstützung dieser Bemühungen, die bisher an der mangelnden Übernahme der üblichen Sprechtechniken in die Alltagssituation der stotternden Kinder und Jugendlichen scheiterten, wurde ein sogenannter Stotterblocker entwickelt, ein elektroakustisches Kleingerät, das die eigene Sprache in verträglicher Weise abgestimmt auf den jeweiligen Stotterer maskiert. Dieses Gerät konnte zwischenzeitlich in der Therapie stotternder Kinder und Jugendlicher erprobt und analysiert werden.

1. Körperschallübertragung und neurophysisches Bereitschaftspotential als Ursache des Stotterns

Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen zu dem Phänomen Stottern. Während das klinische Erscheinungsbild des Stotterns weitgehend einheitlich beschrieben wird, wird die Diskussion über die Ursachen dieser Störung kontrovers geführt. Das Spektrum der theoretischen Erklärungsversuche reicht von tiefenpsychologischen, neuropsychologischen und lerntheoretischen Ansätzen bis hin zu der Annahme, daß Stottern die Folge einer neuromuskularen Koordinationsstörung sei.

Diese Theorieansätze beruhen meist auf empirischen Untersuchungen in Miniexperimenten mit nicht objektivierbaren Rand-

bedingungen. Eine geschlossene Theorie, die befriedigende Erklärungsversuche für das Phänomen Stottern liefert, existiert zur Zeit nicht. Bei Betrachtung der zahlreichen Veröffentlichungen fällt auf, daß zwar das Stottern mit der eigenen Phonation in Verbindung gebracht wird. So wird beispielsweise angenommen, Stottern entstehe aufgrund eines Wahrnehmungsdefektes mit Ausbleiben der zur Kontrolle des Sprechaktes erforderlichen Rückmeldesignale. Es wird jedoch niemals der Versuch unternommen, einmal die psychikalisch-physiologische Seite des Problems anzugehen, also zu prüfen, was denn der Stotterer auf dem Körperschallwege von seiner eigenen Sprache wahrnimmt, oder festzustellen, worin denn der postulierte Übertragungsdefekt besteht. Zunächst kann als weitgehend unbestritten angenommen werden, daß der von den Stimmbändern ausgehende Körperschall in ursächlichem Zusammenhang mit dem Stottern steht. Dem Höreindruck über den Luftschall kommt dabei nur geringere Bedeutung zu. Dies läßt sich leicht feststellen, wenn man die Gehörgänge durch Antiphone verschließt. Der gestörte Redefluß bleibt unverändert erhalten, obwohl ein Einfluß des ambienten Luftschallfeldes weitgehend ausgeschlossen ist.

Es bleibt also das Problem, die Körperschallübertragung vom Kehlkopf zum Innenohr einmal meßtechnisch zu erfassen. Die invasive Anbringung eines Körperschallaufnehmers am Innenohr würde zwar Meßwerte liefern, diese wären aber, wollte man damit auf die physiologische Bewertung des Schalleindrucks schließen, ziemlich wertlos.

Eine physiologische Bewertung der Körper-

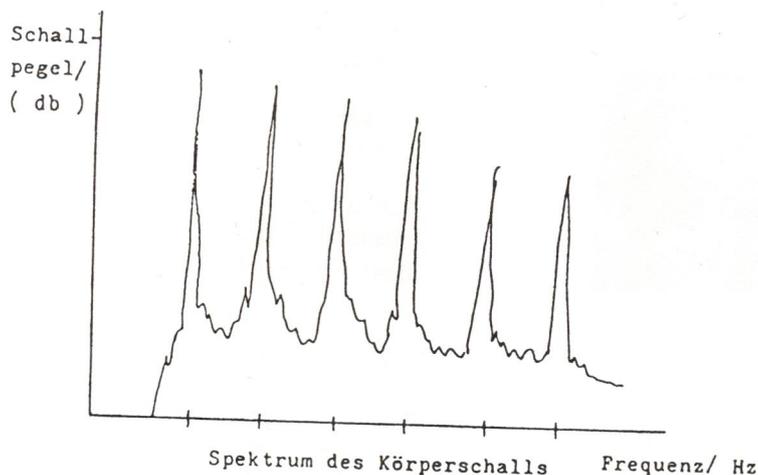


Abbildung 1: Spektrum des von den Stimmbändern ausgehenden Körperschalls

schallübertragung ist nur möglich im Vergleich mit physiologisch bereits vorliegenden und objektiv bewertbaren Schalleindrücken. In dieser Situation bleibt also nur ein Vergleich mit den physiologisch bewerteten und objektiv meßbaren Schallereignissen, die vom ambienten Luftschall über Gehörgang, Trommelfell und Basilarmembran das Innenohr erreichen.

Zentraler Ausgangspunkt für die Körperschallschwingungen sind die Stimmbänder. Die Schwingungen werden durch periodisches Öffnen und Schließen des Luftstromes erzeugt. Bei stimmhaften Lauten wird dabei gleichzeitig die Frequenz des Grundtones festgelegt. Eine Spektralanalyse (siehe Abbildung 1) zeigt, daß aufbauend auf dieser Grundfrequenz alle ganzzahligen Vielfachen im Spektrum vorhanden sind. Die erzeugte Schallenergie wird aber nicht nur an die Luft abgegeben, sondern auch an die Schädelknochen und setzt im Prinzip den ganzen Körper in Schwingungen. Dies führt dann zu dem sogenannten Eigenhören, bei dem die eigene Sprache nicht so sehr über den Luftschall als vielmehr über die Körperschallleitung zwischen Stimmbändern und Gehörorgan übertragen wird.

Mit dem vorliegenden Verfahren läßt sich nun sehr exakt messen, mit welchem Schalldruck die eigene Sprache wahrgenommen wird. Dazu führt man über Kopfhörer dem

Ohr den Sinuston eines durchstimmbaren Oszillators zu, während man gleichzeitig anhaltend mit den Stimmbändern einen Vokal erzeugt. Mit dem durchstimmbaren Oszillator läßt sich nun mit jeder einzelnen Oberwelle eine hörbare Schwebung erzeugen. Diese Schwebung ergibt sich aus der Überlagerung der jeweiligen Spektralfrequenz und dem Sinuston des Oszillators zu

$$y = a_1 \sin(\Omega_1 t) + a_2 \sin(\Omega_2 t)$$

Für den Fall der vollkommenen Schwebung, d. h., wenn $a_1 = a_2$, ergibt sich

$$y = \left(\sin\left(\frac{\Omega_1 - \Omega_2}{2} t\right) \right) \left(\sin\left(\frac{\Omega_1 + \Omega_2}{2} t\right) \right)$$

Es verschwinden die Spektralanteile der Ausgangsfrequenzen, und es bilden sich zwei neue Frequenzen, nämlich

$$f_u = \frac{f_1 + f_2}{2} \quad f_o = \frac{f_1 - f_2}{2}$$

Das Verfahren besteht also darin, mit dem Sinusgenerator eine Frequenz einzustellen, die mit der Grundwelle bzw. Oberwelle des gesprochenen Vokals eine Schwebung bildet. Die Schwebungsfrequenz ergibt sich zu $f_s = f_1 - f_2$. Die vollkommene Schwebung ist dann erreicht, wenn die Schwebung am deutlichsten hörbar ist. Dies ist aber mit dem Pegelregler am Sinusgenerator einstellbar. Auf diese Weise wird der Schallpegel einer jeden Spektrallinie mit dem Schallpegel am Ohr verglichen.

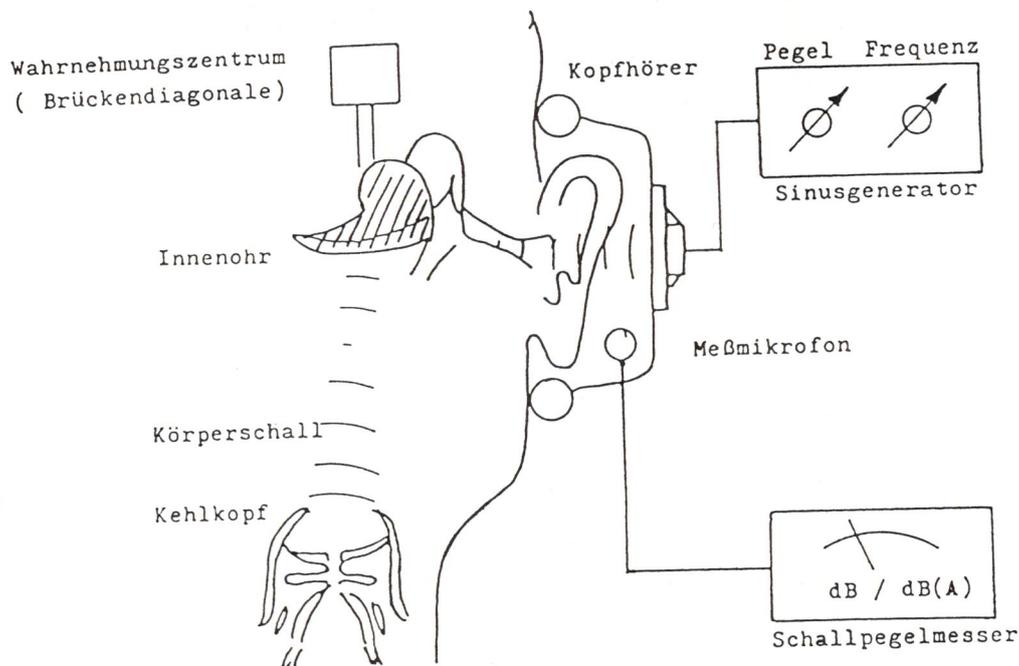


Abbildung 2: Meßbrücke zur Bestimmung der Körperschallübertragung vom Kehlkopf zum Innenohr

Der Schallpegel am Ohr aber läßt sich über ein Meßmikrofon, das am Kopfhörer angebracht ist, objektiv messen. Es wird also dabei der äquivalente Schallpegel im Kopfhörer gemessen, der gleich laut wahrgenommen wird wie der entsprechende Körperschallpegel. Es liegt hier eine Art akustischer Brückenabgleich vor, wobei die Brückendiagonale im Wahrnehmungszentrum liegt (siehe Abbildung 2).

Die etwas komplexere Messung erfordert in gewisser Weise die Fähigkeiten eines Klavierstimmers. Deshalb hat der Erstautor, um auch mit ungeübten Personen diese Messung durchführen zu können, die Meßbrücke mit einem zweiten Tongenerator, einem Lautsprecher und einem Oszilloskop ausgerüstet, um mit den Versuchspersonen den Abgleich optisch und akustisch vorher einzustudieren (siehe Abbildung 3). Die eigent-

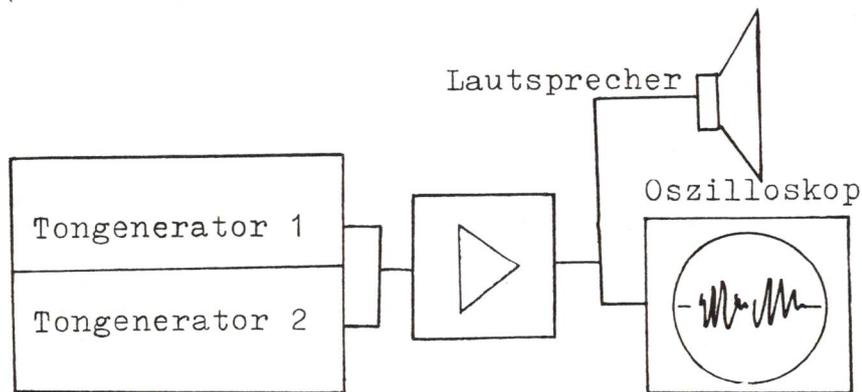


Abbildung 3: Einrichtung zur Erzeugung einer Schwebung

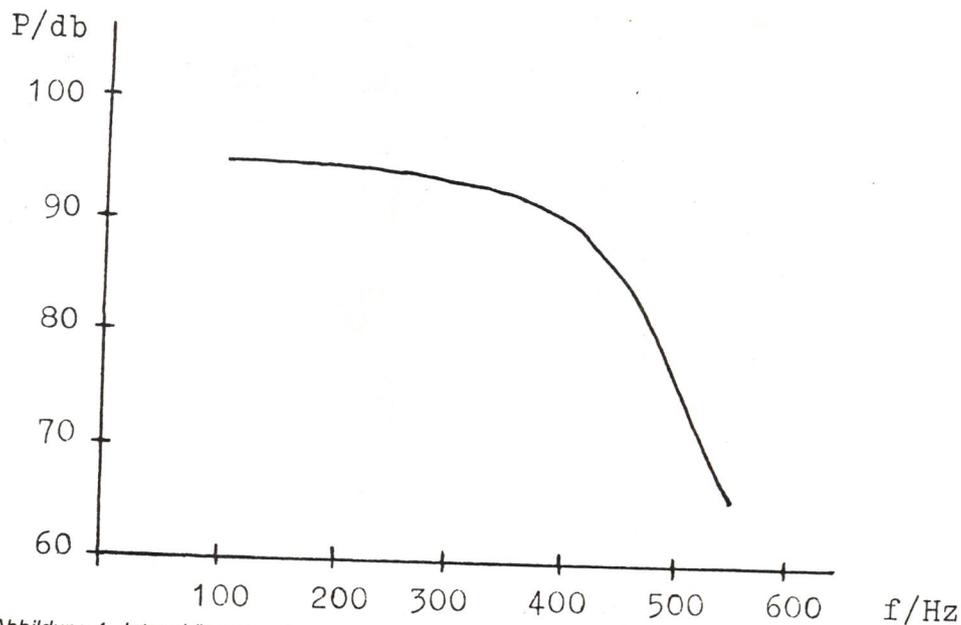


Abbildung 4: Intensität des wahrgenommenen Körperschalles als Funktion der Frequenz

liche Messung ist von außen durch andere Personen nicht zu kontrollieren, da der Pegelvergleich tief im Wahrnehmungszentrum vorgenommen wird. Durch wiederholten Blindabgleich lassen sich die gefundenen Werte aber sehr gut überprüfen.

Trägt man die gefundenen Schallpegel über der Frequenz auf, so erhält man das spektrale Übertragungsverhalten des Körperschalles, und zwar so, wie er wahrgenommen wird (siehe Abbildung 4).

Überraschend dabei ist, daß der Schallpegel im niedrigen Frequenzbereich (Versuchsperson männlich) bei 80 Hz zwischen 95 und 97 db (äquivalenter Schallpegel am Ohr) liegt. Der Schallpegel geht dabei mit steigender Frequenz zunächst nur wenig zurück und erreicht aber schon bei etwa 560 Hz einen Pegelabfall von etwa 30 db. Obwohl diese etwas komplexere Messung bisher nur bei einigen Personen durchgeführt wurde, kann man generell annehmen, daß das gefundene Übertragungsverhalten auch für Stotterer charakteristisch ist. Es ist also nicht so, wie häufig vermutet wird, daß ein Defekt im akustischen Wahrnehmungstrakt als Ursache des Stotterns anzusehen ist. Es scheint vielmehr so, daß eine ungestörte akustische Übertragung

des Körperschalles geradezu Voraussetzung für das Phänomen Stottern ist. Diese Annahme wird auch durch die Tatsache gestützt, daß man bei tauben Personen niemals Stottern beobachtet hat. Außerdem schließt die Beobachtung, daß Stotterer fehlerlos Dialekt sprechen, den angenommenen Wahrnehmungsdefekt aus. Das Phänomen Stottern wird offenbar immer von dem mit der eigenen Sprache in Verbindung stehenden Schalleindruck und einer neuropsychischen Konditionierung in einer Art »Und-Nicht-Verknüpfung« ausgelöst. Wichtig für die Entstehung des Stotterns scheint jedoch das wiederholte Auftreten negativer Erfahrung bei Versuchen zu verbaler Kommunikation zu sein. Diese wiederholten Negativerlebnisse bilden die Konditionierung für die in Verbindung mit dem Schallereignis entstehende Inhibierung des Redeflusses. Die negative Konditionierung in Verbindung mit dem Schallereignis bildet dann eine Art Bypass, der komplexere Entscheidungsmechanismen einfach umgeht. Dieser Bypass-Mechanismus scheint ziemlich elementar zu sein, worauf auch die Schwierigkeit hinweist, ihn zu umgehen. Man muß annehmen, daß der weitaus größte Teil der vom Großhirn ausgehenden Befehle

präkonditioniert ist, d. h., vom auslösenden Reiz bis zur motorischen Reaktion werden Entscheidungsmechanismen in verschiedenen hierarchisch angeordneten, präkonditionierten Strukturen durchlaufen. Auf der untersten Ebene dieser Hierarchie sind solche Entscheidungsmechanismen einzuordnen, die nur noch eines einzelnen auslösenden Reizes bedürfen, um völlig autonom abzulaufen. Diese Entscheidungsstrukturen werden durch mühselige Auseinandersetzung (trial and error) mit der Umwelt gesetzt (Entwicklungsstottern) und laufen nach neuesten Erkenntnissen ausgelöst durch Schlüsselreize schneller ab, als sie bewußt wahrgenommen werden.

Das Stottern setzt also immer eine neurophysische Konditionierung und das Eintreffen eines selbstgenerierten Schallereignisses voraus. Trifft eine dieser beiden Bedingungen nicht ein, so bleibt das Stottern aus. Es tritt bei Wahrnehmung des Schallereignisses eine Art Zwangshandlung ein, wie sie auch bei anderen Verhaltensstörungen »Tics« zu beobachten ist. Im Grunde genommen ist auch die in der Stottertherapie angewandte Methode des metrischen Sprechens ein Mechanismus von gleichem Typ, freilich mit positiver Sprechentscheidung. Das metrische Sprechen wird durch Anlernen vorbereitet (konditioniert) und beim Eintreffen des Schallereignisses (Metronom) ausgelöst. Bleiben beim metrischen Sprechen die motorischen Sets aus, so wird auch der neuropsychische Mechanismus nicht aktiviert, d. h., Stottern tritt wieder auf. Der Mechanismus des metrischen Sprechens und des Stotterns ist also prinzipiell identisch. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Mechanismen besteht darin, daß der Mechanismus des metrischen Sprechens ein offenes System ist und bei Ausbleiben der motorischen Sets unterbrochen wird, während beim Stottern die bei der eigenen Phonation durch das Schallereignis entstehenden motorischen Sets aufgrund der neurophysischen Gegebenheiten nicht auszuschalten sind. Auf diese Weise entsteht ein System mit destabilisierenden Mitkoppelungseigenschaften. Dieses System ist bei jedem Menschen offen an-

gelegt und wird erst durch die neuropsychische Konditionierung geschlossen, d. h., es ist offenbar von Zufälligkeiten abhängig, ob jemand im Laufe seiner persönlichen und sprachlichen Entwicklung in diese Falle gerät. In diesem Modell bildet das metrische Sprechen eine Art sekundären Bypass, der nach Anlegen eines Bereitschaftspotentials durch auslösende motorische Sets nach Art einer Zwangshandlung den Hemmungszyklus des Stotterns umgeht. Dadurch erklärt sich auch die Beobachtung, daß das metrische Sprechen selten in die Spontansprache übernommen wird und daß für den Fall, daß die metrischen Sets ausfallen, der Stotterer wieder in den ursprünglichen Hemmungszyklus zurückfällt. Das metrische Sprechen ist durchaus indiziert, wenn es darum geht, dem Stotterer überhaupt eine Kommunikationsebene zu eröffnen, geht aber nur die Symptome an, ohne eigentlich den Hemmungszyklus des Stotterns zu beeinflussen, und wird von dem Stotterer oft unangenehmer empfunden als das Stottern selbst. Dauerhafte Remission des Stotterns ist deshalb nur zu erwarten, wenn man den Hemmungszyklus direkt angeht. Dazu gibt es im Grunde genommen nur zwei Möglichkeiten:

1. Änderung des neuropsychischen Bereitschaftspotentials,
2. Unterbinden der vom Schallereignis ausgehenden motorischen Sets.

Zu 1. sind die bekannten therapeutischen Maßnahmen empfohlen, wie psychische Erleichterung, Beherrschung der Entspannungstechnik, Verbesserung des Selbstwertgefühls usw., aber auch die logopädischen Maßnahmen, wie die der sogenannten »Negativen Praxis«, bei der der Stotterer versucht, sein eigenes Stottern möglichst genau zu imitieren, jedenfalls so lange, wie es geeignet erscheint, das Leiden im Bewußtsein des Stotterers zu relativieren.

Diese Bemühungen sind jedoch deshalb so mühselig und häufig erfolglos, weil sich die negative Konditionierung durch die ständigen Mißerfolge bei den Versuchen zu verbaler Kommunikation stets erneut festsetzt (Stottern als Ergebnis seiner Diagnose).

Zu 2. ist die eigene Phonation natürlich

immer mit der Wahrnehmung der eigenen Sprache verbunden und läßt sich aufgrund der neuropsychischen Gegebenheiten kaum ausschließen. Trotzdem liegt hier eine Möglichkeit, den Hemmungszyklus des Stotterers direkt anzugreifen. Gelänge es, die Wahrnehmung der eigenen Sprache beim Stotterer wirksam zu unterbinden, so bliebe das Stottern mit Sicherheit aus. Eine physikalische Eingriffsmöglichkeit müßte im Bereich Kehlkopf—Innenohr gegeben sein. In der Folge wurde dann untersucht, ob sich hier nicht mit den oben erwähnten Forschungsergebnissen eine wirksame Eingriffsmöglichkeit eröffnet.

2. Kritische Bestandsaufnahme der Methoden, die geeignet sind, das Eigenhören über den auditiven Feedbackkanal zu beeinflussen

Eine dieser Möglichkeiten der Beeinflussung des Stotterns besteht in der Anwendung der »Verzögerten Auditiven Rückkoppelung (VAR)«, auch als Lee-Effekt bezeichnet. Darunter versteht man die Erscheinung, daß Nicht-Stotterer Stottersymptome zeigen, sobald man ihnen ihre eigene Sprache verzögert (0,2 bis 0,5 s) über den Kopfhörer wieder zuführt. Diese Verzögerung läßt sich technisch über ein Tonband bzw. elektronisch über sogenannte Eimerkettenspeicher realisieren. Bei Stotterern bringt die Anwendung der verzögerten auditiven Rückkoppelung eine relative Verbesserung des Redeflusses, weil der Stotterer partiell abgelenkt wird oder die eigene Sprache durch des rückgeführte Signal überdeckt. Prinzipiell ist dieses Verfahren jedoch weniger geeignet, weil man eine Symptomreduktion bestenfalls nur bis zu dem Grade erreichen kann, wie man die Symptome bei Nichtstotterern beobachtet. Diesen Nachteil hat das »Maskieren« nicht. Unter Maskieren versteht man ein Verfahren, die von der eigenen Stimmgebung ausgehende Schallwahrnehmung (vornehmlich Körperschall) zu verfremden oder zu unterbinden. In der Literatur sind solche Versuche beschrieben, die als Maskierungsgeräusch ein »Weißes Rauschen« verwenden. Dieses sogenannte »Weiße Rauschen« enthält alle

Spektralanteile des akustisch wahrnehmbaren Spektrums und ist wohl auch in der Annahme gewählt worden, daß es den von der eigenen Stimmgebung ausgehenden Schalleindruck bestmöglich überdeckt. Eine überzeugende Wirkung auf den Redefluß zeigt das über Kopfhörer aufgebrauchte »Weiße Rauschen« jedoch erst bei Schallpegeln größer als 90 db (A). Dies ist jedoch eine Lautstärke, die nahe der Schmerzgrenze liegt und bei längerer Darbietung zu Vertäubung des Ohres führt. Die Wirksamkeit des »Weißen Rauschens« scheint dann auch an eine prinzipielle Grenze zu stoßen, und zwar aufgrund der als Lombardeffekt bezeichneten Erscheinung, daß nämlich der Stotterer unter dem Eindruck des hohen Maskierungsschallpegels die Lautstärke seiner eigenen Sprache anhebt und auf diese Weise die Wirkung des Maskierungsgeräusches wieder vermindert. Außerdem wird natürlich die verbale Kommunikation mit dem Stotterer durch die dadurch bedingte unnatürlich laute Sprechweise erheblich erschwert.

Die oben erwähnten Untersuchungsergebnisse legen natürlich den Gedanken nahe, daß nur ein Teil des »Weißen Rauschens«, nämlich derjenige Teil, der im Spektralbereich der Körperschallübertragung liegt, für die Maskierung wirksam ist, während der obere Teil des Spektrums, der etwa um 30 db lauter wahrgenommen wird, für eine effektive Maskierung unbrauchbar ist. Die Aufgabe bestand dann in der Folge darin, ein Maskierungsgeräusch zu finden, das bei möglichst niedrigem Schallpegel den besten Maskierungseffekt zeigt. Ein reiner Sinuston wäre als Maskierungsgeräusch z. B. völlig ungeeignet, weil er durch Überlagerung mit dem Spektrum des Körperschalls die doppelte Anzahl neuer Spektrallinien bildet, die ausnahmslos als selbst erzeugt erkannt werden.

Die beste Maskierungswirkung erhält man mit einem tongenerierten Signal, das alle ganzzahligen Oberwellen enthält und dessen Grundfrequenz in etwa mit der in der Stimme des Stotterers übereinstimmt. Da aber intelligente Stotterer offenbar auch über eine breit angelegte Sensorik verfügen, gelingt es ihnen mühelos, wiederkehrende

Spektralmuster zu erkennen und sie mit der eigenen Stimmgebung in Verbindung zu bringen. Dies ließ sich erst durch periodisches Verschieben (10 Hz) des Spektrums um etwa eine halbe Oktave wirksam verhindern.

Ein Maskierungsgeräusch, das so aufgebaut ist, ist bei einem etwa 20 db geringeren Schallpegel genauso wirksam wie ein vergleichbares Weißes Rauschen. Dieser vergleichsweise niedrige Maskierungspegel liegt weit unterhalb der Schmerzgrenze. Es tritt infolgedessen auch keine Vertäubung des Ohres auf und der Lombardeffekt ist nicht mehr zu beobachten. Gibt man ein solches Geräusch durch Kopfhörer binaural auf, so tritt bei etwa 80 db eine spontane Remission des Stotterns auf. Diese Beobachtung macht man bei etwa 90 Prozent der Stotterer. Auch bei monauraler Darbietung ist die maskierende Wirkung kaum geringer. Wenn man weiß, wie wichtig für den Stotterer das Erlebnis fehlerfreien Sprechens ist, liegt natürlich der Gedanke nahe, den Hemmungszyklus des Stotterns auf diese Weise anzugehen

und das Maskierungsgeräusch immer dann aufzuschalten, wenn der Stotterer selbst spricht. Es sind solche Geräte bekannt, die die Auslösung eines Geräusches durch verzögerte akustische Rückkoppelung oder Weißes Rauschen immer dann vornehmen, wenn die Stimmgebung des Stotterers einsetzt. Die Auslösung erfolgt elektronisch durch ein Körperschallmikrofon, das mit einem Band am Halse getragen wird. Eine entsprechende Haltevorrichtung wird aber von dem betroffenen Personenkreis nicht akzeptiert. Bringt man dagegen das Körperschallmikrofon an anderer Stelle des Körpers an, so muß die Auslöseempfindlichkeit wesentlich erhöht werden. Dies aber führt schon aufgrund von Körperbewegungen zu Fehleinsätzen und macht das Gerät völlig unbrauchbar. Desgleichen hat der Erstautor Versuchsgeräte gebaut, die die Eigen-/Fremdschallerkennung durch ein Mikrofon, das vor dem Mund getragen wird, vornehmen. Diese Einrichtungen bestehen dann jeweils aus Kopfhörer, Steuergerät und Mikrofon (siehe Abbildung 5). Die Erfahrung zeigt,

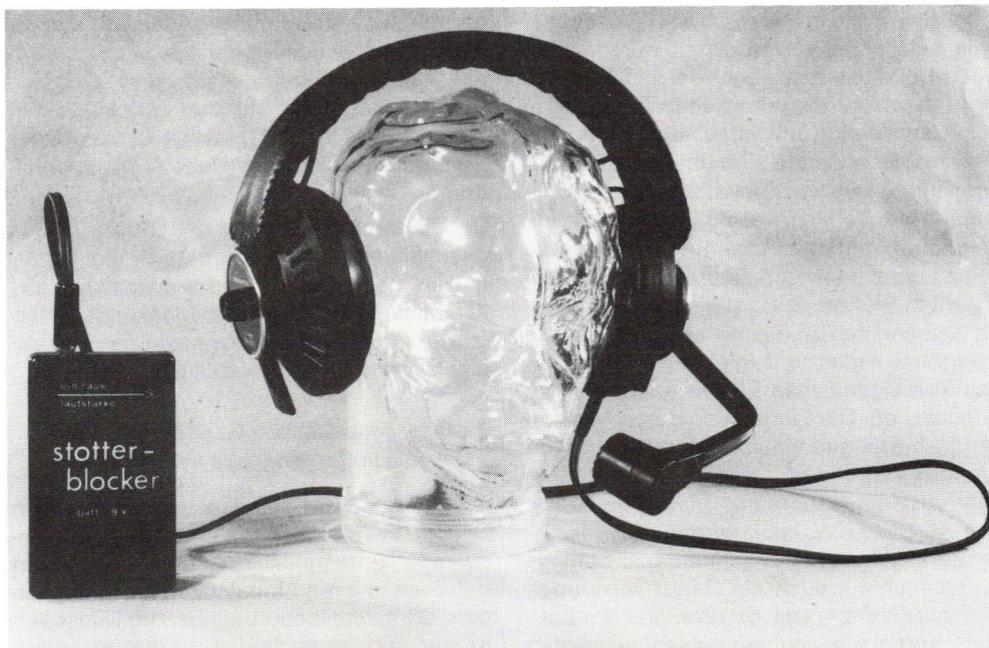


Abbildung 5: Der Stotterblocker für das Sprachlabor. Er bringt in etwa 80 bis 90 Prozent der Fälle auf Anhieb völlige Symptommfreiheit.

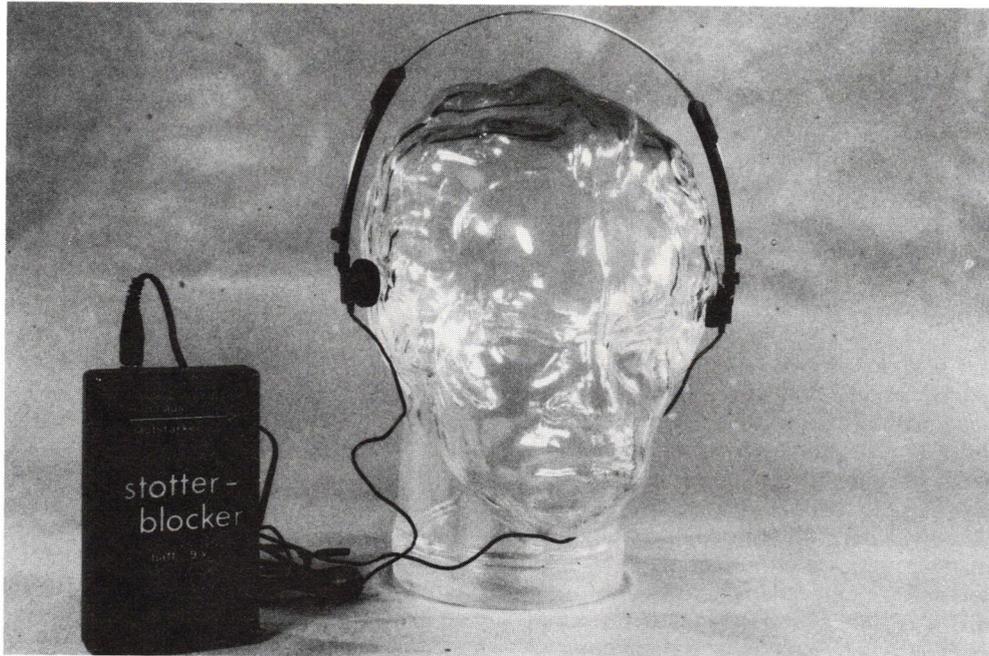


Abbildung 6: Der Stotterblocker ermöglicht die freie Rede im Dialog auch außerhalb der Therapiestunden.

daß diese Geräte im allgemeinen funktions-tüchtig sind und in etwa 80 bis 90 Prozent der Fälle auf Anrieb völlige Symptommfreiheit bewirken. Es bestehen jedoch bei dem betroffenen Personenkreis erhebliche Widerstände, solch aufwendige und auffällige Apparatur zu tragen. Diese Geräte sind deshalb auch nur zum übnungsweisen Einsatz in Therapiesitzungen brauchbar. Die Aufgabe bestand deshalb darin, den apparativen Aufwand erheblich zu reduzieren, um einerseits therapieresistenten Stotterern als ständig mitzutragende Sprechhilfen zu dienen und andererseits eine therapeutische Begleitung auch außerhalb der eigentlichen Therapiesitzungen zu ermöglichen. Die Einrichtung besteht im einfachsten Fall aus einem elektroakustischen Wandler, der in den Gehörgang einzuführen oder vor dem Gehörgang unauffällig zu tragen ist. Dieser Wandler wird durch eine besondere elektronische Schaltung sowohl als Aufnehmer wie auch als Geber verwendet, und zwar derart, daß der Wandler als Luft- oder Körperschallaufnehmer zunächst den Schallpegel in der Eustachischen Röhre oder den übertragenen Körperschall aufnimmt,

mit dem aufgenommenen Signal ein zeitlich begrenztes Maskierungsgeräusch auslöst und danach wieder in die Ausgangsposition als Aufnehmer zurückgeht, und zwar zyklisch, solange der Stotterer spricht. Dieses eben beschriebene Gerät hat der Erstautor Stotterblocker genannt (siehe Abbildungen 6 und 7).

Der Erstautor hat auf der Basis dieses geschützten Verfahrens bereits ein Labor-muster des Stotterblockers entwickelt, das als »Miniblocker« in Form der bekannten Hörgeräte in den Gehörgang einzufügen und auf diese Weise völlig unauffällig zu tragen ist.

3. Die Bedeutung des Gerätes in der Stotterertherapie

Kreise oder Gemeinden organisieren in Nordrhein-Westfalen die ambulante Sprachheilhilfe. Sprachheillehrer oder Logopäden betreuen in ihren Ambulanzen die ihnen von den Sprachheilbeauftragten zugewiesenen Kinder und Jugendlichen. In diesen Ambulanzen, die in der Regel einmal wöchentlich durchgeführt werden, finden sich alle

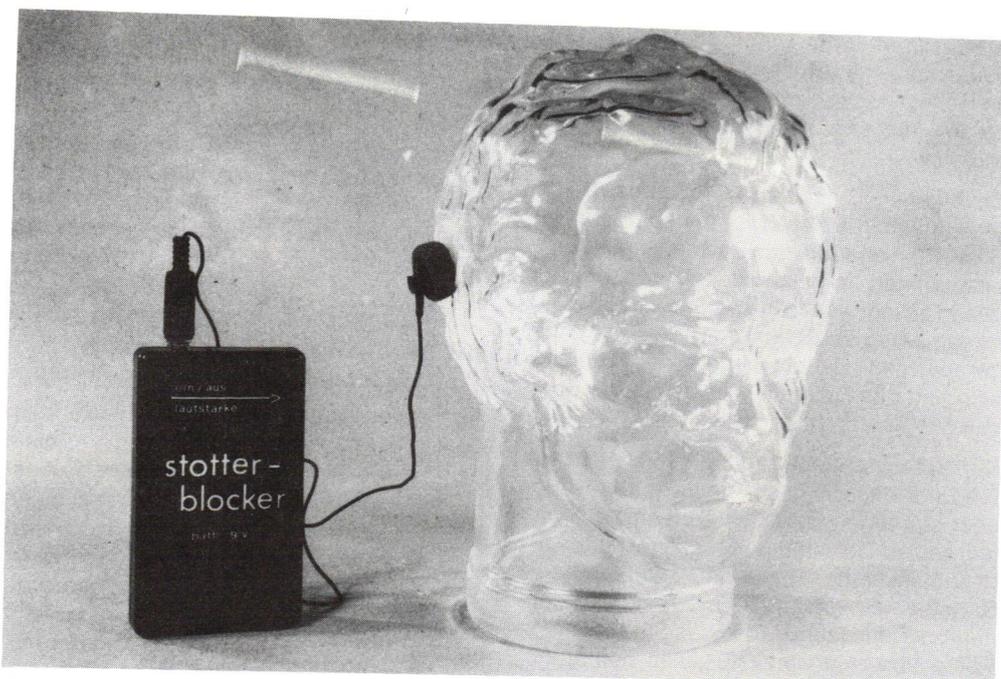


Abbildung 7: Stotterblocker wie Abbildung 6, monaural, unauffällig zu tragen

Sprachstörungen. Neben den Sprachentwicklungsstörungen werden aber auch Stotterer behandelt. Jeder Ambulanzleiter organisiert seine Ambulanz selbständig. Ist ihm nur ein Stotterer zugewiesen, wird er eine Einzeltherapie durchführen.

Als fortschrittlich angesehen werden kann eine Mittelpunktambulanz, die jugendliche Stotterer in einer Gruppentherapie zusammenfaßt. Aber auch ihr steht nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung. Beispielsweise werden im Landkreis Heinsberg jugendliche Stotterer einmal wöchentlich über einen Zeitraum von etwa einem Jahr, das entspricht 30 Sitzungen nach Abzug der Schulferien, jeweils 90 Minuten betreut. Die Gruppenstärke und das Alter der Stotterer variieren. In der Vergangenheit lag die Gruppenstärke zwischen drei und zehn Stotterern im Alter zwischen 10 und 18 Jahren.

An dieser Stelle soll kein Organisationschema vorgestellt und analysiert werden. Vielmehr wird davon ausgegangen, daß die Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher, sofern sie nicht eine Schule für Sprach-

behinderte besuchen, in ganz Nordrhein-Westfalen in den Sprachheilambulanzen ähnlich organisiert ist.

Schwerpunkte der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher in diesen Ambulanzen sind Atem-, Beruhigungs-, Sprechübungen und eine die Gesamtpersönlichkeit stabilisierende Gesprächstherapie. Bleiben Zeit und Möglichkeit, wird der eine oder andere Therapeut ein vereinfachendes In-vivo-Training beginnen, das jedoch nur in Ansätzen, wie Einkaufen, Auskünfte einholen, Briefe aufgeben usw., verwirklicht werden kann.

Sehr schnell gelingt es in dieser Therapie-sitzung, einen Schon- und Beruhigungsraum aufzubauen und mit Hilfe von Sprechtechniken symptomfreies Sprechen zu erzielen. Die Jugendlichen begrüßen diesen Schonraum und nehmen die Hilfen auch dankbar an. Nur erkennen sie recht bald, der Schonraum ist nicht ihre Realität. Der »Ernstfall« kann in der Ambulanz nur ungenügend geprobt werden. Kinder und Jugendliche stottern meist selektiv, entweder nur in bestimmten Situationen, an bestimmten Orten oder

bei bestimmten Personen. Ihre Stottersituation ist selten im Rollenspiel zu antizipieren, es gelingt kaum, den »Ernstfall« derart zu proben, daß er auch in der Realität bewältigt wird.

Die eigenen Tonbandaufnahmen der Stotterer vermitteln ihnen zwar Symptommfreiheit. Sie wissen aber um das Zustandekommen in entspannter, annehmender Umgebung. Von daher gelingt es nicht, die Sprechtechniken in den Alltag zu übertragen. Dies muß aber gerade das Hauptanliegen der Therapie sein, um den Hemmungszyklus in der Sprache des Stotterers aufzubrechen.

Der Sprachtherapeut sucht daher nach Hilfen und Möglichkeiten, dem Stotterer auch über einen gewissen Zeitraum hinweg in allen seinen belasteten Situationen oder bei den belastenden Personen symptomfreies Sprechen zu vermitteln. Entsprechend dem neuropsychischen Modell des Stotterns (vgl. *Fiedler und Standop 1978*) gilt es, den Stotterer von seinem eigenen Sprechakt abzulenken. Bemühungen in dieser Richtung gab es im Rahmen der Stottertherapien schon immer. Ablenkende Bewegungen mit der Hand, beispielsweise das imaginäre Zeichnen von Achten, das bereits erwähnte »Weiße Rauschen«, auch das Taktklopfen gehören in diese Therapie. Sie alle sind aber vom aktiven Tun des Stotternden abhängig, bis auf das Weiße Rauschen, das aber aus schon genannten Gründen aus der Therapie ausscheidet. Hier liegt ihre erhebliche Einschränkung. Sich beruhigen, richtig atmen, Anwendung der Sprechtechnik und ablenkende Bewegungen gleichzeitig überfordern den Jugendlichen, insbesondere und gerade in der belasteten Situation, die allzu oft noch plötzlich über ihn hereinbricht. Nur durchzukommen unter Pressen und mit starken Mitbewegungen, ist dann das Bestreben des Stotterers. Erst im nachhinein erinnert er sich an die gerade gelernten Hilfen. Aber das Erinnern und anschließende Besprechen mit dem Therapeuten bedeuten eine starke Konzentration auf den Sprechakt und können kaum zu einer Ablenkung und gelöstem Sprechen führen. Auch haben stotternde Kinder und Jugendliche starke Bedenken, ihr

eigenes Stottern, das auch bereits habitualisiert ist, durch eine ebenfalls anfänglich von der Umwelt bemerkte Kunstsprache zu ersetzen.

Aus diesen Gründen, auch um das gewohnte Stottern abzubauen, wäre eine echte Ablenkung vom Sprechakt notwendig, die vom Stotterer jedenfalls in der Anfangsphase der Therapie nicht selbst aktiv gelenkt werden muß.

3.1. Das TV-Textdarbietungsgerät als Diagnosemittel in der Stottertherapie

Der Stotterblocker und das TV-Textdarbietungsgerät eröffnen der Therapie diesen Weg. Mit Hilfe des TV-Textdarbietungsgeräts, das die Kernforschungsanstalt in Jülich entwickelt hat und das als Leselerngerät unter den erschwerten Bedingungen einer Sonderschule eingesetzt wird, kann den stotternden Kindern und Jugendlichen gezeigt werden, wie sich die Ablenkung vom Sprechakt auf die Stottersymptome auswirkt. In den Speicher des Gerätes wird mit einer Tastatur ein beliebiger Text eingegeben. Der stotternde Jugendliche sitzt anschließend mit dem Therapeuten vor dem Bildschirm des Gerätes. Der Text erscheint mit Gleitschrift von rechts nach links mit einer Geschwindigkeit von 300 Zeichen in der Minute. Der davor sitzende Jugendliche muß sich stark auf die Schrift konzentrieren. Er liest dann zehn Minuten einen Text. Ein angeschlossener Schreiber zeichnet die Lesekurve auf. Bei jedem Stottersymptom zeigt sich auf dem Blatt des Schreibers ein Sprung in der Kurve. So konnten die Jugendlichen erkennen, daß sie infolge der hohen Konzentration auf das erscheinende Schriftbild keinerlei Stottersymptome aufwiesen. Das TV-Textdarbietungsgerät macht ihnen deutlich, daß die Ablenkung vom Sprechakt die Stottersymptome verschwinden läßt.

Der Einsatz eines solchen Gerätes dient dem nahtlosen Übergang zum Stotterblocker. Die stotternden Kinder und Jugendlichen sehen ihre Behandlung im technischen Licht. Diagnose und anschließende Therapie reduzieren sich so zu einem technischen Problem und werden von daher gern angenommen.

Die erst an späterer Stelle einsetzende psychische Behandlung, die häufig bei den Kindern und Jugendlichen auf Unverständnis oder gar Ablehnung stößt, wird auf einen Zeitpunkt verschoben, der mit einem erheblichen Abbau der Stottersymptome verbunden ist. Die Therapie wird dadurch wesentlich erleichtert. Da das TV-Textdarbietungsgerät zur Therapie jedoch nicht geeignet ist, ist sein Einsatz nicht unbedingt erforderlich. Das Phänomen, das Verschwinden der Stottersymptome durch konzentriertes Hinwenden auf das Schriftbild und dadurch zwangsläufige Ablenkung vom Sprechakt, läßt sich auch mit einem Lesefenster oder ähnlichen einfacheren Mitteln erreichen.

3.2. Der Einsatz des Stotterblockers in der Sprachheilambulanz

Nach Abschluß der Diagnose und nachdem die stotternden Kinder und Jugendlichen diese Ablenkung vom Sprechakt und seine auf die Symptomatik günstige Wirkung erfahren haben, kommt der Stotterblocker zum Einsatz. Vier dieser Geräte wurden zwischenzeitlich über einen Zeitraum von zwölf Monaten in einer Stotterergruppe der Sprachheilambulanz des Kreises Heinsberg in Wassenberg-Myhl erprobt.

Die Gruppe besteht aus fünf jugendlichen Stotterern im Alter zwischen zehn und 17 Jahren. Es handelt sich um drei Gymnasiasten und zwei Realschüler. Ausgehend von den Ergebnissen mit dem TV-Textdarbietungsgerät und nach vier Sitzungen, die dem Entspannungs- und Atemtraining dienten, wurden die Geräte eingesetzt. Zur Auswahl standen ein großer Prototyp (Abbildung 5) und vier Geräte mit Minikopfhörern, die sowohl binaural mit Bügel (Abbildung 6) oder monaural (Abbildung 7) getragen werden konnten. Anfangs zur Einübung im Lesen, Nacherzählen, Beschreiben und freien Sprechen kam der Prototyp zum Einsatz. Es gelang auf Anhieb eine völlige Symptomfreiheit mit dem Gerät. Die Teilnehmer konnten sich anhand von Tonbandaufnahmen davon überzeugen. Nach Ablauf zweier weiterer neunzigminütiger Sitzungen entschieden sich die Jugendlichen für das Tragen des

monauralen Gerätes. Sie nahmen jeweils einen Stotterblocker über einen vierteljährigen Zeitraum mit nach Hause und setzten ihn nach ihrem eigenen Gutdünken ein.

Andreas, 16 Jahre alt, Realschüler, mittelschwere klonisch-tonische Stottersymptome mit erheblichen Mitbewegungen der Mundpartie, trug das Gerät im Schulunterricht. Er hatte das schnelle Einsetzen des einohrigen Gerätes geübt und steckte den Ohrclip nur dann ins Ohr, wenn er im Unterricht etwas reden mußte. Nur in diesen Situationen traten schwere Blockaden auf. Er war mit dem Stotterblocker sehr zufrieden. Die Blockaden ließen sich vermeiden. Nach eigenen Angaben hat sich seine Sprechangst reduziert. Er glaubt, bald ohne Gerät auskommen zu können.

Marko, 17 Jahre alt, Gymnasiast, schwere tonische Symptome, ständige Mitbewegungen, trug das Gerät zehn Wochen lang ständig zu Hause. Dort liegen auch seine Sprechprobleme. Er ist sehr zufrieden und will das Gerät weiter tragen, obwohl er noch immer Symptome zeigt. Die Blockaden kann er aber mit dem Gerät völlig vermeiden. Inzwischen hat er einen Ausbildungsplatz mit einer vorwiegenden Außentätigkeit in kleinen Arbeitsgruppen in der Landschaftsgestaltung gefunden. Am Arbeitsplatz benötigt er den Stotterblocker nicht mehr. Hier treten keine Symptome auf. Die Stotterertherapiegruppe hat er verlassen.

Markus R., 13 Jahre alt, Gymnasiast und hervorragender Sportler, mittelschwere klonisch-tonische Stottersymptome, ebenfalls mit erheblichen Mitbewegungen in der Mundpartie. Markus setzt das einohrige Gerät ausschließlich im Deutsch- und Fremdsprachenunterricht in der Schule ein. Er trägt es in diesen Stunden über den gesamten Zeitraum von jeweils 45 Minuten, stellt es mit der Rändelschraube nur dann an, wenn er zum Sprechen aufgefordert wird. Er kann seine Blockaden gut vermeiden, möchte aber bald wieder unabhängig vom Gerät sein.

Markus S., zehn Jahre alt, Realschüler, mittelschwere tonisch-klonische Stottersymptome mit leichteren Mitbewegungen des ganzen Kopfes. Er setzt den monauralen

Stotterblocker vorerst zu Hause ein. Die Blockaden verloren sich. Nach Angaben der Mutter herrscht im freien Sprechen völlige Symptomfreiheit. Markus ist aufgrund seines Alters und seiner kurzen Zugehörigkeit zur Gruppentherapie noch nicht bereit, das Gerät in der Schule zu tragen, er nimmt es sich aber vor.

Aus den bisherigen Ergebnissen kann der gute Therapieerfolg des Stotterblockers insbesondere bei der Vermeidung schwerer Blockaden, die bisher meistens bei den Stotterern zu einem Aufhören des Sprechens führten, konstatiert werden. Es gelang den Jugendlichen schon nach kurzer Zeit (etwa vier Sitzungen), mit dem Gerät vertraut zu werden. In der begleitenden Therapie wird daher weiterhin der Schwerpunkt auf einfachere Techniken gelegt, die im Anschluß an den Stotterblocker, wenn die Symptomatik abgeklungen ist, eingesetzt werden können. Die Bereitschaft, das Gerät zu tragen, nahm bei den Jugendlichen zu, die von Ihrer Persönlichkeit her noch nicht zu stark angegriffen waren. Ein fünfter Jugendlicher mit langjährigen schweren Frustrationen muß erst in der Therapie auf das Gerät vorbereitet werden. Er ist noch nicht davon überzeugt und bereit, das Gerät außerhalb der Therapiesitzungen zu tragen.

Alle vier Jugendlichen erklärten übereinstimmend, der Stotterblocker gewähre ihnen auch ohne direkten Einsatz Sicherheit. Sie haben nun die Gewißheit, schwere Blockaden vermeiden zu können. Darüber hinaus erscheint ihnen der weitere Einsatz in bestimmten belasteten Situationen, wie etwa telefonieren usw. angebracht. Sie möchten das kleine Gerät gern weiter bei sich haben.

Literatur

Fiedler, P. A., und Standop, R.: Stottern. Wege zu einer integrativen Theorie und Behandlung. München 1978.

Anschriften der Verfasser:
Prof. Dr.-Ing. Bert Küppers
Roetgener Straße 25
5106 Roetgen-Rott
Gerhard Wünschmann
Zur Bischofsmühle 64
5144 Wegberg

Dr.-Ing. Bert Küppers ist Hochschullehrer an der Fachhochschule Aachen im Fachbereich Elektrotechnik.
Gerhard Wünschmann ist Sonderschullehrer (Fachrichtungen Sprach- und Lernbehindertenpädagogik) an der Schule für Sprachbehinderte des Kreises Heinsberg in Wassenberg-Myhl und in der Sprachheilambulanz tätig.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Zur Zeit wird der Stotterblocker im Unterricht an der Schule für Sprachbehinderte in Wassenberg-Myhl bei sieben- bis neunjährigen Stotterern erprobt. Der Einsatz des Gerätes ist nur im Rahmen einer vorbereitenden Therapie möglich. Die Diagnose und die Einführung muß auf die Ablenkung vom Sprechakt gerichtet sein. Die jüngeren Schüler tragen zuerst den Prototyp (Abbildung 5), der ihnen die Ablenkung erleichtert, er schließt alle Nebengeräusche aus. Erst nach mehreren Wochen benutzen die Kinder (mit drei schweren Stotterern wurde das Gerät erprobt) das kleine Gerät (Abbildung 7). Gerade die Therapie der Schulkinder zeigte auch die Grenzen des Stotterblockers auf. Er kann keineswegs einer Hörhilfe oder Brille gleichgesetzt werden, die nach kurzen Einpassung und Gewöhnung ständig getragen werden. Der Einsatz muß gut vorbereitet, anfangs in den Therapiesitzungen überprüft und erst danach dem Stotterer überlassen bleiben. Jüngere Stotterer stehen diesem technischen Hilfsmittel aufgeschlossener gegenüber als Erwachsene, die aus einer resignativen Einstellung heraus das Gerät anfangs ablehnen. Erwachsene Stotterer ziehen im allgemeinen eine Gesprächstherapie vor.

Der Stotterblocker ist ein technisches Hilfsmittel, das seinen sinnvollen Platz im Rahmen einer umfänglichen Stotterertherapie hat. Die Ablenkung vom Sprechakt mit all ihren entlastenden Wirkungen kann nur den Anfang einer Therapie darstellen. Dies gelingt jedoch mit dem Stotterblocker auch zu den Zeiten außerhalb der eigentlichen Therapiesitzungen und ist dann vom Therapeuten unabhängig.



Cornelia Tigges-Zuzok, Essen

Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie — ein zentrales Problem der Aphasitherapie

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird aufgezeigt, welche sprachheilpädagogisch-psychologischen Hilfen gegeben werden können, um das Behalten und die Konzentration zu erleichtern und zu unterstützen.

Anhand eines Lern-Experimentes versuchen wir zu verdeutlichen, daß das Problem des Behaltens und Vergessens nicht durch massive Übung und Wiederholung in der Isolation des Behandlungszimmers angegangen werden kann. Vielmehr sind der veränderte psychische Zustand des Aphasikers, seine veränderten Lebens- und Kommunikationsbedingungen sowie zwischenmenschliche Auseinandersetzungen wesentliche Elemente der Sprachtherapie. Wir haben festgestellt, daß der Aphasiker vornehmlich aufgrund seiner Erlebnisfähigkeit und des Sich-angesprochen-Fühlens Zugang zur Sprache finden kann. Daher konzentriert sich unser Therapiekonzept primär auf die Dialog- und sekundär auf die Lernsituation.

1. Psychologische Vorbemerkungen

1.1. Sprachhemmende und sprachfördernde Faktoren

Eine »Psychologie des Aphasikers« gibt es leider noch nicht, obwohl viele der Kranken unter psychischen Schwierigkeiten vielfältiger Art leiden. Insbesondere das Behalten und Vergessen sind ein zentrales Problem der Aphasie und ihrer Therapie.

Es ist glücklicherweise nicht immer so, daß der Aphasiker seine Konzentrationsnot einfach als schicksalhaftes Übel hinnehmen muß. Wo das Problem richtig erkannt wird, bieten sich sprachheilpädagogisch-psychologische Hilfen an. Dazu bedarf es aber eines Wissens um die Ansprechbarkeit des Aphasikers, um sprachhemmende und sprachför-

dernde Faktoren (vgl. Braun 1983, S. 79), die im Gesamtzusammenhang mit dem sozialen Umfeld sowie mit der geistig-seelischen Verfassung des Aphasikers gesehen werden müssen.

Es ist zu bedenken, daß der Aphasiker nicht mehr autonom in seinem sprachlichen Verhalten ist. Äußere und innere Einflüsse können die Verfügbarkeit der Sprache im guten wie auch im negativen Sinne extrem beeinflussen.

Neben der Abhängigkeit des sprachlichen Verhaltens von der Art des kommunikativ-situativen Kontextes sind auch Reaktion und Verhalten der Angehörigen sowie Persönlichkeitsfaktoren wie Stimmungslage, mangelnder Sprechtrieb, Einfallslosigkeit und allgemeine psychomotorische Verlangsamung von Bedeutung. Die expressiven Aphasiker kommen zur Sprachheilbehandlung in der Regel mit einer depressiven Grundhaltung, die die Sprechimpulse und -ansätze von vornherein hemmt. Aphasiker sind durch ihre Sprachausfälle zutiefst in ihrem Menschsein getroffen. Eine Verbesserung des sprachlichen Behaltens und der Leistungsfähigkeit insgesamt ist nur dann möglich, wenn es dem Therapeuten gelingt, durch gezielte lebenspraktische Forderungen im privaten oder sogar im beruflichen Bereich das Selbstvertrauen des sprachgestörten Menschen zu stärken, damit dieser in der veränderten Lebenssituation zurechtkommt. Dies gilt für die sprachlich gut rehabilitierten Persönlichkeiten mit kaum noch auffälligen Sprachschwächen ebenso wie für Totalaphasiker, die nur die Ebene des automatisierten reaktiven Sprechens erreichen können.

1.2. Aufklärung und Stabilisierung des Aphasikers

In vorsichtig geführten Gesprächen muß der Fachmann zunächst die Befürchtung des aphasisch gewordenen Menschen verringern, daß er jetzt geistig beschränkt sei. Überdies sollte der Sprachgestörte über Art und Ursache seiner Sprachausfälle und anderer zusammenhängender psychischer Beeinträchtigungen (rasche Ermüdung, eingeschränktes Reaktionsvermögen, Behaltensschwäche) aufgeklärt und beruhigt werden. Je weniger er sich mit unbeantworteten Fragen quält, desto besser kann er sich auf Sprachinhalte konzentrieren.

Vertrauen zu dem Sprachtherapeuten und Hoffnung auf Besserung der Störungen steigern die Sprechleistung und sind bedeutende Eckpfeiler der Gesamtbehandlung.

Nicht nur die Natur der Sprachstörungen, sondern auch die Gesetzmäßigkeiten des allmählichen sprachlichen Wiedergewinns sollte der Sprachtherapeut bei jeder passenden Gelegenheit mit Nachdruck erläutern, um sprachhemmende Faktoren wie Selbstzweifel, Unsicherheit und Ungeduld des Aphasikers einzuschränken. Der Fachmann weiß, daß Sprechen, Stimme und Stimmung zusammenhängen. Durch ruhiges Erklären, Eingehen auf den Menschen und aufmunternde Zuwendung kann er den Kranken in eine bessere Stimmung bringen. Dazu gehört auch, dem Aphasiker behutsam zu einer realistischen Selbsteinschätzung seiner Leistungen zu verhelfen. Man darf ihm ruhig versichern, daß auch nach der Krankheit Leistungen wieder möglich seien. Aber er muß sich darauf einstellen, bei allen Aktivitäten rascher zu ermüden. Eine kurze Pause von wenigen Minuten genügt jedoch, um Konzentration und Leistungsniveau wieder anzuheben.

Das Aufkeimen leistungshemmender depressiver Verstimmungen kann der Aphasiker nur durch Ablenkung von sich selbst und aktive Beschäftigung einschränken.

1.3. Veränderung der Lebenseinstellung

Er muß vor einer bewußt auferlegten Schonhaltung als Schutz vor Enttäuschungen ge-

wahrt werden, da jedes mangelnde Gefordertsein Konzentrationschwäche und Vergeßlichkeit zur Folge hat. Durch ein abgekapseltes, steriles Leben ohne neue Eindrücke und Anregungen veröden Geist und Seele. Die Kommunikation (Begegnung) mit Menschen und Dingen, mit der gesamten Umwelt schrumpft und damit auch die Fähigkeit des Erlebens, Aufnehmens und Mitmachens — Faktoren, die seine Fähigkeit des Behaltens wesentlich beeinflussen. Herausgerissen aus seinem Beruf, aus dem Streß des Tagesablaufs und aus der lauten Welt der Reizüberflutung von Worten und Bildern hat er jetzt — wenn auch erzwungen — Muße und Stille, bei jedem Ding länger zu verweilen, jede Begebenheit bewußter zu erleben und zu verarbeiten, viel intensiver, als er es vor seiner Erkrankung, in einer Zeit der Hetze und Oberflächlichkeit, vermocht hätte.

Voraussetzung ist aber, daß er sich seiner Umwelt nicht verschließt, sondern sich ihr gerade in dieser kritischen Lebenslage intensiv zuwendet. Je mehr der Patient den sozialen Umgang pflegt, desto gepflegter sind seine Umgangsformen.

Wir vertreten die Ansicht, daß der Aphasiker hauptsächlich aufgrund seiner Erlebnisfähigkeit Zugang zur Sprache finden kann. Häufig bedarf es dazu einer Veränderung der Lebenseinstellung. Alles, was früher selbstverständlich ablief, erfordert jetzt seine volle Aufmerksamkeit und damit verbunden einen hohen Energieaufwand. Um »Energie zu sparen«, d. h., weniger rasch zu ermüden, muß er nun sein Leben ruhiger gestalten. Dazu ist eine Neueinstellung auf einen engeren, leichter zu bewältigenden Arbeits- und Gesellschaftskreis notwendig, der seinem Sicherheitsstreben entgegenkommt und Angstgefühle abbaut.

Findet der Patient zu dieser neuen Lebenseinstellung, wird sein Selbstvertrauen gestärkt und die Chance der Rehabilitation bis zur individuellen Grenze des Erreichbaren genutzt.

1.4. Die Bedeutsamkeit des sozialen Umfeldes für die Rehabilitation

Ob das Selbstvertrauen und die Leistungsfähigkeit des Aphasikers gestärkt werden,

hängt auch von der Achtung und dem Verständnis ab, das ihm die Mitmenschen entgegenbringen. Es ist die Umwelt, welche die Normen seiner Störung festlegt.

Die Familie hilft ihm über seine Merk- und Konzentrationsschwäche hinweg, indem sie akzeptiert, daß der Aphasiker die täglichen rituell ablaufenden Handlungen mit zwingender Genauigkeit ausführen muß. Ordnung und Überschaubarkeit des Tagesablaufs geben ihm Sicherheit und bewahren ihn vor Kurzschlüssen und Fehlhandlungen. Je selbstverständlicher er in vertraute familiäre Pflichten und Aktivitäten einbezogen wird, desto wohler und sicherer wird er sich fühlen. Soziale Angepaßtheit und Wohlbefinden lockern die Sprachblockade. Es treten spontan Leistungen auf, die den Aphasiker und seine Umwelt zuversichtlicher stimmen. Die Familie sollte im Idealfall dem Aphasiker die alltäglichen Aufgaben so gestalten, daß eigenes Sprachhandeln möglich wird (z. B. Dialog beim gemeinsamen Kochen, Schau-fensterbummel, Gartenarbeit usw.).

Sprachreaktionen entstehen vornehmlich aus der Situation heraus: »Sprache ist die Antwort des ganzen Organismus. Das Leben in der sozialen Umwelt, der Umgang mit Menschen ist, was oft übersehen wird, eine Intelligenzleistung« (Busemann 1947, S. 339).

Sämtliche Hirnfunktionen werden auf diese Weise sinnvoll aktiviert und trainiert, so daß der Aphasiker mit dem Problem des Behaltens und Vergessens leben und es auch bewältigen lernt.

2. Allgemeines Therapiekonzept

2.1. Keine Lern-, sondern Dialogsituation

Der Therapeut muß unter allen Umständen dafür Sorge tragen, daß der Aphasiker in eine als angenehm empfundene Sprechsituation und nicht in eine bedrückende Lernsituation gestellt wird. Sprache und Stimme hängen nicht primär vom Üben, sondern eher von der Stimmung des Patienten ab. Es ist daher nicht ratsam, ein Behaltenstraining in Wortschatz und Struktur der Muttersprache in den Mittelpunkt der Sprachtherapie zu stellen,

sondern ein für den Aphasiker angenehmes kommunikatives Sprachtraining. Aufnahmeuntersuchungen der Spontansprache zeigen, daß jeder Aphasiker in irgendeiner Form passiven und aktiven Wortschatz oder auch nur gewisse Automatismen äußern kann. Doch ist das ehemals feste Gefüge des Sprachsystems in Fragmente von höchster Instabilität zerbrochen. Es handelt sich hauptsächlich um Wörter mit großer Gebrauchshäufigkeit und unwillkürlich ablaufende Sprachprozesse. Wir verwenden in unseren Dialoggesprächen Verfahren, die automatisierte Sprachbestände wecken unter besonderer Berücksichtigung emotionaler Sprachfragmente.

Freundliches Ansprechen des Aphasikers in einer natürlichen Gesprächssituation mit betont rhythmisch-melodischer Satzstruktur und diskreter mimisch-gestischer Unterstützung sowie gezielte Zwischenfragen lassen das gesuchte Wort häufiger auftauchen als durch Übung und Wiederholung.

Das Ausgliedern einer Antwort aus einer festen Wortverbindung ist schon ein Einstieg in das aktive Sprechen — auch wenn es sich anfangs bei den Frage-Antwort-Paaren um Formen des automatisierten Sprechens handelt (z. B. »Haben Sie gut geschlafen?«. »Ja, gut geschlafen«).

Von automatisierten Sprachformen aus führt der Weg zu den weniger gefestigten hin, wobei letztere unter dem Aspekt der Gebrauchshäufigkeit zusammengestellt werden müssen.

Die Praxis zeigt, daß der Aphasiker auch komplexere, aber vertraute Wörter leichter aussprechen kann als einfach strukturierte, weniger bekannte. Je mehr sich das kritische Wort am Rande der Aufmerksamkeit befindet, desto präziser ist die Artikulation. Deshalb werden die Worte besser nicht auswendig gelernt, sondern im Zuge ständig wiederkehrender Alltagssituationen und verbaler Kontexte eingebaut und verfügbar gemacht. Je ausgeprägter die Aphasie, desto ineffektiver sind direkte Wortfindungsübungen, weil der schwerst Aphasische das Geübte schlecht behalten oder in die Alltagssituation übertragen kann.

Die im Kreisdiagramm dargestellten Versuchsergebnisse verdeutlichen, daß eine formale Symptombehandlung gewisser Störungskomponenten in der Isolation des Behandlungszimmers wenig Erfolg bringt. Im Versuch wurden Abbildungen von folgenden sechs Gegenständen gezeigt: Flugzeug — Kuli (Kugelschreiber) — Nadel — Messer — Apfel — Sonne. Im Anfangsstadium wurden sie vom Untersucher benannt und vom Patienten nachgesprochen. Das Lernziel war die selbständige Wortfindung.

Die genannten Abbildungen wurden zwanzig schwerst aphasischen Patienten zweimal in der Woche zu Beginn einer Therapiestunde präsentiert. Bei Versagen sprach der Therapeut wieder vor und der Aphasiker nach. Diese Prozedur wurde zwei Monate lang wiederholt.

Ergebnis: Die Aphasiker konnten die Wörter viele Male nachsprechen und wiederholen, ohne das Lernergebnis wesentlich zu verbessern. Sie sprechen und lernen offensichtlich wenig außerhalb der zweckgerichteten kommunikativen Situation. Mechanisches Lernen führte in manchen Fällen sogar zu einer Verschlechterung der Leistungen (wegen Überdrüßerscheinungen) und des körperlich-seelischen Befindens, wie aus den unten angegebenen Zahlen und dem Kreisdiagramm zu ersehen ist.

Bei zwanzig am Versuch beteiligten Patienten mit je sechs Übungswörtern entstehen 120 Möglichkeiten $\hat{=}$ 100 Prozent für gleichgebliebene, gebesserte oder verschlechterte Leistungen. Die Auszählung der Einzelergebnisse in den ersten und letzten Therapieprotokollen führte zu folgenden Resultaten:

Leistungen gleichgeblieben	92mal $\hat{=}$ 76,6 %
Leistungen gebessert	14mal $\hat{=}$ 11,7 %
Leistungen verschlechtert	14mal $\hat{=}$ 11,7 %

Je Patient ergeben sich folgende arithmetische Mittel:

Leistungen gleichgeblieben:	4,6 Wörter
Leistungen gebessert:	0,7 Wörter
Leistungen verschlechtert:	0,7 Wörter

Die prozentualen Zahlenwerte sind zum übersichtlicheren Vergleich in dem folgenden Kreisdiagramm grafisch dargestellt:

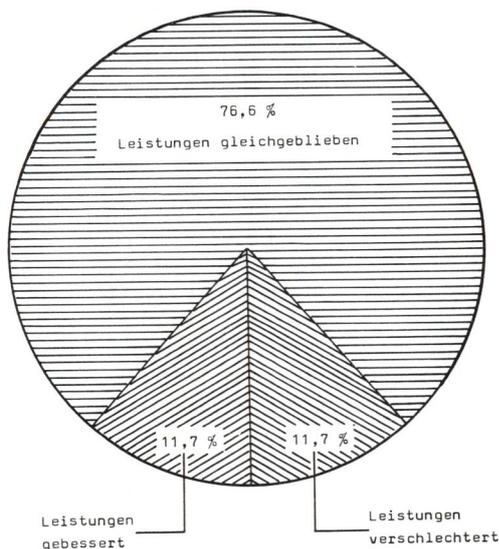


Abbildung 1: Versuchsergebnisse:
Sprachleistungen beim
mechanischen Lernen

2.2. Unterweisung der Angehörigen

Die Anleitung und Unterweisung der Angehörigen ist auch von wesentlicher Bedeutung. Sie müssen zeitweilig bei der Therapie anwesend sein, um das Sprachtraining in die häusliche Gesprächssituation unauffällig mit einzubeziehen. Den Angehörigen muß folgendes verdeutlicht werden:

- a) Sie sollen wissen, daß hauptsächlich durch konstante Sprechversuche und Anregung von außen das Sprachzentrum aktiviert wird, weniger durch Lernübungen in der Abgeschiedenheit des Behandlungszimmers.
- b) Jedes ungeduldige Warten oder jede Absicht, Sprache zu erzwingen, blockieren das Sprechen. Angestregtes Suchen nach einem Wort ist häufig vergeblich. Es taucht leichter auf, wenn man nicht angestrengt darüber nachdenkt, sondern es durch Umschreibungen und gezielte Fragestellung »umkreist«.
- c) Aktives Handeln (z. B. spazieren gehen, kochen usw.) begünstigt als Ablenker von zu viel Konzentration auf ein bestimmtes Wort sogar das Einfallenlassen — intensives Suchen verhindert es.

d) Viele Aphasiker und ihre Angehörigen sind bedrückt, wenn die Wörter nach ihrem Eindruck »kommen und gehen«. Die Aphasiker können die Wörter nicht festhalten. Der Fachmann ermutigt den Aphasiker und seine Angehörigen mit dem Hinweis, daß Bruchstücke der Sprache erst allmählich wieder in Fluß kommen, zunächst aber zu labil und vage vorschweben, um sie festhalten zu können.

e) Die psychische Belastung bei häufigen Versprechern wird geringer mit der Erklärung, daß im Augenblick der Wortsuche viele Wörter mobilisiert werden und die Einstellung auf ein bestimmtes Wort noch verlangsammt ist. Mit zunehmender Sprachsicherheit und betont rhythmischem Sprechen wird die Aussprache deutlicher.

Nicht nur der Aphasiker, sondern auch das soziale Umfeld braucht Informationen und Ermutigung, um den anstrengenden Weg der Rehabilitation mit Fassung auszuhalten.

3. Differenziertes Vorgehen

3.1. Aktivierung verbaler Stereotype

Patienten, die zu Beginn der Therapie kein einziges Wort artikulieren können, reagieren immer noch auf Formen automatisierten Sprechens. Den verbalen Stereotypen, d. h. den gewohnheitsmäßigen aussagearmen Flickwörtern und -sätzen (z. B. »ja ähm«, »ach Gott«, »das ist so« usw.), wurde bisher in der stufenweisen Wiedergewinnung der Sprache zu wenig Bedeutung beigemessen.

Diese Stereotype spielen aber als kommunikationserhaltender Weg und für die weiterführende eigenständige sprachliche Deblockierung des Aphasikers eine hervorragende Rolle. Mangels sprachlicher Ausdrucksmittel werden diese Redefloskeln verwendet. Sie sind durch eine gewisse Unverbindlichkeit gekennzeichnet und passen daher zu vielen Situationen. In der täglichen Umgangssprache benutzen wir viele solcher Sprachwendungen, die infolge ihres häufigen Gebrauchs zu typischen Redensarten geworden sind. Sie führen zu einer allgemeinen Deblockierung des Sprachmechanismus aufgrund der anregenden Wirkung

auf die Motilität der Sprechwerkzeuge. Sie bahnen auch den Übergang zum wechselnden Stereotyp (z. B. Begrüßungsformeln) und zum situationsgebundenen Sprechen in automatisierten Reihen und letztlich den Übergang zur ersehnten Willkürsprache.

Stereotype stehen auf Abruf bereit und sind echte Ausdruckshilfen und Lückenbüßer, wenn dem Aphasiker die präzise Formulierung noch nicht gelingt. Durch Vorschalten solcher Stereotype (»ach, wie sagt man«) wird die direkte Konzentration auf das gesuchte Wort vermieden, so daß es nicht selten danach spontan geäußert wird, insbesondere, wenn es aus geläufigen Sprachreihen stammt.

Gerade für das Anfangsstadium der Sprachtherapie gilt, die Sprache so unwillkürlich wie möglich herbeizuführen. Der Totalaphasiker spürt schon Erleichterung, wenn er auf Fragen mit »Ja« oder »Nein« antworten oder die Antwort aus Buchstaben zusammenlegen kann.

Jedes unruhige Suchen eines Wortes, jede Nachsprechübung und das dabei unumgängliche Beobachten des motorischen Ablaufs bewirken eine hochgradige Störung des Sprechens. Eine wesentliche Aufgabe in diesem Stadium besteht daher in einer möglichst weitgehenden Automatisierung der Sprache durch Verwendung gefestigter Sprachreihen.

»Die Formen automatisierter Sprache laufen auf einer weniger bewußten Ebene ab als die spontane, aktive Sprache« (Tsvetkova 1982, S. 87). »Die Kranken leisten so Leidliches bei allen mehr automatisch ablaufenden eingefahrenen psychischen Leistungen, bei denen Neueinstellungen nicht notwendig sind, die mehr aus der Situation heraus von selbst als willkürlich erfolgen« (Goldstein 1927, S. 834).

Eine Automatisierung der Sprache ist möglich bei

- a) Begrüßungsformeln
- b) Evokation von Alternativantworten
(z. B. »Möchten Sie Tee oder Kaffee?«)
- c) Wunschsätzen (z. B. »Ich möchte ...«)
- d) Frageformen für Ort und Zeit
(z. B. »Wie spät ...«, »Wohin ...«)

- e) persönlichen Empfindungen
(z. B. »Ich habe Hunger«. »Ich habe Durst«. »Ich bin müde«.)

List (1975, S. 60) fordert »... Sprache wieder einzuschleifen über die ganz unabdingbaren Erfordernisse der Situation«.

Der kommunikative Sprachunterricht hat den Vorteil, daß er die Sprechbereitschaft aktiviert und sich auf Worte und Wendungen konzentriert, die an den Bedürfnissen des Aphasikers und seiner Umwelt orientiert sind. Im Dialog wird durch das Ansprechen die Sprache des Aphasikers angeregt. *Teplov* (1953, S. 142) nennt das dialogische Sprechen »... unterstütztes Sprechen«, das heißt, daß beim Dialog Rede und Gegenrede fortwährend durch Fragen, Antworten, Einwände und Bestätigungen der Gesprächspartner unterstützt werden.

Eine Zeit lang bewegt sich der Aphasiker auf dem einfachen Sprachniveau stereotyper Redewendungen, Floskeln, Aussagesätzen mit enger Verb-Objekt-Bindung und Satzreduktionen, die in ihrer Konstanz in bestimmten Situationen immer von neuem mobilisiert werden können. Von diesen automatisierten Reihen und Satzformeln aus vollzieht sich durch unermüdeliches »Ansprechen und Angesprochen-werden« (*Wolfgang* 1967, S. 141) der Übergang zum bewußt gesteuerten, willkürlichen Sprechen.

Zugegebenermaßen ist die Rehabilitation durch Kommunikation für den Sprachtherapeuten ungleich anstrengender, da das Gespräch eine lange Zeit therapeutenzentriert abläuft und er vieles erraten und kombinieren muß, um den Aphasiker beim Verbalisieren seiner Gedanken unterstützen zu können. Konzentrierte Aufmerksamkeit, Zuwendung und das rechtzeitige Abfangen verärgelter Reaktionen des Aphasikers wegen

drohendem Mißlingen seiner sprachlichen Bemühungen fordern die ganze Kraft des Therapeuten.

3.2. Festigung des Sprachgefühls und des Sprachsystems

Formale Sprachübungen sind als Ergänzung und Unterstützung in der Aphasietherapie von Nutzen. Satzergänzungsübungen in schweren Fällen und Nacherzählungen für Fortgeschrittene helfen mit, das Sprachgefühl für grammatisch-syntaktische Konstruktionen zu schulen. Überdies besitzen sie eine gewisse Entlastungsfunktion für den Sprachtherapeuten, der mit vorgegebenen Inhalten eine Übungsstunde ausfüllen kann. Zu diesem Zweck werden geeignete Kurzgeschichten (z. B. *Thiel* 1978) in überschaubare Satzeinheiten mit aufbauendem Schweregrad umgewandelt:

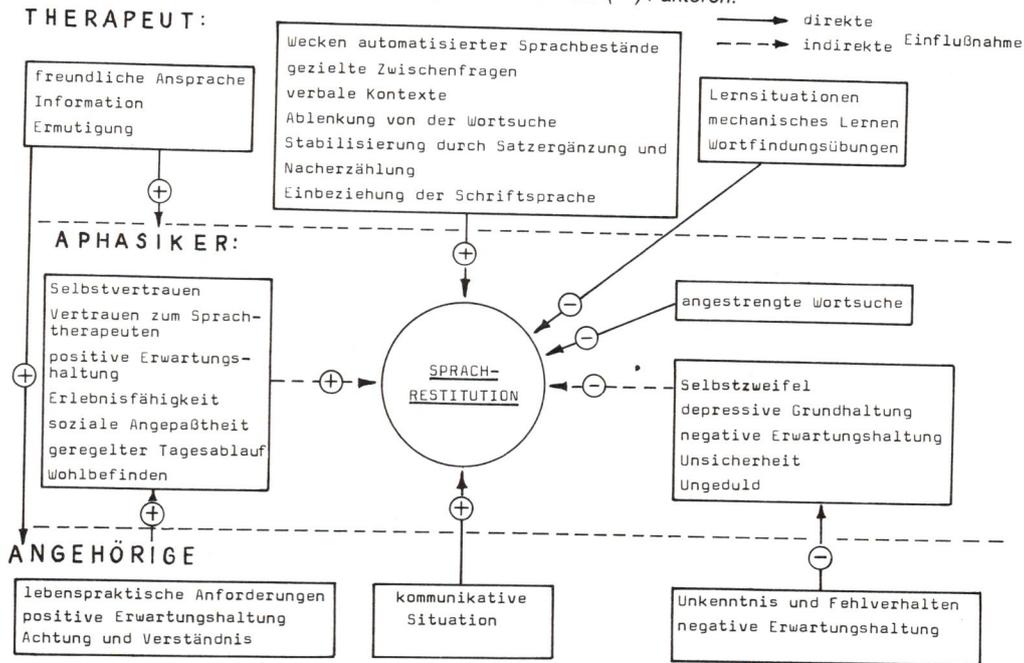
- a) Satzergänzung
- b) gezielte Fragestellung
- c) endgültige Nacherzählung
- d) Restitution der Schriftsprache

Die Einbeziehung der Schriftsprache in die Sprachtherapie dient besonders der Festigung des mündlichen Ausdrucks und der Artikulation. Durch schriftliche Fixierung eines Wortes, Satzes oder Textes wird nach unseren Beobachtungen das Behalten und die Verfügbarkeit des Lexikons unterstützt und das unsichere Sprachgefühl für grammatisch-syntaktische Konstruktionen gestärkt.

Das Schreiben und rhythmisch-skandiert Lesen eines Wortes üben auch günstigen Einfluß auf phonematische Schwächen aus. So wirkt die wechselseitige Durchdringung von Sprechen und Schriftsprache verbessernd auf sämtliche Sprachbereiche und andere psychische Funktionen.

3.3. Übersicht

Abbildung 2: Direkte und indirekte Einflüsse sprachfördernder (+) und sprachhemmender (-) Faktoren:



Literatur

- Braun, A.: Pädagogisch-psychologische Überlegungen zum Einsatz technischer Hörhilfen im Unterricht an Gehörlosen- und Schwerhörigenschulen. Sprache—Stimme—Gehör 7 (1983), S. 79—83.
- Birchmeier, A.: Aphasie als menschliches und therapeutisches Problem. In: Peuser, G. (Hrsg.): Studien zur Sprachtherapie. Patholinguistica 4. München 1979, S. 270—288.
- Brookshire, R. H.: Aphasie. Stuttgart/New York 1983.
- Busemann, A.: Psychologische Untersuchungen an Hirnverletzten. Der Nervenarzt 18 (1947), S. 338—349.
- Goldstein, K.: Die Lokalisation in der Großhirnrinde. In: Bethe et al. (Hrsg.): Handbuch der normalen und pathologischen Psychologie. Band 10. Berlin 1927, S. 760—795.
- List, G.: Was kann Psycholinguistik zur Sprachrehabilitation beitragen? In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Sprachrehabilitation. München 1975, S. 53—63.
- Maly, J., und K. Gloning: Verbales und nicht verbales Lernen bei Aphasikern. In: Peuser, G. (Hrsg.): Brennpunkte der Patholinguistik. München 1978, S. 127—138.
- Teplow, B. M.: Psychologie. Berlin 1953.
- Thiel, H.: Geschichten zum Nacherzählen. Frankfurt/Main 1978.
- Tsvetkova, L. S.: Aphasietherapie bei örtlichen Hirnschädigungen. Tübingen 1982.
- Wolfgang, H.: Der taubstumme Mensch im Aspekt pädagogischer Anthropologie und Praxis. Dissertation. Münster 1967.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. päd. Cornelia Tigges-Zuzok
Allgemeine Ortskrankenkasse Essen
Institut für Sprachheilbehandlung
Jägerstraße 25, 4300 Essen 1

Dr. Cornelia Tigges-Zuzok leitet das Institut für Sprachheilbehandlung der Allgemeinen Ortskrankenkasse Essen und befaßt sich schwerpunktmäßig mit dem Gebiet der Aphasie. Nebenamtlich ist sie Lehrbeauftragte an der Universität Dortmund, Abteilung für Sprachbehindertenpädagogik.

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied der dgs sind:
Bitte, benachrichtigen Sie bei Anschriftenänderungen
unmittelbar den Verlag:

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

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND



stellt für die
— Rheinischen Schulen für Körperbehinderte in Duisburg und Essen — ein:

Logopäde/-in

je nach Voraussetzungen — Vergütungsgruppe VI b, Vc, Vb BAT —

zur Erteilung von Sprachtherapie für körperbehinderte und
mehrfachbehinderte Kinder.

Gefordert wird die staatliche Anerkennung als Logopäde/-in.

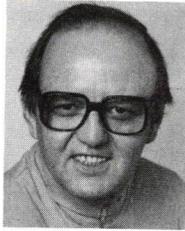
Bei der Rheinischen Schule für Körperbehinderte in Essen
handelt es sich um eine Halbtagsstelle.

Bewerbungen sind zu richten an den



Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland
Kennedy-Ufer 2, 5000 Köln 21
Kennziffer: 12.12
Telefonische Auskunft: (0221) 82 83 25 49





Werner Radigk, Frankfurt/Main

Neuropsychologische Erkenntnisse zur Funktion des inneren Sprechens

Ergebnisse der Positron-Emissions-Tomographie und der Aphasieforschung

Zusammenfassung

Durch Fortschritte der Nuklearmedizin und der Computer-Tomographie konnten Untersuchungsverfahren entwickelt werden, die Einblicke in das Bedingungsgefüge der Hirnaktivitäten bei sprachlichen Leistungen ermöglichen. Von besonderem Interesse sind dabei die Aufzeichnungen der Aktivitäten bei innersprachlichen Leistungen, über deren Zustandekommen bisher relativ wenig Kenntnisse vorhanden waren. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, daß dem Brocaschen Zentrum bei innersprachlichen Operationen eine besondere Bedeutung zukommt, daß es offensichtlich nicht nur eine motorische, sondern auch eine sensorische Funktion besitzt und darüber hinaus auch Zeichen generiert, die nicht lautsprachlicher Natur sind.

1. Untersuchung von Hirnaktivitäten mittels Computer-Tomographie

Durch Fortschritte in der Nuklearmedizin, der Neurophysiologie, der Informatik und der elektronischen Datenverarbeitung wurden in den letzten Jahren diagnostische Instrumentarien entwickelt, die es erlauben, den cerebralen Blutfluß und die damit verbundenen Stoffwechselforgänge des Gehirns zu beobachten sowie die gemessenen Werte elektronisch zu speichern, zu ordnen und zu verarbeiten. Die neuen Untersuchungsverfahren und Techniken ermöglichen die Darstellung von Stoffwechselforgängen in Form von auf Schablonen aufgetragenen Hirnaktivitätsmustern. Es handelt sich dabei um zwei Verfahren, um die etwas einfachere Emissions-Computer-Tomographie (ECT) und die aufwendigere Positron-Emissions-Tomographie (PET).

Diese Verfahren arbeiten mit Isotopen, die sich den Stoffwechselprodukten des Körpers

anlagern und Positronen freigeben, die auf negativ geladene Teilchen des Gewebes treffen und eine Strahlung abgeben, die von Detektoren aufgenommen und an einen Computer weitergegeben wird. Die dabei anfallenden Daten werden elektronisch gespeichert und in Aktivitätsmuster umgesetzt, die einen sehr genauen Einblick in die graduelle Abstufung des Stoffwechsels der verschiedenen Hirnzentren und der an den Aktivitäten beteiligten Funktionen ermöglichen.

Durch entsprechende Programme lassen sich die Daten einer größeren Zahl von Versuchspersonen zusammenfassen, so daß die Tomographien ein Bild allgemein menschlicher Hirnfunktionen ergeben. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, die bei verschiedenen geistigen Tätigkeiten gewonnenen Daten nach bestimmten Kriterien miteinander zu vergleichen und dadurch die Hirnaktivitäten für einzelne Leistungen einzugrenzen. Die gespeicherten Ergebnisse können statistisch verarbeitet werden, so daß z. B. diejenigen Areale ausgewiesen und in Tomographien eingezeichnet werden, die um ein oder zwei Standardabweichungen von der Vergleichsuntersuchung abweichen.

2. Die Bedeutung der Verfahren für die Neuropsychologie

Es bedarf keiner Diskussion, um die Bedeutung dieser diagnostischen Verfahren für die genaue Untersuchung von Aphasien, Agnosien und Apraxien zu erkennen. Auch für die Behandlung derselben dürfte sich das Vorliegen differentialdiagnostischer Befunde positiv auswirken. Diese Bedeutung der Emissions-Tomographie wird als selbstverständlich unterstellt. Bei der hier gegebenen Fra-

gestellung handelt es sich jedoch nicht um die Anwendung oder Auswertung von Tomographien für den medizinischen oder logopädisch-therapeutischen Bereich, sondern um die Aufklärung geistiger Operationen, um die Überprüfung unseres Wissens zur Funktionsweise und zum Zusammenwirken der verschiedenen Hirnzentren.

3. Die Theorie der funktionellen Systeme

Alle Tätigkeiten vollziehen sich auf der Basis geistiger Operationen, die auf der Grundlage funktioneller Systeme ablaufen (Anochin 1967, Radigk 1969, 1978). Obwohl die Theorie der funktionellen Systeme aus grundlegenden Erkenntnissen der höheren Nerventätigkeit entwickelt worden ist, stellen die auf dieser Basis entstandenen Modelle mehr oder weniger hypothetische Konstruktionen dar, die den Prozeß der geistigen Operationen nur idealtypisch wiedergeben. Sie sind keinesfalls ein Abbild oder Schaltschema neuraler Vorgänge. Sie sind zwar weitgehend erfahrungswissenschaftlich abgesichert, ob aber in den Funktionsbeschreibungen alle Wirkungen und Zusammenhänge erfaßt sind, ob nicht doch andere Funktionen oder Zentren an der Analyse und Synthese der Prozesse beteiligt sind, ist nicht mit letzter Sicherheit zu sagen. Die Modelle funktioneller Systeme repräsentieren stets nur den Stand gegenwärtiger Erkenntnis. Insofern sind sie, wie jede Theorie, laufend zu überprüfen und, wenn notwendig, zu verändern. Die Emissions-Tomographien müssen also für die Neuropsychologie von hervorragender Bedeutung sein. Sie ermöglichen es, die eigene Position kritisch zu überprüfen.

Exemplarisch für ein funktionelles System, das mit Hilfe der Emissions-Tomographien überprüft werden kann, ist das der inneren Sprache. Alle Prozesse des Denkens sind mit innerer Sprache verbunden, insbesondere aber die zur Verarbeitung unserer Kommunikationssysteme entwickelten geistigen Operationen des Lesens und Schreibens, die für schulisches Lernen von ausschlaggebender Bedeutung sind. In der Arbeit mit rechtsschreibschwachen Schülern, mit Lernbehinderten oder Analphabeten können wir immer

wieder feststellen, daß die den geistigen Operationen zugrunde liegenden funktionellen Systeme unvollständig aufgebaut sind und Störungen oder Ausfälle aufweisen, die einen geordneten Ablauf des geistigen Prozesses verhindern und zu stark fehlerhaften Ergebnissen führen.

Hierzu ein Beispiel (Radigk 1984): Der Schüler U. besucht das Berufsvorbereitungsjahr. Er hat zehn Jahre in unserem hochqualifizierten Schulsystem Unterricht erhalten, davon sechs Jahre in einer Schule für Lernbehinderte. Trotzdem ist es nicht gelungen, die funktionellen Systeme des Lesens und Schreibens so weit zu entwickeln, daß die Grundleistungen der Rechtschreibung in hinreichender Weise gesichert wären. Zwar schreibt er von dreißig Wörtern sechs Wörter fehlerfrei, es handelt sich aber dabei um solche, die einen hohen Bekanntheitsgrad aufweisen und deshalb visuell gespeichert und im Sinne eines Nachmalens reproduziert werden. Seine Hauptschwierigkeiten liegen in der Verarbeitung der inneren Sprache. Statt Verkehrspolizist schreibt er »Fahrpoilt«, statt Gesicht »balsch«, statt Führerschein »fährenfahren« usw. Wie die geschriebenen Wörter zeigen, gelingt es ihm nicht, die innerlich gesprochenen Wörter in faßbare Einheiten zu zerlegen, also verbosensorisch durchzugliedern, und es gelingt ihm auch nicht, die einzelnen Lautanteile festzustellen, also die akustische Analyse zu vollziehen. Die Schwierigkeiten liegen ganz offensichtlich in der Verarbeitung der inneren Sprache.

Was aber ist »innere Sprache«? Was geht vor, wenn wir inneres Sprechen produzieren?

4. Untersuchungen zum funktionellen System der inneren Sprache

Innere Sprache ist sinnlich nicht faßbar, und doch benutzen wir sie als Mittel des Denkens oder als Gegenstand geistiger Operationen. Am deutlichsten wird die Arbeit mit innerlich reproduziertem sprachlichen Material beim stillen Lesen und Schreiben, wenn das Produkt innere Operationen wie verbosensorische Analyse, verbosensorische Durchstrukturierung oder Differenzierung voraussetzt.

Lassen, Ingvar und *Skinhoj* (1980) haben eine Reihe von Tomographien zur Untersuchung sprachlicher Vorgänge vorgelegt. Dabei zeigen Aufzeichnungen des lauten Lesens überdurchschnittliche Aktivitäten im Sehzentrum, im Wernickeschen Feld, im Brocaschen Feld, im sensorisch-motorischen Feld der Mundbewegungen und im zusätzlichen motorischen Feld. Insoweit stimmen die Aufnahmen mit unseren bisherigen Erkenntnissen über den Aufbau des funktionellen Systems der Lautsprache überein. Anders ist es jedoch bei Aufzeichnungen während des stillen Lesens. Hier fällt auf, daß die Aktivitäten im Hörzentrum merklich abnehmen, hingegen dort, wo eigentlich nur geringe Aktivitäten laufen sollten, im Brocaschen Zentrum, von dem wir annahmen, daß es die Sprechbewegungsvorgänge steuert, eine hohe Aktivität auftritt. Die Versuchsperson spricht aber während des stillen Lesens nicht, d. h., es werden keine Sprechbewegungen produziert. Demgemäß müßten die Aktivitäten aufhören oder zumindest nachlassen. Selbst wenn wir die Untersuchungen *Sokolows* (1971) über die sprechmotorische Afferenz, also das Auftreten von sprechbewegungsähnlichen Aktionsströmen in der Sprechmuskulatur (Myogramme), dazu in Beziehung setzen, wäre eher ein Abflachen der Aktivitäten als ein Ansteigen zu vermuten. Was ist es also, was die hohe Aktivität in diesem Zentrum bewirkt? Welche geistigen Operationen vollziehen sich dort während des stillen Lesens?

Vergleichen wir die Tomographien verschiedener ähnlicher, nur in einzelnen Merkmalen abweichender innersprachlicher Operationen miteinander und ermitteln wir auf diese Weise die Differenzen der Handlung und der damit verbundenen Hirnaktivitäten, dann ist der Schluß naheliegend, daß hier nicht nur Steuerungsvorgänge, sondern auch Orientierungsvorgänge ablaufen, die es ermöglichen, ein inneres Bild sprachlicher Operationen zu produzieren.

Untersuchungen zur Hirnaktivität bei sprachlichen Prozessen liegen auch von *Wallesch* (1984) und *Wallesch, Henriksen, Kornhuber* und *Paulson* (1984) vor. Sie untersuchten bei

sechs freiwilligen Versuchspersonen des wissenschaftlichen Personals die Differenzen der Hirndurchblutung bei Ruhezustand, lautem Zählen von eins bis zwölf, Produktion von Zufallssilben, Erzählen einer Kurzgeschichte und innerem Erzählen der Geschichte ohne lautsprachliche Produktion. Bei den von ihnen vorgelegten Ergebnissen zeigt sich eine andere Tendenz. Das Brocasche Zentrum weist bei Artikulation signifikant höhere Werte auf als bei Nichtartikulation. Allerdings lassen sich die Untersuchungen von *Wallesch* nicht mit denen von *Lassen* vergleichen, da *Wallesch* unter Nichtartikulation die Werte der Messung von Ruhezustand und innerem Sprechen zusammenzog. Es ist selbstverständlich, daß dann die Aktivität bei Artikulation stärker ist und zu hohen Standardabweichungen führen muß. So wichtig die Differenzen für die medizinische Fragestellung auch sind, für die neuropsychologische Forschung ist von weit höherer Bedeutung, daß auch *Wallesch* bei seinen Untersuchungen zur inneren Sprache die Aktivität im Brocaschen Areal bestätigt.

5. Generation von Gebärdensprache

Eine neue Sicht zur Funktion des Brocaschen Zentrums ergab sich auch durch die Forschungen von *Poizner, Kaplan, Bellugi* und *Padden* (1984). Sie untersuchten vier Gehörlose, die seit früher Kindheit taub waren und ASL (American Sign Language, Gebärdensprache) als bevorzugtes Verständigungsmittel benutzten. Drei dieser Gehörlosen hatten eine linkshemisphärische Läsion, die in jedem Falle das Brocasche Zentrum erfaßte und zum Teil darüber hinausging. Es zeigten sich bei allen drei Patienten die gleichen Ausfallerscheinungen in der Produktion und Rezeption von ASL, wie dies bei hörenden, zuvor lautsprachlich kommunizierenden Aphasikern der Fall ist. Die Generation von ASL erfolgt also bei Gehörlosen in der linken Hemisphäre mit dem gleichen materiellen Substrat, mit dem beim Hörenden Lautsprache generiert wird, und nicht in der rechten Hirnhälfte, wie nach den Ergebnissen der Split-brain-Untersuchungen angenommen.

Vergleichen wir diese Ergebnisse miteinander, dann kann die Funktion des Brocaschen Areals nicht mehr ausschließlich unter dem Aspekt der Generation von Sprechbewegungen zur Produktion von Lautsprache gesehen werden. Sie deuten vielmehr darauf hin, daß es sich hier um mehr handelt als um ein Sprechbewegungszentrum. Wahrscheinlich ist das Brocasche Zentrum ein Zeichengenerator, der in der Lage ist, die jeweiligen akustischen, visuellen, kinästhetischen und motorischen (verbosensorischen) Speicherungen und Programmierungen durch entsprechende Operationen in verschiedenen Zeichensystemen zu codieren oder zu decodieren. Dies gilt nicht nur für die Produktion von Lautsprache, sondern auch für inneres Sprechen.

6. Folgerungen

1. Wenn die Gebärdensprache der Gehörlosen von den gleichen Zentren generiert wird wie beim Hörenden die Lautsprache, dann ist die Zeichengeneration nicht endogen, sondern exogen bedingt.

2. Wenn das die Zeichengeneration hervorbringende Zentrum bei innerem Sprechen gleiche oder ähnliche Aktivitäten aufweist wie bei lautem Sprechen, dann müssen auch die an der Konstruktion von Schriftsprache beteiligten Funktionen inneren Sprechens hier generiert werden und eben wie diese erlernt sein.

3. Wenn die Aufzeichnungen mit ECT/PET beim Lesen und Schreiben Aktivitäten in Zentren aufweisen, die mit den Teilfunktionen geistiger Operationen übereinstimmen, dann bestätigen sie weitgehend die Theorie der funktionellen Systeme des Lesens und Schreibens (Radigk 1969, 1980).

4. Wenn die Übungen zur Verbesserung innersprachlicher Verarbeitung bei Analphabeten die fehlenden oder unausgebildeten Funktionen des funktionellen Systems heranzubilden, dann kann die weitere Erforschung der Hirnaktivitäten durch ECT/PET entscheidende Hinweise für die zielgerichtete Heranbildung der entsprechenden Fähigkeiten bereitstellen.

Literatur

- Anochin, P. K.: Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena 1967.
- Breuer, H.: Die Bedeutung sensomotorischer Voraussetzungen für die intellektuelle Entwicklung. Die Sonderschule 1974, S. 343—351.
- Lassen, N. A., Ingvar, H. D., und Skinhoj, E.: Hirnfunktionen und Hirndurchblutung. Spektrum der Wissenschaft, Gehirn und Nervensystem. Weinheim 1980, S. 134—143.
- Poizner, H., Kaplan, E., Bellugi, U., und Padden, C. A.: Visual-Spatial Processing in Deaf Brain-Damaged Signers. Brain and Cognition 1984, S. 281—306.
- Radigk, W.: Lesenlernen, Leselernmethoden und Lernbehinderung. Berlin 1969.
- Radigk, W.: Lesenlernen als Aufbau eines funktionellen Systems. In: Baier, H. (Hrsg.): Unterricht in der Schule für Lernbehinderte. Donauwörth 1978, S. 124—130.
- Radigk, W., und Laufer, P.: Stütz- und Förderkurs Rechtschreiben. Lehrerkommentar. Stuttgart 1980.
- Radigk, W.: Forschungsergebnisse zur Genese des Analphabetismus. In: Dummer, L.: Legasthenie, Kongreßbericht Bundesverband Legasthenie. Hannover 1985, S. 160—173.
- Sokolow, A. N.: Die sprechmotorische Afferenz und die Hirnmechanismen des Denkens. In: Kussman/Kölling: Biologie und Verhalten. Bern 1971, S. 281—286.
- Wallesch, C.-W., Henriksen, L., Kornhuber, H. H., und Paulson, O. B.: Regional Cerebral Blood Flow in Cortical and Subcortical Structures during Language Production in Normal Man. Brain and Language, zur Veröff. angen. 1984.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Werner Radigk
Am Nauheimer Bach 2 c
6350 Bad Nauheim

Dr. Werner Radigk ist Professor für Heilpädagogik mit dem Schwerpunkt Didaktik der Lernbehinderten an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main. Er ist hervorgetreten u. a. durch Veröffentlichungen zum Lesenlernen und über Arbeitsmittel.



Heike Rodust und Maria Schinnen, Berlin

Aische* bleibt in ihrer Klasse. Integrative Sprachtherapie an der Grundschule

Zusammenfassung

Die Autorinnen beschreiben ihre Erfahrungen mit integrativer Sprachtherapie an der Fläming-Grundschule in Berlin an einem Therapiebeispiel.

Sie zeigen, daß die Möglichkeit, den Sonderschullehrer an der Grundschule greifbar zu haben, die Chance der Soforthilfe eröffnet und das sprachbehinderte Kind vor der Aussonderung bewahren kann.

Der Therapieverlauf wird in seinen einzelnen Schritten dargestellt, um daraus Prinzipien der integrativen Sprachtherapie abzuleiten, wie sie sich in der Praxis bewährt haben.

1. Hilflosigkeit

Die Grundschullehrerin, Frau Ziemann, steht vor einem Rätsel: In ihrer zweiten Klasse ist eine türkische Schülerin, die beharrlich schweigt — und das schon seit 1½ Jahren. Trotz des regelmäßigen Sprachunterrichts für türkische Kinder, trotz der wöchentlichen Förderstunden, die sie selbst erteilt, trotz der liebevollen Versuche der Klassenkameraden, das Mädchen in ihre Spiele miteinzubeziehen, ist Aische nicht zum Sprechen zu bewegen. Dies ist der Lehrerin um so unverständlicher, als Aische nach den Aussagen des Vaters zu Hause lebhaft türkisch spricht. Frau Ziemann kennt nicht einmal Aisches Schulleistungen, kann weder Lesen noch Kopfrechnen beurteilen. Sie fühlt sich für Aisches Verhalten verantwortlich und würde ihr gern helfen. Doch an wen soll sie sich wenden? Wer ist für ein schweigendes türki-

* Der Name der Schülerin wurde geändert.

ches Mädchen zuständig, der schulpsychologische Dienst, die Sprachheilschule oder die Lernbehindertenschule?

2. Pausengespräch

In der großen Pause trifft sie ihre Kollegin, Frau Rodust, im Lehrerzimmer. Diese arbeitet als Sprachheillehrerin in den Integrationsklassen der Schule. Vielleicht hat sie einen Tip. Frau Rodust verspricht ihr, in einer Freistunde in ihre Klasse zu kommen und sich das Kind anzusehen.

3. Diagnose

Bei einer Freistunde bleibt es nicht. Etwa fünf Beobachtungssituationen im Klassen- und Förderunterricht sind erforderlich, um Aisches Verständnis für Spielanleitungen und -regeln, ihre kognitiven Fähigkeiten und das Lauterkennen beim Lesenlernen grob zu überprüfen. Während einiger Pausensituationen beobachtet die Sprachheillehrerin Aisches emotionale Befindlichkeit und ihre soziale Stellung in der Klasse. Am Ende ist sie sicher, daß Aische die deutsche Sprache versteht, eine rasche Auffassungsgabe hat und sich um den Kontakt zu ihren Mitschülern bemüht.

Hier liegt eine Sprechhemmung vor, zu deren Überwindung einige Tips allein nicht ausreichen.

Das ist der Anfang einer zweijährigen integrativen Sprachtherapie mit einem elektiv mutistischen Kind einer Regelklasse.

Die beiden Autorinnen betreuen das Kind jeweils ein Jahr lang.

4. Kurzbiographie

Aische stammt aus einer türkischen Familie. Sie hat vier Geschwister. Der Vater spricht gebrochen deutsch, die Mutter kann die deutsche Sprache weder verstehen noch sprechen. Die Familie spricht türkisch miteinander.

Aische wird von der Schulpflicht zurückgestellt aufgrund der kurzen Begründung des Schularztes: »Körperlich nicht schulreif! Spricht kein Deutsch!« Aische besucht daher ein Jahr lang die Vorklasse. Während dieser Zeit fällt sie bereits durch ihr Schweigen auf. In der ersten Klasse findet Aische Verständnis und Geduld bei ihrer Klassenlehrerin, so daß sie trotz des Schweigens keine Außenseiterrolle in ihrer Klasse einnehmen muß.

5. Therapieverlauf

Erstes Therapiejahr bei Heike Rodust

Zunächst muß ich organisatorische Schwierigkeiten bewältigen, denn das Schuljahr hat bereits begonnen, und meine Therapiestunden sind längst verplant. Wenn die Sprechhemmung sich nicht weiter verfestigen soll, muß die Therapie jedoch bald beginnen. Ich entschieße mich zu einer unbürokratischen Vorgehensweise, lege zwei Therapiegruppen zusammen und werde mit einer Wochenstunde für Aische frei.

Mit der Klassenlehrerin bespreche ich den Therapieplan und empfehle ihr, bei jeder sich bietenden Gelegenheit nonverbale Gruppenspiele im Unterricht einzusetzen, an denen Aische sich beteiligen kann. Sie soll das Gefühl haben, trotz ihrer Sprechhemmung integriert zu sein.

5.1. Einzeltherapie

— Zu den ersten Treffen wird Aische von zwei Mitschülerinnen ihrer Wahl begleitet. Deren Anwesenheit hilft, die Hemmung vor dem fremden Raum, der fremden Therapeutin und nicht einschätzbaren Situationen abzubauen. Wenn Aische ihre Wahl trifft, drängen sich die Kinder um sie, denn jeder

möchte gern an den attraktiven Beschäftigungen außerhalb der Klasse teilnehmen. Das Mädchen erlebt sich erstmals in einer bevorzugten, beliebten Rolle und kann ohne Stigmatisierung zu den Sitzungen kommen.

— Allein in der Therapie spielt Aische stumm und hingebungsvoll mit den Puppenstubenpuppen. Diese Phase dauert sechs Wochen, wobei die Puppen jedes Mal wild kämpfen und geschlagen werden. Ich werde als kommentierender Zuschauer zugelassen, darf aber nicht mitspielen.

— Wir spielen die nonverbalen Spiele zum Lauterkennen, die Aische mittlerweile aus ihrer Klasse kennt. Sie ist bereit, isolierte stimmlose Laute zu sprechen, und beginnt, Fragen flüsternd zu beantworten. Ich höre, daß Aische ausgezeichnet deutsch spricht.

— Aische entdeckt im Therapieraum ein Telefon. Ich gebe ihr meine Telefonnummer und schlage vor, mich mal anzurufen. Sie lächelt. Noch am selben Nachmittag ruft sie mich an, spricht deutlich, lebhaft und akzentfrei. Später erhält sie die Nummer der Klassenlehrerin und ruft uns beide mehrmals täglich an. Sie trägt ihre Wünsche für die Therapiesitzungen vor und übt mit der Klassenlehrerin ein Gedicht und Rechenaufgaben.

— Wir spielen ein Ratespiel, bei dem ich draußen vor der geschlossenen Tür stehe. Aische beginnt, im Therapieraum zu sprechen. Ich vermindere schrittweise den Sichtschutz, bis Aische frei in meiner Gegenwart spricht.

— Wir nehmen für ihre Klasse eine freie Rede von Aische und das neueste Lesestück auf Tonband auf und spielen es vor. Die Kinder hören erstmals Aisches Stimme und sind begeistert — Aische auch.

5.2. Therapie in der Kleingruppe mit nichtbehinderten Kindern

— Wir spielen das Ratespiel mit Sichtschutz zusammen mit einer Mitschülerin, später mit zwei und drei Kindern. Aische spricht jetzt immer im Therapieraum.

— Wir arbeiten mit vier Kindern ihrer Wahl im Flur vor ihrer Klasse und öffnen schließlich

die Klassentür. Aische spricht gelegentlich in der Klasse oder auf dem Schulhof mit Klassenkameraden.

5.3. Wechsel der Therapeutin

Zweites Therapiejahr mit Maria Schinnen

— Während ich Aische als »neue« Therapeutin vorgestellt werde, sitzt sie starr, die Hände unter den Knien verschränkt, mit hochgezogenen Schultern ohne Blickkontakt. Wir spielen das bekannte Ratespiel bei verschlossener Tür.

— In den folgenden Sitzungen wählt sie selbst die Spiele aus, spielt jedoch lautlos. Ich versuche nicht, sie zum Sprechen zu bringen, spreche aber selbst viel mit ihr, erzähle lustige Geschichten und verbalisiere mein und ihr Tun.

— Erst als sich die Körperverkrampfungen lösen und Aische sich mit lebhaften Blicken deutlich verständigt, fordere ich, mir Wünsche zuzuflüstern.

— Erneut wird mit Hilfe der Trennwand schrittweise das laute Sprechen aufgebaut.

— Es werden Klassenkameraden ihrer Wahl hinzugezogen. Die Gruppen bleiben eine Zeitlang konstant. Aische spricht lebhaft mit ihnen.

5.4. Hilfen zur Generalisierung

— Wir verlegen die Therapie in den schuleigenen Büchereiraum und gelegentlich auf den Flur. Aische unterbricht zunächst ihre Rede, wenn fremde Kinder oder Lehrer hinzutreten, spricht dann jedoch ohne Hemmung laut weiter.

— Wir wechseln häufig die Aktionen (Tischspiele, Bewegungsspiele, basteln, kochen). Nach etwa 1 $\frac{3}{4}$ Jahren Therapie spricht Aische mit allen Kindern und fremden Lehrern außerhalb des Unterrichts. Im Unterricht selbst und der eigenen Klassenlehrerin gegenüber bleibt ihr Verhalten unverändert.

5.5. Unterrichtsintegrierte Therapie

— Aische arbeitet mit mir an einem Tisch im Hintergrund des Klassenzimmers, zunächst flüsternd und später halblaut sprechend.

— Aische arbeitet mit mir zusammen inner-

halb ihrer Tischgruppe. Sie spricht mit den Kindern, wenn die Lehrerin nicht hinsieht. Diese beobachtet Aische in einem räumlichen Abstand und lächelt ihr zu, wenn Aische es bemerkt.

— Zusammen mit der Lehrerin wird die unterrichtsintegrierte Therapiestunde gemeinsam vorbereitet: Jede Tischgruppe löst Rechenaufgaben, indem die Kinder einzeln halblaut vorrechnen und ihre Ergebnisse den anderen mitteilen. Aische beteiligt sich lebhaft. Anschließend verbindet die Lehrerin sich die Augen, und die Kinder flüstern ihr die Ergebnisse ins Ohr. Aische versucht es, schafft es aber nicht und ist sehr betrübt. Auf dem Flur mache ich ihr Mut.

— Die Lehrerin behält diese spielerische Form in den nächsten Tagen bei, bis Aische sich überwindet und flüstert.

— Das Flüstern wird beibehalten.

— Bei einer Klassenfahrt verbessert sich die Kommunikation mit der Klassenlehrerin und wird auch danach beibehalten.

Heute ist Aische seit einem Jahr symptomfrei. Sie geht auf alle fremden Menschen angstfrei zu und spricht lebhaft mit ihnen. Sie steht sogar auf der Bühne und spielt vor 200 Kindern souverän ihre Hauptrolle beim Schultheater.

6. *Bewährte Vorgehensweise integrativer Sprachtherapie*

Während der fünfjährigen Arbeit integrativer Sprachtherapie an der Fläming-Grundschule haben wir immer wieder feststellen können, daß bestimmte Vorgehensweisen den Erfolg der Therapie wesentlich beeinflussen. Diese prinzipiellen Gesichtspunkte treffen für alle Kinder zu, die an einer Sprachtherapie im Rahmen unserer Schule teilnehmen.

— Schrittweiser Aufbau der interpersonellen Kommunikation: Gemeinsame Handlung zum Aufbau der nonverbalen Kommunikation, Herstellung des Blickkontaktes, Körperkontakt und Herzlichkeit, Spiele zur Betonung der Mimik und Gestik, Rhythmik, allmähliche Erweiterung der verbalen Kommunikation.

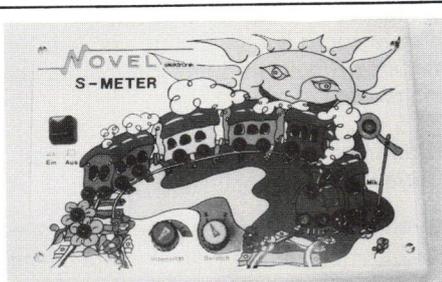
— Handlungsbetonte Therapie: Die gemeinsame Tätigkeit, wie spielen, basteln, ein-

kaufen, kochen, tanzen, turnen, steht für die Kinder im Vordergrund. Alle Kinder in der Therapiesituation — behindert oder nicht — haben Spaß am Tun, denn zumindest die Kinder ohne Sprachprobleme wären an einer integrativen Sprachtherapie sonst kaum interessiert. Das sprachbehinderte Kind ist durch die Tätigkeit entlastet, Sprechhemmungen können so eher abgebaut werden, und das Sprechen entsteht aus Bedürfnissen und Wünschen heraus. Das Sprechen bahnt sich situationsgebunden an und bleibt zunächst auch auf diese Situationen beschränkt. Die Vielzahl der Situationen und Personen ermöglicht eine Generalisierung.

— Sozial eingebundene Therapie: Einzeltherapie nur so lange, bis das Sprechen mit dem Therapeuten angebahnt ist. Gruppentherapie mit nicht behinderten Kindern der Klasse zur Förderung der sozialen Integration und der sprachlichen Anregung, schrittweise Erweiterung des Personenkreises im Schulgebäude zur Generalisierung der sprachlichen Sicherheit.

— Variable Gestaltung der Therapiesituationen entsprechend der Bedürfnislage des Kindes: Die Geborgenheit des Klassen- und Therapieraumes schafft den Hintergrund zum Sicher-Werden in sprachlichen Situationen. Sobald das Kind genügend Selbstsicherheit erworben hat und neugierig auf »die Welt draußen« wird, können andere Örtlichkeiten innerhalb und außerhalb des Schulgeländes hinzukommen. Die Begleitung der Klassenkameraden ist nicht zu unterschätzen, da sie ein Bindeglied zwischen der »geschützten Therapiesituation« und fremden Situationen sind.

— Zusammenarbeit mit dem Lehrer: Hilfe für die Therapie durch die gemeinsame Planung von sprachfördernden Maßnahmen im Unterricht. Der Therapeut integriert sich in die Klassensituation, er beobachtet, aber beurteilt nicht. Wechselseitige Aufklärung des Klassenlehrers über den jeweiligen Stand der Therapie und des Therapeuten über die Entwicklung in der Klasse. In regelmäßigen Gesprächen sollte nach Situationen



S-Meter

Der S-Meter ist ein Indikator für die Dyslalie-Therapie zur spielerischen Einübung der stimmli./stimmh. Reibelaute »s« und »sch« in allen Phasen der Behandlung.

Die Rückmeldung richtig gesprochener s-Laute erfolgt optisch über eine LED-Anzeige.

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Therapeuten wurde mit dem S-Meter ein brauchbarer Kompromiß zwischen motivierender Gestaltung und einfacher Handhabung entwickelt.

NOVEL elektronik

Wolfgang Heikamp, Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6, Telefon (02327) 70764

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

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

gesucht werden, die eine Einbindung der Therapieziele in den Unterricht des Klassenlehrers ermöglichen.

Die Ängste, Unsicherheiten, Schuldgefühle und Aggressionen des Lehrers gegenüber dem sprachbehinderten Kind sollten während des Schulalltags immer wieder mit dem Therapeuten besprochen werden, um möglicherweise eine entspanntere Situation in der Klasse schaffen zu können.

Der Therapeut muß sich davor hüten, in die Rolle des »Doktor Allwissend« zu kommen. Da der Therapeut an der Grundschule ebenfalls Unterricht erteilt und vielleicht selbst Klassenlehrer ist, bleibt er trotz seiner Fachkenntnisse Kollege. Die Chance für einen wechselseitigen Dialog und gegenseitige Bereicherung ist daher gegeben.

Literatur

Becker, K. P., und Sovák, M.: Lehrbuch der Logopädie. Berlin 1975².

Braun, O.: Integrative Sprachtherapie bei Kindern mit Sprech- und Sprachhemmungen im Rahmen der Schule. Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 1, S. 1—8.

Knura, G., und Neumann, B.: Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7. Berlin 1980.

Muth, J., u. a.: Behinderte in allgemeinen Schulen. Essen 1982.

Podlesch, W.: Grundschule ohne Aussonderung. Erfahrungen aus einem Berliner Integrationsversuch. Westermanns Pädagogische Beiträge 33 (1981) 12, S. 518—519.

Anschrift der Verfasserinnen:

Heike Rodust und Maria Schinnen
Fläming-Grundschule
Illstraße 4—6
1000 Berlin 41

Heike Rodust ist seit 1972 im Berliner Schuldienst an Grund- und Sonderschulen tätig. Seit 1979 arbeitet sie im Integrationsprojekt der Fläming-Grundschule zur gemeinsamen Beschulung behinderter und nichtbehinderter Kinder. Sie erteilt Fachunterricht und klassenübergreifende Sprachtherapie.
Maria Schinnen ist Sonderschullehrerin für Sprach- und Lernbehinderte und arbeitet seit 1974 an Berliner Sonderschulen. Sie ist Klassenlehrerin einer Integrationsklasse an der Fläming-Grundschule und betreut sprachbehinderte Kinder klassenübergreifend.

Sprachheilpraxis in Verden / Nähe Bremen zu verkaufen.

Laufende Therapie: Dyslalien, Dysgrammatismus, Stottern und Aphasie.
Preis Verhandlungssache.

Nähere Information: Telefon (04202) 700 50.

Sprachheillehrerin (alle Kassen)

sucht neuen Wirkungskreis in Hamburg (10 Wochenstunden).
Praktische Erfahrung in der Sprachtherapie mit Dyslalien, Dysgrammatismus und Aphasien.

Telefon (040) 59 10 05 06 oder (040) 81 71 72.

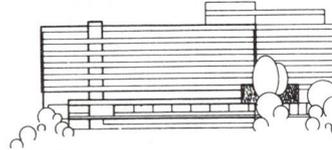
Kath. Pfarrgemeinde Christus-König Kleve sucht für den Sonderkindergarten für sprachbehinderte Kinder

Sprachtherapeuten (Logopäden)

Vergütung erfolgt nach der KAVO (dem BAT gleichgestellt).

Bewerbungen erbeten an den Kirchenvorstand der Pfarre Christus-König Kleve, Lindenallee 99, 4190 Kleve.

SONNENBERG- KLINIK



Die Sonnenberg-Klinik Bad Sooden-Allendorf steht unter privatrechtlicher Trägerschaft und ist Bestandteil eines großen Klinikverbundes. Sie ist eine internistische Klinik mit ausschließlich onkologischen Patienten. Unter Kostenträgerschaft der Renten- und Krankenversicherer messen wir der Akutbehandlung, der Anschlußheilbehandlung und der Nachsorge unserer Patienten gleiches Gewicht bei. In der Klinik wird das gesamte Spektrum der internistischen Chemotherapie, der Hormonbehandlung wie auch der biologischen Therapie durchgeführt.

Die Patienten unserer Klinik werden im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes behandelt: Das bedeutet, daß zusätzlich zum rein medizinischen Ansatz die individuellen psychischen und sozialen Aspekte berücksichtigt werden.

Unter unseren Patienten befindet sich eine ganze Reihe mit Laryngektomien, Zungen-, Mundboden- und Gaumenresektionen, Eingriffen an den Stimmbändern usw. Die ärztliche Seite wird von einer HNO-Ärztin, die auch Phoniaterin ist, konsiliarisch abgedeckt. Für die logopädische Behandlung dieser Patienten suchen wir eine(n)

Logopädin(en)

Die Zusammenarbeit mit dem psychologischen Team, der HNO-Ärztin und den Stationsärzten ist Grundbedingung einer erfolgversprechenden Arbeit. Die sachlichen Arbeitsvoraussetzungen werden innerhalb der Klinik gerade neu gestaltet.

Die Klinik selber ist elf Jahre alt, bietet einen sicheren Arbeitsplatz, modernes Arbeiten und eine interessante Klientel. Die Vertragsbedingungen werden frei vereinbart werden.

Sollten Sie sich für diese Aufgabe begeistern können, bewerben Sie sich bitte bei der Verwaltung der Sonnenberg-Klinik, Hardtstraße 13, 3437 Bad Sooden-Allendorf. Wir freuen uns darauf.



Jutta Breckow, Köln

Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — empirische Untersuchung an einem Kollegium

Zusammenfassung

Empirische Untersuchungen aus den Jahren 1973 und 1981 scheinen zu belegen, daß die Handlungskompetenz der Lehrer an Schulen für Sprachbehinderte zu wünschen übrigläßt. Da aber der Charakter dieser Schulart als Durchgangsschule darauf hindeuten kann, daß zumindest in großen Teilen die pädagogische Arbeit der Lehrer mit Sprachbehinderten erfolgreich verläuft, ist in einer erneuten Untersuchung der Frage nachgegangen worden, was denn die Handlungskompetenz der Sprachbehindertenpädagogen ausmacht. Die Erhebungen werden qualitativ ausgewertet. Die beteiligten Lehrer können vier verschiedenen Typen zugeordnet werden, die durch mehr oder weniger gelingenden Austausch mit ihren Schülern Entwicklungsprozesse gestalten. Es stellt sich heraus, daß die recht negativen Ergebnisse von 1973 und 1981 nicht unterstützt werden können.

1. Widersprüche

Untersuchungen, die Aufschluß über die Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte geben könnten, sind rar. Keller (1973) und Carstens (1981) nahmen das sprachliche Verhalten im Unterricht dieser Schulart in den Blick. Sie kamen tendenziell zu ähnlichen Ergebnissen:

- Schülern werden geringere Möglichkeiten der aktiven eigensprachlichen Gestaltung gegeben, als der Lehrer sie in Anspruch nimmt.
- Sprachtherapeutische Maßnahmen haben kein bedeutendes Ausmaß.
- Es gibt fast keine verbalen Interaktionen innerhalb der Schülerschaft.

Bei solcher Lektüre mag es wundern, daß es noch Schüler gibt, die so erfolgreich die Schule für Sprachbehinderte besuchen, daß sie in die Regelschule umgeschult werden können. Die eindeutige Struktur dieser Schulart als Durchgangsschule (Braun) scheint der These, daß die Sprachbehindertenpädagogen den Anforderungen, die an sie gestellt werden, nicht genügen können, zu widersprechen.

Es wird im folgenden der Frage nachgegangen, wodurch solche Widersprüchlichkeit entstanden sein und wie sie überwunden werden kann.

2. Forschung

Der Widerspruch zwischen den Ergebnissen von Keller und Carstens auf der einen Seite und der durch Umschulungen in die Regelschule angezeigten erfolgreichen Arbeit der Lehrer an Schulen für Sprachbehinderte auf der anderen Seite kann entstanden sein durch die Denkmodelle, die den Untersuchungen zugrunde liegen. Aus dem vielschichtigen Erziehungsprozeß nehmen sie Elemente heraus und bringen sie in linearen Zusammenhang, statt dynamische Strukturen aufzudecken, deren verschiedene Aspekte eines unteilbaren Geschehens in permanenter Wechselwirkung zueinander und zum Erziehungsgeschehen stehen. Außerdem ist unberücksichtigt gelassen worden, daß die Erziehungsarbeit sich in einem längeren Prozeß vollzieht und deshalb ihre Erfolge oder Mißerfolge erst nach einiger Zeit zu erkennen sind.

Zur Erlangung kommunikativer Kompetenz kommt es darauf an, daß die gesamte Entwicklung (nicht nur die sprachliche) der Schüler weitergeführt wird, so daß die Auseinandersetzung der Schüler mit den Sachen (Unterrichtsthemen) in adäquater Weise geleistet werden kann. Sprache ist dafür ein wesentliches Instrument. Dabei ist es nicht so sehr wichtig, wie oft Lehrer oder Schüler sprechen, sondern ob das Instrument Sprache dazu beiträgt, Austauschprozesse zu unterstützen, damit die Persönlichkeits- und Sozialentwicklung vorankommt. Verbale Forderungen und fördernde Erklärungen des Lehrers können diese Prozesse in Gang setzen und müssen nicht unbedingt hemmend wirken, wie Keller und Carstens vermuten. Erst die starke Fixierung der Schüler an die Person oder einen starren Plan des Lehrers behindern die adäquate Auseinandersetzung der Schüler mit der Sache und lassen die Erweiterung der kommunikativen Kompetenz der Schüler als fraglich erscheinen.

Die Häufigkeit sprachtherapeutischer Maßnahmen im engeren Sinne (wie Sprechhilfen für Stotterer oder Artikulationshilfen) muß keine Rückschlüsse darauf zulassen, ob guter oder schlechter sprachtherapeutischer Unterricht gemacht wird. Es ist ebensogut möglich, daß der Lehrer im Vorfeld der Planung den Gegenstand didaktisch so strukturiert, daß die Auseinandersetzung der Schüler mit der Sache auch ohne sprachtherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne zu Austauschprozessen führt. Das Maß für guten sprachtherapeutischen Unterricht ist also der gelingende Austausch.

a) Austausch gelingt, wenn die Kommunikation zwischen Schülern und Lehrer z.B. beim *Lehrer* zu einer Veränderung der Konfliktlösungsstrategie führt.

b) Austausch gelingt, wenn Kommunikation zwischen Lehrer und Schülern z.B. den *Schülern* Gelegenheit gibt, ihre Leistungen einzuschätzen.

c) Austausch gelingt, wenn durch Kommunikation zwischen Schülern z.B. die *gemeinsame Arbeit* an einer Sache selbständig weitergeführt wird.

Aufgrund solcher Überlegungen ist an einer Schule für Sprachbehinderte in Berlin eine Untersuchung durchgeführt worden, die in dieser Zeitschrift (vgl. Breckow 1982) bereits beschrieben wurde. Betont werden soll hier, daß bei der Anlage des Forschungsvorhabens und der qualitativen Auswertung nicht Elemente aus dem Erziehungsprozeß herausgenommen worden sind, sondern versucht worden ist, seiner Vielschichtigkeit und Dynamik Rechnung zu tragen. Außerdem ist ein ganzes Schuljahr in den Blick genommen worden, wodurch der Aspekt der Prozeßhaftigkeit und Langfristigkeit der Erziehungsarbeit Berücksichtigung findet.

3. Ergebnisse

3.1. Hindernisse

Den Lehrern bereiten weniger die Sprachstörungen Probleme als die damit verbundene Beeinträchtigung der Persönlichkeits- und Sozialentwicklung und der Lern- und Leistungsfähigkeit der Schüler. Besonders das Sozialverhalten und das Lernniveau werden von vielen Lehrern als erschwerende Bedingung für ihre Arbeit hervorgehoben. Die Sprachstörungen selbst werden in Einzelfällen wegen ihrer Vielfalt als innerhalb der Klassengruppe schwer therapeutisch bearbeitbar eingeschätzt.

Hingegen spielt die Tatsache, daß nach dem Rahmenplan der Regelschule gearbeitet werden muß, eine weniger begrenzende Rolle für die Lehrer, da sie dies angesichts der Intention, die Schüler zur Regelschule zurückzuführen, als sinnvoll erachten und da sie im Falle des Nichtbewältigen-Könnens durch die Schüler den Rahmenplan freizügig auslegen können. Letzteres gilt besonders für die unteren Jahrgänge.

Am schwersten wiegt die Sorge der Lehrer, wie man den Sprachbehinderungen nicht nur im Unterricht, sondern auch sprachtherapeutisch im engeren Sinne und besonders auf der Ebene der schulischen Organisation gerecht werden kann. Die Tatsache etwa, daß viele Kinder mit Taxen zur oder von der Schule gefahren werden, diese Taxen aus finanziellen und zeitlichen Grün-

den aber nicht permanent und flexibel einsetzbar sind, ist ein Beispiel dafür, daß nicht-pädagogische Gesichtspunkte den pädagogischen Alltag bestimmen und u. a. verhindern, daß sprachtherapeutische Gruppen der Sprachstörung entsprechend zusammengestellt werden.

3.2. Bewältigung

Der Soll-Zustand, den sich die Lehrer vorstellen, kann ganz allgemein so formuliert werden, daß sprachbehindertenpädagogische Probleme auch unter sprachbehindertenpädagogischen Gesichtspunkten gelöst werden können müßten. Innerhalb von Unterricht sehen die meisten der Lehrer dazu die größten Chancen der Verwirklichung. Welche Merkmale sind hinsichtlich des Unterrichts an der Schule für Sprachbehinderte besonders deutlich von den Lehrern gekennzeichnet worden?

Angesichts der als überfordernd empfundenen Vielfalt der zu behandelnden Sprachstörungen wird von einigen Lehrern die Lösung darin gesucht, daß sie Therapie und Unterricht trennen und sprachtherapeutische Maßnahmen im Unterricht nicht anwenden. Andere Lehrer sehen die Lösung darin, die Vielfalt zu reduzieren und bestimmte Schwerpunkte zu setzen, sich z. B. hauptsächlich auf die Wissensvermittlung oder das Sozialverhalten zu konzentrieren. Eine dritte Gruppe geht von dem Konzept aus, daß Sprachbehinderung die Sprachstörung und die damit verbundene Beeinträchtigung der Persönlichkeits- und Sozialentwicklung sowie das Lern- und Leistungsverhalten umgreift. Entsprechend suchen sie eine mehrdimensionale Passung zwischen Schülern und Unterrichtsgegenstand und intervenieren auf unterschiedlichen Ebenen, so daß die durch die Sprachstörung bedingten Kommunikationsschwierigkeiten auf breiter Front angegangen werden.

Die drei beschriebenen Lösungsformen stellen alle den Versuch dar, die pädagogische und didaktische Konzeption des einzelnen Lehrers mit seinen Erfahrungen von schulischer Realität in Einklang zu bringen.

3.3. Entwicklung

Erziehung im allgemeinen und speziell Erziehung Sprachbehinderter impliziert die Intention auf Weiterführung.

Weiterführung kann nur auf einer Basis geschehen. Bei einigen Lehrern wird der Akzent mehr auf die Aneignung dieser Basis, bei anderen wird ausdrücklicher Wert auf die Weiterführung gelegt. So entstehen unterschiedliche Formen der Entwicklung.

Es haben sich vier Entwicklungstypen bei der Auswertung der Untersuchung herauskristallisiert:

a) Labile Entwicklung

Hier ist das Wort »Entwicklung« nur bedingt richtig, wenn davon ausgegangen wird, daß damit eine Weiterführung in eine bestimmte Richtung verbunden ist. Starke Begrenzungen erzwingen eine Entwicklung in eine Richtung, die nicht akzeptiert werden kann. Es wird deshalb versucht, eine andere Richtung einzuschlagen, die aber durch Zwänge immer wieder umgestoßen wird.

Ein gegenseitiger Austausch zwischen Lehrer und Schülern findet dort statt, wo die Arbeit an der Sache nicht vorangetrieben wird, z. B. wenn der Lehrer sich darüber ausläßt, daß ein Schüler vorschlägt, die Sache anders als vom Lehrer geplant anzugehen. Die sprachliche Auseinandersetzung der Schüler mit der Sache kommt zu kurz.

b) Stillstand der Entwicklung

Der Lehrer zieht seinen Plan durch, ohne sich in der momentanen Situation auf die Schüler einzustellen, oder er gibt seinen Schülern keine Gelegenheit eigener Konfliktlösung, weil er alles selbst bestimmt oder als Schiedsrichter den Schülern die Lösung abnimmt. Die Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit der Schüler bleibt so auf der Strecke.

c) Starke Kontinuität

Der Lehrer zieht zwar seinen Plan durch, aber er hat ihn in guter Kenntnis seiner Schüler entworfen und geht nicht über sie hinweg. Die Schüler erfassen, daß sie ernst genommen werden und in sehr kleinem und genau abgegrenztem Rahmen (nämlich auf den

Unterrichtsgegenstand gerichtet) den Unterricht mitgestalten. Das gibt Mut, die Kommunikationsfähigkeit auszuprobieren.

d) Ausgewogenheit von Kontinuität und Wandel

Eine flexible und gleichzeitig bestimmte Handhabung des Unterrichtsplans ist nur möglich, wenn ein gegenseitiger Austausch zwischen Lehrer und Schülern funktioniert.

Es reicht nicht, grundsätzlich auf die Schüler einzugehen, sondern dem Lehrer muß konzeptionell klar sein, in welchen Situationen es weiterführend ist, wenn er die Schüleräußerungen berücksichtigt, und wann das dezentrierend wirkt. Aufgrund seiner Sicherheit in dieser Entscheidung und der damit verbundenen Konsequenz wird den Schülern deutlich, in welcher Richtung die Entfaltung ihrer Kommunikationsfähigkeit erfolgen kann.

4. Fazit

Obwohl die Untersuchung rein qualitativ ausgewertet wurde, soll hier davon abgewichen und die Anzahl der Lehrer angegeben werden, deren Unterricht nach den oben gemachten Ausführungen als kommunikationsfördernd angesehen werden kann.

Literatur

- Braun, O.: Verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte im Unterricht der Sprachbehindertenschule. Die Sprachheilarbeit 20 (1975) 2, S. 51—62.
- Breckow, Jutta: Phänomenologische Forschung in der Sprachbehindertenpädagogik. Die Sprachheilarbeit 27 (1982) 1, S. 33—39.
- Breckow, Jutta: Empirische Untersuchung über Alltagsprobleme von Lehrern an einer Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule) sowie Entwicklung und Evaluation von didaktisch-methodischen Lösungsstrategien. Dissertation, Oldenburg 1985.
- Carstens, H.: Untersuchungen zur verbalen Interaktion im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte. Frankfurt 1981.
- Keller, P.: Sprachliche Kommunikation bei sprachbehinderten Schülern. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 3, S. 65—83.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Jutta Breckow
Universität zu Köln
Frangenheimstraße 4
5000 Köln 41

Dr. Jutta Breckow ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fach Sprachbehindertenpädagogik an der Universität zu Köln. Sie will sich zukünftig beschäftigen mit der Früherkennung von Sprachstörungen mit Hilfe morphologischer Strukturen.

Stellungnahmen

**zu Gisela und Holger Lakies, Jameln:
Ein Beitrag zur ambulanten Behandlung
des Stotterns, Heft 4 (1985), Seite 177—184**

Bedingt durch die außerordentlich geringen schulischen Beschäftigungsmöglichkeiten für examinierte junge Sprachheillehrer und Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunktfach Sprachheilpädagogik, lassen sich immer mehr Mitglieder dieser beiden Berufsgruppen als frei praktizierende Sprachtherapeuten nieder. Hierdurch wird in vielen Fällen das Qualitätsniveau der ambulanten Sprachheilbehandlung in erfreulicher Weise angehoben, sofern Ausbildungsstand, fachliche Erfahrung und interdisziplinäre Kooperation den Praxisanforderungen gerecht werden.

Nach Meinung des Verfassers sollte eine Fachzeitschrift aber nicht das Sprachrohr derjenigen aus dieser Ambulanz-Therapeuten-Gruppe sein, die aus der Verärgerung über ein sogenanntes »negatives Beispiel aus der Praxis« die Berechtigung ableiten, den anderen Sprachheil-Institutionen zur Stotterer-Therapie, d. h. der Sprachheilschule und der stationären Stotterer-Therapie, eine nachgeordnete Bedeutung zuzuweisen. Es ist auch wenig effektiv, die Nomenklatur dieser Sprechstörung um die Begriffe Separation (*Dupuis*) und Segregation (*Motsch*) zu erweitern, statt durch ein ganzheitlich orientiertes, komplexes und interdisziplinäres, intensives Behandlungskonzept unter Einbeziehung der Eltern dem Stotterer in der ihm adäquaten Form optimale Hilfe zu leisten.

Das umfangreiche Zitat über die Struktur des Sprachheilwesens in der DDR bringt uns in dieser Diskussion wenig voran, zumal gleichzeitig festgestellt wird, daß in der Bundesrepublik Deutschland auf diesem Gebiete völlig andere Organisationsformen bestehen. Die föderative Struktur dieser Republik hat innerhalb der einzelnen Bundesländer so viele unterschiedliche Varianten der stationären Sprachheilbehandlung hinsichtlich der Trägerverwaltungen, der Kostenträger der Behandlung, des Aufnahmeverfahrens, der Behandlungsdauer und der Therapieformen hervorgebracht, daß lediglich die alljährlich einmal zu einer Direktorenkonferenz zusammenkommenden Leiter der verschiedenen stationären Sprachheileinrichtungen darüber umfassend informiert sind.

Das von Gisela und Holger Lakies vorgeschlagene Verfahren zur Aufnahme in die stationäre Sprachheilbehandlung würde diese Aufnahme eher

blockieren als in angemessener Zeit ermöglichen. Vor allem sollte stationäre Stotterer-Therapie nicht erst »nach Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Mittel« erfolgen. In einer Reihe von Fällen wäre stationäre Behandlung ohne vorherige Ambulanz indiziert. Leider verhindert die »Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen«, welche von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung herausgegeben wurde, eine solche schnelle und komplexe Hilfe.

Mit aller Entschiedenheit muß die Behauptung zurückgewiesen werden, daß die Behandler in den »Sprachheilheimen« das soziale Umfeld der Stotterer vernachlässigen, zu wenig Kontakt mit den Eltern haben und diese nicht nachgehend beraten. Der Verfasser kann aus seiner vieljährigen Therapieerfahrung berichten, daß die Eltern immer mehr in das stationäre Behandlungskonzept einbezogen werden, daß Nachbehandlungen in zunehmendem Maße erfolgen, Erfolgskontrollen regelmäßig durchgeführt werden und — je nach individueller Entscheidung — elterliche oder geschwisterliche Hilfsfunktionen im Sinne von Gertrud L. Wyatt aufgebaut werden.

Aus der stationären Stotterer-Behandlung, welche in dem vom Verfasser geleiteten Hause in seiner wie in zwei weiteren Therapie-Gruppen in der Regel vier Monate lang dauert und von den Krankenkassen voll finanziert wird, sollen abschließend die folgenden Erkenntnisse mitgeteilt werden:

1. Ambulante Frühbehandlungen von Stotterern können von Erziehungsberatungsstellen, schulpсихologischen Diensten und Sprachheilambulanzen durchgeführt werden. Leider werden sie viel zu selten angeboten und sind oft unzulänglich.
2. Jahrelange ambulante Behandlungen von stotternden Kindern ohne nennenswerte Fortschritte sind in der Regel besonders dann als Kunstfehler anzusehen, wenn sie über das vierte Schuljahr hinausgehen und dem Stotterer letztlich eine stationäre Therapie in der Sekundarstufe zumuten.
3. Optimal ist stationäre Stottererbehandlung im dritten bis vierten Schuljahr indiziert, wenn das Kind im sicheren Besitz der sogenannten Kulturtechniken ist.
4. Allen Ratsuchenden (d. h., den Eltern und ihren stotternden Kindern) wird in der stationären Einrichtung grundsätzlich eine ein- bis zweistündige Fachberatung, im Bedarfsfalle mit Fortsetzung zu einem späteren Zeitpunkt, angeboten.

5. Höchstens 50 Prozent dieser Beratungen führen zu einer stationären Behandlung, da der Berater (ein Sprachheilpädagoge und Logopäde oder Klinischer Psychologe) im Interesse einer glaubwürdigen und fachgerechten Information den Eltern die für ihr Kind optimale Behandlungsmöglichkeit (Ambulanz, Sprachheilschule oder stationäre Therapie) vorschlägt.

6. Alle Beraternen, denen stationäre Stottererbehandlung vorgeschlagen wurde, erhalten eine Bedenkzeit von mindestens einer Woche, um in der Familienkonferenz alle Argumente gegeneinander abwägen zu können. Nur wenn Eltern und Kind ernsthaft zu dieser Maßnahme und zur Mitarbeit entschlossen sind, ist die Therapie erfolversprechend.

7. Da Stottern in der Mehrzahl der Fälle eine vorwiegend psychogene Störung ist, sind (wie allgemein in der Psychotherapie) Erfolgsprognosen schwierig. Der erfahrene Fachmann spricht erst von Heilung, wenn die Störung zwei bis fünf Jahre nach der Behandlung nicht mehr auftritt.

8. Langfristige Erfolgskontrollen aus stationären Stotterer-Behandlungen in Bonn-Oberkassel und in Meisenheim/Glan wurden an mehreren hundert Stotternern vorgenommen. Es sind Examensarbeiten, die in Köln und Mainz an den Heilpädagogischen Abteilungen der Universitäten durchgeführt und bisher nicht veröffentlicht wurden. Ihre Ergebnisse liegen weit über den klassischen Erfolgsaussagen von *Nadoleczny*.

Hans Iwert, Dipl.-Psych.

Leiter des Sprachheilzentrums Bonn-Oberkassel

Sicher ist es legitim, wenn Praktiker in der »Sprachheilarbeit« die eigene Behandlungstätigkeit positiv hervorheben wollen. Wenn aber versucht wird, dies in Ermangelung einer überzeugenden eigenen Konzeption durch massive und unqualifizierte Angriffe auf andere Therapeuten zu erreichen, kann es leicht peinlich werden. Der Beitrag von Gisela und Holger *Lakies* erscheint beim ersten Durchlesen wie eine Gruselgeschichte aus einem unbekanntem Land, in dem die Guten (sie selbst) gegen die Übermacht der Bösen (Sprachheilheime) zu kämpfen haben; an die Realität erinnert kaum etwas. Liest man die acht Seiten noch einmal in Ruhe durch, dann wird das Anliegen der Autoren klar: Es geht ihnen um eine Umverteilung der Klientel zugunsten ihrer eigenen therapeutischen Arbeitsweise. Der Leser erwartet ange-

sichts der von den Autoren eingangs erwähnten Ausweitung der ambulanten Versorgung neue und vor allem konkrete Informationen zu Fragen wie:

- Welche Kooperationsmöglichkeiten gibt es für die »vor Ort« arbeitenden Sprachheilambulanzen?
- Welche Arbeitsweise hat sich in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis bewährt?
- Wie läßt sich die relative Isolation kompensieren?
- Auf welche Weise läßt sich Fortbildung organisieren?
- Wie können Eltern tatsächlich in die Therapie einbezogen werden?
- Welche Behandlungskonzepte bewähren sich z. B. in bezug auf Stottern im Vorschulalter?
- Wie läßt sich von der Sprachheilambulanz aus Hilfe zur Selbsthilfe organisieren?

Die Liste könnte sicher noch fortgesetzt werden. Nach der Darstellung solcher Aspekte sucht der Leser allerdings vergeblich. Statt dessen quält er sich mit einer Serie von Feststellungen herum, die aus den Standardwerken der vergangenen Jahrzehnte entnommen sind. Die Zitate von *Westrich*, *Wulff*, *Böhme*, *Richter*, *Wendlandt* und anderen werden jedoch nur als Tarnung für einen unsinnigen Feldzug gegen die »Heime« und die Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte benutzt.

Da wird indirekt wieder der alte Hospitalismus-Vorwurf aufgewärmt, indem die stationäre Behandlung als eine Art Gefängnisaufenthalt beschrieben wird, die allenfalls den sowieso schon sozial Schwachen und den Therapieresistenten zugemutet werden kann.

Da wird so getan, als hätten nur die ambulanten Behandler die Möglichkeit, den familiären Rahmen in die Behandlung einzubeziehen, während die Kinder in den stationären Einrichtungen nur Erfahrungen mit einer quasi künstlichen Sozialatmosphäre machen können.

Die Autoren negieren einfach, daß das Zusammenleben mit Menschen immer ein »Ernstfall« ist und jedes stotternde Kind auch innerhalb der stationären Einrichtung Lernerfahrungen mit »alltäglichen Konfliktsituationen« macht. Sie übersehen einfach, daß parallel dazu an den vierzehntäglichen Heimfahrtwochenenden und in den Ferien sehr wohl auch der familiäre Hintergrund einzubeziehen ist. Ebenso scheinen sie von den umfassenden, vielfältig reflektierten Konzepten einer aktiven Elternmitarbeit im Rahmen der stationären Behandlung nichts zu wissen. Und sucht man schließlich nach einer inhaltlichen Konzeption in der Darstellung ihrer eigenen Arbeit unter der Überschrift »Einbeziehung der Eltern«, so stellt

man fest, daß damit nur die Frage der Anwesenheit der Eltern während der Therapiesitzungen gemeint ist.

Gisela und Holger *Lakies* müssen sich unseres Erachtens fragen lassen, welches Menschenbild sie ihrer Arbeit zugrunde legen, wenn sie Eltern stotternder Kinder Kritikfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit absprechen, sobald diese sich einer »Amtsperson« gegenübersehen. Sie müssen sich fragen lassen, welche Auffassung von Behandlung, von Therapieziel und von den Möglichkeiten der Klienten selbst dahintersteht, wenn sie die Übertragung von Behandlungserfahrungen auf das soziale Umfeld zu Hause nur durch den Einsatz des ambulanten Behandlers am Heimatort gewährleisten sehen.

Selbstverständlich ist eine gute Zusammenarbeit unter den Sprachbehndlern notwendig. Aus unserer Praxis gibt es neben einigen negativen Erfahrungen mit der Vorarbeit von frei praktizierenden Therapeuten auch viele Beispiele für eine fruchtbare Zusammenarbeit vor Beginn oder nach Abschluß einer stationären Maßnahme. Im Interesse einer optimalen Versorgung des betroffenen Personenkreises wird der Austausch zwischen den Vertretern der verschiedenen Behandlungsformen von uns wie auch von anderen stationären Einrichtungen seit langem praktiziert. Die Autoren postulieren zwar ebenfalls Zusammenarbeit, ihr Beitrag dagegen widerspricht diesem Anliegen durch den Versuch, die Vertreter der einzelnen Behandlungsarten auseinanderzuidividieren.

Wenn die Autoren den stationären Einrichtungen und der fachlichen Diskussion der letzten Jahre den Vorwurf der einseitigen Parteinahme für die stationäre Behandlungsform machen, so haben sie offensichtlich eine Reihe wichtiger Beiträge zur ambulanten Sprachtherapiepraxis insbesondere auch in der »Sprachheilarbeit« der letzten Jahrgänge übersehen. Zudem ist ihr Vorwurf an uns schon von daher absurd, als wir zusätzlich zur stationären Therapie die teilstationäre und ambulante Behandlung selbst anbieten, im ambulanten Bereich nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene mit Stottern, Stimmstörung, Aphasie und Dysarthrie. Diese vielfältigen Erfahrungsmöglichkeiten einerseits und die kontinuierlich praktizierte Teamarbeit (fachlicher Austausch, Co-Therapie, Supervision, Fortbildungsmöglichkeiten) andererseits tragen nicht unerheblich zur besonderen Qualität der stationären Behandlung bei.

Noch eine letzte Bemerkung zur Einweisungspraxis: Im Gegensatz zur Darstellung der Autoren ist es tatsächlich so, daß Einrichtungen wie das Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth für viele Be-

troffene an letzter Stelle in der Reihe von erfolgreichen Behandlungsversuchen stehen. Aufgrund unserer Erfahrung und den Berichten vieler Eltern halten wir in diesem Zusammenhang die Kritik an den Fachberatern, sie würden »sorglos« oder »bedenkenlos« in stationäre Einrichtungen einweisen, für völlig aus der Luft gegriffen. Trotz der relativ kurzen Zeit, die ein Fachberater für die Beurteilung der jeweiligen persönlichen Situation und Ausprägung der Störung zur Verfügung hat, entspricht die Begründung der in den Gutachten festgehaltenen Empfehlungen fast immer auch dem Ergebnis unserer sehr ausführlichen anamnestischen und exploratischen Untersuchungen. Vermutlich hängt dies auch damit zusammen, daß die Fachberater die Entwicklung einer Vielzahl von Kindern über mehrere Jahre verfolgen können, ihr Horizont also nicht auf eine ambulante »Sprachpraxis« beschränkt ist.

Es ist hier nicht möglich, auf alle in dem o.g. Beitrag aufgeworfenen Fragen einzugehen. Genausowenig können wir in der gebotenen Kürze alle Aspekte der stationären Stottertherapie hier beleuchten. Wenn also einige Leser durch die Ausführungen neugierig geworden sind und eine stationäre Einrichtung von innen erfahren wollen, so sind sie herzlich eingeladen, uns nach telefonischer Vereinbarung zu besuchen. Dies gilt selbstverständlich auch für Gisela und Holger *Lakies*, die auf diese Weise vielleicht ihr schiefes Bild von den »Sprachheilheimen« zurechtrücken könnten.

Horst Oertle

(Dipl.-Psychologe in der Abteilung für stotternde Schulkinder des Sprachheilzentrums Bad Salzdetfurth, zu dessen Einzugsbereich auch der Landkreis Lüchow-Dannenberg gehört, in dem Gisela und Holger *Lakies* als Sprachtherapeuten tätig sind.)

Antwort zu den Stellungnahmen von H. Iwert und H. Oertle

Wie in der vorliegenden Stellungnahme von Hans *Iwert* zu beobachten ist, werden unsachliche Bemerkungen zu taktischen Zwecken in der fachlichen Diskussion ebenso verwendet, wie dieses in der politischen Debatte seit jeher üblich ist.

Der kurze Abschnitt »Ein negatives Beispiel aus der Praxis« in unserem Beitrag war sicher nicht, wie Hans *Iwert* meint, die Motivation zu besagter Arbeit. Die Angelegenheit trug sich im November 1983 zu, während das Manuskript für »Die Sprachheilarbeit« zusammen mit zwei weiteren Arbeiten im November 1984 verfaßt wurde.

Persönlich halte ich die Darstellung von negativen Beispielen fachspezifischer Aktivitäten für wichtig, da aus Fehlern schließlich gelernt werden sollte (vgl. auch Zeitschrift für Heilpädagogik, S.29 [1978], S.519—520). Ebenso läßt sich auch aus der Arbeitsweise in anderen Ländern viel lernen.

Das beschriebene Aufnahmeverfahren zur stationären Sprachheilbehandlung wurde bestimmt nicht von uns zuerst erdacht, es ist aber auf jeden Fall unter sozialpädagogischen Aspekten eine angemessene Maßnahme, wenn nicht vergessen wird, wie gravierend sich die mehrmonatige Entfernung eines Kindes aus seinem gewohnten sozialen Umfeld für seine künftige Entwicklung auswirkt. Um hier entsprechende Prognosen zu stellen, wäre das beschriebene Verfahren durchaus geeignet. Wenn dadurch die »Aufnahme eher blockiert als in angemessener Zeit ermöglicht« wird, so liegt das am System und nicht an dem Verfahren. In den genannten Begutachtungsanleitungen heißt es schließlich nicht ohne Grund: »Wenn eine ambulante Behandlung nach begrenzter Zeit keinen nennenswerten Erfolg zeigt, kann eine mehrdimensionale Sprachtherapie erfolversprechend sein; sie muß entsprechend begründet sein.«

In der stationären Therapie wird sicher versucht, das soziale Umfeld des Klienten zu berücksichtigen, die erforderlichen Aktivitäten scheitern aber meistens aufgrund räumlicher Entfernungen. Durch eine in mehrwöchigen Abständen stattfindende Einbeziehung von Eltern und Geschwistern wird man daher kaum den Prinzipien der klinischen Therapie im Sinne von Gertrud L. Wyatt entsprechen können. Schließlich meint diese aufgrund ihrer Untersuchungen: »Die Mutter des stotternden Kindes und in bestimmten Fällen auch der Vater müssen in die Therapie einbezogen werden.« Bei stationären Behandlungen, die weit vom Wohnort des Klienten durchgeführt werden, ist dieser Vorschlag doch wohl nur rudimentär anwendbar.

Der persönlichen Meinung von Hans *Iwert* durch die Erfahrungen in der von ihm geleiteten Einrichtung ist in den Punkten 1 bis 3 beizupflichten. Die angesprochene Heilung unter Punkt 7 vermag ich jedoch nicht zu akzeptieren, sondern schließe mich hierzu *Böhme* an, der feststellt, daß der Grundsatz gilt, »daß ein Stottern, auch wenn der Patient symptomfrei ist, nicht heilbar ist«. *Böhme* meint weiter: »Vielmehr muß eine allgemeine Kommunikationsfähigkeit angestrebt werden, die den Stotterer befähigt, so zu sprechen, daß die Umwelt seine Störung nicht bemerkt.«

Erfolgsstatistiken sind wegen der fehlenden Standardisierungsmöglichkeiten auf breiter Ebene

grundsätzlich fragwürdig, so daß man sich hier wohl zum Teil aus Tradition und zum Teil aus Hilflosigkeit an die Drittelregel von *Nadoleczny* hält.

Unser Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns soll der fachlichen Diskussion dienen. Er ist eine Stellungnahme aus der Perspektive ambulanter Sprachheilarbeit, während Hans *Iwert* aus der Sicht des stationären Therapeuten berichtet. (Außerdem erhielten wir noch einen Brief, den eine stationär tätige Kollegin verfaßte. In diesem Brief werden ebenfalls die positiven Möglichkeiten stationärer Stottererbehandlungen dargestellt.) In Anbetracht des persönlichen Arbeitsfeldes wird sich kaum ein Praktiker (bezüglich der Methode) jenem Effekt entziehen können, dem schon der griechische Bildhauer Pygmalion unterlag. Die Diskussion von Fachleuten aus den verschiedenen Arbeitsfeldern in Verbindung mit einem Erfahrungsaustausch würde daher zu einer objektiven Abstimmung beitragen, welche Maßnahmen sinnvollerweise in bestimmten Fällen angezeigt sind und somit einer Weiterentwicklung der sprachtherapeutischen Arbeit dienen.

Ohne näher auf den Leserbrief von Horst *Oertle* einzugehen, soll nur eine kurze Falldarstellung angefügt werden, die in diesem Zusammenhang sicher interessant ist und ein Beispiel für die von uns bemängelte sorglose Einweisung in stationäre Behandlung gibt: Wenige Tage, bevor uns der Beitrag aus dem Sprachheilzentrum in Bad Salzdetfurth erreichte, wurde die Einrichtung telefonisch durch die Eltern eines sechzehnjährigen Jugendlichen darüber benachrichtigt, daß die vorgeschlagene Heimaufnahme ihres Sohnes vorläufig nicht erfolgen soll. Eine Woche vor dieser Entscheidung bat die Mutter des Klienten um ein Gespräch in unserer Praxis, da festgestellt werden sollte, ob statt der im Frühjahr vom Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte vorgeschlagenen stationären Behandlung eine ambulante Therapiedurchführung möglich ist.

Der Patient wurde von mir bereits vor sechs Jahren wegen klonischen Stotterns (nach damaligem Abschlußbericht mit Erfolg) behandelt. In der diesjährigen Begutachtung durch den Fachberater war von tonischem Stottern die Rede. Während eines halbstündigen Gespräches mit dem Jugendlichen, das in Anwesenheit beider Elternteile stattfand, konnte ich keine Stottersymptomatik feststellen und schlug die Konsultation eines Facharztes vor. Dieser stellte nach ausführlicher Prüfung ebenfalls keine Symptomatik fest und verordnete daher zehn ambulante Behandlungen, die der erweiterten Diagnostik dienen sollen. Daraufhin entschlossen sich die Eltern zunächst, von einer stationären Behandlung ihres Sohnes Abstand zu nehmen.

Mein persönlicher Vorschlag ging dahin, diese Maßnahme nicht gänzlich auszuschließen, bevor sichere Entscheidungen getroffen werden können. Die Familie nahm also nach der angebotenen

»Bedenkzeit« das Recht in Anspruch, der Heimeinweisung nicht zuzustimmen, um erst die weitere Entwicklung der Angelegenheit abzuwarten.

Holger Lakies

Umschau

16. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz

Die 16. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik fand am 2./3. November in Köln statt. Dabei wurden Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt als 1. Vorsitzender und Prof. Udo Schoor als Stellvertreter in ihren Ämtern bestätigt.

Schwerpunktmäßig wurden Fragen einer »Integrierten Entwicklungs- und Kommunikationsförderung in der Arbeit mit sprachentwicklungsgestörten Kindern« erörtert. Dazu stellte Dr. Renate Eckert (Köln) ein Konzept vor, das Elemente der Bewegungsförderung, Gesprächs- und Familientherapie in die sprachtherapeutische Arbeit aufnimmt. Den theoretischen Hintergrund bilden u. a. Menschenbilder der Ganzheits- und Gestaltpsychologie sowie der Gesprächstherapie. Vom Selbstverständnis des Therapeuten weicht die Art des Vorgehens völlig von symptomorientierten Ansätzen ab. — In der Diskussion wurden Überschneidungsbereiche mit der Rhythmik sowie Fragen der Institutionalisierung und Ausbildung angesprochen.

Am zweiten Tag standen die kommunikativen Anteile des Konzepts im Vordergrund. Unter der Leitung von Frau Eckert wurde die Art des Vorgehens von den Teilnehmern nicht nur rational nachvollzogen, sondern im gruppenspezifischen Prozeß unmittelbar erlebt.

M. Grohnfeldt

Fachtagung

Annäherung an eine Medizin der Gesundheit — Überlegungen zur Übertragbarkeit des Arbeitsansatzes von Milani-Comparetti. 30. Januar bis 1. Februar 1986. Wilhelm-Polligkeit-Institut, 6000 Frankfurt/M. 71.

Engeladen sind Mitarbeiter/innen aller Berufsgruppen aus den Bereichen Frühförderung und Behindertenarbeit sowie aus Sonder- und Regelinrichtungen mit integrativen Gruppen im Elementarbereich sowie mitarbeitende Eltern behinderter und nicht behinderter Kinder; Mitarbeiter/innen des öffentlichen Gesundheitswesens und von Ausbildungsinstitutionen.

Prof. Dr. Adriano Milani-Comparetti (Florenz) und seine Mitarbeiterin, Frau Dr. Anna Gidoni, haben im Mai 1985 im Rahmen einer Fachtagung des Paritätischen Bildungswerkes ihr Konzept einer am Kind orientierten Gesundheitsförderung vorgestellt und aus ihrer Praxis berichtet.

Wesentliche Merkmale ihres Arbeitsansatzes:

- Das Kind — insbesondere das Kind mit Behinderungen — steht ausdrücklich mit seinen Fähigkeiten, nicht mit seinen Defekten, im Mittelpunkt der Arbeit;
- das Kind und seine soziale Umgebung werden als untrennbare Einheit gesehen. Diese Ganzheit ist wichtigster Orientierungspunkt für die Förderarbeit: »Das Leben kann nicht in Therapie verwandelt werden, ohne seine Qualität als Leben zu verlieren« (Milani);
- der Therapeut ist nicht Handlanger einer imaginären Normalität, sondern Mittler bestimmter fachlicher Kenntnisse zur Förderung der je eigenen Möglichkeiten des Kindes und von Autonomie;
- die Qualität von Therapie ist daran zu bemessen, inwieweit sie Ausgrenzung aus dem alltäglichen Leben verhindert bzw. zur Integration beiträgt.

Diese Überlegungen, insbesondere die letztgenannte, sind im Hinblick auf die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik von größter Aktualität und Bedeutung.

In einem zweiten Schritt möchte das Paritätische Bildungswerk daher ein Forum bieten, Möglichkeiten der Umsetzung dieses Arbeitsansatzes unter den Gegebenheiten der Situation in der Bundesrepublik zu untersuchen.

Ziel der Tagung ist, ausgehend von der modellhaften Darstellung erster Erfahrungen mit diesem Arbeitsansatz sowie von theoretischen Ausführungen, in Zusammenarbeit von Praktikern/innen verschiedener Berufsgruppen bzw. aus unterschiedlichen institutionellen Arbeitszusammenhängen gemeinsam mit Wissenschaftlern/innen

- Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von Überlegungen und Erfahrungen Milani-Comparettis zu erörtern,

- darauf aufbauend Schritte und Wege zur Realisierung sowie
- daraus resultierende gesundheits- und sozialpolitische Forderungen zu erarbeiten.

Unkostenbeitrag: 120 DM einschließlich Unterkunft und Verpflegung. Anmeldeschluß: 10. Januar 1986.

Paritätisches Bildungswerk, Bundesverband e. V., Heinrich-Hoffmann-Straße 3, 6000 Frankfurt 71.

Seminare

Seminar: Neurolinguäpätie-Tage. Inhalt: Frau Dietlind Jakobi, Hannover: Arbeit mit hörgeschädigten Vorschulkindern nach der Methode der Schule Schlawffhorst-Andersen. Frau Dr. U. Dorsch, Heidelberg: Handlungsorientierte Aspekte einer kommunikativen Erziehung hörgeschädigter Kinder. Zielgruppe: Alle in der Frühförderung von hör- und sprachgeschädigten Kindern beschäftigten Personen. Teilnehmerzahl: max. 25 Personen. Termin: 21. bis 23. Februar 1986. Ort des Lehrganges: Kinderzentrum München, Pavillon, Lindwurmstraße 129, 8000 München 2. Teilnehmergebühr: 180 DM. Seminarleitung: Frau Gisela Normann, München.

Seminar: Die Bliss-Symbolics Communications-Methode. Inhalt: Der Lehrgang soll folgende Themenbereiche anschnitten: Die Bliss-Symbol-Methode (Einführung, Erläuterung, Übung, Anwendung). Einsatz der Bliss-Symbol-Methode in der Körperbehindertenschule. Technische Hilfsmittel in Verbindung mit der Bliss-Symbol-Methode. Zusätzliche Einsatzbereiche der Methode. Zielgruppe: Sonderschulpädagogen im Körperbehinderten- bzw. Geistigbehindertenbereich, Sprachthe-

rapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Logopäden. Teilnehmerzahl: 40 Personen. Termin: 25. bis 28. Februar 1986. Ort des Lehrganges: Kinderzentrum München, Pavillon, Lindwurmstraße 129 e, 8000 München 2. Teilnehmergebühr: 250 DM. Seminarleitung: Hermann Frey, Sonderschullehrer, Düsseldorf, Adelheid Benning, Sonderschullehrerin, Düsseldorf.

Anmeldung an: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e. V. im Kinderzentrum München, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

Bewerbungsfrist für Studiengang

Am 31. Januar 1986 läuft die Bewerbungsfrist für den berufs begleitenden Studiengang »Weiterbildung für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens« an der Universität Osnabrück ab. Aus der Berufsgruppe der Logopäden/innen und Sprachtherapeuten/innen werden bis zu 15 Bewerber/innen aufgenommen, die eine abgeschlossene Berufsausbildung in Logopädie/Sprachtherapie sowie Berufspraxis und Lehrtätigkeit in diesem Berufsfeld nachweisen. Die Lehrtätigkeit ist durch eine mindestens zwei Jahre ausgeübte Praxisanleitung ersetzbar. Werden nicht alle Plätze von dieser Bewerbergruppe beansprucht, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine begrenzte Anzahl anderer Bewerber/innen berücksichtigt werden. Bewerbungsunterlagen sind anzufordern beim Immatrikulationsamt der Universität Osnabrück, Postfach 4469, 4500 Osnabrück. Auskünfte über den Studiengang erteilt die Arbeitsgruppe LGW der Universität Osnabrück, Telefon (0541) 608-4244 oder -4243, -4245.

Würdigung

Friedel Läßple, Sonderschulrektor a. D., Mitglied der dgs, zum Innenminister des Saarlandes ernannt

Im Rahmen des Regierungswechsels an der Saar wurde unser Kollege Friedel Läßple (SPD) am 9. April dieses Jahres zum Innenminister des Saarlandes ernannt.

Herr Läßple, der 1938 im Saarland geboren wurde, studierte nach dem Besuch des Lehrerseminars in Ottweiler (Saar) vier Semester an der PH in Saarbrücken und legte im April 1959 sein erstes Lehrerexamen ab. 1960/61 studierte er in Stuttgart/Tübingen Sonderpädagogik. 1962 wurde er zum

Leiter der Sonderschule für Lernbehinderte in Wolfersweiler (St. Wendel) ernannt.

Als Anfang der sechziger Jahre mit der Sprachheilarbeit im Saarland begonnen wurde, gehörte Kollege Läßple zu dem Kreis der engagierten Kollegen, die das dichte Netz der Sprachheilambulanz flächendeckend im ganzen Land auf- und ausbauten. Seit dieser Zeit ist Herr Läßple auch Mitglied in der dgs.

Obwohl Herr Läßple in den vergangenen Jahren politisch sehr aktiv war und hohe politische Ämter bekleidete (so war er von 1970 bis 1977 Landesvorsitzender, von 1973 bis 1979 Mitglied des Bundesvorstandes seiner Partei, von 1970 bis heute

ununterbrochen im Landtag und von 1973 bis 1985 Fraktionsvorsitzender seiner Landtagsfraktion), blieb er während dieser Zeit der Sprachheilarbeit eng verbunden und arbeitete als Kreis-sprachheilbeauftragter des Landkreises Neunkirchen in der Sprachheilambulanz. Erst mit seiner Berufung zum Minister des Innern kündigte er »mit dem Ausdruck des Bedauerns« diese Arbeit auf.

Wir wünschen Herrn Kollegen Läßle in seinem sicherlich nicht leichten Amt als Innenminister des Saarlandes alles Gute und viel Erfolg.

Im Namen des Vorstandes
Toni Lauck, Landesvorsitzender

Fritz Schöpker 90 Jahre

1930 bis 1960 Leiter der Schwerhörigen- und Sprachheilschule in Hannover

Man schaut gelegentlich beim Treffen der Pensionäre in Hannover herein und trifft am Stammtisch einen offensichtlich recht jugendlich gebliebenen alten Herrn, Fritz Schöpker, der in diesem Jahr das 90. Lebensjahr vollendete. Ein Gespräch mit ihm macht Freude. Seine aufgeschlossene Art älteren und jungen Menschen gegenüber, sein allgemein waches Interesse, auch noch für pädagogische Bereiche, und sein Humor bewirken das. Er hat viel Selbstdisziplin, und immer wieder klingt Dankbarkeit an, verbunden mit einer gewissen würdevollen Bescheidenheit. So ist er im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis beliebt und wird hochgeehrt. Ein kleiner Rückblick für unsere jungen Kollegen:

1921 begann Fritz Schöpker seine Arbeit an der Hannoverschen Schwerhörigenschule,

1924 gründete er die erste Sprachheilklasse in Hannover,

1927 war er dabei, als Sprachärzte und Sprachheilpädagogen die Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik gründeten,

1930 wurde er Leiter der Schwerhörigen- und Sprachheilschule.

Er hatte guten Kontakt zu vielen namhaften Medizinerinnen und Pädagogen der jetzt schon zur Historie rechnenden Zeit, z. B. Fröschels, Karl Cornelius Rothe, Hoepfner, Loebell sen., Albert Liebmann u. a.

Den Schulrat Paul Dohrmann unterstützte er in den fünfziger Jahren in dem Bestreben um den Zusammenschluß aller sonderpädagogischen Sparten im Verband Deutscher Sonderschulen. In Hannover schuf er die Grundlage zu der bekannt guten Zusammenarbeit mit dem schulärztlichen Dienst unter der damaligen Leitung von Prof. Maneke. Fritz Schöpker besuchte Fachtagungen; er war Lehrbeauftragter in der Ausbildung der Sprachheillehrer im (damals) Heilpädagogischen Institut der Pädagogischen Hochschule. Im Verein zur Förderung der Erziehungsberatung gehörte er zum Vorstand und baute das psychotherapeutische Institut in Hannover mit auf. Im Herbst 1958 wurde die Landesgruppe Niedersachsen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik gegründet. Fritz Schöpker war der erste Landesgruppenvorsitzende. Bei ihm waren Theorieinteresse und theoretische Arbeit, praktische Schularbeit und Verbandstätigkeit in guter Weise verbunden.

Wir wünschen Fritz Schöpker weitere gute Jahre und freuen uns auf hoffentlich noch viele Geburtstagsempfangen in seinem Hause.

Hildegard Schneider-Haber

Nachruf

Karl-Heinz Rölke (1924 bis 1985)

Karl-Heinz Rölke ist am 7. September 1985 aus dem Leben geschieden. Wir trauern um einen Kollegen und Freund, der über zwei Jahrzehnte in den verschiedensten Funktionen zum Vorteil der Sprachbehinderten und für unsere Deutsche Gesellschaft tätig war.

Er gehörte nach Kriegsende zu den Mitbegründern der Arbeitsgemeinschaft der Schwerhörigen- und Sprachheillehrer Berlins, der Vorläuferin der heutigen Landesgruppe. Zusammen mit Arno Schulze übernahm er 1955 die Schriftleitung unserer neu herausgegebenen Verbandszeitschrift. Von 1963

bis 1967 leitete er als 1. Vorsitzender die Landesgruppe Berlin, war für zehn Jahre (1964 bis 1974) 2. Vorsitzender im Bundesvorstand und hatte den Vorsitz im Ehrenrat inne.

Karl-Heinz Rölke war ein ausgezeichnete Sprachheilpädagoge. Als Sonderschulrektor leitete er von 1963 bis 1976 die Schilling-Schule für Sprachbehinderte in Berlin-Neukölln. Sein besonderes Interesse galt der Arbeit mit stotternden Schülern, und er setzte sich in einer Veröffentlichung kritisch mit der Pathogenese und Therapie des Stotterns auf der Grundlage der Lehre Pawlows auseinander. Außerdem war er zehn Jahre als Lehrbeauf-

tragter der Pädagogischen Hochschule Berlin für den Bereich Sprachbehindertenpädagogik tätig, um seine große Erfahrung und sein Wissen einer Vielzahl von Berliner Kollegen im postgradualen Studium zu vermitteln. Seit 1963 war es sein Wunsch, eine moderne Sprachheilschule aufzubauen. In jahrelanger, mühevoller Arbeit gelang es ihm, das pädagogische und bauliche Konzept eines Heilpädagogischen Zentrums mit einer integrierten Ganztags-Sprachheilschule bei den zuständigen Behörden durchzusetzen. Sein Gesundheitszustand erlaubte es ihm leider nicht mehr, den Einzug in das neue Gebäude aktiv mitzuerleben. Er wurde im Sommer 1976 pensioniert und im gleichen Jahr für seine Verdienste um die

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik von der Delegiertenversammlung in Nürnberg zum Ehrenmitglied ernannt. In den folgenden neun Jahren konnte er sich aufgrund seines sich verschlechternden Gesundheitszustandes immer weniger seinem Steckenpferd, der Sprachbehindertenpädagogik, widmen.

Wir haben mit Karl-Heinz Rölke einen Förderer und Freund verloren. Seine menschliche Wärme, sein Wissen und Können werden vielen ehemaligen Schülern, Studierenden und den Kollegen seiner Schule unvergessen bleiben.

Für den Bundesvorstand der dgs
und die Landesgruppe Berlin
Kurt Bielfeld

Aus der Organisation

Arbeitstagung der dgs und ÖGS

»Förderung von Kindern mit Lernschwächen beim Schriftspracherwerb«.

Termin: 24. bis 26. April 1986. Ort: Hamburg.

Teilnehmer: Kollegen, die zu diesem Thema aus ihrer Praxis berichten können, werden gebeten, bis 31. Januar 1986 Kurzfassungen ihrer Beiträge an die Geschäftsadresse der dgs, Eißendorfer Pferdeweg 15 b, 2100 Hamburg 90, zu senden.

Kein Tagungsbeitrag. Unterkunft und Verpflegung pro Tag ca. 90 DM.

Anita Schwarze

Fortbildungstagung der LG Hessen

Die Landesgruppe Hessen führt in der Zeit vom 7. bis 11. April 1986 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema »Psychomotorik bei Sprachbehinderten« im Kloster Nothgottes bei Rüdesheim durch.

Fach- und praxiskompetente Referenten sind eingeladen und werden mit dem endgültigen Programm bekanntgegeben. Wie seither bei unseren Tagungen ist auch hier vorgesehen, daß die Tagungsteilnehmer ihre eigenen Erfahrungen mit einbringen können.

Interessenten wenden sich wegen der beschränkten Platzzahl bitte umgehend an Herrn Reinhard van Husen, Taunusstraße 12, 6220 Rüdesheim, Telefon (06722) 43 92, bei dem dann auch die verbindlichen Anmeldungen erfolgen.

Der Tagungsbeitrag beträgt: Mitglieder der dgs der LG Hessen kostenfrei, Mitglieder der dgs aus anderen Landesgruppen 25 DM, Nichtmitglieder der dgs 50 DM. Günstige Preise für Übernachtung und Verpflegung im Kloster!

Unsere 11. Berchtesgadener Tage werden diesmal im Herbst vom 6. bis zum 12. Oktober 1986 stattfinden. Thema: »Frühförderung und Integration«. Nähere Hinweise erfolgen in dieser Zeitschrift.

Hans Fink / Arno Schulze

Diagnosematerialien

Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Landesgruppe Hessen zum Thema »Diagnose von grammatischen Störungen« setzten die Teilnehmer(innen) sich mit vorhandenen Diagnosematerialien bei Sprachentwicklungsstörungen auseinander. Es ist zu erwarten, daß in der Praxis vielfältige zusätzliche Materialien neben den Verlagsangeboten existieren, seien es selbst entwickelte oder Kombinationen verschiedener veröffentlichter Diagnoseverfahren.

Für unsere Arbeit wäre es von Bedeutung, diese Materialien kennenzulernen. Um einen fachlichen Austausch zwischen Praktikern zu ermöglichen, bitten wir alle Kollegen, die über solche Materialien verfügen, diese an eine der folgenden Adressen zu senden:

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

Dr. Iris Füssenich
Abt. 13, Sprachbehindertenpädagogik
Universität Dortmund
Postfach 500 500
4600 Dortmund
Telefon (0231) 7 55 45 68 (45 70)
(02241) 6 45 97 (privat)

Landesgruppe Rheinland

Am 4. November 1985 führte die Landesgruppe Rheinland eine Fortbildungs- und Mitgliederversammlung durch.

Herr Dr. Bindel, Saarbrücken, sprach zu dem Thema: »Stottern als Sprechunflüssigkeitsstörung«. Der Referent ging von zwei Thesen aus: 1. Dem Stottern geht Sprechunsicherheit voraus. 2. Psycholinguistische Momente in der Sprache sind beim Stotterer gestört. Die gestörten psycholinguistischen Momente bezogen sich auf die Sprechunterbrechungen (leere und gefüllte Pausen), die in verschiedenen Ausprägungsformen jeder normalen Rede eigen sind. Der Stotterer ist nach Ansicht des Referenten nicht in der Lage, diese Unflüssigkeiten zu steuern. Psychologische Faktoren, so führte der Referent aus, sind beim Stot-

tern zu vernachlässigen: Stotternde Kinder leiden nicht; der Erziehungsrahmen ist normal.

In der sich anschließenden, recht lebhaften Diskussion wollten die Teilnehmer vor allem Auskunft darüber erhalten, welche Erfahrung der Referent bisher mit seiner Therapieform gemacht hat. Es wurden aber auch Zweifel über die geringe Gewichtung psychologischer Faktoren angemeldet.

In der anschließenden Mitgliederversammlung wurde der Vorstand der Landesgruppe Rheinland neu gewählt:

Vorsitzender: Theo Borbonus, Essen
Stellv. Vorsitzender: Heribert Gathen, Mönchengladbach
Rechnungsführerin: Eva Jungjohann, Langenfeld
Schriftführerin: Birgit Kirk, Wuppertal

Theo Borbonus

Bücher und Zeitschriften

Rainer Wohlfarth: Auf der Schwelle zur Sprache. Förderung des frühen Spracherwerbs im gemeinsamen Handeln. Ein Beitrag zur Geistigbehindertenpädagogik. Bock und Herchen Verlag, Bad Honnef 1985, 261 Seiten. Ohne Preisangabe.

Der Autor setzt sich zum Ziel, »Prinzipien der Förderung von Sprache zu begründen, wie sie aus der Analyse ihres Erwerbs hervorgehen« (S. 1), und zu prüfen, wie diese sich mit dem Konzept des kommunikativen Handelns im Dialog verbinden lassen. Er möchte besonders den Anfängen der Sprache, »der Bildung von Schemata und Konzepten, Gesten, Symbolen und Zeichen im Dialog und den Merkmalen dieses Dialogs stärker auf die Spur kommen, um daraus reichhaltigere didaktische Aufschlüsse« (S. 37) für die Förderung von (wirklich) sprachbehinderten Menschen zu gewinnen.

Die traditionelle Sprachbehindertenpädagogik befaßt sich derzeit (fast) ausschließlich mit den Beeinträchtigungen in der Spracherlernung im engeren Sinn, den Beeinträchtigungen im Wortschatz, der Aussprache, Grammatik und Rede eines Menschen. Menschen, die nicht über Sprache verfügen, sei es, daß sie die Zeichen der Sprachgemeinschaft nicht oder nicht ausreichend verstehen und/oder diese für die Verbalisierung ihrer Bewußtseinsinhalte nicht oder nicht genügend zur Verfügung haben, werden (vielfach) nicht als Aufgabe der Schule für Sprachbehinderte angesehen. Etwas überspitzt läßt sich daher formu-

lieren: In der heutigen Schule für Sprachbehinderte sind überhaupt keine sprachbehinderten Menschen (im Sinne der o. a. schwersten sprachlichen Beeinträchtigungen) zu finden. Eine (Sprach-)Sonderpädagogik ist aber für alle in ihrer Sprache beeinträchtigten Menschen zuständig. Daher ist die vorliegende Arbeit von Wohlfarth sehr zu begrüßen.

Zunächst werden Sprache und Kommunikation im Spiegel der Geistigbehindertenpädagogik dargestellt. Hierbei werden die traditionellen Konzepte der Sprachanbildung (Mundgymnastik, Training der Sprechwerkzeuge, Vor- und Nachmachen, Anbildung von Lauten, Silben und Wörtern) kritisiert, da »der in seiner Sprache zu Therapierende als Kommunikationspartner nicht wirklich anerkannt und ernst genommen wird« (S. 30).

Dann werden Erklärungsmodelle des menschlichen Spracherwerbs ausführlich und kritisch ausgeführt, wobei der »Spracherwerb im Dialog« (S. 93 ff.), das Sprachlichwerden, das »Auf-der-Schwelle-zur-Sprache-Sein« des Menschen, besondere Beachtung finden. Im gemeinsamen Handeln, im Dialog mit seinen Bezugspersonen erwirbt das Kind eigenkreativ die Sprache, es wird sprachlich, d. h., es lernt mit Hilfe der Zeichen seiner Sprachgemeinschaft die Bewußtseinsinhalte anderer Menschen zu verstehen und seine eigenen Bewußtseinsinhalte anderen verständlich zu machen.

Konsequenterweise werden dann die Ansätze zur

Förderung des frühen Spracherwerbs kritisch erläutert und ein ganzheitlicher Ansatz der sprachlichen Förderung im gemeinsamen Handeln von Pädagoge (Eltern) und Kind, im Nachvollziehen des natürlichen Dialogs in der Spracherlernung, begründet und entwickelt. »Es führt kein anderer Weg zur Sprache als über den Dialog« (S.204).

Die Arbeit von *Wohlfarth* ist allen Sonderpädagogen zu empfehlen, die sich für die Erziehung von *allen* sprachlich beeinträchtigten Menschen verantwortlich fühlen. Der Untertitel »Ein Beitrag zur Geistigbehindertenpädagogik« könnte daher auch heißen: »Ein Beitrag zur Sprachbehindertenpädagogik«.

Dieter Kroppenberg

Wir bieten an:

Soweit im Verlag noch vorhanden
Hefte älterer Jahrgänge der Zeitschrift

Die Sprachheilarbeit

Wir nehmen zurück

Hefte älterer Jahrgänge der Zeitschrift.
Nennen Sie uns Jahrgang und Nummern
der Hefte, die Sie abzugeben wünschen.

Verlag Wartenberg & Söhne

Theodorstraße 41 w · 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

U. Hebborn-Brass: Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie.

U. Förster: Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus.

A. Zuckrigl und P. Mahel: Eine weitere katamnestische Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte.

I. Kroker: Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage.

G. Mühlhausen: Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert?

K. Ortwig: Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung.

J. Steiner: Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen.

U. Pape: Die Rehabilitationskurse für Stotterer und Polterer.

E. Richter: Erkenntnisse in Theorie und Therapie des Stotterns unter subjektivem Einfluß.

M. Siefken: Die Entwicklung vom neuen Sprechen zum eigenen Sprechen.

F. Wurst: Auditive Perzeptionsstörungen.

J. Graichen: Zentrale Bedingungen von Sprachentwicklungsstörungen.

J. Breckow: Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte.

W. Wertenbroch: Über den Widerstand und über die Zusammenarbeit mit Stotternden.

B. Kaltwasser und E. Breitenbach: Autogenes Training für sprachbehinderte Kinder — eine modifizierte Form und ihre Auswirkung auf das Konzentrationsvermögen.

D. Hülsebusch: Apparative Hilfen in der Dyslalie-Therapie. Die Arbeit mit dem neuen S-Meter.

H. Schröter: Atemtherapie als ein Grundstein im Behandlungsgefüge der Stimmheilkur.

E. Richter: Autosuggestive Bekämpfung des Stotterns, aus eigener Werkstatt berichtet.

M. Grohnfeldt: Systeme der Sprachtherapie im internationalen Vergleich.

J. Borchert und Ch.-A. Brucks: Pilotstudie zur verbalen und nonverbalen Kommunikation im Unterricht von Sonderschullehrern in Schulen für Sprachbehinderte.

U. Baumeister: Mathematikunterricht in der Schule für Sprachbehinderte — Ansatzpunkte für einen therapieimmanenten Unterricht.

G. J. Limbrock und R. Castillo-Morales: Orofaziale Regulationstherapie bei Kau-, Schluck- und Sprechstörungen behinderter Kinder.

G. Brueggebors-Weigelt: Überlegungen zum Einsatz der Mantra-Meditation bei Vokal-Stotterern.

H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann: Untersuchungen zu metalinguistischen Fähigkeiten dysgrammatisch sprechender Kinder.

»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



Deutsches Rotes Kreuz

Stellenausschreibung

Das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Tecklenburger Land e.V.,
sucht für seinen Kindergarten eine/n

**Sprachtherapeuten/in,
Sprachheillehrer/in** oder eine/n
Logopäden/in

für halbe Tage ab sofort und für ganze Tage ab 1. Januar 1986.

Die Vergütung richtet sich nach BAT.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Tecklenburg, 4530 Ibbenbüren, Groner Allee 29.

NEUROLOGISCHES
REHABILITATIONS-CENTRUM
FÜR KINDER
UND JUGENDLICHE
GEESTHACHT



Stiftung
Hamburgisches Krankenhaus
Edmundsthal-Siemerswalde

Wir suchen sofort oder später für das **Neurologische Rehabilitationszentrum
für Kinder und Jugendliche**

Logopädin/en mit staatlicher Anerkennung

für die Behandlung von Kindern und jungen Menschen mit erworbenen
Hirnschädigungen; Erfahrungen mit Aphasien und Dysarthrien sind daher
Voraussetzung.

Sie werden in einem jungen, multidisziplinären Team mit drei weiteren
Kollegen für die Betreuung von 100 Rehabilitanden verantwortlich sein.

Die Vergütung erfolgt nach BAT. Wohnmöglichkeit besteht auf dem Gelände.

Bewerbungen an:

Stiftung Hamburgisches Krankenhaus Edmundsthal-Siemerswalde
— Personalabteilung — Johannes-Ritter-Straße 100, 2054 Geesthacht.

*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

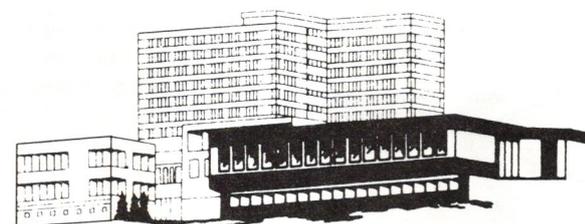
Ort

Datum

Dipl.-Sprachheilpäd.

27, Examen 1985, Praktika in Aphasietherapie, sucht Stelle od. längeres Praktikum.

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



Neurologische Akutklinik ZWESTEN
sucht zum nächstmöglichen Termin

Logopädin(en)

vorzugsweise mit klinischer Erfahrung in der Diagnostik und
Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Stimmstörungen.

- Wir bieten:
- Abwechslungsreiche Tätigkeit in einer Arbeitsgruppe von Logopäden und Sprachheiltherapeuten
 - Mitarbeit in einem gut eingespielten Team von Ärzten, Psychologen, Krankengymnastinnen und Ergotherapeuten
 - Moderne Behandlungsmöglichkeiten
 - Geregelte Arbeitszeit
 - Preisgünstige Verpflegungsmöglichkeit
 - Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung
 - Gute Einrichtungen zur Freizeitgestaltung (Hallenbad, Sauna, Tennisplätze, Minigolf).
- Wir suchen:
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das Interesse und die Qualifikation haben, in dem geschilderten Bereich mitzuarbeiten.
- Wir erwarten:
- Engagement bei der Versorgung der Patienten
 - Konstruktive Mitarbeit im therapeutischen Team
 - Aufgeschlossenheit für die Verbesserung der beruflichen Qualifikation.
- Wir sind:
- Eine Neurologische Akutklinik, die mit den Hardtwaldkliniken zusammenarbeitet.

Bitte, rufen Sie uns kurzerhand an. Ihr Gesprächspartner ist Herr Meyer-Königsbüscher
(Leiter der Sprachtherapieabteilung). Telefondurchwahl (05626) 87-023.

NEUROLOGISCHE AKUTKLINIK, Hardtstraße 30, 3584 Zwesten, Telefon (05626) 87-800.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung

1.—18. Folge mit Übungstexten, 21.—23. Folge mit Bildern

Bildgeschichten

zur Sprachförderung und Überwindung der Sprachnot

Testmittel zur Sprachbehandlung

Untersuchungs- und Behandlungsbogen

SMS Strukturierte Materialien-Sammlung

Informative Darstellung von 170 Spiel- und Übungsmaterialien

Beratungsschriften für Eltern

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:

Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

HERRN WSS 005766 *0022*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

staatlich geprüfte
Berufe mit
Zukunft



B.-Blindow-Schulen

Die **B.-Blindow-Schulen** führen Berufsfachschulen der Fachrichtungen Krankengymnastik, Massage, MTA/L/R, PTA und Beschäftigungstherapie.

Ab Schuljahr 1985/86 soll in **Osnabrück** eine Lehranstalt für Logopädie errichtet werden. Daher suchen wir ab sofort oder später haupt- und nebenberufliche

Logopäden(innen) mit Berufserfahrung

Aufgabengebiet: Aufbau der geplanten Schule und Lehrtätigkeit.

Die Angliederung einer phoniatischen Abteilung mit einem Therapiezentrum ist vorgesehen.

Detmarstraße 6—8, 4500 Osnabrück, Telefon (0541) 2 73 21

DIE NEUE FREIHEIT BEIM SPAREN UND BAUEN: **BHW DISPO 2000**

Mit BHW DISPO 2000 komme ich schnell zum winterfesten Haus.

Denn das BHW hat als erste Bausparkasse die Teilbausparsumme eingeführt.

Damit habe ich die Möglichkeit, schnell mein Haus winterfest zu machen, ein neues Bad einzubauen, den Traum vom eigenen Wintergarten zu verwirklichen oder endlich das Dach auszubauen. Also, BHW DISPO 2000 ist eine phantastische Sache. Worauf noch warten?

Sprechen Sie doch auch einmal mit Ihrem BHW-Berater.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst

