

# Die Sprachheilarbeit

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik eV



## Inhaltsverzeichnis

### Hauptbeiträge

	Seite
<i>Barbara Kaltwasser, Soest, und Erwin Breitenbach, Würzburg</i> Autogenes Training für sprachbehinderte Kinder	119
<i>Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren</i> Über den Widerstand und die Zusammenarbeit mit Stotternden	126
<i>Jutta Breckow, Köln</i> Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte	133
<i>Heike Schröter, Bad Rappenau</i> Atemtherapie als ein Grundstein im Behandlungsgefüge der Stimmheilkur	141

### Aus der Praxis

	Seite
<i>Jürgen Steiner, Opladen</i> Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen	144
<i>Dieter Hülsebusch, Iserlohn</i> Apparative Hilfen in der Dyslalie-Therapie — Die Arbeit mit dem neuen S-Meter	147
Umschau	150
Aus der Organisation	154
Nachruf	156
Bücher und Zeitschriften	156
Vorschau	162
Hinweise für die Autoren	163

**Postverlagsort Hamburg**  
31. Jahrgang  
Juni 1986 · Heft 3

## 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) 790 58 33

### 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 Platenwerbe  
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, Guts-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, Glojenbarg 32, 2000 Norderstedt  
Westfalen-Lippe ..... Hans-Dietrich Speth, Annettenweg 4, 4401 Laer

---

### Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

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

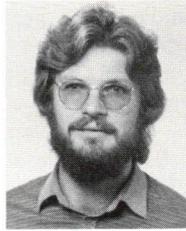
Manuskripte sind unter Beachtung der an anderer Stelle niedergelegten Hinweise und Richtlinien an die Redaktion zu senden. Eine Gewähr für den Abdruck kann nicht übernommen werden. Wenn Rücksendung gewünscht wird, ist Rückporto beizufügen.

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 liegen Werbeblätter des Verlages Taylor & Francis Ltd, London, sowie ein Werbeblatt des Berufsverbandes diplomierter Sprachheilpädagogen e.V., Bonn, bei.



Barbara Kaltwasser, Soest, und  
Erwin Breitenbach, Würzburg

## Autogenes Training für sprachbehinderte Kinder — eine modifizierte Form und ihre Auswirkung auf das Konzentrationsvermögen

### Zusammenfassung

Die Autoren stellen eine für sprachbehinderte Kinder modifizierte Form des Autogenen Trainings vor. Sie untersuchen die Auswirkungen auf die Entspannungsfähigkeit und das Konzentrationsvermögen der Kinder. Das Übungsprogramm ist vorstrukturiert; jede Trainingsstunde besteht aus einer Orientierungs-, Spiel- und Entspannungsphase, die in eine Geschichte eingekleidet sind. Unter Anwendung dieser Methode läßt sich eine zunehmende Entspannungsfähigkeit der sechs- bis siebenjährigen Probanden beobachten. Die Auswirkungen auf ihr Konzentrationsvermögen sind im Vergleich zur parallelisierten Kontrollgruppe statistisch nicht signifikant.

### 1. Problemstellung

Sprachbehinderte Kinder sind überdurchschnittlich häufig von Konzentrationsstörungen betroffen. Dies wird immer wieder durch Befragungen von Pädagogen (*Knura* 1971, *Seidel* et al. 1978) und durch statistische Erhebungen (*Genzel* et al. 1970, *Fries* 1981) belegt. Die Ursachen für das Zusammentreffen beider Störungsbilder sind bisher ebenso strittig wie die Ursachen für Konzentrationsstörungen überhaupt. Sie sollen hier nicht näher erörtert werden. Jedoch gibt es eine große Zahl unterschiedlichster Empfehlungen bis hin zu ganzen Therapiepaketen, die Konzentrationsschwierigkeiten, meist symptomatisch, angehen.

Als erfolgversprechende Maßnahme wird dabei sehr oft das Autogene Training (AT) genannt (z. B. *Kirchhoff* und *Pietrowicz* 1959, *Kurth* 1964, *Kruse* 1975, *Eberlein* 1976, *Biermann* 1978, *Spandl* 1980).

Inzwischen hat sich AT auch im kindertherapeutischen Bereich durchgesetzt (*Biermann*

1978). In jüngster Zeit findet das Autogene Training ebenso wie andere Entspannungsverfahren präventiv sogar in Schulen Anwendung (*Habersetzer* und *Schuth* 1976, *Kiphard* 1982, *Setterlind* 1984).

Obwohl in der Sprachheilbehandlung die Bedeutung von Entspannung seit langem bekannt ist, liegen u. W. bisher keine Erfahrungsberichte über AT mit sprachauffälligen Kindern vor. Den Autoren erschien es daher sinnvoll, das Autogene Training so umzugestalten, daß es für Kinder mit Sprachstörungen erlernbar ist, und seine Auswirkungen auf deren Entspannungs- und Konzentrationsvermögen zu überprüfen.

### 2. Das Übungsprogramm

#### a) Theoretische Vorüberlegungen

Die Meinungen darüber, welche und wie viele Veränderungen an der ursprünglich für Erwachsene entwickelten Form des Autogenen Trainings zugunsten einer kindgerechten Vermittlungsform vorzunehmen sind, gehen weit auseinander. *Kröner* und *Langenbruch* (1982) halten es für notwendig, in solche Überlegungen das Alter der Kinder mit einzubeziehen. Wir erweitern ihre Forderung dahin gehend, daß auch das Störungsbild des Kindes bei Modifikationen am AT zu berücksichtigen ist. Daher orientiert sich unser Kursprogramm vor allem am Alter der Kinder, an ihren Sprachstörungen und ihrem fast durchweg niedrigen Konzentrationsvermögen.

Folgende Aspekte bestimmen das Konzept:

- kurze Übungszeiten,
- Wecken von positiver Motivation für die Übungen,

- einfaches sprachliches Niveau,
- Erarbeiten der in den Formeln verwendeten Begriffe aus dem Erfahrungsbereich der Kinder,
- Einbezug mehrerer Sinnesbereiche,
- Einbezug von Bewegung und Handlung,
- heterosuggestives Vorgehen,
- Reduzierung des AT auf die Formeln von Ruhe, Schwere, Wärme und ruhigem Atmen.

#### b) Darstellung des Übungsprogramms

Der äußere Rahmen des Trainings ist durch den Tagesablauf der Kinder gesetzt, wie er sich in der Tagesstätte einer Sonderschule für Sprachbehinderte abspielt. Die Kursleiterin, Erzieherin der Klasse und selbst erfahren im AT, achtete darauf, daß regelmäßig gegen 15 Uhr geübt wurde.

Zur Ritualisierung des Trainings sollte ferner beitragen, daß dafür eigens ein Raum aufgesucht wurde, der ruhig lag und eine warme, freundliche Atmosphäre ausstrahlte. Er war mit einem Teppich ausgelegt und wurde vor dem Üben abgedunkelt. Kissen und Decken lagen für die Kinder bereit.

Jede Übungsstunde besteht aus drei Teilen von jeweils etwa zehnminütiger Dauer.

##### 1. Orientierungsphase:

Den Kindern wird erklärt, um welche Erfahrung (Wärme, Schwere, Atem) es in der Übung gehen wird. Ihnen werden dazu Bilder gezeigt, oder sie erfahren anhand eines Experiments, wie sich die Übung auf ihren Körper auswirken wird. Sie dürfen erzählen, aus welchen Situationen sie solch ein Gefühl schon kennen usw.

##### 2. Spielphase:

Jede Woche im Programm hat ihren eigenen Schauplatz, z. B. Zoo, Ritterburg, Indianerlager. Die Übungsleiterin erzählt vor diesem Hintergrund eine Geschichte, die die Kinder mitspielen. Jede dieser Geschichten endet damit, daß die Kinder das Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung verspüren und sich hinlegen. Mit einem Gong wird dann die letzte Phase eingeleitet, die eigentliche Entspannungsphase.

#### 3. Entspannungsphase:

Während die Kinder liegen, spricht die Kursleiterin ihnen die AT-Formeln vor. Neue Formeln werden im Abstand von zwei Wochen eingeführt. Sie lauten vollständig: »Wir sind ganz ruhig. — Unsre Arme sind ganz schwer. Unsre Beine sind ganz schwer. Unser ganzer Körper ist ganz schwer. — Unsre Arme sind ganz warm. Unsre Beine sind ganz warm. Unser ganzer Körper ist ganz warm. — Wir atmen leicht und ruhig.« Beendet wird die Entspannungsphase ebenfalls mit einer immer gleichlautenden Formel: »Und jetzt wollen wir wieder Kinder sein. Wir beugen und strecken die Arme, eins zwei drei, holen tief Luft und machen die Augen auf. Langsam stehen wir auf« (vgl. *Polender* 1982 a).

Zur besseren Veranschaulichung sei hier eine typische Stunde vorgestellt, in der »Schwere« das Thema ist.

#### c) Eine Übungsstunde

»Auf der Ritterburg«:

##### 1. Orientierungsphase — Instruktion:

»Heute sind wir auf einer Ritterburg. Wir werden in dieser Stunde selbst zu Rittern (Bild zeigen). Die Ritter lebten vor langer, langer Zeit. Sie wohnten in Burgen, die so ähnlich gebaut waren wie die Festung bei uns in Würzburg. Die Ritter trugen oft sehr schwere Rüstungen, um bei ihren Kämpfen geschützt zu sein. Rüstungen sind wie Kleider aus Eisen. Ihr könnt euch vorstellen, wie schwer das ist. So schwer, als wenn man noch jemand huckepack mit sich tragen müßte. Das wollen wir einmal ausprobieren.« (Jedes Kind sucht sich einen Partner, den es huckepack trägt, später wird gewechselt. Auf das Schweregefühl hinweisen.)

##### 2. Spielphase — Instruktion:

»Heute reiten die Ritter zu dem Ort, wo sie kämpfen sollen. Dazu müssen sie erst eine Weile mit ihrem Pferd galoppieren. Ihr Weg führt sie an einen Bach, über den sie springen müssen. ... Dahinter liegt ein Sumpf, in dem sie nur sehr, sehr langsam vorwärtskommen. ... Nun müssen sie durch Gestrüpp kriechen. ... Endlich sind sie bei der Burg mit dem Kampfplatz. Die Pferdehufe

klappern auf dem Pflaster, als sie durch die Gassen reiten. Da merken sie, wie müde sie vom Reiten geworden sind. Sie suchen für sich und ihr Pferd einen warmen Platz zum Schlafen. Gerade schlägt auch die Turmuhr« (Gong).

### 3. Entspannungsphase — Instruktion:

»Sie schließen die Augen, ihnen ist gemütlich. Sie werden ruhig. Die Rüstung liegt schwer auf ihnen und gibt ihnen Schutz. Sie merken: Wir sind ganz ruhig. — Unsre Arme sind ganz schwer. Unsre Beine sind ganz schwer. Unser ganzer Körper ist ganz schwer. (Wiederholen) ... Und jetzt wollen wir wieder Kinder sein. Wir beugen und strecken die Arme, eins zwei drei, holen tief Luft und machen die Augen auf. Langsam stehen wir auf.«

### 3. Durchführung der Untersuchung

#### a) Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung basiert auf zwei Hypothesen: Die modifizierte Form des Autogenen Trainings macht es sprachbehinderten Kindern im Grundschulalter möglich, sich zu entspannen. Zum zweiten soll sich AT in dieser Form über die Entspannung positiv auf das Konzentrationsvermögen der Kinder auswirken.

#### b) Methodik

Die Untersuchungsgruppe bestand aus einer vollständigen ersten Klasse der Maria-Stern-Schule (Sonderschule für Sprachbehinderte) in Würzburg. Die neun Schüler, fünf Jungen und vier Mädchen, waren zu Beginn des Trainings zwischen 6;7 und 7;6 Jahren alt. Bei ihren Sprachstörungen handelte es sich um Sprachentwicklungsstörungen meist unklarer Genese (vgl. dazu die Klassifikation bei Knura 1974). Stotterer oder Kinder mit erworbenen Sprachstörungen waren nicht darunter, da deren Konzentrationsleistungen in der Literatur uneinheitlich angegeben werden (Schilling und Weiß 1962, Auernheimer 1970, Büch 1970). Wie angenommen, zeigten bei Erhebung der Baseline-Werte nahezu alle Kinder unterdurchschnittliche bis weit unterdurchschnittliche Konzentrationsleistungen;

sie wurden mit dem bekannten Kinder-Konzentrationstest DL-KG<sup>1</sup> (bzw. DL-KE<sup>2</sup> für die jüngeren Kinder) ermittelt.

Die Kontrollgruppe setzte sich aus Kindern der verschiedenen Parallelklassen derselben Schule zusammen. Es wurde ein Non-equivalent Control Group Design gewählt (vgl. Campbell und Stanley 1963, S. 47 ff.). Das heißt, für jedes Kind der Experimentalgruppe wurde ein hinsichtlich der folgenden Merkmale möglichst ähnlicher Paarling ausgesucht: — Geschlecht; — Alter; — quantitative Leistung im DL-KG bzw. DL-KE (SB %/GZ); — qualitative Leistung im DL-KG bzw. DL-KE (F % T); — visuelle Wahrnehmungsleistung im FEW<sup>3</sup>; — motorische Geschicklichkeit im LOS<sup>4</sup> (Kreise punktieren); — Intelligenzleistung im CPM<sup>5</sup>.

Zur Messung der Entspannung während der Entspannungsphase einer Übungssitzung wurde ein von Langenbruch et al. (o.J., S. 7 f.) entwickelter Beobachtungsbogen eingesetzt. Er ermöglicht es, muskuläre Entspannung in neun Körperbereichen einzuschätzen. Als Beobachter fungierte der Psychologe der Schule, den die Kinder gut kannten. Von jedem Kind wurde einmal wöchentlich nach ausgeloster Reihenfolge eine Kurzzeitbeobachtung erhoben.

Zur Messung der Konzentration diente der bereits erwähnte DL-KG bzw. DL-KE. Außerdem erhielten die Lehrer und Erzieher der Klassen eine fünfstufige Skala zur subjektiven Einschätzung der allgemeinen Konzentrationsfähigkeit ihrer Schüler. Diese Verfahren wurden vor Beginn und nach Abschluß des Übungsprogramms durchgeführt. Veränderungen von Experimental- und Kontrollgruppe wurden statistisch anhand des Wilcoxon-Vorzeichenrang-Tests (Clauß und Ebner 1977, S. 247 ff.) daraufhin überprüft,

<sup>1</sup> DL-KG: Differentieller Leistungstest-KG von Kleber et al. (1975)

<sup>2</sup> DL-KE: Differentieller Leistungstest-KE von Kleber und Kleber (1974)

<sup>3</sup> FEW: Frostig-Test zur Entwicklung der Wahrnehmung (Lockowandt 1974)

<sup>4</sup> LOS: Lincoln-Oseretzky-Skala (Eggert 1971)

<sup>5</sup> CPM: Coloured Progressive Matrices nach Raven (Schmidtke et al. 1978)

ob sich die Versuchsgruppe signifikant gegenüber der Kontrollgruppe verbessert hatte.

#### 4. Ergebnisse

a) Zur Entspannung

Die systematische Beobachtung konnte zehn Wochen lang durchgeführt werden.

Tabelle 1: Anzahl der Störungen aller Kinder während der Entspannungsphase

Störbereich \ Woche	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	$\Sigma$
Augen	90	90	90	90	85	86	63	72	64	40	770
Lider	90	90	90	90	85	90	69	69	51	28	752
Gesicht	/	/	10	20	30	/	10	11	6	/	87
Hände	70	80	90	90	70	69	63	71	19	3	625
Füße	56	50	40	32	30	/	15	2	/	/	225
Lage	20	20	10	/	20	/	/	/	/	/	70
Bewegung	37	71	44	33	46	43	43	11	6	/	334
Geräusche	5	/	/	11	/	/	2	/	/	3	21
Störungen	3	/	/	10	/	/	/	/	/	/	13
$\Sigma$	371	401	374	376	366	288	265	236	146	74	2897
$\Sigma$ /Zahl d. Pbn = mittl. Stör.-häufigkeit	41.2	44.6	41.6	41.8	40.7	32.0	29.4	26.2	16.2	8.2	321.9

Die Werte ergeben sich wie folgt: Jedes Kind wurde einmal wöchentlich 30 sec beobachtet. Innerhalb eines 3-sec-Intervalls wurde jede als Störung definierte Verhaltensweise notiert. Behielt ein Kind also während der gesamten Beobachtungssequenz seine Augen geöffnet, bekam es für diesen Körperbereich das Punktmaximum, also 10; bewegten sich zusätzlich für 6 sec seine Hände, so wurden für diesen Bereich nochmals 2 Punkte notiert usw.

Abbildung 1: Verlaufskurve der mittleren Störungshäufigkeit während zehn Wochen

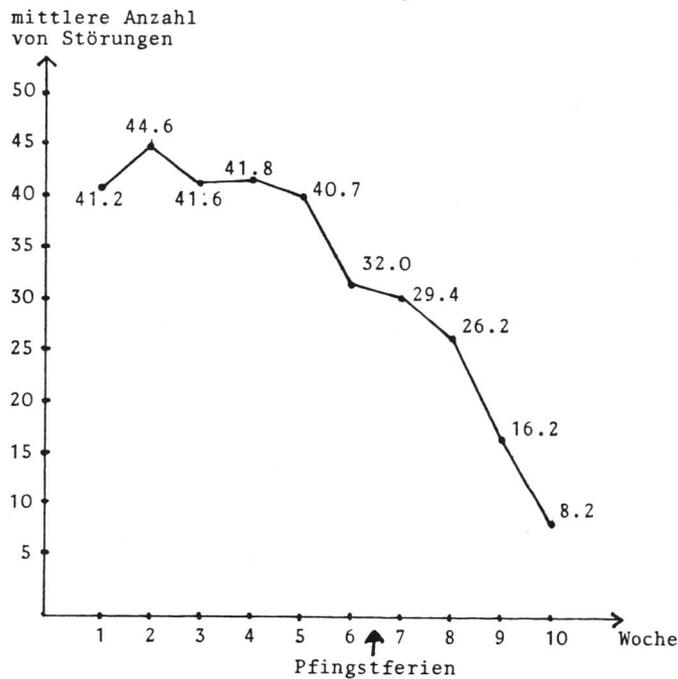


Tabelle 1 und Abbildung 1 ist zu entnehmen, daß die Häufigkeit von Störungen während der Entspannungsphase von einer deutlich rückläufigen Tendenz gekennzeichnet ist. Die Ferien unterbrechen diesen Trend nicht. Auch in den besonders stör anfälligen Bereichen von Augen, Lidern und Händen ist eine klare Abnahme zu erkennen. Auch hier ist das Absinken der Störhäufigkeit ab der sechsten Übungswoche nahezu stetig. Es sei noch erwähnt, daß sich die in Tabelle 1 und Abbildung 1 über alle Probanden gemittelten

Tendenzen auch bei den individuellen Notierungen zeigen.

#### b) Zur Konzentration

Um die Testergebnisse von DL-KG und DL-KE vergleichbar zu machen, mußten die Werte zunächst in Summenprozentwerte umgerechnet werden. Dies führt zu einer geringeren Differenzierung im oberen Bereich, also der guten Konzentrationsleistungen, was bei der Auswertung und Beurteilung der Ergebnisse einschränkend zu berücksichtigen ist.

Tabelle 2: Signifikanzprüfung der Paardifferenzen mit dem Wilcoxon-Vorzeichenrang-Test

	F % T	SB % / GZ	Lehrer-/Erzieherurteil
kritischer Wert T	8	5	8
erhaltener Wert T	12	21	21.5
n	9	8	9

$p \leq 0.05$  bei einseitiger Fragestellung

Im Vergleich der Prä- und Postwerte der Konzentrationsleistungen ergibt sich eine fast durchgängige Verbesserung für beide Gruppen. Die Überprüfung der qualitativen Güte der Testleistung F % T durch den Wilcoxon-Test zeigt, daß der kritische Wert T = 8 durch den erhaltenen Wert T = 12 überschritten wird. Die kritischen Werte für die quantitative Konzentrationsleistung SB % / GZ und die Lehrer-/Erzieherbeurteilung werden sogar weit überschritten.

#### 5. Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen, daß es den Kindern mehr und mehr möglich wurde, sich zu entspannen. Gelegentliche Störungen, wie etwa das Öffnen der Augen, können in Übereinstimmung mit der Literatur (Biermann 1978, S. 46) als ein Verhalten eingestuft werden, das die Entspannungsreaktion nicht wesentlich beeinträchtigt. Somit wurden im Mittel ungefähr ab der sechsten Übungswoche Zustände beobachtet, die als Entspannung bezeichnet werden können. Da nach Birkmayer (1970, S. 31) und Hoffmann (1977, S. 24) das Eintreten muskulärer Entspannung auf einen gleichsinnig verlaufenden Prozeß vegetativer und emotional-affektiver Funktionen schließen läßt, halten wir unsere erste Hypothese für bestätigt: Das von uns entwickelte

Übungsprogramm ist geeignet, Autogenes Training an sprachbehinderte Kinder zu vermitteln und ihnen die Erfahrung und Fähigkeit zur Entspannung zu ermöglichen.

Protokollen der Kursleiterin läßt sich außerdem entnehmen, daß die Dauer der Entspannung von anfangs zwei Minuten auf bis zu acht Minuten am Schluß zunahm. Nach Vaitl (1979, S. 29) bedeutet dies ebenfalls eine Zunahme der Entspannungsfähigkeit, da für die Tiefe von Entspannung entscheidend ist, wie lange die »Gratwanderung« zwischen den Polen Hellwachsein und Einschlafen aufrechterhalten werden kann.

Weniger eindeutig dagegen fällt der Nachweis eines konzentrationsverbessernden Effekts von AT aus. Nahezu alle Kinder der Experimental- und Kontrollgruppe erzielten in der Nachtestung bessere Leistungen als in der Vortestung. Dies gilt für die qualitative und quantitative Variable des Tests sowie für die Lehrer-/Erziehereinschätzung. Sicherlich sind die Verbesserungen u. a. Auswirkung des Schulbesuchs und Folgen von Reifeprozessen. Unsere Erwartung, die Versuchsgruppe würde darüber hinaus die Kontrollgruppe in ihren Konzentrationsleistungen deutlich übertreffen, hat sich nicht bestätigt. Lediglich für die qualitative Komponente der Tests wurde diese Annahme tendenziell er-

füllt, das Ergebnis ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Demgegenüber berichteten Lehrerin und Erzieherin der Experimentalklasse durchaus von wahrnehmbaren erfreulichen Veränderungen im Verhalten ihrer Schüler. Sie berichteten, daß bei den Kindern erheblich die Fähigkeit zugenommen habe, zuzuhören, stillzusitzen, sich durch Unterrichtsunterbrechungen nicht mehr so schnell ablenken zu lassen usw. Verhaltensweisen also, die mit Sicherheit mit dem Konstrukt »Konzentration« zusammenhängen, vom Test aber offensichtlich nicht erfaßt werden.

Auch nach Durchsicht der Literatur (vgl. auch Kröner und Langenbruch 1982) kann somit die Wirksamkeit von Autogenem Training in der Konzentrationsförderung weder eindeutig bejaht noch verneint werden. Vorerst stehen den optimistischen, aber nicht näher nachprüfbar beurteilungen (z. B. Kurth 1964, Kruse 1976, Habersetzer und Schuth 1976, Biermann 1978 usw.) Arbeiten gegen-

über, die mit experimentell-statistischen Methoden den Effekt von AT immer nur tendenziell bescheinigen (Harlem 1975, Kröner und Langenbruch 1982, Polender 1982 b). Auf diesem Hintergrund erscheint uns die Entwicklung empfindlicher und präzise operationalisierter Meßinstrumente, die zudem praxisrelevantes Verhalten messen, dringend erforderlich.

Dessenungeachtet ist der Nutzen von Entspannungsübungen wie dem Autogenen Training heute wegen der nachweislichen physiologischen Effekte unumstritten. Erst kürzlich hat Setterlind (1984) in einer großangelegten Studie darauf verwiesen, welche Bedeutung das frühe und konsequente Üben von Entspannung in der Schule hat. Wir hoffen, mit unserem Übungsprogramm eine Anregung gegeben zu haben, wie Autogenes Training schon an sehr junge sprachbehinderte Kinder vermittelt werden kann, und zwar in einer Form, die ihnen Spaß und Entspannung bringt.

#### Literatur

- Auernheimer, M.: Vergleichende Untersuchung von sprachbehinderten und normalsprechenden Schülern des 4. und 5. Schuljahres mit dem K-L-T von Düker und Lienert. Unveröffentlichte Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1970.
- Biermann, G.: Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen. München, Basel 1978, 2. wesentl. erw. Aufl.
- Birkmayer, W.: Über die Korrelation von Muskeltonus und Psyche. In: CIBA (Hrsg.): Entspannung — neue therapeutische Aspekte. Internationales Symposium St. Moritz, 16. Januar 1970. Basel 1970, S. 28—34.
- Büch, M.: Vergleichende Untersuchung von stotternden und nichtstotternden Schülern des 6., 7. und 8. Schuljahres mit dem K-L-T von Düker und Lienert. Unveröffentlichte Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Köln 1970.
- Campbell, D. T., und Stanley, J. C.: Experimental and Quasi-Experimental Design for Research. Chicago 1966.
- Clauß, G., und Ebner, H.: Grundlagen der Statistik. Frankfurt/M. 1977, 2. neubearb. und erw. Aufl.
- Eberlein, G.: Autogenes Training für Kinder mit Märchen. Düsseldorf 1976.
- Eggert, D.: LOS-KF 18. Lincoln-Oseretzky-Skala. Weinheim 1971.
- Fries, A.: Konzentrationsfähigkeit und Sprachbehinderung. In: Fries, A. (Hrsg.): Empirische Untersuchungen zum Lern- und Leistungsverhalten und zur Persönlichkeitsstruktur sprachbehinderter Kinder — Konsequenzen für eine Rehabilitation Sprachbehinderter in der Teilstationären Einrichtung »Tagesstätte«. Würzburg 1981, 2. Aufl., S. 46—48.
- Genzel, J., Müller, S., und Petrak, H.: Vergleichende Untersuchung der Konzentrationsleistungen von Normal- und Sonderschülern. Die Sonderschule 15 (1970), S. 384—387.
- Habersetzer, R., und Schuth, W.: Experimentelle Untersuchungen zum autogenen Training bei Kindern. Therapiewoche 26 (1976), S. 4617—4623.
- Harlem, S. H.: The effects of psychophysiological relaxation upon selected learning tasks in urban elementary school children. In: Dissertation Abstracts International 36 (1976), S. 5149.
- Hoffmann, B.: Handbuch des autogenen Trainings. München 1982, 4. Aufl.
- Kiphard, E. J.: Streßabbau durch Entspannung. Praxis der Psychomotorik 4 (1982), S. 104—109.

- Kirchhoff, H., und Pietrowicz, B. (Hrsg.): Konzentrationsschwache Kinder. Diskussion der Arbeitsgemeinschaft Schulpsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen. *Psychologische Praxis* 24 (1959), S.7—22.
- Kleber, E. W., und Kleber, G.: *Differentieller Leistungstest-KE (DL-KE)*. Göttingen, Braunschweig 1974.
- Kleber, E. W., Kleber, G., und Hans, O.: *Differentieller Leistungstest-KG (DL-KG)*. Göttingen, Toronto, Zürich und Braunschweig 1975.
- Knura, G.: Einige Besonderheiten des schulischen Verhaltens sprachbehinderter Kinder. *Die Sprachheilarbeit* 16 (1971), S. 111—123.
- Knura, G.: Sprachbehinderte und ihre sonderpädagogische Rehabilitation. In: *Deutscher Bildungsrat (Hrsg.): Gutachten und Studien der Bildungskommission, Bd. 35*. Stuttgart 1974, S. 103—188.
- Kröner, B., und Langenbruch, B.: Untersuchung zur Frage der Indikation von autogenem Training bei kindlichen Konzentrationsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 32 (1982), S. 157—161.
- Kruse, W.: *Entspannung. Autogenes Training für Kinder*. Köln 1975.
- Kruse, W.: *Autogenes Training im Kindergarten*. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 10 (1976), S. 571—577.
- Kurth, W.: *Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen*. *Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie* 1964, Beiheft 3, S. 74—79.
- Langenbruch, B., Steinacker, I., und Kröner, B.: *Autogenes Training bei 10jährigen Kindern — Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden*. Unveröffentlichtes Manuskript, o. O., o. J.
- Lockowandt, O.: *Frostig-Test zur Entwicklung der Wahrnehmung FEW*. Weinheim 1974.
- Polender, A.: *Entspannungs-Übungen*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31 (1982 a), S. 15—19.
- Polender, A.: *Entspannungs-Übungen*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31 (1982 b), S. 50—56.
- Schilling, A., und Weiß, H.: Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Intelligenz und Konzentrationsleistung bei stotternden Kindern. *Psychologische Beiträge* 7 (1962), S. 353—359.
- Schmidtknecht, R., Schaller, G., und Becker, M.: *RAVEN-Matrizen-Test*. Weinheim 1978.
- Schultz, J. H.: *Das autogene Training*. Stuttgart 1979, 16. unveränd. Aufl.
- Schultz, J. H.: *Übungsheft für das autogene Training*. Stuttgart, New York 1980, 19. Aufl.
- Seidel, C., Kiefner, B., Lessel, D., Schwarz, N., Steffen, H., und Zimmermann, U.: Zur Untersuchung der Intelligenz, der visuellen Perzeption und des Auftretens von Lernschwächen und Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern der Sonderschulen für Sprachbehinderte in Heidelberg und Mannheim (Schuljahr 1974/75). In: Lotzmann, G. (Hrsg.): *Aspekte auditiver, rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie*. München, Basel 1978, S. 40—53.
- Setterlind, S.: *Entspannung — ein Teil der Gesundheitserziehung in der Schule*. *Motorik* 3 (1984), S. 118—128.
- Spandl, O. P.: *Konzentrationsstraining mit Schulkindern*, Freiburg/Br. 1980.
- Vaitl, D.: *Entspannung*. *Psychologie heute* 6 (1979), S. 23—33.

**Anschrift der Verfasser:**  
 Barbara Kaltwasser  
 Dipl.-Psych.  
 Beratungsstelle für Eltern,  
 Jugendliche und Kinder  
 Hammer Weg 5, 4770 Soest  
 Erwin Breitenbach  
 Dipl.-Psych.  
 Klinischer Psychologe BDP  
 Maria-Stern-Schule  
 Felix-Dahn-Straße 11  
 8700 Würzburg

Barbara Kaltwassers Tätigkeitsfeld umfaßt Kurse in Autogenem Training; diagnostische, beratende und therapeutische Arbeit mit einzelnen, Gruppen und Familien in der Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder in Soest.  
 Erwin Breitenbachs Tätigkeitsfeld an der Maria-Stern-Schule Würzburg: Leitung des therapeutischen Teams; pädagogisch-psychologische Betreuung der Tagesstätte. Freier Mitarbeiter am Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung (ISB) in München.



Wolfgang Wertenbroch, Emsbüren

## Über den Widerstand und die Zusammenarbeit mit Stotternden

### Zusammenfassung

Im Bereich der Therapien des Stotterns ist der Begriff »Widerstand« durchaus geläufig. Allerdings wird damit ein negativer Sachverhalt gemeint, ein Therapiehindernis vom Klienten aus. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, den Begriff zu differenzieren, ihn auf den Therapeuten auszuweiten und Widerstand als positive und selbstverständliche Erscheinung zu werten. Abschließend werden Möglichkeiten des Umgangs mit Widerstand beschrieben.

### 1. Einleitung

Während der Zusammenarbeit mit Stotternden kommt es bisweilen zu folgendem Problem: Die Zusammenarbeit verläuft nicht so, wie wir es uns vorgestellt hatten. Dieses Problem wird mit verschiedenen Begriffen belegt: Widerstand, Reaktanz, Counter-control oder Therapieresistenz. Jeder dieser Begriffe meint, daß einem agierenden Therapeuten etwas durchaus Unerwünschtes präsentiert wird — von einem lediglich re-agierenden

Klienten und nicht von einem verantwortlich Handelnden mit den ihm gemäßen Ausdrucksformen. Es sind besonders die unerwartet ausbleibenden Fortschritte, die zum Gebrauch der oben genannten Begriffe verleiten. Damit ist allerdings nur soviel gewonnen, den Therapeuten zu entlasten, den Klienten erneut diskriminierend zu diagnostizieren und ihm für *seinen* Widerstand die Verantwortung zuzuschreiben. Die Therapie wird hier noch nicht abgebrochen, sie geht weiter unter negativen Zeichen, in gleicher Weise, dann aber mehr vom Gleichen oder mit anderer Methode. Bei weiterem Ausbleiben der vom Therapeuten erwarteten Fortschritte wird der Abbruch der Zusammenarbeit vereinbart, allerdings abschließend auf die doch noch erreichten Fortschritte so hingewiesen, daß es wieder einmal das schwierig zu beeinflussende Stottern war, welches größeren Erfolg verhindert hat.

Ich habe diese Problematik so dargestellt, um auf ein wesentliches Versäumnis in Theorie und Praxis der Zusammenarbeit mit Stotternden (und ihren Bezugspersonen) hinweisen zu können: Was zunächst oberflächlich als Widerstand bezeichnet wird, ist bei näherer Betrachtung ein Ausdruck nicht bewältigter inter- und intraindividuelle Kommunikation beim Stotternden und beim Therapeuten.

### 2. Darstellung von Widerstand

Diese noch ungenaue Aussage soll in den folgenden Ausführungen präzisiert werden. Zum besseren Verständnis möglicher Varianten des Widerstandes innerhalb des therapeutischen Verlaufs soll die Systematik in Tabelle 1 dienen.

Hat sich Ihre Anschrift  
geändert?

Mitglieder der dgs:

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

*Tabelle 1: Widerstand von seiten des Klienten und/oder seiner Bezugspersonen*

Dem Widerstandsverhalten zugrundeliegender Vorgang	Auswahl möglicher Verhaltensweisen/Verhaltensäquivalente (Überschneidungen und Mehrfachdeutungen sind anzunehmen)
1.1. Dem Klienten fällt es schwer, sich zu verändern: Symptombfreiheit wäre mit einem veränderten Selbstbild verbunden, eventuell auch mit Ansprüchen, deren Befriedigung problematisch erscheint: »Mein Vater läßt mich jetzt in Ruhe. Wenn ich nicht mehr stottere, stellt er Riesenansprüche an mich.«	Keine Lernfortschritte. Passivität, lange Pausen der Mitarbeit. Regression auf schon überwundene Symptome. Verstärkung des Stotterns. Reden über Belangloses oder über Themen, die keine Beziehung zur Therapie und zum Syndrom haben.
1.2. Dominierendes Verhalten des Therapeuten wird nicht akzeptiert.	Regelverletzungen (Zu-spät-Kommen). Der Klient entwickelt eigene Ansichten über sein Problem und dessen Lösung.
1.3. Bestimmte Eigenheiten oder Verhaltensstile des Therapeuten werden nicht akzeptiert.	Er stellt den Therapeuten und dessen Vorgehen in Frage, er äußert Vorwürfe, oder er schweigt. Es werden Konkurrenten aufgebaut oder Autoritäten zitiert. Geschenke oder übertriebene Freundlichkeit sollen den Therapeuten günstig stimmen.
1.4. Das Therapiekonzept oder die Praxis der Zusammenarbeit wird nicht akzeptiert.	Verweigern von Hausaufgaben. Resignation: Das soll helfen? Kritik, Diskussion über Konzept und Methode. Bitte um Rezepte. Keine überzeugende Mitarbeit.
1.5. Bezugspersonen/Kotherapeuten oder therapiezuweisende Personen werden nicht akzeptiert.	Keine ausreichende Zusammenarbeit mit Bezugspersonen usw. Bildung von Allianzen mit dem Therapeuten gegen die Bezugspersonen. Eventuell werden diese gegeneinander ausgespielt.
1.6. Die Veränderung, die Stärkung der Stellung des Stotternden wird nicht akzeptiert.	Bezugspersonen/Kotherapeuten arbeiten nicht ausreichend mit. Sie stellen plötzlich das Konzept in Frage, eventuell trotz bisheriger Erfolge.

Widerstände können selbstverständlich auch vom Therapeuten ausgehen, sie werden in der folgenden Tabelle 2 dargestellt.

*Tabelle 2: Widerstand vom Therapeuten aus*

Dem Widerstandsverhalten zugrundeliegender Vorgang	Auswahl möglicher Verhaltensweisen/Verhaltensäquivalente (Überschneidungen und Mehrfachdeutungen sind anzunehmen)
2.1. Vorstellungen über Kompetenzmangel (fachspezifisch) und Mangel an allgemeiner sozialer Kompetenz.	Starres Befolgen von Regeln und Therapieplanung. Abschweifen wird nicht geduldet. Denkblockaden. Eifriges Anbieten von Lösungen.
2.2. Vorstellungen über Schwierigkeiten bei der Thematisierung unangenehmer Inhalte.	Plötzlicher Themenwechsel. Inadäquate motorische Reaktionen wie Gähnen, Hektik und Übersprungshandlungen.
2.3. Dominierendes Verhalten des Klienten wird nicht akzeptiert.	Hochgezüchtete Fachsprache, Überzeugenwollen um jeden Preis. Berufen auf die eigene Kompetenz, Ironie und entwertende Äußerungen. Aggressivität, Gereiztheit.
2.4. Bestimmte Eigenheiten und Verhaltensstile des Klienten werden nicht akzeptiert.	
2.5. Das Therapiekonzept oder die Praxis der Zusammenarbeit wird nicht akzeptiert.	Arbeitsunlust, Ideenverarmung, schwankende Aufmerksamkeit. Anwenden von Techniken anderer Therapieformen; schneller Wechsel der Techniken.
2.6. Bezugspersonen/Kotherapeuten werden nicht akzeptiert.	Klienten zum Erfolg drängen. Kleinere Lernfortschritte werden nicht registriert. Bezugspersonen werden für tatsächliche oder angebliche Mißerfolge/Rückschritte verantwortlich gemacht.

Der Begriff des Widerstandes\* wurde vor allem von der Psychoanalyse (als Sammelbegriff) definiert und meint eine Vielfalt von Reaktionsformen; der Klient arbeitet gegen die Aufdeckung unangenehmer Einsichten. Dieser Begriff ist hier nicht gemeint. Widerstandsverhalten wird hier als der (verständliche und selbstverständlich akzeptierte) Versuch gesehen, eine Situation (die therapeuti-

sche) unter Kontrolle zu bekommen. Dies geschieht mit Hilfe gelernter Reaktionsmuster. »Kontrolle« bedeutet, wahrgenommene Ereignisse (außerhalb und innerhalb der eigenen Person) an die vorhandenen Bewertungsschemata anzupassen. Werden die wahrgenommenen Ereignisse als diskrepant bewertet, erfolgen Reaktionen zur Herstellung einer Übereinstimmung oder Beendigung der wahrgenommenen Diskrepanz:

Ereignis → Wahrnehmung und Bewertung als diskrepant → Reaktionen, die Diskrepanz zu beenden oder Übereinstimmung herzustellen  
zu den eigenen Kognitionen

Beispiel: Widerstand vom Klienten aus

Der Therapeut erläutert sein Konzept von Stottern im Sinne eines gelernten Verhaltens, das mittels Verhaltenstherapie verlernt werden soll (Ereignis). Der Klient hat andere Vermutungen über den Ursprung seines Stotterns, er hält es, zumindest als Disposition, für vererbt (diskrepante Bewertung). Wenn Therapeut und Klient diese Diskrepanz nicht thematisieren und keine Übereinstimmung herstellen können, erfolgen Reaktionen mit der Konsequenz weiterer Diskrepanzen: Die Therapieansätze werden nur halbherzig befolgt (Reaktion, Widerstand), weil sie dem eigenen Konzept von Stottern nicht entsprechen und deshalb kaum erfolgreich sein können. Der Therapeut interpretiert dieses Verhalten als Unmotiviertheit und beendet im Einvernehmen mit dem Klienten die Therapie (Beendigung der Diskrepanzen).

Beispiel: Widerstand vom Therapeuten aus

Der Klient ist theoretisch sehr bewandert, er hat einige Bücher gelesen, in einer Selbsthilfegruppe mitgearbeitet und bereits viele Bemühungen hinter sich, sein Stottern abzubauen. Er möchte erst einmal das Konzept des Therapeuten wissen, um die endgültige Entscheidung für oder gegen eine Zusammenarbeit treffen zu können (Ereignis). Diese Forderung ist ungewöhnlich, der Therapeut sieht sich schon jetzt in Frage gestellt (Bewertung). Das Problem wird nicht thematisiert und deshalb keiner Lösung zugeführt.

Der Therapeut verweist auf seine langjährige Praxis und spricht ironisch über die bisherigen Bemühungen des Klienten und dessen Therapiepartner. Daraufhin entscheidet der Klient sich gegen eine Zusammenarbeit (Beendigung der Diskrepanzen vom Klienten aus aufgrund seiner Wahrnehmung, daß dieser »Therapeut« eine selbstverständliche Forderung abblockt).

Diese Beispiele zeigen, daß dem Widerstand beider Seiten eines gemeinsam ist: Die zu Diskrepanzen führenden Wahrnehmungen und Bewertungen werden nicht thematisiert. Die Beispiele wie auch die Tabellen zeigen auch, daß Widerständen durchaus akzeptable Bedürfnisse zugrunde liegen; insofern folgen ihnen ebenso zu akzeptierende (wenn auch nicht immer angemessene) Reaktionen. Es nützt allerdings wenig, beim Befund »Widerstand« stehenzubleiben, ihn zu beklagen und dem Klienten die Verantwortung anzuhängen. Es ist viel nützlicher und für die Zusammenarbeit mit Stotternden konstruktiv, Widerstand und die ihm zugrundeliegenden Bedürfnisse in die Zusammenarbeit zu integrieren. Wie dies geschehen kann, sollen die folgenden Ausführungen zeigen.

### 3. Über den Umgang mit Widerstand und den ihm zugrundeliegenden Bedürfnissen

Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten, sich mit Widerständen auseinanderzusetzen: prophylaktisch, wenn sie noch nicht aufgetreten sind, und nachdem sie aufgetreten sind. Obwohl ich aufgetretene Widerstände nicht nur als störend für die Zusammenarbeit

\* Alle Ausführungen hierzu stützen sich auf Caspar/Grawe 1980 und Nahler 1984.

erachte, so ist ihrer prophylaktischen Bearbeitung der Vorzug zu geben: Die dem Widerstandsverhalten zugrundeliegenden Bedürfnisse/Vorgänge sind meist nur wenig bewußt und damit schwierig zu thematisieren. Deshalb erscheint es nützlich, darüber nachzudenken, ob und wie Widerstände von vornherein in therapeutisches Handeln zu integrieren sind. Außerdem ist zu überlegen, ob und wie eine Zusammenarbeit so gestaltet werden kann, daß die Bearbeitung von Widerständen emotional möglich ist. Mit diesen Überlegungen soll begonnen werden, weil sie die Voraussetzung der Bearbeitung von Widerstand sind.

— Die emotionale Beziehung zwischen Klient, Kotherapeuten/Bezugspersonen und Therapeut sollte so sein, daß sie ein Thematisieren auch unangenehmer Inhalte offen und vollständig ermöglicht. »Emotionale Beziehung« ist leider kein eindeutig zu beschreibender Begriff, und die Sache selber wird nur wenig bewußt wahrgenommen. Außerdem ist sie von vielen Variablen abhängig und deshalb schwer beeinflussbar. Bevor wir sie allerdings ganz den zufälligen Einflüssen überlassen, sollte die halbwegs systematische Gestaltung der Beziehung versucht werden. Hierzu bietet sich aus verschiedenen Gründen die Gesprächspsychotherapie (GT) nach *Rogers* und *Tausch* an. Auf eine ausführliche Darstellung hierzu wird verzichtet (siehe *Wertenbroch* 1981 und die dort angegebene Literatur). Es soll allerdings noch bemerkt werden, daß GT, als »Technik« verwendet, kaum Aussicht auf Erfolg hat. Wesentlich wichtiger ist die Gewinnung einer Einstellung, auf deren Grundlage GT erst glaubwürdig wird.

— Eine ertragreiche Beziehung ist gleichzeitig gekennzeichnet durch Offenheit und Transparenz, die vom Therapeuten anzustreben ist. Der Therapeut ermutigt den Klienten, Fragen zu stellen zur Qualifikation des Therapeuten und zu dessen Ansichten über Stottern sowie zum Therapiekonzept und zu den bisherigen Erfolgen und Mißerfolgen. Der Klient erhält vor und nach jedem Kontakt Gelegenheit, Fragen zu stellen; er sollte vor allem nach der Meinung des Therapeuten bezüglich des aktuellen Standes der Zusammenarbeit fragen.

Der Therapeut erläutert sein Therapiekonzept und sein Vorgehen von sich aus, wenn der Klient nicht danach fragt. Diese Strukturierung der Zusammenarbeit erfolgt immer dann, wenn ein neues Element geplant oder praktiziert wird. Beispiel: Gesprächsausschnitt von Toncassette (teilweise stilistisch bereinigt).

W: Wir hatten ja schon zu Anfang vereinbart, daß wir über Stottern sprechen werden. Für mich ist es dabei wichtig, möglichst viel darüber zu erfahren, was Sie über Stottern denken. Ich werde versuchen, Sie ganz zu verstehen und das zu denken und zu fühlen, was Sie auch denken und fühlen.

Zwei Wochen später:

W: Sie haben gemerkt, wie ich bislang zu Ihnen gesprochen habe; ich habe versucht, Sie zu verstehen, mitzudenken und mitzufühlen. Wie haben Sie das empfunden?

K: Ja, das war gut. Ich habe jetzt gern darüber gesprochen.

W: Es fällt Ihnen jetzt leichter, über Stottern zu sprechen.

K: Ja, das war nicht mehr so schlimm.

W: Mir hat das auch sehr geholfen, weil Sie so offen über Ihr Stottern gesprochen und sehr viel mitgeteilt haben.

K: Wozu brauchen Sie das denn, was Sie da aufgeschrieben haben?

W: Gut, daß Sie fragen. Ich möchte Ihnen das so wieso erklären, weil ich ab heute anders mit Ihnen sprechen möchte. Das kann ich Ihnen mal an einem Beispiel erläutern. Sie hatten mal gesagt, daß Ihr Stottern vererbt sei. Das hatte ich mir aufgeschrieben, um jetzt mit Ihnen darüber sprechen zu können. Ich möchte nämlich, daß Sie das nicht mehr denken. Wenn Sie sagen, daß Ihr Stottern vererbt wurde, hört sich das so schicksalhaft an, als ob sich kaum noch etwas ändern ließe. Meinen Sie, daß solch ein Gedanke an Vererbung weiterhilft?

K: Nein, nicht.

W: Sie haben auch mal gesagt, bei Fremden mehr zu stottern. Ihr Problem fängt ja aber schon an, wenn Sie noch gar nicht gesprochen und wenn Sie jemanden schon als fremd gesehen haben. Ich frage mich, ob das Problem beim Fremden oder bei Ihnen liegt.

K: Lacht. Stimmt, das Problem habe ich.

W: Sehen Sie. Ich möchte jetzt gern mit Ihnen darüber diskutieren, ob Ihre Vorstellungen über Ihr Stottern für Sie nützlich sind oder nicht. Dazu muß ich aber anders zu Ihnen sprechen als bisher. Manchmal möchte ich Ihre Gedanken

ein bißchen anpieksen und in Frage stellen. Von mir aus gesehen ist das also eine andere Gesprächstechnik. Wir können das ja ausprobieren, und Sie sagen mir, ob es Ihnen was nützt. Wenn Sie übrigens Lust haben, zu dieser Gesprächs- und Denktechnik ein kleines Taschenbuch zu lesen, können Sie sich dies hier anschaffen ... (Hinweis auf: *Schwartz 1984*).

— »Zusammenarbeit« soll nicht ein anderes Wort für Therapie im Sinne einseitiger Beziehungen sein. Sie ist u. a. gekennzeichnet durch die Berücksichtigung der folgenden Situation: Über das Syndrom Stottern gibt es mehr Spekulationen als eindeutige Forschungsergebnisse. Dieser Situation sollte sich jeder Klient (außer Kindern) und jeder Therapeut bewußt sein und die Vorläufigkeit der vereinbarten Maßnahmen einsehen. Dazu gehört von seiten des Therapeuten, daß er seinen Beitrag als das kennzeichnet, was er tatsächlich ist: eine subjektive Sichtweise (eines Problems, eines Ereignisses usw.), die gänzlich falsch sein kann. Der Therapeut stellt nicht unumstößlich fest; er fragt, ob seine Beobachtungen richtig oder akzeptabel sind. Er läßt erkennen, daß seine Beobachtungen auch für ihn problematisch sein können. Die Befindlichkeit des Partners wird einbezogen, Fehler und Widersprüche werden als zum Suchprozeß gehörig mit einkalkuliert. Bevor ein Gesprächsausschnitt beispielhaft das Gemeinte darstellt, soll weiter konkretisierend bemerkt werden, daß die oben verwendeten Begriffe: kennzeichnen, erkennen lassen, einbeziehen und einkalkulieren stets gemeint sind als »ausführlich zur Sprache bringen«.

W: H. (Sohn) ist ja erst fünf Jahre alt. Wie Sie gesagt haben, verwendet er noch nicht so viel Aufmerksamkeit auf Sprechen und Stottern. Das ist auch gut so. Wir sollten deshalb erst einmal mit indirekten Maßnahmen anfangen (Erläuterung folgt).

N: Haben Sie schon Erfahrungen damit gemacht?

W: Ja, dieses Vorgehen hat sich schon bewährt (berichtet zur Erläuterung ähnliche Fälle). Ich kann aber nicht sagen, daß es bei H. genau so laufen wird. Es handelt sich hier um ein Therapieexperiment, unsere Maßnahmen können und müssen immer veränderbar sein. Wir werden also 14 Tage beobachten und dann neu überlegen: Machen wir so weiter oder müssen

wir eine andere Maßnahme durchführen.

N: Na ja.

W: Ist das ein bißchen unbefriedigend für Sie?

N: Ja, schon. Ich habe gedacht, daß wir gleich Übungen machen.

W: Für Sie wäre das sicher befriedigend, weil Sie ja dann direkt was tun könnten für H.

— Als nächstes ist zu berücksichtigen, daß Therapiepartner nicht zufriedenstellend und sachbezogen arbeiten können, wenn sie mit sich selbst oder mit dem Partner nicht weiterkommen. Das muß dann sofort verbalisiert werden und hat Vorrang vor den geplanten Therapiezielen (Störungsregel, Störungen haben Vorrang).

— Therapie oder Zusammenarbeit ist durchaus nicht nur Sache der beiden Partner und einiger Bezugspersonen/Kogetherapeuten. Spätestens beim Auftreten von Widerständen, etwa bei Problemen mit dem Therapiekonzept, kann man Kollegen fragen. Vor allem auch solche, die der eigenen Richtung nicht nahestehen. Vielleicht lassen sich so neue Informationen integrieren und Widerstände überwinden.

— Besonders der Beitrag von *Richter* (1981) verweist auf eine erhebliche Problematik, die vor allem in den Fähigkeiten des Therapeuten begründet ist. *Richter* nennt im wesentlichen drei Gründe für Widerstand und Therapieresistenz: unzureichende Differentialdiagnostik, inadäquate Behandlung für den vorliegenden Fall und mangelnde Kompetenz des Therapeuten. Die sich daraus ergebende Konsequenz ist eindeutig: Jeder Therapeut steht vor der Notwendigkeit einer umfangreichen und stetigen Weiterbildung, um Widerständen vorbeugen und sie konstruktiv bearbeiten zu können.

#### 4. Arbeitshilfen

##### 4.1. Einschätzungsbogen

Ich möchte jetzt Arbeitshilfen darstellen, die ich in meiner Zusammenarbeit mit Stotternen als hilfreich empfunden habe. Es handelt sich dabei um Einschätzungsbogen, die bis zur vorliegenden Form eine Entwicklung durchlaufen haben. Diese Bogen verstehe ich dennoch nur als Vorschlag und als *eine* Möglichkeit, Therapiehindernissen vorzu-

beugen und sie konstruktiv zu verwerten. Die Angaben in den Bogen beziehen sich auf die obigen Tabellen. Sie werden bei Bedarf ausgefüllt; dies wird zu Beginn der Zusammenarbeit vereinbart. Dann erhalten die Therapiepartner zunächst zehn Bogen. Allerdings wird auch vereinbart, daß ein ausgefüllter Bogen bei Bedarf von jedem der Therapiepartner angefordert werden kann. Selbstverständlich bleibt es nicht beim Ausfüllen. Die Bogen sind lediglich *Anlaß* zum dann folgenden Gespräch, in dem vor allem die wahrgenommenen Probleme thematisiert und akzeptierend erörtert werden. Wenn keine Probleme wahrgenommen werden und wenn kein Bedarf besteht, können die Bogen in regelmäßigen Abständen dennoch ausgefüllt werden. Da vor allem dann positiv eingeschätzt wird, ist ein Gespräch über die als

positiv wahrgenommene Zusammenarbeit im Sinne einer positiven Bekräftigung gut möglich. Die drei Bogen sind am Schluß dieses Beitrages abgedruckt.

#### 4.2. Einsatz der Tabellen im Gespräch

Je nach Fähigkeit und Interesse der Therapiepartner kann es nützlich sein, die beiden Tabellen zu kopieren, sie auszuhändigen und schon zu Beginn der Zusammenarbeit akzeptierende Gespräche darüber zu führen. Da die Problemverhaltensweisen dann schon bekannt sind, wirkt ihre Kenntnis verhaltensregulierend. Außerdem wird der oben genannten Offenheit und Transparenz Rechnung getragen. Dann fällt es jedem der Therapiepartner leichter, seine Wahrnehmungen zu thematisieren.

#### *Anlage 1: Einschätzungsbogen für den Stotternden*

##### *Was denke ich über unsere Zusammenarbeit?*

Überlegen Sie bitte kurz, und kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

	Stimmt ganz	Stimmt etwas	Stimmt gar nicht
1.1. Wenn ich bald nicht mehr stottere, wird man mehr von mir erwarten. Ich habe Bedenken, ob ich dieser neuen Situation gerecht werde.			
1.2. Mein Therapiepartner nimmt mich nicht immer ganz ernst. Er sieht mich nicht als gleichwertigen Partner.			
1.3. Irgendwas stört mich an meinem Therapiepartner.			
1.4. Ich glaube nicht, daß diese Therapie hilft. Auch an der Zusammenarbeit stört mich irgendwas.			
1.5. Es stört mich, daß meine/mein .....* bei dieser Therapie mitmacht.			

\* Hier muß vorweg ausgefüllt werden, wer Kotherapeut oder Bezugsperson ist, z. B. Ehefrau, Mutter usw.

#### *Anlage 2: Einschätzung durch Familienangehörige / Bezugspersonen / Kotherapeuten*

##### *Was denke ich über die Therapie?*

Überlegen Sie bitte kurz, und kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

	Stimmt ganz	Stimmt etwas	Stimmt gar nicht
1.2. Der Sprachtherapeut nimmt mich nicht immer ganz ernst. Er sieht mich nicht als gleichwertigen Partner.			
1.3. Irgendwas stört mich am Sprachtherapeuten.			
1.4. Ich glaube nicht, daß diese Therapie hilft. Auch an der Zusammenarbeit stört mich irgendwas.			
1.5. Wenn ..... mal nicht mehr stottert, kann das auch nachteilig sein.			

Anlage 3: Einschätzungsbogen für den Therapeuten

Was denke ich über die Zusammenarbeit?

	Stimmt ganz	Stimmt etwas	Stimmt gar nicht
2.1. Manchmal stelle ich mir vor, daß ich der Sache nicht gewachsen bin.			
2.2. Es ist mir manchmal unangenehm, alles zu sagen, was ich eigentlich sagen möchte.			
2.3. Mein Therapiepartner dominiert in dieser Beziehung, und das stört mich.			
2.4. Irgendwas stört mich an meinem Therapiepartner.			
2.5. Ich bin mit meinem Therapiekonzept und mit der Zusammenarbeit nicht zufrieden.			
2.6. Irgendwas stört mich an den Familienangehörigen / Bezugspersonen / Kotherapeuten.			

Literatur

- Caspar, F. M., und Grawe, K.: Der Widerspenstigen Zähmung? Eine interaktionelle Betrachtung des Widerstandsphänomens in der Verhaltenstherapie. In: Kongreßbericht Berlin 1980 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen 1980, S. 195—206.
- Nahler, M.: Die Bearbeitung von Widerständen in der Therapie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Tübingen 1984, S. 391—402.
- Richter, E.: Zu Fragen der Therapieresistenz des Stotterns. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 326—335.
- Schwartz, D.: Gefühle erkennen und positiv beeinflussen. Landsberg 1984.
- Wertenbroch, W.: Gesprächspsychotherapeutisch orientiertes Verhalten in der ambulanten Behandlung Sprachbehinderter. Die Sprachheilarbeit 26 (1981), S. 240—245.

Anschrift des Verfassers: Wolfgang Wertenbroch Birkenstraße 3 4448 Emsbüren	Wolfgang Wertenbroch ist Sprachbehindertenpädagoge und Sonderschullehrer an einer Schule für Lernbehinderte. Arbeitsschwerpunkt: Praktische Arbeit mit stotternden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.
--	--

**Logopädin**

zur Übernahme einer Praxis in Frankfurt gesucht. Arbeitsbedingungen für eine selbständige Arbeit sind optimal, Krankengymnastik ist angeschlossen.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 03/03 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.



Jutta Breckow, Köln

## Überlegungen zur Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte

### Zusammenfassung

Aufgrund einer empirischen Untersuchung sowie der Morphologischen Didaktik von *Westphal* werden kurze Streiflichter auf eine mögliche Umsetzung dieser Didaktik auf den Unterricht an Schulen für Sprachbehinderte geworfen. Ein Schwerpunkt der Reflexion ist das Verhältnis von Erziehung, Unterricht und Therapie. Die Analyse der empirischen Ergebnisse und die Konstruktion der Morphologischen Didaktik führen zu einem Entwurf hochschuldidaktischer Konsequenzen mit dem Ziel der Handlungskompetenz zukünftiger Lehrer an Schulen für Sprachbehinderte.

### 1. Grundlagen für die Überlegungen

#### 1.1. Empirische Untersuchungen an einer Schule für Sprachbehinderte

In einer empirischen Untersuchung an einer Schule für Sprachbehinderte ist der Versuch unternommen worden, herauszufinden, worin die Handlungskompetenz von Lehrern sprachbehinderter Schüler besteht. Die Ergebnisse sind in Heft 6 (1985) dieser Zeitschrift veröffentlicht worden. Probleme der Lehrer und ihre Formen der Bewältigung sind beschrieben worden. Weiterführende und weniger entwicklungsfördernde Erziehungsprozesse sind unterschieden worden. Die daraus entstandenen Erkenntnisse führen zu Forderungen, die an die Ausbildung für Sprachbehindertenpädagogen zu stellen sind.

#### 1.2. Morphologische Didaktik

So wie kommunikative Kompetenz von einem Repertoire von Regeln auf den verschiedenen Strukturebenen der Sprache abhängt, so ist Handlungskompetenz ohne ein Konzept nicht denkbar. Das bedeutet für die

Handlungskompetenz von Lehrern, daß sie ein didaktisches Konzept brauchen, das ihnen hilft, im pädagogischen Alltag angemessen zu entscheiden und zu intervenieren.

In der oben genannten Untersuchung ist deutlich geworden, daß Lehrer mit reduktionistischen Konzepten der komplexen Erziehungssituation nicht gerecht werden können, daß auch viel Faktenwissen allein wenig zur Handlungsfähigkeit der Lehrer besonders in unvorhergesehenen Konfliktsituationen beiträgt.

Es wird vielmehr ein Konzept gebraucht, das nicht nur die Vielschichtigkeit der Erziehungsprozesse bei Sprachbehinderten postuliert, sondern diese sowohl strukturiert als auch den dynamischen Veränderungen Rechnung trägt und damit den gezielten Einsatz von verschiedenen Interventionen (sowohl fördernden als auch fordernden) unterstützt.

Es haben viele Versuche, lebensproblemzentrierten Unterricht aufgrund des morphologischen Konzepts zu gestalten, in Schulen für Lernbehinderte stattgefunden, die gezeigt haben, daß er die Schüler in Richtung auf emanzipierte Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt führen kann.

Da sich in der Untersuchung herausgestellt hat, daß gerade die Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens der sprachbehinderten Schüler ein großes Problem für die Lehrer ist, wird die These vertreten, daß — mit Modifikationen — ein Konzept, das sich für Lernbehinderte bewährt, auch in der Schule für Sprachbehinderte brauchbar sein kann. Außerdem ist die Morphologische Didaktik nach *Westphal* nicht auf eine

bestimmte Schulart festzulegen (*Westphal* 1982, S. 130).

Kernstück der morphologischen Theorie sind die Tiefenstrukturen seelischen Geschehens. Sie bilden sich aus verschiedenen Faktoren, die trotz gegensätzlicher Tendenzen alle zugleich unterschiedlich stark wirksam werden. Sie stehen in Wechselwirkungen zueinander, was Veränderungen in der Gesamtstruktur bewirkt. Dadurch entstehen Konstellationen mit unterschiedlichen Akzenten. *Westphal* nennt folgende »Grundkonstellationen menschlicher Existenzbewältigung« (*Westphal* 1980, S. 206):

1. Auseinandersetzung: Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß auf der einen Seite Begrenzungen erfahren werden (sich anpassen müssen), auf der anderen Seite aber auch Spielräume eröffnet werden können (sich ausleben können).
2. Vereinheitlichung: Die Vielfalt der Phänomene muß geordnet (strukturiert) werden, um sich gezielt auf etwas richten und darauf einwirken (intervenieren) zu können.
3. Austausch: Eine Aneignung findet statt (z. B. Wissen wird ergänzt), und eine Verarbeitung und Verwendung des Angeeigneten führt weiter (Entwicklung, Umgestaltung).

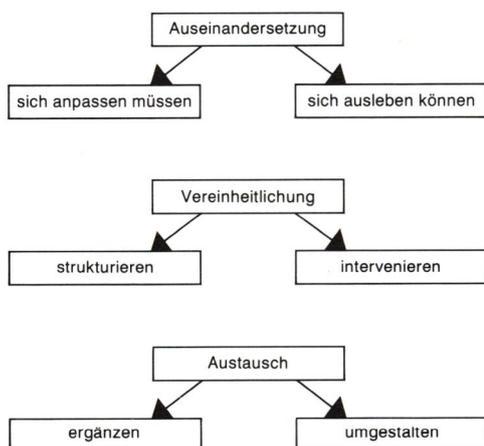


Abbildung 1: Grundkonstellationen menschlicher Existenzbewältigung (nach *Westphal*)

Ein Grundgedanke des lebensproblemzentrierten Unterrichts ist, daß der Lehrer zwischen Schülern und zu vermittelnder Sache ein Bindeglied schafft: den didaktischen Nenner. Durch ihn stellt er die nicht selbstverständlich von vornherein gegebene Beziehung her zwischen den Schülern und der Sache. Es handelt sich dabei um die Darstellung von Strukturen, die sowohl den Lebensproblemen der Schüler als auch dem Unterrichtsgegenstand immanent sind. Auch das Unterrichtsgeschehen selbst ist auf gleiche Weise strukturierbar, so daß die aktuelle Situation metakommunikativ erschlossen werden kann. Ein ständiges, unterbrechendes Abweichen vom Thema ist dabei nicht notwendig, da das übergreifende Problem (nicht die zu vermittelnde Sache an sich) zum Thema wird. So heißt z. B. das Thema nicht »Der Schmetterling«, sondern »Die Verwandlungen des Schmetterlings«, und es geht dabei sowohl um die Entwicklung des Schmetterlings als auch um die der Schüler im Lernprozeß und in ihrem Leben.

## 2. Überlegungen für die Schule für Sprachbehinderte

Im Anschluß an die genannte Erhebung sind in Zusammenarbeit mit einigen beteiligten Lehrerinnen Versuche unternommen worden, lebensproblemzentrierten Unterricht für Schüler in der Schule für Sprachbehinderte zu entwerfen und durchzuführen. Ein Bericht über diese Versuche ist am Beispiel einer Unterrichtseinheit in Erdkunde einer 6. Klasse bei dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik 1982 in Berlin gegeben worden (*Breckow* 1983). Ausgangspunkt solchen Unterrichts sind nicht nur die Lebensprobleme der Schüler, sondern auch die Auseinandersetzungsprobleme der Lehrer, wie sie in der empirischen Untersuchung zutage getreten sind. Diese sollen mit Hilfe des morphologisch orientierten Unterrichtskonzepts im Vereinheitlichen so gelöst werden, daß Austausch geleistet werden kann. Konkreter heißt das, daß Lehrer in die Lage versetzt werden sollen, die Vielfalt ihrer Aufgaben in Erziehung, Unterricht und Therapie, die Unterschiedlichkeit

ihrer Schüler, deren Probleme und deren verschiedenste sprachliche Symptome so auf einen Nenner zu bringen, daß jeder einzelne die Möglichkeit zur eigenen Weiterentwicklung in der Gemeinschaft erhält.

Dieses Vereinheitlichen läßt sich bewerkstelligen mit Hilfe der Strukturen, die in den »Grundkonstellationen menschlicher Existenz« erkennbar werden, da sie auf den verschiedensten Ebenen in den unterschiedlichsten Bereichen wiederzufinden sind, weil sie helfen, Welt aufzuschließen. Sowohl Lehrerprobleme als auch Schülerprobleme und Sachprobleme sind auf diese Weise ähnlich strukturierbar. In diesen Dimensionen erschließen sich dann auch Unterrichtsprobleme, die mit Hilfe der Darstellung solcher Strukturen metakommunikativ offengelegt werden können. So werden Beziehungen zwischen allen Beteiligten und zur Sache klargestellt und eine Orientierung in der komplexen Erziehungssituation für Lehrer und Schüler erleichtert.

Was die *Sprache* betrifft, sollte sie als Instrument, Auseinandersetzungsprobleme besser bewältigen zu können, nicht dieser Funktion beraubt werden. Das bedeutet, daß die durch Sprache vermittelten Inhalte nicht als unwichtig abgetan in den Hintergrund treten sollten. Auch wenn durch Sprachstörungen Sprachübungen notwendig sind, darf nicht vergessen werden, daß es darum geht, mit Sprache Sachverhalte zu klären, zu denen Stellung bezogen werden muß. Das erfordert Konsequenzen auf der Ebene der Unterrichtsvorbereitung und auf der Ebene der Organisation.

### 2.1. Unterrichtsplanung

Bei der Unterrichtsplanung hat der Lehrer die Aufgabe, sich die eigene Beziehung zum Unterrichtsgegenstand und mögliche Beziehungen seiner Schüler dazu klarzumachen, um die Struktur zu entwerfen, die sowohl der Sache als auch den Lebensproblemen der Schüler am besten gerecht werden kann (Vereinheitlichen). Dabei spielt gleichzeitig die Überlegung eine Rolle, welche sprachlichen Probleme der Schüler bei der Arbeit mit dem Thema auftauchen können. Um jedoch nicht nur auf Hypothesen bei der Vorberei-

lung angewiesen zu sein, muß der Unterricht so aufgebaut werden, daß besonders zu Anfang der Stunde, aber auch innerhalb des gesamten Lernprozesses das Vermögen der Schüler, mit dem Thema umzugehen — auch sprachlich umzugehen — vom Lehrer erkundet werden kann. In den darauf folgenden Unterrichtsabschnitten wird direkt darauf Bezug genommen.

*Westphal* sieht Unterricht als Aneignungs- und Umbildungsprozeß und entwickelt daraus die folgenden didaktischen Artikulationsstufen:

In der *Bestandsaufnahme* geht es darum, sowohl den Wissensbestand (der Schüler) festzuhalten als auch die Beziehung zum Thema durch die strukturierte Themenangabe des Lehrers klarzustellen.

Im *Überschaubarmachen* wird der individuelle Bestand der einzelnen Schüler ergänzt durch das Zusammentragen des gemeinsamen Wissens der Lerngruppe und durch das Einordnen in die vom Lehrer eingegebene Ordnung bzw. Strukturierung.

Im *Durchformen* werden neue Informationen zum bisherigen Können und/oder neue Verhaltensweisen aufgebaut und durchgearbeitet.

Im *Entfalten* werden die Sinnzusammenhänge neu erworbener Details aufgedeckt und Konsequenzen, nächste Arbeitsschritte, Alternativen entwickelt, um zu »neuen Ufern« fortschreiten zu können.

Dies wird mit Berücksichtigung der *sprachlichen Komponente* auf folgende Weise ergänzt:

*Bestandsaufnahme*: Diagnose des aktuellen sprachlichen Leistungsvermögens der Schüler bei der Konfrontation mit der strukturierten Themenangabe.

*Überschaubarmachen*: Zuordnung von Begriffen zur gegebenen Struktur.

*Durchformen*: Sowohl Korrektur sprachlicher Fehlleistungen individuell als auch Übung normgerechter Sprachverwendung in Gruppen oder Klassenverband.

*Entfalten*: Anwendung der geübten sprachlichen Fähigkeiten bei der differenzierteren Darstellung von Zusammenhängen.

## 2.2. Organisation

Auf der Ebene der Organisation bedeutet die Tatsache, daß bei einem funktionierenden Austausch Form und Inhalt der Sprache gleichwertig und nicht voneinander trennbar sind, daß ein didaktisches Modell, wie *Keller* (1973) es entworfen hat, überdacht werden muß. Er will die Schüler zur kommunikativen Kompetenz führen, indem er zwei Stränge verfolgt: die Beeinflussung der Kommunikationsstörung (kollektiv) und die der Sprachstörung (individuell).

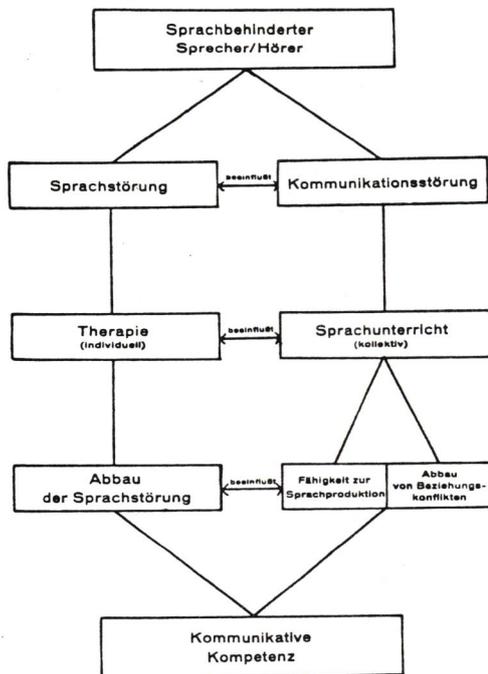


Abbildung 2: Modell des Sprachunterrichts (Keller 1973, S. 77)

Er sagt zwar, daß sich beide Stränge gegenseitig beeinflussen; die Gefahr, daß der Bezug verlorengeht und beides nebeneinander herläuft, ist jedoch groß. Die enge Bindung muß deutlich hervorgehoben werden. Außerdem muß klar werden, daß es nicht nur um Probleme der Sprachverwendung und des Sprachsystems (Vereinheitlichen) geht, sondern um die Auseinandersetzung des Sprachbehinderten mit der Umwelt, die durch adäquaten Umgang mit Sprache in

vielen Situationen besser zu Austausch führt als mit anderen Mitteln. Aufgrund dieser Überlegungen wird *Kellers* Modell auf folgende Weise modifiziert.

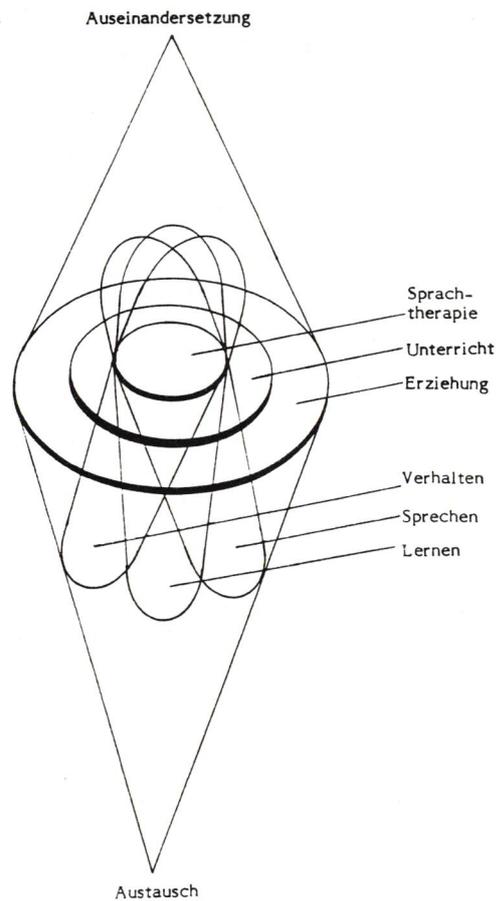


Abbildung 3: Modifiziertes Modell zum Unterricht an Schulen für Sprachbehinderte

Erläuterungen zum modifizierten Modell: *Erziehung, Unterricht und Therapie* in der Sprachbehindertenpädagogik unterscheiden sich dadurch, wie das Verhältnis von Verhalten, Sprechen und Lernen zueinander unterschiedlich organisiert wird. In welcher Form Verhalten, Sprechen und Lernen miteinander im Unterricht verbunden werden können, ist oben bereits beschrieben worden (Grundkonstellationen menschlicher Existenzbewältigung als didaktischer Nenner).

In welchen Formen *Unterricht und Therapie* (beides auf der Basis pädagogischen Handelns = Erziehung) miteinander verknüpft werden können, haben *Braun* u. a. (1980) zusammengestellt. Alle vier Formen haben ihre Berechtigung und sollten je nach situativen Möglichkeiten genutzt werden. Da in der Untersuchung festgestellt worden ist, daß reduktionistische Konzeptionen und einseitig ausgerichtete Interventionen nicht zu dem in Erziehung beabsichtigten entwicklungsgeordneten Austausch führen, wird hier die Auffassung von der Notwendigkeit der Überwindung der Spaltung bestimmter Aspekte aus dem Wirkungsgefüge komplexer Einheiten vertreten. Dadurch werden jedoch den unterschiedlichen Organisationsformen verschiedene Wertungen gegeben:

1. Sprachtherapie und Unterricht werden *isoliert* voneinander durchgeführt. Das bedeutet räumliche, zeitliche und inhaltliche Trennung. Es liegt auf der Hand, daß mit dem Ansatz der Ganzheitstheorie diese Organisationsform nur akzeptiert werden kann, wenn es sich um die Behandlung einer Sprachstörung (im Gegensatz zur Sprachbehinderung) handelt, wenn die Sprachtherapie umfassend angelegt wird, und/oder wenn diese Organisationsform durch andere ergänzt wird.

2. Sprachtherapie und Unterricht stehen in einem *additiven* Verhältnis zueinander. Während des allgemeinbildenden Unterrichts werden etwa in Phasen der Stillarbeit sprachtherapeutische Maßnahmen mit einzelnen Schülern zusätzlich durchgeführt. Hier liegt es an der Geschicklichkeit des Sprachbehindertenpädagogen, wieweit er eine Verbindung herstellen kann zwischen den kommunikativen Situationen im Unterricht, dem Unterrichtsgegenstand und den Sprechübungen. Es ist nicht selbstverständlich, daß er sich etwa unter Druck stehend, weil er viele einzelne Schüler betreuen muß, die Zeit nimmt, um die Situation metakommunikativ zu klären. Ein derartiger Austausch ist angezeigt, damit dem Schüler im Vereinheitlichen die Sinnhaftigkeit des Vorgehens klar wird und seine Betroffenheit

durch seine Beziehung zur Sache hergestellt wird.

Das Modell von *Keller* (1973) intendiert besonders die Anwendung dieser beiden Organisationsformen und bleibt damit in seinen didaktischen Möglichkeiten zu eng, wodurch die Gefahr der Spaltung von Sprachstörung und Kommunikationsstörung sich vergrößert. Dieser Gefahr kann durch die beiden letzten von *Braun* u. a. (1980) genannten Organisationsformen begegnet werden.

3. Bei der *integrierten* Sprachtherapie wird versucht, die individuellen Förderbedürfnisse der Sprachbehinderten mit der Vermittlung des Unterrichtsgegenstandes zu verbinden.

4. Die *immanente* Sprachtherapie macht das sprachtherapeutische Anliegen selbst zum Unterrichtsgegenstand.

Besonders diese beiden letztgenannten Formen sind in den Unterrichtsversuchen mit Sprachbehinderten mit dem didaktischen Modell von *Westphal* verwirklicht worden. Integrierte Sprachtherapie ist z. B. betrieben worden, wenn im Erdkundeunterricht zur Beantwortung einer bestimmten Fragestellung immer wieder dieselbe Satzkonstruktion benutzt wurde:

Die Menschen nutzen den Fluß, indem ...

Die Menschen nutzen den Wald, indem ...

Immanente Sprachtherapie ist durch die Metakommunikation bei Beginn jeder neuen Unterrichtsphase betrieben worden. Auf diese Weise kann das in der Untersuchung erkannte Vereinheitlichungsproblem von Wissensvermittlung auf der einen Seite und sprachtherapeutischer Einflußnahme auf der anderen Seite bewältigt werden.

### 3. *Konsequenzen für die Ausbildung von Sprachbehindertenpädagogen*

Zweck der vorangegangenen Darstellung war, die Erörterung der Frage nach der Steigerung der Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte auf eine argumentative und konzeptionelle Basis zu stellen. Im Folgenden wird versucht, eine Antwort auf hochschuldidaktischer Ebene zu finden.

### 3.1. Auseinandersetzung

Es ist in der Untersuchung gefunden worden, daß die Handlungskompetenz der Sprachbehindertenpädagogen nicht nur auf großem Faktenwissen beruhen kann, sondern daß Interventionen so mehrdimensional angesetzt werden müssen, daß die Auseinandersetzung des Sprachbehinderten mit der Umwelt zu Austausch führen kann. Um den zukünftigen Sprachbehindertenpädagogen dazu zu befähigen, muß ihm Gelegenheit gegeben werden, seine *eigene* Auseinandersetzung mit seiner Umwelt so gestalten zu können, daß seine Entwicklung zum Pädagogen, der sich sprachbehinderter Menschen annimmt, vorankommt. Es muß betont werden, daß Lösungsformen, in denen die Auseinandersetzung entschieden wird, besonders wichtig sind. Deshalb müssen Studenten lernen, Stellung zu beziehen zu den verschiedenen Problemen der Menschheit allgemein, zu ihren eigenen Problemen eine Einstellung zu gewinnen und vor allen Dingen die mit Sprachbehinderung verbundenen Probleme zu erkennen und zu strukturieren. Dazu müssen sie sich Klarheit verschaffen über ihr eigenes Bild von Welt und mögliche Zugangsweisen kennen. So wird es ihnen möglich, für die eigene Betroffenheit und für Betroffenheiten anderer (Sprachbehinderter) sensibel zu werden und Beziehungen zwischen sich und anderen und zwischen anderen untereinander wahrzunehmen, zu strukturieren und zu beeinflussen. Dies ist die Voraussetzung für das Ingangsetzen von Austauschprozessen bzw. für die Überwindung gehemmter Entwicklungsprozesse — auch solcher Entwicklungsprozesse, die durch Sprachstörungen qualitativ verändert sind. Das erfordert von der Hochschule ein Angebot von Darstellung grundlegender Probleme und grundsätzlicher (philosophischer) Gedanken zu Möglichkeiten der Lösung, die in Gesprächskreisen diskutiert werden sollten.

### 3.2. Vereinheitlichung

Zusätzlich sind ganz konkret formulierte und auf den zukünftigen Berufsalltag zugeschnittene Probleme zu lösen, damit Vereinheitlichung geleistet werden kann. Zunächst kann

das in der Hochschule simuliert werden, damit mit größerer Sicherheit später in der Schule für Sprachbehinderte unter Anleitung weitere Erfahrungen gemacht werden können. Bei der Formulierung der Vorhaben soll es nicht um Eliminierung von Schwierigkeiten gehen, da der zukünftige Sprachbehindertenpädagoge lernen muß, mit *komplexen* Situationen fertigzuwerden. Es kommt vielmehr darauf an, solchen Situationen den Ernstcharakter zu nehmen und sie überschaubar zu machen, damit beim Sammeln und Auswerten von Erfahrungen Angst reduziert und Sicherheit vergrößert werden. Wenn es sich um möglichst wirklichkeitsnahe Erziehungssituationen handeln soll, wird die Organisation des Studiums in Projektform wieder aktuell, weil nur psychologische, nur linguistische oder nur soziologische Gesichtspunkte der Situation nicht gerecht werden können und deshalb so keine adäquate Handlungsfähigkeit des Pädagogen erreicht werden kann. Die übliche Trennung zwischen den Fächern innerhalb der Hochschule läßt die Studierenden allein bezüglich der Verbindung der verschiedenen Denksysteme zur Bewältigung des Berufsalltags.

### 3.3. Austausch

Nicht nur die Trennung zwischen Theorie und Praxis müßte abgebaut werden, auch die Trennung zwischen Lehre und Forschung ist in Frage zu stellen. Wie es in der Schule um Beziehungen und Betroffenheit geht, muß auch in der Hochschule darauf geachtet werden, daß die Studierenden den Sinn und Wert dessen, was sie lernen sollen, für sich selbst erkennen können. Wenn handlungsorientierte Forschung Austausch mit der Praxis pflegt und Studenten daran teilnehmen, bekommen sie die Chance, die Probleme der Praxis schon während des Studiums zu erfahren. Wissenschaftliche Methoden werden angewendet, statt Trockenübungen zu machen. Die Beziehung zwischen wissenschaftlichem Personal der Hochschule und Studierenden sollte nicht nur komplementär gestaltet sein, sondern ein gemeinsames Vorhaben erlaubt auch symmetrische Kommunikation (*Watzlawick* u. a. 1980). In der Bildung und Erziehung (auch an der Hochschu-

le) ist der Lehrer kein wegekundiger Führer, sondern höchstens Leiter einer Reise zu einem noch nicht genau bekannten Ziel durch ein unerforschtes Gebiet. »Es bleibt unabsehbar, ob und wie der Mensch sich gewinnt in seinem Selbstsein« (Jaspers 1981, S. 33).

Eine inhaltliche Verbindung zwischen pädagogischer Arbeit (in der Schule) und Arbeit in der Hochschule läßt sich wiederum herstellen durch die Strukturierung der Themen und Vorhaben nach den »Grundkonstellationen menschlicher Existenz«. Wie jede Unterrichtsstunde und jede Unterrichtseinheit lassen sich auch die Veranstaltungen innerhalb der Hochschule nach den Prinzipien der Morphologischen Didaktik aufbauen. Erste eigene Versuche haben gezeigt, daß Studenten sich viel schneller von den hypothetisch gegebenen Strukturen lösen als Schüler, weil die einfachen Strukturen für differenziertere Aufschlüsselung der Probleme sehr begrenzt brauchbar sind. Dennoch sind sie als erster Zugang und für die Aufdeckung verbindender Gesichtspunkte verschiedener Einzeltatsachen für Lehrende und Lernende hilfreich. Die Studierenden sollten Konzepte und Methoden der Hochschullehrer nicht nur kennenlernen, sondern diese auch in den höheren Semestern als Tutoren innerhalb der Hochschule ausprobieren, um dann in der Berufspraxis einige Handlungsformen bereits zu beherrschen. Eine Ergänzung hinsichtlich spezifisch sprachtherapeutischer Handlungskompetenz kann durch die oben bereits vorgeschlagenen Vorhaben in Pro-

jekten mit Sprachbehinderten geschehen. Unter Supervision betreuen Studenten dann Sprachbehinderte mit den unterschiedlichsten Syndromen, in den verschiedenen Altersstufen, einzeln, in Gruppen oder in Klassen.

Auch durch Forschungsvorhaben innerhalb des Sprachheilwesens, an denen Studenten beteiligt werden könnten, ließen sich Aufgaben stellen, die die Einübung in sprachtherapeutische Verfahren erforderlich und möglich machten.

#### 4. Ausblick

Die Morphologische Didaktik erfordert einigen Aufwand an Einarbeitung in den ihr zugrundeliegenden Denkstil. Das sollte jedoch nicht abschrecken, sich mit ihr zu beschäftigen. Vieles von dem in dieser Theorie auffindbaren Gedankengut ist Pädagogen altbekannt und verringert deshalb die Unsicherheiten. Dazu gehört z. B. Schülerorientierung, Handlungsorientierung, Offenlegung unterrichtlichen Handelns, Strukturierungshilfen. Nicht nur Schüler und Studenten brauchen Strukturierungshilfen, sondern auch Sprachbehindertenpädagogen finden an ihnen Halt, wenn sie in ihrer großen Aufgabenvielfalt zu ersticken drohen. Allerdings muß zugegebenermaßen das vorgestellte Konzept immer wieder der kritischen Überprüfung unterzogen werden. Das soll geschehen durch den Austausch zwischen den in der Praxis tätigen und den die Theorie konstruierenden Sprachbehindertenpädagogen.

#### Literatur

- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Breckow, Jutta: Beziehungen herstellende Strukturen als didaktisches Prinzip im Unterricht der Schule für Sprachbehinderte, dargestellt an einem Beispiel einer Unterrichtseinheit im Fach Erdkunde für eine 6. Klasse. In: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (Hrsg.): Konzepte und Organisationsformen zur Rehabilitation Sprachbehinderter. Hamburg 1983, S. 125—139.
- Breckow, Jutta: Empirische Untersuchung über Alltagsprobleme von Lehrern an einer Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule) sowie Entwicklung und Evaluation von didaktisch-methodischen Lösungsstrategien. Dissertation, Oldenburg 1985.
- Breckow, Jutta: Zur Handlungskompetenz von Lehrern an Schulen für Sprachbehinderte — Empirische Untersuchung an einem Kollegium. Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 6, S. 291—294.
- Jaspers, K.: Was ist Erziehung? Ein Lesebuch. München 1981.
- Keller, P.: Sprachliche Kommunikation bei sprachbehinderten Schülern. Die Sprachheilarbeit 18 (1973) 3, S. 65—83.

- Watzlawick, P., Beavin, J., und Jackson, D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 51980.
- Westphal, E.: Didaktik der Lernbehindertenschule. III. Teil: Entwicklung der Theorie lebensproblem-zentrierter Unterrichtsgestaltung. Oldenburg 1980.
- Westphal, E.: ... die Wissenschaft (wieder) menschlich machen. Vorlesungen zur Pädagogik als Wissenschaft. Oldenburg 1982.

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

Dr. Jutta Breckow ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
im Fach Sprachbehindertenpädagogik an der Universität  
zu Köln.

### **Diplompädagogin**

für sonderpädagogische Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, Diplomprüfung Winter 1985, sucht Arbeitsplatz möglichst im Raum Hannover.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 04/03 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Das *Lebenshilfe-Werk Kreis Waldeck-Frankenberg e.V.* ist eine im Landkreis Waldeck-Frankenberg arbeitende Behinderteneinrichtung mit Werkstätten, Wohnheimen, Kindertagesstätten und Behandlungs- und Beratungsstellen im Raum Korbach und Frankenberg.

Für unseren Kinderdienst suchen wir für sofort oder später

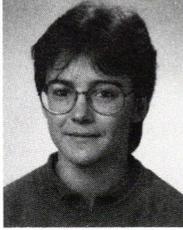
### **eine(n) Logopädin(en)**

*möglichst mit Berufserfahrung.*

Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Therapeutenteam sowie mit den anderen Fachkräften unserer Einrichtungen setzen wir voraus.

Vergütung erfolgt nach BAT.

Richten Sie bitte Ihre Bewerbung bis zum 1. August 1986 an das Lebenshilfe-Werk Kreis Waldeck-Frankenberg e.V., Christian-Paul-Straße 2—4, 3540 Korbach 1.



Heike Schröter, Bad Rappenau

## Atemtherapie als ein Grundstein im Behandlungsgefüge der Stimmheilkur

### Zusammenfassung

Seit Oktober 1982 wird in Bad Rappenau das Konzept der Stimmheilkur nach Prof. *Gundermann* verfolgt, ein multidimensional angelegtes Heilverfahren für Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen.

Die Atemtherapie nimmt einen großen Raum innerhalb dieses Rahmens ein. Daher soll der folgende Beitrag die Zusammenhänge zwischen Atem- und Stimmfunktionen darstellen und aufzeigen, wie sich unphysiologische Atem- und Stimmuster korrigieren lassen.

Für die Atemtherapie, wie sie zur Zeit in Bad Rappenau im Rahmen der Stimmheilkur durchgeführt wird, sind zwei Aspekte von Bedeutung:

— Die Patienten, die zu uns kommen, haben meistens Zeiten großer Belastungen hinter sich — berufliche Überforderung, Krankenhausaufenthalt, Konfrontation mit dem eigenen Störungsbild —, zweifellos Stressoren, die die physische und psychische Stabilität ins Wanken bringen können. Die Atemheilbehandlung bietet sich als probates Mittel an, harmonisierend auf das vegetative Nervensystem einzuwirken und den Lebensstil in Richtung »Gelassenheit« zu verändern.

— Es besteht ein natürlicher Zusammenhang zwischen Atemform und Stimmausübung bzw. -störung. Jede Klangabweichung geht mit einer Alteration der Atmung einher; sei es, daß der »Stimmapparat« durch falsch geführte Atmung über- oder auch unterlastet wird; sei es, daß durch eine Funktionshemmung im Schwingensystem die Atmung pathologisch verformt wird.

An zwei Störungsfällen soll das therapeutische Vorgehen verdeutlicht werden:

### — Hyperfunktionelle Stimmstörung

Diese kann hervorgerufen werden durch beruflich bedingte Stimmstrapazen (Lehrer, Pfarrer, Verkäufer, Verbandsfunktionäre, Bundeswehrsoldaten u. a.). Oft sind engagierte Menschen betroffen, die gelernt haben, sich »durchzubeißen«, sich »zusammenzunehmen«; Leute, denen man auch *ansieht*, wie sie »Haltung« bewahren, sich nichts »anmerken« lassen: hochgezogene Schultern, angespannte Hals- und Kiefermuskulatur, eingezogene Bauchdecke und weitere Fehlspannungen im Körperbereich. Der Klang hyperfunktioneller Stimmen variiert zwischen »knarrend« und nahezu aphon. Meist *hört* man das Ausmaß der Anstrengung heraus.

Bevor auf dieses pathologische Zustandsbild eingegangen wird, soll eine Betrachtung über das hygienische Verhältnis von Atmung — Stimmgebung vorweggeschickt werden.

In der Ruheatmung beobachten wir einen dreiteiligen Atemrhythmus, der sich in Einatmung — Ausatmung — Pause gliedert. Während jeder Phase ist die Glottis geöffnet, um die Atemluft ungehindert passieren zu lassen. Durch die Phonation und den damit verbundenen Stimmbandschluß wird dem Luftstrom ein Widerstand entgegengesetzt, auf den die Atemmuskulatur reagieren muß. Sie (das heißt hauptsächlich das Zwerchfell) soll dafür sorgen, daß die Luft nicht mit zu großem Druck gegen die Stimmbänder drängt, gleichzeitig aber genügend Luft für die Phonation zur Verfügung stellen. Die Ausatemluft muß also dem beabsichtigten Stimmausdruck entsprechend wohl dosiert an die Stimmlippen herangeführt werden. Ist die Stimmgebung beendet, steht immer noch ein

Rest von Luft zur Verfügung, der ungehört entweicht und in die Pause einmündet, aus der sich die neue Einatmungsaktion entwickelt — je nach Erfordernis schnell (Stimm-atem, abfedernde Pause) oder langsam (aus-schwingende Pause).

Es ist wichtig, daß diese Einatmung nicht als bewußtes »Luftholen« vollzogen, sondern durch einen vegetativ gesteuerten Impuls an das Zwerchfell initiiert wird. So wird gewährleistet, daß sich das Diaphragma senkt und durch den im Lungenbereich entstandenen Unterdruck eine Lufteergänzung stattfindet, die dem tatsächlichen O<sub>2</sub>-Bedarf entspricht. Bei ausgeglichener gesamtkörperlicher Spannung setzt sich diese Zwerchfellbewegung bis in Bauch und Rücken spürbar fort (sogenannte »untere Atemräume«).

Bei Patienten mit einer Tendenz zur Hyperfunktion beobachtet man nun eine Verzer- rung des Atemrhythmus in Richtung der Ein- atmung: Die Luft wird — meist durch den Mund — aktiv eingezogen (Schnappatem). Dies bewirkt, daß viel mehr Luft als nötig auf- genommen wird. Es kommt zur sogenannten Hochatmung; der im Brustkorb gestaute, überhöhte Druck wird an die Stimmritze ge- preßt, wodurch ein Gegendruck provoziert wird: Die Luft soll ja nicht zu schnell entwei- chen, weil sie für die Stimmgebung benötigt wird. Auf diese Weise schaukelt sich eine Spirale auf, die die Verspannungstendenz im Redefluß von Mal zu Mal vergrößert. Es be- darf wenig Phantasie, um sich vorzustellen, wie sich eine solche Fehlentwicklung bei einem Sprechberufler oder Vielsprecher auf die Dauer auswirkt:

Die Luft wird »gequetscht« ausgeatmet. Es entsteht ein Engegefühl. Die Angst kommt auf, nicht ausreichend Luft zum Sprechen zu haben. So wird an unpassenden, oft sinnent- stellenden Textstellen geatmet, ja man for- ciert sogar noch einmal den Atemdruck, um wenigstens den angefangenen Satz zu be- enden. Dadurch wird der Atembogen überzo- gen — und »bricht«. Die so entstandene »Atemnot« verhindert die Ruhepausen und läßt die natürliche Einatmung zum Luft- schnappen entarten.

Für die Therapie ergeben sich daher folgen-

de Aufgaben: Allgemein: Fehlspannungen müssen *gesamtkörperlich* ausgeglichen wer- den. Eine freifließende Atembewegung darf nicht lokalisiert im Hals »steckenbleiben« oder den »Brustkorb unnützlich aufblähen« — vielmehr ist dies ein Vorgang (also eine Be- wegungsform), der sich — ohne Übertrei- bung gesagt — vom Scheitel bis zur Sohle erstreckt.

Im einzelnen bedeutet dies den Aufbau einer elastischen Zwerchfellaktivität, damit der erforderliche Atembogen mühelos aufgebaut und die Ausatemluft dosiert an die Glottis- enge herangeführt werden kann. Damit ver- bunden ist die Anbahnung der unwillkürli- chen Einatmung mit entsprechender Berück- sichtigung der Nasenatmung, die Verbesse- rung der Lungenelastizität und das ökonomi- sche Ausnutzen aller Atemräume.

Um dies zu erreichen, arbeite ich mit den Patienten der Stimmheilkur zunächst an der Schulung des kinästhetischen Empfindens. Die Bewußtheit für die Sensomotorik des eigenen Körpers dient bereits dazu, das »Instrument« für den Sprechvorgang zu »stimmen«, das heißt Fehlspannungen abzu- bauen. Daran schließen sich Übungen, die, gezielt von den Gegebenheiten ausgehend, auf die Bedürfnisse des einzelnen eingehen: Atemrhythmisch angepaßte Bewegungs- übungen (Schwingen nach *Schlaffhorst- Andersen*), Atem- und Stimmübungen (Arbeit an bestimmten Lautgruppen; Atemschriftzei- chen nach G. *Schümann*), Atemübungen (*Kofler*), auch Atemmassagen gehören dazu.

Es hat sich gezeigt, daß gerade Menschen mit hyperfunktionell gestörten Stimmen eine deutliche Entlastung der Stimme erreichen, sobald sie lernen, die (Atem-)Pause zu be- rücksichtigen (Alltag!), sozusagen zum »Dampfablassen« ermuntert werden, das heißt, sobald sie freie Atembewegung zu- lassen können.

Teilweise erweist sich diese eher indirekte Stimmarbeit als günstiger als eine direkte Stimmkorrektur.

— Organisch bedingte Stimmstörung

Ein anderes Störungsbild zeigt sich uns bei organischen Veränderungen des Stimmap-

parates, z. B. bei Kehlkopfnervenlähmungen (Recurrensparesen). Das pneumophonische Gleichgewicht ist außer Balance. Während die Ruheatmung meist noch rhythmisch regelrecht verläuft, jedenfalls bei einseitigen Lähmungen, kann bei Phonation der Stimm-schlußmechanismus nicht mehr als Gegenspieler der Ausatmung funktionieren:

- die Klangverarbeitung ist unvollkommen (verhauchte Stimme),
- der Atemstrom (der Schallrohstoff) fällt quasi mit verkürztem Atembogen ungestützt heraus.

Dies wiederum führt zu überhasteter Einatmung mit »Ziehgeräusch« bei fehlender Atempause. Bei vielen Patienten sieht man darüber hinaus die strapaziösen Versuche, durch zusätzlichen (Fehl-)Spannungsaufbau an Hals, Nacken und Schulter sowie Preßbewegungen im Bauchbereich die defekte Schlußfähigkeit der Stimmfalten auszugleichen.

Der Therapeut bemüht sich nun, diese Fehlspannungen überflüssig zu machen. Er sorgt dafür, daß der Patient mühelos einatmet und den Ausatemstrom »von unten her« steuern und lenken lernt.

Es ist wohl klar, daß man diese aus der unmittelbaren Bewegung und Situation entstehenden und damit einem ständigen Wechsel unterworfenen Verfahrensweisen nur recht

unvollkommen auf die bei der schriftlichen Fixierung nun einmal notwendige eindimensionale Ebene bringen kann.

Ebenso einleuchtend dürfte sein, daß die von mir geschilderte therapeutische Arbeitsweise sehr viel Geduld, Einsicht, aber auch Einsatz erfordert (übrigens für Patient und Behandler gleichermaßen). Daher bietet für die Verwirklichung einer solchen atem- und stimm-dynamischen Methodik ein stationäres Heilverfahren die optimalen Bedingungen.

Atemschulung ist kein Vermitteln von »Technik«, sondern greift unmittelbar in das Psychovegetativum eines Menschen ein. Daher ist behutsames, aber konsequentes Vorgehen angebracht. Von Vorteil ist, daß wir unsere Patienten über mehrere Wochen hinweg »erleben«. Während der Kur haben wir gegenseitig Zeit füreinander, können Vertrauen aufbauen. Hilfen für den nachfolgenden Alltag können besser abgestimmt werden, denn wir erfahren aktuell, wie die Übungen aufgenommen und angenommen werden. Bei allem bestimmt stets der Patient das Tempo der Rehabilitation.

Natürlich können wir in den vier bis sechs Wochen, die ein Patient bei uns verbringt, nur die »Heilwege« skizzieren, anbahnen — gehen muß jeder sie allein. So vermitteln wir nicht zuletzt Verantwortlichkeit für das *personare*, den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit.

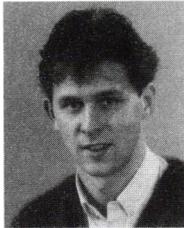
Anschrift der Verfasserin:  
Heike Schröter  
Psychosomatisches Behandlungszentrum  
für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen  
an der Kurklinik Bad Rappenau AG  
Postfach 1360, 6927 Bad Rappenau

Heike Schröter ist Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin (nach Schlaffhorst-Andersen). Seit 1984 führt sie im Team der »Stimmheilkur« Atem- und Stimmtherapien durch.

### **Diplom-Sprachheilpädagoge**

Examen 1986, sucht selbständigen diagnostischen und therapeutischen Arbeitsbereich mit sprachbehinderten Kindern oder Erwachsenen. Erfahrung in der Arbeit mit sprech-, sprach- und körperbehinderten Kindern.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 05/03 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.



Jürgen Steiner, Opladen

## Entwurf eines strukturierten Behandlungsprotokolls für kindliche Aussprachestörungen

### Zusammenfassung

Ein Protokollbogen ist für jeden Therapeuten, der mit der Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen befaßt ist, unerläßlich. Dennoch hat die Weiterentwicklung eines geeigneten Instrumentes zur Aufzeichnung therapeutischer Einzelmaßnahmen bisher kaum Beachtung gefunden.

Der Verfasser stellt auf der Grundlage eines bestimmten Therapiekonzeptes einen strukturierten Protokollbogen für kindliche Aussprachestörungen vor, der dem Therapeuten eine wesentliche Hilfe hinsichtlich Planung, Übersicht und Kontrolle seiner Maßnahmen sein kann. Bei der Anwendung des neuen Protokollbogens darf sich der Therapeut durch die Vorgabe von konkreten Einzelmaßnahmen jedoch nicht zu einer starren Vorgehensweise verleiten lassen.

### 1. Zur Bedeutung von Behandlungsprotokollen in der sprachheilpädagogischen Praxis

In der sprachheilpädagogischen Praxis gibt es eine Reihe von Gründen für das Führen eines Kurzprotokolls für jede Behandlungsstunde. Unter anderem schafft die Aufzeichnung der Therapiemaßnahmen häufig die Voraussetzung für die Übernahme der Behandlungskosten durch den Kostenträger.

Das Behandlungsprotokoll ist aber weniger ein Instrument verschiedener Institutionen zur Kontrolle des einzelnen Therapeuten, sondern vielmehr dessen eigenes Werkzeug. Es vermittelt nämlich sprachheilpädagogische Handlungskompetenz im Sinne von Braun u. a. (1980). Ein differenziertes Protokoll der durchgeführten Behandlung leistet

- die Beschaffung von Informationen für die ständige Differenzierung der in einer diagnostischen Phase bereits ermittelten therapeutischen Ausgangslage;
- die Aufzeichnung der therapeutischen Vorgehensweise, des verwendeten Materials und des Verhaltens des Kindes;
- die Erschließung der daraus ableitbaren Hinweise zur Strukturierung der weiteren Therapieschritte unter Vermeidung von (zu häufigen) Wiederholungen des didaktischen Rahmens und des verwendeten Materials;
- die ständige Anpassung von Material und Methode im Hinblick auf das therapeutische Ziel und die individuellen Besonderheiten des sprachgestörten Kindes;
- das Registrieren von Fortschritten.

### 2. Kriterien für die Gestaltung eines Behandlungsprotokolls

Von eher formalen Kriterien abgesehen, wie DIN A4-Format, Aufführen der Personaldaten und der Behandlungsstelle, ist die innere Struktur des Behandlungsprotokolls von entscheidender Bedeutung.

Zunächst kann man Protokollbögen, die die Art und Weise des Aufzeichnens nicht vorgeben, von jenen unterscheiden, die die Aufzeichnungen der Therapiestunde strukturieren. Bestehende Protokollbögen geben nicht bestimmte Behandlungsmaßnahmen vor; in der Regel sind nur die Spalten »Datum« und »Maßnahmen« vorgegeben (vgl. beispielsweise den »Fachpädagogischen Behandlungsbericht« im Untersuchungs- und Be-

handlungsbogen der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik). Diese Art Protokollbögen können der geforderten Vermittlung von sprachheilpädagogischer Handlungskompetenz nur teilweise gerecht werden. Durch die Strukturierung im hier vorgestellten Entwurf könnte sich dieser im Vergleich mit bestehenden Protokollbögen als das leistungsfähigere Instrument zur Beschaffung der geforderten sprachheilpädagogischen Handlungskompetenz erweisen. Die Vorzüge der Strukturierung hinsichtlich Übersicht und Arbeitersparnis überwiegen nach Auffassung des Verfassers den möglichen Nachteil, daß der Therapeut durch konkrete Vorgaben in die Richtung einer starren, unangepaßten Therapie gelenkt wird. Diese Annahme konnte in einer ersten Befragung verschiedener Sprachheilambulanzleiter (-innen) bestätigt werden.<sup>1</sup>

### 3. Theoretische Grundlagen des vorliegenden Entwurfes eines strukturierten Behandlungsprotokolls

Der hier vorgestellte Entwurf eines neuen, strukturierten Behandlungsprotokolls für Aussprachestörungen geht von einer Zweiteilung aus: Sprachheilpädagogische Einzelmaßnahmen — Bemerkungen hinsichtlich Verlauf, Methode und Material der Therapie-sitzungen.

Die Unterteilung innerhalb der Maßnahmen ergab sich aus der modernen Vorgehensweise bei der Behandlung von Aussprachestörungen (vgl. *Kilens 1982, Wertenbroch 1983*). Neben dem konkreten Maßnahmenkatalog wurde eine Spalte »andere Übungen« einge-

<sup>1</sup> Den Mitarbeitern in der Düsseldorfer »Hilfe für Sprachbehinderte«, insbesondere Herrn Gregor Heinrichs (Sprachheilbeauftragter der Stadt Düsseldorf), möchte ich an dieser Stelle herzlich für die hilfreichen Anregungen danken.

Abbildung: Aufbau des neuen, strukturierten Behandlungsprotokolls für Aussprachestörungen

Name: Dyslalie-Protokollbogen

Behandlungsstelle: \_\_\_\_\_

	Datum	Wahl. an	Std. Nr.	Bemerkungen		Verhalten
				didaktischer Rahmen	verwendetes Material	
Kontaktaufnahme/ Auflockerung						
Überprüfung/Spezifikation der Diagnose						
Leutunterscheidungsprüfung						
Sprachhörübungen	Phonen-Identifikations-Übungen					
	Phonen-Diskriminations-Übungen					
	andere Sprachhörübungen					
Leut-an-bildung	Funktionstraining/Vorübungen					
	Lautebildung					
	Übung mit dem isolierten Laut					
Silbenübungen	Anlaut Silbe					
	Auslaut Silbe					
	intervokalisches					
Wortübungen	Anlaut Wort					
	Auslaut Wort					
	Inlaut Wort					
Satzübungen	S + P					
	S + P + O					
	S + P + Präp					
	S + P + O + O					
	andere Satzstrukturübungen					
andere Übungen						

richtet, um dem Therapeuten einen Spielraum für individuelle Maßnahmen zu geben (beispielsweise psychomotorische Übungen, Konzentrationsübungen u. a.).

Den nach bestimmten sprachlichen Ebenen aufgeteilten Einzelmaßnahmen gehen die Spalten »Kontaktaufnahme/Auflockerung« und »Überprüfung/Spezifikation der Diagnose« voraus. Letztere Spalte erscheint deshalb wichtig, da zum einen die erste Diagnose meist nicht vom später Behandelnden, sondern der ersten Anlaufstelle des Klienten bzw. dessen Erziehungsberechtigten (HNO-Arzt, Beratungsstellen u. a.) gestellt wird. Zum anderen ist die logopädische Diagnostik immer ein dynamisches Verfahren: Die Diagnose steht nicht nur am Anfang einer Therapie, sondern begleitet die gesamte Therapie in immer feiner abgewandelter Form (vgl. *Neumann* 1982).

Das jeweilige Phonem wird nach der Anbildung isoliert, in Silben-, Wort- und Satz-zusammenhängen geübt, jeweils in verschiedenen Positionen. Der Therapieverlauf ist dabei mit einer Vielzahl von Wiederholungsschleifen versehen, um die vorangegangene Übungseinheit zu festigen.

Eine Schlüsselrolle in der Behandlung von Artikulationsstörungen kommt dem Sprachhörtraining zu (vgl. *Van Riper* 1984). Deshalb ist diese Spalte ausführlich differenziert. Auditive Trainingsprogramme sind zunächst für sensorische Dyslalie konzipiert worden, sind aber heute für alle Ausprägungen von Artikulationsstörungen (sowie bei Lese-Rechtschreib-Schwäche) zu fordern.

Ziel der Übungen zur »Hörerziehung mit Sprache« (*Frank* und *Grziwotz* 1983) ist, mittels Fremd- und Eigenhören die akustische Aufmerksamkeit zu erhöhen und die phonematische Differenzierungsfähigkeit zu verbessern, um letztlich die für die korrekte Sprachproduktion bedeutsame akustische Selbstkontrolle zu (re-)aktivieren (vgl. *Kilens* 1982). Die Hörerziehung mit Sprache hat deshalb eine rehabilitative Schlüsselrolle, weil nur durch eine geschulte Wachsamkeit gegenüber dem zu lernenden Phonem eine Übertragung der in der Therapie gelernten Form auf die kindliche Spontansprache erfol-

gen kann. Die Behandlung kindlicher Aussprachestörungen — gerade in der ambulanten Durchführung — bedient sich des exemplarischen Lernens; das Kind wird auf die Suche nach großen und kleinen /s/-Wörtern (bzw. Wörtern mit dem entsprechend gestörten Phonem) geschickt, die sich überall »verstecken«. Bevor das Kind das gelernte Phonem in den automatisierten Ablauf seiner Artikulation integriert hat, ist das Ziel der Therapie, daß es sich selbst immer neu den Anstoß zu der Suche nach »seinem Laut« gibt.

Den Bemerkungen über den didaktischen Rahmen, das verwendete Material und das Verhalten des Kindes vorangestellt sind nicht nur Datum der Behandlungsstunde und deren fortlaufende Nummer, sondern auch der Zeitpunkt von Wiederholungen bestimmter Übungseinheiten. Hierdurch kann der Therapeut verschiedene Klienten vergleichen und dadurch seinen persönlichen Maßstab für den Zeitpunkt bestimmter Feinziele ermitteln bzw. starke zeitliche Abweichungen registrieren.

In der Spalte »verwendetes Material« können abgekürzt die jeweils verwendeten Materialien zur Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen aufgeführt werden; in der Spalte »didaktischer Rahmen« kann festgehalten werden, in welcher Weise mit dem Material gearbeitet wurde (Formen des Spiels, Nachsprechübungen, sprachliches Begleiten bestimmter motorischer Handlungen u. a.).

Die Spalte »Verhalten« wurde eingerichtet für zusätzliche Hinweise über Verhaltensmerkmale des Kindes, seine Reaktionsweise auf das Material und den didaktischen Rahmen. In dieser Spalte können ebenfalls Bemerkungen über den Erfolg der durchgeführten Einzelmaßnahmen vermerkt werden. Dies alles ist für die weitere Therapieplanung von großer Wichtigkeit.

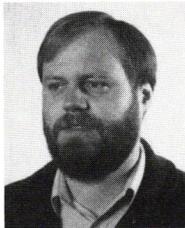
Abschließend bleibt zu fragen, inwieweit der Protokollbogen, der ja zunächst für die Behandlung von Artikulationsstörungen entworfen wurde, auch für andere Erscheinungsformen von Sprachentwicklungsstörungen verwendbar ist.

## Literatur

- Braun, O., Homburg, G., und Teumer, J.: Grundlagen pädagogischen Handelns bei Sprachbehinderten. Die Sprachheilarbeit 25 (1980) 1, S. 1—17.
- Frank, G., und Grziwotz, P.: Spiele zur Hörschulung. Ravensburg 1983.
- Kilens, Karola: Die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik, Band 7. Berlin 1982, S. 174—209.
- Neumann, B.: Sprachbehindertenpädagogische Diagnostik. In: Knura, Gerda, und Neumann, B. (Hrsg.): Pädagogik der Sprachbehinderten. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 7. Berlin 1982, S. 125—161.
- Van Riper, C., und Irwin, J. V.: Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung. Berlin 1984.
- Wertenbroch, W.: Stammlerbehandlung unter den lernpsychologischen Gesichtspunkten des Modelllernens. Die Sprachheilarbeit 28 (1983) 6, S. 242—251.

Anschrift des Verfassers:  
Jürgen Steiner  
AugustasträÙe 2  
5090 Leverkusen 3 (Opladen)

Jürgen Steiner ist seit Abschluß seines Diplom-Pädagogik-Studiums (Schwerpunkt: Sprachbehindertenpädagogik) in der »Hilfe für Sprachbehinderte« in Düsseldorf tätig.



Dieter Hülsebusch, Iserlohn

## Apparative Hilfen in der Dyslalie-Therapie — Die Arbeit mit dem neuen S-Meter —

Die Sprachheilarbeit 31 (1986) 3, S. 147—149

### Zusammenfassung

In der Vergangenheit wurden verschiedene Konzeptionen von Indikatoren für die Dyslalie-Therapie angeboten, unter ihnen auch S-Indikatoren, die eine Erleichterung bei der Anbildung, Einübung und zum Teil auch Automatisierung der Laute »s«, »sch« und anderer bringen sollten.

Aus der kritischen Reflexion und Erprobung bisheriger Geräte entwickelte die Firma Novel elektronik, Bochum, zusammen mit dem Autor einen neuen Indikator, den S-Meter, dessen Gestaltung sowie Handhabung in der Praxis ihren positiven Niederschlag finden.

Der S-Meter eignet sich zur spielerischen Einübung der stimmlosen/stimmhaften Reibelaute »s« und »sch«.

Auf der Frontplatte des Gerätes befindet sich in einem Halbkreis von links nach rechts angeordnet die Zeichnung eines Zuges, der optisch gesehen auf den Betrachter zufährt. Die Rücklichter des

Zuges, seine Radnaben sowie die Stirnlampen der Lokomotive sind mit Leuchtdioden bestückt, die bei der Artikulation des »s«/»sch« je nach Aussprachequalität von links nach rechts zunehmend aufleuchten (siehe Abbildung auf Seite 148).

### 1. Therapeutische Überlegungen zum Einsatz des S-Meter

Bei der Konzeption des neuen S-Meter wurde bewußt auf komplexe technische Bedienelemente verzichtet: Wir finden neben dem »Ein-Aus-Schalter« einen Umschalter von »stimmlos« auf »stimmhaft«, der es ermöglicht, ein stimmhaftes »s« analog einem stimmlosen sichtbar zu machen. Diese Neuerung hebt alle bisherigen Einschränkungen bei den stimmhaften S-Lauten auf. Der Therapeut kann damit auf ein umfassendes Übungsmaterial zurückgreifen und ggf.

die Unterscheidung zwischen stimmlosen und stimmhaften S-Lauten aus methodischen Gründen außer acht lassen.

Der Intensitätsregler gibt dem Therapeuten letztlich die Möglichkeit, den Leuchtbeginn der Dioden der Artikulationsqualität des »S«/»sch« anzupassen.

Bei der grafischen Auswahl stand die Überlegung im Vordergrund, daß die Eisenbahn mit zu den beliebtesten Spielzeugen von Kindern gehört; ferner war eine häufig gemachte Beobachtung ausschlaggebend: Beim kind-

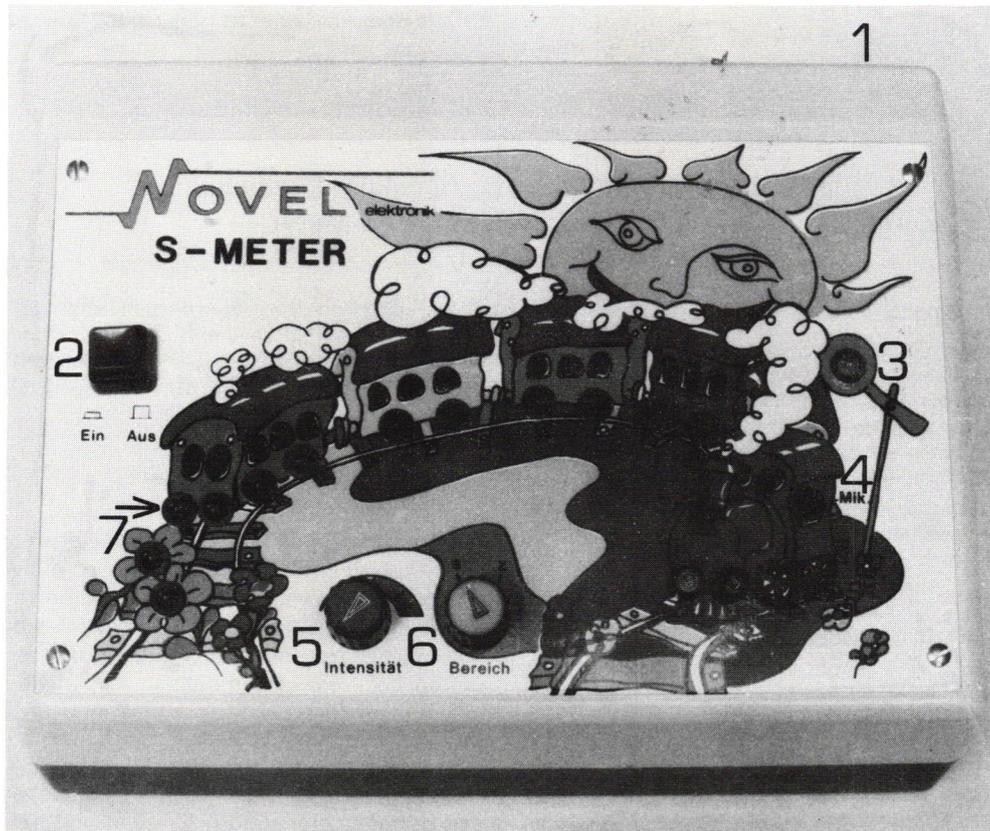
lichen Spiel mit der Eisenbahn werden bevorzugt Sibilanten (s, sch) produziert, um die effektvolle Geräuschkulisse des Zuges nachzuahmen.

In der Therapie nutzen wir diese motivierenden Aspekte, um dem Kind bei der Anbildung, Einübung und Automatisierung von »s« und »sch« zu helfen.

Das Kind ist bemüht, die Diodenkette zum Leuchten zu bringen. Da ihm dies anfangs nicht gleich in vollem Umfang gelingt, ist es bereit, Korrekturen vom Therapeuten anzu-

#### 1. Bedienungselemente

1. Netzkabel (Anschluß 220 V / 50 Hz)
2. Betriebsschalter
3. Einschaltkontrolle (Leuchtdiode im rot/grün-Takt)
4. Mikrophon
5. Intensitätsregler zur stufenlosen Regulierung der Empfindlichkeit
6. Umschalter zwischen Bereich (s) = stimmlos und (z) = stimmhaft
7. Leuchtdiodenreihe (Impulsrichtung von links nach rechts)



nehmen. Das Gerät steht also am besten vor einem Übungsspiegel, damit optische Rückkopplungen sofort möglich sind. Der Einsatz dauert nur wenige Minuten oder gar Sekunden, dann gehen wir zu anderen Übungen über, die in einem sinnvollen Zusammenhang mit den Anbildungsübungen stehen.

So wechseln wir häufig die Therapiesituation, erhalten die Mitarbeitsbereitschaft und machen unser kleines technisches Spiel immer wieder spannend.

Ein Eisenbahnsignal (Leuchtdiode), das sich vor dem Zug befindet, schaltet etwa alle acht Sekunden von rot auf grün und umgekehrt. Dieser technische Trick eignet sich recht gut für therapeutische Modifikationen, z.B.: grün = Übungsphase, das Kind spricht; rot = Korrekturphase, der Therapeut gibt Anweisungen.

Nicht selten versuchen Kinder, mit höchster Anstrengung ein »s« oder »sch« zu produzieren. Dabei wird oft sogar gefährlich schnell und hechelnd geatmet. Es ist klar, daß bei solchen Verspannungen kein Erfolg erzielt werden kann. Der Therapeut demonstriert deshalb, mit welcher kinästhetischen Entspannung und Ruhe ein richtiges »s«/»sch« rasch erreicht werden kann.

Es sollte auch ein Ziel sein, das »s«/»sch« auf einem längeren Atemstrom anhaltend zu erzeugen. Auf diese Weise ergibt sich oft ein stabileres »s«/»sch«; gleichzeitig hat der Therapeut dabei die Möglichkeit, über die bewußt angewandte Bauch-Flankenatmung beim Kind eine entspannte Sprechmuskulatur anzustreben und also eine körperliche Ruhigstellung im allgemeinen herzustellen.

Der S-Meter eignet sich neben der Hilfe zur Anbildung von »s«/»sch« auch zum Einsatz in der Übungsphase bei Silben- und Wortübungen. Eine leicht gedehnte Sprechweise ist zwar nicht zwingend, kann aber vorteilhaft sein.

Durch die hohe Empfindlichkeit des im S-Meter eingebauten Mikrofons ergibt sich schließlich auch die Möglichkeit, das Gerät in der Automatisierungsphase einzusetzen. Bei normaler Sprechgeschwindigkeit und Artikulation werden dann alle stimmlosen bzw. stimmhaften S-Laute kurz, aber durchgängig sichtbar.

## 2. Gesamtbewertung

Der neue S-Meter besitzt eine günstige Kombination aus motivierender Gestaltung und leichter Handhabung. Die Sichtbarmachung von stimmhaften S-Lauten ist besonders gut gelungen. Der Effekt ist verblüffend und für unsere therapeutischen Belange sehr gut geeignet.

Die Firma Novel elektronik liefert das Gerät nur mit Netzbetrieb, wodurch die Mobilität etwas eingeschränkt wird; dies enthebt uns jedoch andererseits des leidigen Batterie-Umwelt-Problems.

Die ersten Erfahrungen mit dem neuen S-Meter sind durchweg positiv. Verbesserungsvorschläge nehmen der Autor oder die Firma Novel elektronik gern entgegen.

Interessenten wenden sich an: Novel elektronik, Wolfgang Heikamp, Varenholzstraße 101, 4630 Bochum 6, Telefon (02327) 7 07 64.

Anschrift des Verfassers:  
Dipl.-Päd. Dieter Hülsebusch  
Gartenstraße 50, 5860 Iserlohn

Dieter Hülsebusch ist seit einigen Jahren in freier Praxis als Sprachheilpädagoge tätig. Arbeitsschwerpunkte sind Aphasien, Stottern sowie die Erprobung und Anwendung technischer Hilfsmittel in der Therapie von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen.

### **17. Mitgliederversammlung der Ständigen Dozentenkonferenz**

Die Ständige Dozentenkonferenz für Sprachbehindertenpädagogik führte vom 18. bis 20. April 1986 ihre 17. Mitgliederversammlung in Tübingen durch.

Herr Dipl.-Psych. Johannes Graichen aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen (Leiter: Prof. Dr. R. Lempp) stellte in seinem Referat »Teilfunktionsschwächen bei sprech- und sprachbehinderten Kindern und Jugendlichen; motorischer, mnestischer und programmsteuernder Bereich« ein in Anlehnung an das Konzept der funktionalen Hirnsysteme entwickeltes System der Teilleistungsstörungen vor. In seinen engagiert vorgetragenen Ausführungen ging er dabei nicht nur auf die theoretischen Grundlagen, sondern auch auf Fragen der Diagnose und Therapie ein. In einer Vielfalt von Videodemonstrationen wurde die Art des Vorgehens an Einzelfällen demonstriert.

In der Diskussion wurde die Bedeutung neurophysiologischer und -psychologischer Denksysteme für den Pädagogen erörtert. Von besonderem Interesse erwiesen sich Fragen der Prognose und Katamnese. Lassen sich spätere Sprachentwicklungsstörungen und Legasthenien vor dem Hintergrund eines Kompendiums an Teilfunktionen vorhersagen, die der Laut- und Schriftsprache zugrunde liegen? Sind diese Teilleistungen motorischer, mnestischer und verhaltensregulierender Funktionen trainierbar bzw. dem pädagogischen Zugriff unmittelbar zugänglich? Sind die betreffenden Einzelleistungen überhaupt notwendig, um Sprache zu erlernen? Bleiben die zugrundeliegenden Teilleistungsstörungen auch dann erhalten, wenn das Oberflächensymptom der Sprachstörung verschwindet? Gerade am Beispiel des Stotterns wurde das zuletzt genannte Phänomen eindringlich belegt und in seinen Konsequenzen erörtert.

Manfred Grohnfeldt

### **18. Inzigkofener Gespräche (Internationales Kolloquium)**

Seit Menschen sprechen, vor allem miteinander sprechen und — im Idealfall — aufeinander hören, konnte beobachtet werden, daß der Sprech-Hör-Prozeß Störungen der verschiedensten Art und unterschiedlichsten Ausprägung aufweist. So ver-

wundert es nicht, daß sich schon sehr früh Wissenschaftler und Praktiker der Entstehung, Behandlung und auch Wirkung solcher Kommunikationsstörungen zuwandten. Allerdings muß betont werden, daß gerade auf diesem Gebiete die oft belächelten Praktiker den Anstoß für gezielte wissenschaftliche Beobachtungen, Untersuchungen und Beschreibungen der einzelnen Störphänomene gaben. Das kann wiederum nicht verwundern, denn sie wurden als Pädagogen und Psychologen, als praktizierende Ärzte und Therapeuten unmittelbar an der Basis mit mündlichen und schriftlichen Kommunikationsdefiziten konfrontiert. Wie dem auch sei: Die Stimm- und Sprachheilkunde, die Phoniatrie, die Logopädie, die mit Sprache, Sprechen und Hören befaßte Medizin, Psychologie und Linguistik — um nur einige herausragende Disziplinen zu nennen — sind heute fester Bestandteil der Kommunikationstheorie und Kommunikationspragmatik wie überhaupt eines realistischen Verständnisses von Kommunikation für die Existenz der menschlichen Gesellschaft. In ihrer jeweils speziellen Ausprägung wenden sie sich sowohl der Ursachenerkennung wie der Beschreibung und Behandlung von Kommunikationsstörungen zu, wobei die Vorbeugung in ihrer verhütenden Funktion immer noch nicht voll erkannt bzw. praktiziert wird.

National und international haben sich vor allem seit der Jahrhundertwende Berufsorganisationen konstituiert, die ihr Ziel einerseits darin sehen, die quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlichen Störungsbilder immer genauer zu beschreiben und andererseits optimale »Methoden« zu suchen und zu erproben, um die nicht nur den Sprecher-Hörer-Prozeß, sondern vor allem auch die das kommunizierende Individuum selbst beeinträchtigenden Störungen abzubauen. Daß darüber hinaus der rehabilitative Akzent aller therapeutischen Bemühungen eine entscheidende Rolle spielen muß, wird immer einsichtiger.

Es scheint nun zu verwundern, wenn sich ein seit der Antike nachweisbares Studien- und Lehrfach, das an bundesdeutschen Hochschulen bis heute noch kein Heimatrecht in Form eines Studienganges gefunden hat, die Sprechwissenschaft und Sprecherziehung, sich ebenfalls in Theorie und Praxis mit Kommunikationsstörungen — allerdings in Auswahl — befaßt. Gerade sie scheint prädestiniert, durch ihr Lehr- und Übungsangebot vorbeugend zu wirken.

Es war die Beobachtung und die daraus resultierende Erkenntnis des Berichterstatters, daß Menschen mit einwandfrei nachweisbaren Kommunikationsmängeln bzw. -störungen individueller und nachhaltiger geholfen werden kann, wenn den sich in den verschiedensten Berufsverbänden organisierten Theoretikern und Praktikern eine Möglichkeit geboten wird, ihre Forschungsergebnisse und therapeutischen Erfahrungen interdisziplinär auszutauschen, zu demonstrieren und in Gesprächen zu vertiefen. Daß damit gleichzeitig die Absicht verbunden war, Vorurteile abzubauen, die eigenen Erkenntnisse und Praktiken vergleichend kritisch zu betrachten wie überhaupt Verständnis für die Sicht und das Vorgehen der Nachbardisziplinen zu entwickeln, sei keineswegs nur am Rande bemerkt.

Auf diesem Hintergrund wurden 1968 die »Inzirkofener Gespräche« ins Leben gerufen — benannt nach einem Ort bei Sigmaringen —, zu denen sich im dortigen Volkshochschulheim jährlich einmal in erster Linie Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Logopäden, Patholinguisten, Phoniater, Sprachheilpädagogen, Psychologen und Sprecherzieher treffen und in Form von Referaten, Workshops und Gesprächen Aspekte der Kommunikationsstörungen erörtern und diskutieren. Seit 1973 wurden die Ergebnisse der ursprünglichen Regionaltagung, die im gesamten Bundesgebiet und im angrenzenden Ausland ein Echo gefunden hat, in Sammelbänden publiziert: Das Gespräch in Erziehung und Behandlung; Sprach- und Sprechnormen, Verhalten und Abweichung; Sprachrehabilitation durch Kommunikation; Aspekte auditiver, rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, Erziehung und Therapie; Psychologie in der Stimm-, Sprech- und Sprachrehabilitation; Gruppenpädagogik — Gruppendynamik — Gruppentherapie; Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen; Nonverbale und verbale Ausdrucksgestaltung in der Behandlung von Sprech-, Sprach- und Hörstörungen; Sprechangst in ihrer Beziehung zu Kommunikationsstörungen; Das Selbstverständnis des Therapeuten im Kommunikationsprozeß (in Vorbereitung).

Anläßlich der 600-Jahr-Feier der Universität wurden die 18. Inzirkofener Gespräche als Internationales Kolloquium einmalig nach Heidelberg verlegt. Sie fanden vom 21. bis 23. März 1986 in der Stiftung Rehabilitation (Berufsförderungswerk) statt. Das Rahmenthema lautete: »Sind Sprach- und Sprechstörungen durch Dia- und Soziolekte bedingt?« 13 Referenten, davon acht aus europäischen Nachbarländern der Bundesrepublik, referierten über folgende Teilthemen: Dialekte und Soziolekte. Einführende Bemerkungen zur derzeitigen

Situation in der Bundesrepublik Deutschland (Prof. Dr. K. Mattheier, Heidelberg); Das Verhältnis von Dialekt, Umgangssprache, Orthographie und Orthoepie. — Schwierigkeiten von Dialektsprechern beim Erlernen der Rechtschreibung (Dr. C. L. Naumann, Aachen); Dialekt und Soziolekt in ihrer Bedeutung für die Sprachbehindertenpädagogik (Prof. Dr. L. Werner, Heidelberg); Erfahrungen mit Wiener Dialekten und deren möglichen Wirkungen auf Sprech- und Sprachstörungen (I. Frühwirth/K. Kregcjk/W. Willner, Wien); Die Bedeutung der Schweizer Dialekte im deutschen Sprachraum für den Spracherwerb des Kindes — schichtenspezifisch: ja oder nein? (E. Birrer, Zürich); Die Stellung des Dialekts bei der Aphasiediagnostik in der Schweiz (Dr. M. Gasser, Bern); Die besonderen Probleme der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen im Sprachraum Luxemburg aus der Sicht des Sprachheillehrers (R. Steichen, Luxemburg); Zur Relevanz von Dia- und Soziolekten bei der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen aus der Sicht einer Logopädin (D. Belterman, s'Gravenhage); Der Einfluß der Sprache auf einige phoniatische Störungsbilder (Dozent Dr. P. Kitzing, Malmö). Aus gesundheitlichen Gründen mußte das Referat von Frau Dr. G. Spies-Bong (Eupen) ausfallen: Normabweichungen der gesprochenen und geschriebenen Sprache im deutschsprachigen Gebiet Belgiens unter Berücksichtigung logopädischer Aspekte im Bereich der Interferenz Deutsch, Dialekt, Umgangssprache, Fremdsprachen (Niederländisch und Französisch).

Geert Lotzmann

### **Zusatzausbildung und Weiterbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten**

Im Bundesdeutschen Kolleg für Therapeutik beginnt im September 1986 eine neue 1 1/2jährige Zusatzausbildung und Weiterbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten. Nähere Informationen können beim »Bundesdeutschen Kolleg für Therapeutik«, Postfach 10 02 49, 4060 Viersen 1, gegen Einsenden von Briefmarken im Werte von 3,80 DM eingeholt werden.

### **Therapieangebot**

Unter der Überschrift »Das Van-Riper-Programm als intensive Intervalltherapie in Gruppen« macht der Verein zur Förderung des Sprachheilwesens e.V. ein Therapieangebot für erwachsene Stotterer. Eine ausführliche Beschreibung des Programms mit Zeitangaben der Therapiewochen kann bei Andreas Starke, Oskar-Hoffmann-Straße 25, D-4630 Bochum, angefordert werden.

## Briefwechsel

### Betreff: Sprechverhalten von professionellen Sprechern in Nachrichtensendungen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen eines Seminars zur Sprachbehindertenpädagogik an der Universität Hamburg befaßten sich die Teilnehmer mit zufallsausgewählten Nachrichtensendungen der beiden maßgeblichen Fernsehprogramme ZDF und ARD, und zwar den abendlichen Sendungen von »heute«/»heute journal« bzw. »Tagesschau«/»Tagesthemen«. Im Mittelpunkt des Interesses stand die Analyse des Sprechverhaltens von Nachrichtensprechern, Kommentatoren und Moderatoren, hauptsächlich im Hinblick auf deren Artikulation, Respiration und Phonation.

Die Seminarteilnehmer gingen davon aus, daß professionelle Sprecher in dem für das heutige Leben zentralen Medium Fernsehen eine wichtige Funktion als sprachliches Vorbild in den o. a. Bereichen besitzen und dadurch implizit mithelfen, dem allgemein auszumachenden Trend einer Vernachlässigung sprachlicher Normen gegenzusteuern.

Die Ergebnisse unserer Beobachtungen waren recht ernüchternd: Sie offenbarten nämlich eine Palette von Mängeln, die sich über das gesamte Analysefeld erstreckte. Besonders im Bereich der Zischlautbildung konnte nahezu die ganze Bandbreite fehlerhafter (und behandlungsbedürftiger) Artikulationsmöglichkeiten festgestellt werden — Mängel übrigens, die auch dem fachlich nicht versierten »durchschnittlichen« Zuschauer auffallen.

Aus diesem Sachverhalt ergibt sich die Frage nach dem Stellenwert einer gründlichen sprecherischen Ausbildung als unbedingtem qualifizierendem Auswahlkriterium für professionelle Sprecher.

Gerade einige in der letzten Zeit vorgenommene Neubesetzungen könnten zudem den Schluß zulassen, daß diesem Aspekt möglicherweise eine — verglichen mit der strengen Auslese und Schulung in anderen deutschsprachigen Ländern — nicht hinreichende oder vielleicht nachlassende Beachtung geschenkt wird.

Unter der Voraussetzung, daß diese Einschätzung richtig ist, sollte es dann nicht wundernehmen, wenn z. B. Eltern nicht veranlaßt werden könnten bzw. von sich aus keine zwingende Notwendigkeit darin sähen, ihr sprachauffälliges (beispielsweise lispelndes) Kind entsprechenden Beratungs- und Behandlungsstellen vorzustellen. Dies ist unsere Sorge, die wir hiermit zum Ausdruck bringen wollen.

Gleichzeitig aber möchten wir Sie dazu veranlas-

sen, dem Beispiel von Rundfunk- und Fernsehanstalten in anderen Ländern zu folgen und erheblich strengere Maßstäbe bei der Auswahl der Sprecher anzulegen.

In Namen der Seminarteilnehmer  
mit freundlichen Grüßen  
gez. Prof. Dr. Jürgen Teumer

### Antwort von ARD-aktuell

...verbindlichen Dank für Ihren Hinweis zum Sprechverhalten unserer Nachrichtensprecher. Ich habe Ihre Anmerkungen an die betroffenen Kollegen weitergeleitet. Ihre Empfehlungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit freundlichen Grüßen  
gez. Edmund Gruber

### Antwort des ZDF — Hauptredaktion Aktuelles

...ich danke Ihnen für Ihr Schreiben vom 11. März 1986. Ich fürchte, Sie haben recht: Wir haben der Sprachausbildung in jüngster Zeit möglicherweise nicht mehr die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet. Das hängt auch mit personellen Veränderungen bei uns zusammen. Ich habe aber die Absicht, mich jetzt intensiv um dieses Problem zu kümmern und dabei Fachleute heranzuziehen. Grundsätzlich werden bei uns die Hauptnachrichten-Sendungen allerdings nicht von Sprechern, sondern von Journalisten präsentiert — dementsprechend ist das Auswahlkriterium zunächst einmal die journalistische Fähigkeit. Trotzdem stimme ich Ihnen wie gesagt grundsätzlich zu und danke Ihnen für Ihre Hinweise.

Mit freundlichen Grüßen  
gez. Peter Voß

*Anmerkung des Initiators:* Und wann schreiben auch Sie an die Fernsehanstalten?

### Bericht über die Tagungen »Aphasie im Saarland«

Vom 17. bis 19. Januar 1986 sowie vom 2. bis 4. Mai 1986 fanden in Saarbrücken zwei Tagungen (mit fast gleichem Themenkreis) statt, die von der dgs-Saarland, der Saarbrücker Regionalgruppe für Aphasiker, dem Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. und von der Lehrlogopädenanstalt Saarbrücken durchgeführt wurden. Im Mittelpunkt standen Themen zur Diagnostik und Behandlung von Aphasien.

Die saarländische Gesundheitsministerin, Frau Dr. Brunhilde Peter, sprach über das Thema »Das Prinzip der Selbsthilfe in der Sozialpolitik«, und

Ingo Kroker berichtete über die Selbsthilfegruppen für Aphasiker in der Bundesrepublik. Frau Marlene Maurer stellte den »Aachener Aphasietest« vor und nahm Stellung zu unterschiedlichen Therapiemethoden in der Aphasiebehandlung. Dr. Rolf Bindel erläuterte sein Therapiekonzept bei amnestischen Aphasien. Frau Michaela Fleischmann und Frau Astrid Konz referierten über die Möglichkeiten der Behandlung bei Broca- und Wernicke-Aphasie nach der Methode von Tsvetkova. Frau Dr. Cornelia Tigges-Zuzok sprach über »Sprachheilpädagogische und psychologische Hilfen bei expressiver Aphasie«.

Während und nach allen Beiträgen kam es zu lebhaften Diskussionen, so daß ohne Einschränkung von einer gelungenen Veranstaltung gesprochen werden kann.

Insgesamt hatten sich wesentlich mehr Interessenten gemeldet, als Teilnehmer berücksichtigt werden konnten. Dies ist ein Grund mehr, eine entsprechende Tagung im nächsten Jahr wieder durchzuführen.

Marlene Maurer      Ingo Kroker  
Lehrlogopädin      Sprachheillehrer

### **Fortschreibung der Heilmittelrichtlinien Abschnitt E**

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986 ist die Fortschreibung des Abschnittes E (Sprachtherapie) rechtswirksam geworden.

Der neue Wortlaut des Abschnittes E »Sprachtherapie« lautet:

»1. Die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachbehandlung kann nur durch einen Kassenarzt erfolgen, der über besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Sprachtherapie verfügt und die erforderliche differenzierte Diagnostik vornehmen kann.

Die Sprachtherapie ist, soweit sie nicht von Kassenärzten durchgeführt wird, Aufgabe von staatlich anerkannten Logopäden sowie staatlich anerkannten Sprachtherapeuten (sprachtherapeutischen Assistenten), soweit sie Verträge mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben. Dabei sind sprachtherapeutische Assistenten überwiegend auf dem Gebiet der Behandlung von Sprech- und Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen tätig. Angehörige anderer Berufe können auf Verordnung des Arztes mit der Durchführung von Sprachtherapie betraut werden, soweit bei entsprechender Qualifikation — ggf. unter Beschränkung des Tätigkeitsfeldes auf die Behandlung bestimmter Störungen

— Verträge mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen sind.\*

Als Fußnote ist aufzunehmen:

\* Auf die Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, 4300 Essen, Rellinghauser Straße 93/95, wird hingewiesen.«

Die vorstehenden Änderungen und Ergänzungen treten am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bemerkenswert ist, daß die Verordnung von Sprachheilbehandlungen allgemein von qualifizierten Kassenärzten und nicht nur von einer bestimmten ärztlichen Berufsgruppe erfolgen kann.

Auf folgende Änderungen sei hingewiesen:

- Neben den Logopäden werden die staatlich anerkannten Sprachtherapeuten (Schule Werscherberg und Oldenburg) als zuständige Berufsgruppe genannt.
- Der Satz: »... und Kassenärzte und Logopäden nicht zur Verfügung stehen ...« erscheint nicht mehr.
- Für Angehörige anderer Berufe ist die persönliche Qualifikation entscheidend, um Verträge mit den Kassen abschließen zu können.
- Die übrigen Berufsgruppen sind nicht mehr genannt. Auf sie wird nur noch indirekt durch Verweis auf die Begutachtungsanleitung bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen von der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung hingewiesen.

Anmerkung:

Mit dem Hinweis auf die Begutachtungsanleitung für den Vertrauensärztlichen Dienst bleibt auch weiterhin der Kreis »Angehörige anderer Berufe« eingeschränkt. Die Tatsache jedoch, daß diese Berufsgruppen in den Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien nicht mehr genannt sind, bedeutet im Hinblick auf die sprachtherapeutische Qualifikation eine starke Abwertung der Ausbildungsgänge: Absolventen der Schule Schlaffhorst-Andersen und der Universitäten (Erstes Staatsexamen für das Lehramt an Sonderschulen mit der Hauptfachrichtung Sprachbehindertenpädagogik oder mit dem Hauptdiplom im Arbeitsschwerpunkt Sprachrehabilitation) werden demnach als Sprachtherapeuten im Sinne der RVO nur noch dann angesehen, wenn sie im medizinischen Bereich der Sprachrehabilitation eine Qualifikation nachweisen.

\* Arbeitsgemeinschaft der Sprachheilbeauftragten  
Dipl.-Päd. G. Heinrichs  
Willi-Becker-Allee 10, 4000 Düsseldorf 1

### Bericht über die Arbeitstagung der dgs und ÖGS

In Zusammenarbeit mit der »Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik« veranstaltete die dgs vom 24. bis 26. April 1986 in Hamburg eine Arbeitstagung zum Thema »Förderung von Kindern mit Lernschwächen beim Schriftspracherwerb«. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Lehrenden der ersten und zweiten Ausbildungsphase für Pädagogen, Sonder- und Diplompädagogen sowie zahlreichen Vertretern der schulischen und außerschulischen Handlungsfelder zusammen. Sämtliche Anwesenden waren in Theorie und Praxis mit der Problematik befaßt und trugen überwiegend aktiv mit Berichten und Demonstrationen aus ihrem Tätigkeitsbereich zu einer vielschichtigen Erörterung der Thematik bei.

Neben differenzierten empirischen Untersuchungen und deren Ergebnissen wurden zahlreiche Projektverläufe beschrieben und Materialien, die in der praktischen Arbeit mit lese-rechtschreibschwachen Kindern, Jugendlichen und erwachsenen Analphabeten entstanden sind, vorgestellt. Dogmatische Methodenorientierungen (analytische, synthetische, morphematische) wurden dabei — erfreulicherweise — nicht deutlich. Vielmehr zeigten einige Beiträge, daß das Schreiben- und Lesenlernen ein aktiver Prozeß sein sollte, der von den Lernenden auch weitgehendst selbst organisiert werden kann. Dabei ist die Wahl der Methode eher von untergeordneter Bedeutung.

Die häufig stark eingeschränkte Möglichkeit, durch den Einsatz von Fibeln an die natürlichen Erfahrungen der Kinder anzuknüpfen, veranlaßte einige Referentinnen — zusammen mit Lernanfängern — eigene »Fibelwerke« zu erstellen. Durch äußerst phantasiereiche, meist dreidimensional gefertigte Arbeitsmittel und Einbettung dieser in gemeinschaftliche Projekte wurden Beispiele für handlungsorientierte Unterrichtsansätze gegeben. An die Lebenswelt und Interessenbereiche der Schüler anknüpfende Handlungszusammenhänge, in denen Schriftsprache als notwendiger und nützlicher Teil erfahren wird, standen für andere Vortragende als motivierende Voraussetzung, Schriftsprache zu erlernen, im Vordergrund. Auch die Zusammenhänge zwischen Teilleistungsschwächen, Perzeptionsstörungen, psycho- und statisch-motorischen Entwicklungen und Störungen beim Schriftspracherwerb blieben in der umfangreichen thematischen Explikation nicht unberücksichtigt.

Durch geschickte didaktische Organisation ihrer Beiträge, insbesondere mit Angeboten an alle, auch selbst mit Material und Anforderungen — die sich sonst an die Lernenden richten — umzugehen, verstanden es einige Pädagogen, durchgehendes Interesse und eine zwanglose, aber effektive Arbeitsatmosphäre hervorzubringen.

Politisches Interesse an der Thematik bekundete Herr Dr. Granzow, Staatsrat der Behörde für Schule und Berufsbildung in Hamburg. In seiner Begrüßungsrede hob er den hohen Stellenwert für die Allgemeinheit hervor, den die Vermeidung oder Aufhebung des Phänomens mit sich bringt. Im Land Hamburg sagte er politische Unterstützung für Fördermaßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu, die Störungen im Lesen und Rechtschreiben zeigen.

Die Delegation der ÖGS bestand aus sieben Teilnehmern. Der Vorsitzende, Herr Fritz Hinteregger, konnte persönlich nicht an dieser ersten gemeinsamen Arbeitstagung teilnehmen, bedankte sich jedoch schriftlich für die Ausrichtung der Veranstaltung und lud gleichzeitig zu einer nächsten gemeinsamen Tagung im Mai 1987 nach Wien ein.

Das abschließende Resümee der Tagung zeigte außerordentliche Zufriedenheit aller Teilnehmer mit dem gesamten Ablauf. Gelobt wurden vorrangig das hohe Niveau und die Effektivität der Arbeitstagung. Daneben aber gehörten Lob und Dank der 1. Vorsitzenden der dgs, Anita Schwarze, die es in hervorragender Weise verstanden hatte, den fachspezifischen Programmverlauf mit einem ansprechenden Rahmenprogramm (gemeinsames Essen, Stadtrundfahrt, Hafensrundfahrt) zu bereichern. Zudem sorgte sie durch Auswahl der Tagungsstätte und eine gemütliche Gestaltung derselben für eine arbeitsfreundliche, aufgelockerte Atmosphäre.

Die gewählte Organisationsform ermöglichte eine Zusammenführung und Kooperation von Wissenschaftlern und Praktikern und verhalf dazu, Barrieren abzubauen. Neben den Arbeitssequenzen ergaben sich zahlreiche Freiräume, in denen persönlicher Erfahrungsaustausch stattfand und Vorgetragenes noch einmal im engeren Kreis mit den Referenten diskutiert wurde.

Zu wünschen wäre, daß alle Teilnehmer durch die umfangreiche Informationserweiterung dazu angeregt wurden, ihre eigenen Arbeiten in gleicher, qualifizierter Form weiterzuführen und Ergebnisse im Kollegenkreis vorzubringen und zu diskutieren.

Klaus-J. Berndsen

## Landesgruppe Hessen

### Einladung zu den 11. Berchtesgadener Tagen

Die Landesgruppe Hessen lädt wieder recht herzlich zu den 11. Berchtesgadener Tagen ein, die nunmehr erstmalig im Herbst in der Zeit vom 6. bis zum 12. Oktober 1986 stattfinden. Ort der Veranstaltungen ist das neue Fremdenverkehrszentrum Schönau am Königssee.

Das Programm sieht folgende Arbeitsgruppen vor:

AG 1: Zur Praxis der Früherkennung von Sprachentwicklungsrisiken und zur Sprachförderung in Kindergarten, Vorschule und Grundschule. Dazu sollen in Verbindung mit der Landesgruppe Bayern von unseren Teilnehmern am Ort Untersuchungen durchgeführt, ausgewertet und die Ergebnisse den Eltern sowie den sozialpädagogischen und pädagogischen Fachpersonen zugänglich gemacht werden. Organisation: Armin Wiebe, Lensahn.

AG 2: Stotterer-Selbsthilfegruppen. Anspruch, Wirklichkeit und Perspektiven, insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit professionellen Behandlern. Moderation: Norman Bush, Zürich.

AG 3: Methodik sprachheilpädagogischer Unterrichtung und Behandlung. Spezielle Thematik: Redeflußstörungen und die Schule für Sprachbehinderte (Sprachheilschule). Moderation: Arno Schulze, Kirchhain.

AG 4: Sprachauffällige Vorschul- und Schulkinder in der Regelschule — Integrationsbewegung und Sprachheilschule. Moderation: N. N.

Anfragen an Arno Schulze, Am Schwimmbad 8, D-3575 Kirchhain 1; allen Interessenten gehen dann umgehend die Anmeldeunterlagen zu.

## Landesgruppe Hessen

**Tagung: Sprache und Motorik.** Aspekte integrativer, ganzheitlicher Sprachentwicklungsförderung. Wochentagung im Kloster Nothgottes, 7. bis 11. April 1986, Leitung: Ingrid Olbrich und Stephan Kuntz.

Die Teilnehmer des Seminars »Sprache und Motorik«, die aus den Bereichen Sprachheilpädagogik, Logopädie, Krankengymnastik und Motopädagogik kommen und seit Jahren mit behinderten Kindern arbeiten, waren tief beeindruckt von dem Konzept der integrierten Sprach- und Bewegungstherapie, das ihnen über vielfältige, theoriegeleitete praktische Übungen im Verlauf der Seminarwoche vermittelt werden konnte.

Sprachtherapie setzt hier nicht symptomorientiert und isoliert an der gesprochenen Sprache an, son-

dern wird als ganzheitliche integrative Entwicklungsförderung begriffen, die nicht nur die sprachlichen, sondern wesentlich auch die vorsprachlichen sensomotorischen Prozesse umfaßt und davon ausgeht, daß Entwicklungs- und Lernstörungen der Sprache und des Sprechens nur im Rahmen einer ganzheitlichen integrativen Förderung sensorisch-motorischer, kognitiver, sprachlich-kommunikativer, sozialer und emotionaler Aspekte der kindlichen Entwicklung dauerhaft verringert und überwunden werden können.

Die ganzheitliche Sicht des sprachbehinderten Kindes kommt auch im Stellenwert der Elternarbeit zum Ausdruck: Das Kind wird als integrativer Teil des Gesamtsystems Familie angesehen, weshalb die Eltern aktiv in den therapeutischen Prozeß einbezogen werden. Als Partner des Kindes führen sie die therapeutischen Übungen gemeinsam mit ihm in der Gruppe durch. Aus den Veränderungen im Wechselwirkungsprozeß von Selbst- und Fremdwahrnehmung ergeben sich Veränderungen der Eltern-Kind-Beziehung als Grundlage und Voraussetzung sprachtherapeutischer Bemühungen.

Die ganzheitliche Sicht schließt auch die Notwendigkeit wachsender Selbsterfahrung und Veränderung des Therapeuten ein, weil der Zugang zur Kindheit des anderen auf dem Verstehen der eigenen Kindheit beruht.

Wir, und mit uns sicherlich auch die anderen Seminarteilnehmer, sind überzeugt, daß die Aus- und Weiterbildung der Sprachheilpädagogen und Sprachtherapeuten im Sinne einer integrierten Sprach- und Bewegungstherapie für die praktische Arbeit mit sprachbehinderten Kindern sinnvoll und notwendig ist, und bitten deshalb, einen Fortsetzungskurs zu »Sprache und Motorik« einzurichten und damit das Bemühen um eine ganzheitliche Sprachentwicklungsförderung wirkungsvoll zu unterstützen.

Anschrift der Verfasserinnen: Karin Bechard, Brigitte Brassel und Dr. Helga Bill, Simon-Ochs-Straße 10, 6000 Frankfurt 50.

### Sprachheilpraxis

in Bremerhaven zu verkaufen.

Nähere Informationen:  
Telefon (04748) 10 82.

### Reinhold Prochnow

\* 19. September 1896                      \* + 6. Mai 1986  
Stargard/Pommern                      Flensburg

Reinhold Prochnow, der Begründer des Sprachheilwesens nach dem Kriege in Schleswig-Holstein, ist tot. Trotz des hohen Alters kam uns sein Tod unerwartet.

Die Vertreibung aus dem Osten nach Kriegsende verschlug ihn nach Flensburg. Er hatte schon 1925 in Pommern eine »Hilfsschule« aufgebaut und an dem »Gutzmannschen Universitäts-Sprachheilambulatorium der Humboldt-Universität Berlin« Sprachheilpädagogik studiert.

1948 gründete er im Flüchtlingslager Flensburg-Weiche eine Klasse mit kriegsverletzten, psychisch geschädigten und sprachbehinderten Kindern, 1949 Kurse für Sprachgebrechliche, 1950 eine Beratungsstelle für Sprachkranke. 1957 wurde er in Flensburg Schulleiter der ersten Sonderschule für Sprachbehinderte in Schleswig-Holstein. Seine Initiative galt nicht nur Flensburg, sondern dem ganzen Land. 1958 gründete er den Landesverband Schleswig-Holstein der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland. Seine Leistung wurde von der Landesregierung anerkannt; er wurde Landesbeauftragter für das Sprachheilwesen. So ging es nun folgerichtig weiter. 1960 wurde auf sein Betreiben die Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf eingerichtet. Reinhold Prochnow wurde Lehrbeauftragter für Sprachheilpädagogik am Heilpädagogischen Institut in Kiel. Sieben Jahre gab er angehenden Sprachheillehrern das Rüstzeug für ihre Arbeit. Seine Denkschrift über die Sprachheilarbeit wurde zur Grundlage des Sprachheilwesens in Schleswig-Holstein.

Auf der Bundestagung 1962 in Hildesheim wurde er zum Ehrenmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland ernannt.

Nach seiner Pensionierung arbeitete er unermüdlich noch weitere sieben Jahre im Ambulatorium Flensburg. Sein Leben galt über die Sprachheilarbeit hinaus allen behinderten Menschen. Dafür wurde er von der Fachgruppe Sonderschulen der GEW, dem Verband Deutscher Sonderschulen und der Vereinigung Lebenshilfe zum Ehrenmitglied ernannt.

Reinhold Prochnows letzte Lebensjahre waren durch schwere Schicksalsschläge überschattet. Er erblindete und wurde körperlich hilflos. Aber seine lebensbejahende Einstellung ließ ihn auch dieses Schicksal ertragen. Mit regem Geist und seinem allbekannten Humor widmete er sich über ein Jahrzehnt der Blindenhilfe.

Reinhold Prochnow war der Mann der ersten Stunde, er legte die Grundlagen für die Sprachheilarbeit in Schleswig-Holstein. Wenn es heute in Schleswig-Holstein zehn Sprachheilgrundschulen, die Staatliche Internatsschule für Sprachbehinderte in Wentorf, zehn weitere Klassen an Grundschulen und flächendeckend über 120 Sprachheilambulatorien gibt, so verdanken wir es ganz besonders seinem Einsatz, seiner Energie, seiner Tat- und Überzeugungskraft.

Reinhold Prochnow wird nach seinem Tode nicht nur bei den Sprachheillehrern, sondern auch im gesamten Sonderschulwesen des Landes Schleswig-Holstein einen ehrenvollen Platz einnehmen.

Für die Landesgruppe Schleswig-Holstein  
und den Hauptvorstand der dgs  
Heinz Cremer

---

## Bücher und Zeitschriften

---

**Luise Springer und Georg Kattenbeck** (Hrsg.):  
**Stottern und Stimme.** Interdisziplinäre Reihe zur  
Theorie und Praxis der Logopädie, Bd. 2.  
tuduV Verlag, München 1985, 2. erweiterte und  
korrigierte Auflage. 194 Seiten. Paperback.  
26,80 DM.

Der Band wird eröffnet von dem Beitrag des  
Sprecherziehers *Schäfersküpper* über »Die Ent-

wicklung des Stotterns«. Neben einer differenzier-  
ten Interpretation der bewegungsphysiologischen  
Abläufe der Kernereignisse — Toni, Kloni —, um  
die sich Störungsbewußtsein und Überwindungs-  
mechanismen aufbauen, werden verschiedene  
Ursachenhypothesen aufgeführt. Konzentration  
und Entwirrungswillen werden vom Leser verlangt  
bei der Beschreibung von »auf- und abbauenden

Mechanismen«. Neugierig macht eine angekündigte Untersuchung über die den Stotternden fehlende Vorstellung über schwierige Laute.

Der zweite Beitrag desselben Autors über »Sprecherziehung in der Stottertherapie« befriedigt diese Neugier noch nicht. Hier werden Vorschläge angeboten, was die »Stotterer« (Druckfehler?) erarbeiten müssen, um die Symptome abzubauen, wobei die Wege verschiedenen Methoden entliehen werden, ohne sie zu benennen (z. B. Akzentmethode, *Stromsta*, *Jakobson*).

Der nächste Beitrag »Beratung und Training von Eltern stotternder Kinder in der logopädischen Praxis« der Logopädin *Schmidt* überzeugt durch Klarheit und Praxisnähe von der Effektivität der Einbeziehung der Eltern. Ein detailliertes Rahmenprogramm einer Elterngruppe wird dargestellt.

Der Artikel »Spezielle Aspekte klientenzentrierter Kinderspieltherapie« des Psychologen *Benecken* zeigt eine gute Ergänzung zum Elterstraining auf, läßt aber durch ausführliche allgemeine Hintergrundhypothesen über Stottern die Spieltherapie zu kurz kommen.

Wer einen Hinweis für symptomorientiertes Arbeiten mit Stotternden sucht, findet ihn in »Verhaltenstherapeutische Stottertherapie — das Monterey Sprechtrainingsprogramm von *Ryan* und *Kirk*« des Psychologen *Schwepes*.

Einen lebendigen, von Erfahrung geprägten Beitrag »Zum Problem der Generalisierung in der Therapie des Stotterns« gibt der Psychologe *Wendlandt*. Auch Therapeuten, die schon viele Jahre mit Stotternden arbeiten, werden sich wiederfinden in den »Mißverständnissen« und »Vernachlässigungen« bei erfolglosen Versuchen in der Generalisierungsphase. Es werden Angebote skizziert für viele praktische Arbeitsmomente. Eine In-vivo-Übung wird realistisch vor Augen geführt.

In »Mehrdimensionale Vorgehensweise in der Therapie des Stotterns« des Logopäden *Kattenbeck* lesen wir eine umfassende Beschreibung eines Therapieaufbaus, der auf *Van Rippers* Modell ausgerichtet ist. Wer sich noch nicht mit *Van Rippers* Gedankenaufbau vertraut gemacht hat, bekommt hier einen Einblick in die praktischen Wege damit.

Der Psychologe *Stang* schildert in etwas komplizierter Sprache in »Problemorientierte Behandlung erwachsener Stotternder« besonders die Motivationsarbeit und selbstbehandlungsorientierte Ansätze.

Die Logopädin *Reuken* gibt eine Einführung in »Kognitive Therapie des Stotterns« über die rational-emotive Therapie und deren Anwendung

als ein wirkungsvoller — wenn auch kritisch betrachteter — Mosaikstein in der Stottertherapie.

Schade, daß das Buch nicht hier endet und mit den nächsten zwei Beiträgen eine neue interdisziplinäre Reihe über »Stimme« eröffnet wird. So können die »Ergebnisse über die physiologischen Grundlagen der Stimmbildung« des Gesangspädagogen *Flöth*, der auch noch in einige Therapieansätze einführt, und das »Phonetogramm in der Praxis« des HNO-Arztes *Thürmer*, ein interessanter Beitrag zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Stimmstörungen, vielleicht zu wenig gewürdigt werden.

Insgesamt ist das Buch vorwiegend für solche Therapeuten gedacht und zu empfehlen, die sich mit Stottern auseinandersetzen und neue Anregungen zur Stabilisierung oder Weiterführung ihres Repertoires suchen, und für die, die sich eine Orientierung auf dem Gebiet »Stottern« verschaffen wollen.

Hannelore Timm

### **Manfred Grohnfeldt: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern.**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin 1985. 172 Seiten. 28 DM.

Jegliche Beschäftigung mit Bereichen gestörter menschlicher Leistungen im weitesten Sinne kann sich zirkulären Denkabläufen kaum entziehen. Die heute durchgängig akzeptierte »Schein«grenze zwischen Normalität und Behinderung, fließende Übergänge, Mehrdimensionalität und andere übergreifende Strukturen im Humanbereich zwingen mehr denn je zur immer wieder und immer schon beschworenen Ganzheitlichkeit. Der »Blick über die Grenze« — vor nicht allzu langer Zeit ein gewisses prickelndes Wagnis — ist heute selbstverständliche Erschließung notwendiger Wesensmerkmale der Menschlichkeit schlechthin. Francis *Bacon*s (1561 bis 1626) »Pathologia illustrat Physiologam« hat wohl diese Entwicklung mit eingeleitet.

Solche Überlegungen drängen sich auf, wenn die neueste Veröffentlichung *Grohnfeldts* zur Debatte steht. Die hier dargestellten Grundlagen der Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder verstehen sich als weiterführende Gedankengänge zum vorgängigen Buch »Störungen der Sprachentwicklung« (1982; siehe auch Besprechung in Sprachheilarbeit 1982, Heft 5), jetzt natürlich unter Akzentuierung praxisrelevanter Überlegungen zur Therapie (S. 2). Selbstverständnis und theoretische Grundlagen schließen natürlich nahtlos an die Vorveröffentlichung an, wobei das zugrundeliegende handlungstheoretische Konzept dort durch einen Katalog diagnostisch-entwicklungsfördernder

Maßnahmen abgeschlossen wurde und Früherfassung sowie Prophylaxe im Vordergrund standen.

Nunmehr wird der Didaktik und Methodik der Sprachtherapie der Vorzug eingeräumt, wobei gewisse Wiederholungen sich kaum vermeiden lassen, explizit und implizit jedoch die Frage des sogenannten »therapeutischen Selbstverständnisses« untersucht wird. *Grohnfeldt* verarbeitet zur Fundierung dieses Begriffs manche vorgängigen Überlegungen (*Orthmann* 1969, *Knura/Neumann* 1980, *Jaeggi et al.* 1983) und eine Fülle einschlägiger Abhandlungen, die um integrative und partnerschaftliche Förderstrategien kreisen, die zum Grundbestand pädagogisch-therapeutischer Hilfen gehören. Die entscheidenden Wirkungsfaktoren solch pädagogisch-therapeutischen Handelns erkennt der Autor in einem ganzheitlichen Verständnis der Lebenssituation des sprachentwicklungsgestörten Kindes und der Beziehung Therapeut (Pädagoge) zum Kind. Diese Beziehung — kaum noch irgendwo unterschätzt — wird mit besonderer Eindringlichkeit dargestellt, wobei die Beziehungsebene Kind—Therapeut, die Fähigkeit zur Empathie (*Tausch/Tausch* 1981), Prozesse der sozialen Wahrnehmung, ihrer Selektion und gefühlsmäßigen Bewertung zur Grundlage des wechselseitigen Verstehens werden (S. 34). Die einleitende Feststellung »Damit rückt die Persönlichkeit des Therapeuten in den Vordergrund. Sein Menschenbild und sein Selbstverständnis . . . bilden den Rahmen und die Grundlage für die Therapie« (S. 3) wird somit mehr als zeitgemäße und unvermeidliche Floskel.

Somit läßt sich diese Therapie als personenzentriert einordnen. In mehr oder weniger starken Ansätzen sind solche Vorgehensweisen durchaus bekannt. Ihre Verdichtung bis hin zum Postulat der Grundlage und Rahmung (S. 3) schließt bei *Grohnfeldt* nahtlos an die Prozesse der Sprachentwicklung (Sozialisation, Kommunikation, Interaktion) an, sie orientiert sich an ihren Bedingungen (S. 2).

Die Veröffentlichung gliedert sich wie folgt:

Einleitung — Kennzeichnung des Personenkreises — Selbstverständnis. Prinzipien und Grenzen sprachtherapeutischer Intervention — Didaktik und Methodik der Sprachtherapie — Zur Realisierung eines spracherwerbsbezogenen Vorgehens (mit vier Fallbeispielen) — Literaturverzeichnis (über 250 Titel) — Sachverzeichnis.

Literaturverzeichnis und Sachverzeichnis werden dem Studierenden (und nicht nur ihm) eine wertvolle Hilfe sein.

Abschließend mag gesagt sein: An Veröffentlichungen über Grundlagen und Therapie von Sprachstörungen und Sprachentwicklungsstörun-

gen herrscht gewiß kein Mangel. Um so mehr lassen Schriften aufmerken, die das oft gegebene Versprechen zur Ganzheitlichkeit einlösen und einen diesbezüglichen durchgängigen und einheitlichen Rahmen aufweisen. *Grohnfeldts* Buch gehört dazu.

Werner Orthmann

**Ingrid Olbrich (Hrsg.): Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder.** verlag modernes lernen, Dortmund 1985. 212 Seiten, kartoniert. 26 DM.

Das Buch enthält Beiträge aus der sogenannten Sellinghausener Diskussionsrunde von 1984, einem ideell und finanziell vom DGB getragenen Gesprächsforum im Hochsauerlandkreis, in dem sich regelmäßig interdisziplinär zusammengesetzte Teilnehmerkreise um sonderpädagogisch wichtige Probleme mühen. Die Verfasser(innen) der abgedruckten Beiträge — Gertrud *Ohlmeier*, Gerhard *Neuhäuser*, Renate *Eckert*, Ingrid *Olbrich* und Luise *Merkens* — belegen diesen Anspruch im Grundsatz. Sie stimmen darüber hinaus wohl konzeptionell darin überein, daß sie das behinderte oder von Behinderung bedrohte Kind aus einer ganzheitlichen Sicht betrachten wollen, was in diesem Falle heißen soll, kognitives und psychosoziales Lernen über die Stimulierung basaler sensorischer Wahrnehmungen im Sinne der entwicklungsorientierten Psychologie *Piagets* anzubahnen und zu fördern. Diese Betrachtungsweise schließt zudem eine in der Sonderpädagogik noch weithin übliche behinderungsspezifische Orientierung aus.

Im Mittelpunkt des Buches steht das von Renate *Eckert* und Ingrid *Olbrich* entwickelte Konzept der integrierten Sprach- und Bewegungsförderung. Kurzgefaßt wird mit diesem Ansatz versucht, Bewegung und Wahrnehmung in sonderpädagogisch strukturierte Lernprozesse einzubetten und zur natürlichen Ausgangslage für Sprache zu machen. Sprachkorrekturen (falls überhaupt nötig) setzen erst dann ein, wenn das Kind die fehlenden bzw. mangelbehafteten vorsprachlichen Entwicklungsschritte nachvollzogen hat. Zentrale Gedanken sind weiterhin, das Kind bewußt mit seinen Sprachproblemen anzunehmen, ihm genügend eigene Gestaltungsmöglichkeiten in der Gruppentherapie einzuräumen und durch Akzeptanz, Lob und Verständnis Einstellungsänderungen bei teilnehmenden Familienangehörigen zu bewirken. Insgesamt vier Beiträge, je zwei von *Eckert* und *Olbrich*, befassen sich mit diesem Konzept, indem einerseits prinzipielle Überlegungen, z. B. die Rolle des Therapeuten, erörtert, andererseits aber auch ganz konkrete Stundenbeispiele zur Förde-

rung sprachentwicklungsgestörter Kinder vorgestellt werden.

Ergänzung finden diese Beiträge durch drei weitere von *Ohlmeier*, *Neuhäuser* und *Merkens*. Gertrud *Ohlmeier*, eine engagierte Kinderärztin aus Hamburg, befaßt sich in ihrem (vergleichsweise viel zu langen und didaktisch eigentlich überarbeitungsbedürftigen) Beitrag mit der von ihr realisierten Möglichkeit, über die elektronische Textverarbeitung (ETV) abrufbare, d. h. auf Disketten gespeicherte Langzeit-Trainingsprogramme für behinderte Kinder zu erstellen. (Zur ausführlichen Information darüber sollte der Leser besser auf das 1983 im selben Verlag erschienene Buch von *Ohlmeier* zurückgreifen, betitelt: Frühförderung behinderter Kinder.)

Gerhard *Neuhäuser* reflektiert in seinem Beitrag die Rolle des Arztes in der Früherkennung und Frühförderung. Er sieht sie — bei aller Konzilianz in Richtung kooperativer Gestaltung — dennoch im traditionellen Verständnis eines *Primus inter pares*, wofür aus seiner Sicht die biologischen Determinanten einer Behinderung sprechen.

Schließlich befaßt sich Luise *Merkens* mit der Entwicklung und Förderung der visuellen Wahrnehmung und stellt dabei das *Frostig*-Programm in den Mittelpunkt.

Insgesamt muß dieses Buch mit einer für jeden Tagungsbericht geltenden Kritik bedacht werden: Atmosphärisches, Zwischentöne, Diskussionen, Anschaulichkeit, Vortragsgeschick, Persönlichkeit des Referenten usw., Faktoren also, die Tagungen maßgeblich bestimmen, gehen in der schriftlichen Fassung verloren, sind für den Leser auch nicht nachvollziehbar. Bleibt eigentlich der davon zu abstrahierende Kern, die Sache. Diese halte ich jedoch für wichtig genug, um sie in die Diskussion zu bringen.

Jürgen Teumer

#### **Friedhelm Schilling: Spielen Malen Schreiben.**

Marburger Graphomotorische Übungen. verlag modernes lernen, Dortmund 1985, 5. Auflage. 78 Seiten, Format DIN A4, kartoniert. 9,80 DM.

Vorhandene Schreiblehrprogramme, so stellt der Marburger Sportwissenschaftler *Schilling* in der achtseitigen Handanweisung zu seinem Übungsmaterial fest, berücksichtigen zu wenig, »daß Schulanfänger bestimmte entwicklungsmäßige Voraussetzungen auf sensorischer und motorischer Ebene mitbringen müssen, damit sie in der Lage sind, Schriftzeichen aufzufassen und nachzubilden« (S. 3). Jeder Erstklassenlehrer weiß, daß die komplexe psychomotorische Fertigkeit des Schreibens für viele Schulanfänger eine Überforderungssituation und den Anlaß für erste Miß-

erfolgserebnisse darstellt. Diese Kinder benötigen ein breites Übungsangebot, um die notwendige Bewegungskoordination, die Hand- und Finger geschicklichkeit zu erlangen. Schwierigkeiten der Stifthaltung und -führung, das Fertigwerden mit dem begrenzten Raum, die Regulierung des Schreibdrucks und die Vermeidung von Verkrampfungen sollten möglichst nicht mit den Schwierigkeiten bei der Bewältigung des eigentlichen Buchstabenschreibens zusammentreffen.

*Schillings* Schreibvorkurs soll die geforderten sensomotorischen Voraussetzungen schaffen helfen, seinem Vorschlag nach möglichst in den ersten sechs Schulwochen bei täglich etwa einer dafür aufgewandten Schulstunde.

Die 64 Übungsvorlagen orientieren sich — so der Autor — an der graphomotorischen Entwicklung in den Kategorien Kritzeln — Striche — Punkte — Bögen und Kreise — Zielpunktieren — Kombinationen und Muster, darüber hinaus an den Grundelementen der Schrift (wie: Girlanden, Ovale, Achterschwünge). Die Bestandteile sollen in variiert gestalterischer, erlebnismäßiger Einbettung (z. B. im Sachunterricht) zunächst nacheinander, dann in Verbindungen geübt, für besonders retardierte Schüler durch weitere Angebote ergänzt werden. Jede Vorlage mit braunen Umrißbildern ist mit einer kurzen Aufgabenanweisung versehen worden (z. B. Laß alle Schornsteine rauchen; Repariere den Tennisschläger; Das Kind läuft viele Achten auf dem Eis).

*Schilling* teilt erste hoffnungsvolle Ergebnisse, die an kleineren Stichproben behinderter Schüler erhoben worden sind, mit und bittet die Bezieher um weitere Anregungen und Verbesserungsvorschläge. Es ist nun an den sogenannten Praktikern in den Schulen, gemeinsam mit den Erstklassenschülern Erfahrungen zu sammeln. Das Angebot sollte im Interesse der Förderbedürftigen nicht unbeachtet bleiben.

Jürgen Teumer

#### **Krista Mertens: Lernprogramm zur**

**Wahrnehmungsförderung.** verlag modernes lernen, Dortmund 1983. 76 Seiten, Format DIN A4, kartoniert. 24,50 DM.

Die Schulpädagogik der letzten Jahrzehnte hat die kognitive Seite des Lernens einseitig betont und damit zugleich bewirkt, daß Kinder grundlegende Bewegungserfahrungen bestenfalls im Sportunterricht machen können. Mit dem vorliegenden Programm soll dieser Entwicklung gegengesteuert werden. Erziehung durch Bewegung ist das Leitmotiv, d. h., Elemente der Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung, normalerweise auf viele Fächer verteilt, sollen hier als Lernprinzip in den

gesamten Unterricht der Elementarstufe (Kindergarten, Grundschule, Vorklasse und Eingangsstufe der Sonderschule) einfließen. Die Kinder sollen es also durchlaufen, bevor sie lesen, schreiben und rechnen lernen. Je nach Alter und Entwicklungsstand sollte ein Zeitaufwand zwischen drei Monaten (bei jeweils zwei Wochenstunden) und etwa einem halben bis zu einem Jahr (im Kindergarten, in Sonderschulen) eingeplant werden.

Das Konzept des Lernprogramms orientiert sich am hierarchisch aufgebauten Entwicklungsmodell *Piagets* und *Affolters* (modale — intermodale — serielle Handlungsstufen). Es macht das Kind stufenweise und entwicklungsgemäß mit neun Schwerpunkten vertraut: Wahrnehmung der eigenen Körperfunktionen/Materialwahrnehmung — Körperschema — akustische Wahrnehmung — Zeitwahrnehmung — Raumwahrnehmung/Wahrnehmung von Symbolen und Zeichen — Farbwahrnehmung — Wahrnehmung der koordinierten Bewegung — Sozialwahrnehmung — Wahrnehmung der veränderten Situation. Diese Programmschwerpunkte sind in 25 Übungseinheiten zu etwa je 30 Minuten Durchführungsdauer eingebunden worden.

Der Erzieher/Lehrer/Therapeut findet zu jeder Übungseinheit eine genaue Unterrichtsplanung (mit Lernzielangabe), gegliedert nach Zeit, didaktisch-methodischer Absicht, Inhalt, Organisation/Medien. Fast jede Übung ist mehrfach bebildert und nicht zuletzt deshalb gut nachvollziehbar. Die Bilder belegen, daß die Kinder mit viel Freude am Werke sind.

Wer sich noch ein größeres Maß an Veranschaulichung verschaffen möchte, kann zu diesem Buch und dem Wahrnehmungsprogramm bei o. a. Verlag auch einen Videofilm erwerben, in dem Kinder aus verschiedenen Institutionen die im Buch beschriebenen Übungen durchführen und die Verfasserin Erläuterungen gibt. Die Kosten betragen 140 DM.

Jürgen Teumer

**Helmut Gipper** (Hrsg.): **Kinder unterwegs zur Sprache**. Zum Prozeß der Spracherlernung in den ersten drei Lebensjahren — mit 50 Sprachdiagrammen zur Veranschaulichung. Pädagogischer Verlag Schwann-Bagel. Düsseldorf 1985. 296 Seiten. 56 DM. Diagrammsatz in Kassette: 28 DM.

Der kindliche Spracherwerb steht im Zentrum interdisziplinären Interesses. Dabei werden jeweils unterschiedliche Problemstellungen akzentuiert und einer genaueren Analyse unterzogen. Die Münsteraner Arbeitsgruppe unter Leitung des Herausgebers stellt sich dabei folgende Frage:

»Wie wird ein neugeborener Mensch zu einem sprechenden und denkenden Wesen, das in der Lage ist, die Welt zu erkennen, mit anderen über sie zu sprechen und sie handelnd zu verändern?« (S. 7).

Im einzelnen beziehen sich die Ausführungen auf

- generelle Überlegungen zur Kindersprachforschung,
- Diskussionen zur Sonderstellung der menschlichen Sprache,
- das Verhältnis von Denken und Sprache in der Sicht unterschiedlicher Autoren,
- die Darstellung einer evolutiven Grammatik,
- Fragen der kindlichen Schrei- und Lallphasen, Lautentwicklung, Begriffsbildung und Satzstruktur.

Neben einer Aufarbeitung der Literatur erfolgt dabei die Darstellung einer umfangreichen Längsschnitterhebung. Mit der Hilfe interessierter Eltern, die sich auf Zeitungsannoncen zur Mitarbeit gemeldet hatten, wurden über 70 Kinder zumeist von der Geburt bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres täglich beobachtet. Die kindlichen Äußerungen wurden detailliert protokolliert und ausgewertet. Dabei konnte nicht nur gezeigt werden, wie sich die Lautentwicklung vollzieht, wie Wort- und Satzbedeutungen entstehen, sondern auch, wie das Kind in die sprachliche Weltsicht seiner Muttersprache hineinwächst. Das Kind verfügt im Alter von drei Jahren bereits über Grundstrukturen einer sprachlichen Weltsicht. Vom Ansatz her sind die Autoren dabei den sprachphilosophischen Richtungen von *Humboldt* und *Weisgerber* verpflichtet. Neuere pragmalinguistische Gedankengänge werden kaum eingearbeitet. So geben die beigefügten Diagrammsätze sehr genau an, wann bei den einzelnen Kindern bestimmte Begriffe usw. zuerst auftraten, zeigen aber nicht den zugrundeliegenden Dialog. Die begrüßenswerte schematische Darstellung in einem Kugelmodell reduziert sich damit auf einen Ausschnitt der kommunikativen Entwicklung.

Insgesamt läßt sich sagen, daß die Ergebnisse in dieser Differenziertheit und Sorgfalt der Dokumentation im deutschsprachigen Raum bisher einmalig sind. Die Belege sind dabei nicht nur für die Spracherwerbsforschung von Interesse, sondern auch für die Gehörlosenpädagogik (Denken bei spracharmen Kindern. Was heißt Denken? Was heißt Sprache?) und die Sprachbehindertenpädagogik (Abgrenzung von normaler und gestörter Sprachentwicklung. Was ist normal?). Die Verfasser weisen in diesem Zusammenhang darauf, daß trotz des Aufzeigens genereller Entwicklungslinien letztlich jedes Kind seinen eigenen Weg geht

und die »Eigentümlichkeiten jedes Individuums ... in keinem Regelsystem einheitlich zu erfassen sind« (S. 106). Anlaß zu Diskussionen gerade im Hinblick auf die Frühförderung sprachauffälliger Kinder könnte noch folgender Hinweis sein: »Es hat nichts, oder vorsichtiger: es braucht nichts mit der Intelligenz eines Kindes zu tun zu haben, wenn bei ihm hier und da Verzögerungen auftreten« (S. 264).

Die einschränkenden Bemerkungen zum Vorgehen und zu den Ergebnissen müssen spekulativ bleiben. Durch die — forschungsmethodisch notwendige — Mitarbeit interessierter Eltern, die über einen langen Zeitraum ihre Kinder täglich beobachtet haben, können die Ergebnisse nicht repräsentativ sein. So zeigt die Darstellung der Stichprobe ein eindeutiges Überwiegen der Mittelschichtzugehörigkeit sowie gute Voraussetzungen der zeitlichen, ökonomischen und emotionalen Bedingungen zur Sprachentwicklung eines Kindes. Wie verläuft die Sprachentwicklung bei Kindern, die nicht unter diesen günstigen Bedingungen aufwachsen? Ist sie u. U. nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ anders? Wie verläuft der Spracherwerb bei sprachentwicklungsgestörten Kindern? Andererseits: Wer weiß, welche Kinder später sprachentwicklungsgestört sein werden? Besteht nicht die ethische Pflicht, gerade diese Kinder im Verlauf des Experiments besonders zu fördern?

So vermittelt die Lektüre des Buches nicht nur eine Vielzahl an lesenswerten Ergebnissen, sondern wirft auch weiterführende Fragen auf, die gerade für Sprachbehindertepädagogen von besonderem Interesse sind. Von daher ist die Veröffentlichung ganz besonders zu begrüßen.

Manfred Grohnfeldt

#### **A. Jean Ayres: Bausteine der kindlichen**

**Entwicklung.** Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes.

Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo 1984. 274 Seiten, geheftet. 38 DM

Jean Ayres, Beschäftigungstherapeutin und Psychologin, und ihre Sicht der Probleme von Kindern mit Entwicklungsstörungen sind in aller Munde. Wohin man auch kommt, in Sonderkindergärten ebenso wie in Sonderschulen verschiedenen Typs, überall steht »Jean Ayres« auf dem Programm der Förderarbeit in der Fortbildung.

Während ihr erstes, schwer lesbares Buch (Lernstörungen. Sensorisch-integrative Dysfunktionen. Springer-Verlag, Heidelberg 1979) wohl nur einen kleineren Kreis von Fachleuten erreichte, scheint

dem hier vorliegenden breiterer Erfolg beschieden zu sein.

Worum geht es? Aus neurophysiologischer und neuroanatomischer Sicht sind Lernen, Wahrnehmen, Sprache — obwohl Funktionen der Großhirnrinde bzw. in ihr lokalisiert — auf die Funktion und Wechselbeziehung aller Teile des Gehirns angewiesen. Höhere Funktionen haben ihrer phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklung nach in niederen Teilen des Gehirns (Rückenmark, Stammhirn) ihre Grundlage. Lernen und Anpassungsfähigkeit in der Umwelt sind ohne die integrierende Funktion des ganzen Gehirns erheblich eingeschränkt, das heißt im Falle von Störungen der Integrationsvorgänge, der mangelnden Abstimmung im Sinne von Hemmung bzw. Verstärkung des sensorischen Inputs, kommt es zwangsläufig zu Lern- und Anpassungsproblemen. Ayres führt deshalb einzelne Symptome von Kindern mit Lernschwierigkeiten auf Störungen in den phylogenetisch älteren und ontogenetisch niederen Hirnteilen zurück.

Konsequenterweise setzt die Therapie von Lernstörungen daher bei der Stimulation des Gleichgewichtssystems (vestibuläres System), der Eigenwahrnehmung (propriozeptives System) und des Tastsinns (taktiles System) an. Hierzu gehören u. a. Übungen wie Fahren mit dem Rollbrett, Schaukeln in einer Hängematte, Rollen mit einer Tonne, Sitzen und Balancieren auf einem einbeinigen Stuhl, Übungen auf dem Spastikerball, Übungen auf dem Schaukelbrett, ferner das Einreiben mit Hautlotion oder Rasierschaum, Fingerfarbmalen auf einer großen Tafel, Spielen in und mit Wasser, Sand, Bohnen, Kies und Matsch, langsames Schaukeln.

Ziel dieser Übungen ist die Verbesserung der Hirnrindenfunktionen durch Verbesserung der Integration an den Stammhirn- und Thalamus-Ebenen.

Ayres entwickelt dieses Grundkonzept und die Maßnahmen zur Lösung der Probleme kleinschrittig, schlüssig und sehr argumentativ in den drei Kapiteln des vorliegenden Buches: Im ersten Kapitel erteilt sie im besten Sinne einen gutverständlichen Nachhilfeunterricht über die Entwicklung des Kindes und über das Nervensystem. Das zweite Kapitel handelt von den Störungen der sensorischen Integration, den Symptomen und ihren möglichen Ursachen in den Bereichen des vestibulären, propriozeptiven und taktilen Systems. Im dritten Kapitel werden das Konzept der sensorischen Integrationsbehandlung und die Erfolge beschrieben. Ein ausführlicher Abschnitt befaßt sich mit den Mitwirkungsmöglichkeiten der Eltern, ihren Fragen und den fachlichen Antworten.

Daß am Schluß des Buches außer einem Sachwortverzeichnis ein Glossar zu den im Buch gebrauchten Begriffen angeführt ist, verdeutlicht das Bemühen, sich nicht nur Fachleuten verständlich machen zu wollen. Ich glaube, daß dieses Vorhaben in vorbildlicher Weise (nicht zuletzt auch durch die vom Ehepaar *Dr. Flehmig*, Hamburg, vorgenommene gute Übersetzung des Buches) gelungen ist, wenn ich mir auch bei aller Plausibilität dieses biologistischen Ansatzes einen Rest von Skepsis hinsichtlich der breitflächigen Tragfähigkeit und Erklärungssicherheit gerade mit Blick auf den (direkten) Abbau sprachlicher Probleme bei Kindern bewahren möchte. Jürgen Teumer

**Patricia Albrecht: Diagnose und Therapie von Wahrnehmungsstörungen nach Jean Ayres.**

verlag modernes lernen, Dortmund 1985,  
3. unveränderte Auflage. 29 Seiten, geheftet.  
10 DM.

In dieser Schrift sind kurzgefaßt Hinweise zum Konzept von Jean Ayres, zu den Syndromen der sensorischen Integrationsstörung und ihrer Behandlung, vor allem aber Informationen über den von Ayres entwickelten Test zur Aufdeckung der

Staatlich anerkannte

**Sprachtherapeutin**

27 J., Prüfung Oktober 1986,  
Erfahrungen während des Anerkennungsjahres in der stationären Aphasie- und Dysarthriebehandlung, sucht ab November 1986 Stellung, möglichst im Raum Hannover.

Zuschriften erbeten unter Chiffre  
Nr. 01/03 SP an den Verlag Wartenberg  
& Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w,  
2000 Hamburg 50.

Störungen, den SCSIT (Southern California Sensory Integration Tests), enthalten. Das Heft stellt insofern eine brauchbare Ergänzung zu dem oben besprochenen Buch von J. Ayres dar, wenn man bei der Lektüre auch das recht holprige Deutsch und manche orthographische Schludrigkeit in Kauf nehmen muß. Jürgen Teumer

---

**Vorschau auf den Inhalt der nächsten Hefte**

*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. Brueggeborers-Weigelt:* Überlegungen zum Einsatz der Mantra-Meditation bei Vokal-Stotternern.

*H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann:* Untersuchungen zu metasprachlichen 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.

*B. Kleinert-Mollitor:* »Früher konnte ich nicht mal ‚Mamalade‘ sagen« — 10 Jahre Frühförderung konkret.

*D. Kroppenberg:* Zur Problematik der »physiologischen Sprachstörungen«.

*H. Freise und M. Menk:* Zur pädagogischen Förderung sprachauffälliger Kinder im Rahmen einer Integrierten Gesamtschule.

*W. Göttinger:* Vier Grundformen des Stotterns.

*V. Wennemann:* Differenzierungsmaßnahmen im Erstleseunterricht — Die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen als Indikator zur Aufstellung eines Förderprogramms.

*H. Schöler, A. Anzer und E. Illichmann:* Einige Anmerkungen zur Diagnose »Dysgrammatismus« bei Schülern von Schulen für Sprachbehinderte.

*S. Bensinger:* Bericht über die Durchführung einer Erwachsenen-Stotterer-Gruppe.

*A. Kotten-Sederqvist:* Was leistet unsere Stimme?

*H. Mäulen-Petermann:* Zahngesundheitserziehung in der Sprachheilschule unter besonderer Berücksichtigung sprachtherapeutischer und sonderpädagogischer Aspekte — Lernangebote für die Primarstufe.

*G. Heinrichs:* Integrierter Sprachheilkindergarten in Düsseldorf-Garath. Erfahrungsbericht.

*V. Middeldorf:* Was ist eigentlich eine Stimmstörung?

## »Die Sprachheilarbeit«

### Richtlinien für die Manuskript-Bearbeitung und Hinweise für die Autoren

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

#### **Der direkte Weg ist der kürzeste und wirtschaftlichste!**

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

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

*So einfach  
ist es:*

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

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



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

## Sammelmappen

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

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

Der Preis beträgt 18,— DM zuzügl. Porto.

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

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

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

Das St. Lukas-Heim sucht  
zum 1. 8. 1986 oder 1. 10. 1986

**eine(n) Logopädin(en)**  
oder (und)  
**eine(n)**  
**Sprachtherapeutin(en)**

für unseren Sprachheilkindergarten,  
für die Tagesbildungsstätte bzw.  
Heim.

Vergütung erfolgt nach Arbeits-  
vertragsrichtlinien des Deutschen  
Caritasverbandes.

Interessenten werden gebeten,  
die üblichen Bewerbungsunterlagen  
zu richten an:  
St. Lukas-Heim, Gasthauskanal 9,  
2990 Papenburg 1, Telefon (04961) 803-0.

**A. Pick**

## Die agrammatischen Sprachstörungen

Studien zur psychologischen Grundlegung der Aphasie-  
lehre

Mit einer Einleitung von **D. Weniger**

Reprint der 1. Auflage Berlin 1913.

1986. X, VIII, 291 pages.

Gebunden DM 68, - . ISBN 3-540-16309-3

Die Monographie von A. Pick hat trotz neuerer Untersu-  
chungsmöglichkeiten und -ansätze noch heute grundle-  
gende Gültigkeit. Der Autor legt die sprachpsychologi-  
schen und sprachphilosophischen Auffassungen seiner  
Zeit dar und zeigt ihre Relevanz für eine umfassende Be-  
trachtung verschiedener aphasischer Störungen auf.  
In der Einleitung zu diesem Nachdruck stellt D. Weniger  
den Bezug zum gegenwärtigen Stand der Aphasiefor-  
schung dar.

3363/5/4h

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo

Heidelberger Platz 3, D-1000 Berlin 33  
175 Fifth Ave., New York, NY 10010, USA  
37-3, Hongo 3-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japan

**Springer**



**NOVEL** elektronik

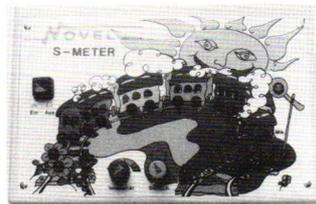
### Die SVG-Serie

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

Staatlich anerkannte

### **Sprachtherapeutin**

sucht ab Oktober 1986 im Raum Koblenz und Umgebung eine Mitarbeit in ambulanter Praxis oder Institution.

Angebote unter Chiffre Nr. 02/03 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Der Caritas-Verein Altenoythe e.V. sucht zum nächstmöglichen Termin den/die

### **Leiter(in)**

unseres Sprachheilkindergartens in Cloppenburg. Dem Sprachheilkindergarten mit 24 Plätzen ist eine Sprachheilambulanz angeschlossen. Der Bewerber sollte Berufserfahrung in der Sprachheiltherapie und/oder Heilpädagogik sowie in der Elementar-erziehung besitzen. Wir erwarten neben der fachlichen Qualifikation für die Leitertätigkeit die Übereinstimmung mit den Zielen des kirchlichen caritativen Dienstes.

Ferner ist zum 1. August 1986 oder später eine weitere Stelle eines/einer

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

zu besetzen. Bewerber mit Behandlungsberechtigung (Krankenkassenzulassung) sowie einschlägigen Erfahrungen in der Sprachheilkindergartenarbeit bzw. mit Ambulanz-erfahrung werden bevorzugt. Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR).

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte umgehend an den

**Caritas-Verein Altenoythe e.V.,**  
Kellerdamm 7, 2908 Friesoythe.

### **Logopäde/in**

gesucht, der/die freiberuflich, auf ärztliche Anweisung — Bezahlung durch die Krankenkassen — unseren Schülern in der Schule Sprachtherapie gibt. Täglich von 8.30 bis 15.30 Uhr, freitags bis 13.00 Uhr; ggf. auch stundenweise oder an einzelnen Tagen. Kein Unterricht in den Schulferien. Ein Raum muß vom Bewerber in der Schule angemietet werden.

Angebote an die Westfälische Schule für Körperbehinderte, Westkampweg 81, 4800 Bielefeld 12, Telefon (0521) 40 20 44.

Für einen geplanten Sprachheilkindergarten mit 16 Plätzen in Soltau-Tetendorf suchen wir

### **1 Sprachtherapeuten(in) oder Logopäden(in)**

Die Vergütung erfolgt gemäß BAT.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

**Lebenshilfe Soltau**  
Celler Straße 167, 3040 Soltau  
Telefon (05191) 50 13.

# FV AKTUELL

Fachvermittlung  
für besonders  
qualifizierte Fach-  
und Führungskräfte

## Sprachheilpädagogin

2. Staatsexamen, praktische Erfahrung in Sprachtherapie mit Sprachentwicklungsverzögerung (Dyslalie, Dysgramatismus), Aphasie, Stimmstörungen und Stottern; sucht Betätigungsfeld im Bereich der Sprachbehindertenpädagogik, Diagnose-Beratungstherapie.

Auskünfte gibt: Frau von Beaulieu

**Fachvermittlungsdienst Köln**, Luxemburger Straße 121, 5000 Köln 41,

☎ 02 21/4 75-14 06, FS 8 881 127

 **Bundesanstalt für Arbeit**

Wir suchen

### Logopädin/en

*für die Behandlung von Aphasien, Dysarthrien und Dysphonien bei hirnbeschädigten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.*

Unsere Einrichtung ist eine überregionale Rehabilitationsklinik für Folgezustände von neurologisch-neurochirurgischen Erkrankungen und nach Schädel-Hirn-Verletzungen. Die Nachsorge wird von einem Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und erfahrenen Pflegekräften durchgeführt.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT.  
Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir ggf. behilflich.

*Hessisch Oldendorf* liegt in landschaftlich schöner Umgegend im Wesertal, verkehrsgünstig zur Landeshauptstadt Hannover (ca. 50 km) und zur Kreisstadt Hameln (ca. 10 km).

### Neurologische Klinik

Greitstraße 18—28, 3253 Hessisch Oldendorf

**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

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

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

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

# BHW DISPO 2000

Die neue Freiheit beim Sparen und Bauen.  
Jetzt mit Bausparziel-Versicherung.

Welche Vorteile Ihnen diese neue Freiheit  
bringt, steht im neuen *BHW-Bauspar-*  
*Buch*. BHW Bausparkasse für den öffentl.  
Dienst, Postfach 10 13 22, 3250 Hameln 1,  
Btx \* 55 255 #

**BHW** 

Die Bausparkasse mit Ideen