

Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



Inhaltsverzeichnis

Hauptbeiträge	Seite	Aus der Forschung	Seite
<i>Ursula Hebborn-Brass, Bergisch Gladbach</i> Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertheapie	1	<i>Gerd Mühlhausen, Flensburg</i> Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheil- schulen geändert?	37
<i>Klaus Ortwig, Freren</i> Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung	9	<i>Alfred Zuckrigl und Peter Mahel, Heidelberg</i> Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte	39
<i>Uwe Förster, Hannover</i> Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus	21	Leserbriefe	43
<i>Ingo Kroker, Bischmisheim</i> Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage	31	Umschau	44
		Aus der Organisation	48
		Bücher und Zeitschriften	49
		Vorschau	54

Postverlagsort Hamburg
31. Jahrgang
Februar 1986 · Heft 1

SIEMENS

Wir führen ein umfassendes Programm für die Sprachheilarbeit:

S-Indikator

Er dient zur Einübung von stimmlosen S-Lauten.

N-Indikator

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

f₀-Indikator

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

Einzeltrainer

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

Language-Master

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

Sprachstudienrecorder

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

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

MH95/7510 c



Ursula Hebborn-Brass, Bergisch Gladbach

Ein praxisorientierter Leitfaden zur Stotterertherapie — Erfahrungen mit der Modifikation des Vorgehens nach Azrin und Nunn —

Zusammenfassung

Das Verfahren zur schnellen Beseitigung von Stottern nach Azrin und Nunn (1974) wird vorgestellt und kritisiert.

Aufgrund theoretischer Überlegungen und praktischer Erfahrungen erfolgte eine Modifikation des Vorgehens, welches sich als praktikabel und effizient erweisen konnte.

Die einzelnen Schritte des Vorgehens werden beschrieben und an einem Fallbeispiel erläutert.

1. Vorbemerkung

Über Ätiologie und Therapie des Stotterns existiert in der Literatur eine Fülle von widersprüchlichen Meinungen. Eine Zusammenstellung von Theorien und Therapieformen aus 150 Jahren findet sich bei Orthmann und Scholz (1976).

Schilling (1965) gibt einen Überblick über die Literatur, für den folgenden Zeitraum bis 1975 ebenso Wendlandt u. a. (1975).

Dem heutigen Wissensstand gemäß ist von der multifaktoriellen Natur des »Stotterersyndroms« (Schilling 1965) auszugehen, die dem vielschichtigen Erscheinungsbild entspricht. Statt eines auslösenden Erlebnisses wird eine Interaktion ätiologischer Faktoren, wie hereditäre Disposition, organische Mitbedingtheit (z. B. im Rahmen erworbener Hirnfunktionsstörung), und psychologischer und sozialer Faktoren angenommen. Neben den von analytischen Richtungen als auslösend bezeichneten Traumata sind hierzu auch überdauernde Einflüsse zu rechnen. So werden in Familien von Stotterern gehäuft Per-

Ich danke Herrn Prof. Dr. Dr. M. H. Schmidt für seine hilfreichen Anmerkungen.

sonen mit psychiatrischen Erkrankungen, besonders psychosomatischen Störungen, aufgefunden, die mit ihren speziellen Persönlichkeitszügen und Einstellungen lange Zeit als Träger der Sozialisation wirksam waren. Entsprechend multifaktoriell hat u. E. ein therapeutischer Zugang zu sein. Die einseitige Zentrierung auf eine Theorie hat sich als unzureichend erwiesen.

Das Spektrum vorliegender Methoden reicht von der medikamentösen Behandlung, der logopädischen Übungsbehandlung (z. B. Fernau-Horn 1969), den psychotherapeutischen Verfahren verschiedener Schulen und verhaltenstherapeutischen Methoden bis hin zu »Non-avoidance«-Überzeugungen (Van Riper 1973, Sheehan 1978). Während sich die orthodoxe Psychoanalyse als fehlindiziert erwies (nach Eingeständnis Freuds, da sich wohl die Ursachen, aber nicht das Stotterersymptom beseitigen ließen), haben individualpsychologische Zugänge nach Alfred Adler Erfolge nachweisen können (Schoenaker 1978).

Die Verhaltenstherapie nahm ebenfalls lange Zeit breiten Raum ein (Kuchner 1970, Wendlandt 1972).

Der vorliegende Beitrag greift unter Verzicht auf einen weitergehenden kritisch-literarischen Überblick eine Vorgehensweise heraus, die zum Teil aus theoretischen Erwägungen, zum Teil aus praktischen Erfahrungen heraus modifiziert wurde und zu positiven Resultaten führte. Sie basiert auf einem Vorgehen auf lerntheoretischer Basis, konvergiert aber im Bereich der Funktionsanalyse mit individualpsychologischem Gedankengut.

2. Das Verfahren von Azrin und Nunn

1974 publizierten *Azrin* und *Nunn* eine kurze Darstellung über eine schnelle Methode zur Verhinderung von Stottern durch reguliertes Atmen. Alle Instruktionen sollten in einer einzigen Sitzung von zwei Stunden Dauer stattfinden, eine zusätzliche Betreuung fand nur stichprobenhaft und telefonisch statt. Die Autoren berichten von guten Erfolgen mit 14 Stotterern.

Bevor das Vorgehen kritisiert und daraus eine Modifizierung abgeleitet wird, soll kurz das ursprüngliche Vorgehen dargestellt werden. Es umfaßt einen rückschauenden Bericht der Klienten über Unannehmlichkeiten und ein Bewußtseinstaining (mit bewußtem Stottern, Beschreiben der Personen, Situationen oder Worte, bei denen Stottern auftritt, Aufmerksamkeit für damit assoziierte Körperbewegungen). Zudem wird der Proband angeleitet, Stottern zu antizipieren und dies anzuzeigen. Um Entspannung zu erreichen, wird ihm gelehrt, bequem zu sitzen und die beim Stottern gewöhnlich gespannte Bauch- und Brustmuskulatur zu entspannen, entspannt zu atmen (da schnelles Atmen mit Angst und Stottern verbunden ist) und seine Entspannung verbal einzuleiten. Dann sollen mit dem Stottern unvereinbare Aktivitäten durchgeführt werden, d. h. das Aufhören zu reden, wenn Stottern antizipiert wird; tiefes Einatmen, sofortiger Sprechbeginn mit Ausatmen, Betonen des Anfangsteils des Gesagten und kurze Zeit dauerndes Sprechen.

Praktische Übungen zielen auf eine Verbesserung des Antizipierens und Anwendens dieser Regeln ab. So wird z. B. die Anwendung der o. a. Übungen in einer typischen Stotterersituation gespielt. Ferner werden Strukturierungshilfen empfohlen, wie lautes Lesen, wobei der Klient zuerst nach jedem Wort unterbricht und die Übungen macht. Die Menge des Gelesenen wird dann schrittweise vergrößert.

Bei Klienten mit Schwierigkeiten bei bestimmten Wörtern wird ein Wörterbuch zum Herausuchen dieser Problemwörter empfohlen.

Telefonate mit Freunden werden angeregt,

ebenso Rollenspielübungen des Telefonierens. Während des Beratungsgesprächs soll der Klient die Übungen bereits anwenden. Er soll Freunde oder Verwandte von seinem Vorgehen unterrichten, damit diese ihm »soziale Unterstützung« im Sinne von Lob und Erinnerung an die Übungen geben können. Schließlich soll er das Gelernte in der Öffentlichkeit zeigen und aktiv Umstände herbeiführen und solche Wörter sprechen oder Personen aufsuchen, die Stottern vermehrt auftreten ließen.

Die Autoren *Azrin* und *Nunn* führten Erfolgskontrollen anhand von Telefonaten mit den Klienten durch, in denen diese die geschätzten Stotterhäufigkeiten mitteilten. Diese Angaben wurden sowohl durch Aussage von Bekannten als auch durch eigene Registrierungen während des Telefonates zu validieren versucht.

2.1. Kritik am Verfahren von *Azrin* und *Nunn*

Die Kritik am Verfahren zielt im wesentlichen auf drei Punkte ab:

1. auf die zu gering veranschlagte Zeit,
2. die mangelnden Vorarbeiten zur Therapie-Erfolgskontrolle (Erhebung der Basisdaten) und
3. die fehlende Erarbeitung eines funktionalen Bedingungsmodells.

2.1.1. Zeitbedarf

Nach unseren Erfahrungen ist eine Anleitung von zwei Stunden nicht ausreichend. Vielmehr hat es sich gezeigt, daß es sinnvoller ist, das Vorgehen zeitlich auf mehrere Sitzungen zu verteilen.

Obwohl dadurch ein höherer Kostenaufwand entsteht, scheint dieses Vorgehen dadurch gerechtfertigt zu sein, daß der Erfolg stabiler ist. Dies ist zwar hier bezüglich der Stotterbehandlung eine statistisch nicht überprüfte Erfahrungsaussage. Für die Verhaltenstherapie bei Enuresis nocturna z. B. gibt es dagegen empirische Belege, daß längerdauernde Programme einen stabileren Erfolg erzeugen (*Kuhlen* 1977). Großen Wert legen wir auch auf die Nachbetreuung des Klienten, während er praktische Erfahrungen mit der Anwendung der Methode macht. Es hat sich

erwiesen, daß auftretende Probleme allein vom Klienten nicht so gut bewältigt werden konnten. Dies verschärfte sich, wenn die soziale Umwelt des Klienten wenig Unterstützung bieten konnte.

2.1.2. Erfolgskontrolle

Azrin und Nunn vertrauen bei der Überprüfung des Therapieerfolges auf Schätzungen der Stotterhäufigkeit. Dies erscheint uns zu ungenau. Außerdem hat ein systematisches Registrieren des Stotterns durch den Klienten Vorteile, die sich zum einen auf eine Erhöhung des Bewußtseins (wann er stottert) auswirken. (Gerade bei Stotterern ist dies ein kritischer Punkt, der oft vom Klienten als Begründung für das Nichtanwenden der Übungen angeführt wird: Zum Beispiel sei ein Gespräch zu anregend gewesen, als daß man auf das Stottern noch habe achten können.) Zum anderen scheint die Basisdatenerhebung ein Prüfstein für die Motivation des Klienten zu sein.

Um den Therapieerfolg wirklich kontrollieren zu können, sollte man sich nicht dazu verleiten lassen, ohne vorliegende Basisdaten mit dem Einüben der Technik zu beginnen.

Von Schulte (1977) wird die Verhaltensbeobachtung schon als therapeutisches Vorgehen mit dem Effekt einer Symptomverringering bezeichnet. Dies ist evident für Raucher und ähnliche Problemfälle, bei Stotterern wurde manchmal jedoch ein gegenläufiger Effekt berichtet.

Ob es sich hierbei um echte Reaktivität, vielleicht im Sinne einer Verunsicherung, handelt oder ob nur die erhöhte Aufmerksamkeitszentrierung auf das Symptom zu einer realistischen Registrierung führt, kann aus den vorliegenden Daten nicht allgemein entschieden werden.

2.1.3. Bedingungsanalyse

Geht man davon aus, daß es sich nicht nur um eine Verselbständigung des Stotterns handelt, so ist es unerläßlich, bei seiner Therapie die aufrechterhaltenden Faktoren aufzudecken: die frühere und/oder heutige Funktion des Stotterns. Dem Stotterer ist primär nur der Leidensdruck bewußt, der Preis, den er zu zahlen hat. Der Krankheitsgewinn

dagegen, der die Psychodynamik ausmacht, muß erst ausfindig gemacht werden. Dies kann in Beispielen von Situationen hypothetisch geschehen und muß vom Stotterer selber validiert werden, ebenso wie es mit dem Eindruck des Behandlers konvergieren sollte.

3. Modifikation des Verfahrens

Im folgenden soll nun das modifizierte Vorgehen beschrieben werden, wobei versucht wird, dies auf einzelne Therapiesitzungen aufzuteilen. Dieses Schema sollte aber nicht als zwingend verstanden werden, unter Umständen ist eine Ausweitung einzelner Übungen oder Gespräche sinnvoller. Jede Sitzung sollte mit Aktuellem begonnen und Wichtiges der letzten Stunde wiederholt werden.

3.1. Erstkontakt (erste Sitzung)

Der Erstkontakt mit dem Klienten dient dazu, dessen Erwartungen und die Anforderungen an ihn zu klären. Meist beschreibt der Klient in freier Form, was nachher systematisch erhoben wird. Es sollte trotzdem nicht unterbunden werden, da durch den Fragebogen (s. u.) subjektive Schwerpunkte des Probanden nicht unbedingt deutlich werden. Das freie Gespräch kann also Anhaltspunkte für weitere Hypothesen usw. bieten — ganz abgesehen von der abschreckenden Wirkung, die ein als unpersönlich empfundener Fragebogen im Erstkontakt hat! Dem Klienten werden der Sinn und das Vorgehen zur Basisdatenerhebung erläutert. Es empfiehlt sich, einzelne Situationen der Erhebung (z. B. Mittagessen, Bürozeit von 10 bis 11 Uhr, 15 Minuten in der Eckkneipe usw.) auszuwählen. Falls möglich und vom Klienten nicht verneint, können Verwandte oder andere nahestehende Personen ebenfalls (aber unabhängig) zur Datenerhebung eingesetzt werden.

Zu erfragen sind frühere Versuche zur Behandlung und die Absicherung, daß es keine organischen Begleitsymptome gibt (ggf. Abklärung durch den Facharzt).

3.2. Fragebogen

Je nach Klient kann der folgende Fragebogen von diesem mitgenommen und zu Hause

ausgefüllt werden oder im gemeinsamen Gespräch beantwortet werden (zweite Sitzung). Interessant ist auch ein unabhängiges Beantworten des Bogens durch den Partner oder eine andere wichtige Bezugsperson. Der Fragebogen wurde nach *Schulte* (1976, S. 42 ff.) von uns auf das spezielle Problem des Stotterns umgeändert und ergänzt. Er umfaßt folgende Anleitung und Fragen:

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und versuchen Sie, keine Beantwortung auszulassen.

a) Wenn Ihnen die Beantwortung der Frage Mühe macht oder auch unangenehm ist, denken Sie bitte daran, daß Sie damit schon aktiv an der Lösung Ihres Problems arbeiten!

b) Lassen Sie den zweiten Bogen von Ihrem Partner oder einer anderen für Sie wichtigen Person ausfüllen, ohne daß Sie sich absprechen.

Bringen Sie diese Bögen das nächste Mal wieder mit. Unklare Fragen können wir gemeinsam besprechen.

Abklärung der problematischen Situation

Stottern

1. Welche Personen oder Gruppen stören sich daran?
2. Welche Personen oder Gruppen unterstützen es?
3. Wer hat Sie angeregt (überredet?), deshalb zum Therapeuten zu gehen?
4. Welche Konsequenz hat das Stottern für Sie und für wichtige Personen Ihrer Umgebung?
5. Unter welchen Bedingungen tritt das Stottern auf (biologische, sprachlich-gedankliche, soziale, berufliche)?
6. Welche Befriedigung (positive Folgen) bestehen für Sie fort, wenn es andauert?
7. Welche Befriedigung erhalten Sie, wenn als Therapieergebnis das Stottern verändert wird (verschwindet)?
8. Welche positiven und/oder negativen Konsequenzen können sich für wichtige Personen aus Ihrer Umgebung ergeben, wenn Sie nicht mehr stottern?
9. Auf welche Art und Weise würden Sie Ihr Leben fortsetzen, wenn die Therapie erfolglos verlief?
10. Welche neuen Probleme würden sich durch eine erfolgreiche Therapie für Sie ergeben?
11. Was würde anders sein, wenn Sie nicht stottern würden, bzw. was wäre in der Vergangenheit anders gelaufen?
12. Seit wann stottern Sie (Alter)?
13. Beschreiben Sie bitte die erste Situation, in

der Sie gestottert haben (selber erinnert oder erzählt, möglichst beides).

14. Wie haben wichtige Leute in Ihrer Umgebung damals darauf reagiert (Familie, Freunde)? Möglichst Beispiele.
15. Wie ist es heute, wie oft stottern Sie am Tag? (Versuchen Sie, das mit einer Strichliste aus-zuzählen, Punkten auf dem Schreibtisch oder dergleichen, was nicht unbedingt auffallen soll. Machen Sie das eine Woche. Unterscheiden Sie zwischen Bürozeiten und Freizeit.)
16. Welche Personen sind dabei anwesend? Ist es bei allen gleich stark? Bei wem ist es am stärksten? ... am schwächsten? In welchen Situationen am stärksten? ... am schwächsten? Wie ist es am Telefon? Bei bestimmten Wörtern? Zu bestimmten Tageszeiten? In den Ferien gleich stark? Bei fremden, gerade ein-tretenden Personen stärker? In hektischen Situa-tionen stärker? In unerwarteten Situa-tionen stärker? Fallen Ihnen sonst noch Dinge ein?
17. Beschreiben Sie bitte zehn Situationen, in denen Sie gestottert haben. Was taten Sie vorher? Was passierte, bevor Sie stotterten? Wobei? Was passierte dann? Wie reagierten andere?
18. Wie merken Sie, daß Sie stottern werden? Atem anders, Beklemmung in der Brust, Angst, gleich zu stottern usw.?
19. Sind mit dem Stottern Körperbewegungen verbunden (Augenzwinkern, Gesichtverziehen, Fingerkribbeln oder dergleichen)?
20. Vermeiden Sie es zu sprechen, um nicht zu stottern? Vermeiden Sie bestimmte Wörter, lange Sätze oder was?
21. Wie sehr sind Sie daran interessiert, nicht mehr zu stottern? Wie wichtig ist es Ihnen (Beispiel)?

3.3. Weiterer Verlauf

Zweite oder dritte Sitzung

Anhand dieser Unterlagen wird versucht, mit dem Klienten ein Bedingungsmodell zu erstellen. Dabei ist es wichtig, dem Probanden keine Interpretation aufzudrängen. Für den weiteren Erfolg ist es wichtig, daß er selbst Zusammenhänge erkennt und bejahen kann. Dies stellt einen kritischen Punkt der Behandlung dar, da bei Ungeschick des Therapeuten bzw. hoher Empfindlichkeit und Kränkbarkeit des Klienten ein Abbruch resultieren kann. Eine auch noch so subtile Bewertung der Funktionalität ist tunlichst zu

vermeiden. Das Erkennen des Zusammenhanges wird es dem Stotterer erleichtern, einen zunächst kognitiven Veränderungsprozeß einzuleiten und in seinen Problemsituationen die notwendige Selbstkontrolle für die Durchführung der Übungen aufzubringen.

Die Basisdaten sollten jetzt vorliegen. Zusätzlich sollte durch den Therapeuten die Stotterhäufigkeit in der Stunde registriert (z. B. in Zeitintervallen von fünf Minuten die Häufigkeit des Stotterns registrieren) oder anhand vorgelesener Texte eine Vergleichsbasis erhoben werden (z. B. eine Seite eines unbekanntes Textes lesen lassen; diese letzte Möglichkeit entfällt jedoch bei einigen Klienten, die nur bei freiem Sprechen stottern).

Vierte Sitzung

Dem Klienten wird der Zusammenhang zwischen Muskelspannung, Angst und Stottern erklärt, um ihm die Notwendigkeit des Entspannungstrainings einsichtig zu machen. Zu den knapp gefaßten Anleitungen zum Entspannen und Atmen (*Azrin* und *Nunn*) erscheint es uns sinnvoll, zusätzlich das Entspannungstraining nach *Jakobson* (1965) zu vermitteln. Dies soll der Klient täglich üben, dabei ist es unter Umständen zweckmäßig, eine Tonbandkassette mit den Anweisungen zur Verfügung zu stellen.

Dies empfiehlt sich als zusätzliche Motivation und besonders am Anfang, wenn das Vorgehen noch nicht so gut erinnert wird. Sonst passiert es leicht, daß einzelne Übungen vergessen werden. Zur Analyse der eventuell bei bestimmten Körperteilen auftretenden Schwierigkeiten ist aber die Vollständigkeit wichtig. Stotterer haben oftmals ihre Problemzonen (z. B. Hals- und Rückenmuskulatur), wo ihnen die Entspannung besondere Schwierigkeiten bereitet. Solche Übungen werden dann gern übergangen.

Fünfte und sechste Sitzung

Nach einem Erfahrungsbericht des Klienten über die Anwendung des *Jakobson*-Trainings zu Hause folgt die Anwendung der Kurzform. Das Erzählen des Klienten wird wieder zur Registrierung der Stotterhäufigkeit benutzt. Eine Verbesserung sollte ihm schon jetzt mitgeteilt werden.

Anschließend werden die mit dem Stottern unvereinbaren Aktivitäten besprochen und geübt, sei es in freier Unterhaltung oder im Rollenspiel. Aus didaktischen Gründen empfiehlt es sich, die Aktivitäten in einzelne Schritte aufzugliedern und sukzessive zu erläutern und zu üben. Dabei gibt der Therapeut jedesmal durch Fingerzeig oder dergleichen an, wenn der Klient die Anwendung der neuen Technik vergißt oder trotzdem stottert. Gemeinsam mit dem Klienten wird überlegt, welche Bezugs- oder andere interessierte Personen zur sozialen Unterstützung herangezogen werden können. Deren Aufgabe wäre, den Klienten (durch ein vereinbartes Zeichen) an seine Technik zu erinnern, wenn er offensichtlich nicht daran denkt (und stottert). Ebenso sollten sie ihn für sein gutes Sprechen loben, wenn er seine Technik erfolgreich ausführt (im Sinne positiver direkter Verstärkung durch Sozialpartner). Den entsprechenden Personen wird durch den Stotterer das Vorgehen erklärt (teacher effect) und die Wirksamkeit der Technik demonstriert (ggf. in Anwesenheit des Therapeuten). Oftmals werden Bedenken geäußert, durch das häufige Abbrechen des Sprechflusses aufzufallen. Dies trifft am Anfang der Übung möglicherweise zu, dann aber vergrößert sich die gesprochene Wortmenge so, daß kleine Pausen im Sprechrhythmus natürlich erscheinen. Es erfordert aber ein Umlernen und eine gewisse Routine und Gelassenheit, die Stellen im Sprechablauf zu finden, an denen Pausen nicht auffallen (rhetorisch wirksame Pausen, Kommata, Satzende). Man sollte darauf hinweisen, daß Stotterer oftmals hastig sprechen und Schwierigkeiten haben, »gemächlich« zu reden. Sie empfinden zunächst Pausen im Sprechfluß als ungewohnt und störend.

Siebte und folgende Sitzung(en)

Der Klient berichtet wieder über seine Erfahrungen und eventuell auftretende Schwierigkeiten. Das weitere Vorgehen richtet sich danach. In manchen Fällen kann nun schon ein Therapieabschluß erfolgen, nachdem die absinkende Stotterhäufigkeit bzw. -freiheit vom Therapeuten, vom Klienten oder seiner Bezugsperson einige Zeit kontrolliert

wurde. Dafür eignen sich auch Telefonanrufe in regelmäßigen, etwa zweiwöchigen Abständen.

In anderen Fällen, wo sich wenig Erfolg einstellt, erweist es sich als hilfreich, eine Hierarchie der stotterauslösenden Situationen aufzustellen und mit der Desensibilisierungstechnik »durchzugehen«. Die Situationen sind oftmals typische Situationen des Selbstsicherheitstrainings (z. B. Gespräche mit Vorgesetzten, Konflikte beim Einkaufen, Kontakte unter Zeitdruck oder mit emotionaler Beteiligung usw.). Diese können erst in der Vorstellung, dann in vivo erprobt werden. Diese Modifizierung des Vorgehens erfordert im Vergleich zu den Zwei-Stunden-Angaben der Autoren *Azrin* und *Nunn* viel mehr Zeit. Neben der aus geschilderten Gründen vermutlich größeren Erfolgskonstanz bei längerem Einüben der Technik auf der Grundlage besserer Beherrschung der Entspannungsmethoden scheint uns ein weiterer Grund für besseren Erfolg in der Aufhebung des Zeitdruckes zu liegen. Natürlich gibt es für jeden Stotterer ein spezifisches Bedingungsmodell, aber spielt nicht auch oft das subjektive Gefühl mit, daß andere keine Zeit haben und daß — funktional betrachtet — das gleichwohl als unangenehm erlebte Stottern den anderen dazu zwingt, sich mehr Zeit zu nehmen?

4. Fallbeispiel

Ein 39jähriger Mann, mittlere Reife, Angestellter in einem mittelständischen Unternehmen, verheiratet, ein Kind, seit kurzem und wechselnd in Trennung lebend.

Es liegt kein organisches Begleitsymptom vor, zwei vorherige Therapien wurden auf Betreiben der Ehefrau begonnen und von ihm abgebrochen (die eine sei analytisch und unabsehbar langfristig geworden, die andere habe ihn zu monotonem Sprechen anleiten wollen, was schlimmer als das Stottern sei). Er kommt jetzt, weil das Stottern ihn und seine Partnerin belastet.

4.1. Zur Anamnese

Er habe schon als Vorschulkind gestottert, könne sich aber erst an Stottern in der Schul-

zeit erinnern, wobei ihm kein konkretes Ereignis vor Augen stehe, sondern nur allgemein die Situation, gefragt zu werden und »antworten zu müssen«.

Ihm sei als Kind zu Hause nicht zugehört worden, seine Eltern hätten es immer übergangen, wenn die Kinder (er und ein zwei Jahre jüngerer Bruder) etwas gesagt hätten. Auf das Stottern sei nicht oder mit kurzen, abwehrenden Bemerkungen reagiert worden. Es fällt ihm ein, daß ein Onkel stottere und sich bei einer Tante das Stottern von allein wieder verloren habe.

Er empfinde das Stottern besonders für seine private Umwelt belastend, rede deshalb weniger und habe Erwartungsängste, wenn er sprechen müsse. Durch sein Stottern seien ihm auch berufliche Nachteile entstanden, zur Zeit sitze er ohne Kundenverkehr in einem Einmannbüro, da er für den Kundenkontakt wohl nicht geeignet sei.

Von dem Programm erhoffe er sich zumindest eine Besserung, negative Konsequenzen durch eine erfolgreiche Therapie könne er sich ebensowenig vorstellen wie positive Seiten des Stotterns.

4.2. Zum Verlauf

Für die Basisdatenerhebung wurden sowohl die Häufigkeiten des Stotterns in einem Erstgespräch (etwa zweimal pro Minute) und bei verschiedenen Telefongesprächen registriert als auch von ihm Registrierungen durchgeführt (Arbeits- und Freizeit getrennt). Dazu war allerdings ein mehrwöchiger Zeitraum erforderlich, weil Schwierigkeiten auftraten (er sei im Büro alleine, habe wenig Privatkontakte, also kaum Gelegenheit zum Sprechen).

Die Beantwortung des Fragebogens ergab folgende (noch nicht genannte) Informationen: Auffällig war, daß er keine konkreten Personen nannte, die sich am Stottern stören würden (Frage 2), sondern negativ bewertende Verallgemeinerungen (»oberflächliche Personen, die selber unausgeglichen sind«). Als Konsequenzen nannte er Sprachhemmungen in Diskussionen und in der Umgebung entstehende Aggressionen oder Langeweile.

»Nervliche Spannung« sei eine Bedingung für das Auftreten von Stottern (Frage 4). Es gebe keine positiven Folgen des Stotterns, wohl aber für ihn »größeres Selbstbewußtsein, Ausgeglichenheit und mehr Ruhe« bei Wegfall des Stotterns und für die Umwelt einen Abbau der Aggressionen.

Sein Leben würde er anders fortsetzen, nämlich »versuchen, selber auf irgendeine Weise zum Erfolg zu kommen«. Ohne Stottern hätte er sicher im bisherigen Leben mehr Erfolg gehabt, »ich wäre akzeptiert worden, besonders im privaten Leben« (Frage 7).

Bedingt durch die Isoliertheit am Arbeitsplatz und die angespannte familiäre Situation der Eheleute (wiederholtes Aus- und Einziehen in den gemeinsamen Haushalt) sei das Stottern in der Freizeit häufiger, dort herrsche »größere Angst vor dem Versagen«.

Am stärksten sei das Stottern bei seinen Eltern oder in Situationen, in denen er zu versagen glaube. Am wenigsten trete es bei Freunden auf, bei denen er das Gefühl von Anerkanntsein habe.

Das Stottern verstärke sich bei bestimmten Wörtern und sei in hektischen Situationen stärker, auch in Situationen, wo eine kurze und treffsichere Antwort erwartet werde (Leistungsanforderung). Manchmal vermeide er es ganz zu sprechen, meistens umginge er bestimmte Wörter (s. o.).

4.3. Funktionales Bedingungsmodell

Es wurden zwei funktionale Bedingungsmodelle auf zwei zeitlichen Ebenen erstellt, wobei sich eventuell ein Schwerpunkt auf »(Zwingen anderer zu) Zeit/Zuwendung« legen ließ, der den Klienten zu einer starken Heiterkeitsreaktion anregte (»Aha-Erlebnis«?). Der andere Punkt »Verstärkung des Phlegmas« wurde allerdings oft von ihm als verallgemeinerbar (»typisch«) bezeichnet.

Die erste Zeitebene der Kindheit legte folgendes funktionales Modell nahe:

Geringe Beachtung durch Erwachsene → Stottern → negative Aufmerksamkeitszuwendung; eventuell auch Stottern als leichter zu ertragende Begründung für die Ablehnung der Eltern.

In der Schule:

Frage des Lehrers → Stottern → Schonung, wurde nicht mehr gefragt; Anforderungen und Gefahr des Versagens sinken.

Für das heutige Stottern wurden folgende (inhaltlich gleiche) Hypothesen im Sinne des Bedingungsmodells aufgestellt:

Hektische Situationen → Stottern → Zwang, andere müssen warten, vermehrte Zeit- und Aufmerksamkeitszuwendung.

Verschiedene Anforderungssituationen → Stottern → Schonung, andere reden für ihn, nehmen ihm Arbeit ab; Schutz vor potentiell dem Versagen, auch: Rechtfertigung für Nichterreichtes.

Der Klient selber formulierte dies spontan als »Stärkung meines Phlegmas«.

In den folgenden Sitzungen wurde mit der Einübung der Entspannung nach *Jakobson* begonnen, die dem Klienten sehr leicht fiel.

Bei den verschiedenen Übungen traten dann aber Probleme im Sinne von Weigerungen (Lächerlichmachen) auf, als es darum ging, die Sprechanfänge zu betonen.

In den nächsten zwei Sitzungen berichtete der Klient sehr ausweichend von starken Schwankungen in seiner emotionalen Befindlichkeit. Er übe *Jakobson* nur unregelmäßig, da er starkem Streß ausgesetzt sei; prinzipiell wolle er aber weitermachen. Seine Stotterhäufigkeit war gegenüber dem Anfang unvermindert.

Wir setzten die Sitzungen eine Zeit aus, in der er mit einem Sportskollegen in Urlaub fuhr und seine persönlichen Probleme distanzierter betrachten wollte.

Mit der nächsten Sitzung danach begann sich ein positiver Trend abzuzeichnen. Er berichtete zwar von Unstimmigkeiten im Urlaub, meinte aber Fortschritte zu machen, die ihm seine Frau auch bestätigte. Er wurde nochmals dazu angehalten, täglich zu festgesetzten Zeiten die Entspannungsübungen zu machen.

In den folgenden, zum Teil telefonischen Kontakten berichtete er über die Ausübung des Trainings, durchaus nicht unabhängig von dem Stand der jeweiligen persönlichen

Beziehungen. Allerdings konnte er — wenn auch noch auf wiederholte Erinnerungen — die Technik einsetzen und sein Stottern besser kontrollieren. Er sprach fehlerfrei, wenn er bewußt an die Übungen dachte. Dies ließ mit dem Grad der emotionalen Beteiligung nach, dabei war es je nach Inhalt des Gespräches störend, ihn an die Ausübung zu erinnern. (Im persönlichen Kontakt gestaltete sich dies besser, da der Gesprächsfluß durch den das Stottern anzeigenden Fingerzeig nicht gestört wurde.) Daß der Erfolg des Trainings mit der Selbstkontrolle »stand und fiel«, zeigte sich darin, daß er unter Alkohol vermehrt — und ohne Leistungsdruck — stotterte.

Die letzten Telefongespräche, die mit ihm geführt wurden, ergaben eine geringe Stotterhäufigkeit (zweimal in 15 Minuten). Auch sein Bruder, den er sporadisch als sozialen Unterstützer einsetzte, habe ihm den Erfolg bestätigt.

Rückblickend wurde er gefragt, wieso er am Anfang nicht so »begeistert« von dem Training gewesen sei, sich lustig gemacht und unregelmäßig geübt habe usw. Seine Antwort lautete, er habe sich geärgert, daß er es nicht alleine geschafft habe, nicht mehr zu stottern. Jetzt habe er es geschafft, wenn auch mit Hilfe und in einem »Methusalemalter«, aber dies sei besser als nie.

Insgesamt dauerte die Betreuung vier Monate. Es schien aber auch hier eine noch längere Zeit gedauert zu haben, bis sich die neue Sprechtechnik soweit verselbständigt hatte, daß ein geringes Maß an Selbstkontrolle ausreichte, den Sprecherfolg aufrechtzuerhalten. Dies gilt vor allem, da sich trotz des veränderten Bewußtseins und Kenntnis des (hypothetischen) Bedingungsmodells an den positiven Folgen des Stotterns ja nichts geändert hat.

Damit brach der Kontakt zu dem Klienten zunächst ab. Er zog in eine andere Stadt; nach einem Jahr wurde durch einen gemeinsamen Bekannten in Erfahrung gebracht, daß er beruflich den gewünschten Umgang mit Kunden hat, den er sehr engagiert betreibt.

Die eigene Rückschau führt zu der Kritik, daß man vielleicht besser daran getan hätte, das Training in einer streßärmeren Zeit durchzuführen. Andererseits hat möglicherweise gerade dieser extreme Leidensdruck zu der Aufnahme des Veränderungsansatzes geführt. Der Verlauf hat gezeigt, daß das Vorgehen ein stotterfreies Sprechen ermöglicht, trotz oder wegen der angespannten Lebenslage: Die weitere Entscheidung trifft allein der Klient.

Literatur

- Azrin, N. H., und Nunn, R. T.: A rapide method to remove stuttering. *Journ. of Behav. Research and Therapy* 12 (1974), S. 279—286.
- Fernau-Horn, H.: *Die Sprechneurosen*. Stuttgart 1968.
- Gregory, H. H.: *Learning theory and stuttering therapy*. 1968, S. 72—83.
- Jakobson, E.: *Progressive relaxation*. Chicago 1965 (Intensiv-Entspannungstraining in zwei versch. Formen, Materialien Nr. 6, DGVT).
- Kuchner, S.: Stottererbehandlung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Die Sprachheilarbeit* 15 (1970), S. 103—109.
- Orthmann, W., und Scholz, H. J.: *Stottern*. Berlin 1976.
- Schilling, A.: Die Behandlung des Stotterns. *Folia Phoniatri*. 17 (1965), S. 365—458.
- Schoenaker, T.: Individualpsychologische Gruppentherapie bei erwachsenen Stotterern. *Sprache — Stimme — Gehör* 2 (1978), S. 136—144.
- Schulte: *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München 1976.
- Sheehan, J. G.: Botschaft an einen Stotterer. In: Hood, St. B. (Hrsg.): *An einen Stotterer*. Düsseldorf 1978.
- Van Riper, C.: *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs/New York 1973.
- Wendlandt, W., Gaiser, Ch., und Kuckei, B.: Eine kommentierte Bibliographie über die deutschsprachige Literatur zur Verhaltenstherapie des Stotterns (1964—1975). *Folia Phoniatri*. 27 (1975), S. 307—317.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Ursula Hebborn-Brass
Ferrebergstraße 101
5060 Bergisch Gladbach 2

Dr. Ursula Hebborn-Brass ist Diplom-Psychologin.
Nach einer Hochschultätigkeit arbeitet sie seit Jahren im klinischen Bereich (Schwerpunkte: Diagnostik, Beratung und Behandlung von psychischen Störungen).



Klaus Ortwig, Freren

Material zur Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird Material vorgestellt, das der Verfasser für die Elternarbeit bei der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung entwickelt hat. Ziele und Einsatzmöglichkeiten des Materials werden beschrieben. Abschließend veröffentlicht der Verfasser die Ergebnisse seiner bisher siebenjährigen Arbeit mit Hilfe dieses Materials.

1. Anmerkungen zur Behandlungsmethode

Wenn Stottern ein gelerntes Verhalten ist, dann kann es durch Anwendung geeigneter Maßnahmen auch wieder verlernt werden. Eine dieser Maßnahmen ist die positive Verstärkung des inkompatiblen Verhaltens, des flüssigen Sprechens, in Verbindung mit dem Ignorieren der Stottersymptome.

Wertenbroch (1978) hat diese Behandlungsmethode publiziert. Der Praxisbericht von Rameckers (1983) beschreibt ebenfalls dieses Vorgehen, so daß eine nochmalige Darstellung hier überflüssig erscheint.

Folgende Erfahrungen sprechen für die Anwendung dieser Methode:

- Die bisherigen Behandlungsergebnisse (siehe 3.),
- die leichte Anwendbarkeit für die mitarbeitenden Sozialpartner (Eltern),
- die wachsende Unabhängigkeit vom Therapeuten durch Einsatz der Selbstverstärkung,
- die fortwährende quantitative Kontrolle des Behandlungserfolges, daraus ergeben sich Verstärkung und neue Motivation,
- die Übertragbarkeit des Verhaltens »Positive Verstärkung« auf das gesamte Zusammenleben der Familie.

2. Arbeitsschritte sowie Ziele und Einsatzmöglichkeiten des Materials

2.1. Anamnesebogen

In der Anamnese wird wie üblich versucht, Vorgeschichte und Lebensbedingungen des Kindes kennenzulernen. Schwerpunkte liegen hier in den Komplexen »Sprachliche Auffälligkeit« und »Verhaltenskonsequenzen«. Ergründet werden sollen die Reaktionen von Sozialpartnern auf die sprachliche Auffälligkeit des Kindes und wiederum die Reaktionen/die Empfindungen des Kindes auf dieses Verhalten.

Aus den Reaktionen der Sozialpartner ergeben sich Ansatzpunkte für eine Modifikation im Rahmen der Behandlung.

Reaktionen und Empfindungen des Kindes auf dieses Verhalten der Sozialpartner werden vor allem im ersten Teil der Behandlung erörtert. Der Therapeut kann hierbei Merkmale der Gesprächstherapie verwenden.

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

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

Abbildung 1: Anamnese »Sprachliche Auffälligkeit«

Sprachliche Auffälligkeit

Art der Stotterersymptome : _____

Häufigkeit in % (Grundrate) : _____

Seit wann sind die Symptome auffällig? : _____

In welcher Situation traten sie zuerst auf bzw. wurden zuerst bemerkt? : _____

Fand bereits eine Behandlung statt? : _____

In welchen Situationen treten Symptome besonders stark auf? : _____

In welchen nicht oder kaum? : _____

Begleiterscheinungen (Mimik, Gestik, Atmung ...) : _____

Sonstiges Sprachverhalten, sprachliche Auffälligkeiten : _____

Wer in der Familie hat Stotterersymptome? : _____

Wer in der Schule hat Stotterersymptome? : _____

Wer im Freundes/Bekanntekreis hat Stotterersymptome? : _____

Abbildung 2: Anamnese »Bisherige Verhaltenskonsequenzen«

Verhaltenskonsequenzen

Wie reagieren auf Symptome

Eltern _____

Geschwister _____

Großeltern _____

Mitschüler _____

Lehrer _____

Spielkameraden _____

Nachbarn/Bekannte _____

Wie verhält sich/was empfindet das Kind dann? _____

2.2. Arbeitsschritt: Erstellung der Grundrate und der Verlaufskurve

Zur Ermittlung des Ausgangsstandes bei der Häufigkeit der Stottersymptome lernen die Eltern, stichprobenweise die Gesamtwörterzahl eines sprachlichen Abschnittes und die darin enthaltenen Symptome mitzuzählen. Vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn wird so über zwei Wochen eine Grundrate von etwa 4000 Wörtern ermittelt. Ersatzweise können vom Therapeuten auszuzählende Bandaufnahmen durch die Eltern angefertigt werden. Das Mitzählen wird während der gesamten Behandlungsdauer beibehalten. Der prozentuale Anteil an Stottersymptomen in der Sprechstichprobe wird — eventuell als wöchentlicher Durchschnitt — durch den Therapeuten in einer Verlaufskurve graphisch dargestellt. Durch diese ständige Kontrolle des Behandlungserfolges ergibt sich jeweils die Beibehaltung oder aber die

Änderung der durchgeführten Maßnahmen (z. B. Art der Verstärker).

2.3. Fragebogen zur Meinung bzw. zum Verhalten der Eltern bezüglich des Stotterns des Kindes

Diese Fragebögen werden vor dem ersten Gespräch mit den Eltern über die Grundlagen der Behandlung eingesetzt. Die Grundrate ist jedoch vorher erstellt worden.

Das Ziel besteht im Sammeln von Ansatzpunkten für eine eventuell notwendige Veränderung in der Einstellung und im Verhalten der Eltern (Sozialpartner). Diese Veränderungen in Richtung des eingangs genannten Behandlungsgrundsatzes sind ein wesentlicher Bestandteil der Elternarbeit.

Die Form von Fragebögen wurde gewählt, um auch die Sozialpartner zu erfassen, die nicht an den Therapiekontakten teilnehmen.

Abbildung 3: Fragebogen »Meinung zu Stottern«

Hier sind einige Meinungen zum Stottern aufgeführt.

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die Ihrer eigenen Meinung entspricht.

	<input type="radio"/>				
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
Ja, das stimmt	Eher ja	Weder noch	Eher nein	Nein das stimmt nicht	

1. Stottern ist eine angeborene Krankheit. 2 1 0 1 2
2. Mein Kind hat es schon schwer genug, da brauche ich ihm nicht noch Vorwürfe zu machen wegen des Stotterns. 2 1 0 1 2
3. Stotternde Kinder sind weniger intelligent als Kinder, die nicht stottern. 2 1 0 1 2
4. Wenn ein Kind stottert, sollte man es nicht anschauen. Man macht es sonst nur nervös. 2 1 0 1 2
5. Ein Kind, das stottert, braucht mehr Zärtlichkeit und Zuwendung als andere Kinder. 2 1 0 1 2
6. Wenn ein Kind stottert, dann zeigt es nicht genug Guten Willen, richtig zu sprechen. 2 1 0 1 2
7. Man muß ein stotterndes Kind möglichst oft ermahnen, richtig zu sprechen. 2 1 0 1 2
8. Stotternde Kinder leisten in der Schule weniger als Kinder, die nicht stottern. 2 1 0 1 2

ausgefüllt von Mutter Vater

Hier ist aufgeführt, wie man sich verhalten könnte, wenn ein Kind stottert.

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die auf Sie zutrifft.

5
 4
 3
 2
 1
 Ja, So geht es mir so oft
 immer oft
 Ja, So geht es mir so oft
 so geht es mir so oft
 es mir manchmal seitens
 immer oft nie

1. Ich kann es nicht mit ansehen, wenn mein Kind sich beim Sprechen quält.

5
 4
 3
 2
 1

2. Wenn mein Kind traurig ist wegen seines Stotterns, dann tröste ich es.

5
 4
 3
 2
 1

3. Ich probiere alle guten Ratschläge aus, die ich wegen des Stotterns meines Kindes erhalte.

5
 4
 3
 2
 1

4. Wenn mein Kind stottert, dann tue ich so, als ob ich das gar nicht gemerkt habe.

5
 4
 3
 2
 1

5. Ich spreche für mein Kind weiter, wenn ich gemerkt habe, was es sagen will.

5
 4
 3
 2
 1

6. Wenn mein Kind stottert, dann schaue ich weg, um es nicht nervös zu machen.

5
 4
 3
 2
 1

7. Wenn ich mich überarbeitet und abgespannt fühle, dann kann ich das Stottern meines Kindes gar nicht gut übertragen.

5
 4
 3
 2
 1

8. Ich schicke mein Kind an den Tagen eher ins Bett, an denen es besonders stark stottert.

5
 4
 3
 2
 1

9. Wenn ich mein Kind für sein Stottern tadle oder bestrafe, dann spricht es anschließend besser.

5
 4
 3
 2
 1

10. Ich sage zu meinem Kind:

5
 4
 3
 2
 1
 Sprich doch ganz langsam.
 Hol' erst einmal tief Luft.
 Fang noch einmal von vorne an.
 Sei doch nicht so nervös.
 Heute stotterst du ja gar nicht so viel wie sonst.
 Siehst du, jetzt geht's doch.
 Diesen Satz hast du aber prima gesprochen.
 Gestern war es doch noch besser.
 Sag' den Satz bitte noch einmal.
 Du mußt erst überlegen, was du sagen willst.
 Reiß' dich doch mal zusammen.
 Was soll das mit dir noch mal werden?

ausgefüllt von Mutter
 Vater

Hinweise für die Eltern eines stotternden Kindes

Sie suchen nach Ratschlägen, um Ihrem Kind zu helfen

Sie möchten Ihrem Kind helfen, seine Auffälligkeit beim Sprechen, das Stottern, zu verlieren. Dabei kommen Sie allein nicht weiter. Sie wissen vielleicht auch nicht, was richtig ist von allem, was Sie bisher gehört und gelesen haben. Sie haben versucht, einige Ratschläge zu befolgen. Ihre Bemühungen haben jedoch noch nicht den erhofften Erfolg gebracht. Vielleicht sind Sie auch schon ein wenig mutlos geworden.

Sie haben schon einige Tips gehört oder gelesen

Von dem, was Sie bisher über das Stottern wissen, mag einiges richtig, aber auch einiges falsch sein. Bitte stellen Sie sich nun ganz auf unsere Behandlungsmethode ein. Das wird Ihnen manchmal schwer fallen, denn vielleicht haben Sie einige Tips schon regelrecht automatisiert - z.B. die sogenannten Hausrezepte wie "Hol' tief Luft" oder "Sprich ganz langsam" usw. Bitte lösen Sie sich davon. Ein wiederholter Satz wird zwar oft flüssig gesprochen, aber langfristig erreichen Sie damit das Gegenteil von dem, was Sie beabsichtigen. Eine Behandlung kann nur dann wirklich erfolgreich sein, wenn Sie sich genau an den Behandlungsplan halten.

Was ist das überhaupt für eine Behandlung?

Unsere Behandlungsform gehört in den Bereich der Verhaltenstherapie. Grundvoraussetzung ist, daß Stottern als gelerntes Verhalten auch wieder verlernt werden kann. Um dies zu erreichen, ist das Stottern konsequent zu ignorieren und das erwünschte flüssige Sprechen nach einem genau festgelegten Plan zu belohnen.

Tadel und gutgemeinte Ratschläge helfen nicht

Ignorieren des Stotterns heißt, daß Sie Ihr Kind so behandeln, als ob es völlig unauffällig gesprochen hätte. Schauen Sie es auch dann ganz ruhig und normal an, wenn es sich beim Sprechen sehr quälen muß.

Die größte Hilfe für Ihr Kind ist es, wenn Sie mit ihm so sprechen wie mit jedem anderen Partner auch. Vermeiden Sie alles, was dem Kind zeigt: "Ich habe gemerkt, daß du gestottert hast." Verzichten Sie also auch auf die sicherlich gutgemeinten Ratschläge, die schon erwähnt wurden.

Sie wissen ja selbst: Weder Ermahnungen noch gute Ratschläge für Ihr Kind haben bisher den erwünschten Erfolg gebracht.

Loben und belohnen Sie Ihr Kind kann in vielen Situationen flüssig das flüssige Sprechen. Notwendig ist nun, auf dieses flüssige Sprechen so zu reagieren, daß Ihr Kind die Reaktion als angenehm empfindet. Für uns alle ist ja Lob für erwünschtes Verhalten angenehmer als Tadel für unerwünschtes Verhalten.

Sie werden selbst mehr Grund haben, sich zu freuen

Mit fortschreitender Behandlung wird es Ihnen immer besser gelingen, die noch auftretenden Stottersymptome kaum mehr wahrzunehmen und sich dafür ganz auf das flüssige Sprechen zu konzentrieren. Denn nur hierauf sollen Sie ja noch reagieren, und zwar mit Lob und Belohnungen. Das ist sicher auch für Sie angenehmer, denn Gelegenheiten zum Loben sucht man lieber als Gelegenheiten zum Tadeln.

Wir arbeiten jetzt zusammen

Nun haben Sie viele neue Informationen und Ratschläge bekommen.

Seien Sie beruhigt:

Ihr Verhalten gegenüber Ihrem Kind - also das Ignorieren der Stottersymptome und das Belohnen des flüssigen Sprechens - wird bei unseren Zusammenkünften genau abgesprochen und eingeübt.

2.4. Merkblatt: Hinweise für die Eltern eines stotternden Kindes

Dieses Merkblatt führt noch einmal alle wesentlichen Grundlagen der Behandlung auf, nachdem sie im Gespräch erörtert wurden. Es wird den Eltern im Anschluß an das erste Gespräch über die Art der Behandlung und das Verhalten der Sozialpartner ausgehändigt.

Abbildung 5: Merkblatt »Hinweise ...«

2.5. Verstärkererhebung

Bei jedem verhaltenstherapeutischen Vorgehen ist die Wahl der einzusetzenden Verstärker von größter Bedeutung. Diese Auswahl kann erfolgen mit Hilfe bebildeter Verstärker-Karteien für jüngere Kinder bzw. Verstärker-Fragebögen für ältere Kinder. Dargestellt sind beide ausführlich bei *Rameckers/Wertenbroch* (1977, S. 57 ff.).

Eingesetzt werden materielle Verstärker, Handlungsverstärker und soziale Verstärker.

2.6. Arbeitsschritte für Eltern und Kind

Für sämtliche Trainings- bzw. Arbeitsschritte der Eltern und des Kindes werden Protokollblätter im Format DIN A6 ausgegeben. Sie lassen sich für jeden Tag in Bündeln zusammenstellen und -heften. Dadurch besitzen die Eltern eine Übersicht über die täglich durchzuführenden Maßnahmen und der Therapie eine entsprechende Kontrolle.

2.6.1. Protokollieren von Sprechstichproben (siehe 2.2.)

Abbildung 6a:
Protokollblatt »Mitzählen«

Um den Verlauf der Behandlung richtig zu verfolgen, werden pro Tag ca. 300 mitgezählte Wörter gebraucht.

Zeit Wörter	Zeit Wörter	Zeit Wörter	Zeit Wört.
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

Abbildung 6b:
Protokollblatt »Bandaufnahme«

Um den Verlauf der Behandlung richtig zu verfolgen, werden pro Tag ca. 15 min. Bandaufnahmen gebraucht. Sie sollten über den Tag verteilt sein.

Cassette Nr. ___ Seite __, Aufnahme um ___ Uhr
 ___ hat von der Aufnahme gewußt/nicht gewußt
 Auf dem Band sind zu hören _____

Cassette Nr. ___ Seite __, Aufnahme um ___ Uhr
 ___ hat von der Aufnahme gewußt/nicht gewußt
 Auf dem Band sind zu hören _____

2.6.2. Ignorieren von Stottersymptomen

Dies ist — nach dem Protokollieren zur Erstellung der Grundrate — der erste Trainings- bzw. Arbeitsschritt für die Eltern.

Abbildung 7:
Protokollblatt »Reagieren/Ignorieren«

Name des Kindes: _____ Datum: _____

Ich habe auf ein Stottersymptom reagiert:
Andere haben reagiert:
Ich habe ein Stottersymptom ignoriert
Es fiel mir schwer, aber ich habe es geschafft:
Es fiel mir leicht:

2.6.3. Fremdverstärkung (FV)

Die Eltern lernen, in bestimmten Übungsphasen das Kind für flüssig gesprochene Sätze zu belohnen. Nach ausreichendem Training werden diese Übungsphasen zu Hause täglich dreimal durchgeführt.

Abbildung 8:
Protokollblatt »Üben mit FV«

Übungszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Belohnt habe ich immer nach einem flüssig gesprochenen Satz mit _____

(Bei Geld: Es wird gespart für _____)

Erreicht wurden ___ Belohnungen (___ Pf)

- Ich habe genügend Geduld gehabt
- Ich habe auf Symptome nicht reagiert
- Ich habe die Belohnungen richtig gegeben
- Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden

2.6.4. Selbstverstärkung (SV)

Manche Kinder können auch lernen, sich selbst im Beisein der Eltern während der Übungsphasen für flüssig gesprochene Sätze zu belohnen.

Abbildung 9:
Protokollblatt »Üben mit SV«

Übungszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
 Belohnt hat sich _____ immer selbst nach _____ symptomfreien Wörtern/Satz/Sätzen mit _____
 Erreicht wurden _____ Belohnungen
 (Bei Geld: Es wird gespart für _____)

- Ich habe genügend Geduld gehabt
- Ich habe auf Symptome nicht reagiert
- Wenn _____ sich falsch belohnen wollte, habe ich die Vereinbarung noch einmal gesagt, sonst nichts
- Wenn _____ vergessen hat, sich zu belohnen, habe ich einmal gewartet und dann nur die Vereinbarung wiederholt
- Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden

2.6.5. Intermittierende Fremdverstärkung
 Die Eltern lernen, das Kind täglich in unregelmäßigen Abständen für einen flüssig gesprochenen Satz zu loben/zu belohnen.

Abbildung 10:
Protokollblatt »Lob/Belohnung«

Für flüssiges (symptomfreies) Sprechen habe ich mein Kind zwischendurch

- gelobt
- gelobt und belohnt mit _____

_____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr
 _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr
 _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr
 _____ Uhr _____ Uhr _____ Uhr

Mein Kind wurde außerdem gelobt von _____

2.6.6. Intermittierende Selbstverstärkung
 Das Kind kann lernen, sich selbst in unregelmäßigen Abständen für flüssig gesprochene Sätze zu belohnen. Es kann eine tägliche Mindestanzahl vereinbart werden. Zum Registrieren der Zahl sind z. B. handliche Zählwerke (Stückzähler) geeignet.

Abbildung 11:
Protokollblatt »Intermittierende SV«

Name: _____ Datum: _____

Für flüssiges Sprechen habe ich mich heute selbst belohnt.
 Dazu habe ich immer dann _____

- wenn ich _____ Satz/Sätze flüssig gesprochen habe.
 Auf diese Weise habe ich _____ Belohnungen erreicht.
 (Bei Geld: Ich spare es für _____.)
- Es macht mir Spaß, mich selbst zu belohnen.
 - Ich habe mich richtig selbst belohnt.
 - Ich habe versucht, mich so oft wie möglich richtig zu belohnen.
 - Mein Sprechen ist wieder etwas besser geworden

2.6.7. Lob durch Lehrer(in)
 Kann die Lehrerin/der Lehrer zur Mitarbeit gewonnen werden (siehe 2.7.), so ist das Lob für flüssig gesprochene Sätze ebenfalls zu protokollieren.

Kinder/Jugendliche, die sich dadurch nicht zu sehr vom Unterrichtsgeschehen ablenken lassen, können gegenprotokollieren.

Abbildung 12:
Protokollblatt »Lob durch Lehrer«

- Für flüssiges Sprechen habe ich _____ im Unterricht gelobt
- Für flüssiges Sprechen hat mich meine Lehrerin/mein Lehrer im Unterricht gelobt

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
1						
2						
3						
4						
5						
6						

2.6.8. Übersicht über alle Maßnahmen
 Die von den Eltern vorgelegten Protokollblätter werden besprochen. Die Informationen werden vom Therapeuten in ein monatliches Übersichtsblatt eingetragen.

2.7. Zusammenarbeit mit Lehrern oder Kindergärtnerinnen

Zur Information dieser Personengruppen und zur Bitte um Mitarbeit dient ein Brief.

Als Lehrer gerät man leicht in die Versuchung, einen stotternden Schüler zu schonen, ihn seltener an der mündlichen Mitarbeit zu beteiligen. Dadurch kann sich jedoch bei dem betreffenden Schüler das Stottern als Vermeidungsverhalten ausprägen: „Mein Lehrer nimmt mich nicht dran, weil ich stottere. Prima - ich will ja auch gar nicht drankommen.“ Das Stottern hilft in diesem Falle, einen Schonraum zu erwerben bzw. zu behalten. Damit wird die Auftretenshäufigkeit des Stotterns verstärkt.

Was bleibt übrig an Verhaltensweisen?

In dieser Behandlung wird das Stottern konsequent ignoriert: Man verhält sich so, als ob die betreffende Person gesprochen hätte wie jeder andere auch. Hier sollten möglichst viele (alle) Sozialpartner einbezogen werden.

Das erwünschte (und vom Kind auch häufig gezeigte) flüssige Sprechen soll nach seinem Auftreten durch Konsequenzen belohnt werden, die das Kind als angenehm empfindet. Dazu gehört z.B. das Lob (sog. soziale Verstärker). Materielle Verstärker sind z.B. Süßigkeiten in kleinsten Dosierungen, bei einem Handlungsverstärker darf man etwas Angenehmes tun.

Hier wäre nun Ihre Hilfe wünschenswert.

Durch gezielt eingesetztes Lob für sein flüssiges Sprechen können Sie dem Schüler wesentlich dabei helfen, den gewünschten Behandlungserfolg herbeizuführen. Der Arbeitsaufwand bestünde darin, nach kurzer Absprache mit mir und dem Schüler diesen so oft wie möglich in der Schule für flüssiges Sprechen zu loben und eventuell darüber eine Strichliste zu führen. Tips, wie man das für die Mitschüler unauffällig durchführen kann, gebe ich Ihnen bei unserer Absprache.

Wenn Sie zu dieser Mitarbeit bereit sind und auch die Möglichkeit der Durchführung sehen, würde ich mich über eine kurze Nachricht freuen.

Vielleicht könnten Sie auch die allgemeinen Ratschläge zum Umgang mit stotternden Schülern an Ihre Kollegen weitergeben, z.B. bei einer der nächsten Konferenzen?

Mit freundlichen Grüßen,

An die/den _____-Lehrer(in)
des Schülers/des Schülersin _____

Sehr geehrte(r) _____,

Sie unterrichten in der Klasse _____, der auch der o.g. Schüler/die Schülerin angehört.

Wahrscheinlich haben Sie bemerkt, daß er/sie manchmal stottert. Beim Sprechen werden also einzelne Silben oder Wörter wiederholt bzw. Wortanfänge nur mit Anstrengung (Pressen) herausgebracht.

Der Schüler/die Schülerin befindet sich deswegen bei mir in einer Sprachheilbehandlung.

Mit diesem Schreiben an Sie verfolge ich zwei Absichten:

Erstens möchte ich Sie kurz über die Grundzüge der Behandlung informieren und Ihnen damit vielleicht bestätigen, daß Ihr Verhalten gegenüber dem stotternden Schüler die Behandlung unterstützt.

Zweitens möchte ich Ihre Bereitschaft hervorrufen, noch aktiver den Behandlungserfolg zu beeinflussen.

Die durchgeführte Behandlung beruht auf lerntheoretischen Erkenntnissen. Man geht davon aus, daß Stottern durch die ihm folgenden Konsequenzen aufrechterhalten wird. Jede Reaktion also, die dem stotternden Kind signalisiert: „Ich habe bemerkt, daß du gestottert hast“, verstärkt die Häufigkeit des Stotterns.

Zu diesen unerwünschten Reaktionen gehört z.B. Kritik jeglicher Art, die auf das Stottern folgt. Auch das Wegschauen, weil man das Sich-Quälen des stotternden Kindes nicht ansehen mag, ist für das Kind eine Kritik (eine Strafe).

Bekannt sind die gutgemeinten Ratschläge wie „Fang noch mal an“, „Hol' tief Luft“ usw. Manchmal helfen sie sogar im ersten Augenblick, für diesen einen Satz. Langfristig erzielen sie jedoch als Reaktionen auf das Stottern genau die entgegengesetzte Wirkung und sollten daher unterbleiben.

2.8. Fragebogen für Eltern

Nach einiger Zeit der Zusammenarbeit kann ein Fragebogen eingesetzt werden, der zusätzlich zu den Gesprächen das Ausmaß der eventuellen Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen bei den Eltern erkunden soll.

Abbildung 14: Fragebogen zum Ignorieren

- 2 -

	Ja, so verhalte ich mich richtig	Nein, so darf ich mich nicht verhalten
Wir haben über das Ignorieren des Stotterns gesprochen.		
Bitte kreuzen Sie an, ob das beschriebene Verhalten in diesem Sinne richtig oder falsch ist.		
Mögliches Verhalten	Ja, so verhalte ich mich richtig	Nein, so darf ich mich nicht verhalten
Ich bin besonders liebevoll zu meinem Kind, wenn es traurig ist wegen seines Stotterns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich höre meinem Kind aufmerksam zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind unter den Geschwistern nicht richtig zu Wort kommt, dann helfe ich ihm, sich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Kind sollte nicht so nervös sein, dann stottert es auch weniger. Das sage ich ihm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lobe mein Kind, wenn es flüssig (ohne zu stottern) gesprochen hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind besonders stark gestottert hat, braucht es mehr Schlaf. Ich schicke es daher eher ins Bett als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind einen Tag lang überhaupt nicht gestottert hat, wird es belohnt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bespreche mit meinem Kind ganz ruhig und ohne Vorwürfe, was es noch beachten muß, um weniger zu stottern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weise mein Kind darauf hin, sich über einen flüssig gesprochenen Satz zu freuen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind bei einem Wort hängenbleibt, warte ich ganz ruhig ab, bis es allein weiterkommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind gestottert hat, sage ich: „Sei nicht traurig, das wird bald besser!“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Kind soll keine unangenehmen Erfahrungen machen wegen seines Stotterns. Deswegen schicke ich es nicht zum Einkaufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gebe meinem Kind den Rat, langsamer zu sprechen, wenn es gestottert hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich helfe meinem Kind weiter, wenn es bei einem Wort hängenbleibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögliches Verhalten	Ja, so verhalte ich mich richtig	Nein, so darf ich mich nicht verhalten
Mein Kind darf stottern. Deswegen lasse ich es selbst reden, wenn wir zusammen zur Behandlung gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tröste mein Kind mit einem kleinen Geschenk, wenn es traurig ist wegen seines Stotterns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind wegen des Stotterns nicht gern einkaufen geht, dann schicke ich jemand anders.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fordere mein Kind auf, mehr zu üben, wenn es stark gestottert hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lasse mein Kind viel reden, damit ich mehr Gelegenheiten habe zum Loben für flüssiges Sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich tue so, als ob ich gar nicht gemerkt habe, daß mein Kind stottert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bitte die anderen Kinder, das stotternde Kind besonders rücksichtsvoll zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von meinen Kindern hat zur Zeit das stotternde Kind die größten Probleme. Daher kümmere ich mich besonders viel um dieses Kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erspare meinem Kind, zu stottern, indem ich nur das Notwendigste mit ihm rede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind eine Besorgung machen soll und wegen seines Stotterns nicht will, schicke ich es trotzdem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mein Kind gestottert hat, dann soll es den Satz wiederholen, um zu erfahren, daß es dann besser klappt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit anderen Familienmitgliedern spreche ich über das Stottern des Kindes nur bei dessen Abwesenheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bemühe mich, selbst weniger zu reden, damit mein Kind mehr zum Sprechen kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausgefüllt von	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.9. Nacherhebungsbogen

Einige Monate oder Jahre nach Abschluß einer Behandlung werden die Eltern gebeten, zum Ergebnis noch einmal Stellung zu nehmen.

Abbildung 15: Nacherhebungsbogen

Nacherhebungsbogen einer Sprachheilbehandlung (Stottern)

Kopf mit persönlichen Daten und kurzem Begleittext

Für meine weitere Arbeit wäre es sehr hilfreich, wenn Sie die folgenden Fragen beantworten würden.

- Ich bin mit dem flüssigen Sprechen meines Kindes z.Zt.

- sehr zufrieden
 zufrieden
 mäßig zufrieden
 gar nicht zufrieden
- Mitgezählte Wörter _____
oder
geschätzte Prozentzahl ____

Dies gilt seit ____ Tagen / Wochen / Monaten / Jahren

- Während der Behandlung traten keine Probleme auf
 folgende Probleme auf:
(z.B. zu schwierige Aufgaben, wenig Zeit, fehlende Lust, Zweifel an der Behandlungsmethode ...)

- Mit dem Verhalten des Therapeuten war ich sehr zufrieden
 ziemlich zufrieden
 nicht zufrieden

Es besteht theoretisch die Möglichkeit, daß Ihr Kind während bzw. nach der Behandlung einige neue oder veränderte Verhaltensweisen zeigt.

- Ich habe bei meinem Kind keine anderen Verhaltensweisen oder Eigenschaften bemerkt als vor der Behandlung
 Ich bin mir nicht sicher

Ich habe folgende neuen (bzw. geänderten) Verhaltensweisen bemerkt:

3. Übersicht über alle bisherigen Behandlungen stotternder Kinder (Stand Februar 1985)

Nacherhebung
 Lfd. Nr. Zeit nach Abschluß
 Die Eltern sind mit dem flüssigen Sprechen

Lfd. Nr.	Alter bei Beginn	Behandlungsdauer	Zahl der Kontakte	Häufigkeit der Symptome in % Beginn Ende	Bemerkungen	Die Eltern sind mit dem flüssigen Sprechen
1	11 Ju	10 Monate	19	8% 1-2%	Beend. auf Elternwunsch	1 7 Jahre
2	7 Ju	4 Mon.	17	10% 2-3%	Beend. auf Elternwunsch	2 5 Jahre
3	7 Ju	4 Mon.	15	13% 0-1%	Erfolgreicher Abschluß	3
4	6 Ju	13 Mon.	17	21% 0-1%	Erfolgreicher Abschluß	4 5 Jahre
5	14 Ju	10 Mon.	18	23% ca. 3%	Beend. auf Elternwunsch	5 2 Jahre
6	14 Mä	4 Mon.	10	4% 0-0,1%	Erfolgreicher Abschluß	6 4 Jahre
7	6 Mä	11 Mon.	22	7% 0-1%	Erfolgreicher Abschluß	7
8	12 Mä	16 Mon.	23	18% ca. 1%	Erfolgreicher Abschluß	8
9	6 Ju	5 Mon.	9	6% 0-0,5%	Erfolgreicher Abschluß	9 3 Jahre
10	7 Ju	18 Mon.	30	7% 0-1%	Beend. auf Elternwunsch	
11	11 Ju	ca. 4 Jahre	64	14% 2-3%	Beend. auf beiderseitigen Wunsch	
12	12 Ju	ca. 3 Jahre	66	22% ca. 3%	Beend. auf beiderseitigen Wunsch	
13	12 Mä	18 Mon.	30	14% 0-0,1%	Erfolgreicher Abschluß	
14	10 Ju	16 Mon.	34	18% 0-1%	Erfolgreicher Abschluß	
15	11 Ju	20 Mon.	47	19% ca. 1%	Beend. auf Elternwunsch	
16	5 Ju	2 Mon.	4	20% 16%	Vorl. Abbruch wegen mangelnder Mitarbeitsbereitschaft beim Kind	
17	7 Mä	8 Mon.	10	10% ca. 1%	Vorl. erfolgreicher Abschluß	
18	9 Ju	9 Mon.	18	6% ca. 3%	Unterbr. auf Elternwunsch	
19	10 Ju	seit 4 J.	54	8% 0-1%	Kontakt besteht noch lose	
20	8 Ju	seit 18 M.	44	17% z.zt. 2-3%	Behandlung läuft noch	
21	6 Ju	seit 8 M.	16	7% z.zt. 0-1%	Behandlung läuft noch	
22	12 Ju	seit 7 M.	14	17% z.zt. 0-1%	Behandlung läuft noch	
23	11 Ju	seit 6 M.	11	5% z.zt. 1-2%	Behandlung läuft noch	
24	6 Ju	seit 4 M.	13	6% z.zt. 2-3%	Behandlung läuft noch	

Literatur

Rameckers, R.: Verhaltenstherapeutisch orientierte Sprechbehandlung bei einem lernbehinderten stotternden Jugendlichen. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 199—204.

Rameckers, R., und Wertenbroch, W.: Verhaltensänderung bei Schülern. Freiburg 1977.

Wertenbroch, W.: Die ambulante Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher auf der Grundlage der positiven Verstärkung. Hamburg 1978 (ausführliche Literaturangaben siehe dort).

Anschrift des Verfassers: Klaus Ortwig Wachtelweg 5, 4452 Freren	Klaus Ortwig ist seit 1972 als Sonderschullehrer an einer Schule für Lernbehinderte tätig. Seit 1978 befaßt er sich in der Ambulanz vor allem mit der Behandlung stotternder Kinder und Jugendlicher.
--	---

Sprachbehindertenpädagogin als Hauslehrerin gesucht

für die liebevolle Förderung eines leicht sprachbehinderten Vorschulkindes; eventuell auch halbtags. Geboten werden die üblichen tariflichen Leistungen. Günstige Wohnraumbeschaffung im Raum Mainz/Bingen möglich.

Bitte senden Sie aussagekräftige Bewerbungsunterlagen unter Chiffre Nr. 01/01 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Dipl.-Sprachheilpäd.

mit mehrjähriger Erfahrung in sprachtherapeutischer Praxis möchte aus beruflicher Isolation heraus. Suche im Großraum Hannover an Zusammenarbeit interessierte Sprachheilpädagogen.

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

Sprachtherapeutin

sucht Kontakt zu Kollegen, die ebenfalls im sprachth. B. tätig sind, in **Berlin** zwecks Erfahrungsaustausch.

Telefon (030) 822 72 81 oder Zuschriften unter Chiffre Nr. 03/01 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.



Uwe Förster, Hannover

Die Dysphasie — ein mehrdeutiger Terminus

Zusammenfassung

Die Diagnose »Dysphasie« ist in verschiedenen Gutachten anzutreffen. Bei näherer Betrachtung fällt auf, daß recht unterschiedliche Störungsbilder damit bezeichnet werden:

1. Dysphasie als Sprachstörung, die durch eine Affizierung des Gehirns nach abgeschlossener Sprachentwicklung bewirkt, daß aphasiaähnliche Symptome auftreten, die sowohl den expressiven wie rezeptiven Bereich betreffen können.
2. (Entwicklungs-)Dysphasie, die im Bereich der kindlichen Sprech- und Sprachstörungen anzusiedeln ist und mit den Störungen »Sprachentwicklungsverzögerung« bzw. »Sprachentwicklungsbehinderung« synonym gebraucht wird oder mit diesen im Sinne des »Dysgrammatismus« vergesellschaftet einhergeht.

0. Vorbemerkung

Der terminologische Dissens beginnt bereits, wenn man sich die Bezeichnungen für unsere Fachrichtung anschaut. Sprachheilpädagogik, Sprachbehindertenpädagogik, Logopädie stehen stellvertretend für ein noch zu erweiterndes Vokabular, das zum Teil synonym, zum Teil unterschiedlich verwandt wird.

Unter anderem ist sicher die Heterogenität der für diesen Bereich zuständigen Disziplinen als ein Verursachungsfaktor anzusehen. Diese Kalamität wird noch deutlicher, wenn man den »Gegenstand« der Untersuchungen betrachtet; so sind z. B. die zentral bedingten Sprachstörungen im Laufe der Forschungsgeschichte mit einer Vielzahl von Nomen belegt worden: Alalie, Aphemie, Aphrasie und Aphasie. Insbesondere *Leischner* und *Poeck* ist es zu verdanken, den Aphasie-Begriff terminologisch entwirrt und somit die diagno-

stische Arbeit wesentlich erleichtert zu haben.

Glaubt man jedoch, diese »Errungenschaft« auf den Gesamtbereich der »Phasien« (Dys- und A-) übertragen zu können, sieht man sich getäuscht. Entgegen dem meist durchgängigen Prinzip: »Dys« = graduell weniger gestört als: »A« = komplexere, umfangreichere Störung (vgl. Dysphonie und A-phonie, Dysprosodie und A-prosodie), liegen die Verhältnisse bei der Dysphasie ein wenig komplizierter.

1. Dysphasie und Aphasie

Der Terminus Dysphasie tauchte Mitte der fünfziger Jahre in den USA auf und wurde danach im deutschen Fachschrifttum verwendet. Neben *Böhme* (1973, S. 218), der sich der o. g. Konvention anschließt und betont, daß zwischen einer Dysphasie und einer Aphasie lediglich graduelle Unterschiede bestehen, wird auch im Logopädischen Handlexikon (*Franke* 1978, S. 49—50) die Auffassung vertreten, die Dysphasie sei eine geringer ausgeprägte Form der Aphasie.

Definiert wird Dysphasie als eine »Störung der bereits ausgebildeten Sprache, des Sprechvermögens und des Sprachverständnisses aufgrund erworbener Läsionen im Cortex« (*Franke* 1978, S. 49) und Aphasie als »Verlust der bereits ausgebildeten Sprache durch Hirnschädigung« (S. 19; Hervorhebungen durch den Verfasser). Ähnlich äußert sich *Arnold* (*Luchsinger* und *Arnold* 1970, S. 692), der hervorhebt, daß es sich bei Dysphasien um eine Störung der symbolischen Formulierung, also um eine Asymbolie handele. Nach *Arnold* dienen zur Ordnung der verschiedenen Subkategorien der Dyspha-

sien psycho-linguistische Einteilungsprinzipien der Sprachfunktion, wie z. B. »expressive, rezep tive oder gemische Beschränkungen der oralen, auditiven, visuellen und graphomotorischen Kommunikation« (1970, S. 692).

Busemann (1965, S. 399—401) unternimmt den Versuch, den Begriff Aphasie durch Dysphasie zu ersetzen. Er schlägt vor, von Aphasie nur zu sprechen, wenn ein totaler Ausfall der Sprache vorliegt, von Dysphasie, wenn noch ein geringer Rest an Sprachleistung vorhanden ist. Die Formulierung »totaler Ausfall« ist nicht weiter spezifiziert; man muß davon ausgehen, daß dieser Zustand realiter in den seltensten Fällen vorkommt, so daß der einschlägige Begriff »Aphasie« nach *Busemann* nur eine Ausnahmediagnose darstellen würde. *Busemann*, der die Dysphasie als »zentrale Sprachschwäche« bezeichnet, möchte nicht die Bezeichnungen »motorische und sensorische Aphasie« verwendet wissen, da nach seiner Auffassung nicht die Motorik und Sensorik an sich geschädigt sind, sondern die »spezifischen Leistungen der Sprache: Äußerung und Verstehen«. So sind die Begriffe »expressive und impressive Dysphasie« zu verwenden.

Wenn auch dieser Ansatz zunächst in sich schlüssig erscheint, ist er doch aus heutiger Sicht nicht adäquat, da er ein probates Klassifikationsprinzip (vgl. *Poeck* 1982) nahezu umkehren würde.

Auch *Ruge* (1976, S. 76) gibt eine recht diffuse Beschreibung der Dysphasie. Er konstatiert, daß die Dysphasie, die sich in einem erschwerten und erheblich beeinträchtigten spontanen Sprechen zeige, vorwiegend nach einem apoplektischen Insult auf trete. Der Autor weist auf die unzureichende Innervation des gesamten Sprechapparates hin und unterscheidet zwischen Dysphasie und Aphasie aufgrund der weniger auftretenden begleitenden Störungen (Alexie, Agraphie und Akalkulie) bei der Dysphasie.

Das Spektrum möglicher Bedeutungen von Dysphasie wird insbesondere von *Gundermann* (1981, S. 119) erweitert, der die Dysphasien zu den psychotischen Störungen der Sprache rechnet. Im allgemeinen wird das

von ihm aufgezeigte Störungsbild eher zu den »Dysphasien« gezählt, so daß möglicherweise ein Druckfehler für die recht abweichende Zuordnung verantwortlich gemacht werden könnte.

Ein Augenmerk richtete sich auf die Ursachen und Therapie von Dysphasie auf der Fortbildungsveranstaltung in Ravensburg. In seinen »Randbemerkungen zum Tagungsthema« traf *Sovák* (1985, S. 347) schließlich folgende Definition: »Dysphasie bedeutet eine nicht leicht sich entwickelnde, verzögerte phatische Funktion, dagegen die Aphasie stellt den Verlust der schon entwickelten phatischen Funktionen dar. Als phatische Funktionen werden zentrale Vorgänge der sprachlichen Kommunikation betrachtet.« Der Autor führt fort (1985, S. 348): »Dysphasie wird als Sprachentwicklungsverzögerung oder — unter Umständen -störung — definiert. Die Entwicklung der Sprache bleibt auf niedrigerer Stufe stecken oder setzt sich nur verspätet und langsam fort, oder sie wird in ihrem Verlauf sekundär gestört ev. unterbrochen.«

Bereits hier wird der Kontrast zur Terminologie einer medizinisch orientierten Sprachheilkunde deutlich. So unterscheidet *Leischner* (1979, S. 227 ff.) neben den kindlichen Aphasien die Sprachentwicklungsbehinderung (bedingt durch einen Hirnschaden, der vor Abschluß der Sprachentwicklung eingetreten ist) und die Sprachentwicklungsverzögerung (anlagemäßige Verzögerung der normalen Sprachentwicklung ohne — frühkindlichen — Hirnschaden).

Schließt man sich *Homburg* (1985, S. 36) an, der »Phasie« als einen ätiologischen Terminus betrachtet, der eine zentralorganische Verursachung bezeichnet, so wäre der Dysphasie-Begriff *Sováks* wohl eher mit der Bezeichnung Sprachentwicklungsbehinderung (SEB) als mit Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) in Beziehung zu bringen.

2. (Entwicklungs-)Dysphasie

Eine ganz andere Sichtweise liegt den Ansätzen der folgenden Autoren zugrunde. Diese orientieren sich dabei an den im anglo-amerikanischen Sprachraum existierenden (Ent-

wicklungs-)Dysphasie-Begriff, der sich fundamental vom deutschsprachigen abhebt.

Dazu bemerkt *Homburg* (1985, S. 36): »Wohl durch die Kooperation mit Linguisten und Psychologen oder als Modetrend kommt nun eine unscharfe Verwendung des Terminus Dysphasie auf. Im englischen Sprachraum werden Sprachstörungen zusammenfassend, also ohne ätiologische Differenzierung, mit Dysphasie bezeichnet. Bei der unkritischen Übernahme dieses Terminus ins Deutsche entstehen drei nicht zu akzeptierende Effekte.

- Ohne sachlichen Grund, ja diesem sogar zuwiderlaufend, wird eine Standardterminologie aufgegeben.
- Es erfolgt eine Aufblähung des Terminus Dysphasie.
- Für den bisherigen differenzierten Begriffsinhalt müßte ein neuer Terminus geschaffen werden.«

Grundsätzlich kann man sich dem ersten Teil der Aussage sicher anschließen, wenn auch die Formulierung »Standardterminologie« im Zusammenhang mit der Dysphasie als »differenzierter Begriffsinhalt« im Sinne einer für geringere Störungsgrade der Aphasie abmildernde Bezeichnung unzutreffend erscheinen mag. Bei Betrachtung der neueren einschlägigen Aphasieliteratur wird deutlich, daß Dysphasie lediglich bei *Peuser* (1978, S. 508) im Glossar als »Fehlereinheit«, als »Fehlleistung beim Sprechen« erklärt wird, während bei *Leischner* (1979) und *Poeck* (1982) dieser Terminus nicht verwandt wird.

Um nun den Dysphasie-Begriff aus einer anderen Perspektive zu beleuchten, werden im folgenden Autoren zitiert, die Dysphasien zu den Spracherwerbsstörungen rechnen:

Olsson (1976, S. 145) schreibt recht allgemein dazu: »Wenn ein Kind beim Sprachversuch so sehr von der normalen Sprechfähigkeit abweicht, daß diejenigen, die ihm zuhören, oft nicht verstehen, was das Kind sagt, dann kann man dessen Sprachfehler als dysphatisch bezeichnen.« Die Autorin, die im Verlauf ihres Beitrages »Dysphasie« synonym mit »hochgradig verzögerte Sprachentwicklung« setzt, verläßt dabei den Bereich der (kindlichen) Aphasien, bei denen die

Sprachentwicklung beim Eintritt der zentralen Schädigung abgeschlossen sein muß (vgl. *Leischner* 1979).

Grimm und Kaltenbacher (1982, S. 99 f.) definieren die dysphatische Störung in Anlehnung an den englischen Sprachraum als »developmental dysphasia« durch die folgenden Merkmale: Die Sprachentwicklung verlief und verläuft deutlich verzögert; die Störung betrifft vorwiegend den strukturellen Sprachbereich, deswegen wird die Störung im deutschsprachigen Raum als Dysgrammatismus bezeichnet. Allerdings, so die Autorinnen, werden dysphatische Kinder auch teilweise unter die Begriffe Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) oder Sprachentwicklungsbehinderung (SEB) eingeordnet. *Grimm und Kaltenbacher* beschreiben im weiteren die Symptomatik von (entwicklungs-)dysphatischen Kindern, eine Beschreibung, die schon früher bei *Zangwill* (1978, S. 1) vorzufinden ist: Bei dysphatischen Kindern liegt die Intelligenz im Normalbereich, so daß eine deutliche Diskrepanz zwischen den Intelligenz- und Sprachleistungen besteht; Hörschäden und massive emotionale Störungen liegen meist nicht vor; die Sprachstörung ist häufig mit Stammelfehlern und/oder feinmotorischen Schwierigkeiten verbunden; umstritten ist, ob der Störung organische Schädigungen zugrunde liegen. Zusammenfassend wird hier die Dysphasie als besondere Form einer Sprachentwicklungsstörung beschrieben.

Rapin und Wilson (1978, S. 13) sehen die Ursachen der sprachlichen Retardierung im Sinne einer Entwicklungsdysphasie in neurologischen Dysfunktionen, und *Menyuk* (1978, S. 136) betont, daß die Entwicklungsdysphatischen Kinder weder hinsichtlich ihres beobachtbaren sprachlichen Verhaltens noch hinsichtlich der möglicherweise beeinträchtigten Verarbeitungs- und Planungsprozesse eine homogene Gruppe darstellen.

Van Riper (1978, S. 125) stellte fest, daß sich als einziges gemeinsames Merkmal die Schwierigkeit beim alters- und umweltadäquaten Erwerb und Gebrauch des sprachlichen Symbolsystems herausstellen läßt (vgl. *Dannenbauer* 1983). Als Konsequenz daraus

scheint es dem Autor nach sinnvoll zu sein, den Entwicklungsdysgrammatismus nicht als Leitsymptom, sondern als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie zu bezeichnen, die vornehmlich (nicht ausschließlich) den morphologisch-syntaktischen Strukturbereich betrifft.

Dannenbauer faßt folgendermaßen zusammen (1983, S. 164): »Der Begriff Entwicklungsdysphasie umgreift somit ein weites Spektrum von Sprachentwicklungsstörungen, ohne von vornherein weitreichende Implikationen über die spezifische Beschaffenheit der Sprachprodukte, über Bedingungs-, Begleit- und Folgeerscheinungen und über deren mögliche Interrelationen zu formulieren. Die Entwicklungsdysphasie kann verschiedene Strukturbereiche der Sprache verschieden betreffen, so daß die eine oder andere Komponente stärker in Erscheinung treten kann.«

3. Ausblick

Die beiden dargestellten, unterschiedlichen Sichtweisen von Dysphasie führen unabhängig zu diagnostischen Unsicherheiten. Wie aber ist dieser terminologische Knoten zu lösen?

Ein möglicher Weg wäre, den Begriff Dysphasie aus dem Vokabular der Aphasologie herauszulassen. Bei Autoren medizinischer Provenienz wie *Leischner* und *Poeck* ist dieser Terminus (fast) nicht mehr zu finden, und auch in neueren linguistisch orientierten Arbeiten (vgl. *Peuser* 1978) spricht man von

Dysphasie ganz nebensächlich als Fehlerinheit.

Der Aphasiebegriff — und die Klassifikationsprinzipien — sind seit geraumer Zeit bei allen in diesem Bereich Tätigen etabliert, und daher bedarf es keiner Ergänzung oder Einführung einer weiteren Bezeichnung.

Bleibe noch die Entwicklungsdysphasie: Bekanntlich besteht über die im deutschen Sprachraum teilweise praktizierte Zweiteilung in SEV und SEB keine ungeteilte Meinung. Ob beide Begriffe auch inhaltlich ganz zu füllen sind, werden verfeinerte Untersuchungsmethoden zukünftig herausstellen. Möglicherweise werden einer oder gar beide Termini durch die Diagnose »Entwicklungsdysphasie« abgelöst. Aber wenn die Bezeichnungen SEV und/oder SEB ebenso eindeutig (im wahrsten Sinne des Wortes) im Lexikon der Sprachbehindertenpädagogik fixiert sind wie die Aphasien, sollte auch dieser Bereich ohne den Terminus (Entwicklungs-)Dysphasie auskommen können.

Letztendlich wird Dysphasie mit aphasischen Symptomen — die erst nach abgeschlossener Sprachentwicklung diagnostiziert werden können — assoziiert, so daß der Bereich der Sprachentwicklungsstörungen terminologisch gar nicht damit in Verbindung gebracht wird.

Schon diese wenigen Aspekte sollten nach meiner Auffassung ausreichen, Dysphasie zukünftig als ausschließlich der anglo-amerikanischen Literatur zugehörig zu betrachten.

Literatur

- Arnold, G. E.: Die Sprache und ihre Störungen. In: Luchsinger, R., und Arnold, G. E.: Handbuch der Stimm- und Sprachheilkunde, Band 2. Wien/New York 1970, S. 692.
- Aschmoneit, W., Böckmann, G., Josef, K., und Walburg, W.-R.: Sprachstörungen. Limburg 1976.
- Böhme, G.: Störungen der Stimme und Sprache bei neuropsychiatrischen Erkrankungen. In: Biesalski, P., Böhme, G., Frank, F., und Luchsinger, R. (Hrsg.): Phoniatrie und Pädoaudiologie. Stuttgart 1973, S. 213—236.
- Busemann, A.: Psychologie der Intelligenzdefekte. München/Basel 1965.
- Busemann, A.: Kindheit und Reifezeit. Frankfurt 1965.
- Dannenbauer, F. M.: Der Entwicklungsdysgrammatismus als spezifische Ausprägungsform der Entwicklungsdysphasie. Birkach/Berlin/München 1983.
- Franke, Ulrike: Logopädisches Handlexikon. München 1978.
- Grimm, Hannelore, und Kaltenbacher, E.: Die Dysphasie als noch wenig verstandene Entwicklungsstörung: Sprach- und kognitionspsychologische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. Frühförderung interdisziplinär 1 (1982), S. 97—112.
- Gundermann, H.: Einführung in die Praxis der Logopädie. Berlin/Heidelberg/New York 1981.

Deutsche
Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik e.V.



dgs

XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung

DÜSSELDORF

1. – 4. 10. 1986

SPRACHERWERB
und
SPRACHERWERBSSTÖRUNGEN



DÜSSELDORF - RHEINROHRT - MANFRED BEHN

Tagungsort: Rheinlandsaal am Hotel HILTON, Georg-Glock-Straße 20

Vorläufiges Programm

Donnerstag, 2. 10. 1986

9.00 Uhr

Begrüßung und Eröffnung

Anita Schwarze, Hamburg, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Grußworte

Christina Rau, Gattin des Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen

Hans Schwier, Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen

Hermann Heinemann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Klaus Bungert, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Düsseldorf

Das Rahmenprogramm wird durch Düsseldorfer Schüler und Lehrer gestaltet.

10.15 Uhr

Prof. Dr. Gisela Szagun, Oldenburg
Zum Erwerb von Bedeutungen

11.15 Uhr

Dr. Harald Clahsen, Düsseldorf
Neuere Forschungen zum Grammatikerwerb

14.30—17.30 Uhr

Seminarveranstaltungen

(1) Dr. Iris Füssenich, Dortmund
Semantische Fähigkeiten
sprachentwicklungsgestörter Kinder

(1) Prof. Dr. Hermann Schöler, Heidelberg
Zur Entwicklung metasprachlichen Wissens

(1) Axel Holtz, Ulm
Szenen aus der Genese und Pathogenese der
semantischen Sprachaneignung

(2) Dr. Irina Weigl, Berlin (DDR)
Spracherwerbsforschungen bei normalen und
gestörten Kleinkindern

(3) Johannes Graichen, Tübingen
Neuropsychologie der Gedächtnisfunktionen
bei Spracherwerbsstörungen

(3) Dr. Klaus Sarimski, München
Die Sprachentwicklungsskalen von Reynell in der
Planung und Verlaufskontrolle von therapeutischen
Programmen für geistig behinderte Kinder

(3) Barbara Kleinert-Molitor, Bremen
Bewegen — Spielen — Sprechen, psychomotorisch
orientierte Sprachförderung als pragmatische
Forcierung sprachlichen Lernens
(Bitte Turnschuhe mitbringen)

Freitag, 3. 10. 1986

9.30—10.30 Uhr

Vorträge

Prof. Dr. Hans-Joachim Scholz, Köln
Überlegungen zur Behandlung phonologischer
Störungen

Dr. Franz-Josef Stachowiak, Bonn
Spracherwerb, Semantik und menschlicher Cortex —
vom lautbegabten zum sprachbegabten Wesen

Konrad Kregcjk, Wien
Sprachaufbau des räumlichen Denkens

Erläuterungen:

- (1) Seminare, die nur einmal abgehalten werden
- (2) Seminare, die fortgeführt werden
- (3) Seminare, die wiederholt werden

11.00—12.30 Uhr

Seminarveranstaltungen

- (1) Dr. Arno Deuse, Bremen
Über die Entwicklung des Dialogs und der Spieltätigkeit beim Kind, kommunikations- und neuropsychologische Aspekte und die Pathogenese von Redeflußstörungen
- (1) Dr. Dieter Kroppenber, Mainz
Das dialogische Moment im Spracherwerb mit einer kasuistischen Studie über 13jährige eineiige Zwillingmädchen mit (s)elektivem Mutismus
- (2) Dr. Irina Weigl, Berlin (DDR)
Spracherwerbsforschungen bei normalen und gestörten Kleinkindern
- (2) Dr. Harald Clahsen, Düsseldorf
Linguistische Analysen des Spracherwerbs bei dysgrammatisch sprechenden Kindern

9.30—12.30 Uhr

Seminarveranstaltungen

- (3) Johannes Graichen, Tübingen
Neuropsychologie der Gedächtnisfunktionen bei Spracherwerbsstörungen
- (3) Dr. Klaus Sarimski, München
Die Sprachentwicklungsskalen von Reynell in der Planung und Verlaufskontrolle von therapeutischen Programmen für geistig behinderte Kinder

14.30—17.30 Uhr

Seminarveranstaltungen

- (1) Prof. Dr. M. Grohnfeldt, Reutlingen
Zur Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder aus pädagogischer Sicht
- (1) Dr. Hildegard Heidtmann, Hannover
Sprachentwicklungsgestörte Kinder als Kommunikationspartner
- (1) Prof. Dr. Gisela Szagun, Oldenburg
Zur Bedeutungsentwicklung beim Kind
- (1) Karin Martens-Schmid, Köln
Zur Entwicklung von Erzählfähigkeit bei normal und dysgrammatisch sprechenden Kindern
- (2) Dr. Harald Clahsen, Düsseldorf
Linguistische Analysen des Spracherwerbs bei dysgrammatisch sprechenden Kindern
- (3) Dr. F.-M. Dannenbauer, München
Spezielle Probleme der Sprachtherapie bei dysphasischen Kindern
- (3) Barbara Kleinert-Molitor, Bremen
Bewegen — Spielen — Sprechen, psychomotorisch orientierte Sprachförderung als pragmatische Forcierung sprachlichen Lernens

Samstag, 4. 10. 1986

9.30—12.00 Uhr

Seminarveranstaltungen

- (1) Dr. Helga Andresen, Wuppertal
Die Entwicklung von Erzählstrukturen bei Kindern
- (1) Karl-Heinz Offergeld, Bonn
Sprachverständnisstörung oder Störung der Symbolfähigkeit
- (1) Dr. Klaus-B. Günther, Heidelberg
Zur Bedeutung von sprach- und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen bei dysgrammatisch sprechenden Kindern
- (3) Dr. F.-M. Dannenbauer, München
Spezielle Probleme der Sprachtherapie bei dysphasischen Kindern
- (1) Prof. Dr. Hans Brügelmann, Bremen
Sind Fehler ein Fehler? Lese- und Schreibversuche von Kindern als produktive Zwischenschritte auf dem Weg zur Schrift
- (1) Prof. Dr. Mechthild Dehn, Hamburg
Lernprozeßbeobachtungen bei Lese- und Schreibanfängern

12.00 Uhr

Abschluß der Tagung

Rahmenveranstaltungen

Dienstag, 30. 09. 1986

15.00 Uhr

Hauptvorstandssitzung, Rheinlandsaal am Hilton

Mittwoch, 1. 10. 1986

10.00 Uhr

Delegiertenversammlung, Rheinlandsaal am Hilton

20.00 Uhr

Begrüßungsabend, Schlösser-Brauerei, Alte Stadt 5

Donnerstag, 2. 10. 1986

19.00 Uhr

Empfang durch den Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Düsseldorf, Klaus Bungert

20.30 Uhr

Vorstellung im Kommödchen, Preis pro Person 30 DM

Freitag, 3. 10. 1986

11.00 Uhr

Gesprächsrunde der Seminar- und Fachleiter

19.00 Uhr

Rheinischer Abend, Schlösser-Brauerei, Alte Stadt 5
Rheinische Spezialitäten für Auge, Ohr und Mund
Preis pro Person 35 DM

Informationen

Tagungsbüro

Mittwoch ab 9.30 Uhr im Foyer des Rheinlandsaales am Hilton, Georg-Glock-Straße 20,
Telefon (0211) 43 4963
Ab 18.30 Uhr Schlösser-Brauerei, Alte Stadt 5,
Telefon (0211) 32 5983
Do., Fr., Sa. ab 8.30 Uhr im Foyer des Rheinlandsaales

Tagungsbeitrag

- a) Bei Voranmeldung
100 DM für Mitglieder der dgs,
120 DM für Nichtmitglieder,
60 DM für Studenten
- b) Bei Anmeldung an der Tageskasse
120 DM für Mitglieder der dgs,
150 DM für Nichtmitglieder,
80 DM für Studenten

Anmeldungen bis zum 1. 9. 1986 erbeten

Tagungsbericht

Im Tagungsbeitrag enthalten, wird kostenlos jedem Teilnehmer nach der Tagung zugesandt
Subskriptionspreis für zusätzliche Berichte 28 DM

Tagungskonto

Postgiroamt Essen, Konto-Nr. 24181-430
(BLZ 360 100 43)

Veranstalter

Deutsche Gesellschaft
für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Planung und Durchführung

Deutsche Gesellschaft
für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs),
Landesgruppe Rheinland
Goethestraße 56, 4000 Düsseldorf 1,
Telefon (0211) 899-53 27/28
(Tagungsanschrift vor der Tagung)

- Homburg, G.: Pädagogische Förderung dysgrammatisch sprechender Kinder — Modelle und Perspektiven. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Ravensburg/Hamburg 1985, S. 14—40.
- Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.
- Menyuk, Paula: Linguistic problems in children with developmental dysphasia. In: Wyke, M. A. (Hrsg.): Developmental dysphasia. London 1978, S. 135—152.
- Olsson, B.: Dysphasie-Beschreibung eines Falls. In: Elstner, W., und Karlstad, H. (Hrsg.): Dysphasie im Kindesalter. Norderstedt 1976, S. 145—149.
- Peuser, G.: Aphasie. München 1978.
- Poeck, K.: Klinische Neuropsychologie. Stuttgart 1982.
- Rapin, J., und Wilson, B. C.: Children with developmental language disability: neurological aspects and assessment. In: Wyke, M. A. (Hrsg.): Developmental dysphasia. London 1978, S. 13 ff.
- Ruge, H.: Der Aphasiker und seine fachpädagogische Rehabilitation. Stuttgart 1976.
- Sovák, M.: Randbemerkungen zum Tagungsthema. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (Hrsg.): Zentral bedingte Kommunikationsstörungen. Ravensburg/Hamburg 1985, S. 338—355.
- Van Riper, C.: Speech correction. Principles and methods. Englewood Cliffs 1978.
- Zangwill, C. L.: The concept of developmental dysphasia. In: Wyke, M. A. (Hrsg.): Developmental dysphasia. London 1978, S. 1—11.

Anschrift des Verfassers:
 Dipl.-Pädagoge Uwe Förster
 Universität Hannover
 FB Erziehungswissenschaften I
 Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik
 Bismarckstraße 2, 3000 Hannover 1

Uwe Förster war zunächst als leitender Sprachtherapeut in einer Neurologischen Klinik tätig. Seit 1983 arbeitet er als wissenschaftlicher Angestellter im Lehrgebiet Sprachbehindertenpädagogik der Universität Hannover (Schwerpunkte: zentral-nervale Sprach- und Sprechstörungen, Sprachtherapie bei Autisten).

Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 1, S. 31—35



Ingo Kroker, Bischmisheim

Aphasie/Dysarthrie: Häufigkeit sowie Rehabilitationsangebot und -nachfrage

Zusammenfassung

Auf der Basis von 215 Aphasikern und Dysarthrikern im Raum Saarbrücken wird versucht, Aussagen zur Häufigkeit, Altersstruktur, Geschlechtsverteilung sowie zum Zahlenverhältnis Aphasie—Dysarthrie zu machen.

Des weiteren werden die Nachfrage nach Rehabilitationsmöglichkeiten und deren Angebot aufgezeigt.

Abschließend wird der Frage nachgegangen, warum nahezu jeder dritte Aphasiker/Dysarthriker eine entsprechende Sprachheilmaßnahme nicht in Anspruch nimmt.

1. Anzahl der mit Aphasie- bzw. Dysarthrie-symptomen erkrankten Menschen

1.1. Häufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Linck (1977) ermittelte für das Jahr 1976 insgesamt 13 500 Neuerkrankungen von Aphasien in der Bundesrepublik. Das entspricht jährlich 28 Menschen auf 100 000 Einwohner.

Braun/Stang (1983) errechneten für das Jahr 1977 im Großraum Osnabrück (etwa 440 000 Einwohner) 183 Aphasiker und Dysarthriker.

(Bei dieser Untersuchung wurden in einer großen Osnabrücker Klinik alle Krankenblätter gesichtet und 62 Aphasiker und Dysarthriker gefunden. Im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Krankbetten wurde auf 183 Neuerkrankungen geschlossen.) Auf die Bundesrepublik übertragen, bedeutet dies, daß jährlich etwa 25 000 Menschen diese Sprachstörungen erleiden. Je 100 000 Einwohner wären dies 42 Personen.

Kitzing (1981) stellte fest, daß in Schweden die Anzahl der mit Aphasiesymptomen erkrankten Menschen jährlich etwa 60 pro 100 000 Einwohner beträgt. Somit würden bei einer Bevölkerungszahl von 60 Millionen etwa 36 000 Menschen eine Aphasie erleiden.

In der von *Braun/Stang* durchgeführten Untersuchung sind die Dysarthriker mit 13 Prozent eingeschlossen. Bei den Angaben von *Linck* und *Kitzing* ist über diese Sprachstörung nichts ausgesagt.

Was die Anzahl der Aphasiker/Dysarthriker insgesamt in der Bevölkerung betrifft, so findet man in der Literatur fast keine Angaben. Hier scheinen nur grobe Schätzungen vorzuliegen. Man nimmt wohl an, daß die Gesamtzahl etwa zwei- bis dreimal so hoch ist wie die jährlich auftretenden Fälle.

1.2. Häufigkeit in der Stadt Saarbrücken

In einer großen Saarbrücker Klinik (903 Betten) wurden von 1982 bis 1984 insgesamt 215 Aphasiker/Dysarthriker aufgenommen und versorgt. Nur diese Klinik in Saarbrücken (190 000 Einwohner) verfügt über eine neurologische Abteilung (60 Betten).

Teilt man diese 215 Patienten nach ihren Wohngebieten auf, so ergibt sich, daß 128 Personen (60 Prozent) aus dem Stadtbereich stammen. Weitere 37 (17 Prozent) kommen aus dem Großraum Saarbrücken, und 48 (22 Prozent) verteilen sich über das ganze Saarland. Zwei Patienten (1 Prozent) haben ihren Wohnsitz außerhalb des Saarlandes.

Mit Sicherheit läßt sich somit sagen, daß jährlich 45 Menschen in dieser Stadt eine Aphasie bzw. Dysarthrie erleiden. Hinzuzurechnen sind jedoch alle diejenigen, die in den

übrigen Krankenhäusern (1339 Betten) untergebracht sind und eine Sprachbehinderung haben.

So sollen 1984 in einer Saarbrücker Klinik (358 Betten) 19 Aphasiker/Dysarthriker festgestellt worden sein. Diese nicht ganz exakt bestimmte Zahlenangabe birgt zusätzlich weitere Unsicherheitsfaktoren, und es stellen sich folgende Fragen:

- Wie viele von diesen Patienten stammen nicht aus dem Stadtbereich?
- Werden leichtere Sprachbehinderungen erkannt?

Außerdem muß man berücksichtigen, daß sicherlich auch außerhalb Saarbrückens Patienten behandelt werden, die ihren Wohnsitz in der Stadt haben.

Nehmen wir einmal an, daß sich die Unsicherheitsfaktoren in etwa ausgleichen, so kann man für Saarbrücken mit etwa 116 Aphasikern/Dysarthrikern rechnen.

Auf 100 000 Einwohner bezogen, entspricht dies einer Anzahl von 61 Betroffenen jährlich.

Vergleicht man die Zahlen dieser vorliegenden Untersuchung mit denen von *Linck*, *Braun/Stang* und *Kitzing*, so kann man feststellen, daß letztere mit den hier ermittelten Zahlen übereinstimmt.

Die bereits o. a. 215 Aphasiker/Dysarthriker verteilen sich hinsichtlich Häufigkeit, Geschlecht, Alter und Sprachbehinderung wie folgt:

1.2.1. Anzahl der Fälle

	1984	1983	1982	Gesamtzahl
Gesamtzahl der Patienten	79	75	67	221
davon aphasisch bzw. dysarthrisch	76	72	67	215

Was die Gesamtzahl aller auftretenden Fälle betrifft, so muß man eher von einer Zunahme ausgehen. Verschiedene Autoren (*Böhme*, *von Stockert*) sprechen sogar von einer deutlichen Zunahme von Hirnverletzungen (Schlaganfälle, Schädeltraumen) sowie von einer gesteigerten Überlebenschance schwer Hirngeschädigter durch die fortschreitende Entwicklung der modernen Intensivmedizin.

1.2.2. Aufteilung nach dem Geschlecht
(n = 215)

	1984	1983	1982	Gesamtzahl
Männer	50	41	41	132
Frauen	26	31	26	83

Es ist allgemein bekannt, daß die männlichen Aphasiker/Dysarthriker überwiegen. Auf fünf Erkrankte kommen drei Männer und zwei Frauen (Männer = 61 Prozent, Frauen = 39 Prozent).

1.2.3. Aufteilung nach Alter (n = 215)

Anzahl der Patienten	1984	1983	1982	Gesamtzahl
bis 40 Jahre	8	4	1	13
40 bis 50 Jahre	6	11	6	23
50 bis 60 Jahre	26	15	17	58
60 bis 70 Jahre	19	21	26	66
älter als 70 Jahre	17	21	17	55

Der Altersdurchschnitt aller Patienten lag bei 59 Jahren. Als Tendenz kann man feststellen, daß das Erkrankungsalter im Untersuchungszeitraum eher abnahm. Demnach erleiden immer jüngere Patienten eine Aphasie/Dysarthrie.

1.2.4. Aufteilung nach der Sprachbehinderung (n = 154)

	1984	1983	1982	Gesamtzahl
Aphasiker	63	60	—	123
in Prozent	80	80	—	
Dysarthriker	13	12	—	25
in Prozent	16	16	—	
andere (Stammler, Stotterer)	3	3	—	6
in Prozent	4	4	—	

Das Zahlenverhältnis Aphasiker—Dysarthriker ist im Untersuchungszeitraum konstant geblieben. Somit kommt auf fünf Aphasiker ein Dysarthriker.

Braun/Stang ermittelten ein Zahlenverhältnis von 6:1 und bestätigten nahezu das hier vorliegende Ergebnis. Sicherlich ist es in einigen Fällen nicht ganz leicht, eine eindeutige Klassifizierung vorzunehmen, weil die Grenzen dieser beiden Sprachbehinderungen fließend sein bzw. Mischformen auftreten können.

2. Rehabilitationsmaßnahmen

2.1. Durchschnittliche Therapiedauer in der Klinik

Die in der o. a. Saarbrücker Klinik aufgenommenen Aphasiker/Dysarthriker wurden durchschnittlich 25 Tage lang betreut. Die Therapie wurde dreimal wöchentlich durchgeführt, so daß jeder Patient im Durchschnitt zehnmal Therapie erhalten hat. Hinzu kommen Angehörigenberatung und Vermittlung einer weitergehenden therapeutischen Maßnahme nach dem Krankenhausaufenthalt — sofern dies angezeigt ist bzw. vom Patienten gewünscht wird.

2.2. Sprachtherapeutische Maßnahmen nach dem Klinikaufenthalt (n = 221)

In der Klinik wurden von 1982 bis 1984 insgesamt 221 Patienten sprachtherapeutisch versorgt.

	1984	1983	1982	Anzahl	in Prozent
Von diesen wurden:					
— als praktisch geheilt entlassen	9	9	8	26	12
— als nicht therapiefähig eingestuft (progrediente Prozesse, Alter, Tod)	7	7	6	20	9
— ohne Interesse an einer ambulanten bzw. stationären Therapie entlassen	21	21	25	67	30
— zur stationären Therapie überwiesen (Reha-Klinik)	17	15	14	46	21
— zur ambulanten Therapie überwiesen (oder zur Fortsetzung)	15	20	13	48	22
— zur stationären medizinischen Weiterbehandlung überwiesen (Operation)	7	3	1	11	5
— noch in Behandlung	3			3	1

Es erscheint auf den ersten Blick erstaunlich, daß fast jeder dritte Aphasiker/Dysarthriker keine entsprechende Therapie wünscht, obwohl eine solche angeboten werden konnte. Eine plausible Antwort auf dieses Phänomen soll nachfolgend gegeben werden.

Auch wäre interessant zu wissen, wie viele Patienten nach dem Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik sich einer weiteren ambulanten Therapie unterzogen haben. Dieser Frage wurde nicht nachgegangen.

3. Gründe für die Nichtinanspruchnahme sprachtherapeutischer Maßnahmen

Allein 1984 wollten 21 Patienten (29 Prozent) bei der Entlassung aus der Klinik keine ambulante Sprachtherapie, obwohl die Möglichkeit dazu bestand und von seiten des Arztes bzw. des Sprachtherapeuten dies als notwendig erachtet wurde. Darüber hinaus wurde allen Patienten versichert, daß eine Therapie kostenlos ist.

So wurde versucht, mit allen 21 ehemaligen Patienten zu Hause Kontakt aufzunehmen und sie nach ihren Ablehnungsgründen zu befragen.

Dabei ergab sich folgendes Bild: Anzahl der Patienten

Nicht erreicht bzw. unbekannt verzogen waren 2

Kurz nach dem Klinikaufenthalt war verstorben 1

Einer nachträglichen Sprachtherapie konnte zugeführt werden 1

Was die übrigen 17 Patienten betrifft, so wurden verschiedene Gründe angegeben. 13 Patienten konnten die Gründe selbständig formulieren, für die anderen sprachen die Angehörigen.

Aphasiker/Dysarthriker:

»Ich kann so gut sprechen, daß ich damit zurechtkomme.
Ich spreche praktisch normal.« 7

»Ich bin zwar etwas sprachbehindert, eine Therapie bringt mir sicherlich nichts mehr.« 5

»Ich will keine Therapie mehr, weil eine frühere — vor zwei Jahren — auch nicht geholfen hat.« 1

Angehöriger:

»Eine Therapie hat keinen Zweck, weil der Patient neben der Sprachbehinderung zusätzlich so krank ist, daß er kaum aufnahmefähig ist.« 1

»Sicherlich braucht der Patient eine Therapie, und ich habe mich auch schon bemüht, aber bis jetzt noch keine Zeit gehabt.« 1

»Eine Therapie hätte sicherlich keinen Zweck. Der Patient ist nicht zu motivieren und wohl auch zu alt.« 2

Da die überwiegende Anzahl der befragten Aphasiker/Dysarthriker die Gründe für die Ablehnung selber formulieren konnte, ist zu vermuten, daß es sich um leichte Sprachbehinderungen handelte. Dies konnte auch bestätigt werden.

Von diesen 17 Aphasikern/ Anzahl der Dysarthrikern waren: Patienten

— leicht sprachbehindert (Restaphasien, amnestische Aphasien, leichte Dysarthrien) 14

— schwer sprachbehindert (je eine Totalaphasie, motorische Aphasie und Anarthrie) 3

Im gesamten Krankengut jedoch muß man davon ausgehen, daß der Anteil schwerer Aphasien/Dysarthrien wesentlich höher ist. Allein die Totalaphasien machen nach *Leischner* 30 Prozent aus, und der Anteil der leichten Formen ist mit 10 Prozent angegeben (gemessen an 300 Patienten).

Hinsichtlich des Lebensalters, der sozialen Schicht, des Familienstandes und der Geschlechtsverteilung kann man feststellen:

— Das durchschnittliche Lebensalter (n = 17) lag bei 72 Jahren, das der Gesamtgruppe (n = 215) bei 59 Jahren.

— Unter den 17 Patienten waren allein fünf Personen, die keinen Lebenspartner hatten bzw. nicht mehr hatten.

— Innerhalb dieser Gruppe befanden sich zwei Hilfsarbeiter, vier Facharbeiter, fünf Hausfrauen, fünf Angestellte/Beamte/Meister und ein Akademiker.

— Die Geschlechtsverteilung (zehn Männer, sieben Frauen) lag im Bereich der Norm.

Wenn man nun, nach Aufzählung dieser Fakten, nach den Gründen fragt, warum Sprachtherapie abgelehnt wird, so lassen sich doch einige Zusammenhänge erklären:

- Liegt eine relativ leichte Sprachbehinderung vor, so wird eher auf eine entsprechende Therapie verzichtet.
- Je älter der Patient, desto eher ist man der Ansicht, daß eine Therapie nicht mehr notwendig ist.
- Dort, wo der nichtbehinderte Lebenspartner fehlt bzw. ausgefallen ist, dürfte das Angebot einer Sprachtherapie wohl eher ausgeschlagen werden. Der Behinderte selbst ist meistens nicht in der Lage, diese zu organisieren.

4. Die Selbsthilfegruppe für Aphasiker

Seit 1981 besteht in Saarbrücken eine Selbsthilfegruppe für Aphasiker mit heute über 80 Mitgliedern. Hier treffen sich die Behinderten zusammen mit ihren Angehörigen in regelmäßigen Abständen. Man spricht miteinander, feiert Feste, diskutiert mit Fachleuten und macht Ausflüge.

Von 1982 bis 1984 konnten insgesamt elf ehemalige Patienten (die Angehörigen nicht mitgerechnet) dieser Selbsthilfegruppe zugeführt werden.

Beginnend mit der Therapie am Krankenbett, der Weiterversorgung und -behandlung in einer Rehabilitationsklinik, einer ambulanten Versorgung zu Hause, schließt sich nun der Kreis des therapeutischen Angebotes mit dem Eintritt in eine Selbsthilfegruppe für Aphasiker.

Literatur

- Böhme, G.: Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. St. Gallen/München, 1983.
Braun, A., und Stang, H.: Eine Untersuchung über die 1977 von aphasischen (und dysarthrischen) Sprachstörungen betroffenen Patienten im Großraum Osnabrück. Die Sprachheilarbeit 28 (1983), S. 162—164.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.: Vierteljahrszeitschrift »Aphasie«, Nr. 15, Mai 1984.
Kitzing, P.: Die Vereinigungen der Aphasiebehinderten in Schweden. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 125—130.
Kroker, I.: Zur Situation der Regionalgruppen für Aphasiker in der Bundesrepublik Deutschland. Die Sprachheilarbeit 29 (1984), S. 77—81.
Leischner, A.: Aphasie und Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart 1979.
Peuser, G.: Aphasie. München 1984.
Regionalgruppe für Aphasiker/Saarbrücken: Jahrszeitschrift, Heft 2, 1984.
Stockert, Th. von: Theorie und Praxis der Aphasiotherapie. München 1984.

Anschrift des Verfassers:
Ingo Kroker, Sprachheillehrer
Alter Mühlenweg 37
6601 Saarbrücken-Bischmisheim

Ingo Kroker ist seit 1969 Sonderschullehrer an der Staatlichen Schule für Schwerhörige. Seit 1971 widmet er sich der ambulanten bzw. stationären Therapie von Aphasikern. 1981 gründete er die Regionalgruppe für Aphasiker in Saarbrücken.

Die Bezieher und Benutzer der

SMS Strukturierte
Materialien-
Sammlung

finden auf dem letzten Blatt dieses Heftes wichtige Hinweise auf vergriffene Materialien und Änderungen von Verlagsanschriften.

Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie Kinderzentrum Maulbronn e.V.

Das Kinderzentrum Maulbronn e.V.

— Klinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie —
im Diakonischen Werk der ev. Kirche in Württemberg, sucht zum
nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n weitere/n

Logopäden(-in)

Aufgabengebiet: Diagnose, Therapie und Beratung bei Sprach- und Sprechstörungen, vorwiegend bei Vorschulkindern. Behandlung von Cerebralpareesen und Mehrfachbehinderungen. Mund- und Eßtherapie sowie Sprachanbahnung. Zusammenarbeit mit den übrigen Teamkollegen der Fachbereiche Medizin, Psychologie, Logopädie, Krankengymnastik, Heilpädagogik, Eltern- und Kindberatung.

Voraussetzungen: Bereitschaft zur Fortbildung und interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit allen Leistungen des öffentlichen Dienstes. Wohnmöglichkeit im Personalwohnheim ist gegeben.

Bitte schicken Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an das
**Kinderzentrum Maulbronn, Knittlinger Steige 21, 7133 Maulbronn,
z. Hd. von Herrn Prof. Dr. Karch.**

Die **Lebenshilfe Kreisvereinigung Osterode e.V.** sucht für sofort oder später
**eine(n) weitere(n) berufserfahrene(n) Sprachtherapeutin(en)
oder Logopädin(en)**

möglichst mit Krankenkassen-Zulassung.

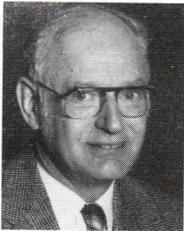
Wir sind eine Einrichtung der Behindertenhilfe im Raum Süd-Niedersachsen und unterhalten eine staatlich anerkannte Tagesbildungsstätte für geistig behinderte Schulkinder, einen Sonderkindergarten mit entwicklungsverzögerten, sprach- und mehrfach behinderten Kindern und eine Frühberatungs-/Frühförderstelle.

Der Tätigkeitsbereich umfaßt die Diagnostik und Therapie sowie die Eltern- und Mitarbeiterberatung bei Sprach- und Sprechstörungen vorwiegend bei entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern.

Unser Team bietet die Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT. Ferner bieten wir die fortschrittlichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Interessenten werden gebeten, ihre schriftliche Bewerbung unter Beifügung der üblichen Unterlagen an die Lebenshilfe Kreisvereinigung Osterode e.V., Kastanienplatz 27, in 3420 Herzberg am Harz zu richten.



Gerd Mühlhausen, Flensburg

Hat sich die Struktur der Schülerschaft der Sprachheilschulen geändert?

Zusammenfassung

Am Beispiel der Schülerzahlen der Sprachheilgrundschule Flensburg von 1973 bis 1983 wird die Frage erörtert, warum bei sinkenden Geburtenzahlen die Zahl der sprachgestörten Schulanfänger nicht gleichermaßen sinkt. Auf mögliche Strukturänderung der Schülerschaft wird hingewiesen.

Ich möchte hier eine Fragestellung aufgreifen, die möglicherweise nicht nur unsere Schule angeht, sondern die vielleicht in vielen Sprachheilschulen akut ist.

Der Beobachtungszeitraum dürfte als genügend lang, die Untersuchungsmethoden als genügend gleichbleibend, Fremdeinflüsse und -motive als hinreichend gering einzuschätzen sein.

Klagen über die jeweils gegenwärtigen Zustände hat es immer gegeben, sehnsuchtsvolle Rückblicke auf ehemals bessere Zeiten auch. Sie sind nicht der Beweggrund dieser Darstellung; vielmehr stand am Anfang die

rein planerische Organisationsfrage: Warum nimmt unsere Schülerzahl nicht ebenso wie die der anderen Schulen ab? Warum werden offensichtlich die »Heilungserfolge« geringer?

Die Sprachheillehrer der Sprachheilschule Flensburg (FL) untersuchen seit 1972 alle Flensburger Schulanfänger nach einem gleichbleibenden Beobachtungsmuster. Die daraus resultierenden Empfehlungen haben sich in ihrer Qualität in den Jahren seit 1972 nicht geändert. Die jeweils nachfolgende »Sonderpädagogische Untersuchung« erfolgte unter gleichgebliebenen Bedingungen.

Diese Voraussetzungen lassen es zu, Aussagen über die Veränderung der Schülerstruktur zu machen und Folgerungen daraus zu überdenken. Mögliche Fehlerquellen im Zahlenmaterial sind am Schluß vermerkt, sie dürften sich jedoch gegenseitig nahezu aufheben.

Einschulungsjahrgang 1973 in FL	etwa 1550 Kinder
davon in die Sprachheilgrundschule	48 Kinder
Einschulungsjahrgang 1983 in FL	etwa 800 Kinder
davon in die Sprachheilgrundschule	42 Kinder

Tabelle 1

Die Zahl der Kinder mit organischen Unzulänglichkeiten (z. B. Spaltträger) und die der Stotterer hat sich etwa gleichlaufend mit dem Geburtenrückgang bewegt. Übermäßig zugenommen hat hingegen die Zahl der Kinder mit der Diagnose: Stammeln, Dysgrammatismus, Sprachentwicklungsverzögerung.

Beobachtet man nun diese Kinder in ihrer weiteren Entwicklung in unserer Schule, so sind außerdem erhebliche soziale und Lernverhaltensstörungen zu erkennen. Offensichtlich ist ein Teil der Kinder mit diesen sozialen und Lernverhaltensstörungen im Alter von sechs Jahren mit dem verwendeten

ten rein logopädischen Diagnoseverfahren erfaßt worden. Ist eine Zunahme dieser Störungen für den verhältnismäßigen Anstieg unserer Schulanfänger um nahezu 100 Prozent verantwortlich?

Diese Deutung findet eine Stütze darin, daß wir noch vor zehn Jahren im Verlaufe der Grundschulzeit die Aussage: »Sprachfehler behoben« wesentlich sicherer und auch häufiger machen konnten. Wie sonst wäre es damals zur Einrichtung von Sprachheilgrundschulen im Lande gekommen?

Heute wäre diese Aussage, berücksichtigt man nur die bei der Einschulung seinerzeit notierten Sprechfehler, durchaus nach ein oder zwei Schulbesuchsjahren auch noch möglich. Die im täglichen Umgang mit diesen Kindern erlebten Schwächen — meist von uns ohne rechte Überzeugung nur als »Sprachschwäche« bezeichnet — umfassen jedoch außerdem: Aufmerksamkeits-, Durchhalte-, Differenzierungsschwächen, Ordnungs- und Einordnungsschwäche und vieles mehr. Der Sprachheillehrer kann aber diese Kinder nicht schon dann in die Grundschule zurücküberweisen, wenn die anfangs

ihrer Schulzeit diagnostizierten »klassischen« Sprachbehinderungen »behoben« sind und sie »alle Laute gelernt« haben.

Jetzt nämlich werden Wortwahl- und Begriffsarmut, Formulierungsschwäche und Wortwahlfehler deutlich, die ehemals hinter einem multiplen Stammeln nicht so recht zu entdecken waren. Diesen gilt jetzt die Aufmerksamkeit des Sprachheillehrers; sie führen nicht selten zu Verständigungsschwierigkeiten auf dem Felde des Lernens, zu dramatischen Mißverständnissen in mitmenschlichen Beziehungen.

Hier muß sich ein Strukturwandel in der Schülerschaft unserer Schule vollzogen haben: Vor neun bis zehn Jahren hatten wir 45 bis 52 Schulanfänger und nur neun bis zwölf Kinder in der vierten Klasse. Heute sind bei gleicher Schulanfängerzahl noch 17 bis 22 Kinder in der vierten Klasse, um deren weiteres schulisches und soziales Fortkommen wir ernsthaft besorgt sind.

Zieht man die Zahlen aller Kinder, die in Flensburg in den Jahren 1973 und 1980 eingeschult wurden, zum Vergleich heran, so ergibt sich:

Schulanfänger 1973 in FL gesamt	etwa 1550 Kinder
nach vier Jahren Sprachheilgrundschule nicht »geheilt«	10 Kinder
Schulanfänger 1980 in FL gesamt	etwa 850 Kinder
nach vier Jahren Sprachheilgrundschule nicht »geheilt«	21 Kinder

Tabelle 2

Es hat sich also die Zahl der in der Sprachheilgrundschule betreuten und in der Grundschulzeit nicht genügend stabilisierten Kinder — bezogen auf die Gesamtzahl der Geburtsjahrgänge — vervierfacht!

Diese, für unsere Spartenschule neue und — mit den vorgelegten Zahlen nachweisbar — wachsende Gruppe weist Schäden auf, deren Ursprung in der Kleinkindzeit zu suchen sein dürfte. Die Mittel der Schulpädagogik, auch die der herkömmlichen Sprachheilpädagogik, lassen ihre Grenzen sichtbar werden.

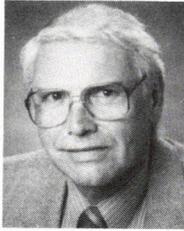
Fehlerquellen und -möglichkeiten:

Unberücksichtigt blieben: die Kinder, die in der dänischen Schule angemeldet wurden, Einspruchsfälle und zur Untersuchungszeit kranke Kinder, nachgemeldete Kinder, zugezogene, fortgezogene Kinder, Kinder aus dem Landkreis, an die Lernbehindertenschule überwiesene Kinder: etwa gleichbleibend 13 Prozent.

Es können sich natürlich auch die Beurteiler, also die Lehrer, innerhalb der zehn Jahre geändert haben; der Berichtersteller war jedoch während der ganzen Zeit als Schulleiter und Klassenlehrer an allen Teilen der Untersuchungen unmittelbar beteiligt.

Anschrift des Verfassers:
Studiendirektor Gerd Mühlhausen
Kleine Lücke 26, 2390 Flensburg

Gerd Mühlhausen ist seit 1969 Schulleiter der
Sprachheilgrundschule Flensburg.



Alfred Zuckrigl und Peter Mahel, Heidelberg

Eine weitere katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte

Zusammenfassung

Eine katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer vierklassigen Sprachheilschule erbrachte 41 auswertbare Fragebogen. Ergänzt durch Ergebnisse einer andernorts durchgeführten Fragebogenaktion, bei der 58 Probanden erfaßt worden waren, konnten Einsichten erzielt werden, wie ehemalige Schüler Therapie- und Unterrichtserfolge einschätzen und wie weit in Richtlinien festgelegte Ziele erreicht wurden. Der schulische und berufliche Werdegang der jetzt durchschnittlich Zwanzigjährigen sowie Freizeitbeschäftigungen usw. wurden erfaßt. Von 99 ehemaligen Sprachheilschülern würden 83,8 Prozent ihr eigenes Kind im Bedarfsfalle einer Sprachheilschule anvertrauen. Unter 66 Probanden, die eine Sprachheilschule maximal bis zur fünften Klasse besucht haben, fand sich keine Ablehnung, und 89,4 Prozent würden ihr eigenes Kind in eine Sprachheilschule schicken.

Ein »Kurzbericht über eine katamnestiche Erhebung bei ehemaligen Schülern einer Schule für Sprachbehinderte« in der Industriestadt M. wurde von A. Zuckrigl und A. Mackert in »Die Sprachheilarbeit« 27 (1982) 5, S. 247—250, vorgelegt. Leider gibt es bisher auf diesem Gebiet nur wenige Untersuchungen. 1984 hat darum Peter Mahel im Rahmen seines Studiums im Fachbereich Sonderpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg eine weitere, von Prof. Dr. A.

Zuckrigl angeregte und betreute Erhebung durchgeführt, über deren Ergebnisse hier berichtet wird.

Die schriftliche Befragung der ehemaligen Schüler einer Sprachheilschule, die mit dem vierten Grundschuljahr endet, wurde in der Universitätsstadt H. durchgeführt. Es wurden alle Schulabgänger, die in den Jahren 1969 bis 1970 die Schule verlassen hatten, einbezogen. Bei 112 verschickten Fragebögen ergab sich eine Rücklaufquote von 41 (36,6 Prozent) auswertbaren Antworten.

Alle gewonnenen Daten ergaben sich ausschließlich aus den Angaben der ehemaligen Schüler.

Ergebnisse an der Schule in H. von 1984, zum Teil im Vergleich mit der Untersuchung in M. von 1982

Bei der Untersuchung in M. waren 58 Probanden erfaßt und zwei Gruppen ehemaliger Schüler unterschieden worden. Die erste Gruppe umfaßte Schüler, die nach dem dritten, vierten oder fünften Schuljahr die Sprachheilschule verlassen hatten. Ein Vergleich der Ergebnisse aus der Befragung dieser Gruppe in M. mit der Untersuchung in H. erscheint sinnvoll, zumal bei der Erhebung von 1984 dieselben, teilweise etwas erweiterten Fragebögen verwendet wurden.

Tabelle 1: Gesamtüberblick

	Schule H 1984	Schule M (Gr. 1) 1982
Auswertbare Fragebögen	41	25
Männlich zu weiblich	2,4 : 1	2,6 : 1
Familienstand	93 Prozent ledig	100 Prozent ledig
Altersspanne	17 bis 24 Jahre	16 bis 26 Jahre
Durchschnittsalter	20;9	19;7
Verweildauer Sprachheilschule	2,1 Jahre	3,0 Jahre
Heute noch sprachbehindert?	ja: 41 Prozent	ja: 24 Prozent

Beim Vergleich der letztgenannten Werte schneidet die Schule in M. günstiger ab. In diesem Zusammenhang muß jedoch gesehen werden, daß sich bei der Untersuchung

in H. 14, in M. jedoch nur sieben Personen befinden, die Stottern als Symptom angeben.

Tabelle 2: Behinderungsarten und Therapieerfolg (in H.)

	Häufigkeit	Therapieerfolg		
		voll	teilweise	ohne
Stottern	14 (100)	6 (43)	6 (43)	2 (14)
Stammeln	14 (100)	14 (100)	—	—
Schwerhörigkeit	2 (100)	1 (50)	1 (50)	—
Gaumenspalte	1 (100)	—	1 (100)	—
LRS	1 (100)	—	—	1 (100)
Dysgrammatismus	2 (100)	2 (100)	—	—
keine Angaben	7 (100)	7 (100)	—	—
insgesamt	41 (100)	30 (73)	8 (20)	3 (7)

(Angaben in Klammern $\hat{=}$ Prozentwerte)

Obwohl elf Probanden immer, oft oder manchmal unter ihrer noch bestehenden Sprachbehinderung leiden, erhält nur ein Mädchen Therapie, d. h., sie übt mit Hilfe von Kassetten nach der »Airflow-Technik«, bezogen aus den USA.

Keiner der erfolglos Therapierten oder derer, die noch manchmal unter ihrer Behinderung leiden, gehört einer Selbsthilfeorganisation an. Resignation? Mangel an Information? Die Schule stünde als »Anlaufstelle« zur Verfügung!

Schulischer Werdegang — Schulabschlüsse (in H.)

Nach dem Verlassen der vierklassigen Sprachheilschule wechselte kein einziger Schüler in eine Hauptschulstufe der Schule für Sprachbehinderte, die in der benachbarten Stadt M. zur Verfügung gestanden hätte. Zur Grundschule wechselten zwölf (29)*, zur Hauptschule 16 (39), zur Realschule vier (10), in ein Gymnasium fünf (12), in die Sonderschule für Lernbehinderte zwei (5) und in eine nicht näher bezeichnete Sonderschule zwei (5) von insgesamt 41 (100) Schülern.

Den Hauptschulabschluß erreichten 18 (44), die mittlere Reife zehn (24), das Abitur acht (20), einen Hochschulabschluß ein Ehemali-

ger (2). Bei drei (7) der 41 (100) ehemaligen Schüler war der erreichte Schulabschluß nicht genau zu ermitteln.

Beruflicher Werdegang der ehemaligen Schüler (in H.)

Von 41 (100) ehemaligen Sprachheilschülern erreichten 22 (54) einen Berufsabschluß, vier (10) blieben ohne Berufsabschluß, sieben (17) stehen noch in Ausbildung, sechs (15) sind Studenten. Von den vier Probanden, die keinen Berufsabschluß erreichten, bezeichnen sich noch drei als sprachbehindert, zwei davon stottern. Zum Vergleich: Von den Probanden der Untersuchung in M. von 1982 befand sich in Gruppe 1 nur ein Proband, der seine Lehre abgebrochen hatte (4), in Gruppe 2 waren es vier ehemalige Schüler (12). Alle Genannten bezeichneten sich noch als sprachbehindert und nannten als Symptom Stottern.

Unter den 41 ehemaligen Sprachheilschülern in H., die sich als nicht mehr sprachbehindert bezeichnen, finden sich Vertreter verschiedener qualifizierter Berufe, wie Bankkaufmann, Bürokaufmann, Sekretärin, Fleischereiverkäuferin, Kfz-Mechaniker, Elektriker, Landschaftsgärtner, Maurer, Soldat, Chemiefacharbeiter, Feinmechaniker, Textilreiniger, Student, Auszubildender usw. Der Großteil hatte ehemals gestammelt, nur ein Proband bezeichnet sich als ehemals Stotternder.

* Die Zahlenangaben in Klammern entsprechen den jeweiligen Prozentwerten.

Ehemalige Schüler, die sich als noch sprachbehindert bezeichnen, sind in folgenden Berufen tätig (1984):

Bürobote (Dysgrammatiker), Gemeindearbeiter (LKG-Spaltträger), in Ausbildung als Kochlehrerin (LRS), Student (Schwerhöriger). Noch Stotternde geben folgende Berufe an: Bauhelfer, Fernmeldehandwerker (Beamter), Fleischer, Steuerfachgehilfin, Tierpflegerin, Bankkaufmann, Elektriker, Gärtner, Kfz-Mechaniker, Verkäuferin, Maschinenschlosser, Student/Studentin/Schüler.

Nur ein ehemaliger Schüler (2,4 Prozent der Untersuchten) ist arbeitslos. Zum Zeitpunkt der Untersuchung (Juli 1984) betrug die Arbeitslosenquote in Baden-Württemberg 5,3 Prozent.

Das *Monatseinkommen* liegt bei einem noch sprachbehinderten Probanden unter 1000 DM, bei elf (davon sechs »noch sprachbehindert«) zwischen 1000 und 2000 DM. 13 ehemalige Sprachheilschüler verdienen zwischen 2000 und 3000 DM; sechs davon bezeichnen sich als noch sprachbehindert. Noch höhere Einkommen werden nicht genannt.

Bei 34 (82,9) der Befragten war die ehemalige oder noch bestehende Sprachbehinderung für die Berufswahl nicht ausschlaggebend.

Von den 17, die sich als noch sprachbehindert bezeichnen, geben elf (davon zehn Stotterer) an, daß sie keine *Schwierigkeiten mit Berufskollegen* haben, das sind 64 Prozent.

Tabelle 3

	41 Probanden in H. 1984		58 Probanden in M. 1982	
	noch sprachbehindert	nicht mehr sprachbehindert	noch sprachbehindert	nicht mehr sprachbehindert
Hat die Therapie genützt?				
ja	13 (76)	21 (88)	15 (54)	25 (83)
nein	1 (6)	1 (4)	10 (36)	2 (7)
weiß nicht	2 (12)	1 (4)	2 (7)	3 (10)
keine Angabe	1 (6)	1 (4)	—	—
kann mich nicht erinnern	—	—	1 (3)	—
insgesamt	17 (100)	24 (100)	28 (100)	30 (100)

Mehr Therapie wünschen 35 Prozent der noch sprachbehinderten und 25 Prozent der nicht mehr sprachbehinderten ehemaligen Sprachheilschüler in H. Ein Ehemaliger (6)

Bei der Erhebung in M. von 1982 waren es 70 Prozent. »Manchmal« haben in H. 18 Prozent, in M. 26 Prozent Schwierigkeiten mit Kollegen.

Trotz ihrer noch bestehenden Sprachbehinderung glauben in H. 62,5 Prozent, in M. 71,4 Prozent, daß für sie *Aufstiegschancen* bestehen.

Von 41 Probanden gaben 34 (83) an, daß ihre (ehemalige) Behinderung keinen Einfluß auf ihren *Freizeitbereich* habe. Nur zwei meinen, daß ihre Behinderung für die Freizeitbeschäftigung bestimmend war. Die am häufigsten genannten Arten der Freizeitbeschäftigung sind: Sport (17 nicht mehr und zwölf noch sprachbehindert), Musik (zehn/fünf), werkhaftes und künstlerisches Tun (drei/vier), Lesen (zwei/drei), Auto und Motorrad (drei/vier), Tanzen (vier/null), Verein (eins/eins).

31 von 41 (76) der Befragten glauben, daß in der *Sprachheilschule genug gelernt* wird; in M. waren 64 Prozent dieser Meinung. Keiner ist der Meinung, daß zu wenig gelernt wird. Eine ehemalige Schülerin, Bankkaufmann, noch stotternd, bemerkt: »... habe den Eindruck, dort eine bessere schulische Ausbildung erhalten zu haben als Schüler einer normalen Grundschule.«

»Hat die Therapie in der Sprachheilschule genützt?«

34 (83) von 41 Ehemaligen in H. und 40 (69) von 58 in M. konnten bejahen. Die folgende Tabelle beinhaltet die Antworten von insgesamt 99 Probanden:

wünscht weniger Therapie. Interessant ist ein Vergleich mit den an der gesamten neunklassigen Schule in M. gewonnenen Werten. Dort wünschten 72 Prozent der noch sprach-

behinderten und 37 Prozent der nicht mehr behinderten Schüler mehr Therapie.

»Was hätte an der Sprachheilschule besser sein müssen?«

Viele Antworten zielten in die Richtung »keine Vorschläge, ich war zufrieden« oder »Therapie und Wissensvermittlung standen meiner Ansicht nach im richtigen Verhältnis.«

Die Verbesserungsvorschläge tendieren vorwiegend in Richtung vermehrter und effektiverer Therapie. Eine bessere Zusammenarbeit mit nichtbehinderten Kindern wird wiederholt angesprochen. Auch ein Ausbau der Schule bis zur sechsten Klasse wird gewünscht. Als positiv werden vor allem die kleinen Klassen und die damit verbundene Möglichkeit einer individuellen Betreuung empfunden.

»Wenn Sie ein Kind hätten, das sprachbehindert wäre, würden Sie es gerne in eine Sprachheilschule schicken?«

Bei der Befragung der ehemaligen Schüler der neunklassigen Sprachheilschule in M. war diese Frage auf 77 Prozent der auswertbaren 58 Fragebögen positiv beantwortet worden. Von den 41 ehemaligen Schülern der vierklassigen Schule in H. würden 38 ihr Kind einer Schule für Sprachbehinderte anvertrauen. Ein stotterndes Mädchen, das angibt, manchmal unter ihrer Behinderung zu leiden, bekräftigt ihre Aussage mit dem Vermerk »auf jeden Fall«. Drei antworten mit »weiß nicht«. *Keiner der ehemaligen Sprachheilschüler verneint die Frage.*

Zusammenfassung und Diskussion

Als die 41 ehemaligen Schüler der vierklassigen Sprachheilschule in H., von denen auswertbare Fragebögen vorliegen, die Schule besuchten, galten die »Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Sonderschule für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg« von 1970.

Aufgrund der Erhebung kann gesagt werden, daß diese Schule die in den Richtlinien gestellten Aufgaben erfüllt. Neben einer ausreichenden Stoffvermittlung gelang es ihr, die meisten der in der katamnestischen Untersuchung von 1984 erfaßten ehemaligen Schüler von ihrem Leiden zu befreien oder sie anzuleiten, mit der noch bestehenden Behinderung umzugehen.

Obwohl bei einigen Probanden des letztgenannten Bereichs noch eine niedrige Frustrationstoleranz besteht, erweisen die inzwischen Erwachsenen ihrer ehemaligen Schule ein hohes Maß an Vertrauen: Im Falle einer Sprachbehinderung würden fast alle ihrem Kind den Besuch einer Sprachheilschule ermöglichen.

Beziehen wir hierzu die in der Erhebung in M. 1982 erfaßten 58 ehemaligen Schüler einer neunklassigen Schule für Sprachbehinderte ein, dann liegt dieser Vertrauensbeweis von insgesamt 99 ehemaligen Sprachheilschülern vor: 83,8 Prozent würden ihr eigenes Kind einer solchen Schule anvertrauen, nur 5 Prozent lehnen sie ab.

Unter den insgesamt 66 ehemaligen Schülern, die in H. und in M. eine Schule für sprachbehinderte Kinder und Jugendliche maximal bis zum fünften Schülerjahrgang besucht haben, befindet sich keine einzige Ablehnung, und 89,4 Prozent der Probanden würden ihr eigenes Kind im Bedarfsfalle in eine Sprachheilschule schicken; 10,6 Prozent sind unentschlossen.

Mag es auch nicht erlaubt sein, diese Werte auf alle Schulen für Sprachbehinderte zu übertragen, so könnten sie dennoch manchen Gegner des Sonderschulwesens nachdenklich stimmen. Wir zitieren zum Abschluß aus dem Fragebogen eines jetzigen Studenten und ehemaligen Schülers der Schule in H.: »Die Sprachheilschule war durch ihre Intensität, die aufgeschlossenen Lehrer, die auf jeden Schüler persönlich eingingen, die schönste Schule, die ich während meiner gesamten Schulzeit hatte.«

Anschrift der Verfasser per Adresse:
Prof. Dr. Alfred Zuckrigl
Uhlandstraße 20, 7770 Überlingen/Bodensee

Dr. phil. Alfred Zuckrigl ist Professor für Sprachbehindertenpädagogik im Fachbereich Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Heidelberg.

Leserbrief

**zur Antwort von Holger Lakies
zu den Stellungnahmen Iwert und Oertle
in Heft 6 (1985), Seite 295—299**

Die wenig aussagekräftige Erwiderung von Holger Lakies auf die Stellungnahmen zu seinem Artikel »ein Beitrag zur ambulanten Behandlung des Stotterns« in Heft 4/1985 ist nicht dazu angetan, nochmals Zeit und Energie für eine ausführliche Antwort aufzuwenden. Außerdem möchte ich vermeiden, daß dem offenbar starken Selbstdarstellungsbedürfnis des Kollegen weitere Nahrung geliefert wird. Zu seiner sogenannten Falldarstellung sind aber doch noch einige Anmerkungen notwendig:

1. Im Zusammenhang mit der Erwähnung meines Leserbriefes verspricht Holger Lakies ein Beispiel für die »sorglose Einweisung« in die stationäre Behandlung und schildert den Fall eines 16jährigen, dessen Eltern nach einem Vorstellungstermin im Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth telefonisch absagten. In Kenntnis des Falles muß ich allerdings sagen, daß es eher ein Beispiel für die sorglose Verhinderung einer umfassenden Behandlung ist, die hier sehr wohl notwendig gewesen wäre. Verständlicherweise kann ich aus Datenschutzgründen nicht auf Einzelheiten eingehen.

Es ergibt sich die Frage, wie der Kollege angesichts seiner hohen Ansprüche an den diagnostischen Aufwand bei anderen Behandlern seinen eigenen Verzicht auf eine ausführliche Untersuchung rechtfertigen will: In einem halbstündigen Gespräch in Anwesenheit der Eltern (!) konnte er kein Stottern erkennen. Sofort fühlt er sich dazu berechtigt, dem Fachberater und uns indirekt Verantwortungslosigkeit vorzuwerfen. Es wird uns unterstellt, wir würden — aus welchen Gründen auch immer — sogar Kinder in eine stationäre Einrichtung aufnehmen, bei denen gar keine Sprachstörung vorliegt. Die Möglichkeit, daß wir zu einem anderen Untersuchungsergebnis gekommen sein könnten, scheidet für Holger Lakies von vornherein aus.

2. Wäre es dem Kollegen mit der von ihm geforderten »Diskussion von Fachleuten« zum Zwecke einer »objektiven Abstimmung« ernst gewesen, so hätte er sich bei mir erkundigen können, auf welcher Grundlage ich den Eltern eine stationäre Behandlung empfohlen hatte (die Entbindung von der Schweigepflicht selbstverständlich vorausgesetzt). Statt dessen wird »die Konsultation eines Facharztes« vorgeschlagen. Welcher Facharzt,

außer einem der wenigen Phoniater, hat eigentlich ausreichende Erfahrungen mit Stotternden? Wie also nicht anders zu erwarten, kommt auch bei dieser »ausführlichen Prüfung« für den Betroffenen und seine Eltern nichts heraus. Im Gegenteil: Es werden weitere zehn ambulante »Behandlungen« verordnet, um eine »erweiterte Diagnostik« vorzunehmen.

Ich bin überzeugt davon, daß es für einen 16jährigen sehr belastend ist, wenn er sich durch dieses Hin und Her von Überprüfungen als besonders komplizierter Fall stigmatisiert sieht und nun weitere drei Monate nicht weiß, was mit ihm geschehen soll. Die Möglichkeit einer gründlichen Auseinandersetzung mit seiner Problematik im Rahmen einer stationären Behandlung wäre auch von daher sicher günstiger gewesen.

3. Herrn Lakies entging in seiner Erwiderung auch die Tatsache, daß es zu einer Empfehlung des Fachberaters nicht kommen kann, wenn Eltern ihr Kind dort nicht vorstellen. Sein persönlicher Ärger über die Fachberater scheint den Blick für die Realität etwas getrübt zu haben: Es ist bekanntlich durchaus möglich, daß sein damals klonisch stotternder Klient sechs Jahre später tonische Symptome aufweist. In jedem Fall dürfte eine tatsächlich beobachtbare Symptomatik der Anlaß dafür gewesen sein, daß die Eltern von sich aus um Vorstellung beim Fachberater gebeten hatten.

4. Auch wenn es im Interesse des betroffenen Kindes bedauerlich ist, so ist es doch selbstverständlich, daß Eltern hin und wieder eine stationäre Behandlung ihres Kindes ablehnen. Im Gegenteil: Wir erwarten sogar von Eltern und Kind, daß sie in Ruhe zu Hause überlegen, ob sie sich auf die mit einigen Mühen und Anstrengungen verbundene stationäre Behandlung einlassen wollen, bevor sie zustimmen.

Warum Holger Lakies nun die Absage der erwähnten Familie zum Anlaß für eine, wie er meint, beispielhafte Erörterung nimmt, bleibt wohl sein Geheimnis. Vergleicht man dieses Beispiel mit der von ihm damals geäußerten These, Eltern könnten sich angesichts der Autorität von »Amtspersonen« nicht durchsetzen, so stellt man lediglich ein weiteres Eigentor des Kollegen fest.

5. Meiner Ansicht nach sollte Holger Lakies aufhören, in der »Sprachheilarbeit« seine zweifellos vorhandene Allgemeinbildung unter Beweis stellen zu wollen und aus den uns allen seit Jahrzehnten bekannten Standardwerken Zitate herauszusuchen,

die längst zu Binsenweisheiten geworden sind. Anstatt dem System der Sprachheilfürsorge in Niedersachsen schulmeisterlich Zensuren zu erteilen, sollte sich der Kollege über die heutige Arbeit einer stationären Einrichtung sinnvollerweise einmal vor

Ort informieren. Meine Einladung nach Bad Salzdetfurth wird hiermit nochmals ausgesprochen.

Horst Oertle
Dipl.-Psychologe
c/o Sprachheilzentrum Bad Salzdetfurth

Umschau

Vorläufiges Programm zum internationalen Kolloquium in Heidelberg: »Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bedingt?« (18. »Inzigkofener Gespräche«)

Freitag, 21. März 1986 (Nachmittag/Abend): Eröffnung durch den Tagungsleiter und den Rektor der Universität. Prof. Dr. K. Mattheier (Heidelberg): Dialekte und Soziolekte. Einführende Bemerkungen zur derzeitigen Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Dr. C. L. Naumann (Aachen): Dialekt und Umgangssprache — Orthographie und Orthoepie. Prof. Dr. L. Werner (Karlsruhe): Dialekt und Soziolekt in ihrer Bedeutung für die Sprachbehindertpädagogik.

Samstag, 22. März 1986 (Vormittag): I. Frühwirth/K. Kregcjk/W. Willner (Wien): Erfahrungen mit Wiener Dialekten und deren mögliche Wirkungen auf Sprech- und Sprachstörungen. Klin. Dipl.-Log. und Päd. E. Birrer (Zürich): Die Bedeutung der Schweizer Dialekte im deutschen Sprachraum für den Spracherwerb des Kindes — Schichtenspezifisch: ja oder nein? M. Gasser (Bern): Dialektale Aspekte zu der Übertragung des Aachener Aphasietests ins Schweizerdeutsche.

Samstag, 22. März 1986 (Nachmittag/Abend): (alternativ) Workshop I: J. E. Schnorrenberg (Köln): Intermediale Gestaltungstherapie: Alternative und/oder Anreiz zu verbaler Kommunikation in der Therapie. Workshop II: Dr. med. U. Seeger (Hannover): Psychodrama als integrierende Gestaltung therapeutischer Kommunikation. Dr. phil. G. Lotzmann (Heidelberg): Über das Verhältnis von Dialekten und Soziolekten zur Hochlautung und mögliche Folgen für mündliche Kommunikationsstörungen. Rezitation: Sprache und Sprechen in der Literatur. Gesellschaftsabend.

Sonntag, 23. März 1986 (Vormittag): R. Steichen (Luxemburg) Die besonderen Probleme der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen im Sprachraum Luxemburg aus der Sicht des Sprachheillehrers. H. M. T. Belterman (Den Haag):

Zur Relevanz von Dia- und Soziolekten bei der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen aus der Sicht einer Logopädin. Prof. Dr. P. Kitzing (Malmö): Der Einfluß der Sprache auf einige phoniatische Störungsbilder.

Internationale Sonnenberg-Tagungen 1986 zum Problemkreis »Rehabilitation der Behinderten«

15. bis 22. März 1986: Selbsthilfe und Mitwirkung Betroffener bei der Rehabilitation Sprachbehinderter und Hörgeschädigter.

Es ist beabsichtigt, in Form von Referaten, Diskussionen und Gruppenarbeit folgende Themen schwerpunktmäßig zu behandeln: Zur Entwicklung des Selbsthilfegedankens. Therapiebegriff und Selbsthilfe. Formen der Erziehung Hör- und Sprachgeschädigter. Selbstorganisation von Eltern und Betroffenen. Zur Rolle von Therapeuten bei der Rehabilitation von Sprach- und Hörgeschädigten. Öffentlichkeitsarbeit und kommunikative Hilfen. Erfahrungsberichte aus dem Teilnehmerkreis sind als zusätzliche Angebote willkommen.

12. bis 20. Mai 1986: Gemeinsam leben, gemeinsam lernen — Möglichkeiten und Modelle einer integrativen Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder (Tagung für betroffene Familien und für Fachleute).

28. August bis 4. September 1986: Maßnahmen zur Förderung und sozialen Eingliederung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung.

24. November bis 1. Dezember 1986: Gemeindeförderung Behindertenarbeit — was heißt das und was kann sie leisten?

Tagungsstätte: Internationales Haus Sonnenberg, 3424 St. Andreasberg/Oberharz.

Weitere Informationen und Anmeldung: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg, Bankplatz 8, Postfach 2940, 3300 Braunschweig, Telefon (0531) 4 92 42.

Elementare Musik und Szene

Der Mühlberger Arbeitskreis der Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland veranstaltet seinen 18. Fortbildungslehrgang in der Zeit vom 22. bis 26. März 1986 in Haus Mühlberg, 6753 Enkenbach bei Kaiserslautern.

Der Kurs stellt Modelle und Materialien vor, die ihre Anwendung in den Bereichen der Musikerziehung, der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der elementaren Sprech- und Bewegungserziehung, der Musiktherapie und der musikalischen Früherziehung sowie in der Sozialpädagogik finden. Eingeladen sind aber auch andere künstlerische Berufsgruppen und an dem Sachgebiet Interessierte auch ohne besondere musikalische Voraussetzungen.

Themen: Elementare Musik, Klangsatz, Spieltechnik — Improvisationsformen Klang—Bewegung—Sprache—Bild — Sensomotorische Übung — Rhythmische Gymnastik und Bewegungstraining — Multimediale Spielformen (Licht-Farb-Schatten-Objektkinetik) — Musikalisch-szenische Improvisation mit Abschlusssaufführung.

Leitung: Dr. Claus Thomas, Freiburg — Dr. Werner Thomas, Heidelberg — Lilo Kobe, Lömmenschwil.

Auskunft und Anmeldung: Orff-Schulwerk-Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, Geschäftsführung, Hermann-Hummel-Straße 25, 8032 Lochham bei München (Anmeldeschluß: 15. Februar 1986).

Fortbildungsveranstaltung »Aphasie«

Ort und Termin: Saarbrücken, 2. bis 4. Mai 1986.

Veranstalter: Friedrich-Ebert-Stiftung, Saarbrücken, in Verbindung mit: Saarbrücker Regionalgruppe für Aphasiker, Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik/Landesgruppe Saarland, Logopädenlehranstalt, Saarbrücken.

Freitag, 2. Mai 1986: Bis 17.30 Uhr Anreise. 18 Uhr Abendessen. 18.45 Uhr Begrüßung und Vorstellung. 19 bis 19.30 Uhr Vortrag: Die Regionalgruppen für Aphasiker in der Bundesrepublik Deutschland, Ingo Kroker, Regionalleiter. 19.30 bis 21 Uhr Vortrag mit Diskussion: Das Prinzip der Selbsthilfe in der Sozialpolitik, Frau Minister Dr. B. Peter.

Samstag, 3. Mai 1986: 8.15 bis 8.45 Uhr Frühstück. 9 bis 10.15 Uhr Ätiologie, Lokalisation und CT-Darstellungen zu den vier aphasischen Syndromen, Dr. med. Michael Gawlitza. 10.45 bis 12 Uhr Aphasiediagnostik mit dem AAT, Marlene Maurer, Lehrlogopädin. 12.30 Uhr Mittagessen. 14.30 bis 15.45 Uhr Praxis der Aphasietherapie, Marlene Maurer, Lehrlogopädin. 14.30 bis 15.45

Uhr Therapie bei Broca-Aphasien, Astrid Konz, Logopädin. 16.15 bis 17.30 Uhr Kognitive Therapie bei amnestischen Aphasien, Dr. habil. Rolf Bindel (Dipl.-Psych.). 16.15 bis 17.30 Uhr Therapie bei Wernicke-Aphasien, Michaela Fleischmann, Lehrlogopädin. Nach allen Beiträgen ist eine Aussprache vorgesehen. 18 Uhr Abendessen.

Sonntag, 4. Mai 1986: 8.15 bis 8.45 Uhr Frühstück. 9 bis 10.15 Uhr Vortrag mit Diskussion: Sprachheilpädagogische und psychologische Hilfen bei expressiver Aphasie, Dr. C. Tigges-Zuzok.

10.45 bis 12 Uhr Vortrag mit Diskussion: Aphasie: Eine einschneidende Lebenskrise — eine Lernchance, Kl. Muelbredt, Sprachheilpädagoge. 10.45 bis 12 Uhr Vortrag mit Diskussion: Aphasie: Häufigkeit sowie Therapieangebot und -nachfrage im Saarland, Ingo Kroker, Sprachheilpädagoge. 12.30 Uhr Mittagessen und Verabschiedung.

Anmeldung bis zum 1. April 1986 in schriftlicher Form erbeten an: Ingo Kroker, Alter Mühlenweg 37, 6601 Bischmisheim. Telefon (0681) 89 72 42.

Teilnehmerbetrag: 40 DM. Bitte um Überweisung bis zum 1. April 1986 auf das Konto 60 16 117 bei der Volksbank 6623 Altenkessel (BLZ 590 914 00), Regionalgruppe für Aphasiker. Kennwort: »Fortbildungsveranstaltung Aphasie«. (Ein Teil des Teilnehmerbetrages geht als Eigenbeteiligung an die Friedrich-Ebert-Stiftung, Saarbrücken.)

Tagungsort: Friedrich-Ebert-Stiftung, Eifelstraße 35, 6600 Saarbrücken 2, Telefon (0681) 7 10 80. Leiter: Herr Adrian.

Es können bis zu 45 Teilnehmer berücksichtigt werden. Entsprechend dem Poststempel werden die Anmeldungen vorgenommen. Im Teilnehmerbeitrag sind Verpflegung und Unterkunft enthalten!

Seminare

Seminar: Neurolingupädie-Tage (Kenn-Nummer: 6051). Inhalt: Frau S. Schmid-Giovannini, Zürich: »Früherziehung hörgeschädigter Kinder ist mehr als nur Hör- und Sprachtraining«. Zielgruppe: Alle in der Frühförderung von hör- und sprachgeschädigten Kindern beschäftigten Personen. Teilnehmerzahl: maximal 25 Personen. Termin: 3. bis 4. Mai 1986. Ort des Lehrganges: Kinderzentrum München, Pavillon, Lindwurmstraße 129, 8000 München 2. Teilnehmergebühr: 130 DM. Seminarleitung: Frau Gisela Normann, München.

Seminar: Hörprüfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in der kinderärztlichen Praxis (Kenn-Nummer: 6081). Inhalt: Wege und Möglichkeiten der Früherkennung von Hörschäden. Überprüfung der Hörreaktion von Neugeborenen. Aufspüren hör-auffälliger Säuglinge (Einführung in verschiedene

Verfahren, Demonstration mit Säuglingen und Eigenversuche). Erkennen von Hörproblemen im Kleinkind- und Kindergartenalter. Hörschäden, die leicht übersehen werden. Praxis der Spielaudiometrie. Zielgruppe: Kinderärzte und Praxishelferinnen, Logopädinnen. Teilnehmerzahl: maximal 20 Personen. Termin: 9. bis 10. Mai 1986. Ort des Lehrganges: Kinderzentrum München, Pavillon, Lindwurmstraße 129, 8000 München 2. Teilnehmergebühr: 160 DM. Seminarleitung: Prof. Armin Löwe, Heidelberg.

Anmeldung für beide Seminare an: Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V. im Kinderzentrum München, z. H. Frau Bolte, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.

Sommer-Seminar für Atem-, Stimm- und Sprechschulung

Die internationalen Sommer-Seminare für Atem-, Stimm- und Sprechschulung von Prof. Dr. Horst Coblenzer finden vom 12. bis 26. Juli 1986 im Bildungshaus Bad Schönbrunn, CH-6311 Edlibach/ZG, Telefon (042) 521644, statt.

Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V. (AKoP)

Der »Arbeitskreis Kooperative Pädagogik (AKoP) e.V.« führt im Herbst 1986 die folgenden Fortbildungsveranstaltungen durch: Die schulische Integration Behinderter aus der Sicht einer sozialen Ökologie. E. E. Kobi, K. Jetter, F. Schönberger. Basel, 1. bis 5. September 1986. — Sonderpädagogische Förderdiagnostik zwischen Auslesezwängen und Bildungszielen. K. Jetter, F. Schönberger, K. D. Schuck. Unterschleißheim bei München, 8. bis 12. September 1986. — Kooperative Pädagogik schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher — Körpererfahrung und Zusammenarbeit. W. Praschak, A. Fröhlich, H. Schönberger-Kuse. Neustadt/Weinstraße, 6. bis 10. Oktober 1986. — Kooperative Pädagogik des Anfangsunterrichts im Lesen und Schreiben. K. Jetter, I. Koopmann. Ganderkesee bei Bremen, 13. bis 17. Oktober 1986. — Kooperative Förderung des mathematischen Denkens im Eingangs- und Primarbereich. F. Schönberger, J. Greiner. Stuttgart, 27. bis 31. Oktober 1986. — Wie macht man die Video-Technik fruchtbar für die Arbeit mit Behinderten? K.-P. Meyer-Bendrat, H. Mülke, Ges. f. angew. Video-Technik m.b.H. Hannover, 6. bis 9. November 1986.

Kursprospekte, Auskünfte und Anmeldungen bei AKoP-Fortbildung — Prof. Dr. F. Schönberger, Ricklinger Straße 13, 3057 Neustadt 1, Telefon (05032) 64949.

6. Kongreß der ÖGS in Wien

Vom 25. bis 28. September 1985 fand in Wien der 6. Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik mit dem Thema »Sprachheilpädagogische Arbeit mit mehrfachbehinderten Kindern in Kindergärten und Schulen« statt. Die Tagungsstätte im Haus der Begegnung im Donauzentrum war gut ausgewählt, denn es standen neben dem Plenarsaal eine Anzahl kleinerer Räume für Arbeitskreise, Workshops und Gruppenarbeit zur Verfügung. Pausengespräche — bei Kaffee und Kuchen — wurden vielfach im Freien geführt, denn das Wetter zeigte sich mit Wärme und Sonnenschein von seiner besten Seite. Und wer Kongresse kennt, der weiß, daß die Begegnungen und Gespräche am Rande oft ebenso anregend für die eigene Arbeit sind wie die Vorträge und Arbeitskreise.

Zwei Schülerorchester mit Melodikbläsern und Orff-Instrumenten präsentierten einen schwungvollen Rahmen für die Kongreßöffnung. Im Eröffnungsvortrag führte Herr Professor Dr. Dr. Dr. Milos Sovák mit Humor und Laune ins Tagungsthema ein. Es folgten Vorträge über Situation und Möglichkeiten der Förderung mehrfachbehinderter Kinder. Referate und Arbeitskreise befaßten sich mit Sprachbeeinträchtigungen bei hörgeschädigten, körperbehinderten, blinden, lernbehinderten und geistigbehinderten Kindern in Kindergarten und Schule, mit Frühförderung beim mehrfachbehinderten Kind sowie mit Sprachbeeinträchtigung und Verhaltensstörung. In Workshops wurden ergänzend Themen wie Gesprächsführung, Rollenspiel, Stimmstörungen, Musiktherapie und Soziales Lernen erarbeitet.

Arbeitskreise und Workshops anzubieten erscheint nachahmenswert, denn hier wurden die Nöte vieler einzelner Kollegen, die im Alltag auf sich allein gestellt sind, ausgesprochen; hier konnten auch Rat und Hilfe eingeholt werden.

Ein besonderer Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen, die ihre sprachheilpädagogische Arbeit in verschiedenen sonderpädagogischen Einrichtungen gezeigt und eine Aussprache darüber ermöglicht haben.

Das beeindruckende Rahmenprogramm erinnerte daran, daß der »Wiener Kongreß« tanzte. Am Abend des ersten Tages lud der Bürgermeister der Stadt Wien, Herr Landeshauptmann Professor Dr. Helmut Zilk, zu einem Empfang mit kaltem Buffet, Getränken, Musik und Tanz ins Rathaus ein. Der festliche Abend bot viel Gelegenheit zu zwanglosen Gesprächen, die im Verlauf des Kongresses, z. B. während des Heurigenabends, fortgesetzt werden konnten. Musik- und Naturfreunde wurden

auch bedacht: Haydnquartette im Esterhazy-Schloß zu Eisenstadt sowie eine Bootsfahrt auf dem Neusiedlersee (Wasservogelparadies) mit anschließender Kutschenfahrt durch die Püßta ermöglichten vielfältige Eindrücke vom Burgenland. Insgesamt war der Kongreß sehr gut organisiert. Dafür möchten wir den Wiener Kolleginnen und Kollegen, die die Vorarbeit leisteten und während der Tagung stets freundlich, hilfsbereit und nie ungeduldig für alle Fragen, Probleme und Wünsche eine schnelle Lösung und Antwort fanden, ein herzliches Dankeschön sagen. Sie vor allem waren es, die für die unvergessene Atmosphäre sorgten, in der der Kongreß stattfand.

August Bergmann

REHA 85 macht Mut

Nach vier Tagen Laufzeit ging die Messe für Behindertenhilfen REHA 85 zu Ende. Rund 18 000 Besucher konnten sich in Hilfsmittelausstellung, REHA-Forum und Sportcenter von dem auf breiter Basis vollständigen Angebot für Behinderte überzeugen.

Meinungsbefragungen bei den Besuchern ergaben, daß für alle die REHA 85 durch eine gelungene Synthese aus dem Angebot praktischer Hilfsmittel und sachlicher Information mehr als eine Messe im herkömmlichen Sinn war. Im Vordergrund stand bei allen Beteiligten das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Gemeinsames Engagement, Aktivität und der Gedankenaustausch machten Mut auf dem Weg zur Integration. Das Thema Rehabilitation ist für 70 Prozent der Besucher der REHA direkt oder indirekt Gegenstand ihrer beruflichen Tätigkeit. Vorrangiges Interesse bei der Hilfsmittelausstellung galt dem pädagogischen, sozialen und medizinischen Bereich. Die Konzeption von REHA-Forum und Sportcenter fand großen Anklang. Über 5000 Besucher aus der Parallelveranstaltung MEDICA bestätigten das Informationsbedürfnis der Mediziner in Fragen der Rehabilitation.

Dem Wunsch der Aussteller und Besucher der REHA 85 nach einem Zwei-Jahres-Turnus entspricht der Termin für die nächste REHA in Düsseldorf. Sie wird vom 23. bis 27. September 1987 in Verbindung mit internationalen und nationalen Kongressen und Seminaren stattfinden.

Pressereferat REHA 85

Pilotstudie

Dr. Arno Deuse, Bremen: »Computerunterstütztes Sprechtraining und interpersonelle Biosignalverarbeitung mit Stotternden — Ergänzung oder Wi-

derspruch zu einer tätigkeits- und handlungsorientierten Kommunikationstherapie?«

Unter diesem Arbeitstitel laufen zur Zeit Planungsüberlegungen und erste praktische Versuche zu einer Pilotstudie an der Schule und Beratungsstelle für Sprachbehinderte in Bremen (Thomas-Mann-Straße). Über die bereits bestehenden Arbeitskontakte zur Universität Bremen und zu einigen Wissenschaftlern anderenorts hinaus würde ich mir einen Erfahrungsaustausch mit weiteren Kolleginnen und Kollegen wünschen.

Das Vorhaben wurde ermöglicht durch eine Spende der IBM in Form eines Personalcomputers mit Erweiterungsbaustein zur Sprachanalyse und Grafikausgabe sowie entsprechenden Therapieprogrammen.

Geplant ist, das von mir (1984) vorgestellte integrative Konzept einer tätigkeitspsychologisch-neurophysiologisch orientierten Therapie mit Stotternden um computerunterstützte Anteile zu erweitern. Dabei ist an die optische Rückmeldung von (verschiedenen) Biosignalen und/oder Stimm- bzw. Sprechmustern in wahrnehmungspsychologisch und motivational adäquater Form gedacht. Die Übungsinhalte sollen allerdings in einem möglichst engen Zusammenhang mit den übrigen Therapieverfahren (Theatergruppenarbeit, persönliche Gespräche) stehen.

Eine detaillierte Darstellung des Forschungsansatzes ist in Vorbereitung.

Dr. Arno Deuse, Kurt-Huber-Straße 134,
2800 Bremen 41.

Spätversorgte haben's schwerer

Soll der Patient versorgt werden, wenn das Gehör nur leicht beeinträchtigt ist, oder soll man besser warten, bis sich ein regelrechter Hörschaden entwickelt hat? Der Geers-Hörbericht — Informationen für Hals-, Nasen-, Ohrenärzte — läßt in seiner neuesten Ausgabe Wissenschaftler aus dem In- und Ausland zu Wort kommen.

Dr. Renate Türk, Oberärztin an der 1. HNO-Universitäts-Klinik Wien, Professor Kunigunde Welz-Müller, Dozentin für Audiologie an der Universität Innsbruck, und Dr. phil. Dipl.-Ing. Hasso von Wedel, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitäts-Klinik und -Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Bonn, nehmen ausführlich zu diesem Thema Stellung. Übereinstimmend kommen sie zu der Aussage: Eine Hörgeräteversorgung soll so früh wie möglich erfolgen.

Die Autoren sind sich einig, daß der optimale Zeitpunkt nicht allein von festen audiometrischen Daten abhängig sein kann. Vielmehr sind auch die persönlichen Daten der Betroffenen — das soziale

Umfeld, die akustische Trageumgebung und die Hörerwartung — zu berücksichtigen.

Dr. Hasso von Wedel geht auf diese Kriterien ausführlich ein. Er weist nach, daß zu spät vorgenommene Versorgungen, vor allem bei älteren Patienten, die Rehabilitation erschweren. Er zitiert Niemeyer, der in diesem Zusammenhang betonte, daß »bei leichterem Hörverlust die Wahl und die Anpassung des Gerätes eher den persönlichen Wünschen des Patienten gerecht werden kann und dementsprechend eine größere Effektivität der Hörgeräteversorgung erwartet werden kann«.

Frau Dr. Renate Türk unterscheidet in ihren Ausführungen zwischen Kleinkindern, Schulkindern und Erwachsenen. Sie stellt fest, daß die Reifung der Hörbahnen und Hörzentren im Laufe des ersten Lebensjahres stattfindet. Erfolgt aber in dieser Zeit kein Sinnesreiz, dann kann die Entwicklung des Hörsinnes zu einem späteren Zeitpunkt nur noch bedingt ausgeglichen werden.

Wird die Hörstörung nicht erkannt, so kann sie in den ersten Lebensjahren noch kompensiert werden. Spätestens in der Schule treten jedoch Probleme auf. Die Kinder haben sich dann allerdings an ihre Hörsituation gewöhnt und lehnen Hörgeräte als Zeichen der Behinderung ab.

Im Erwachsenenalter hat der Schwerhörige bereits ein verändertes Klangbild. Besteht dieser

Zustand mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte, so treten große Schwierigkeiten bei der Hörgeräte-Erstversorgung auf.

Auch Frau Professor Welzl-Müller unterteilt ihre Ausführungen nach Altersgruppen. Für Erwachsene mißt sie den Faktoren Alter, Beruf, soziale Stellung, Kommunikationsbedürfnis, Einstellung zum Hörgerät, Motivation und Fähigkeit zum Bedienen des Hörgerätes wesentliche Bedeutung zu. Sie unterscheidet zwischen Erst- und Wiederversorgungen. Bei der Wiederversorgung nennt sie als weiteres Kriterium, in welchem technischen Zustand sich das bereits getragene Hörgerät befindet.

Wichtige Schlußfolgerung dieses Fachthemas ist die Forderung nach einer guten Aufklärung der Bevölkerung über Hörstörung und Hörgerät. Hierzu Dr. Renate Türk: »Es muß ein Problembewußtsein geschaffen werden, damit Schwerhörige bzw. deren Angehörige den Entschluß fassen, gegen die Hörstörung etwas zu unternehmen. Der erste Schritt zur Hörgeräteversorgung muß vom Betroffenen selbst getätigt werden. Er muß die entsprechenden Fachstellen aufsuchen.«

Hörbericht — Das Fachthema. Herausgeber: Hörgeräte Geers, Westenhellweg 68, 4600 Dortmund 1, Telefon (0231) 14 70 66, erscheint viermal jährlich, für HNO-Ärzte.

Aus der Organisation

Kongreß in Düsseldorf 1. bis 4. Oktober 1986 Spracherwerb und Spracherwerbsstörungen



In dieser Ausgabe der »Sprachheilarbeit« ist das vorläufige Programm der XVII. Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs) in Düsseldorf eingeleitet.

Wir wollen an dieser Stelle dem Inhaltlichen einige organisatorische Hinweise hinzufügen.

1. Wir empfehlen, sich möglichst frühzeitig anzumelden und sich um die Frage der Unterkunft zu bemühen. In Düsseldorf finden fast ständig Messen und Kongresse statt, so daß günstige und preiswerte Quartiere oft schnell vergriffen sind.

2. Die Landesgruppe Rheinland hat bei einigen Hotels, Pensionen, Gästehäusern u. a. Übernachtungskontingente reserviert, zum Teil zu Sonderpreisen. Sie können sich dort unter dem Stichwort »Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Kongreß 86« anmelden.

Wir haben die Häuser im folgenden nach den Kategorien des Verkehrsvereins Düsseldorf aufgelistet:

Hotels u. a. (pro Person einschließlich Frühstück) über 100 DM:

Hotel Hilton, Georg-Glock-Straße 20, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (0211) 43 49 63.

zwischen 70 und 100 DM:

Hotel Consul, Kaiserswerther Straße 59, 4000 Düsseldorf 1, Telefon (0211) 49 20 78.

Golzheimer Krug, Karl-Klepper-Straße 20, 4000 Düsseldorf, Telefon (0211) 43 11 36.

Hotel Achenbach, Achenbachstraße 17, 4000 Düsseldorf, Telefon (0211) 68 17 18.

unter 50 DM:

Schloß Mickeln, Kölner Weg 20, 4000 Düsseldorf-Himmelgeist, Telefon (0211) 79 11 66.

CVJM-Hotel, Graf-Adolf-Straße 102, 4000 Düsseldorf, Telefon (0211) 36 07 64

Jugendgästehaus, Düsseldorffer Straße 1, 4000 Düsseldorf-Oberkassel, Telefon (0211) 57 40 41.

Jugendherbergen (nur mit gültigem Jugendherbergsausweis möglich): Jugendherberge Ratingen, Götschenbeck 4, 4030 Ratingen, Telefon (02102) 2 29 97. Jugendherberge Neuß, Macherscheider Straße 113, 4040 Neuß, Telefon (02101) 3 92 73.

Möglichkeiten über Privatquartiere können über folgende Nummer erfragt werden: Telefon (02173) 7 64 64.

Darüber hinaus können Zimmer beim Verkehrsverein der Stadt Düsseldorf bestellt werden (siehe Anlage zum Programm).

3. Folgende Parkmöglichkeiten können am Tagungsort in Anspruch genommen werden: unmittelbar am Rheinlandsaal etwa 300 bewachte Parkplätze; am Rheinufer (etwa zehn Gehminuten) eine ausreichende Zahl von Plätzen.

Theo Borbonus
(Landesgruppe Rheinland)

Bücher und Zeitschriften

Luise Springer und Georg Kattenbeck (Hrsg.): **Aphasie**. Interdisziplinäre Reihe zur Theorie und Praxis der Logopädie. Bd. 1. tuduv Verlag, München 2 1985. 229 Seiten. 24,80 DM.

Inzwischen liegt die 2. Auflage des ersten Bandes der interdisziplinären Reihe vor. In diesem Band sind die Beiträge der Jahresfortbildung der Logopäden 1983 gesammelt. Von der Seitenanzahl stark überrepräsentiert erscheinen die Beiträge der Aachener Schule, was wohl mit der Erprobungsphase des Aachener Aphasietests zusammenhängt. Diese Darstellungen von *Bayer*, *Greitemann* und *Willmes* sind außerordentlich ausführlich und detailliert — zur Freude der Forscher, aber nicht unbedingt der »normalen« Leser. — *Koch* verspricht in seinem Beitrag, auf einen wichtigen und oft vernachlässigten Bereich einzugehen. Leider hält er sich allzu lange bei den psychologischen Tests auf und vernachlässigt die Beschäftigung mit der besonderen psychischen Situation des Aphasikers und die Interaktion mit der Umwelt. — *Kotten* und *Kilian* gehen in ihren Beiträgen konkret auf Aphasietherapie ein, wobei ich mir bei letzterer eine Straffung und einfachere Ausdrucksweise gewünscht hätte und den Verzicht auf die Abkürzungen. — Interessant und sich ergänzend folgen die beiden Beiträge von *Springer* und *Blunk* über Gestik und Mimik bei Aphasikern, von *Springer* untersucht anhand der Visual Action Therapy.

Das liest sich flüssig, der ungünstige Aufbau bei *Springer* stört nur wenig.

Noch ein Wort zum Äußeren. Die 2. Auflage hat — von außen betrachtet — gewonnen. Für die weiteren Auflagen oder Projekte wünschte ich mir allerdings einen Lektor, der sich um Zusammenfassungen, Kürzungen, die vielen Druckfehler, den willkürlich einsetzenden Fettdruck, die Vereinheitlichung der Literaturangaben ebenso kümmert wie um ein Stichwortverzeichnis, das heute in keinem wissenschaftlichen Buch mehr fehlen darf. Gut ist das Autorenverzeichnis!

Doch die Reihe steht noch am Anfang. Und daß da ein Anfang ist, ist sehr erfreulich. So gehen die vielen guten Beiträge aus den Fortbildungen nicht verloren, sondern sind verfügbar. Ulrike Franke

Heinz Mühl: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1984. 188 Seiten. Kartoniert. 39,80 DM

Von der geschichtlichen Entwicklung der Förderung Geistigbehinderter über die Einstellungen zu diesen Menschen wird die geistige Behinderung aus pädagogischer Sicht beschrieben, wobei auch über Ursachen und Diagnostik abgehandelt wird. Nach der Darlegung allgemeiner Ziele der Erziehung und Förderung wird auf die frühen Hilfen und

auf die Schule für Geistigbehinderte und ihre Didaktik eingegangen. Lobenswert ist, daß auch auf Aspekte der Arbeitswelt und der Berufsbildung hingewiesen wird. Dennoch hätte ich mir gerade diesen Teil noch ausführlicher und nicht nur fast ausschließlich referierend gewünscht. Dies gilt auch für den Teil über das selbständige Wohnen des erwachsenen Geistigbehinderten.

Arno Schulze

Horst Ruprecht: Lernen für das Älterwerden.

Quelle und Meyer, Heidelberg 1972. 124 Seiten. Ohne Preisangabe.

Manfred Reimer (Hrsg.): Arbeitslosigkeit.

Strategien zur Überwindung. Böhlau Verlag, Köln 1984. 112 Seiten. Kartoniert. 12 DM.

Erziehung und Bildung von hör- und sprachbehinderten Schülern muß wie für alle anderen zum Erwerbsleben hinführen und sollte durchaus auch auf das Leben im Alter oder mindestens auf den Umgang mit alten Menschen vorbereiten. Unsere jetzigen Schüler werden schließlich in einer »überalterten Welt« zu leben haben, und sie leben jetzt schon in einer Welt mit wohl noch weiter steigender Arbeitslosigkeit. So ist es notwendig, daß sich auch der Lehrer für Hör- und Sprachbehinderte über diese Probleme informiert, und die vorliegenden Bücher sind für einen ersten Einblick ganz gut geeignet. *Ruprecht* schreibt u. a. über organische

und psychologische Aspekte des Alters, stellt die Gerontagogik vor und gibt allgemeindidaktische Überlegungen des Lernens für das Alter. Im Buch von *Reimer* nehmen bekannte Politiker und Kirchenmänner zum Thema Stellung, leider sind viele Ausführungen nur Absichtserklärungen. Sie mit Schülern kritisch aufzuarbeiten, müßte auch ein gut Teil politischer Bildung ergeben, die gerade die Behinderten für die Mitgestaltung ihres Lebens benötigen.

Arno Schulze

Eric Heller: Das ABC mit Marburger

Handzeichen. Lehrer- und Schülerheft »Die spielerische Hilfe zum leichten und sicheren Erlernen der Schriftsprache« und Elternheft »Der fröhliche Weg zum sicheren Lesen- und Schreibenlernen«. Eigenverlag, Stadtallendorf 1985. Je Heft 36 Seiten. Preisangabe und Bezugsmöglichkeit bei Eric Heller, Lillenthalstraße 11, 3570 Stadtallendorf.

Die an die alte *Kochs*che Fingerlesemethode angelehnten Handzeichen zu den Sprachlauten wurden seit 1972 in der Schule für Sprachbehinderte entwickelt und erprobt. Die Bilder der Lautgebärden aus dem Lehrerheft sind auch zum Aushängen in der Klasse bestimmt. Für die Schüler und ihre Eltern gibt es die Bilder mit farblich unterlegten Schreibübungszeilen.

Es ist sehr begrüßenswert, daß mit den Heften *Hellers* die sehr hilfreichen Handzeichen wiederent-



Sprachtherapeutin

30, Diplom-Pädagogin, mit mehrjähriger Berufserfahrung im Bereich der stationären Aphasie- und Dysarthrietherapie;

sucht Arbeitsbereich in sprachtherapeutischer Praxis oder Institution im Raum Hamburg.

Auskünfte gibt: Herr Steinmeyer

Fachvermittlungsdienst Hamburg, Kurt-Schumacher-Allee 16, 2000 Hamburg 1,
☎ 0 40/24 85-25 57, FS 2163 213

 **Bundesanstalt für Arbeit**

deckt und verbessert wurden, die es früher in ähnlicher Art beispielsweise von *Rösler/Geißler* für die damaligen Sprachheilschulen gab und die seinerzeit auch zur erfolgreichereren Sprechverbesserung besonders bei Stammlern beitrugen.

Arno Schulze

Aus anderen Zeitschriften

Anales Otorrinolaringologicos Ibero-Americanos, Barcelona/Spainien

Nr. 6, 1985:

H. *Perez-Garriques* u. a.: Estudio de la Audicion con tonos de Banda estrecha (Gehöruntersuchungen mittels Tönen vom schmalen Wellenband). S. 539—547.

Neben der bekannten Prüfung mit reinen Tönen wurden in Versuchen auch andere Töne verwendet. In dieser Untersuchung werden die Gehörschwellenunterschiede zwischen beiden Verfahren beschrieben.

Behinderte, Graz/Österreich

Nr. 4, 1985:

Das Rahmenthema des Heftes ist eine (neue?) ökologische Perspektive der Sonderpädago-

gik, das heißt, es soll auch der Behinderte in seiner unmittelbaren realen sozialen Umwelt als erlebender und handelnder Mensch beachtet und geachtet werden. Aus dieser Sichtweise heraus wird von Klaus *Wöhler* die Grundlegung, Konzeption und Realisierung einer gemeindenahen Sonderpädagogik vorgestellt (S. 2—20). Die Ausführungen führen hin zu einer Beschreibung von Förderprogrammen vor Ort, die z. B. durch Heilpädagogische Dienste und Mobile Hilfsdienste angeboten werden könnten. Ergänzt werden die Darlegungen *Wöhlers* durch den Beitrag von *Asam* und *Heck* »Selbsthilfegruppen und kommunale Behindertenarbeit« (S. 22—36) und den von *Fragner* und *Schwediauer* »Mobiler Hilfsdienst« (S. 52—56).

Der Kieselstein. Mitteilungsblatt deutschsprachiger Stotterergruppen, Trier

Nr. 11, 1985:

Hans Werner *Stecker*, Solingen: Phasen der Gruppenarbeit. S. 4—12.

Folgende Abschnitte werden beschrieben: 1. Die Einstiegsphase, 2. Die Orientierungsphase, 3. Phase der gezielten Selbsthilfe, 4. Rückblick und Planung des Gruppenabends.

SIGMATRAINER

Ein Gerät für die Sprachtherapie



Der SIGMATRAINER hilft dem normalhörenden und hörgeschädigten Kind in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten auf sehr spielerische Weise bei der Einübung der stimmlosen Reibelaute S, Sch, ch¹.

Durch optische Rückkoppelung richtig gesprochener Laute trägt er zu deren akustisch-auditiven und kinästhetischen Fixierung bei.

Der SIGMATRAINER ist aus der Praxis für die Praxis entwickelt worden. Deshalb wurde auf kindgemäße Gestaltung besonderer Wert gelegt.

Einsatzmöglichkeit in allen Phasen der Behandlung stimmloser Reibelaute. Das Gerät kann in der Ausbildungsphase genauso effektiv eingesetzt werden wie in der Übungs- und Automatisierungsphase.

Herstellung und Vertrieb:

Heinz Winter Gerätebau GmbH
Erfurter Straße 3, Tel. (0 89) 3 19 10 31
8057 Eching bei München



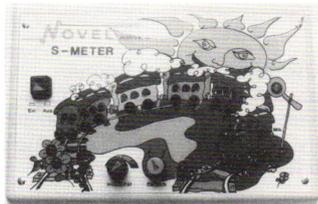
Die SVG-Serie

Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns



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

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



S-Meter

Übungsgerät zur spielerischen Einübung der stimmlosen Reibelaute (S, Sch ...).

Audiotest AT 8.000

Neuer mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihen-gehöruntersuchungen.

NOVEL elektronik

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

Nr. 12, 1985:

Herbert Göller, Mühlheim: Stottern, eine Chance? S. 21—22.

In seinem Fazit nach vier Jahren Selbsthilfegruppe meint der Schreiber, ein Stotterer sollte »hören« lernen, was ihm sein Stottern sagen will. Es kann beispielsweise Ausdruck sein, wie sehr Kontakt, Zuneigung und Liebe vermisst werden.

Die Lebenshilfezeitung. Für Angehörige und Freunde geistig behinderter Menschen. Marburg/Lahn

Nr. 5, 1985:

N. N.: Neue Orientierung finden. S. 1—2.

In diesem Leitartikel geht es um die gemeinsame Förderung geistig behinderter Kinder und nicht behinderter Kinder. Es wird mitgeteilt, daß sich auch in der Vereinigung Lebenshilfe überall Eltern und Fachpersonen um diese Integration bemühen. Es wird aber auch betont, daß nicht vorschnell das System bewährter Einrichtungen für Geistigbehinderte angestastet werden sollte.

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 6, 1985:

Lucia Laake, Berlin: Rhythmisch-musikalische Arbeitsweise bei Vorschulkindern. S. 354—363.

Vergleichende Untersuchungen sprachlicher und rhythmisch-musikalischer Leistungen. Es wird auch auf die fördernde Wirkung der genannten Arbeitsweise auf den Prozeß des Sprachaufbaus hingewiesen.

Irmgard Wilke, Berlin: Berufsvorbereitung schwer körperbehinderter Schüler. S. 363—371.

Schüler mit schweren zerebral bedingten Bewegungsstörungen erhalten in den Körperbehindertenschulen berufsvorbereitende Maßnahmen, die auf ihre wesentlichen Probleme abgestimmt sind und die noch optimiert werden sollen.

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

Nr. 4, 1985:

Felix Mattmüller, Basel: Wechselwirkungen unterrichtlichen Handelns und wissenschaftlichen Denkens. S. 393—403.

Zu weiteren Begründungen für eine wissenschaftliche Heilpädagogik sollen auch Erkenntnisse aus verschiedenen anderen Wissenschaften herangezogen werden, meint der Verfasser. Er gibt Beispiele aus den Wirtschaftswissenschaften, der Soziologie, Politologie, Medizin und Psychiatrie. Arno Schulze

Wichtiger Hinweis

für die Bezieher und Benutzer der **SMS** Strukturierte
Materialien-
Sammlung

Die Tatsache, daß bei einer Anzahl von Verlagen Spiel- und Fördermaterialien vergriffen sind, haben die Herausgeber veranlaßt, durch eine Umfrage festzustellen, welche Materialien nicht mehr lieferbar sind.

Um unseren Beziehern vergebliche Mühen zu ersparen, listen wir die seit der Herstellung des Grundwerkes und der 1. und 2. Ergänzungslieferung **vergriffenen Materialien** auf und empfehlen, die betreffenden Blätter in der Sammlung anhand dieser Liste zu kennzeichnen oder zu entfernen.

Januar 1986.

Die Herausgeber

Leitbuchstabe **A**

I/16 I/18 I/23 I/25 I/41
I/44 I/50 I/57 I/59 II/18
III/2 III/5 V/2 V/6 V/20
V/24 V/30 V/44

Leitbuchstabe **D**

I/2 I/5 I/7 I/10
II/1 II/6 III/1 III/4
III/5 III/6

Leitbuchstabe **B**

I/9 II/4 II/6 III/3

Leitbuchstabe **E**

I/1 I/3 I/4 I/5 I/8 II/1

Leitbuchstabe **C**

I/5 I/6 I/11 I/20 I/21 I/23
I/24 I/25 I/26 I/27 I/31
I/32 I/36 II/5 II/6 II/12

Leitbuchstabe **F**

I/1 I/2 I/6 I/7 I/12
I/15 I/18 I/23 II/14

Anschriftenveränderungen von Verlagen

C. Bertelsmann Jugendbuchverlag
8000 München 80
jetzt: Neumarkter Straße 18

F. A. Brockhaus Verlag
Vertrieb:
Postfach 5305, 6800 Mannheim 1

Druck- und Papierverarbeitung
jetzt: Verlag Schuffelen,
Boschstraße 9, 5024 Pulheim

Sellier Verlag
jetzt: Erfurter Str. 4, 8057 Eching

Hueber + Holzmann
jetzt: Max Hueber Verlag
Max-Hueber-Str. 4, 8045 Ismaning

Special-Paedagogisk Forlag
jetzt: Dieter Dorn, Lehrmittel
Postfach 15, 2802 Fischerhude

I. W. Spear und Söhne
jetzt: APEX Spiel + Hobby
Postfach 1043, 8500 Nürnberg 1

Heinz Vogel Verlag
jetzt: Postf. 5367, 3300 Braunschweig

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



Logopädin/Logopäde

für sprachbehinderte Vorschulkinder
in Hamburg baldmöglichst gesucht.
40-Stunden-Woche, Leistungen
entsprechend dem öffentlichen
Dienst.

Kurzbewerbung an Kontaktadresse:

Volker Hamel,
Kückallee 25, 2057 Reinbek

Hat sich Ihre Anschrift
geändert?

Mitglieder der dgs:

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

Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte

- 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.
H. H. Chipman, L. Barblan und F. M. Dannenbauer: Zeitliche Beziehungen in der Sprache: Ein Vergleich zwischen normalen und dysphasischen Kindern.
M. Grohnfeldt: Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Vorsitzende: Anita Schwarze, Hamburg

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Internationales Büro für Audiophonologie (BIAP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

dgs, Eißendorfer Pferdeweg 15 b, 2100 Hamburg 90, Telefon (040) 7905833

Landesgruppen:

Baden-Württemberg Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-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 Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn,
Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland Theo Borbonus, Gut-Muths-Weg 28, 4300 Essen
Rheinland-Pfalz Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein Ingeburg Steffen, 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 · 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41 w, Telefon (040) 89 39 48.

Bezugspreis pro Heft 6,40 DM, Jahresbezug (6 Hefte) 38,40 DM zuzüglich 5,10 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 Verlages Taylor & Francis Ltd, London, bei.

Die Sprachheilarbeit

C 6068 F

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

HERRN WSS 000198 *0022*
KURT BIELFELD
LEONBERGER RING 1

D 1000 BERLIN 47

Diplompädagogin und Sonderschullehrerin

(Schwerpunkt: Sprachbehindertenpädagogik) sucht ab August 1986 neuen Tätigkeitsbereich im Raum Osnabrück und Umgebung.

Unterrichtliche Erfahrungen an einer Schule für Sprach- und Lernbehinderte sowie in der ambulanten Sprachtherapie.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 04/01 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sprachtherapeutin

(Kassenzulassung) sucht Mitarbeit in Sprachheilpraxis.

5jährige praktische Erfahrung in der Behandlung mit kindlichen Sprachstörungen.

Telefon (05341) 26 06 26.

BHW DISPO 2000

Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.



Die Bausparkasse mit Ideen

BHW Bausparkasse für den öffentlichen Dienst, Postfach 10 13 22, 3250 Hameln 1, Btx *55 255 #